

Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Enfermagem
Mestrado em Enfermagem

Rejane Silva Rocha

**PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA DO ESTADO VACINAL EM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

JUIZ DE FORA
2017

Rejane Silva Rocha

**PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA DO ESTADO VACINAL EM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rosangela Maria Greco.

JUIZ DE FORA

2017

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Rocha, Rejane Silva.

Prevenção de Doenças na Perspectiva do Estado Vacinal em Agentes Comunitários de Saúde / Rejane Silva Rocha. -- 2017.

103 f.

Orientadora: Rosangela Maria Greco

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós Graduação em Enfermagem, 2017.

1. Saúde do Trabalhador. 2. Atenção Primária a Saúde. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Cobertura Vacinal. I. Greco, Rosangela Maria, orient. II. Título.

REJANE SILVA ROCHA

**PREVENÇÃO DE DOENÇAS NA PERSPECTIVA DO ESTADO VACINAL EM
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em: 11/08/2017

Prof^a. Dr^a Rosangela Maria Greco – Orientadora
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a Regina Célia Gollner Zeitoune (1^a Examinadora)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a Kelli Borges dos Santos (2^a Examinadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof^a. Dr^a Maria Helena do Nascimento Souza (Suplente externa)
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a Angélica da Conceição Oliveira Coelho (Suplente interna)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico esta dissertação aos meus pais Walter e Cida, que são meus exemplos de responsabilidade e compromisso e o alicerce para que eu alcançasse essa conquista.

AGRADECIMENTOS

Ao Pai eterno, que não nos abandona, que ilumina meu caminho, me da sabedoria, discernimento e guia todos os meus passos. Devo tudo a Ti Senhor!

Aos meus pais, pelo exemplo de amor, caráter e luta, pelo apoio, confiança e dedicação por minha educação. Eles tornaram esse sonho possível.

Aos meus familiares, especialmente minha avó Eunice e aos meus primos Elcilene, Wesley, Dayana, Viviany, Aline e Sabrina pelo apoio, orações e escuta, não me deixando desistir.

Aos amigos, em especial, aos componentes do grupo de pós Emaús Alicerce, ao Caio, Mariana Cristina, Tatiane, Gisele, Anna Lolli, Michele Ramos, Gilcemara, Tamires Oliveira, Nathália, Úrsula, Isabel e Jéssica pela torcida e pelo companheirismo, me passando força e energia durante essa jornada.

Aos colegas do mestrado da turma 2015, em especial Luiza Vieira pela convivência e todo aprendizado.

A minha orientadora, Prof^a. Dr^a. Rosangela Maria Greco, pela paciência, pelo estímulo e, principalmente, pela confiança e por seus valiosos ensinamentos, tornando possível a realização desse trabalho.

As professoras Dr^a. Regina Zeitoune, Dr^a Angélica Coelho, Dr^a Kelli Borges e Dr^a Maria Helena Souza pela disposição em avaliar nosso trabalho e pelas contribuições para o enriquecimento do estudo.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, participantes desta pesquisa, pela acolhida, disponibilizando seu tempo e informações, compondo os dados dessa pesquisa.

Ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora, em especial as professoras Dr.^a Cristina Arreguy-Sena, Dr.^a Anna Maria de Oliveira Salimena, Dr.^a Nádia Fontoura Sanhudo e as secretárias Elisângela e Ana Cristina pelo auxílio sempre que necessitei.

Aos componentes do Grupo de Pesquisa “Trabalho e Saúde”, em especial Gilmara, Denise e Amanda por compartilharem seus conhecimentos.

Aos componentes e participantes do Projeto de Extensão “Conversas com Trabalhadores: Prevenindo a Doença e Promovendo a Saúde” pelo compartilhamento de experiências e vivências.

“Cada dia é o dia do julgamento, e nós, com nossos atos e nossas palavras, com nosso silêncio e nossa voz, vamos escrevendo continuamente o livro da vida. A luz veio ao mundo e cada um de nós deve decidir se quer caminhar na luz do altruísmo construtivo ou nas trevas do egoísmo. Portanto, a mais urgente pergunta a ser feita nesta vida é: ‘O que fiz hoje pelos outros?’”

Martin Luther King

RESUMO

O objeto do estudo foi a situação vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de um município da zona da mata mineira. As UAPS estão voltadas para atividades de promoção da saúde e controle de riscos. As equipes de trabalho das UAPS são multidisciplinares sendo compostas por profissionais de áreas diversas e, entre esses, há a presença do ACS, profissional responsável pelo cadastramento das famílias, mapeamento das áreas, identificação de riscos à saúde da comunidade, pela orientação da população para a promoção da saúde e por promover educação sanitária e ambiental, dentre outras atribuições. Desse modo, ele entra em contato com pessoas saudáveis e também com aquelas acometidas por alguma doença, se expondo a agentes patogênicos. Esta variedade de atribuições, as peculiaridades e complexidade de suas atividades justificam a realização de pesquisas que abordem esses profissionais. Este estudo teve como objetivo analisar a situação vacinal dos ACS das UAPS de um município da Zona da Mata Mineira. Trata-se de um estudo transversal e quantitativo contando com 400 participantes. A coleta de dados ocorreu em dois períodos, sendo o primeiro de julho a outubro de 2015 e o segundo, de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. Os ACS dessa investigação foram predominantemente do sexo feminino (91,3%), média de idade de 46 anos, casados ou vivendo em união estável (57,5%), brancos (46,3%), referindo religião católica (58%) e, em sua maioria, possuindo Ensino Médio completo (75,4%). A análise da cobertura vacinal permitiu constatar que 205 (51,3%) ACS possuíam o esquema completo das vacinas exigidas para os trabalhadores da saúde, sendo que 351 (87,8%) estavam vacinados com a 3ª dose de Hepatite B, 267 (66,8%) com um reforço da Tríplice Viral, 337 (84,3%) com um reforço da Dupla adulto, 342 (85,5%) contra Influenza, e 308 (77%) com 1 dose e 1 reforço de vacina contra Febre amarela. Na análise bivariada observou-se *p-value* significativo ($<0,05$) ao relacionar as variáveis Faixa Etária e Vacina Triplice Viral e Tempo de Trabalho com Hepatite B. A análise multivariada demonstrou que há maior probabilidade do ACS estar com a vacinação em dia se negro, católico ou evangélico, se possui o cartão de vacinação, se realizou o teste AntiHbs, se recebeu orientação em relação às vacinas que deve manter em dia enquanto trabalhador da área da saúde e se trabalha nas regiões Nordeste, Leste, Centro, Oeste ou Rural do município. O estudo permitiu constatar que os participantes, em sua maioria, se preocupavam com ações referentes à vacinação, porém encontravam dificuldades para manterem seus cartões atualizados havendo a necessidade de abordar a temática sobre as doenças que podem ser adquiridas no trabalho do ACS e que são passíveis de prevenção por meio da imunização.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Atenção Primária a Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Cobertura Vacinal.

ABSTRACT

With this study, we aimed at the vaccination situation of the Community Health Agents (ACS, in Portuguese) that work in the Primary Health Care Units (UAPS, in Portuguese) of a city in the region of Zona da Mata of Minas Gerais. The UAPS are focused on health promotion and risk control activities. The work teams of the UAPS are multidisciplinary and are composed of professionals from different disciplines, among them there is the ACS, a professional responsible for the registration of families, mapping of areas, identification of community health risks, orientation of the population for promotion and to promote health and environmental education, among other attributions. In this way, they come in contact with healthy people and also with those affected by some disease, exposing themselves to pathogens. This variety of attributions, the peculiarities and the complexity of their activities are possible reasons to make people conduct research that addresses these professionals. The main purpose of this study to analyze the vaccination situation of the ACS of the UAPS of a city in the Zona da Mata of Minas Gerais. It is a cross-sectional, quantitative study with 400 participants. Data collection took place in two periods, the first from July to October 2015 and the second from October 2016 to February 2017. The ACS of this investigation were predominantly female (91.3%), mean age 46 year-old, white (46.3%), catholic religion (58%) and most of them having completed high school (75.4%). The analysis of immunization coverage showed that 205 (51.3%) ACS have the complete vaccination schedule required for health workers, and 351 (87.8%) are vaccinated with the third dose of Hepatitis B, 267 (66.8%) with a Triple Viral booster vaccine, 337 (84.3%) with an Adult double booster vaccine, 342 (85.5%) against Influenza during the last year's campaign, and 308 (77%) with 1 Dose and 1 booster vaccine against Yellow fever. In the bivariate analysis, significant p-value (<0.05) was observed when the variables Age Range, Viral Triplice Vaccine and Working Time with Hepatitis B were analyzed. The multivariate analysis showed that there is a higher probability of ACS to have the vaccination up to date if they are black, catholic or evangelical, if they have the vaccination card, if they underwent the AntiHbs test, if they received orientation regarding the vaccines they should keep up as a health worker and if they work in the regions Northeast, East, Central, West or Rural. The study showed that the majority of the participants are concerned with actions related to vaccination, but they find it difficult to keep their cards up to date and there is a need to address the issue of diseases that can be acquired in the work of ACS and that are susceptible of prevention through immunization.

Keywords: Occupational Health. Primary Health Care. Community Health Workers. Immunization Coverage.

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACE	Agente de Combate a Endemias
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AntiHBs	Anticorpo contra o vírus da hepatite B
APS	Atenção Primária à Saúde
BCG	Bacilo de Calmette-Guerin
CEREST	Centros de Referência em Saúde do Trabalhador
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
Cosac	Coordenação de Saúde da Comunidade
CRIEs	Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
INPS	Instituto de Previdência Social
MS	Ministérios da Saúde
NR 32	Norma Regulamentadora número 32
NASF	Núcleo de Atenção a Saúde da Família
ODK	<i>Open Data Kit</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários da Saúde
PCMSO	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
PPRA	Programa de Prevenção a Riscos Ambientais
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNI	Programa Nacional de Imunização
PSF	Programa de Saúde da Família

SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
VHB	Vírus da Hepatite B
VHC	Vírus da Hepatite C
VISAT	Vigilância em Saúde do Trabalhador

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Relação das Unidades de Atenção Primária a Saúde – Modelo Estratégia de Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde.....	47
Quadro 2	Descrição das Variáveis do Estudo.....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Determinação da população do estudo.....	49
Figura 2	Situação Vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017(n=400).....	59
Figura 3	Esquema básico de vacinas específicas incompleto para os Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=400).....	60
Figura 4	Agentes Comunitários de Saúde com esquema vacinal completo para profissionais da saúde, Minas Gerais, 2017 (n=400).....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização socioeconômica e demográfica dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=400).....	57
Tabela 2	Características do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=400).....	58
Tabela 3	Tipo de acidente de trabalho sofrido pelos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=34).....	58
Tabela 4	Realização de exames periódicos por parte da instituição contratante. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=30).....	59
Tabela 5	Associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, de características do trabalho e o esquema vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=400).....	63
Tabela 6	Modelo logístico para o cálculo da probabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde estarem em dia com as vacinas obrigatórias. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=390).....	66

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	15
1	INTRODUÇÃO	16
1.1	Objetivos	21
1.1.1	<i>Objetivo Geral</i>	21
1.1.2	<i>Objetivos Específicos</i>	21
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	Aspectos históricos do Programa Nacional de Imunização	22
2.2	Atenção Primária a Saúde	32
2.3	Aspectos políticos e históricos da saúde do trabalhador	34
2.4	O Agente Comunitário de Saúde	39
3	MÉTODOS E TÉCNICAS	46
3.1	Delineamento metodológico	46
3.2	Local de estudo	46
3.3	População do estudo	48
3.4	Processo de coleta de dados	49
3.5	Tratamento e análise dos dados	51
3.5.1	<i>Análise estatística</i>	54
3.6	Aspectos éticos	54
4	RESULTADOS	56
4.1	Análise descritiva	56
4.2	Análise bivariada	62
4.3	Análise multivariada	65
5	DISCUSSÃO	69
6	CONCLUSÕES	78
	REFERÊNCIAS	80
	APÊNDICE A	95
	APÊNDICE B	101
	ANEXO A	102
	ANEXO B	103

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa faz parte de um estudo exploratório transversal mais amplo denominado “Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde: condições de trabalho e de vida” que está em andamento, cujos participantes são todos os trabalhadores, Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de enfermagem, Dentistas, Técnico e Auxiliar em Saúde Bucal, Médicos, Assistentes Sociais, Educadores Físicos, Fisioterapeutas e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes nas equipes das Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de um Município da Zona da Mata Mineira.

Busca-se conhecer as condições de trabalho e de vida desses trabalhadores e contribuir com o município para o diagnóstico dessas condições e avaliar a relação existente entre a saúde, as atividades laborais e seus fatores de risco. Ademais, a pesquisa contribui para que seja possível visualizar de forma ampliada o processo de saúde, de doença e de trabalho desses profissionais podendo, com os resultados, propor ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças junto aos gestores da saúde.

Dentre os desfechos que estão sendo investigados por mestrandos e doutorandos destaca-se: o nível de atividade física pelo *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ-curto); prevalência do uso de tabaco por meio do teste de Fargeström; causas do estresse e seus efeitos sobre a saúde nas interações sociais do ambiente com o Modelo Demanda Controle de Karasek e Theorell; Presenteísmo no trabalho com o *Stanford Presenteeism Scale* (SPS – 6); Inventário sobre o Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA); Qualidade de Vida por meio do *World Health Organization Quality of Life Group* – curto (WHOQOL – curto); situação vacinal e utilização de práticas integrativas e complementares com questões que foram elaboradas pelos responsáveis da pesquisa (WHO, 2017; SEGHETTO; PICCOLI, 2012; BARROS-DUARTE; CUNHA; LACOMBLEZ, 2007; ALVES et al., 2004; CHOR et al., 2001; KARASEK; THEORELL, 1990).

No presente estudo aborda-se a prevenção ao adoecimento do trabalhador por meio da vacinação, estratégia utilizada para o controle das doenças transmissíveis passíveis de prevenção estando essa ação atrelada às práticas de saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

O objeto de estudo desta pesquisa é a situação vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam nas Unidades de Atenção Primária a Saúde (UAPS) de um município da zona da mata mineira.

O trabalho é parte essencial da existência humana e ocupa um lugar de centralidade na nossa sociedade e na vida das pessoas, podendo assumir diferentes papéis, como o de espaço produtivo, fonte de renda, ambiente de convívio social e gerador de doenças ou promotor de saúde (SODRÉ, 2011; MARX, 2008; FRIGOTTO, 2001).

Com a evolução da sociedade, ao longo do tempo, foram ocorrendo diversas modificações no mundo do trabalho. No entanto, o homem se mantém como o principal produtor da atividade laboral, de tal modo como a vida humana mantém relacionamento íntimo com o trabalho (SODRÉ, 2011; MARX, 2008; FRIGOTTO, 2001).

O Ministério da Saúde (MS) define trabalhador como “[...] toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal de trabalho [...]” (BRASIL, 2002, p.7), e que deve ser garantido a quem trabalha todos os benefícios que lhes são de direito, bem como se devem conhecer as injúrias a que os mesmos encontram-se expostos decorrentes das atividades trabalhistas, para que seja possível desenvolver atividades que atuem na promoção da saúde e na prevenção de doenças para esse público.

Bernardino Ramazzini se destacou no século XVII ao ser o primeiro a descrever e classificar as doenças segundo a natureza e o grau de causalidade do trabalho. Após Ramazzini, houve a contribuição de vários estudiosos que expuseram e aprimoraram a classificação das doenças ocupacionais (DE VASCONCELLOS; GAZE, 2005).

É de conhecimento das empresas, dos empregadores e dos profissionais de saúde que os trabalhadores estão expostos a riscos inerentes ao ambiente de trabalho desde os primórdios das atividades trabalhistas, riscos estes, que ocasionam agravos à saúde dos indivíduos, podendo gerar um desequilíbrio físico, mental e social a partir de situações de trabalho não se restringindo, desse modo, a origem de doenças e acidentes (MENDES; DIAS, 2011; BRASIL, 2001a).

O MS (2001) classifica os fatores de risco aos quais os trabalhadores estão expostos como: Físicos, caracterizado pelos ruídos, pelas vibrações, radiações ionizantes e não-ionizantes, temperaturas extremas, entre outros; Químicos, que são os

agentes e substâncias químicas, em forma líquida, gasosa ou partículas e poeiras minerais e vegetais; Biológicos, sendo os vírus, bactérias e parasitas; Ergonômicos e psicossociais que decorrem da organização e gestão do trabalho; Mecânicos e de acidentes que estão relacionados à proteção das máquinas, sinalização, rotulagem de produtos e outros mais que podem ocasionar os acidentes de trabalho (BRASIL, 2001a).

A exposição diária dos profissionais aos riscos referidos aumenta as chances de se desenvolver doenças e acidentes por consequência do trabalho, podendo ser adquiridos de maneira individual ou coletiva (BRASIL, 2001a).

A assistência prestada aos trabalhadores sofreu considerável evolução na busca pela melhoria do cuidado prestado aos mesmos, havendo uma preocupação com fatores coletivos e individuais que influenciam no processo saúde/doença. Entretanto, há melhorias para acontecer tais como a ampliação da atenção no que diz respeito à prevenção e ao cuidado e no que diz respeito à atuação conjunta de setores públicos distintos responsáveis pela saúde do trabalhador (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013; MENDES; DIAS, 1991).

Em relação aos trabalhadores dos serviços de saúde, observa-se que as instituições de saúde como hospitais, clínicas e unidades de atenção primária são as principais fontes de emprego para os profissionais da saúde. Todavia, estes são locais que favorecem a ocorrência de agravos à saúde dos trabalhadores, pois estão expostos a riscos ocupacionais causados por fatores químicos, físicos, ergonômicos, mecânicos, psicossociais e biológicos decorrentes das condições impróprias de trabalho (SILVA et al., 2011; VIEIRA, 2009; BARBOZA; SOLER, 2003).

Além disso, esses profissionais mantêm contato direto com a população ficando expostos a diferentes microrganismos e susceptíveis ao desenvolvimento de doenças por consequência dessa exposição ou devido a acidentes (SILVA et al., 2011).

Neste sentido, a vacinação, como uma prática de saúde pública e coletiva, surge como uma opção para prevenção de doenças transmissíveis de forma eficaz, sendo um dos principais meios para minimizar a ocorrência de endemias e epidemias que devem ser controladas pelos serviços de saúde (ANAMT, 2016; VILA, 2015; MENDONÇA et al., 2010; MARTINS, 2011; BRASIL, 2003).

A imunização do trabalhador é uma ação preventiva que visa evitar o adoecimento e a transmissão de doenças, ao ocorrer o contato com agentes patogênicos inerentes aos riscos biológicos presentes no ambiente de trabalho por meio

da administração de imunobiológicos. Esta ação contribui para a promoção da saúde, minimiza a ocorrência de faltas por adoecimento e protege a coletividade (SANTOS et al., 2011; BRASIL, 2008).

Ao buscar pelo tema “Situação Vacinal dos Trabalhadores da Saúde” é possível perceber que as pesquisas que acontecem com mais frequência são aquelas em que o trabalhador imuniza a população, estando em menor proporção estudos que enfatizam o trabalhador como o receptor da imunização.

Os estudos de Santos e colaboradores (2011), de Silva e colaboradores (2011), Santos e colaboradores (2010) e Araújo, Paz e Griep (2006) buscaram ressaltar os benefícios e a importância da imunização para a promoção da saúde do trabalhador e, para isso, os autores destacaram as legislações e normas vigentes no Brasil, como o calendário ocupacional do Programa Nacional de Imunização (PNI), a Norma Regulamentadora nº 7 (NR 7) e a Norma Regulamentadora nº 32 (NR 32) e que alicerçam as discussões da necessidade de se manter o cartão de vacinas do trabalhador atualizado, igualmente para explicar as diferenças de exigências para cada público e faixa etária (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2009a; BRASIL, 2008).

Esses mesmos autores buscaram a compreensão do trabalhador sobre a importância da imunização, fator essencial para que o mesmo busque a proteção por meio da vacinação.

A orientação dos trabalhadores, dos empregadores e dos gestores para o desenvolvimento de ações e estratégias que garantam a imunização dos profissionais e para que supervisionem a situação vacinal dos mesmos também é ressaltada nas pesquisas (SANTOS et al., 2011; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006).

Estudos brasileiros e internacionais abordam a vacinação para os estudantes da área da saúde entendendo que a preocupação com a própria imunização deve ter início durante o período de formação, e para os trabalhadores inseridos em unidades hospitalares focando, em sua maioria, na cobertura vacinal contra Influenza e Hepatite B e no Teste AntiHBs, sendo escassa a literatura que aborda a situação vacinal dos profissionais inseridos em outros níveis de atenção (HERNÁNDEZ-GARCÍA et al., 2015; MARTINS et al., 2015; SOUZA et al., 2015; COSTA et al., 2013; SILVA et al., 2011; ANAND; BÄRNIGHAUSEN, 2007; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006).

Em nosso país os programas de imunização voltados seja para a comunidade como para os trabalhadores acontecem, prioritariamente, nas UAPS. Estas se

configuram em serviço voltado, em sua grande maioria, para atividades de promoção da saúde e de controle de riscos (MARQUES et al., 2015; BRASIL, 2003).

Almeida e colaboradores (2015) ressaltam o foco na prevenção dos fatores causadores de patologias, gerando uma reflexão quanto aos cuidados prestados pelo serviço ofertado nas UAPS e também quanto ao autocuidado apresentado pelos indivíduos, destacam a importância de incluir o trabalhador nessas ações e incentivá-lo a realizar atividades que promovam a sua saúde (ALMEIDA et al., 2015).

As equipes de trabalho das UAPS são multidisciplinares sendo compostas por profissionais enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, podendo existir ainda assistentes sociais, cirurgiões dentistas, educadores físicos, fisioterapeutas, dentre outros (BRASIL, 2012a).

O ACS é o profissional exclusivo das UAPS que seguem o modelo de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF). Atua no cadastramento de famílias de uma determinada área, para manter esse cadastro sempre atualizado, realiza visitas domiciliares, desenvolve ações de prevenção de doenças e promoção de saúde, como o acompanhamento dos cartões de vacina e o fornecimento de orientação sobre as ações e atividades da UAPS, participa do planejamento e programação local das ações de saúde, entre outras atribuições, devendo essas atividades serem acompanhadas e orientadas por um enfermeiro da UAPS (BRASIL, 2009b; BRASIL, 2006a).

Esse trabalhador cumpre um regime de 40 horas semanais distribuídas em oito horas diárias com intervalo de duas horas para almoço. Suas atividades podem ser classificadas em burocráticas, vigilância à saúde, comunicação, educação para a saúde, organização da demanda, apoio social e outras mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas (GOMES et al., 2010; BRASIL, 2009b; ROSSI; CONTRERA-MORENO, 2006).

A Lei 11.350 de 2006, que dispõe sobre o aproveitamento de pessoal e descreve as atividades dos ACS e dos Agentes de Combate a Endemias (ACE), diz que os mesmos devem possuir vínculo direto com a instituição contratante se submetendo ao regime estabelecido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A contratação ocorre por meio de processo seletivo público através da realização de provas (BRASIL, 2006a).

O ACS é um trabalhador que vive na comunidade em que desempenha suas atividades. Ele integra as equipes de saúde e apresenta, na atualidade, um quantitativo de 286.220 profissionais no país (CNESNET, 2017).

Em seu cotidiano de trabalho, os ACS estão expostos a riscos ocupacionais que não se restringem à sede da UAPS e que podem vir a gerar doenças e acidentes. Todavia, muitos desses podem ser evitados através de programas de orientação e prevenção, como é o caso das doenças imunopreveníveis (COMPAGNONI et al., 2015).

Durante a realização de suas atividades no interior das UAPS, o ACS realiza a parte de seu trabalho considerada burocrática, que se caracteriza pelo preenchimento de formulários e planilhas, uso de computadores, participação de reuniões junto aos demais membros da equipe de saúde, realizam ações educativas como orientação dos usuários sobre atividades da UAPS e sobre cuidados com o ambiente e com a saúde para evitar aquisição de doenças e, durante as campanhas de vacinação, auxilia a equipe na conferência dos cartões e orientação dos usuários (SANTANA et al., 2015; BRASIL, 2014).

No decorrer das visitas domiciliares os ACS se expõem a riscos potenciais para aquisição de doenças como extremos de temperatura climática, bem como suas mudanças, a violência urbana, a doenças que acometem os moradores e aos agentes biológicos que se encontram dispersos nos ambientes (SANTANA et al., 2015).

Almeida e colaboradores (2015) ressaltam que o trabalhador pode gozar de boa saúde se o mesmo se atentar para questões que dependem dele próprio para evitar a aquisição de doenças ou acidentes de trabalho sem, contudo, eliminar a responsabilidade que as empresas e empregadores possuem sob a saúde de seus empregados.

Diante do exposto, apresentamos as seguintes questões norteadoras deste estudo: Os ACS das UAPS reconhecem a importância da imunização? Identificam a relação existente entre a saúde do trabalhador e a imunização? Estes trabalhadores mantêm seus cartões de vacinação atualizados?

Diante dos riscos biológicos aos quais esses trabalhadores são expostos, esta pesquisa, portanto, se justifica uma vez que se percebe a necessidade de investigar e conhecer como se dá o processo de imunização dos ACS e a adesão ao PNI para trabalhadores da saúde.

1.1 Objetivos

1.1.1 Geral

- ✓ Analisar a situação vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de um município da Zona da Mata Mineira.

1.1.2 Específicos

- ✓ Descrever a situação vacinal dos ACS;
- ✓ Analisar a adesão dos ACS ao PNI, enquanto trabalhadores da área da saúde;
- ✓ Discutir a importância da imunização dos ACS na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para que possamos analisar a situação vacinal dos ACS é necessário que façamos uma reflexão, ainda que breve, sobre a evolução histórica do PNI; da Atenção Primária à Saúde; do contexto histórico e político da Saúde do Trabalhador e do processo de trabalho dos ACS.

2.1 Aspectos históricos do Programa Nacional de Imunização

O significado de “saúde” perpassa pela compreensão de que, para estar saudável, é necessário que o organismo humano apresente um estado de equilíbrio do seu funcionamento físico e mental (SCLAR, 2007). A Organização Mundial de Saúde – OMS (1946) ressalta que o bem-estar social também é uma vertente que auxilia na manutenção da saúde do indivíduo.

O reconhecimento da saúde como um direito de todos foi possível após a luta de movimentos sociais que enfatizaram a ideia de que a saúde deve ser uma construção coletiva, pois o contexto social, econômico, político e cultural a que o homem está inserido determinam o estilo de vida e demais comportamentos, podendo ser benéficos ou prejudiciais, interferindo assim na saúde dos mesmos. Assim, para ter uma boa saúde é necessário ter equilíbrio entre as dimensões indissociáveis que formam o ser humano e, de tal modo, alcançar o bem-estar, a felicidade e a qualidade de vida (BRASIL, 2006b).

Para que seja possível atender todas as dimensões que envolvem o ser humano, alguns autores afirmam que se faz importante abandonar a ideia de que saúde é apenas ausência de doença, como proposto por Flexner (2016) e Boorse (2016), passando a observá-lo e assisti-lo de forma holística, valorizando inclusive a participação dos mesmos nos processos que envolvem a sua própria saúde (KOERICH et al., 2007; SEGRE; FERRAZ, 1997).

Para que ocorra essa participação são necessárias algumas mudanças nas relações de poder, descentralizando o diagnóstico e as ações de saúde de modo que não fiquem centradas na figura do médico, passando a serem desenvolvidas por diferentes profissionais da área da saúde buscando, dessa forma, que o indivíduo seja participante ativo das decisões que afetarão seu cotidiano para que tenha uma vida plena e realizada, gerando um bem-estar psicológico e físico (BRASIL, 2006b).

A evolução dos serviços de saúde no Brasil se relaciona em cada momento histórico com as tendências políticas, sociais e econômicas da sociedade, não sendo possível dissociá-los (AGUIAR, 2011).

Esse processo evolutivo seguiu com o avanço do capitalismo na sociedade brasileira que sofreu forte influência do capitalismo a nível internacional. Ressalta-se que os problemas de saúde não ocupavam lugar central dentro da política do estado brasileiro e começaram a receber atenção apenas nos momentos de epidemias ou endemias, pois começaram a atingir a economia ameaçando assim o modelo capitalista (NASCIMENTO; SILVA, 2013).

As grandes epidemias que causaram a morte da população e perdas econômicas no setor agrícola e veterinário foram o principal fator para a descoberta e, posteriormente, para a melhoria na qualidade das vacinas que previnem o surgimento das doenças imunopreveníveis (NASCIMENTO; SILVA, 2013; DOBRACHINSKI, 2011).

Segue, para melhor contextualização, uma breve descrição da evolução da política de saúde no Brasil, a evolução do surgimento das vacinas e a relação com cada período histórico vivenciado pela sociedade.

Durante o século XVIII a varíola atingia, em diversos países, os animais e os seres humanos de forma brutal, causando danos à saúde e, em muitos casos, ocasionando a morte. Foi então que o médico inglês Edward Jenner, em 1796, após inúmeras observações constatou que as mulheres que ordenhavam vacas acometidas pela varíola bovina não desenvolviam a forma grave da doença, sendo observadas apenas cicatrizes em suas mãos (DOBRACHINSKI, 2011).

Para comprovar cientificamente a proteção contra varíola, ele iniciou seu experimento, retirando material da lesão de uma fazendeira e realizando a inoculação desse em um garoto saudável, fazendo com que a criança desenvolvesse lesões com as mesmas características apresentadas pela fazendeira. Para finalizar o teste, inoculou na criança material retirado de uma pessoa que havia desenvolvido a varíola humana e a criança não apresentou a doença, descobrindo assim a propriedade de imunização (DOBRACHINSKI, 2011; FERNANDES, 1999).

O fato citado é considerado um marco para a prática de vacinação e para o desenvolvimento das vacinas contra varíola, pois, a partir dele, foi autorizada a inoculação da varíola bovina no maior número possível de pessoas com o intuito de imunizá-las contra a doença que, na época, era letal, ficando esse método conhecido como variolização (DOBRACHINSKI, 2011).

As definições encontradas para os termos “imunização” e “vacinação” são distintas. A vacinação é um termo que foi utilizado por Jenner, em 1796. É descrita como o processo que estimula a produção de anticorpos que se caracteriza como respostas adaptativas protetoras do organismo contra componentes patogênicos de microrganismos (ABBAS; LICHTMAN, 2007), enquanto o termo “imunização” indica a habilidade de resposta do organismo ao antígeno por meio de mecanismos que envolvem células e moléculas do sistema imunológico do indivíduo, resultando em proteção específica contra determinada doença (BRASIL, 2001c).

Assim, temos que a pessoa vacinada é aquela que recebeu uma dose da vacina e a pessoa imune é aquela que possui anticorpos protetores específicos contra determinado agente infeccioso, podendo essa imunidade ser adquirida naturalmente, por meio da doença, ou artificialmente, por meio da vacinação (HUMPHREY; WHITE, 1972).

A imunidade ativa conferida por estimulação antigênica é um fator de proteção aos indivíduos, inclusive ao trabalhador, sendo atualmente oferecida no Brasil gratuitamente à população e para distintos grupos etários com intuito de prevenir o surgimento e a disseminação de doenças, e proteger a saúde coletiva e individual (SBIM, 2015).

Para o alcance dessa realidade foi necessário que, ao longo dos anos, melhorias, adaptações e mudanças nas políticas públicas de saúde fossem realizadas.

No período compreendido entre 1500 a 1822, o Brasil era uma colônia de Portugal e sua produção econômica era realizada por meio dos ciclos do açúcar e da mineração. Com a proclamação da independência em 1822 teve início o período imperial havendo um crescimento na produção do café. As citadas atividades eram desenvolvidas por pessoas trazidas do continente africano, submetidas ao trabalho escravo (LOURENÇO, 1995).

A decadência desse tipo de trabalho no Brasil ocorreu devido às pressões exercidas por um movimento político denominado Abolicionismo, que visou a abolição da escravatura e do tráfico de escravos que existia abertamente, além dessa ser uma exigência internacional e, desse modo, a partir de 1888, o trabalho passou a ser assalariado sendo o Brasil o último país ocidental a abolir a escravidão (LOURENÇO, 1995).

A assistência à saúde que existia era voltada apenas para aqueles pertencentes às classes sociais dominantes, constituídas pelos coronéis. Essa assistência era

exercida por profissionais médicos vindos da Europa e, para os demais (índios, negros, brancos pobres), o atendimento era realizado com os recursos da medicina popular surgindo, com isso, as Casas de Misericórdias (AGUIAR, 2011; FINKELMAN, 2002).

O quadro sanitário do Brasil colonial e imperial caracterizava-se pela existência de diversas doenças transmissíveis, trazidas inicialmente pelos colonos portugueses e, posteriormente, pelos escravos africanos e diversos outros estrangeiros [...] (AGUIAR, 2011, p.18).

Com a disseminação e o acometimento da população por doenças como a tuberculose (TB), a febre amarela e a varíola começou a surgir grandes epidemias que causavam a morte de um número considerável de habitantes. Assim, medidas pontuais passaram a ser tomadas, que incluíam o saneamento dos portos e campanhas para conter as frequentes epidemias e minimizar os problemas de saúde da população que causavam prejuízo na produção e, conseqüentemente, no comércio internacional (FINKELMAN, 2002).

A realização da primeira vacinação no Brasil se deu em 1804, contra varíola, que tinha como objetivo a proteção do maior número possível de pessoas evitando a disseminação da doença e visando minimizar os surtos epidêmicos que eram recorrentes. Posteriormente, em 1811, ocorreu a criação da chamada Junta Vacínica da Corte, órgão que possuía como atribuição a propagação da vacina contra a varíola (DOBRACHINSKI, 2011).

Como Jenner, outro cientista que contribuiu para a história da imunização foi Louis Pasteur, químico e microbiologista francês que, em 1879, descobriu após pesquisas e experimentos com animais que uma cultura inativa do agente causador da cólera das galinhas não causava a morte e sim protegia contra novas infecções, demonstrando assim o processo de atenuação, utilizado posteriormente para o desenvolvimento de novas formas de imunização. Em 1882 ele descobriu a vacina contra o antraz e, em 1885, a vacina contra raiva, sendo esta última introduzida no Brasil no mesmo ano de sua descoberta (DOBRACHINSKI, 2011).

No período compreendido entre 1889 a 1930, ocorreu no Brasil a organização do Estado Moderno. A economia era movimentada pela agropecuária, com o crescimento da exportação de café em São Paulo e a pecuária em Minas, apesar de já estar presente, e de forma significativa a produção industrial. Por consequência desse contexto, a população era composta predominantemente por trabalhadores rurais. (AGUIAR, 2011).

A situação da saúde da população se mantinha como no período anterior, com o predomínio das doenças infecto-contagiosas que continuavam causando a morte da população (MAIA; DUTRA, 2010).

As ações referentes à saúde visavam o controle das doenças epidêmicas sendo desenvolvidas, preferencialmente, nos portos onde ocorria a circulação de mercadorias que eram exportadas tendo em vista o não prejuízo do comércio internacional. Vê-se que a preocupação com a assistência e as ações à saúde não eram por questões de direito social, mas ocorriam como uma consequência de interesses econômicos (NASCIMENTO; SILVA, 2013; AGUIAR, 2011; MAIA; DUTRA, 2010).

No decorrer dos anos de 1899 e 1900 se instaurou no país a epidemia de peste bubônica, inicialmente nas cidades de Santos e Rio de Janeiro. Esta se espalhou rapidamente para outras áreas do país se tornando uma das principais doenças epidêmicas da época (NASCIMENTO; SILVA, 2013).

O bacteriologista e sanitarista brasileiro Oswaldo Cruz, ao retornar da Europa, se deparou com a crescente epidemia de peste bubônica nos portos de Santos e passou a se dedicar ao combate da mesma (FERNANDES, 1999; BRITTO, 1995).

As medidas para tratar a população adoecida eram de caráter intervencionista e autoritário, marco dos primeiros anos desse período, surgindo as campanhas sanitárias e o Instituto Soroterápico de Manguinhos, que contava com Oswaldo Cruz como diretor técnico. Posteriormente, o Instituto passou a ser denominado como Instituto Oswaldo Cruz (MOULIN, 2003; PORTO; PONTE, 2003), sendo que este realiza até a atualidade pesquisas e o desenvolvimento de vacinas.

Um exemplo do modo como eram realizadas as medidas de controle das doenças foi a imposição legal para a administração da vacina contra a varíola, após o reaparecimento exacerbado de surtos da doença, em 1904. Como resposta, o governo pôde visualizar uma manifestação por parte da população que julgava errônea a Lei da Vacinação obrigatória. Esse protesto ficou conhecido como a Revolta da Vacina que gerou diversas prisões, confrontos e até mortes em um período de duas semanas de conflito, o que forçou os governantes a recuarem com a decisão da vacinação obrigatória (BRASIL, 2006c; MOULIN, 2003; PORTO; PONTE, 2003).

Percebe-se o desejo da população bem como a necessidade de receber informações e educação a respeito das medidas que previam a melhora da situação sanitária do país e a prevenção de doenças nos indivíduos iniciando-se nesse período a saúde pública (PAIN; ALMEIDA FILHO, 1998).

A vacinação passou a ser opcional, havendo esforços para o envolvimento de diversos atores da sociedade para que fosse possível a compreensão pela população da necessidade da administração das vacinas conseguindo, com isso, o aceite do povo e, como consequência, o Brasil obteve o controle da epidemia da varíola e, posteriormente, sua erradicação (BRASIL, 2006c).

O êxito das Campanhas de Vacinação contra a varíola na década dos anos sessenta mostrou que a vacinação em massa tinha o poder de erradicar a doença. O último caso de varíola notificado no Brasil foi em 1971 e, no mundo em 1977 na Somália (SI-SPNI, 2016, p.1).

Outro fato importante para as questões referentes à vacinação foi o desenvolvimento, em 1921, pelos cientistas Albert Léon Charles Calmette e Jean-Marie Camille Guérin da vacina contra a TB, sendo denominada como Bacilo de Calmette-Guerin (BCG). Para tanto, partiram das bases deixadas por Heinrich Hermann Robert Koch, descobridor do bacilo causador da doença (VIEIRA, 2012; BRÓLIO; NARDY, 1976).

No Brasil, a mesma foi utilizada pela primeira vez em 1927 visando o controle da doença infectocontagiosa que atingia os seres humanos ao longo de muitos séculos, estando a doença ainda presente na atualidade, apesar dos esforços dos órgãos governamentais, de saúde e de profissionais para a redução da mesma (RANZINI, 2016; VIEIRA, 2012; BRÓLIO; NARDY, 1976).

A partir de 1930 o Brasil esteve sob o comando de Getúlio Vargas. A “Era Vargas”, como ficou conhecido o período, foi marcada por muitas mudanças na política e na economia do país, dando destaque para a configuração social que se iniciava nos centros urbanos. Durante o governo de Vargas, houve a ascensão da industrialização, a criação da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e leis sobre acidentes de trabalho, criação da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA), regulamentação da jornada de trabalho, criação da Lei de Sindicalização e instituição do Ministério do Trabalho (AGUIAR, 2012).

Essas medidas previam manter o trabalhador em condições aptas para a produção, sendo a saúde desses assistida por entidades responsáveis pela atenção à saúde dos trabalhadores. Cabe destacar que os indivíduos que possuíam maior poder aquisitivo faziam uso dos serviços privados de saúde e a maioria da

população não vinculada à previdência contava com os serviços públicos e com instituições de caridade da época (AGUIAR, 2012; NUNES, 2012).

Em 1931, ocorreu a descoberta das vacinas virais pelo físico e patologista Ernest Goodpasture. A partir dele, estudos foram sendo desenvolvidos com a produção de vacinas por meio do cultivo de culturas virais em tecidos de cadáveres auxiliando na descoberta de diversas vacinas, como as que protegem da poliomielite, da rubéola, da varicela e do sarampo (DOBRACHINSKI, 2011).

Após a Segunda Guerra Mundial, sob a presidência de Eurico Gaspar Dutra ocorreu no Brasil, a aprovação do Plano SALTE, em 1950, um plano econômico em que suas iniciais fazem referência a Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a saúde foi incluída como prioridade sendo um objetivo do plano melhorar o desenvolvimento dos serviços de saúde (NUNES, 2012).

No ano seguinte, Getúlio Vargas retorna ao poder e retoma seus projetos, havendo a criação do MS que se torna independente do Ministério da Educação. Após o suicídio de Vargas, em 1954, o país passou a ser presidido por Juscelino Kubitschek (1956-1960) que promoveu transformações econômicas, sendo seu governo caracterizado pelo desenvolvimento das políticas sociais e paliativas (AGUIAR, 2012).

No âmbito da saúde, Juscelino acreditava que o Brasil havia se recuperado das doenças como febre amarela e peste bubônica e que devia preocupar-se com doenças como TB, lepra, endemias rurais e as doenças gastrointestinais, pois essas tornavam muitos brasileiros improdutivos. O principal objetivo era recuperar a saúde dos indivíduos e controlar e/ou erradicar as doenças transmissíveis para a continuidade do desenvolvimento social e econômico do país. Dentre os instrumentos utilizados para o controle e erradicação das doenças, observa-se o investimento nas ações de vacinação contra a TB e poliomielite e a assistência médica ao trabalhador urbano (HOCHMAN, 2009).

A primeira campanha de vacinação oral contra a poliomielite no Brasil ocorreu no ano de 1961, durante a presidência de João Goulart, em Petrópolis e em Santos, e a nível nacional, em 1962, a primeira campanha contra varíola (DOBRACHINSKI, 2011).

Durante o Regime Militar, iniciado em 1964, que culminou com a retirada de João Goulart da presidência, o país a ser chefiado por comandantes militares perdurando esse modelo por 20 anos (AGUIAR, 2012). Esse regime foi marcado pela forte ditadura no Brasil, tendo como principais características a cassação de direitos políticos de opositores, repressão aos movimentos sociais e manifestações de

oposição, censura aos meios de comunicação, uso de métodos violentos contra os opositores ao regime, proibição de reajustes salariais, aumento do número de acidentes de trabalho perdendo os sindicatos a autonomia e o direito de reivindicar e de fazer greve (PEIXOTO et al., 2015).

A saúde pública iniciou um processo de mudanças ocorrendo, em 1966, a criação do Instituto de Previdência Social (INPS) que era subordinado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social para promover a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). No ano subsequente houve publicação do Decreto-Lei nº 200 que definiu o modo de organização da administração pública e as competências do MS que passou a ser o principal órgão de gestão responsável pela condução das políticas públicas de saúde no país (AGUIAR, 2012).

Os anos de 70 e 80 foram marcados por movimentos sociais que buscavam a melhoria dos serviços de assistência à saúde que eram centralizados dificultando o acesso daqueles que necessitavam de atendimento. Destaca-se aqui, o movimento social ocorrido nos anos 70, composto por lideranças populares em conjunto com os sindicatos, parlamentares de esquerda, intelectuais, trabalhadores, estudantes da saúde e algumas entidades que lutaram por ajustes nos serviços de saúde para que estes atendessem às necessidades e solucionassem os problemas de saúde apresentados pela sociedade (PEIXOTO et al., 2015).

Ao longo dos séculos, o país se destacou na história da imunização, pois auxiliou no desenvolvimento da mesma com criação de institutos e programas, instituindo campanhas, elaborando leis e normas técnicas em prol das vacinas, erradicando doenças por meio da vacinação da população e atuando na produção de novas vacinas (DOBRACHINSKI, 2011).

As ocorrências citadas se consolidaram de forma gradual no país, merecendo destaque o PNI, constituído em 1973, reconhecido e respeitado mundialmente, sendo citado como referência pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). O PNI foi institucionalizado pela Lei nº 6.259 em 1975 e regulamentado pelo Decreto nº 78.231, em 1976, estando sob a responsabilidade do MS (DOBRACHINSKI, 2011; SANTOS et al., 2010; BRASIL, 2003).

O programa foi criado tendo o objetivo de coordenar as ações de imunização, que eram realizadas de forma pontual e descontinuada, para controlar e eliminar enfermidades infectocontagiosas e imunopreveníveis, possuindo como finalidade a

garantia de vacinação para toda a população brasileira, através dos serviços de saúde (BRASIL, 2003).

Com o PNI é enfatizado que imunizar o trabalhador é uma forma de prevenir o adoecimento do mesmo por consequência do contato com agentes patogênicos inerentes aos riscos biológicos dos processos produtivos, devendo ser assegurado pelo empregador a oferta de vacinação, bem como a orientação quanto a necessidade de se vacinar, os efeitos colaterais de cada vacina e os riscos aos quais os trabalhadores estarão expostos pela falta da vacina (ANAMT, 2016; SANTOS, et al., 2011)

As vacinas são administradas de acordo com o calendário de imunização estabelecido pelo PNI, sendo uma exigência do MS por meio da Portaria nº 597 de 2004 (BRASIL, 2016a). O mesmo é direcionado a grupos populacionais, como a imunização de grupos indígenas, a imunização de crianças e adolescentes, a imunização do adulto, a imunização do idoso e a imunização para grupos especiais (SANTOS et al., 2011).

Hoje, fazem parte do calendário as vacinas que previnem as seguintes doenças: TB, difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola, hepatite B, infecções por *Haemophilus influenzae* tipo B, infecção por *Rotavírus*, influenza, Febre Amarela e infecções por *Papiloma vírus humano*, sendo recomendado para o trabalhador da área da saúde as vacinas Dupla adulto, Hepatite B e influenza (BRASIL, 2016a; BRASIL, 2008).

O programa é responsável pela coordenação e definição de normas e procedimentos técnicos articulados às secretarias de estado e estas com as secretarias municipais e tem o papel de adquirir, conservar e distribuir os imunobiológicos que integram os calendários de vacinação do PNI para as salas de vacina em todo o país, e os imunobiológicos especiais para os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs) (SI-PNI, 2016).

Desde sua implementação o PNI nunca sofreu descontinuidade mostrando, dessa forma, que as ações de vacinação contribuem significativamente para a redução de enfermidades e, por consequência, para a sua erradicação proporcionando bem-estar aos indivíduos (DOBRACHINSKI, 2011).

Os anos compreendidos entre 1985 e 1988 foram marcados por diversas mudanças no contexto político do Brasil, tais como: o movimento as Diretas Já, que reivindicava o retorno das eleições diretas para Presidente da República e o fim da

Ditadura Militar, com a mudança no processo de produção e a promulgação da nova Constituição da República Federativa do Brasil (DOBRACHINSKI, 2011).

Em 1986 aconteceu no Brasil a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) que criou espaço para discussão e exposição dos problemas do sistema de saúde brasileiro. Como resultado obteve-se a implementação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), a formação das bases para a seção da saúde da nova constituição brasileira e a proposta de criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; PAIM et al., 2016).

A aprovação do SUS se deu em 1988 com a publicação da Constituição Federal, que trouxe seções específicas de saúde, contidas do artigo 196 ao 200. A construção desse sistema estabeleceu a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, e assim ele se tornou o sistema oficial de saúde brasileiro, conduzido por princípios e apresentando como objetivos a reorganização dos serviços e ações de saúde (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; PAIM et al, 2016).

O SUS é uma conquista da sociedade brasileira e foi criado com o propósito de promover a justiça social e superar as desigualdades na assistência à saúde da população, tornando obrigatório e gratuito o atendimento a todos os indivíduos (BRASIL, 2006b). É regido por princípios doutrinários e organizacionais. Os doutrinários são aqueles que expressam os ideais do sistema, são eles: a universalidade, a equidade e a integralidade. Os organizacionais são os que garantem o acesso para todo e qualquer cidadão aos serviços de saúde, são eles: a descentralização, a regionalização e hierarquização do sistema e a participação e controle social (AGUIAR, 2011; BRASIL, 1990).

Os princípios da regionalização e hierarquização fazem referência à organização dos serviços e devem obedecer aos níveis de complexidade tecnológica. Isso ocorre para ofertar uma atenção mais adequada à saúde, encaminhando cada caso da forma que melhor convir. Dessa forma, os serviços de saúde ficam distribuídos a nível Primário, que se caracteriza como a porta de entrada preferencial do usuário ao sistema, sendo composto pelas Unidades de Atenção Primária a Saúde; a nível Secundário, que inclui as Clínicas e Unidades de Pronto Atendimento; e a nível Terciário, que compreende os Hospitais de Grande Porte (MENDES; BITTAR, 2014; AGUIAR, 2011).

A implementação do SUS representou grande avanço, porém os problemas de saúde brasileiros se mantiveram em crescimento, em sua maioria decorrentes da conjuntura social, econômica e ética dos indivíduos.

2.2 Atenção Primária a Saúde

Diante das dificuldades do sistema de saúde e também das necessidades de atendimento da população idealizou-se o Programa Saúde da Família (PSF), vinculado a Coordenação de Saúde da Comunidade (Cosac), pertencente ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, sendo esse programa incorporado ao nível primário de assistência como uma maneira de organizar o serviço que requer definição de um território para que as equipes assumam a responsabilidade sanitária da população inserida naquele espaço (MACHADO, et al., 2016; GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; BRASIL, 2012a; AGUIAR, 2011).

O PSF foi divulgado em 1994, sendo definido como:

Um modelo de assistência à saúde que visa desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade utilizando o trabalho de equipes de saúde, responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária (AGUIAR, 2011, p.119).

Atualmente, o PSF é definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), visto que seria mais bem entendido como uma atividade contínua de reorganização da atenção primária, enquanto o termo programa denota uma ação que prevê início, desenvolvimento e finalização. Portanto, é uma estratégia que possui como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar, sendo inserido no SUS para atender e solucionar os problemas não urgentes e encaminhar aqueles que necessitem de cuidados mais específicos, mantendo o foco na promoção da saúde da família (GRAGNOLATI; LINDELOW; COUTTOLENC, 2013; GUEDES; SANTOS; LORENZO, 2011).

Constatamos com isso que, no Brasil, foi durante a década de 1990 e início dos anos 2000 – por meio do movimento sanitário e de discussões sobre a temática nas CNS ocorridas em 1996 e 2003 – que as concepções de APS ganharam espaço, buscando romper com o modelo de assistência com características medicocêntricas e

hospitalocêntricas, surgindo sistemas voltados para a realização de ações integrais aos indivíduos (FERTONANI et al., 2015; MATTA; MOROSINI, 2016; GIL, 2006).

Os fatos ocorridos, em conjunto com a regulamentação do SUS, possibilitaram a construção de uma Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada pela Portaria nº 2.488 de 2011 que define APS como um modelo de atenção à saúde e organização dos serviços municipais que:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012a p.19).

De tal modo, as UAPS são serviços locais que possuem o objetivo de ofertar assistência integral e promover o desenvolvimento da autonomia do usuário, buscando também a descentralização dos serviços de saúde (BRASIL, 2012a; GIL, 2006).

As atividades laborais nas UAPS são desenvolvidas sob a forma de trabalho em equipe por profissionais de diferentes áreas, compondo equipes multiprofissionais, os quais realizam práticas de cuidado e gestão, utilizando de tecnologias complexas e variadas de cuidado para atender a maior parte das demandas e das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).

As equipes da ESF devem ser compostas por, no mínimo, enfermeiros generalistas ou especialistas em Saúde da Família, técnicos ou auxiliares de enfermagem, médicos generalistas ou especialistas em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, ACS, podendo serem inseridos nessa equipe os cirurgiões-dentistas generalistas ou especialistas em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal tendo, cada equipe, suas atribuições visando o objetivo de estreitar os laços entre o serviço de saúde e a população (BRASIL, 2012a).

Faz-se importante ressaltar que cada equipe deve se responsabilizar “por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000” (BRASIL, 2012a, p.55).

Outros profissionais podem atuar integrando as equipes da ESF por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que tem o objetivo de ampliar as ações e a resolubilidade da APS. Para compor esse núcleo os profissionais devem possuir nível superior para atuar nas seguintes ocupações: médico acupunturista; assistente social; educador físico; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico

ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista; médico do trabalho; médico veterinário; profissional da arte ou educador e profissional de saúde sanitaria (BRASIL, 2012a).

Os trabalhadores das UAPS mantêm relação horizontal e contínua com a população atendida, buscando executar um atendimento singular e individual, fazendo parte do processo de trabalho desses profissionais atividades como realização do acolhimento, qualificação dos riscos, análise de vulnerabilidade, desenvolvimento de ações educativas, realização de atenção domiciliar, dentre outras (BRASIL, 2012a).

De tal modo, a atenção primária deve ser o contato principal dos usuários ao sistema, devido à proximidade das equipes com a população, e assim ser a porta de entrada preferencial dos mesmos ao SUS, sendo, além disso, o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2012a).

O trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais da APS exige habilidades para o desempenho de procedimentos técnicos além da necessidade do uso de competências como criatividade e iniciativa, devido às características deste modelo de assistência. É operacionalizado pela implementação de equipes multiprofissionais que se responsabilizam pelo acompanhamento de um número de famílias inseridas na área de abrangência da UAPS (MACHADO et al., 2016; KATSURAYAMA; PARENTE; MORETTI-PIRES, 2016).

A ESF é referência de cuidados para a população e tem recebido incentivos financeiros para viabilizar a ampliação da cobertura populacional e a reorganização da assistência. Porém, há muitos desafios a serem vencidos, como o acesso aos demais níveis de assistência à saúde, o abandono da fragmentação da assistência e das práticas centradas na doença com intuito de garantir o princípio da integralidade (MATTA; MOROSINI, 2016).

2.3 Aspectos políticos e históricos da saúde do trabalhador

O trabalho tem sua origem desde os primórdios do desenvolvimento da humanidade uma vez que, para a manutenção de sua existência, o ser humano faz uso de ferramentas e habilidades para transformar a natureza em bens necessários para sua subsistência (FERREIRA, 2015).

Ao buscar a origem da palavra “trabalho” vê-se que a mesma tem procedência do latim *tripalium*, sendo esta formada pela conexão dos elementos *tri* e *palum*, significando “três” e “madeira” respectivamente. *Tripalium* remetia a um instrumento de tortura que era constituído de três estacas de madeira e que era comum em tempos remotos na região europeia. Desse modo, quando se discutia o trabalho, logo se pensava em tortura. Durante os séculos XVII e XVIII as pessoas que desempenhavam atividades trabalhistas e sofriam as torturas eram aquelas destituídas de posses, os escravos e os pobres, que não podiam pagar os seus impostos (DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO, 2015).

A partir do latim, o termo passou para o francês *travail*, tendo como significado “sentir dor” ou “sofrer” (DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO, 2015; MICHAELIS, 2009).

A concepção de que trabalhar era o mesmo que ser torturado perdurou por um longo período, estendendo essa compreensão para qualquer atividade física produtiva, desenvolvida, por exemplo, pelos artesãos, agricultores e pedreiros, dentre outros. A transformação do modo como era pensado o trabalho aconteceu por meio da política, da cultura e da economia sendo transmitidas de geração em geração. Desse modo, a história do trabalho pode ser dividida em cinco períodos: regime de trabalho primitivo, o escravo, o feudal, o capitalista e o comunista (FERREIRA, 2015).

O termo “trabalho” começou a possuir um sentido comum apenas no século XIV, passando a ser descrito como aplicação das forças e capacidades humanas para alcançar um determinado objetivo. Essa definição é devida às diversas especializações das atividades humanas impostas pela evolução cultural, política e econômica da humanidade, especialmente pela Revolução Industrial, que teve seu início na Europa, mais especificamente na Inglaterra, nos séculos XVIII e XIX, tendo como principal particularidade a mecanização dos sistemas de produção e a introdução de salário para os trabalhadores (SILVA et al., 2010; FERREIRA, 2008).

A doença afeta os trabalhadores desde os primórdios das atividades trabalhistas que, dependendo das condições em que são realizadas, podem ser a causa para o adoecimento (SILVA et al., 2010).

Essa condição se tornou mais evidente no século XIX com a Revolução Industrial, que trouxe avanços e mudanças para a produção e, do mesmo modo, às enfermidades decorrentes do trabalho. O trabalhador era submetido a um processo

acelerado do trabalho com características desumanas e foi nesse contexto, que passou a existir uma preocupação de criar ou efetivar serviços que garantissem a assistência específica aos trabalhadores, que se acidentavam ou adoeciam em consequência das atividades laborais e do meio em que estavam inseridos (MACEDO; MEDEIROS; COSTA, 2015; MENDES; DIAS, 1991).

A preocupação por prover serviços médicos aos trabalhadores ganhou força com a criação, em 1919, da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Em 1954, a OIT convocou um grupo de especialistas para estudar as diretrizes gerais da organização de serviços médicos do trabalho sendo, posteriormente, substituído por serviços de medicina do trabalho como especialidade médica. Esse serviço era instalado no interior das indústrias e empresas e visava os benefícios e os lucros das mesmas (LACAZ, 2007; MENDES; DIAS, 1991).

Diante da necessidade de prestar cuidado aos trabalhadores, em um contexto econômico e político como o da guerra e o do pós-guerra e após cobranças dos próprios trabalhadores, criou-se a Saúde Ocupacional que surgiu, sobretudo, dentro das grandes empresas pela presença de profissionais de diferentes disciplinas para que se alcançasse uma assistência mais completa ao trabalhador. Foram inseridos na equipe de trabalho profissionais da enfermagem, da engenharia, das ciências sociais e química. O foco era a intervenção nos locais de trabalho, visando controlar os riscos ambientais e, por conseguinte, a redução dos acidentes e das doenças (SOUSA, et al., 2016; LACAZ, 2007; MENDES, DIAS, 1991).

A saúde ocupacional também se torna insuficiente na medida em que mantém o mesmo modelo da medicina do trabalho não ultrapassando a barreira do mecanicismo. A capacitação de recursos humanos e a produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não acompanharam o ritmo da transformação dos processos de trabalho. Para suprir as necessidades da sociedade surgiu um movimento social renovado nos países industrializados, com a exigência de participação dos trabalhadores, que tem por objetivo discutir formas para gerar melhorias para a saúde e segurança (MENDES; DIAS, 1991).

Como resposta ao movimento social e dos trabalhadores houve a introdução de legislações que beneficiam a saúde e a segurança, em especial do trabalhador, contemplando a assistência a esse público de forma multidisciplinar e assegurando a participação dos mesmos nas discussões sobre essa temática, assim passando a

existir o modelo de Saúde do Trabalhador (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013; LACAZ, 2007; MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde do Trabalhador foi constituída e reconhecida legalmente em todo o mundo, dentre outros aspectos, a partir da necessidade da participação dos trabalhadores em assuntos relacionados com sua própria saúde e segurança. A participação da sociedade, em conjunto com políticos, garantiu a efetivação da Saúde do Trabalhador (CHIAVEGATTO; ALGRANTI, 2013; BRASIL, 2002; MENDES; DIAS, 1991).

“A história da vivência de estratégias que promovam a Saúde do Trabalhador está intimamente ligada com o desenvolvimento histórico do Sistema Único de Saúde no Brasil” (ALMEIDA et al., 2015, p.117), sendo o trabalhador personagem principal na trajetória do desenvolvimento da saúde pública no país.

O MS (2002) afirma que Saúde do Trabalhador é “um campo de saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença” (BRASIL, 2002, p.7). Para Lacaz (2007), a Saúde do Trabalhador:

[...] é campo de práticas e conhecimentos cujo enfoque teórico-metodológico, no Brasil, emerge da Saúde Coletiva, buscando conhecer (e intervir) (n)as relações trabalho e saúde-doença, tendo como referência central o surgimento de um novo ator social: a classe operária industrial numa sociedade que vive profundas mudanças políticas, econômicas, sociais (LACAZ, 2007 p.757).

Assim sendo, a Saúde do Trabalhador contempla as condições do ambiente de trabalho, as questões relacionadas ao processo de trabalho e a organização do mesmo, devendo ser desenvolvida de forma multidisciplinar e com o envolvimento dos trabalhadores rompendo, dessa forma, o enfoque que era dado apenas no ambiente de trabalho e na doença, passando a considerar os aspectos físicos, sociais e mentais aos quais esses indivíduos estão submetidos.

Percebe-se um envolvimento dos pesquisadores com a temática Saúde do Trabalhador na busca por melhorias de atenção aos mesmos enfatizando a importância da prevenção dos agravos à saúde (ALMEIDA, et al., 2015; GODINHO; GRECO; GONÇALVES, 2011).

Apesar de, no Brasil, as ações de saúde e segurança voltadas para os trabalhadores serem asseguradas pelos programas do MS, do Ministério do Trabalho e Emprego e Ministério da Previdência Social apenas os trabalhadores

formais, aqueles que possuem registro na carteira de trabalho, é que são assegurados pelos programas existentes. Desse modo, nem todos os casos de acidentes ou óbitos são notificados, o que gera subnotificação dificultando a realização de estudos que retratem a real situação de saúde dos trabalhadores (GUIMARÃES, 2012).

A Saúde do Trabalhador é um campo de atuação do SUS, desde sua criação, sendo confirmado pela publicação da Constituição do Brasil e por meio da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 1990. Diante disso, surgiram os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e a Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) resultantes de reivindicações dos movimentos trabalhistas do país, visando melhorar as condições de vida e saúde dos trabalhadores por meio de ações de controle sanitário tendo como objetivos a promoção, a proteção e a assistência a esse público (ALMEIDA et al., 2015).

Assim, em 2011, com a aprovação da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde, as discussões sobre o desenvolvimento de ações de promoção à saúde do trabalhador nos espaços de convivência e de produção de saúde ganharam destaque, entre outras diretrizes (BRASIL, 2011).

O ambiente de trabalho é percebido como aquele aonde os profissionais vão e estão apenas para desenvolver suas tarefas de trabalho. Porém, é nesse ambiente formado por diversas condições físicas, sociais, culturais e também econômicas que o indivíduo se relaciona aprendendo a conviver com seus semelhantes, aceitando suas opiniões e diferenças, criando vínculos, ampliando e aperfeiçoando suas habilidades (OLIVEIRA; ANDRÉ, 2016; AGUIAR, 2012). Além disso, este é também um local onde os mesmos passam grande parte de seu tempo, devendo dividi-lo para o desenvolvimento das atividades, para a alimentação e para o descanso. Assim, o ambiente de trabalho associa-se às condições vivenciadas naquele local englobando todas as ocorrências decorrentes das atividades realizadas (SANTOS; MARTINS, 2016).

Por esses motivos, esse ambiente está sendo cada vez mais utilizado como um espaço para promoção de saúde e para atividades preventivas de doenças, não apenas com o intuito de evitar ou minimizar o surgimento de enfermidades e acidentes ocupacionais, mas também para diagnosticar possíveis agravos e equilibrar a saúde das pessoas ali inseridas (SANTOS; MARTINS, 2016).

Ações que gerem autonomia e empoderamento como forma de possibilitar a promoção da saúde proporcionam uma vida saudável para os indivíduos que estarão, assim, aptos para produção no seu cotidiano de trabalho (ALMEIDA et al., 2015).

O cidadão economicamente ativo, para produzir, precisa estar em bom estado físico, psíquico e mental, assim como social, e como consequência desta harmonia, o trabalho desenvolvido tende a ser mais produtivo e de melhor qualidade (ALMEIDA et al., 2015, p.114).

O ser humano está exposto a diversos estressores e com o trabalhador não é diferente. Faz-se importante identificar o tipo, quando e como surgiu, a natureza e a intensidade estressores para que o corpo e seus sistemas não sofram grandes alterações que geram como consequência a doença (ALMEIDA et al., 2015).

2.4 O Agente Comunitário de Saúde

Após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde começaram a ocorrer diversas mudanças no âmbito da saúde para que fosse possível adequar a acessibilidade dos usuários ao sistema e divulgar as ações de prevenção e promoção da saúde (PEIXOTO et al., 2015; BINDA; BIANCO; SOUZA, 2013).

Nas UAPS, o ACS é reconhecido como o profissional que possibilita a comunicação entre os usuários e os trabalhadores de saúde, fato que merece destaque, pois suas atribuições o colocam em contato direto com a comunidade o que possibilita a valorização das questões culturais e a integração com o conhecimento científico (SANTANA, 2015).

Em seu estudo, MWAI e colaboradores (2013) concluíram que os ACS fortaleceram a capacidade de recursos humanos na África subsaariana e aumentaram o alcance do serviço, contribuindo assim para a qualidade da assistência prestada aos usuários.

Os termos “agentes/assistentes/auxiliares comunitários de saúde” são utilizados para caracterizar os trabalhadores que prestam serviços referentes à saúde para as pessoas das comunidades em que vivem. Havendo registros e atividade desde a década de 1950 em países da América do Norte, na China e Índia. No Brasil, há relatos dessa atividade desde a década de 1940, por meio da busca da população por

melhores condições sanitárias (BHATIA, 2014; GIUGLIANI et al., 2014; GOLNICK et al., 2012; TEIXEIRA, 2008; ZHANG; UNSCHULD, 2008; LEHMANN; SANDERS, 2007; LAVOR; LAVOR; LAVOR, 2004; HOFF, 1969).

Neste sentido, em 1991 criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) que foi regulamentado em 1997, junto com o processo de descentralização dos recursos do SUS, tendo como objetivo a reorganização dos serviços municipais na construção de um modelo de assistência à saúde onde as ações profissionais estivessem ligadas a comunidade atendida contemplando, sobretudo, os princípios do SUS. Foi inspirado por experiências que focavam na prevenção de doenças por meio de orientações educativas sobre o cuidado com a saúde (BRASIL, 2001b).

Com o PACS, os ACS passaram a ser entendidos como trabalhadores da saúde que desenvolveriam atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas básicas nos domicílios e na comunidade (BINDA; BIANCO; SOUZA, 2013).

A profissão foi regulamentada em 2002 a partir da Lei nº 10.507 substituída, em 2006, pela Lei nº 11.350 que determina que o ACS deve ser uma pessoa pertencente à comunidade, o que auxilia no conhecimento das particularidades da mesma e fortalece o controle social (BRASIL, 2006a).

O número de usuários sob a responsabilidade de um ACS deve ser de 400 a 750 pessoas, com as quais desenvolverá boa parte de suas tarefas, devendo ser supervisionadas por um profissional enfermeiro (BRASIL, 2001b).

Como funções dos ACS estão incluídas as atividades de cadastramento das famílias, o mapeamento das residências contidas no território da UAPS, a identificação de situações de risco e encaminhamento das mesmas, a realização de no, mínimo, uma visita domiciliar no mês a cada família aos seus cuidados e a mobilização comunitária mediante ações de saneamento (BRASIL, 2009b).

Fica a cargo do ACS desenvolver ações básicas de saúde como a pesagem e medição mensal de crianças menores de 2 anos, o incentivo ao aleitamento materno, a realização de ações de prevenção como o acompanhamento da vacinação periódica das crianças e gestantes, o monitoramento de dermatoses e parasitoses, a orientação quanto ao uso de soros para prevenir diarreias e desidratação em crianças, a orientação sobre a prevenção de cânceres, a participação do programa de controle de TB e hanseníase supervisionando o tratamento dos pacientes. Desse modo, o ACS

contribui para a qualidade de vida das pessoas que residem no território da UAPS (BINDA; BIANCO; SOUZA, 2013; BRASIL, 2009b; BRASIL, 2001b).

Na PNAB de 2012, o ACS foi colocado como integrante da equipe mínima para auxiliar e concretizar a territorialização. Por ser o profissional que realiza o primeiro contato na busca ativa, ele se tornou um elo entre a comunidade e a UAPS (BRASIL, 2012a).

Neste contexto, o ACS enfrenta desafios em seu processo de trabalho, relacionados às condições insalubres para a realização de suas tarefas e a especificidade de conhecimento científico da área da saúde que cada ação exige. O trabalhador necessita de saberes e habilidades específicas da área da saúde para conseguir executar da melhor forma sua função (BRASIL, 2009b).

As atividades realizadas por esses trabalhadores em seu cotidiano possibilitam a aquisição de doenças e/ou agravos à saúde devido à exposição aos diversos riscos ocupacionais e pelas condições impróprias do próprio ambiente de trabalho, o que pode deteriorar o estado de saúde do trabalhador (BRASIL, 2001a).

À respeito, Maissiat e colaboradores (2015), em um estudo sobre o contexto de trabalho, prazer e sofrimento na APS afirmam que as condições investigadas para realização do trabalho foram consideradas inapropriadas pelos trabalhadores.

Para esse estudo, destaca-se a exposição ao Risco Biológico devido ao contato constante com agentes patogênicos, entendendo que os riscos biológicos aos quais os trabalhadores encontram-se submetidos são definidos como aqueles que compreendem as exposições ocupacionais aos microorganismos geneticamente modificados ou não, as culturas de células, aos parasitas, as toxinas e os príons (BRASIL, 2008; BRASIL, 2006d).

A exposição com material biológico por consequência de acidente de trabalho é um agravo de notificação compulsória devido à associação com o risco de contaminação pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e pelos Vírus da Hepatite B e C (VHB e VHC) (VALIM; MARZIALE, 2011).

A Lei nº 8.213 define em seu art. 19 o Acidente do trabalho como:

[...] o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço de empresa ou de empregador doméstico ou pelo exercício do trabalho dos segurados referidos no inciso VII do art. 11 desta Lei, provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991).

As vias de contaminação por agentes biológicos incluem a via percutânea – pela inoculação de sangue contaminado através de agulhas ou objetos cortantes – e por meio do contato de fluídos corporais contaminados através de respingos, dermatites ou feridas abertas na pele do paciente com as mucosas do profissional, a via respiratória por meio de aerossóis e/ou gotículas, estando o profissional de saúde sujeito às formas de exposição citadas (RAPPARINI, 2010; HUMPHREY; WHITE, 1972).

Entre as diversas doenças ocupacionais causadas por agentes biológicos, incluem-se a TB, a malária e a febre amarela. Em estudo Rodrigues e colaboradores (2009) constataram que 8 dos ACS investigados apresentaram resultado positivo quanto a aquisição de TB em decorrência do trabalho, e desses, 1 teve diagnóstico confirmado e iniciou o tratamento durante o estudo.

Legalmente, os ACS possuem atribuições específicas, as quais não são reconhecidas como atividades de risco para exposição à material biológico. Contudo, é destacado no estudo de Rezende (2016) que os ACS se expuseram no trabalho a saliva, sangue e outras secreções humanas. No estudo de Rezende, Tiplle e Salgado (2012) foi observado que, dentre os 20 acidentes, dois que envolviam sangue ocorreram entre ACS durante visita domiciliar. Santana e colaboradores (2015) evidenciaram que a exposição a doenças na prática diária dos ACS compromete a qualidade de vida e o desempenho do trabalho dos mesmos. Moreira, Zandonade e Maciel (2010) estimaram um risco anual de 52,8% nos ACS que foram expostos aos usuários com a infecção.

Para minimizar os danos à saúde do trabalhador, incluindo os acidentes, o número de incapacidades e o absenteísmo devem ser desenvolvidas ações voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde desses indivíduos, como a educação continuada, o planejamento e a coordenação das ações no local de trabalho, o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), o estímulo ao autocuidado, adesão à prática de imunização (OLIVEIRA; ANDRÉ, 2016), sendo responsabilidade de todos os envolvidos no processo, as boas práticas no trabalho, como destacado pelos autores:

As questões de Promoção da Saúde no Local de Trabalho, valorizando o esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e sociedade em geral, com o objetivo de melhorar a saúde e o bem-estar dos trabalhadores, constituem uma vertente importante desta área de

intervenção. Compete também à Saúde Pública dinamizar processos e ações que conduzam a boas práticas neste âmbito (OLIVEIRA; ANDRÉ, 2016, p.119).

Na década de 40, após constatações de que as doenças adquiridas por consequência de contato com algum patógeno traziam prejuízos para a saúde dos profissionais, é que começou a surgir uma preocupação com questões relacionadas ao risco biológico no ambiente de trabalho. Anteriormente, essa preocupação ocorria apenas com os trabalhadores de laboratório que mantinham contato direto com os mais diversos microrganismos (SINGH, 2009; PIKE, 1976).

O olhar começou a se voltar para os profissionais de saúde ao se perceber que os mesmos, no desempenho de suas funções, ficavam em contato constante com pacientes portadores de agentes infecciosos, bem como com materiais contaminados com fluídos biológicos e, no caso de algum acidente, esse fato aumentaria as chances da ocorrência de transmissão de doenças (BRASIL, 2004).

O surgimento de epidemias como a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e a verificação da forma de transmissão de doenças, como as Hepatites B e C, reforçaram e auxiliaram para que os órgãos responsáveis criassem estratégias para a proteção da saúde dos profissionais (SILVA et al., 2011; OMS, 2016).

Dentre os diversos tipos de acidentes, os que envolvem material perfurocortante são os mais frequentes para os profissionais de saúde e estão intimamente relacionados à categoria profissional e à atividade desenvolvida no ambiente de trabalho (RAPPARINI, 2010).

Autores confirmam que os registros de acidentes referentes ao risco biológico ocorreram com maior frequência em instituições hospitalares, todavia ressaltam que a exposição ao risco biológico ocorre em todos os locais que prestam serviços a saúde, incluindo as UAPS (DIAS; MACHADO; SANTOS, 2017; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

Esse dado é confirmado em um estudo realizado com 161 trabalhadores de uma instituição hospitalar, sendo contabilizadas após relatos 261 exposições ocupacionais a material biológico e, dessas, 61,3% foram percutâneos (ALVES et al., 2016). Em estudo realizado com profissionais da ESF, verificou-se que 6,7% dos participantes haviam sofrido acidente ocupacional com exposição a material biológico (FONSECA, 2015).

Autores ressaltam que, ao pesquisarem sobre a subnotificação de acidentes com material biológico, constataram que, dos 42,8% dos casos não notificados à justificativa

mais utilizada pelos participantes foi “não considerar que havia risco de contaminação” (ALVES et al., 2016, p.378) na situação vivenciada.

A imunização é entendida como a prevenção primária que auxilia na manutenção da saúde. Sua atualização periódica em adultos garante a eliminação ou a diminuição do surgimento das doenças infecciosas, em especial nos profissionais, sobretudo aqueles inseridos na área da saúde, conferindo proteção individual e coletiva (PEREIRA; ARAÚJO; GRYSCHER, 2011).

A NR 32, uma das medidas adotadas pelo MS para promover e prevenir agravos à saúde dos trabalhadores da saúde, traz no item 32.2.4.17 questões referentes à vacinação específica dos trabalhadores dos serviços de saúde salientando que, para a faixa etária usual desse público, são recomendáveis as vacinas contra tétano, difteria, hepatite B e influenza todas oferecidas gratuitamente nos serviços públicos de saúde brasileiros, sendo a última ofertada aos grupos de risco em campanhas anuais (BRASIL, 2008).

Ao se tratar do ambiente de trabalho, a imunização surge como forma de fortalecer a saúde dos profissionais e evitar o absenteísmo por consequências de doenças imunopreveníveis (PEREIRA; ARAÚJO; GRYSCHER, 2011).

Santos e colaboradores (2011) ressaltam que se faz importante reconhecer os processos de trabalho dos profissionais, os fatores de riscos biológicos e imunopreveníveis aos quais estão expostos, além do desenvolvimento de metodologias que gerem reflexões nesse público sobre a relevância das vacinas para suas vidas, para, então, programar atividades de vacinação destinada aos profissionais e assim obter a adesão dos mesmos.

A imunização é parte essencial dos programas de controle de infecção em saúde ocupacional, pois assegura ao trabalhador da área de saúde a redução dos riscos de aquisição de doenças imunopreveníveis, bem como a diminuição do número de indivíduos e profissionais suscetíveis, reduzindo assim o risco de transmissão de doenças dos profissionais aos pacientes e vice-versa (PINTO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2011, p.108)

Em seu estudo, Pinto, Almeida e Pinheiro (2011) objetivaram descrever o status vacinal dos trabalhadores que possuem ensino superior e atuam na APS. Observaram diante dos resultados que, dos 47 participantes, 48% afirmaram não ter feito o esquema vacinal básico na infância, 26% relataram não possuir comprovantes de vacinação,

sendo observada ainda uma baixa cobertura vacinal para as doenças passíveis de prevenção por meio das vacinas.

Desse modo, a educação dos trabalhadores deve ser constante para que reflitam e compreendam os riscos e as formas de exposição aos quais estão expostos e se conscientizem a respeito dos equipamentos de proteção individual e coletiva que devem ser utilizados na realização de tarefas que os coloquem em contato com agentes patogênicos, bem como das ações que visam prevenir doenças (ROCHA; BEVILACQUA; BARLETTO, 2015; ALVES et al., 2016).

O risco para contaminação por doenças transmissíveis por meio de material biológico aumenta, dentre outros fatores, quando os profissionais não estão imunizados ou apresentam imunização incompleta (COZZA et al., 2015; SILVA et al., 2011; BONANI; BONACCORSI, 2001; RISCHITELLI et al., 2001).

Ressalta-se aqui a importância da imunização como forma preventiva de aquisição de doenças transmissíveis e imunopreveníveis. No Brasil, as mesmas são fornecidas através do SUS para minimizar a ocorrência de endemias e epidemias (ANAMT, 2016; VILA, 2015; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006).

Ao abordar o tema “saúde do trabalhador”, um dos primeiros aspectos que devem ser considerados é a imunização, em especial dos profissionais da área da saúde, por apresentarem um risco aumentado de infecção por microrganismos relacionados a doenças passíveis de prevenção por imunização, com possibilidade de se tornarem fonte desses patógenos e de disseminação, em meio intra- e extra-hospitalar (SANTOS et al., 2010 p. 596).

Desse modo, fica expresso que o profissional não imunizado pode prejudicar a sua própria saúde e disseminar doenças entre a população atendida por ele.

Assim, destacamos a imunização como medida para prevenção de doenças infecciosas e imunopreveníveis no trabalhador, visando os benefícios da mesma para esse público, sendo a manutenção de imunidade por meio das vacinas parte essencial nos programas de controle e prevenção de infecção para profissionais de saúde, estando essa temática atrelada ao Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), ao Programa de Prevenção a Riscos Ambientais (PPRA) e ao calendário de imunização ocupacional (ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2010).

3 MÉTODOS E TÉCNICAS

3.1 Delineamento metodológico

Trata-se de uma pesquisa quantitativa que utiliza o método exploratório transversal, também denominado de *survey* ou estudo seccional, que consiste em uma investigação com toda a população ou com uma amostra da população alvo da pesquisa. Na segunda opção, os resultados são obtidos por meio da inferência e assim vão representar a realidade de toda a população em questão (KLEIN; BLOCH, 2009).

O termo “seccional” faz referência ao prazo de observação ou coleta de informações, entre a entrevista do primeiro participante até a do último, devendo ser o mais curto possível para que se consiga relacionar os dados coletados. O instrumento utilizado para a coleta de informações nos estudos seccionais é o questionário, podendo ser composto por perguntas fechadas, abertas ou mistas (KLEIN; BLOCH, 2009).

A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (FONSECA, 2002).

O método exploratório transversal é uma estratégia de estudo epidemiológica que se utiliza da observação de uma determinada população em um tempo também determinado (KLEIN; BLOCH, 2009).

Desse modo, esse estudo busca conhecer e descrever a situação vacinal dos participantes e assim contribuir para ações e programas de prevenção a doenças e a promoção e recuperação da saúde dos trabalhadores.

3.2 Local de estudo

O local de estudo foi composto por UAPS de um município localizado na Zona da Mata Mineira que é considerado de grande porte, com população estimada de 559.636 habitantes, sendo pólo de referência para atendimentos à saúde da região sudeste do estado de Minas Gerais com mais de 3 milhões de habitantes (IBGE, 2017; HORTA; GUIMARÃES, 2014).

A ESF foi implantada em 1995 e vem apresentando crescimento nos últimos anos. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde, a cidade possui em sua rede de atenção à saúde 63 UAPS implantadas, 48 na zona urbana e 15 na zona rural. Entre as unidades da zona urbana, 35 seguem o modelo da ESF, 2 seguem o PACS ou Modelo Misto e 11 o modelo tradicional. Entre as unidades da zona rural, 4 são ESF e 11 tradicionais (HORTA; GUIMARÃES, 2014; JUIZ DE FORA, 2014).

Para esta pesquisa, os dados foram coletados nas UAPS que contam com ACS em sua equipe multidisciplinar, como consta no Quadro 1.

Quadro 1: Relação das Unidades de Atenção Primária a Saúde – Modelo Estratégia de Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde

REGIÃO ADMINISTRATIVA	UAPS	TOTAL DE ACS
NORTE	UAPS Barreira do Triunfo	05
	UAPS Cidade do Sol	13
	UAPS Igrejinha	05
	UAPS Industrial	11
	UAPS Jardim Natal	11
	UAPS Jóquei Clube I	11
	UAPS Jóquei Clube II	10
	UAPS Milho Branco	17
	UAPS Monte Castelo	18
	UAPS Nova Era	16
	UAPS Santa Cruz	22
	UAPS São Judas	10
	UAPS Vila Esperança	14
NORDESTE	UAPS Filgueiras	08
	UAPS Parque Guarani	04
	UAPS Granjas Bethânia	06
	UAPS Vale dos Bandeirantes	16
LESTE	UAPS Progresso	14
	UAPS Marumbi	18
	UAPS Linhares	26
	UAPS Santa Rita	11
	UAPS Nossa Senhora Aparecida	14
	UAPS Alto Grajaú	11
	UAPS São Sebastião	16
	UAPS São Benedito	18
CENTRO	UAPS Santa Cecília	14
OESTE*	UAPS São Pedro	06
	UAPS Santos Dumont	05

Continua

Continuação

REGIÃO ADMINISTRATIVA	UAPS	TOTAL DE ACS
<i>SUL</i>	UAPS Santa Luzia	21
	UAPS Santa Efigênia	10
	UAPS Teixeiras	16
	UAPS Vale Verde	06
<i>SUDESTE</i>	UAPS Retiro	10
	UAPS Vila Ideal	16
	UAPS Santo Antônio	20
	UAPS Jardim Esperança	14
	UAPS Jardim da Lua	06
	UAPS Furtado de Menezes	11
	UAPS Vila Olavo Costa	06
<i>RURAL</i>	UAPS Humaitá	04
	UAPS Jacutinga	03
	UAPS Torreões	06
	UAPS Rosário de Minas	01
TOTAL	43	500

Fonte: A autora.

Nota: *UAPS que segue o modelo PACS (JUIZ DE FORA, 2014).

No ano de 2016 a cobertura populacional dos serviços que possuem ACS foi de 66,66% no Brasil, 75,86% em Minas Gerais e 52% no município investigado nesse estudo (BRASIL, 2016b).

As unidades funcionam nos turnos matutino e vespertino e oferecem serviços para prevenção de doenças e promoção da saúde do indivíduo e coletividade. Dentre esses serviços estão o de pré-natal, a coleta de material citopatológico, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o acompanhamento de hipertensos e diabéticos e a imunização (HORTA; GUIMARÃES, 2014).

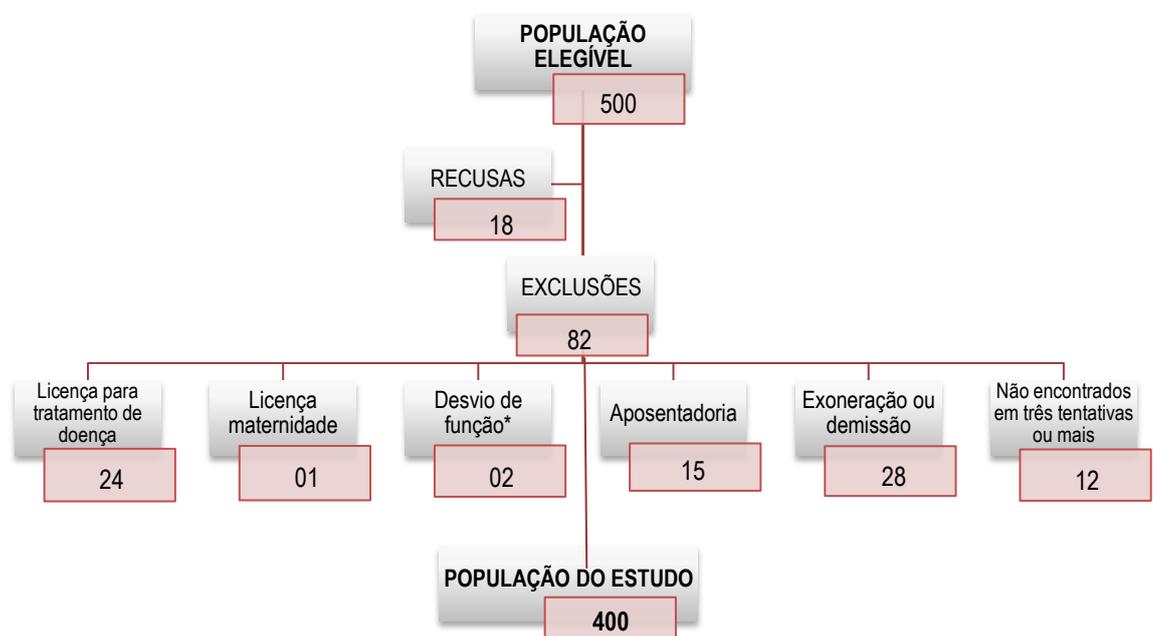
3.3 População do estudo

A lista com os nomes dos ACS atuantes na APS do município foi fornecida pela Secretaria de Saúde do município, apresentando um somatório de 500 profissionais que foram selecionados como participantes do estudo.

O critério de inclusão foi: estar em pleno exercício profissional durante a coleta dos dados. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que não foram encontrados após 3 tentativas de contato.

Desse modo, dos 500 ACS, foram excluídos 82 participantes, pois: 24 estavam de licença para tratamento de doença; 01 de licença maternidade, 02 por desvio de função, 15 foram aposentados, 28 foram exonerados ou demitidos e 12 não foram encontrados após 3 tentativas ou mais. Além disso, 18 trabalhadores se recusaram participar da pesquisa. Sendo assim, 400 participaram do estudo o que correspondeu a 80% da população pretendida (Figura 01).

Figura 1: Determinação da população do estudo



Fonte: A autora.

Nota: *ACS, que no momento da coleta de dados, se encontravam desempenhando atividades apenas administrativas.

3.4 Processo de coleta de dados

Após a apreciação dos devidos órgãos para a realização dessa pesquisa foi realizado a coleta de dados piloto, em junho de 2015. O estudo piloto foi realizado com 22 trabalhadores da APS de um município vizinho, com características semelhantes às do grupo investigado nessa pesquisa. Ocorreu, dessa forma, o teste preliminar do instrumento sendo adequado diante das limitações encontradas, como pouca clareza das questões e incapacidade para dar uma resposta aos questionamentos.

A equipe da coleta de dados foi composta por discentes do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Mestrado em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem, discentes do Programa de Pós Graduação *Stricto Sensu* Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva que estão desenvolvendo suas dissertações e teses com base na pesquisa “Condições de Trabalho e de Vida do Trabalhador da Atenção Primária a Saúde”, e graduandos da Faculdade de Enfermagem, Odontologia e Ciências da Computação da mesma universidade como voluntários.

Todos os integrantes da equipe de coleta de dados passaram por treinamento visando à padronização da forma de abordagem dos participantes, bem como a unificação da forma que os dados foram coletados.

Os trabalhadores foram contatados para, juntamente com o pesquisador, acordarem um melhor local e horário para a realização da entrevista. A abordagem aos participantes foi realizada de forma individual, sendo explicados os objetivos e a relevância do estudo e, aos que concordaram em participar da pesquisa, foi solicitada a assinatura do TCLE.

Para a realização da entrevista foi necessário que o local fornecesse privacidade garantindo a individualidade da coleta que, em sua maioria, se deu em uma sala da instituição em que o trabalhador desempenhava suas atividades, dessa forma o trabalhador não precisava se ausentar do ambiente de trabalho e o local era acessível tanto para os participantes como para os pesquisadores.

A coleta de dados foi dividida em dois períodos: o primeiro ocorreu entre os meses de julho a outubro de 2015 e o segundo de outubro de 2016 a fevereiro de 2017. No primeiro período ocorreu abordagem de uma amostra da população pretendida, e diante da percepção quanto à importância da participação dos demais ACS do município no estudo, decidiu-se pela inclusão dos desses.

Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário (APÊNDICE A) constituído por perguntas objetivas e composto por 14 blocos. Neste estudo foram utilizadas quatro questões do Bloco G, sendo uma sobre fatores de risco no ambiente de trabalho, uma sobre acidente de trabalho, duas quanto ao tempo de atuação na APS e na UAPS em questão; o Bloco M, com questões sobre imunização que responderam aos objetivos desse estudo; e o Bloco N, em que constam questões sobre a situação socioeconômica e demográfica dos participantes, como por exemplo: idade, sexo, renda, escolaridade, dentre outros, que caracterizaram os participantes.

Os dados foram digitados durante a entrevista, pelo próprio pesquisador, em um dispositivo portátil que possuía sistema de operação Android, utilizando para isso o aplicativo *Open Data Kit* (ODK) que continha o instrumento da pesquisa.

O ODK é um programa de código aberto desenvolvido por um grupo multidisciplinar dos Departamentos de Ciência da Computação e de Engenharia da Universidade de Washington que exploram o uso da tecnologia na melhoria da vida nos países em desenvolvimento (JEFFREY-COKER; BASINGER; MODI, 2016; ODK, 2015).

O questionário utilizado foi inserido no programa o que viabiliza a coleta de dados, pois os mesmos são digitalizados de forma imediata, sem a necessidade de conexão com internet, eliminando o uso de papéis e reduzindo o tempo da pesquisa (ODK, 2015).

A partir da coleta de dados ocorreu a construção do banco de dados sendo, posteriormente, processado e analisado por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de cinco anos e, após esse tempo, serão destruídos.

3.5 Tratamento e análise dos dados

As variáveis do estudo foram selecionadas e estão apresentadas no Quadro 2. As variáveis independentes são aquelas que não são modificáveis e exercem influência sobre outra variável, enquanto as variáveis dependentes são aquelas que sofrem modificação quando se correlacionam com as variáveis independentes (KMETEUK FILHO, 2005). Nesse estudo, as variáveis independentes são aquelas relacionadas à caracterização socioeconômica e demográfica da população, as características do trabalho e os fatores de risco do ambiente de trabalho e as de acidente de trabalho e as variáveis dependentes são as relacionadas à imunização.

Quadro 2: Descrição das Variáveis do Estudo

VARIÁVEIS INDEPENDENTES			
VARIÁVEL	QUESTÃO	TIPO DA VARIÁVEL	AGRUPAMENTO
<i>Idade (IBGE)</i>	N1	Numérica discreta (posteriormente categorizada)	1. 20 a 39 anos 2. 40 a 59 anos 3. 60 anos ou mais
<i>Cor da pele (IBGE)</i>	N3	Catagórica nominal	1. Preta 2. Parda 3. Branca 4. Amarela 5. Indígena
<i>Situação Conjugal</i>	N4	Catagórica nominal (posteriormente categorizada)	1. Casados ou vivendo em união estável 2. Separados, divorciados ou viúvos 3. Solteiros
<i>Sexo</i>	N5	Catagórica nominal dicotômica	1. Masculino 2. Feminino
<i>Escolaridade (REZENDE, 2016)</i>	N7	Catagórica ordinal (posteriormente categorizada)	1. Ensino Fundamental 2. Ensino Médio 3. Ensino Superior
<i>Religião</i>	N8	Catagórica nominal (posteriormente categorizada)	1. Católico 2. Evangélico 3. Outras
<i>Classe socioeconômica (ABEP, 2015)</i>	N14 a N16	Numérica contínua (posteriormente categorizada)	1. Classe A 2. Classe B1 3. Classe B2 4. Classe C1 5. Classe C2 6. Classe D-E
<i>Considera-se exposto ao risco biológico no seu trabalho</i>	G5	Catagórica nominal (posteriormente dicotomizada)	1. Sim 2. Não
<i>As quais agentes biológicos você está exposto durante seu trabalho</i>	G5.1	Catagórica nominal	1. Vírus 2. Bactérias 3. Fungos 4. Parasitas 5. Contato com pacientes adoecidos
<i>Sofreu algum acidente de trabalho no último ano</i>	G9	Catagórica nominal dicotômica	3. Sim 4. Não
<i>Se sim, qual tipo</i>	G9.1	Catagórica nominal (posteriormente categorizada)	1. Material perfuro cortante, material cortante, mordedura de animal ou picada de insetos 2. Queda, acidente de trajeto ou violência
<i>Há quantos anos trabalha na UAPS</i>	G11	Numérica discreta (posteriormente categorizada)	1. Até 5 anos 2. De 6 a 15 anos 3. 16 ou mais anos
<i>Há quanto tempo trabalha na APS</i>	G12	Numérica Contínua	1. Menos de 5 anos 2. De 6 a 10 anos 3. De 11 a 15 anos 4. De 16 ou mais

Continua

Continuação

VARIÁVEIS DEPENDENTES			
VARIÁVEL	QUESTÃO	TIPO DA VARIÁVEL	AGRUPAMENTO
<i>Possui cartão de vacinação</i>	M1	Catégorica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
<i>Existe a realização de exames periódicos por parte da contratante</i>	M5	Catégorica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
<i>Cartão avaliado durante exames periódicos</i>	M6	Catégorica nominal dicotômica	3. Sim 4. Não
<i>Vacinas que estão em dia no seu cartão</i>	M7	Catégorica nominal	1. Hepatite B 2. Difteria e Tétano 3. Influenza 4. Tríplice Viral 5. Febre Amarela
<i>Você realizou o teste AntiHBs</i>	M8	Catégorica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
<i>Motivos para não atualização do cartão</i>	M9	Catégorica nominal (posteriormente categorizado)	1. Tenho medo da dor 2. Tenho medo da reação adversa 3. Não quer se vacinar 4. Não considera a vacinação importante 5. Não tem tempo para se vacinar
<i>Considera importante o trabalhador da APS manter o cartão atualizado</i>	M10	Catégorica nominal dicotômica	1. Sim 2. Não
<i>Se sim, por qual motivo</i>	M11	Catégorica nominal	1. Para estar protegido 2. Para prevenir doenças 3. Evitar a transmissão de doenças 4. Para garantir a segurança a sua saúde 5. Para garantir a segurança dos seus colegas de trabalho 6. Para garantir a segurança dos pacientes 7. Para garantir a segurança dos seus familiares
<i>Se não, por qual motivo</i>	M12	Catégorica nominal (posteriormente categorizado)	1. Não acho que a vacina proporcione proteção 2. Não acho que impede a transmissão de doenças 3. Não acho que garanta segurança ao profissional 4. Não considero estar em área endêmica
<i>Com qual frequência recebe ou recebeu orientação sobre vacinas que o trabalhador da APS deve manter em dia</i>	M13	Catégorica nominal	1. Frequentemente 2. Uma vez ao ano 3. Apenas no momento da contratação 4. Nunca houve orientação

Fonte: A autora.

As variáveis idade e cor foram agrupadas seguindo critérios do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE) e a variável escolaridade foi agrupada conforme estudo de Rezende (2016) para a análise descritiva. Para a análise bivariada a idade foi dicotomizada segundo a média.

As variáveis a respeito da situação conjugal, da religião dos participantes e do tempo de trabalho na APS e na UAPS foram agrupadas de acordo com a distribuição das frequências.

Para a caracterização socioeconômica dos participantes foi utilizada questões sobre posse de determinados itens como geladeira, freezer, automóvel, motocicleta, lava louças, máquina de lavar roupa, secador de roupas, DVD, micro-ondas, banheiros, além de questões sobre o grau de instrução do chefe da família e se contam na residência com o auxílio de empregada doméstica. Com isso, os pontos foram calculados podendo ser definida a Classe Econômica dos participantes a partir do Critério Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (Abep) do ano de 2015. Para a análise bivariada essa variável foi reagrupada conforme a distribuição das frequências (ABEP, 2015).

3.5.1 Análise estatística

Os dados quantitativos foram consolidados em tabelas e analisados a partir da criação de um banco de dados eletrônicos por meio do *software* estatístico SPSS versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY). Foi considerada a simetria e assimetria, a média, o desvio-padrão e a razão de chance com a intenção de identificar a situação vacinal e o perfil socioeconômico e demográfico dos participantes, por meio de análise estatística uni, bivariada e multivariada para que fosse possível descrever a realidade da população estudada sendo, posteriormente, discutidos com base em referencial teórico de suporte para o estudo.

3.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa possui aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da UFJF, sob o parecer nº 932.706 em janeiro de 2015 (ANEXO A).

Foram seguidos os parâmetros contidos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE B) foi aplicado em duas vias, sendo uma entregue ao participante e a outra arquivada pelo pesquisador responsável. Foi garantido o anonimato e a privacidade aos

participantes quanto aos dados coletados na pesquisa sendo respeitado o direito dos mesmos de não participar da pesquisa ou de desistir de fazer parte da mesma em qualquer momento. Foi também explicitado aos participantes os riscos e benefícios com a participação voluntária (BRASIL, 2012b).

Além disso, os participantes da pesquisa foram informados de que a participação na pesquisa implicaria em risco mínimo, ou seja, o mesmo risco como conversar, tomar banho ou ler não havendo interferência do pesquisador em nenhum aspecto do bem-estar físico, psicológico, social ou com respeito à intimidade do participante. Do mesmo modo, foi assegurado aos participantes o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa (BRASIL, 2012b).

4 RESULTADOS

Os resultados estão subdivididos em: análise descritiva, que contempla as características socioeconômicas e demográficas, características relacionadas ao trabalho e a situação vacinal; em análise bivariada, que apresenta os cruzamentos entre as variáveis dependentes e independentes; e análise multivariada utilizando-se da regressão logística binária para a verificação do comportamento das variáveis entre si.

4.1 Análise descritiva

Na Tabela 1 apresentamos a caracterização socioeconômica e demográfica dos participantes. Os dados apontam maior proporção do sexo feminino (91,3%). A idade variou entre 24 e 73 anos, com média de 46 anos, e faixa etária predominante entre 40 e 59 anos (60,6%).

No que diz respeito ao estado civil, 230 (57,5%) eram casados ou viviam em união estável. Quanto à escolaridade, 279 (69,8%) possuíam Ensino Médio completo havendo, entre esses, aqueles com curso Técnico concluído ou Superior incompleto. Em relação à classe socioeconômica, 154 (38,5%) ACS se enquadraram na Classe C2, com renda média de R\$1.625,00 (mil seiscentos e vinte e cinco reais), segundo a classificação do Critério Brasil (ABEP, 2015).

Tabela 1: Caracterização socioeconômica e demográfica dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017. (n=400)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	365	91,2
Masculino	35	8,8
Cor (autodeclarada)		
Preta	79	19,8
Parda	129	32,3
Branca	185	46,3
Amarela	6	1,6
Religião		
Católica	232	58,2
Evangélica	111	27,8
Outras	52	14,0
Faixa etária (anos)		
20 a 39	119	29,9
40 a 59	242	60,6
≥ 60	38	9,5
Situação conjugal		
Casados ou vivendo em união estável	230	57,6
Separados, divorciados ou viúvos	84	21,0
Solteiros	85	21,4
Escolaridade completa		
Ensino fundamental	14	3,8
Ensino médio	279	75,4
Ensino superior	77	20,8
Classe socioeconômica (Critério Brasil)		
Classe B1	2	0,5
Classe B2	28	7,0
Classe C1	68	17,0
Classe C2	154	38,5
Classe D-E	148	37,0

Fonte: A autora.

Nota: Diferenças dos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 7,5%.

O tempo mais frequente referente à experiência profissional dos participantes na APS foi para aqueles que estavam inseridos no serviço de 11 a 15 anos (41%), e o tempo de atuação na UAPS investigada com maior frequência de participantes foi de 16 anos ou mais de trabalho naquela UAPS (Tabela 2).

Ao serem questionados quanto aos riscos biológicos presentes no seu ambiente de trabalho, verificamos que 90 (40%) participantes não se consideravam em contato com agentes biológicos. Além disso, foi possível constatar que, no último ano, 34 (8,5%) trabalhadores referiram ter sofrido algum acidente de trabalho (Tabela 2).

Tabela 2: Características do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017. (n=400)

Variáveis	n	%
Tempo de atuação na APS		
Até 5 anos	99	24,7
De 6 a 10 anos	47	11,7
De 11 a 15 anos	164	41,0
16 anos ou mais	90	22,6
Tempo de atuação na UAPS		
Até 5 anos	110	27,6
De 6 a 10 anos	35	8,8
De 11 a 15 anos	115	28,8
16 anos ou mais	139	34,8
Considera-se exposto ao risco biológico no trabalho		
Sim	240	60,0
Não	90	40,0
No último ano sofreu algum acidente de trabalho		
Sim	34	8,5
Não	366	91,5

Fonte: A autora.

Nota: Diferenças dos n totais devem-se a perdas de informação para algumas variáveis. Dados não informados inferiores a 5%.

Dentre os 34 (8,5%) participantes que referiram ter sofrido algum acidente de trabalho no último ano, 7 (20,6%) referiram ter sido por meio de material perfurocortante, material cortante ou mordedura de animais (Tabela 3).

Tabela 3: Tipo de acidente de trabalho sofrido pelos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017. (n=34)

Variáveis	n	%
Tipo de acidente sofrido		
Com material perfuro cortante, material cortante ou mordedura de animais	7	20,6
Queda, acidente de trajeto ou violência	27	79,4

Fonte: A autora.

Com relação à situação vacinal dos participantes, foi possível verificar que 14 (3,5%) não possuíam cartão de vacinas, 286 (71,5%) não realizaram o teste AntiHBs e 47 (11,8%) referiram nunca ter recebido orientação a respeito das vacinas que precisa manter em dia como profissional da área da saúde.

Quando questionados a respeito de exames periódicos por parte da instituição contratante 369 (92,5%) responderam que não existe essa prática por parte do empregador. Dos participantes que responderam positivamente a esse questionamento, 17 (56,7%) afirmaram que é nesse momento que ocorre a avaliação do cartão vacinal (Tabela 4).

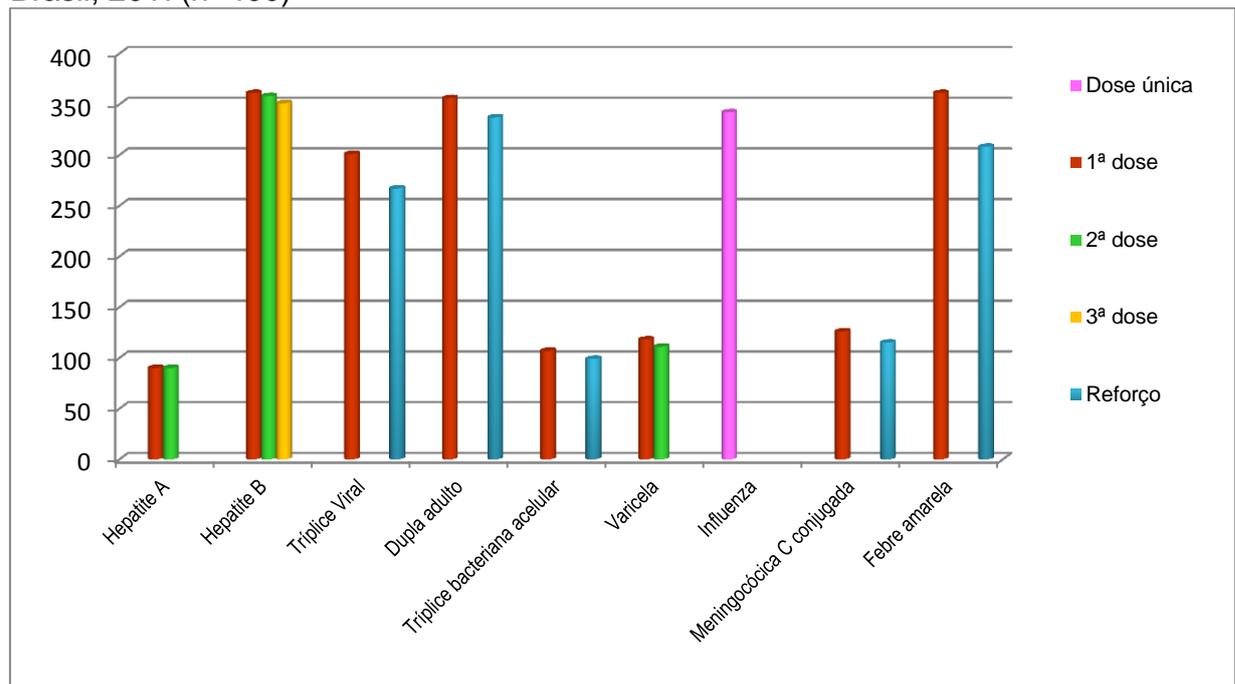
Tabela 4: Realização de exames periódicos por parte da instituição contratante. Minas Gerais, Brasil, 2017 (n=30)

Variáveis	n	%
Existência realização de exames periódicos por parte da Instituição		
Sim	30	7,5
Não	369	92,5
Se sim, seu cartão de vacinação foi avaliado nessa ocasião*		
Sim	17	56,7
Não	13	43,3

Fonte: A autora.

Na Figura 2 é possível observar as vacinas e suas respectivas doses que foram referidas pelos participantes, sendo que as mais presentes são Hepatite B, Tríplice viral, Dupla adulto, Influenza e Febre amarela.

Figura 2: Situação Vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017(n=400)

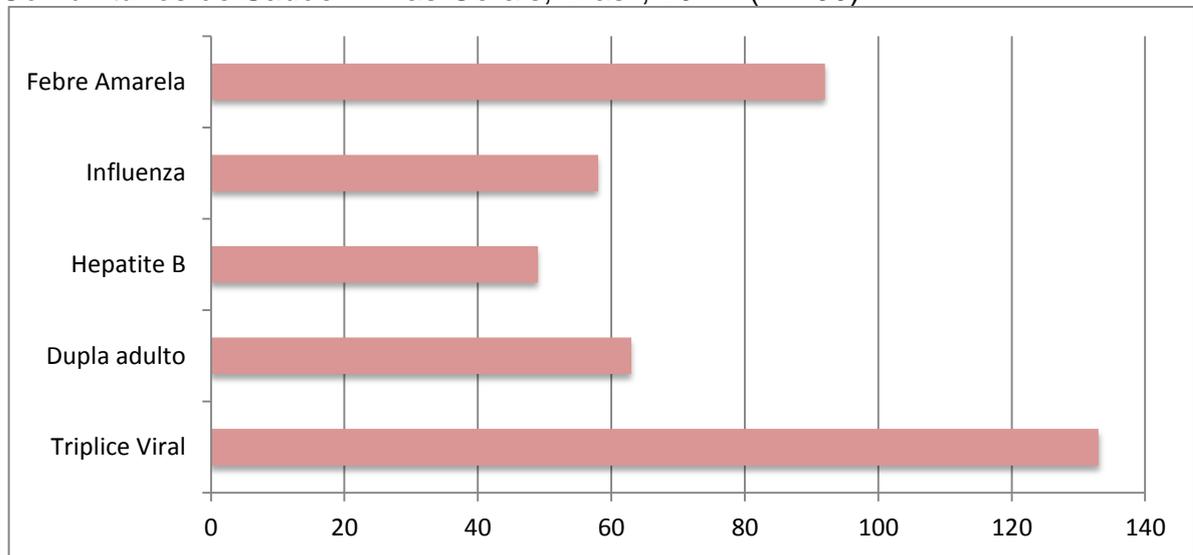


Fonte: A autora.

Ao analisar a cobertura das vacinas indicadas para os trabalhadores da saúde, constatou-se que 308 (77%) possuíam o reforço da vacina contra febre amarela, 342 (85,5%) contra influenza, 351 (87,8%) contra hepatite B, 337 (84,3%) contra tétano e difteria, 267 (66,8%) contra sarampo, caxumba e rubéola.

Na Figura 3 apresentamos os participantes com esquema vacinal incompleto, sendo que 92 (23%) não estavam imunizados contra febre amarela, 58 (14,5%) contra influenza, 49 (12,3%) contra hepatite B, 43 (15,8%) contra tétano e difteria e 133 (33,2%) contra sarampo, caxumba e rubéola.

Figura 3: Esquema básico de vacinas específicas incompleto para os Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017. (n=400)



Fonte: A autora.

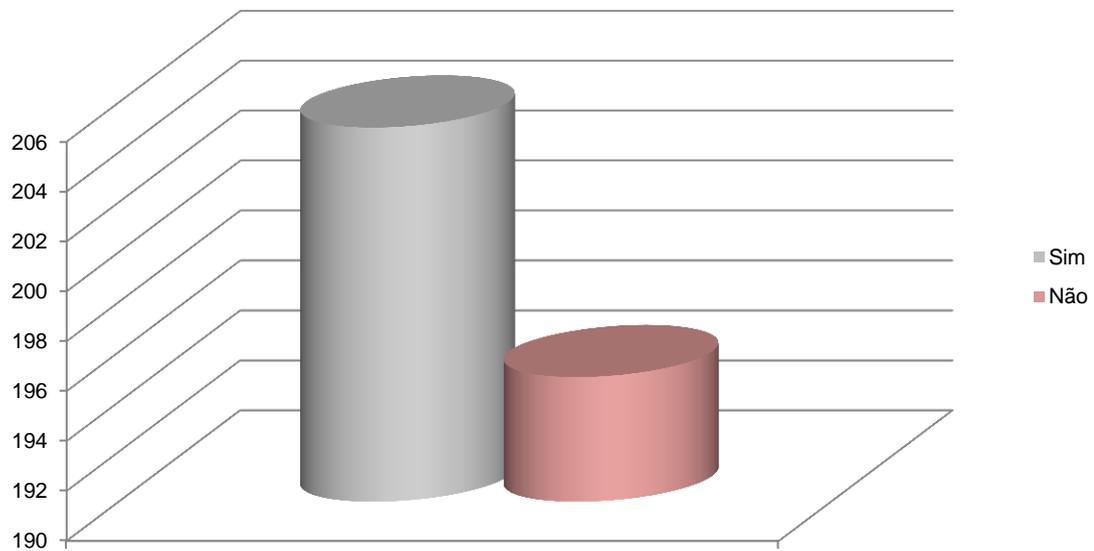
Nota: *Foram consideradas as vacinas indicadas pelo PNI para a faixa etária e grupo de risco profissionais de saúde.

**Para Febre amarela foi considerado o trabalhador que possui 1 dose acrescida de um reforço, para influenza foi considerada a vacinação na última campanha, Dupla adulto foi considerado o reforço, para Hepatite B foi considerado os que relataram ter as 3 doses e, tríplice viral pelo menos 1 dose na fase adulta.

Quando questionados sobre a realização do teste AntiHBs, que detecta os indivíduos que se mantem susceptíveis a Hepatite B mesmo após completar o esquema de doses da vacina contra a doença, verificou-se que 286 (71,5%) não haviam realizado o teste.

Dos participantes da pesquisa 195 (48,7%) estavam com o esquema incompleto, como demonstrado na Figura 4.

Figura 4: Agentes Comunitários de Saúde com esquema vacinal completo para profissionais da saúde, Minas Gerais, 2017 (n=400).



Fonte: A autora.

Dentre os motivos para a não atualização dos cartões de vacina, os 103 entrevistados que responderam a essa questão relataram ter medo de se vacinar devido à dor (20,4%); ter medo das reações adversas das vacinas (20,4%); não querer se vacinar (15,5%); não considerar a vacinação importante (4,9%); não ter tempo para se vacinar (2,9%); por desconhecer a necessidade de se vacinar (3,9%); vacina não disponível no local de trabalho (4,9%) e por não possuir o cartão de vacinas (13,6%).

A maioria dos participantes (98,3%) considera a vacinação importante para a promoção da saúde do trabalhador, referindo que a mesma (89,3%) protege o trabalhador, (87,8%) previne doenças, (77,1%) evita a transmissão de doenças, (80,9%) garante a segurança da sua própria saúde, (72,3%) dos seus colegas de trabalho, (75,3%) e dos pacientes.

Contudo, faz-se necessário destacar que 6 (1,7%) ACS relataram não considerar a vacinação importante para a promoção da saúde do trabalhador, justificando essa resposta com os seguintes motivos: não considerar viver ou trabalhar em área endêmica para doenças imunopreveníveis (50%) e não considerar que a vacina garante proteção ao profissional (83,3%).

Quando questionados a respeito da orientação recebida sobre as vacinas que deviam manter atualizadas em seus cartões como trabalhadores da área da saúde,

obteve-se como resultado que 7,3% dos participantes receberam orientação apenas no momento da contratação; 21,1% referem ser orientados uma vez ao ano; 11,8% nunca receberam orientação e 59% afirmaram receber orientações sobre a vacinação frequentemente.

4.2 Análise bivariada

A seguir apresentamos a associação das variáveis dependentes, relacionadas a estar ou não vacinado contra febre amarela, influenza, hepatite B, difteria, tétano, caxumba, sarampo e rubéola com as variáveis independentes, referentes ao sexo do participante, a faixa etária, a situação conjugal, a escolaridade, a classe socioeconômica, o tempo de trabalho na UAPS e a exposição ou não ao risco biológico (Tabela 5). Para a análise bivariada foi adotado o valor de $p < 0,05$ para a significância estatística.

Tabela 5: Associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, de características do trabalho e o esquema vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde. Minas Gerais, Brasil, 2017. (n =400)

Variáveis	Esquema Vacinal									
	Febre amarela		Influenza		Hepatite B		Dupla Adulto		Tríplice Viral	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Sexo										
Feminino	282 (77,3)	83 (22,7)	312 (85,5)	53 (14,5)	322 (88,2)	43 (11,8)	311 (85,2)	54 (14,8)	244 (66,8)	121 (33,2)
Masculino	26 (74,3)	9 (25,7)	30 (85,7)	5 (14,3)	29 (82,9)	6 (17,1)	26 (74,3)	9 (25,7)	23 (65,7)	12 (34,3)
	p= 0,690		p= 0,970*		p= 0,355		p= 0,090		p= 0,892	
Faixa etária (anos)										
20 a 45	154 (76,6)	47 (23,4)	168 (83,6)	33 (16,4)	182 (90,5)	19 (9,5)	171 (85,1)	30 (14,9)	147 (73,1)	57 (26,9)
46 ou mais	154 (77,8)	44 (22,2)	174 (87,9)	24 (12,1)	169 (85,4)	29 (14,6)	166 (83,8)	32 (16,6)	120 (60,6)	78 (39,4)
	p=0,782		p=0,220		p=0,111		p=0,733		p=0,008	
Situação conjugal										
Casados ou vivendo em união estável	176 (76,5)	54 (23,5)	200 (87,0)	30 (13,0)	201 (87,4)	29 (12,6)	197 (85,7)	33 (14,3)	151 (65,7)	79 (34,3)
Separados, Divorciados ou viúvos	68 (81,0)	16 (19,0)	72 (85,7)	12 (14,3)	77 (91,7)	7 (8,3)	71 (84,5)	13 (15,5)	58 (69,0)	26 (31,0)
Solteiros	64 (75,3)	21 (24,7)	70 (82,4)	15 (17,6)	73 (85,9)	12 (14,1)	69 (81,2)	16 (18,8)	58 (68,2)	27 (31,8)
	p=0,635		p=0,584		p=0,471		p=0,623		p=0,817	
Escolaridade**										
Ensino fundamental	9 (64,3)	5 (35,7)	11 (78,6)	3 (21,4)	11 (78,6)	3 (21,4)	11 (78,6)	3 (21,4)	7 (50,0)	7 (50,0)
Ensino médio	217 (77,0)	65 (23,0)	244 (86,5)	38 (13,5)	252 (89,4)	30 (10,6)	244 (86,5)	38 (13,5)	187 (66,3)	95 (33,7)
Ensino superior	62 (81,6)	14 (18,4)	64 (84,2)	12 (15,8)	66 (86,8)	10 (13,2)	63 (82,7)	13 (17,3)	55 (72,4)	21 (27,6)
	p=0,338		p=0,645		p=0,415		p=0,550		p=0,237	
Classe socioeconômica										
Classe B	23 (76,7)	7 (23,3)	24 (80,0)	6 (20,0)	26 (86,7)	4 (13,3)	25 (83,3)	5 (16,7)	20 (66,7)	10 (33,3)
Classe C	173 (77,9)	49 (22,1)	195 (87,8)	27 (12,2)	195 (87,8)	27(12,2)	189 (85,1)	33 (14,9)	146 (65,8)	76 (34,2)
Classe D	112 (75,7)	36 (24,3)	123 (83,1)	25 (16,9)	130 (87,8)	18 (12,2)	123 (83,1)	25 (16,9)	101 (68,2)	47 (31,8)
	p=0,880		p=0,302		p=0,982		p=0,863		p=0,884	

Continua

Continuação

Variáveis	Esquema Vacinal									
	Febre amarela		Influenza		Hepatite B		Dupla Adulto		Tríplice Viral	
	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)	Sim n (%)	Não n (%)
Tempo de trabalho na UAPS										
Até 5 anos	83 (75,5)	27 (24,5)	89 (80,9)	21 (19,1)	91 (82,7)	19 (17,3)	91 (82,7)	19 (17,3)	74 (67,3)	36 (32,7)
De 6 a 15 anos	119 (79,3)	31 (20,7)	134 (89,3)	16 (10,7)	139 (92,7)	11 (7,3)	129 (86,0)	21 (14,0)	107 (71,3)	43 (28,7)
16 anos ou mais	105 (75,5)	34 (24,5)	118 (84,9)	21 (15,1)	120 (86,3)	19 (13,7)	116 (83,5)	23 (16,5)	86 (61,9)	53 (38,1)
	p=0,679		p=0,159		p=0,045		p=0,740		p=0,231	
Exposição ao risco biológico***										
Sim	184 (76,7)	56 (23,3)	208 (86,7)	32 (13,3)	216 (90,0)	24 (10,0)	204 (85,0)	36 (15,0)	158 (65,8)	82 (34,2)
Não	109 (77,3)	32 (22,7)	117 (83,0)	24 (17,0)	118 (83,7)	23 (16,3)	118 (83,7)	23 (16,3)	95 (67,4)	46 (32,6)
	p=0,887		p=0,326		p=0,070		p=0,732		p=0,758	

Fonte: A autora.

Nota:

*Utilizado *p-value*: Teste Exato de Fisher

**Para o cálculo foi considerada n=372 que declararam a escolaridade.

***Para o cálculo foi considerado n= 381 que declaram exposição ao risco biológico no trabalho.

As associações que demonstraram significância foram entre a variável faixa etária e vacina tríplice viral ($p=0,008$) e entre a variável tempo de trabalho com vacina hepatite B ($p=0,045$), observou-se ainda que o cruzamento entre a variável exposição ao risco biológico com vacina hepatite B tendeu para a significância ($p=0,070$) (Tabela 5)

4.3 Análise multivariada

Na análise multivariada utilizou-se a regressão logística binária. As possíveis variáveis explicativas com mais de duas categorias de resposta foram transformadas em variáveis binárias.

O defecho considerado foi estar em dia com todas as vacinas exigidas para os profissionais da saúde e as variáveis explicativas foram região geográfica, cor da pele, religião, possui cartão de vacinação, realização do teste AntiHBs e recebimento orientação sobre as vacinas obrigatórias para os trabalhadores da APS.

Na construção do modelo utilizou-se o método manual de entrada denominado *Enter*, em que o pesquisador insere no modelo as variáveis que demonstraram significância ou aquelas que melhoram o ajuste do modelo. A avaliação do ajuste do modelo logístico foi realizada por meio do *Likelihood Value* (-2LL) que é uma estatística que indica quanto de erro há no modelo, não há um valor de referência, porém quanto menor o valor observado mais adequado o modelo se mostrou.

Como coeficiente de explicação do modelo, utilizou-se o pseudo R^2 de *Nagelkerke* a interpretação do resultado ocorre a partir de um valor percentual em que quanto maior o valor encontrado maior o poder de explicação do comportamento de aderir a ação de vacinação que foi o fenômeno de pesquisa e teste de *Hosmer* e *Lemeshow* que compara os resultados previstos pelo modelo com os resultados observados, é importante que nesse teste o *p-value* seja maior que 0,05 demonstrando que não foi observado diferenças entre os valores observados e os previstos.

A significância estatística de cada coeficiente foi analisada com base no teste *Wald*. Para avaliar a capacidade de previsão do modelo, utilizou-se a matriz de classificação usando o valor de 0,5 como ponto de corte, sendo adotado para a análise multivariada o valor de $p < 0,05$ para a significância estatística.

A Tabela 6 resume os coeficientes da regressão logística e sua significância no modelo. O modelo mostrou-se válido para a classificação da situação vacinação dos ACS. Cerca de 20% da variabilidade do *status* de vacinação pode ser explicado pelo modelo, que apresentou acurácia de 64,6% na classificação dos casos de vacinação em dia, sendo a sensibilidade de 65,2% e a especificidade de 64,0%.

Tabela 6: Modelo logístico para o cálculo da probabilidade dos Agentes Comunitários de Saúde estarem em dia com as vacinas obrigatórias (n = 390).

Variável	Estimativa do parâmetro	Erro-padrão	p-valor	Razão de Chances (IC95%)
Região	0,70	0,22	0,001	2,01 (1,31 – 3,09)
Cartão de Vacina	1,88	0,79	0,018	6,57 (1,38 – 31,18)
Teste AntiHbs	0,50	0,25	0,045	1,64 (1,01 – 2,67)
Orientação sobre Vacina	0,57	0,27	0,037	1,77 (1,03 – 3,02)
Religião	1,20	0,34	<0,0001	3,31 (1,70 – 6,44)
Cor da pele	0,37	0,27	0,17	1,45 (0,85 – 2,47)
Intercepto	-2,573	0,83	0,002	0,076

Fonte: A autora.

Nota: $X^2 = 43,503$; $p < 0,001$; $-2LL = 496,783$; R^2 Nagelkerke = 0,14; HosmerLemeshow: $p = 0,47$; Acurácia de predição = 64,6%; Região: Nordeste/Leste/Centro/Oeste/Rural vs. Norte/Sul/Sudeste; Cartão de vacina, Teste AntiHbs e Orientação sobre Vacina: Sim vs. Não; Religião: Católica/Evangélica vs. Outra; Cor da pele: Negra vs. Outra.

Observou-se uma maior probabilidade de estar em dia com as vacinas obrigatórias nos ACS com as seguintes características: negros, católicos ou evangélicos, que possuíam cartão de vacinação, que realizaram teste AntiHbs, que receberam orientação em relação às vacinas e que trabalham nas regiões Nordeste, Leste, Centro, Oeste ou Rural.

A chance do ACS estar em dia com as vacinas obrigatórias para os profissionais da saúde aumenta 201% (2,01 vezes maior) se o profissional trabalha nas regiões geográficas Nordeste/Leste/Centro/Oeste/Rural em comparação àqueles que trabalharam nas regiões Norte/Sul/Sudeste. Esta chance aumenta 557% (6,57 vezes maior) se o trabalhador possuir cartão de vacinação em comparação àqueles que não possuíam.

Além disso, ter realizado o teste AntiHbs e receber orientação em relação a importância de se vacinar aumenta em 64% (1,64 vezes maior) e 77% (1,77 vezes maior) a chance de estar em dia com as vacinas em comparação com aqueles profissionais que não realizaram o teste AntiHbs e não receberam orientação sobre a importância da vacinação, respectivamente.

Quanto à religião, católicos ou evangélicos tem três vezes mais chance de estar em dia com a vacinação quando comparados a outras religiões. Por fim, a cor da pele, apesar de não ter apresentado significância estatística foi mantida no modelo por melhorar o ajuste. De acordo com o modelo, pessoas que se declararam negras apresentam uma chance de até 2,5 vezes maior de estar em dia com as vacinas em relação aos não negros.

5 DISCUSSÃO

O conhecimento do perfil dos ACS se faz importante para o enfrentamento dos desafios averiguados, a fim de se estruturar e ordenar ações eficazes (TOMASI et al., 2008).

Os ACS dessa investigação apresentaram predomínio do sexo feminino (91,2%), idade média de 46 anos, casados ou vivendo em união estável (57,6%) e, em sua maioria, possuindo Ensino Médio completo (75,4%). Essas características são semelhantes à população do estudo de Rezende (2016), Scaltolin e colaboradores (2017) e Mascarenhas, Prado, Fernandes (2013).

São em sua maioria brancos (46,3%), referindo religião católica (58,2%). Esses dados corroboram com a realidade da população brasileira investigada em pesquisa do IBGE (IBGE, 2017) e apresentam uma sutil discrepância em relação aos dados da pesquisa realizada pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade da Bahia com ACS a nível nacional, onde se constatou que 52,7% dos participantes se autodeclararam pardos (BRASIL, 2015).

A profissão de ACS tem seus primeiros registros no Brasil na década de 40, com “as visitadoras” que eram, em sua maioria, mulheres e estavam voltadas para o cuidado dos indivíduos de suas comunidades (TEIXEIRA, 2008).

Na década de 1950, na América do Norte, foi registrada a participação formal de profissionais que desenvolviam seu trabalho voltado para a população vulnerável a agravos de saúde, sendo imprescindíveis para suprir a falta de profissionais da saúde e para melhorar a comunicação entre o serviço e a comunidade. Em Los Angeles o grupo de *Community Health Aides*, assim denominados, era formado por mulheres, de origem negra ou espanhola, que possuíam ensino médio e com idade que variava de 18 a 35 anos (CAUFFMAN, et al., 1970; HOFF, 1969).

As funções de proteger e cuidar do próximo são ainda bastante associadas ao sexo feminino, o que gera como consequência a feminização das profissões com essas características. Além desse, outro fator que também contribui para a feminização da força de trabalho se deve ao fato de que, cada vez mais, as mulheres estão assumido papéis no mercado de trabalho (BARBOSA et al., 2012; YANNOULAS, 2011; WERMELINGER et al., 2010).

Em relação à idade da população estudada, destacamos a faixa etária entre 40 e 59 anos com 60,5% da população, enquanto 29,9% estão na faixa etária entre

20 e 39 anos e 9,5% possuem 60 anos ou mais. Podemos assim dizer que a maior porcentagem dos ACS que participaram desse estudo se enquadraram na faixa etária de adultos de meia idade, corroborando com o estudo de Souza (2015).

Julgamos que essa concentração de indivíduos na faixa etária citada ocorra em virtude da precarização do mercado de trabalho, fazendo com que pessoas com essa faixa etária permaneçam em empregos que ofereçam maior estabilidade, para assim garantir sua sobrevivência.

Esse fato pode ser confirmado na análise do tempo de trabalho dos ACS na APS que, nesse estudo, apresentou 254 (63,6%) trabalhadores com tempo de trabalho superior a 11 anos. Além disso, os ACS com mais idade e um maior tempo de trabalho possuem, por consequência, constroem vínculos com a população, obtendo a confiança dos mesmos e um maior conhecimento da comunidade onde exercem suas atividades (MWAI, 2013; BRASIL, 2009b; FERRAZ; AERTS, 2005).

No presente estudo é possível observar que 279 (69,8%) participantes possuem Ensino Médio, 77 (19,3%) Ensino Superior e, dentre esses, 9 (2,3%) possuem Pós-graduação.

Quanto à escolaridade exigida para assumir o cargo de ACS, temos a Lei nº 11.350 de 2006, regulamentada pela Portaria nº 243 de 2015, que determina que o ACS deve residir na comunidade onde atuará, ter concluído curso introdutório para a formação de ACS e o Ensino Fundamental (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2015).

Em 2016 começou-se a discutir a ampliação da escolaridade estabelecida para os ACS pela Proposta de Lei nº 6.437 que propõe a exigência do Ensino Médio. Entretanto, esse projeto ainda não está aprovado (BRASIL, 2016c).

Observou-se que os participantes desse estudo possuem escolaridade acima da mínima exigida por lei. Este perfil de escolaridade corrobora com o que é referido nos estudos de Rezende (2016), Souza (2015) e Saliba e colaboradores (2011) sobre a formação dos ACS que atuam em Duque de Caxias no estado do Rio de Janeiro, em um Distrito Sanitário do município de Goiânia e em Araçatuba no estado de São Paulo, respectivamente.

Autores ressaltam que esses dados podem sugerir a busca pelo aprimoramento profissional, devido à abrangência das atribuições e complexidade da profissão (MASCARENHAS; PRADO; FERNANDES, 2013; SALIBA, et al., 2011; BARROS; 2010).

Mwanza e colaboradores (2017) e Mwai (2013) verificaram que os ACS, da região subsaariana do continente Africano, abordam os seguintes temas de educação em saúde durante suas visitas: malária, HIV/AIDS, diarreia, planejamento familiar, água e saneamento, TB, saúde infantil, DST e gravidez. Esses dados demonstram que a atuação desses profissionais exige conhecimentos específicos e a visualização de múltiplos aspectos das condições de vida e de saúde da população. Do mesmo modo, o ACS deve manter escuta ativa, acolher os indivíduos e suas demandas, desenvolver trabalhos com grupos de risco na tentativa de prevenir o surgimento ou a persistência de doenças e/ou danos à saúde que são evitáveis (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2009b).

Os profissionais da área da saúde deveriam estar cientes sobre seu nível imunitário referente às infecções as quais se expõem em seu cotidiano de trabalho. Isso é possível diante da comprovação de vacinas ou exames específicos.

A análise da cobertura vacinal dos ACS permitiu constatar que 205 (51,3%) possuem o esquema completo das vacinas exigidas para os trabalhadores da saúde, estando pendente a atualização do cartão vacinal de 195 (48,8%) participantes.

Observa-se que a proporção da vacinação com esquema básico é considerada abaixo do estimado pelo MS, que tem como meta vacinar, no mínimo, 90%, idealizando a cobertura de 100% de vacinação para cada imunobiológico (BRASIL, 2013).

Segundo o calendário vacinal do PNI, o adulto deverá estar imunizado contra tétano e difteria, sarampo, caxumba, rubéola e febre amarela, quando for viajar ou se residente de área endêmica. O trabalhador que desenvolve suas atividades em serviços que prestam atendimento a saúde, seja na assistência ou na área administrativa, deve também manter em dia as vacinas contra hepatite B e influenza (BRASIL, 2008).

O calendário vacinal do Canadá é semelhante ao brasileiro, porém ele não é seguido por todas as províncias, apresentando diferenças em relação ao tipo de vacina e quanto à gratuidade de algumas. Para o adulto é cobrada a atualização anual da vacina contra influenza denominada *flu-shot*, a cada dez anos contra difteria, tétano e coqueluche e para idosos, acima de 65 anos é cobrada a vacina Pneumo Poly (WILSON, 2015).

Em Cuba o sistema de saúde é baseado na medicina preventiva, com isso o país tem produzido em seus centros científicos boa parte das vacinas que são administradas à população. Para o adulto são ofertadas as vacinas contra sarampo, rubéola, caxumba e influenza (OSA, 2011).

Nos Estados Unidos, anualmente o Comitê Consultivo de Práticas de Imunização aprova as vacinas recomendadas para seus habitantes. Para o adulto, a partir dos 19 anos, são liberadas as vacinas contra influenza, hepatite B, HPV e doença meningocócica (CDC, 2017).

Verifica-se que em muitos países a vacinação é uma prática que tem por finalidade proteger o maior número de pessoas contra doenças que são constantes em cada país.

Na análise individual da frequência de vacinação para cada vacina foi constatado nesse estudo que a vacina que apresentou uma maior cobertura foi aquela contra Hepatite B, resultado similar ao identificado pelo estudo de Rezende (2016) onde a maioria (82,5%) dos ACS estavam vacinados contra a doença. Esta vacina foi implementada no Brasil em 1996 para menores de um ano e cirurgiões-dentistas, havendo constantes ampliações da faixa etária e grupo de risco. Em 2013 a vacina passou a ser ofertada para pessoas até 49 anos de idade (COREN MG, 2017; DOBRACHINSKI, 2011).

O VHB é um patógeno de transmissão sanguínea de relevância epidemiológica, principalmente nos casos de infecção ocupacional (CDC, 2013). Esse fato contribui para a maior divulgação da importância da prevenção contra esse vírus auxiliando para o aumento das coberturas vacinais contra a Hepatite B.

A este respeito, Silva e colaboradores (2011), em uma pesquisa sobre o estado vacinal e o conhecimento dos profissionais de saúde sobre hepatite B, constataram que dos 861 participantes, 33% encontravam-se vulneráveis ao VHB devido à falta de imunização ou por apresentar o esquema incompleto da vacina contra Hepatite B. Obtiveram também como resultado que os profissionais que apresentavam estado vacinal adequado eram aqueles com maior tempo de escolaridade.

A vacina contra a Hepatite B é segura e diminui o risco de exposição ocupacional. Contudo, é necessário ressaltar a existência do teste sorológico AntiHBs que detecta anticorpos contra o antígeno de superfície do VHB (MOTA, 2015). Sua

realização pode ocorrer após dois meses do recebimento da 3ª dose da vacina, o que irá auxiliar na identificação dos indivíduos que se mantêm susceptíveis (CDC, 2013).

Fakhrmousavi e colaboradores (2016) obtiveram como resultados de estudo, realizado com adultos que seriam submetidos ao transplante renal, que 44,89% dos participantes que receberam 3 doses da vacina contra Hepatite B, ao se realizar o teste AntiHBs, apresentaram os anticorpos protetores.

Apesar de existir recomendações para a realização do teste, verifica-se uma baixa adesão ao mesmo. Nesse estudo 109 (27,3%) ACS relataram ter verificado a imunização pós-vacinação através do teste AntiHBs. Estudos apresentam taxas adesão de 13,6% e 30,4% (PINHEIRO; ZEITOUNE, 2009; MARTINS et al., 2015).

A vacina contra influenza apresentou a segunda maior cobertura, com adesão de 342 (85,5%) ACS. Esta vacina foi implementada em 1999 para os idosos. Sua aplicação foi ampliada em 2009 para os demais grupos de risco e vem sendo ofertada em campanhas anuais para esses grupos (COREN MG, 2017).

Em estudo realizados com profissionais da saúde que atuam nos Estados Unidos foi observado pelos autores que a cobertura vacinal contra influenza foi maior entre os profissionais inseridos em hospitais (91,2%) quando comparados aos que atuam em ambientes ambulatoriais (79,8%). Salieta-se no estudo a adesão de 96,5% entre os profissionais de saúde que foram obrigados por seu empregador a serem vacinados. Enquanto observou-se adesão de 44,9% entre os trabalhadores de saúde inseridos em ambientes onde a vacinação não era necessária, promovida e nem oferecida no local (BLACK, et al., 2016).

A vacina contra difteria e tétano teve a terceira maior cobertura. Sua aplicação ocorre na infância com os devidos reforços na fase adulta a cada 10 anos. No Brasil, o tétano é uma doença pouco incidente, porém sua prevenção se faz importante pela gravidade da doença (FONSECA et al., 2015).

O estudo de Souza e Araújo (2016) realizado com profissionais da saúde da Bahia, estando incluídos os ACS, difere do presente estudo com relação à vacinação contra difteria e tétano, pois encontraram entre esses trabalhadores um total de 906 (97,8,%) ACS que foram vacinados. As autoras salientam que, apesar do número expressivo daqueles vacinados, não necessariamente indica total proteção, pois os anticorpos diminuem com o tempo, sendo primordiais as doses de reforço e o incentivo pela adesão da mesma por parte da instituição contratante.

Autores verificaram uma proteção estimada de 30 anos ou mais contra difteria e tétano em 95% dos participantes do estudo que possuíam as doses da vacina, demonstrando assim os níveis duradouros de imunidade proporcionados pela vacina (HAMMRLUND, et al., 2016).

A febre amarela é uma doença infecciosa causada por um arbovírus e sua transmissão ocorre por meio de vetores. A vacinação dos participantes deste estudo contra essa doença se mostra com baixa adesão, em que 308 (77%) ACS relataram possuir a 2ª dose dessa vacina, dado preocupante principalmente por se tratar de região endêmica da doença (CAVALCANTE; TAUIL, 2016).

A erradicação da febre amarela urbana, ocorrida em 1942, pode ser uma explicação para a baixa adesão à vacinação. Faz-se importante destacar que o Brasil vem enfrentando nos últimos três anos epidemias de doenças em que os vírus causadores são transmitidos pelo vetor *Aedes aegypti*, sendo o país surpreendido em 2014 pelo vírus da chikungunya, em 2015 pelo vírus Zika e, em 2016, pela epidemia da dengue (VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016).

Segundo o historiador Marcos Cueto, as epidemias de dengue têm antecedido as de febre amarela no século XXI (CUETO, 2008).

Atualmente, o Brasil enfrentou o maior surto de febre amarela e epizootias das últimas décadas. Dentre os estados mais atingidos, destacamos Minas Gerais que apresentou 487 casos confirmados (BRASIL, 2017b).

Viu-se a necessidade da realização de campanha vacinal, com vistas a vacinar e proteger o maior número de indivíduos que, por ventura, viajariam para áreas endêmicas ou para os que residem na mesma. Para isso, o MS encaminhou para o estado de Minas Gerais, do Espírito Santo, de São Paulo, da Bahia e do Rio de Janeiro um total aproximado de 26,3 milhões de doses da vacina Febre Amarela, sendo encaminhado para Minas Gerais um total de 7,5 milhões de doses da vacina.

Com isso, foram observadas algumas dificuldades nas UAPS do município, como formação de filas devido à demanda aumentada para atendimento, dificuldade de acesso à população da área rural e desespero dos usuários que não compreendiam a respeito das doses necessárias para ser considerado imunizado. Foi observado ainda violência com os macacos, por parte da população que os associava ao surto. As situações relatadas poderiam ser evitadas uma vez que o Município é considerado zona endemia e, portanto a vacina está disponível nas UAPS como rotina.

O MS ressalta que, com a campanha, observou-se uma redução dos municípios com baixas coberturas vacinais para Febre amarela. Porém, “ainda há necessidade de continuidade das ações de vacinação para garantir a homogeneidade da cobertura em todos os municípios” (BRASIL, 2017a, p.6).

A vacina Tríplice Viral foi implantada em 1992 no país e, nos estados essa implementação, ocorreu de forma gradual ao longo dos anos (DOBRACHINSKI, 2011). Na atual investigação foi a vacina que apresentou menor cobertura entre os ACS.

As vacinas recomendadas para as crianças obtêm maior adesão quando comparada aos adultos, podendo ser pelo maior uso dos serviços de saúde por esse público e pela preocupação dos pais ou responsáveis com os possíveis problemas de saúde que podem surgir na infância (DA SILVA MARQUES; XAVIER, 2016).

Desse modo, as vacinas aplicadas na infância e que necessitam de reforços na fase adulta acabam caindo no esquecimento do indivíduo, algumas vezes por falta de informação. Nesse estudo foi evidenciado que 14 (13,6%) trabalhadores não atualizam seu cartão de vacinas devido ao esquecimento, 3 (2,9%) relataram que por falta de tempo e 8 (7,8%) referiram que não sabiam da necessidade de se vacinar ou quais vacinas o profissional da APS precisa manter em dia.

A respeito da importância da imunização, os participantes desse estudo que relataram não considerar a vacinação importante para a promoção da sua saúde enquanto trabalhador elegeram os seguintes motivos: 3 (50%) referiram não considerar viver ou trabalhar em área endêmica para as doenças imunopreveníveis e 5 (83,3%) não consideram que a vacina garanta proteção ao profissional.

Além disso, aqueles que referiram não atualizar seus cartões destacam-se os seguintes motivos: não querer se vacinar 16 (15,5%), desconhecer a necessidade de se vacinar 4 (3,9%) e vacina não disponível no local de trabalho 5 (4,9%).

A NR 32 destaca que é responsabilidade do empregador fornecer informações a respeito das vacinas disponíveis para os trabalhadores, e que os mesmos devem ser orientados quanto ao tipo de vacina que necessitam; os efeitos colaterais das mesmas; às doenças que estarão prevenindo e os riscos que estarão expostos na falta de cada vacina, devendo em caso de recusa por parte do profissional ser confeccionado um termo de responsabilidade para cada vacina a que se negou receber (BRASIL, 2008).

Ainda nessa temática 11,8% dos participantes informaram nunca ter recebido orientação quanto às vacinas específicas para manter atualizada em seu cartão como trabalhador da área da saúde.

Rezende (2016) ressalta que se o trabalhador não reconhece o risco ao qual está exposto não agirá de forma a minimizar a exposição ocupacional ao mesmo.

Diante dos resultados, faz-se necessário destacar que o ACS desenvolve ações de orientação a respeito da manutenção do cartão de vacinação da população pela qual são responsáveis, se esforçando para motivar aqueles hesitantes às ações de vacinação, e quando ele próprio necessita desse cuidado não reconhece essa ação como sendo relevante para a sua saúde.

Dentre as ações estabelecidas pela NR 7, que auxiliam na preservação da saúde dos profissionais, tem-se os exames periódicos, que dentre seus objetivos destaca-se a orientação do trabalhador quanto aos riscos aos quais está exposto em seu ambiente laboral (BRASIL, 2009a).

Nesse estudo verificou-se que 369 (92,5%) participantes não são acompanhados através de exames pela instituição contratante, fator que pode dificultar a investigação do estado de saúde do trabalhador e dos danos sofridos por esses em decorrência de suas atividades laborais. Sendo observado na análise que 7 (20,6%) dos ACS referiram ter sofrido acidente com material perfuro cortante, material cortante ou mordedura de animais e 27 (79,4%) em decorrência de queda, violência ou acidente de trajeto.

Ao relacionarmos as variáveis de vacinação com as de características socioeconômicas, demográficas e com as do trabalho, observou-se *p-value* (0,045) significativo entre a vacinação contra Hepatite B e para os participantes com tempo de trabalho entre 6 e 15 anos. Para essa mesma vacina, foi possível verificar uma maior proporção da vacinação entre os participantes casados (87,4%) com *p-value*=0,471, e aqueles que se consideram expostos ao risco biológico (90%) com *p-value*=0,070. Tais achados podem caracterizar a preocupação com a contaminação da Hepatite B que ocorre por meio do contato de sangue contaminado ou pelo contato sexual (OLIVEIRA; PONTES, 2010).

No estudo de Silva e colaboradores (2011) foi evidenciado que os profissionais de nível técnico e superior necessitam se apropriar dos conhecimentos a respeito da forma de transmissão do VHB, para que assim se alcance, por consequência, uma maior cobertura da vacina. Em revisão integrativa Miliani e colaboradores (2011) constataram que a baixa adesão a vacinação contra Hepatite B pode estar associada a descrença sobre a eficácia da vacina, subestimação de se adquirir a doença e pela negligência ou falta de conhecimento.

Outra vacina que apresentou significância ($p=0,008$) foi a Tríplice viral quando relacionada à faixa etária. O reforço desta vacina é recomendado para o adulto a partir dos 20 anos de idade, estando imune aquele que possui 1 dose da mesma na faixa etária entre 20 e 59 anos (BRASIL, 2016a).

Souza e Araújo (2016) encontraram características semelhantes em seu estudo, onde 72,8% dos participantes referiram possuir no mínimo uma dose da vacina tríplice viral, sendo a faixa etária predominante dos participantes (80,6%) entre 20 e 49 anos. Guerreiro e colaboradores (2016) verificaram que, dos 90 casos confirmados de caxumba, a maioria (71%) foi na faixa etária entre os 16 e 25 anos.

Vale ressaltar que o risco de surtos de caxumba e sarampo são frequentes em locais em que as pessoas não tiveram contato prévio com o vírus ou que não foram imunizadas. A ação do reforço dessa vacina visa alcançar as pessoas não vacinadas e as que não completaram seu esquema vacinal. Para o trabalhador da saúde essa prática se faz importante devido ao contato que mantém com diversas pessoas desconhecendo o histórico de acometimento por doenças imunopreveníveis e o esquema vacinal (DE LIMA et al., 2017; GUERREIRO et al., 2016).

Para a análise multivariada foi utilizada a regressão logística binária no intuito de verificar o comportamento da variável dependente possuir as vacinas em dia. O modelo foi válido e classificou o comportamento dos ACS que possuem a vacinação em dia de forma assertiva.

Verificou-se que há maior probabilidade do ACS estar com a vacinação em dia se negro, católico ou evangélico, se possui o cartão de vacinação, se realizou o teste AntiHbs, se recebe orientação em relação as vacinas que deve manter em dia enquanto trabalhador da área da saúde e se trabalha na regiões Nordeste, Leste, Centro, Oeste ou Rural.

Autores que investigam a prevalência de doenças infectocontagiosas evidenciaram maior risco para aquisição de doenças como a TB, no grupo que se autodeclara de cor preta. Esse fator pode estar associado a maior procura dessa população por ações que previnam a aquisição de enfermidades (ALMEIDA, 2015; SILVEIRA, et al., 2006).

Há registros sobre recusa a vacinas devido à religião sob o argumento que seria pecado ir contra a vontade de Deus (LEVI, 2013).

A Igreja Católica, embora autorize o uso por seus fiéis da vacina contra rubéola, demonstra ainda preocupação com a referida vacina no que desrespeito a sua origem,

que ocorre por meio de células embrionárias humanas, provenientes de fetos abortados, e por isso estimula pesquisas de vacinas alternativas. Há registros que mencionam o auxílio de evangélicos na divulgação das ações de vacinação, o que demonstra a aceitação desses quanto a aplicação das vacinas para propiciar a proteção da saúde dos indivíduos (LEVI, 2013).

Alguns religiosos se posicionam contra as vacinas pelo temor aos eventos adversos que podem ser causados por substâncias contidas nas vacinas, podendo esse ser um fator pelo qual há um menor número de vacinados (OFFIT; JEW, 2003).

No que se refere à afirmação de que é mais provável estar com a vacinação em dia os profissionais que possuem cartão de vacinação, que realizaram o teste AntiHbs e aqueles que receberam orientação em relação às vacinas que deve manter em dia enquanto trabalhador da área da saúde, assim observou-se que, os trabalhadores que possuem comportamentos preventivos vão por consequência estar mais conscientes e críticos às ações que são oferecidas para a promoção da sua saúde.

É ressaltado em estudo que 76% dos adultos não tinham conhecimento sobre o calendário vacinal e que a falta de informação e interesse é um dos principais fatores que dificulta a adesão à vacinação. (CHAVES; ROSS, 2014; MILIANI, et al., 2011).

Observou-se que as regiões do município com menor número de ACS em seu quadro de profissionais, são também aquelas em que foi constatada maior probabilidade dos participantes referirem atualização do cartão vacinal. Esse fato pode estar relacionado com a integração entre os membros da equipe multidisciplinar, que é facilitado devido ao quantitativo reduzido de profissionais, bem como um relacionamento mais próximo entre o ACS e a comunidade. Visto que, é observada em estudos, uma dificuldade para a realização das ações sob a responsabilidade dos ACS com a comunidade devido ao grande número de famílias cadastradas, e a dificuldade de comunicação entre os membros da equipe o que pode trazer prejuízos para as atividades de educação continuada para esses trabalhadores (BHATIA, 2014; BARROS, et al., 2010; CARDOSO; NASCIMENTO, 2010).

6 CONCLUSÕES

Este estudo respondeu aos objetivos propostos ao possibilitar a análise e a descrição da situação vacinal dos ACS, bem como a discussão da importância da imunização desses na perspectiva da Saúde do Trabalhador.

A pesquisa permitiu verificarmos que os participantes, em sua maioria (98,3%), se preocupavam com ações referentes à vacinação, porém encontravam dificuldades (48,8%) para manterem seus cartões atualizados com as vacinas exigidas para os trabalhadores da saúde, questão essa que deve ser melhor investigada para que se consiga compreender as dificuldades citadas pelos trabalhadores e de que maneira é possível atuar para que se consiga atingir a meta estabelecida pelo MS de população vacinada.

A análise dos resultados possibilitou dizer, perante a baixa cobertura encontrada das vacinas exigidas para esse público, em que 51,3% referiram estar com as vacinas atualizadas, que há necessidade de abordar a temática sobre as doenças que podem ser adquiridas no trabalho do ACS e que são passíveis de prevenção pela imunização, por meio de treinamentos e educação permanente, visando à capacitação e conscientização dos profissionais para que se mantenham críticos no desempenho de suas atividades, bem como estejam atentos às ações disponíveis que promovam a sua saúde.

Além disso, 11,8% referiram nunca ter recebido orientação sobre as vacinas específicas para o trabalhador da saúde que deveriam manter atualizadas em seus cartões.

Foi possível verificar que os participantes que se consideravam expostos ao risco biológico foram os que em sua maioria aderiam às ações de vacinação, apesar de não ter sido encontrada associação estatisticamente significativa entre a exposição ao risco biológico e o esquema vacinal do ACS.

Contudo, foi observado que a chance de estar com as vacinas atualizadas é aumentada entre aqueles que demonstraram comportamento preventivo como possuir cartão de vacinas, realizar o teste AntiHbs e receber orientação sobre as vacinas, apresentando significância estatística na associação dessas variáveis.

Faz-se necessário ampliar a discussão sobre os riscos ocupacionais, os acidentes de trabalho e a vulnerabilidade no cotidiano do ACS, para assim

possibilitar melhorias das ações de promoção da saúde desses, incluindo as de vacinação para atingir uma maior cobertura vacinal desses trabalhadores.

A partir dos resultados do presente estudo, recomenda-se a realização de estudos qualitativos visando aprofundar na discussão das dificuldades relatadas pelo trabalhador para manter seus cartões atualizados, avaliações dos processos de trabalho e dos riscos aos quais esses profissionais se expõem e sobre a subjetividade do conhecimento dos ACS no intuito de detectar resistências e possibilitar a adesão às medidas de proteção.

Ressalta-se a necessidade da realização de estudos e pesquisas que reafirmem a importância de melhorias para a segurança e a saúde dos profissionais que atuam na APS, para que se conheça a realidade desses serviços, e assim intervir em prol do mesmo melhorando a situação a qual o trabalhador está exposto e, por consequência, a assistência a ele prestada.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A. K.; LICHTMAN, A. H. **Imunologia básica**: funções e distúrbios do sistema imunológico. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. p. 354. Tradução de Bárbara de Alencar Leão Martins et al.

ABEP – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. [S.l.: s.n.], 2015.

AGUIAR, . Transformações no processo e organização do trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, Maria Celeste Soares. **Enfermagem e trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. São Paulo: Martinari, 2012. p.13-30.

AGUIAR, Z. N. Antecedentes Históricos do Sistema Único de Saúde Breve História da Política de Saúde no Brasil. In: AGUIAR, Zenaide Neto. **SUS Sistema Único de Saúde antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011. p. 15-40.

ALMEIDA, S. L. et al. Promoção a Saúde do Trabalhador. **Cad. Cult. Ciênc.** Ano X, v.14 n.1, set. 2015.

ALMEIDA, R. M. Diagnóstico de hiv e fatores associados à sua positividade e vulnerabilidade social entre pacientes com tuberculose de centros de referência de um município prioritário no brasil. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. 130p.

ALVES, A. P. et al. Subnotificação de acidentes ocupacionais com material biológico pela enfermagem no bloco cirúrgico. **Rev. Eletr. Enf.** v.15, n.2, p.375-381, abr./jun., 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.18554>>. Acesso em: 22 ago. 2016.

ALVES, M. G. M. et al. Versão resumida da Job Stress Scale: adaptação para o português. **Rev. Saúde Pública**,v. 38, n. 2, p. 164-71, 2004.

ANAND, S.; BÄRNIGHAUSEN, T. Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis. **Lancet**; v.369, p.1277–1285, abr 2007.

ANAMT – Associação Nacional de Medicina do Trabalho. Atualização em Vacinação Ocupacional: Guia Prático. Disponível em: <http://www.anamt.org.br/site/upload_arquivos/sugestoes_de_leitura_171220131126567055475.pdf> Acesso em: 15 jan. 2016.

ARAÚJO, T. M. E.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Cobertura vacinal dos profissionais de um Curso de Especialização em Saúde da Família do Piauí. **Esc Anna Nery R Enferm**; v.10, n.1, p. 95-100, abr. 2006.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 2, p.177-183, 2003.

BARBOSA, D. F. et al. Gender and healthcare work: a critical view of community health agents' work. Botucatu: **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.42, p. 751-765, 2012.

BARROS, D. F. et al. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, v. 19, n. 1, p.78-84, 2010.

BARROS-DUARTE, C.; CUNHA, L.; LACOMBLEZ, M. Instrumentos de investigação – INSAT – uma proposta metodológicas para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. **Laboreal**. Porto, v. 3, n. 2, p.54-62, 2007.

BHATIA, K. Community health worker programs in India: a rights-based review. **Perspect Public Health**. v. 134, n. 5, p:276-282, set., 2014.

BINDA, J.; BIANCO, M. F.; SOUZA, E. M. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. **Saúde Soc**. São Paulo, v.22, n.2, p.389-402, 2013.

BLACK, C. L. et al. Influenza Vaccination Coverage Among Health Care Personnel - United States, 2015-16 Influenza Season. **MMWR Morb Mortal Wkly Rep**. v.65, n.38, p.1026-1031, set., 2016.

BONANI, P.; BONACCORSI, G. Vaccination against hepatitis B in health care workers. **Vaccine**, v. 19, p. 2389-2394, 2001.

BOORSE, C. On the Distinction between Disease and Illness. **Philosophy & Public Affairs**, v. 5, n.1, p.49–68.1975. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/2265020?seq=1#ndtn-page_thumbnails_tab_contents>. Acesso em: 27 jan. 2016.

BRASIL. **Calendário de imunização**. 05 jan. 2016a. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/21518-ministerio-da-saude-realiza-mudancas-no-calendario-de-vacinacao>>. Acesso em: 04 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Última atualização nov. 2016b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 07 jan. 2017.

_____. **Proposta de Lei nº 6.437-A de 2016**. Dispõe sobre as atribuições das profissões do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias, ampliar o grau de formação profissional, e estabelecer as condições e tecnologias necessárias para a implantação dos cursos de aprimoramento dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. 2016c. Disponível

em:<<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2116308>>. Acesso em: 12 Jun. 2017.

_____. Centro de operações de emergências em saúde pública sobre febre amarela. **Informe Nº 43/2017**. Maio, 2017a. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/junho/02/coes-febre-amarela---informe-43---atualiza----o-em-31maio2017.pdf>> Acesso em: 20 jun 2017.

_____. Lei nº. 8213 de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social e dá outras providências. **Diário oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 14 Jul 1991. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1991/8213.htm>>. Acesso em: 21 fev. 2016.

_____. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS. **Protocolo Nº 008 de 01 dez de 2011**. Institui as diretrizes da Política Nacional de Promoção da Saúde do Trabalhador do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/Protocolo_008_Diretrizes_PNPST.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2016.

_____. **Avaliação do perfil dos Agentes Comunitários de Saúde**. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2015.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos de Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, 12 Dezembro de 2012b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Guia trabalhista** – programa de controle médico de saúde ocupacional da NR 7. Brasília (DF): MTE, 2009a.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília, DF, 2009b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Riscos biológicos** - guia técnico: os riscos biológicos no âmbito da NR 32. Brasília (DF): MTE, 2008.

_____. **Lei nº 11.350 de 05 de outubro de 2006**. Dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006a, e dá outras providências. Disponível em:

<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 02 ago. 2016.

_____. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo**. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, 2006b. 300 p. (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Secretaria Especial de Comunicação Social. 1904 – **Revolta da Vacina: a maior batalha do rio**. Rio de Janeiro: A Secretaria, 2006c. 120 p.: il.– (Cadernos da Comunicação. Série Memória)

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Exposição a materiais biológicos**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006d.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C**. Brasília, 2004.

_____. **Manual do Programa Nacional de Imunização**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde do Trabalhador**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. A investigação das relações saúde-trabalho, o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho e as ações decorrentes. In: **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001a. Cap nº2, p.27-36.

_____. Secretaria Executiva. **Programa de agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. 40p.: il.

_____. Fundação Nacional de Saúde. **Capacitação de pessoal em sala de vacinação – manual do treinando**. / Organizado pela Coordenação do Programa Nacional de Imunizações. 2a ed. rev. e ampl. Brasília, 2001c.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRITTO, N. **Oswaldo Cruz: a construção de um mito na ciência brasileira** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. 144 p.

BRÓLIO, R.; NARDY, S. M. C. Integração das atividades de vacinação pelo BCG intradérmico nos programas gerais de imunização das unidades sanitárias. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.10, n.1, p.111-116, Mar. 1976.

CARDOSO, A. S., NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa Saúde da Família : o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **CienSaude Colet.**, v. 28, n. 15(Supl.1), p.1509-1520, 2010.

CAUFFMAN, J. G. et al. Community health aides: how effective are they?. **American Journal of Public Health and the Nations Health**, v. 60, n. 10, p.1904-1909, 1970.

CAVALCANTE, K. R. L. J.; TAUIL, P. L. Características epidemiológicas da febre amarela no Brasil, 2000-2012. **Epidemiol. Serv. Saúde** v.25 n.1 p. 11-20, 2016.

CDC – Centers for Disease Control and Prevention. Guidance for Evaluating Health Care Personnel for Hepatitis B Virus Protection and for Administering Postexposure Management. **MMWR**. 2013; v.62, n.10, p.01-22.

_____. Recommended Immunization Schedules for Adults. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/adult.html>> Acesso em: 13 Jul. 2017.

CHAVES, L. H. S; ROSS, J. R. Perfil vacinal de adultos cadastrados em uma microárea da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enf. UFPI**. v.3, n.4, p.4-9, out./dez., 2014.

CHIAVEGATTO, C. V.; ALGRANTI, E. Políticas públicas de saúde do trabalhador no Brasil: oportunidades e desafios. **Rev. bras. saúde ocup.** São Paulo , v. 38, n. 127, jun. 2013.

CHOR, D. et al. Medidas de rede e apoio social no Estudo Pró-Saúde: pré-testes e estudo piloto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 887-896, 2001.

CNESNET. Secretaria de Atenção a Saúde. **Consulta Profissionais (CBO)**. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Ind_Profissional_com_CBO.asp>. Acesso em: 23 jan. 2017.

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Atualizações em sala de vacina**. Disponível em: <<http://cursosonline.corenmg.gov.br/curso.php?id=3>>. Acesso em: 9 mar. 2017.

COMPAGNONI, B. et al. Acidentes de trabalho relacionados às visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários de saúde. In: Seminário de Iniciação Científica., XX, 2015 . **Anais/resumos...** Santa Cruz do Sul, 2015, p.104.

COSTA, F. M. A. Vacinação contra hepatite B é realidade entre trabalhadores da Atenção Primária a Saúde? **Rev. Latino-Am. Enfermagem** v.21, n.1, jan.-fev., 2013.

COZZA, V. et al. Promotion of influenza vaccination among health care workers: findings from a tertiary care children's hospital in Italy. **BMC Public Health**; v.15, n.697, p.1-7, 2015.

CUETO, M. Entrevista: Marcos Cueto. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 2, p. 395-404, Out., 2008 .

DE LIMA, C. A., et al. Surtos de sarampo: políticas e providências públicas. **Mostra Interdisciplinar do curso de Enfermagem**, v. 2, n. 1, 2017.

DE VASCONCELLOS, L. C. F.; GAZE, R. **Integralidade e doenças dos trabalhadores** – o método de Bernardino Ramazzini. Itaipava: Fundação Oswaldo Cruz, 2005.

DIAS, M. A. C. D.; MACHADO, A. A. , SANTOS, B. M. O. Acidentes ocupacionais com exposição a material biológico: retrato de uma realidade. **Med Ribeirão Preto**, v. 45, n.1, p.12-22, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/47479/51207>>. Acesso em: 18 jan. 2017.

DICIONÁRIO ETIMOLÓGICO: origem da palavra. Disponível em: <<http://www.dicionarioetimologico.com.br/trabalho/>>. Acesso em: 27 out. 2015.

DOBRACHINSKI, L. Aspectos Básicos de Imunização. In: MALAGUTTI, W. (org.) **Imunização, imunologia e vacinas**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. 481p.

FAKHRMOUSAVI, S. A. et al. Immunogenicity of Four Doses of Double-Strength Intramuscular Hepatitis B. **Iran J. Pathol**; v.11, n.2, p.127-132, 2016.

FERNANDES, T. Vacina antivariólica: seu primeiro século no Brasil (da vacina jenneriana à animal). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**. Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.29-51, Jun., 1999.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. de C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Revista Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, n.2 p. 347-355. Porto Alegre, 2005.

FERREIRA, B. A história do trabalho. **Cadernos de História**. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/cadernoshistoria/>>. Acesso em: 03 dez. 2015.

FERREIRA, A. B. de H. **Míni Aurélio o Dicionário da Língua Portuguesa**. 7. ed. Curitiba: Positivo, 2008. 896 p.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.20, n.6, p.1869-1878, 2015.

FINKELMAN, J. (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. 328p.

FLEXNER, A. Medical Education in the United States and Canada. Foundation for the advancement of teaching, **Canegie**, New York, 1910. Disponível em: <http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.

FONSECA, J. J. S. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002. Apostila.

FONSECA, F. F. et al. Caracterização do risco ocupacional entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Revista Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, n.2, p.89-97, abr-jun. Vitória, 2015.

FRIGOTTO, G. Estruturas e sujeitos: os fundamentos da relação entre trabalho e educação. Texto produzido para o Painel sobre Fundamentos da pesquisa sobre Trabalho e Educação. **I Congresso de pesquisa sobre Trabalho e Educação Núcleo de Trabalho e Educação UFMG**. Belo Horizonte. Jun, 2001.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1171-1181, jun, 2006.

GIUGLIANI, C. et al. Community health workers programme in Luanda, Angola: an evaluation of the implementation process. **Hum Resour Health**. v. 12, n. 1, p:68, jan., 2014.

GODINHO, M. R.; GRECO, R. M.; GONÇALVES, A. M. C. Enfermagem e saúde do trabalhador: análise dos grupos de pesquisa. **Rev Rene**; v.12, n.4, p.825-832, Fortaleza, out-dez, 2011.

GOLNICK, C. et al. Innovative primary care delivery in rural Alaska: a review of patient encounters seen by community health aides. **Int J Circumpolar Health**. v.7, jan., 2012.

GOMES, K. O. et al. O Agente Comunitário de Saúde e a consolidação do Sistema Único de Saúde: reflexões contemporâneas. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1143-1164, 2010.

GRAGNOLATI, M.; LINDELOW, M; COUTTOLENC, B. Twenty years of health system reform in Brazil: an assessment of the Sistema Único de Saúde. **The World Bank**, Washington, 2013.

GUEDES, J.da S.; SANTOS, R. M. B. dos; LORENZO, R. A. V. A implantação do Programa Saúde da Família no Estado de São Paulo (1995-2002). **Revista Saúde soc**. v. 20, n.4, p.875-883. São Paulo, 2011.

GUERREIRO, I. C. et al. Surto de Caxumba entre trabalhadores e estudantes da UNICAMP. In: **Encontro de Enfermeiros de Hospitais de Ensino do Estado de São Paulo**. 2016. p. 45572.

GUIMARÃES, J. R. S. **Perfil do trabalho decente no Brasil**: um olhar sobre as unidades da Federação. Brasília: OIT, 2012.

HAMMARLUND, E.; et al. Durability of vaccine-induced immunity against tetanus and diphtheria toxins: a cross-sectional analysis. **Clin. Infect. Dis**. v.62, n.9, p.1111-1118, maio, 2016.

HERNÁNDEZ-GARCÍA, I. et al. Vacunación antigripal en estudiantes de enfermería durante la temporada 2014-2015. **Rev Esp Salud Pública**, v.89, n.6, p.1-11, nov.-dez. 2015.

HOCHMAN, G. "O Brasil não é só doença": o programa de saúde pública de Juscelino Kubitschek. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 313-331, Jul., 2009.

HOFF, W. Role of the Community Health Aide Public Health Programs. **Public Health Rep** [online], v. 84, n. 11, p:998-1002, mar, 1969.

HORTA, T. C.; GUIMARÃES, M. A. M. B. et al. **Plano diretor da Atenção Primária em Saúde**. Projeto de Implantação. Juiz de Fora (MG), 2014, 133 p.

HUMPHREY, J. H.; WHITE, R. G. **Imunologia Médica**. Tradução de Carlos Eduardo Serpa. 3. ed Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1972. 833p.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Características da população e dos domicílios. Resultados do universo. **Censo Demográfico 2010**. Disponível em:

<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf>. Acesso em: 03 abr. 2017.

IOC – Instituto Oswaldo Cruz. **História**. Disponível em:

<<http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=2#>>. Acesso em: 29 jan. 2016.

JEFFREY-COKER, F.; BASINGER, M.; MODI, V. **Open Data Kit**: implications for the use of smartphone software technology for questionnaire studies in international development. Disponível em:

<[https://reach3.cern.ch/imagery/SSD/32BHP_Brace/Acted/BRACE_BHP%20\(DFID\)%20NBeg_Warrap_WBeg_UN/Tools/Background/Open-Data-Kit-Review-Article.pdf](https://reach3.cern.ch/imagery/SSD/32BHP_Brace/Acted/BRACE_BHP%20(DFID)%20NBeg_Warrap_WBeg_UN/Tools/Background/Open-Data-Kit-Review-Article.pdf)>. Acesso em: 3 fev. 2016.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy work**: stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.

KATSURAYAMA, M.; PARENTE, R. C. P.; MORETTI-PIRES, R. O. O trabalhador no programa saúde da família no interior do estado do Amazonas: um estudo qualitativo. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p.183-198, jan./abr.2016.

KLEIN, C. H.; BLOCH, K. V. Estudos seccionais. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. R.; WERNECK, G. L. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009. p.193-219.

KMETEUK FILHO, O. **Pesquisa e análise estatística**. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 2005.

- KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Revista Texto Contexto Enferm**, v.15 (Esp). Florianópolis, p.178-185, 2007.
- LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.757-766, abr 2007.
- LAVOR, A. C. H.; LAVOR, M. C.; LAVOR, I. C. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. **Revista Sanare**, v.1, n.1 jan./fev./mar., 2004.
- LEHMANN U, SANDERS D. Community health workers: what do we know about them? [online]. **Geneva**, jan. 2007.
- LEVI, G. C. Recusa de vacinas : causas e consequências. São Paulo: **Segmento Farma**, 2013. 72 p.
- LOURENÇO, R. C. O Brasil Colonial. In: FAUSTO, B. **História do Brasil**. São Paulo: USP, 1995. Cap2, p.37-140.
- MACEDO, Z. M.; MEDEIROS, S. M. de; COSTA, R. R. de O. Conhecimento de profissionais de enfermagem acerca dos órgãos de atenção à saúde do trabalhador. **Rev Enferm UFSM**, v.5, n.1, p.103-111, jan./mar. 2015.
- MACHADO, L. M., et al. The meaning of professional making at family health strategy: primary care as scenario practice. **J. res. fundam.care**. [online], v.8, n.1, p.4026-4035, jan/mar, 2016.
- MAIA, M. F. S.; DUTRA, J. S (Org). **Saúde Pública Baseada em Evidências**. Pelotas: Editora Universitária UFPel, 2010, 69 p.
- MAISSIAT, G. S. et al. Contexto de trabalho, prazer e sofrimento na atenção básica em saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 36, n.2, p.42-49, jun 2015.
- MARQUES, A. L. N. et al. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene**, v.16, n.5, p.672-681; set-out, 2015.
- MARQUES, P. R. da Silva; XAVIER, I. M. L. Situação vacinal de crianças assistidas na rede de atenção básica de São Luís. **Revista Rev. Investig. Bioméd**, v.8, n.2, p.6-20. São Luís, 2016.
- MARTINS, A. M. E. B. L. et al. Fatores associados à imunização contra hepatite B entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.**; v.68, n.1, p.84-92, jan-fev, 2015.
- MARTINS, S. M. et al. Consulta de enfermagem: um relato de experiência. **Revista contexto e saúde**, v.10, n.20, p. 837-840, jan./jun. 2011.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. 2 v

MASCARENHAS, C. H. M.; PRADOS, F. O.; FERNANDES, M. H. Fatores Associados à qualidade de vida de Agentes Comunitários de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 18, n. 5, p.1375-1386, 2013.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. A. **Atenção Primária a Saúde**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 05 mar. 2016.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e Desafios da Gestão Pública no SUS. Rev. Fac. **Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 16, n. 1, p.35 - 39, 2014.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da Medicina Do Trabalho À Saúde Do Trabalhador. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo 25(5): 341-349, 1991.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Saúde dos trabalhadores. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. **Epidemiologia & Saúde**. 5ª ed. Medsi, 2011.

MENDONÇA, K. M. et al. A imunização dos profissionais da área de saúde: uma reflexão necessária. **Rev. Min. Enferm**, v.14, n.4, p.595-601, out./dez., 2010.

MICHAELIS. **Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. S./l.: Melhoramentos, 2009.

MILANI, R. M.; et al. Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. **Rev. Eletr. Enf.** v.13, n.2, p.323-330, abr./jun., 2011.

MOTA, A. G. S. Trabalhadores de um hospital escolar em Fortaleza-CE: exposição cotidiana à hepatite B. **Vigil. sanit. debate**; v.3, n.2, p.42-47, 2015.

MOREIRA, T. R.; ZANDONADE, E.; MACIEL, E. L. N. Risco de infecção tuberculosa em agentes comunitários de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n.2, p.32-338, jan., 2010.

MOULIN, A. M. A hipótese vacinal: por uma abordagem crítica e antropológica de um fenômeno histórico. **História, ciências, saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, p.499-517, 2003. Suplemento 2.

MWAI, G. W. et al. Role and outcomes of community health workers in HIV care in sub-Saharan Africa: a systematic review. **J. Intern. AIDS Society** [online] 2013. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.812.6469&rep=rep1&type=pdf>> Acesso em: 13 jul 2017.

MWANZA, M., et al. Use of Lot quality assurance sampling surveys to evaluate community health worker performance in rural Zambia: a case of Luangwa district. **BMC Health Services Research**, v.1, n.279, p.1-8, abr., 2017.

NASCIMENTO, R. D.; SILVA, M. A. D. “Não é meu intuito estabelecer polêmica”: a chegada da peste ao Brasil, análise de uma controvérsia, 1899. **Hist. Cienc. Saúde – Manguinhos**. v. 20, n.1. Rio de Janeiro, Nov. 2013.

NUNES, E. D. **Tratado de Saúde Coletiva**. Organizadores: Gastão Wagner de Souza Campos, José Ruben de Alcântara Bonfim, Maria Cecília de Souza Minayo, Marco Akerman, Marcos Drumond Júnior, Yara Maria de Carvalho. 2ª edição, revista e aumentada. São Paulo: Hucitec, 2012. p.17-37. 968 p.

ODK – Opens Data Kit. **Magnifying human resources through technology**. Disponível em: <<https://opendatakit.org/>>. Acesso em: 14 dez. 2015.

OFFIT, P.A.; JEW, R. K. Addressing parents concerns: do vaccines contain harmful preservatives, adjuvants, additives, or residuals? **Pediatrics**. v. 112, p.1394-1401, 2003.

OLIVEIRA, A. J. E.; ANDRÉ, S. M. S. Enfermagem em saúde ocupacional. **Millenium**, v.41, p.115-122, jul./dez., 2016.

OLIVEIRA, L. C. M.; PONTES, J. P. J. Frequency of hepatitis B immunity and occupational exposures to body fluids among Brazilian medical students at a public university. **Revista Inst. Med. Trop.**, v. 52, n.5, p.247-251, 2010.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Manual de segurança biológica em laboratório**. 3. ed. Disponível em: <<http://www.who.int/csr/resources/publications/biosafety/BisLabManual3rdwebport.pdf?ua=1>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

OSA, J. A. Um olhar para a saúde pública cubana. **Estudos avançados**, v. 25, n. 72, p.89-96, 2011.

PAIM, J. et al. **Saúde no Brasil 1**. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. maio 2011. Disponível em: <<http://www.cpgss.pucgoias.edu.br/ArquivosUpload/31/file/O%20SISTEMA%20DE%20SAUDE%20BRASILEIRO.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2016.

PAIN, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. Saúde Coletiva: Uma “nova saúde publica” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n.4, p.299-316, 1998.

PEIXOTO, H. M. C. et al. Percepção do agente comunitário de saúde sobre educação em saúde em uma unidade básica. **R. Enferm. Cent. O. Min**, v. 5, n.3, p.1784-1793, set/dez, 2015.

PEREIRA, E. G.; ARAÚJO, N. V. D. A. L. de.; GRYSCHKEK, A. L. F. P. L. Vacinas para Profissionais de Saúde, Policiais Civis e Militares, Profissionais do Sistema

Penitenciário e Profissionais do Sexo. In: MALAGUTTI, W. (org.) **Imunização, imunologia e vacinas**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. 481p.

PIKE, R. M. Laboratory-associated infections: summary and analysis of 3921 cases. **Health LabSci**, v.13, n.2, p.105-114, 1976.

PINHEIRO, J.; ZEITOUNE, R. C. G. O profissional de enfermagem e a realização do teste sorológico para hepatite B. **Rev. Enf. UERJ**. v. 17, n. 1, jan-mar., 2009.

PINTO, A. C. S.; ALMEIDA, M. I.; PINHEIRO, P. N. C. Análise da susceptibilidade às doenças imunopreveníveis em profissionais de saúde a partir do status vacinal. **Rev Rene**, v.12, n.1, p. 104-110, Fortaleza, jan/mar 2011.

PORTO, A.; PONTE, C. F. Vacinas e campanhas: imagens de uma história a ser contada. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 10 (suplemento 2), p.725-742, 2003.

RANZINI, O. T. et al. The impact of being homeless on the un success full outcome of treatment of pulmonary TB in São Paulo State, Brasil. **BMC Med** [online], v.14, n.41, mar.,2016.

RAPPARINI, C. **Manual de implementação**: programa de prevenção de acidentes com materiais perfurocortantes em serviços de saúde / Cristiane Rapparini ; Érica Lui Reinhardt. São Paulo: Fundacentro, 2010. 161 p.

REZENDE, F. R. **Risco Biológico entre Agentes Comunitários de Saúde**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016. 72f.

REZENDE, F. R.; TIPPLE, A. F. V.; SALGADO, T. D. A. Acidentes envolvendo material biológico entre profissionais de saúde atuantes na atenção básica. In: **Anais do Congresso de Pesquisa, Ensino e Extensão – CONPEEX**; 2012. Universidade Federal de Goiás; Goiânia, out. 2012. p.1410-24.

RISCHITELLI, G. et al. The risk of acquiring hepatitis B or C among public safety workers. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 20, n. 4, p. 299-306, 2001.

ROCHA, N. H.; BEVILACQUA, P. D.; BARLETTO, M. Metodologias participativas e educação permanente na formação de agentes comunitários/as de saúde. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.597-615, set./dez., 2015.

RODRIGUES, M. P., et al. Infecção por Mycobacterium tuberculosis entre agentes comunitários de saúde que atuam no controle da TB. **J Bras Pneumol**. v. 35, n.4, p. 351-358, 2009.

ROSSI, D. A. N.; CONTRERA-MORENO, L. Riscos à saúde no trabalho do agente comunitário de saúde de Sidrolândia, MS. **Ensaio e ci.**, Campo Grande, v. 10, n. 3, p.191 - 200, dez. 2006.

SALIBA, A. C. Agente Comunitário de Saúde: perfil e protagonismo na consolidação da atenção primária à saúde. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.: 318-326, 2011.

SANTANA, et al. Visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde no planejamento das ações das estratégias da saúde da família: avanços e desafios. **Rev. Enfermagem Revista**. Belo Horizonte, v. 18, n.2, maio/ago., 2015.

SANTOS, P. R. et al. Enfermagem e atenção à Saúde do Trabalhador: a experiência da ação de imunização na Fiocruz/Manguinhos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n.2, p.553-565, 2011.

SANTOS, S. L. V. et al. A imunização dos profissionais da área de saúde: uma reflexão necessária. **Rev. Min. Enferm.**; v.14 n.4, p.595-601, out./dez., 2010.

SANTOS, P. V.; MARTINS, P. E. S. Qualidade de vida no trabalho: contribuições dos programas de saúde e segurança no trabalho. **Ideias e Inovação-Lato Sensu**, v. 3, n. 1, p.35-44, 2016.

SBIM – Sociedade Brasileira de Imunização. **Atualização em imunizações**: vacinas para todos. 2015.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **PHYSIS**: Rev. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 29-41, 2007.

SCATOLIN B, E. et al. Busca de pacientes sintomáticos respiratórios: atuação do agente comunitário de saúde no controle da tuberculose em município de grande porte, Brasil. **Texto Context Enferm** [Internet]. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n2/pt_0104-0707-tce-23-02-00261.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2017.

SEGNETTO, A.; PICCOLI J. C. J. Nível de atividade física, prevalência de desconforto e dor muscular e capacidade de trabalho: uma avaliação no setor de *call center* de um banco do Rio Grande do Sul, **R. bras. Ci e Mov.**, v. 20, n. 3, p.105-117, 2012.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.5, p.538-542, São Paulo, 1997.

SILVA, F. J. C. P. et al. Estado vacinal e conhecimento dos profissionais de saúde sobre hepatite B em um hospital público do nordeste brasileiro. **Rev. bras. Saúde ocup**. São Paulo, 36 (124): 258-264, 2011.

SILVA, E. S. et. al. Saúde do Trabalhador no início do século XXI. **Rev. bras. Saúdeocup**. São Paulo, v.35, n.122, p.185-186, 2010.

SILVEIRA, J. M. et al. Prevalência e fatores associados à tuberculose em pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana em centro de referência para tratamento da síndrome da imunodeficiência adquirida na região sul do Rio Grande do Sul. **J. bras. pneumol.**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 48-55, Feb. 2006.

SINGH, S. et al. Relative Contributions of Cystathionine {beta}-Synthase and {gamma}-Cystathionase to H₂S Biogenesis via Alternative Trans-sulfuration Reactions. **J BiolChem**, v.284, n.33, p.22457-66, 2009.

SI-PNI – **Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização**. Apresentação. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br/apresentacao.asp>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

SODRÉ, F. O Trabalho e as redes. In: GOMEZ, C. M.; MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Orgs.). **Saúde do trabalhador na sociedade contemporânea**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

SOUSA, Á. F. L. de et al. Representações sociais da enfermagem sobre biossegurança: saúde ocupacional e o cuidar prevencionista. **Rev. Brasileira Enf.**, v. 69, n. 5, p.864-871, 2016.

SOUZA, F. O. et al. Vacinação contra hepatite B e Anti-HBS entre trabalhadores da saúde. **Cad. Saúde Colet.**, v.23, n.2, p.172-179, Rio de Janeiro, 2015.

SOUZA, F. de O.; ARAÚJO, T. M. de. Perfil vacinal dos trabalhadores do setor de saúde da Bahia. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v.6, n.1, p.1-7, jun. Feira de Santana, 2016.

TEIXEIRA, C. C. Interrompendo rotas, higienizando pessoas: técnicas sanitárias e seres humanos na ação de guardas e visitadoras sanitárias. **Cien Saúde Colet**, Brasília, 2008.

TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, p: 193-201, 2008.

VALLE, D.; PIMENTA, D. N.; AGUIAR, R. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 25, n. 2, abr./jun. Brasília, 2016.

VALIM, M. D.; MARZIALE, M. H. P. Avaliação da exposição ocupacional a material biológico em serviços de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2011; 20 (Esp): 138-46.

VIEIRA, I. C. **Conhecer, tratar e combater a “peste branca”**. Tisiologia e a luta contra a tuberculose em Portugal (1853-1975). (Doutorado em História apresentada à Faculdade de Letras da Universidade do Porto). 2012.

VIEIRA, A. C. B. **Agravos à saúde do trabalhador da área de saúde, com ênfase nas alterações do ciclo sono-vigília, ligados ao trabalho noturno**. 2009. 30 f. Trabalho de Conclusão Do Curso (Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família) – Universidade de Minas Gerais, Conselheiro Lafaiete, MG.

VILA, T. F. Flu Vaccination: The Gap Between Evidence and Public Policy. **International Journal of Health Services**, v.45, n.3, p.453-470, 2015.

WERMELINGER, M. et al. A feminilização do mercado de trabalho em saúde no Brasil. **Saúde debate**, v.45, p.54-70, maio 2010.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. Babor T. F.; Higgins-Biddle, J.C.; Saunders, J. B.; Monteiro, M. G. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care. 2001. Disponível em: <http://www.talkingalcohol.com/files/pdfs/WHO_audit.pdf.> Acesso em: 6 abr. 2017.

WILSON, K. et al. Improving vaccine registries through mobile technologies: a vision for mobile enhanced Immunization information systems. **J. American Medical Informatics Association**, v. 23, n. 1, p. 207-211, 2015.

YANNOULAS, S. Feminização ou feminilização? Apontamentos em torno de uma categoria. **Temporalis**, n.22, p.271-292, jul./dez., Brasília (DF), 2011.

ZHANG, D.; UNSCHULD, P. U. China's barefoot doctor: past, present and future. **The lancet**, v.372, n. 9653, p.1865-1867, 2008.

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Bloco N: QUESTÕES SOBRE SITUAÇÃO SOCIOECONÔMICA E DEMOGRÁFICA

1. Em que dia/mês/ano você nasceu? ____/____/____

2. Em que município, estado e País você nasceu?

Município: _____

Estado: _____

País: _____

3. O Censo Brasileiro do IBGE, usa os termos preta, parda, branca, amarela e indígena para classificar a cor ou raça das pessoas. Como você se classifica a respeito de sua cor ou raça?

- 1 Preta
- 2 Parda
- 3 Branca
- 4 Amarela
- 5 Indígena

4. Atualmente, você é...

- 1 Casado (a) ou vive em união
- 2 Separado(a), ou divorciado(a)
- 3 Viúvo(a)
- 4 Solteiro(a) (nunca casou ou viveu em união)
-

5. Qual o seu sexo?

- 1 Masculino
- 2 Feminino

6. O seu trabalho, na UAPS, exige que tipo de qualificação?

- 1 1º grau incompleto
- 2 1º grau completo
- 3 2º grau incompleto
- 4 2º grau completo
- 5 Universitário incompleto
- 6 Universitário Completo
- 7 Pós – graduação

7. Qual a sua formação profissional? _____

8. Atualmente, qual é a sua religião? (aquela com que você mais se identifica)?

9. Você tem filhos?

1 Sim Quantos? _____

2 Não

11. A residência onde você mora é?

1 Própria já pago

2 Própria ainda pagando

3 Alugada

4 Cedida

5 Outra condição Qual? _____

12. Quantas pessoas moram com você? (Inclua cônjuge/companheiro, filhos e enteados, pais, outros parentes, amigos, agregados, pessoas ausentes temporariamente e empregados que durmam na casa)

1 Mora sozinho (a)

2 De 1 a 3 pessoas

3 De 4 a 6 pessoas

4 De 7 a 9 pessoas

5 10 ou mais pessoas

14. Em sua casa, quem é considerado o chefe da família ou o principal responsável pela casa?

1 Eu mesmo (a)

2 Meu cônjuge ou companheiro(a)

3 Eu e meu cônjuge, igualmente

4 Meu pai ou minha mãe

5 Meu filho ou minha filha

6 Não tem chefe

7 Outra pessoa. Quem? _____

15. Qual o grau de instrução do chefe da família ou (principal) responsável por sua casa?

1 Não frequentou escola

2 1º grau incompleto

3 1º grau completo

4 2º grau incompleto

5 2º grau completo

- 6 Universitário incompleto
 7 Universitário Completo
 8 Pós-graduação

16. Em sua casa, trabalha alguma empregada doméstica mensalista ou diarista?

- 1 Sim, uma
 2 Sim, mais de uma
 3 Não

17. Em relação aos bens abaixo, marque SIM para os que existem na sua casa ou NÃO para os que não existem. Para cada item, caso SIM, diga qual a quantidade:

Televisão em cores	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Rádio (não considerar rádio de automóvel)	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Máquina de lavar roupa	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Videocassete ou DVD	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Geladeira	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Freezer	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Microcomputador	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Lava-Louças	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Microondas	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Motocicleta	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Secador de Roupa	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Banheiros	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não
Automóveis	1 <input type="checkbox"/> Sim Quantos? _____ 2 <input type="checkbox"/> Não

18. **No mês passado** qual foi aproximadamente sua renda familiar **líquida**, isto é, a soma de rendimentos, já com os descontos, de todas as pessoas que contribuem regularmente para as despesas de sua casa?

- | | | |
|----|--------------------------|-------------------------------|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Até 1 salário mínimo |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Entre 1 e 2 salários mínimos |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Entre 2 e 3 salários mínimos |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Entre 3 e 4 salários mínimos |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Entre 4 e 5 salários mínimos |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Entre 5 e 6 salários mínimos |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Entre 6 e 7 salários mínimos |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Entre 7 e 8 salários mínimos |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Entre 8 e 9 salários mínimos |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Entre 9 e 10 salários mínimos |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Mais de 10 salários mínimos |

19. Quantas pessoas (adultos e crianças), incluindo você, dependem dessa renda para viver? Se for o caso, inclua dependentes que recebem pensão alimentícia. Não inclua empregados domésticos aos quais você paga salário. _____
pessoas

BLOCO G: QUESTÕES SOBRE CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO

5. No trabalho, na UAPS, você se considera exposto a... (pode marcar mais de uma opção)

1. Ruído muito elevado (só gritando no ouvido)
2. Ruído constante ou incômodo
3. Vibrações (oscilações ou tremores no corpo, ou nos membros)
4. Radiações (material radioativo, RX)
5. Calor intenso
6. Frio intenso
7. Poeiras ou gases
8. Agentes biológicos (contato ou manuseio de bactérias, vírus, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal)
G5.1 Especificar: _____
9. Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc)
G5.2 Especificar: _____

9. Nos últimos 12 meses, você sofreu algum acidente no trabalho?

- Sim ->G9.1 Que tipo de acidente?
- Não

11. Em que ano você começou a trabalhar nesta UAPS? _____

12. Você trabalha a quanto tempo na Atenção Primária a Saúde?

1. Menos de 5 anos
2. De 6 a 10 anos
3. De 11 a 15 anos
4. De 16 a 20 anos
5. De 21 a 25 anos
6. Há mais de 26 anos

BLOCO M: QUESTÕES SOBRE IMUNIZAÇÕES

1. Você possui cartão de vacinação?

- Sim Não

4. Você precisou atualizar seu cartão de vacina quando foi contratado?

Sim Qual(ais) vacina(s) e quantas doses você precisou tomar?

Não _____

5. Há a realização de exames periódicos por parte da instituição contratante?

Sim

Não

6. Seu cartão de vacinação foi avaliado durante a realização dos exames periódicos por parte da instituição contratante

Sim

Não

7. Qual (ais) da vacina (s) abaixo estão em dia no seu cartão de vacinação: (nesta questão é permitido marcar mais de uma opção)

- Hepatite A – primeira dose
- Hepatite A – segunda dose
- Hepatite B – primeira dose
- Hepatite B – segunda dose
- Hepatite B – terceira dose
- Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola) – dose única
- Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola) – reforço
- Dupla Adulto “dT”(difteria e tétano) – primeira dose
- Dupla Adulto “dT” (difteria e tétano) – Reforço
- Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto “dTpa” - primeira dose
- Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto “dTpa” – reforço
- Varicela (catapora) – primeira dose
- Varicela (catapora) – segunda dose
- Influenza (gripe) – primeira dose
- Influenza (gripe) – reforço
- Meningocócica conjugada “C” – primeira dose
- Meningocócica conjugada “C” – reforço
- Febre Amarela – primeira dose
- Febre Amarela – reforço

8. Caso o seu cartão de vacina não esteja atualizado, marque o motivo:

- Tenho medo de vacinar, devido a dor
- Tenho medo das reações adversas
- Não quero vacinar
- Não acho importante vacinar
- Não tenho tempo
- Não sei onde posso vacinar
- Não sei o motivo
- Não sabia que tinha que estar vacinado

Outro Qual? _____

9. Você considera importante que o profissional que atua na Atenção Primária à Saúde mantenha seu cartão de vacina atualizado?

- Sim, considero que é importante
 Não, não considero importante
 Outro: _____

10. Se **sim**, porque considera? (fique a vontade para marcar mais de uma opção)

- Para estar protegido
 Para prevenção de doença
 Para evitar a transmissão de doenças
 Para garantir a segurança a sua saúde
 Para garantir a segurança da saúde dos colegas de trabalho
 Para garantir a segurança da saúde do usuário/ paciente
 Por outro motivo. Qual? _____

11. Se **não**, porque não considera? (fique a vontade para marcar mais de uma opção)

- Não acho que a vacina proporcione proteção
 Não acho que há vacina previna doenças
 Não acho que a vacina impede a transmissão de doenças
 Não acho que a vacina garanta segurança ao profissional
 Não acho que a vacina garanta segurança aos colegas de trabalho
 Não acho que a vacina garanta segurança ao usuário/ paciente
 Por outro motivo
 Qual? _____

12. Você recebe ou recebeu orientação a respeito das vacinas que o profissional atuante na Atenção Primária à Saúde deve manter em dia?

- Com frequência
 Só no momento da contração
 Pelo menos uma vez por ano
 Mais de uma vez por ano
 Nunca houve orientação
 Outro _____

Obrigada por sua participação!

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS - CEP/UFJF
 36036-900 JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde – condições de trabalho e de vida”**. Nesta pesquisa pretendemos **conhecer as condições de vida e saúde de trabalhadores que atuam na Atenção Primária a Saúde; descrever o perfil epidemiológico, os fatores de risco e as práticas e cuidados com a saúde; analisar as condições de trabalho e relacionar com o processo saúde doença e contribuir para o desenvolvimento de atividades de prevenção, promoção e recuperação da saúde destes trabalhadores.** O motivo que nos leva a estudar as **condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da Atenção Primária a Saúde é o fato de que não existem dados consolidados e estudos que revelem as condições de vida e de trabalho a que estão expostos os trabalhadores deste setor”**.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) será submetido a coleta de dados em que utilizaremos um questionário contendo perguntas fechadas e abertas que será aplicado individualmente com sua permissão através de equipamento eletrônico para posterior análise. Os riscos envolvidos na pesquisa consistem em risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler etc. Apesar disso você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa. A pesquisa contribuirá para **o diagnóstico das condições de trabalho e de vida dos trabalhadores da Atenção Primária a Saúde de Juiz de Fora.**

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr. (a) terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que o Sr. (a) é atendido (a). O pesquisador tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **“Trabalhadores da Atenção Primária a Saúde – condições de trabalho e de vida”**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2016.

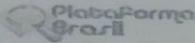
 Assinatura do Participante

 Assinatura do(a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Rosângela Maria Greco
 Endereço: Campus Universitário da UFJF – Faculdade de Enfermagem CEP: 36036-900 / Juiz de Fora – MG
 Fone: (32) 98404-8838 / E-mail: romagreco@gmail.com

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:
 CEP - Comitê de Ética em Pesquisa Humana - UFJF
 Campus Universitário da UFJF
 Pró-Reitoria de Pesquisa
 CEP: 36036-900
 Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG	
PARECEER CONSUBSTANCIADO DO CEP	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA	
Título da Pesquisa: Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida	
Pesquisador: Rosângela Maria Greco	
Área Temática:	
Versão: 1	
CAAE: 46343414.0.0006.5147	
Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio	
DADOS DO PARECER	
Número do Parecer: 932.706	
Data da Relatoria: 13/01/2015	
Apresentação do Projeto:	
Apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.	
Objetivo da Pesquisa:	
Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.	
Avaliação dos Riscos e Benefícios:	
O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrimento propício pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.	
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:	
O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 468/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.	
Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:	
O projeto está em conformação adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será	
	realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.
	Recomendações:
	Modificar o sobrenome da pesquisadora responsável na Folha de Rosto, parece que houve um erro de digitação.
	Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
	Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 468/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Março de 2017.
	Situação do Parecer:
	Aprovado
	Necessita Apreciação da CONEP:
	Não
	Considerações Finais a critério do CEP:
	Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 468/12 e com a Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar: ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.
	JUIZ DE FORA, 14 de Janeiro de 2015
	Assinado por: Paulo Cortes Gago (Coordenador)
Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER SR Bairro: SÃO PEDRO CEP: 36.036-900 UF: MG Município: JUIZ DE FORA Telefone: (35)3103-3788 Fax: (35)3103-3788 E-mail: cep.projeto@ufjf.edu.br	Endereço: JOSE LOURENÇO KELMER SR CEP: 36.036-900 Bairro: SÃO PEDRO Município: JUIZ DE FORA UF: MG Telefone: (35)3103-3788 Fax: (35)3103-3788 E-mail: cep.projeto@ufjf.edu.br
Página 07 de 08	Página 12 de 08

ANEXO B – Termo de Autorização**PREFEITURA DE JUIZ DE FORA****TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

Autorizamos a continuidade da realização da pesquisa “Trabalhadores da Atenção Primária à Saúde: condições de trabalho e de vida” sob orientação da Profa. Dra. Rosangela Maria Greco, coordenadora dos alunos pesquisadores nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Prefeitura de Juiz de Fora.

Ressaltamos que as unidades contam com infraestrutura necessária à realização da referida pesquisa e que os dados deste estudo deverão ser utilizados exclusivamente para fins acadêmicos e de pesquisa.

Juiz de Fora, 01 de setembro de 2016.

Cristina Márcia da Silva
CHEFE DO DPAAPS/ISSAPS/ISSIP SF

Cristina Márcia da Silva
Chefe do Departamento de Programas e Ações da Atenção Primária à Saúde

Secretaria de Saúde
Rua Halfeld, 1400 – Centro – CEP: 3.016-000 – Tel: (32)3690-8387
Juiz de Fora - MG