



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA - UFRB
CENTRO DE CIÊNCIA DA SAÚDE**

ANA PAULA CERQUEIRA FIGUEIREDO

**SITUAÇÃO VACINAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA.**

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2013

ANA PAULA CERQUEIRA FIGUEIREDO

**SITUAÇÃO VACINAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Paloma de Sousa Pinho Freitas

SANTO ANTÔNIO DE JESUS

2013

F475s Figueiredo, Ana Paula Cerqueira
Situação vacinal dos agentes comunitários de saúde de um município do Recôncavo da Bahia/ Ana Paula Cerqueira Figueiredo – Santo Antônio de Jesus, 2013.

68 f.;il.

Orientadora: Profa. Paloma de Sousa Pinho Freitas

Monografia (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde, 2013.

1. Imunização 2. Agente comunitário de saúde 3. Programa nacional de imunização 4. Vacina I. Freitas, Paloma de Sousa Pinho II. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde III. Título.

CDD 614.47

ANA PAULA CERQUEIRA FIGUEIREDO

**SITUAÇÃO VACINAL DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE UM
MUNICÍPIO DO RECÔNCAVO DA BAHIA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ____ de outubro de 2013.

Banca Examinadora

Paloma de Sousa Pinho Freitas – Orientadora
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade estadual de Feira de Santana (UEFS)
Docente da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Thaise Ferreira Silva - Prof^ª Convidada
Enfermeira do Município de Salvador, Bahia

Mariana Rabelo Gomes – Prof^ª Convidada
Especialista em Urgência e Emergência
Secretária de Saúde-Cachoeira-Ba

“Entrega o teu caminho ao Senhor; confia nele, e Ele tudo fará” (SALMOS 37:5)

AGRADECIMENTOS

Inicialmente agradeço a Deus por todas as bênçãos concebidas, àquele que me agraciou com a inteligência, sabedoria, e fé. Pelo amparo constante, pelo conforto a cada momento de tristeza; pelo dom da persistência toda vez que um desafio insistia em me desanimar e por se fazer presente em todos os momentos, permitindo que minha vontade de vencer esta etapa da vida, fosse maior do que o medo de não conseguir. Obrigada meu Deus.

Aos meus avós por confiarem em mim, compreenderem minhas dificuldades, acompanharem minhas vitórias e foram meus alicerces!

À meu tio Artur, meu exemplo de sabedoria, força e determinação.

À Sandro e Lú, que sem medir esforços me acolheram e participaram ativamente da minha formação. Me proporcionando os melhores dias da minha vida acadêmica e social. Obrigada por torcerem por mim sempre!

À toda minha família que além de torcer por mim, sempre dispensaram atenção em qualquer situação.

Aos queridos amigos que entenderam a minha ausência em alguns momentos das suas vidas, mas que sabiam que meu coração estava por perto!

À minha orientadora Paloma. Por ser uma excelente profissional. Por acreditar em mim, por me incentivar a todos os momentos e me mostrar que o trabalho só se torna exemplar quando colocamos esforços e foco nele.

As amigas fiéis para além da graduação : Josi, Tay, Juli, Hay, Lizi e Jack. Amo vocês.

Aos ACS do município de Santo Antônio de Jesus, por aceitarem participar da pesquisa.

À Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus, pela parceria despendida durante o período de coleta de dados.

Ao Núcleo de Epidemiologia da UEFS (NEPI) pelo compromisso no desenvolvimento de pesquisas com grande relevância no campo da saúde do trabalhador.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição das prevalências de vacinação dos Agentes Comunitários de Saúde, Santo Antônio de Jesus – BA, 2011.37

GRÁFICO 2 - Prevalência de esquemas completos entre os Agentes Comunitários de Saúde, Santo Antônio de Jesus, BA, 2011.....39

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Tabela 1 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde segundo características gerais do trabalho, Santo Antônio de Jesus- BA, 2011.....	31
TABELA 02 -Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde segundo aspectos relacionados ao trabalho e a renda em, Santo Antônio de Jesus- BA, 2011.....	33
TABELA 03 - Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde segundo condições de trabalho, Santo Antônio de Jesus- BA, 2011.....,	35
TABELA 04 -Características sociodemográficas e esquema completo e incompleto para as quatro vacinas previstas pelo PNI entre os ACS, Santo Antônio de Jesus, BA, 2011.....	40

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 01** –. Localização e vias de acesso para o Município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, 2013.....27
- FIGURA 02** - Fluxograma indicando os desfechos relacionados a vacinação para Hepatite b entre os Agentes Comunitários de Saúde em Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011.....43

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) ocupa posição singular e contraditória no trabalho em saúde na atenção básica: por um lado, é membro da classe trabalhadora, onde age como facilitador na criação de vínculos com a comunidade e na ampliação do acesso aos serviços de saúde da unidade de saúde e por outro lado, é membro da própria comunidade, e como tal, usuário dos serviços públicos de saúde, portanto deve manter seu cartão vacinal atualizado. Desta forma, esse estudo teve como objetivo analisar a situação vacinal dos ACS da atenção básica do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia. Trata-se de um estudo quantitativo, de corte transversal e caráter exploratório do tipo censo. A coleta de dados foi realizada com 121 ACS do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia e utilizou um questionário específico com variáveis de interesse após aprovação no CEP/UEFS. A análise de dados foi descrita e explorada com cálculos de frequências simples e prevalências através do SPSS. A população estudada revelou-se majoritariamente feminina (89,4%), com predominância da faixa etária de 31 a 40 anos (52,1%). Na variável existência de EPI's a sua disposição, 58,7% referiram a não existência dos mesmos. Quanto aos aspectos da vacinação, apenas 19,5% de todos ACS entrevistados (121) estavam com todo o cartão vacinal do adulto regularizado, 80,5% estavam com esquema vacinal incompleto e 4,2% dos trabalhadores adultos não possuem qualquer dose para os imunobiológicos propostos pelo PNI. Com relação a presença de esquema completo e sexo, observou-se que 21,0% das mulheres tinham o esquema completo proposto, já os homens apresentaram apenas 7,7% de completude para o esquema de vacinação. Sabe-se, entretanto, que no processo de trabalho do ACS tem-se a observação e orientação da população quanto a manutenção do cartão de vacinação completo, no entanto, a realidade para o autocuidado dos mesmos revelou-se contraditória e denunciativa de uma situação de saúde inadequada para esses trabalhadores.

Palavras chave: Agente Comunitário de Saúde, Programa Nacional de Imunização, e vacina.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CENEPI	Centro Nacional de Epidemiologia
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAS	Febre Amarela Silvestre
FAU	Febre Amarela Urbana
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
HBV	Vírus da hepatite B
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS	Ministério da Saúde
NR	Norma Regulamentadora
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunizações
SPSS	Social Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
SBIIm	Sociedade Brasileira de Imunização
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF	Unidade de Saúde da Família
UEFS	Universidade Estadual de Feira de Santana
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo Geral.....	15
2.2 Objetivos Específicos.....	15
3 REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 História e princípios da imunização no Brasil.....	16
3.2 O ser Agente Comunitário de Saúde e as doenças imunopreviníveis.....	18
3.3 O processo de trabalho do ACS e a vacinação.....	22
4 METODOLOGIA.....	26
4.1 Tipo de estudo	26
4.2 Campo de Estudo.....	26
4.3 População do estudo.....	27
4.4 Coleta e Análise dos Dados.....	28
4.5 Aspectos Éticos.....	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
5.1 Aspectos sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde.....	31
5.2 Aspectos relacionados ao trabalho e a renda dos agentes comunitários de saúde.....	34
5.3 Aspectos condições de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde.....	36
5.4 Vacinação dos Agentes Comunitários de Saúde.....	37
5.5 Esquema vacinal completo para todas as vacinas previstas no cartão do adulto.....	39
5.6 Características sociodemográficas e esquema de vacinação completo.....	41
5.7 - Situação vacinal para hepatite b, entre os Agentes Comunitários de Saúde.....	44
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	45

7 ANEXOS.....	53
----------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa é um recorte de um projeto multicêntrico intitulado “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia”. Os dados são provenientes do projeto desenvolvido na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) em parceria com a Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS) e visa analisar a situação vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no município de Santo Antônio de Jesus- Bahia.

Nessa perspectiva, entendendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) regulamentada em 1994 como um programa do Ministério da Saúde (MS), com o objetivo de priorizar ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde dos indivíduos de modo contínuo, tem-se a necessidade de enfatizar o objeto de estudo: o Agente Comunitário de Saúde.

Dentro da ESF, o acompanhamento dos pacientes é feito através dos programas e dos atendimentos individualizados nas Unidades de Saúde da Família (USF), bem como nos domicílios, no entanto, essas visitas podem ser realizadas por qualquer profissional de saúde da USF (SILVEIRA; RAMIRES; SILVA,2011). Nesse sentido, uma das principais atribuições do ACS na ESF é acompanhar a vacinação periódica por meio do cartão de vacinação da população e encaminhá-la caso esteja com algum atraso (WAIDMAN; COSTA; PAIANO,2012).

A partir desse cenário, o ACS ocupa posição singular e contraditória no trabalho em saúde na atenção básica: por um lado, é membro da classe trabalhadora, onde age como facilitador na criação de vínculos com a comunidade, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde, na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde da USF. (NUNES, 1998; MERHY, 1997 citado por BORNSTEIN, 2010). E, por outro lado, é membro da comunidade alvo e, como tal, também usuário dos serviços públicos de saúde, portanto necessita de acompanhamento da Unidade de Saúde onde deve realizar periodicamente as consultas necessárias e manter seu cartão vacinal atualizado.

A vacinação é uma ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais da saúde da população, representando assim um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas (GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009). A política nacional de imunizações foi instituída no âmbito do Programa Nacional de Imunização (PNI), em 1973, com o objetivo de garantir imunização para toda a população brasileira através dos municípios

e serviços de saúde da rede básica, atendendo às necessidades emergenciais do programa de controle da tuberculose e da erradicação da varíola. (BRASIL, 2003).

Na instância nacional, o PNI é de responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), do Ministério da Saúde, sendo integrante da estrutura do Centro Nacional de Epidemiologia (CENEPI), estruturando-se em três coordenações cujas competências estão estabelecidas na Portaria nº 410, de 10 de agosto de 2000 (publicada no DOU, de 18/08/2000), onde garante imunização para o adulto, campanhas, aquisição, estocagem, distribuição de vacinas e treinamento da rede descentralizada de técnicos envolvidos com as atividades de vacinação (BRASIL, 2001; MOREIRA, 2002).

O Programa Nacional de Imunização preconiza, para o adulto, o seguinte esquema vacinal: hepatite B – três doses; Tríplice Viral (vacina contra sarampo, caxumba e rubéola) – dose única; dT (contra difteria e tétano) – três doses, reforço a cada 10 anos ou dentro de cinco anos, em caso de gravidez ou ferimentos tetanogênicos; febre amarela – uma dose, reforço a cada dez anos (BRASIL, 2001).

Assim, permanecer com o esquema vacinal completo, é importante para os ACS, pois, o inadequado estado vacinal desses trabalhadores da área da saúde constitui-se em um sério problema de saúde pública. Além disso, sabe-se que as coberturas vacinais específicas para este grupo estão muito aquém das mínimas necessárias ao controle das doenças evitáveis por imunizantes (GARCIA; FACCHINI, 2008).

Desta forma, percebe-se a importância de trabalhos que verifiquem a situação vacinal de trabalhadores, mais especificamente, entre os agentes comunitários de saúde, realizando intervenções que promovam a reflexão dos trabalhadores a respeito da sua situação vacinal.

Diante do exposto ressalto a justificativa acadêmica na qual surgiu meu desejo em discorrer sobre esse tema, onde se deu a partir de vivências iniciais na disciplina de Saúde Coletiva II, cursada no 5º semestre da graduação, e posteriormente com as práticas e Estágio Supervisionado Curricular I, cursados durante o período da graduação que me colocavam cotidianamente diante dos ACS e de suas atribuições e sua responsabilidade para com sua própria saúde, além do convívio diário com a sala de vacinação nesse período.

Dessa forma, atrelado a justificativa apresentada, e reconhecendo a importância de se obter o conhecimento do estado vacinal dos ACS surgiu a seguinte pergunta norteadora: Qual a situação vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde em município do Recôncavo da Bahia?

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar a situação vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) de Santo Antônio de Jesus, Bahia.

2.2 Objetivo específico

- Descrever os aspectos sócio-demográficos, econômicos e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em Santo Antônio de Jesus, Bahia.
- Comparar o estado vacinal dos Agentes Comunitários de Saúde de Santo Antônio de Jesus, Bahia, segundo o calendário de vacinação do adulto preconizado pelo Ministério da Saúde.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 História e princípios da imunização no Brasil.

Até início do século XVII, a varíola era considerada uma das doenças transmissíveis mais temidas no mundo, atingia a grande maioria da população e, apresentava uma alta taxa de mortalidade, e pouco se podia fazer de prático diante dos quadros dessa patologia (FEIJÓ, 2006; NETO, 1996).

O processo de introdução da vacinação em massa no Brasil é compreendido por volta do final do século XIX na qual a cultura da imunização estava associada a um processo de campanhas de vacinação, principalmente contra varíola, as quais tiveram como líder o médico Oswaldo Cruz, diretor da saúde pública entre 1903 e 1909, e que desde 1902 dirigia o Instituto Oswaldo Cruz para produzir soros e vacinas. A luz da aprovação da lei da vacinação obrigatória para varíola em outubro de 1904, cujo principal mentor foi Oswaldo Cruz, o estado do Rio de Janeiro passou pelo episódio conhecido como revolta da vacina (HOCHMAN, 2011).

A Revolta da Vacina é um episódio brasileiro destacado como um caso exemplar na ilustração da mudança de olhar em relação à história da imunização. Trata-se de uma semana sangrenta, ocorrida no Rio de Janeiro, no ano de 1904, no qual o governo federal enfrentou uma verdadeira rebelião. A guerra da vacina, descrita pelos historiadores brasileiros não era apenas a recusa da vacinação, como também a explosão de uma intensa oposição aos programas de higienização do espaço urbano. Os novos planejamentos dos engenheiros não levavam em conta as necessidades do comércio informal, e substituíram a densa rede das vielas por um espaço aberto e purificado (TEMPORÃO, 2003).

Entre 1971 e 1973 a Divisão Nacional de Epidemiologia e Estatística de Saúde (DNEES), desenvolveu toda a tecnologia e metodologia necessárias à implementação de ações de vacinação em massa que pudessem ser utilizadas no controle de outras doenças, surgindo, então, o Programa Nacional de Imunização (PNI) (TEMPORÃO, 2003).

Esse programa, foi criado em 18 de setembro de 1973, e coincidiu com o mesmo ano da erradicação da varíola, o que denota uma nova possibilidade de políticas de saúde, direcionando a atenção e esforços em ações de prevenção (MOREIRA, 2002). O PNI foi instituído, tendo como funções, coordenar ações que se caracterizavam, até então, pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura. Estas ações conduzidas dentro de programas especiais (erradicação da varíola, controle da tuberculose) e

como atividades desenvolvidas por iniciativa de governos estaduais, necessitavam de uma coordenação central que lhes proporcionasse sincronia e racionalização. (BRASIL, 2001)

Através da Lei nº 6.259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto nº 78.231, de 12/08/1976, o PNI é institucionalizado e defini-se algumas competências tais como: estabelecimento de critérios e prestar apoio técnico e financeiro à elaboração do programa, implantação e implementação do programa de vacinação, estabelecer normas básicas para a execução das vacinações; supervisionar, e avaliar a execução das vacinações no território nacional, analisar e divulgar informações referentes ao PNI.

O PNI, no Brasil, é citado como referência mundial, tendo organizado campanhas de vacinação em outros países, como Timor Leste, e auxiliado programas de imunizações na Palestina, Cisjordânia e na Faixa de Gaza, estabelecendo cooperação técnica em inúmeros países. Ações planejadas e sistematizadas desenvolvidas no Brasil erradicaram a varíola, em 1973, e a poliomielite em 1989, controlaram o sarampo, o tétano neonatal, as formas graves da tuberculose, a difteria, o tétano acidental e a coqueluche. Implementaram medidas para o controle da caxumba, rubéola e da síndrome da rubéola congênita, da hepatite B, das infecções invasivas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, da influenza e também das infecções pneumocócicas e suas complicações nos idosos (FEIJÓ,2006).

No Brasil, em julho de 1977, teve início a obrigatoriedade de vacinação em crianças no primeiro ano de vida e nesse mesmo período, determinou-se a organização das ações de vigilância epidemiológica, e o modelo da carteira de vacinação, válida em todo Território Nacional (MOLINA et al., 2008).

O Ministério da Saúde (MS), através do PNI, realizou ainda a implantação dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE), com produtos de alta tecnologia, custo elevado, destinado a uma parcela da população que, por algum motivo, é considerada especial, devido a algum impedimento em poder usufruir os imunobiológicos disponíveis no calendário básico de rotina. Esses centros possibilitam avaliação do paciente, de suas condições, bem como, da necessidade da vacinação e o esquema mais adequado (FEIJÓ et al., 2006).

O PNI, além de ampliar a quantidade de imunobiológicos disponibilizados, implantou a vacinação de adultos, principalmente em mulheres em idade fértil, em 2000, 2001 e 2002, e a vacinação de idosos a partir de 60 anos, em 1999.

Em relação à aceitabilidade do calendário vacinal, este deve avaliar: hábitos de deslocamento da população, alterações climáticas que interrompem as atividades comunitárias, crenças e costumes locais. Partindo das alterações ocorridas neste âmbito, é

possível ter uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes e, assim, propor articulação de saberes e mobilizações de recursos institucionais, comunitários, públicos e privados para a realização do enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

A imunização constitui uma das medidas práticas mais eficazes dentre as propostas dos programas de Saúde Pública, devido ao fato de oferecer proteção duradoura e individual às pessoas. Economicamente, estudos demonstram que o baixo custo das vacinas e o número reduzido de pessoal necessário para desenvolver os programas de vacinação, são bastante compensadores comparados ao custo elevado do tratamento. Sendo assim, a prática de vacinação deve ser considerada como um componente de suma importância (MALTA et al., 2002).

No Brasil torna-se cada vez mais evidente, que a vacina é um dos meios imprescindíveis para interromper a cadeia de transmissão de algumas doenças imunopreveníveis. O controle de tais doenças poderá ser alcançado quando as coberturas alcançarem índices homogêneos para todos os subgrupos da população e, em níveis considerados suficientes para reduzir a morbimortalidade por essas doenças. Esta é a síntese do Programa Nacional de Imunizações, que, na realidade, não pertence a nenhuma esfera governamental, mas à sociedade brasileira (FUNASA, 2001a).

3.2 O ser Agente Comunitário de Saúde e as doenças imunopreveníveis

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um elemento do processo de trabalho antigo, pois aparece no cenário mundial em 1920, no Canadá, para auxiliar no movimento de organização comunitária nas Américas. Há muitos anos, diversos grupos religiosos e organizações não governamentais treinaram agentes de saúde. Na América Latina, apesar da resistência a esses trabalhadores, os mesmos foram utilizados nas últimas duas décadas como estratégia de extensão de cuidados básicos em comunidades rurais e periurbanas (SOLLA, 1996).

A primeira experiência no Brasil, do trabalho com os agentes como uma estratégia abrangente de saúde pública ocorreu, em 1987, no estado do Ceará, como parte do Programa de Emergência. Para inicializar o programa, em seu caráter emergencial, foram selecionadas seis mil mulheres do sertão cearense, onde se utilizou para critérios de seleção que os agentes de saúde fossem escolhidas entre mulheres pobres, pois a ideia era garantir um salário mensal durante o período da seca, mas capazes de realizar o trabalho, conhecidas e respeitadas pela comunidade, independente da escolaridade (AVILA, 2011).

Em 1991, o Ministério da Saúde (MS), em parceria com as secretarias estaduais e municipais, institucionalizou o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS). Este programa foi implantado com o objetivo de contribuir para a melhoria da capacidade da população de cuidar da sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos para a construção e consolidação dos sistemas locais de saúde (SILVA; DALMASO, 2002; BARROS,2010).

Em 1992, o PNACS perde o termo nacional, adotando o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), e as Secretarias Estaduais de Saúde juntamente com a FUNASA assumem o repasse de recursos para o custeio do programa (BRASIL, 2007).

Em 1994, a Estratégia Saúde da Família (ESF), veio para contribuir com uma reorientação do modelo de atenção à saúde, priorizando ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e comunidade de forma integral e contínua (FONTINELE JÚNIOR, 2003).

Silva e Dalmaso (2002) discorrem que a partir do PACS, o ACS despontou-se como um elemento efetivo do trabalho em saúde e um ator essencial no cenário da estruturação e reestruturação da atenção básica em saúde, visando especialmente a ampliação da cobertura assistencial, com aumento do acesso a partir do acolhimento feito por ele, identificando, encaminhando e dando resolubilidade às necessidades de saúde da população.

A profissão do ACS é regulamentada pela Lei de Nº 10.507 de 10/6/2002 onde prevê que ACS deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; haver concluído o ensino fundamental.

Entendendo que o ACS, é o elo entre a comunidade e o serviço e cabe ao mesmo a visita domiciliar, para a promoção da saúde, verificação do cartão vacinal e tratamento com medicações em uso domiciliar, com o objetivo de acompanhar continuamente a população observa-se a necessidade de verificar se o mesmo encontra-se com sua situação vacinal adequada, uma vez que este destaca a importância para estes atos.

A Sociedade Brasileira de Imunização (SBIIm) (2012) recomenda um calendário vacinal ocupacional diferenciado, para alguns profissionais, principalmente os da saúde e profissionais administrativos pois reconhece, que trabalham em locais fechados, estão sob risco significativo de contrair/transmitir doenças preveníveis por imunização e preconiza as vacinas: contra hepatite A e B, influenza, sarampo, caxumba, rubéola, difteria, coqueluche, tétano e varicela, meningocócica conjugada, febre amarela, raiva, febre tifóide e poliomielite.

As empresas que financiam estes imunizados poderão garantir algumas proteções específicas e um pouco diferentes das garantidas pelo Ministério para os adultos.

O Ministério da Saúde conta com seguintes calendários específicos: calendário da criança, do adolescente, do adulto, do idoso e do indígena (BRASIL, 2013).

Dentre os imunopreveníveis, preconizados pelo Ministério da Saúde, para atualização de esquema vacinal adulto temos: vacina hepatite B; vacina sarampo, caxumba e rubéola; vacina adsorvida difteria e tétano adulto, vacina febre amarela e vacina *Haemophilus influenza b* (conjugada).

Sobre a hepatite B, sabe-se que é uma doença infecciosa viral, contagiosa, causada pelo vírus da hepatite B (HBV), conhecida anteriormente como soro-homóloga. O agente etiológico é um vírus DNA, hepatovírus da família Hepadnaviridae, podendo apresentar-se como infecção assintomática ou sintomática. Em pessoas adultas infectadas com o HBV, 90 a 95% se curam; 5 a 10% permanecem com o vírus por mais de seis meses, evoluindo para a forma crônica da doença (BRASIL, 2005).

A hepatite B é a doença ocupacional infecciosa mais importante para os trabalhadores da saúde. Exposições percutâneas ou de mucosas ao sangue de indivíduos infectados pelo HBV e representam a principal fonte de transmissão ocupacional. O Ministério da Saúde estima que, no Brasil, pelo menos 15% da população já estiveram em contato com o HBV e que 1% apresenta doença crônica relacionada a este vírus (BONANNI, 2001; BRASIL, 2002; citado por GARCIA, 2008). Essa infecção pode se dar em instituição de cunho hospitalar, assim como na atenção primária à saúde (MOREIRA, *et al*, 2007).

Sobre a patologia relacionada ao sarampo, caxumba e rubéola, sabe-se que o sarampo é uma doença causada por um vírus, pertencente ao gênero *Morbillivirus*, família *paramyxoviridae*, é febril, exantemática aguda, altamente infecciosa e transmitida por via respiratória (RODRIGUES, 2005). O vírus penetra no organismo e o infecta através da disseminação das gotículas de Flugge (MARTINS, 2002). Sobre a caxumba, sabe-se que é uma infecção viral aguda, sistêmica e transmissível por via respiratória através de gotículas de saliva contendo o vírus (LIMA; TORRES, 2005). Sobre a rubéola é uma doença exantemática aguda, de etiologia viral, que apresenta alta contagiosidade (SANTOS, 2009). Nesse contexto, observa-se que o sarampo a caxumba e rubéola (SRC), fazem parte de uma tríade clássica caracterizada pelos seguintes sinais clínicos: a surdez, cardiopatias congênitas e catarata (MOTA, 2011). A vacina SRC é a principal medida de prevenção da rubéola adotada pelos serviços de saúde e, conseqüentemente, além da imunização natural prévia, a única forma de controle da SRC (BRASIL, 2003).

Com relação a difteria, trata-se de uma doença transmissível aguda, toxiinfeciosa, causada por bacilo toxigênico, que, frequentemente, se aloja nas amígdalas, faringe, laringe, nariz e, ocasionalmente, em outras mucosas e na pele. Quando se instalam nas amígdalas a manifestação clínica típica é a presença de placas pseudomembranosas branco-acinzentadas aderentes a essas estruturas. O modo de transmissão é através de contato direto da pessoa doente ou do portador com pessoa suscetível através de gotículas de secreção eliminadas por tosse, espirro ou ao falar. A imunidade pode ser naturalmente adquirida pela passagem de anticorpos maternos via transplacentária, que protegem o bebê nos primeiros meses de vida, ou através de infecções inaparentes atípicas, que conferem imunidade em diferentes graus, dependendo da maior ou menor exposição dos indivíduos. A imunidade também pode ser adquirida ativamente, através da vacinação com toxóide diftérico. A doença normalmente não confere imunidade permanente, devendo o indivíduo continuar seu esquema de vacinação conforme preconizado pelo PNI (BRASIL, 2010).

O tétano é uma toxi-infecção grave, não contagiosa, causada pela ação de exotoxinas produzidas pelo bacilo tetânico, o *Clostridium tetani*, as quais provocam um estado de hiperexcitabilidade do sistema nervoso central. Clinicamente, se manifesta com febre baixa ou ausente, hipertonia muscular, hiperreflexia, espasmos ou contraturas paroxísticas, dificuldade de deglutição (disfagia), contratura dos músculos masséteres (trismo e riso sardônico), do pescoço (rigidez de nuca) e da região dorsal (opistótono). A rigidez muscular é progressiva, atingindo os músculos reto-abdominais (abdome em tábua) e diafragma, levando à insuficiência respiratória, podendo evoluir com contraturas generalizadas e alterações de temperatura.

A transmissão ocorre pela introdução dos esporos em uma solução de continuidade da pele e mucosas (ferimentos superficiais ou profundos de qualquer natureza), contaminados com terra, poeira, fezes de animais ou humanas. A proteção é garantida mediante a vacinação da vacina adsorvida difteria e tétano adulto. A doença não apresenta variação sazonal definida. Apesar da incidência universal, o tétano é relativamente mais comum em áreas geográficas de menor desenvolvimento econômico-social. Acomete todas as faixas etárias. Sua ocorrência está relacionada às atividades profissionais que apresentam risco de ferimento e sob condições inadequadas de trabalho (BRASIL, 2010).

Sobre a infecção relacionada a febre amarela urbana sabe-se que é uma doença febril aguda, de curta duração (no máximo 12 dias) e gravidade variável. Apresenta-se como infecções subclínicas e/ou leves, até formas graves, fatais. O quadro típico tem evolução bifásica (período de infecção e de intoxicação), com início dos seguintes sintomas

abruptamente: febre alta e pulso lento em relação à temperatura (sinal de Faget), calafrios, cefaleia intensa, mialgias, prostração, náuseas e vômitos, durando cerca de 3 dias, após os quais se observa remissão da febre e melhora dos sintomas, o que pode durar algumas horas ou, no máximo, 2 dias.

Epidemiologicamente, a doença pode se apresentar sob duas formas distintas: Febre Amarela Urbana (FAU) e Febre Amarela Silvestre (FAS), diferenciando-se uma da outra pela localização geográfica, espécie vetorial e tipo de hospedeiro. Abordaremos a todo momento a FAU, pois trata-se do nosso foco de estudo. Na FAU, o mosquito *Aedes aegypti* é o principal vetor e reservatório e o homem, o único hospedeiro de importância epidemiológica. A transmissão se faz através da picada do mosquito *Aedes aegypti*, no ciclo: homem infectado → *Aedes aegypti* → homem sadio (BRASIL,2010).

A proteção para doença, hoje, se dá mediante a vacinação, sendo que o regulamento sanitário internacional exige que a vacinação seja feita 10 dias antes do deslocamento para viagens internacionais ou nacionais onde sejam consideradas áreas endêmicas (BRASIL, 2001).

3.3 O processo de trabalho do ACS e a vacinação

O processo de trabalho, de acordo com Marx (1994) é uma atividade do homem que opera uma transformação no objeto sobre o qual atua por meio de instrumentos de trabalho para a produção de produtos, e essa transformação está subordinada a um determinado fim. Assim, o processo de trabalho é composto por três elementos que são: a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho, o objeto de trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho, e os instrumentos ou meios do trabalho.

Para uma melhor compreensão do que seja o processo de trabalho, faz-se necessário a dissolução dos seus componentes que são: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos (GOMES,1994 citado por SANNA, 2007).

Nesse sentido, partindo do supracitado, o objeto é aquilo sobre o que se trabalha, ou seja, algo que provem diretamente da natureza, que sofreu ou não modificação decorrente de outros processos de trabalho, e que contem em si a potencialidade do produto ou serviço em que irá ser transformado pela ação do ser humano. Já os agentes são os seres humanos que transformam a natureza, ou seja, são aqueles que, tomando o objeto de trabalho e nele fazendo intervenções realizando o trabalho. Os instrumentos são as tecnologias ou saberes empregados para a efetivação do trabalho. A finalidade do trabalho é a razão pela qual ele é feito. Ela vai ao encontro da necessidade que o fez acontecer e que dá significado à sua existência. Os

métodos de trabalho são ações organizadas de maneira a atender à finalidade, executadas pelos agentes sobre os objetos de trabalho, empregando instrumentos selecionados, de forma a produzir o bem ou serviço que se deseja obter. Os produtos de um trabalho podem ser bens tangíveis, ou seja, artefatos, ou serviços, que não têm a concretude de um bem, mas são percebidos pelo efeito que causam (SANNA,2007).

Na atualidade, o conceito processo de trabalho em saúde é utilizado nas pesquisas e intervenções sobre atenção à saúde, gestão em saúde, modelos assistenciais, trabalho em equipe de saúde, cuidado em saúde e outros temas, permitindo abordar tanto aspectos estruturais como aspectos relacionados aos agentes e sujeitos da ação, pois é, nesta dinâmica, que se configuram os processos de trabalho.

Para Merhy (1997) o trabalho em saúde é um processo relacional, produzido através do trabalho vivo em ato, ou seja, a partir do encontro entre duas pessoas onde se estabelece um jogo de expectativas e produções criando espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. Utiliza para sua realização as tecnologias de saúde tipificadas como: (a) tecnologias duras que têm em sua estrutura uma característica dada a priori; (b) leve-duras apresentam uma parte estruturada, o conhecimento, e outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador; e (c) leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais.

Nesse contexto, o ACS na configuração da ESF, conduz seu processo de trabalho sob as lógicas do “agir tecnológico” e do “agir comunicativo” possibilitando a invenção de novos modos de operar os atos assistenciais, a criação de espaços de fala e escuta qualificada e a construção de vínculos afetivos e efetivos. Assim, ele trabalha sob a tensão de dois pólos: a primeira, centrada na lógica da produção de procedimentos como expressão do cuidado; a segunda privilegia atividades centradas nas necessidades do usuário e prioriza as tecnologias relacionais (FERREIRA, et al, 2009).

A Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011, elenca as atribuições dos ACS, com as seguintes competências:

- I - trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea;
- II - cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados;
- III - orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade

sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de 1 (uma) visita/família/mês;

VI -desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como por exemplo, combate à Dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;

VIII - estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo Governo Federal, estadual e municipal de acordo com o planejamento da equipe.

É permitido ao ACS desenvolver outras atividades nas unidades básicas de saúde, desde que vinculadas às atribuições acima (BRASIL,2012 p.14).

Nesse cenário de atribuições, e atrelando ao seu processo de trabalho, a execução de seus deveres pauta-se em identificar áreas de situações de risco individual e coletivo, encaminhar as pessoas doentes as unidades de saúde para que suas demandas sejam atendidas ou sanadas, orientar as pessoas principalmente na visita domiciliar, para a promoção da saúde, verificação do cartão vacinal e tratamento com medicações em uso domiciliar, visando um acompanhamento contínuo a população.

Segundo o MS, o agente comunitário de saúde é um elo entre a comunidade e os serviços de saúde, é a ponte entre as famílias, a comunidade e a unidade de saúde. Na prática verifica-se que o agente é a profissional da equipe de saúde da família que vai rotineiramente às casas das famílias acompanhadas; é ela quem faz a comunicação entre as famílias e os demais profissionais da equipe e estabelece a relação famílias/unidade de saúde.

Assim, entendendo que a vacinação faz parte da biossegurança no ambiente de trabalho, contribuindo para a qualidade de vida dos trabalhadores de sua família, a imunização é de grande relevância para todas as pessoas, principalmente para os agentes comunitários de saúde que estão fiscalizando, buscando e promovendo a saúde da população que está sob sua responsabilidade e ao mesmo tempo faz parte da comunidade (BARBOSA, 2012).

Salienta-se, no entanto, que o trabalho em saúde, principalmente frente à proposta da ESF, é essencialmente coletivo, no qual a contribuição de cada um dos integrantes e a

integração dos saberes é condição essencial na manutenção e qualificação da assistência prestada.

Com relação ao ACS está envolvido em qualquer tipo de atividade, a norma regulamentadora de número 7 prevê que todos os trabalhadores devem ter o controle de sua saúde de acordo com os riscos a que estão expostos. Esta é também uma exigência legal prevista no art. 168 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e está respaldada na Convenção 161 da Organização Internacional do Trabalho, respeitando princípios éticos, morais e técnicos (BRASIL, 1994b).

Diante desta garantia legal, faz-se necessário que todos os ACS conheçam sua situação vacinal e sejam sensibilizados de que devem estar adequadamente vacinados, pois a prevenção das doenças causadas por microorganismos reduz satisfatoriamente o número de profissionais susceptíveis às doenças transmissíveis, como também impede a transmissão de infecções aos colegas de trabalho.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipos de Estudo

O presente estudo caracterizou-se como censo, com abordagem quantitativa, de corte transversal e caráter exploratório.

Segundo o IBGE (2011), censo são pesquisas estatísticas que possibilitam a recolha de informações tais como: condições sociodemográficas das pessoas e de seus domicílios, o número de habitantes, onde e como vivem sua profissão dentre outras, em um determinado momento ou em certo período, em uma região, estado ou nação.

Estudos quantitativos são aqueles que se apresentam sob forma numérica ou podem ser diretamente convertidos a ela, como registros provenientes de observações sistemáticas, de respostas a perguntas fechadas ou de múltipla escolha de questionários, itens de testes e escalas (MOURA; FERREIRA, 2005).

O desenho de corte transversal procura não descrever apenas doenças ou agravos, mas qualquer estudo relacionado com o processo saúde/doença, como os estudos imunológicos, a descrição das características de uma população, a detecção das frequências das doenças e de fatores de risco, para identificar o perfil de enfermidades ou comportamentos de risco, assim como outros aspectos relevantes para programação de ações de saúde e segurança (FILHO; BARRETO, 2011). Este tipo de estudo também é chamado de estudo de prevalência, por ser uma medida epidemiológica típica desse estudo (ROUQUAYROL; ALMEIDA, 2003).

A pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com intuito a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. As maiorias dessas pesquisas envolvem: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão (GIL, 2007).

4.2 Campo de Estudo

Este estudo foi realizado no município de Santo Antônio de Jesus, o qual foi emancipado politicamente no dia 29 de maio de 1980, sendo elevado à categoria de município pelo governo do estado em 30 de junho de 1891. Atualmente, é uma das mais importantes cidades do recôncavo baiano, localizando-se à margem da BR 101, à 187 km da cidade de Salvador. Segundo os dados do IBGE (2010), a cidade possui uma população de 90.449

habitantes, sendo 79.271 habitantes na área urbana, com uma extensão territorial de 259.021 km² e 11.678 na zona rural.



Figura 01- Localização e vias de acesso para o Município de Santo Antônio de Jesus-Bahia.

O município possui 21 Unidades de Saúde da Família, com cobertura de 83,9% de sua população. Além disso, o município conta com 10 Postos de Saúde, 02 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 02 Unidades Básicas de Saúde, 01 Policlínica, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e 01 Centro de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST) (SANTO ANTONIO DE JESUS, 2009).

A definição deste campo de estudo se deu, no entanto, devido ao apoio teórico-estrutural do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB) presente no município, mostrando-se como pólo de investigação científica e de grande relevância para a sua população.

4.3 População do estudo

A população de estudo foi definida a partir de um levantamento prévio do quantitativo de ACS cadastrados na Atenção Básica do município. Dessa maneira, foi realizado um censo com os ACS inseridos nas 21 unidades de saúde da família (17 unidades na zona urbana e 4 unidades na zona rural) e nas 2 unidades básicas.

Inicialmente foi quantificado um total de 170 ACS cadastrados, todavia durante a coleta de dados, em decorrência de falecimentos, demissões, aposentadorias, licenças e transferências, esse número não foi atingido, assim, aplicamos 121 questionários, sendo 108 nas unidades da zona urbana e 13 ACS da zona rural.

É importante salientar em estudos que adotam censos amostrais, a exposição ao viés de seleção, isso porque os critérios de inclusão e exclusão do participante da pesquisa passam a ser desconsiderados, o que possibilita muitas vezes subestimar ou superestimar algumas medidas avaliadas.

4.4 Coleta e Análise dos dados

Para coleta de dados foi formada uma equipe de pesquisa composta por pesquisadores da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia e da Secretaria de Saúde do município. Para padronizar os procedimentos metodológicos adotados, foram realizadas oficinas de treinamento e construído um Manual de Procedimentos e Condutas para a coleta de dados. A equipe de entrevistadores abordou múltiplos aspectos, entre os quais se destacaram a construção de estratégias para entrada nas unidades de saúde, a sensibilização dos profissionais para a participação no estudo e a abordagem do entrevistador no momento da entrevista.

Como meio facilitador para a construção das estratégias citadas acima, contamos com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), representada pelo setor da Coordenação Integração Ensino-Serviço (CIES), o qual foi responsável pelo primeiro contato antes das realizações das entrevistas, seja através de ofícios ou cartazes fixados nas unidades, o que acabou proporcionando para os entrevistados uma melhor compreensão acerca da relevância do estudo.

A etapa do trabalho de campo estruturou-se da seguinte forma: coleta-contato, entrega de questionários, recolhimento, supervisão, controle de qualidade dos dados coletados.

O instrumento da pesquisa (ANEXO 1) foi um questionário aplicável, não identificado, estruturado em oito blocos onde avaliaram as seguintes características: Bloco I- Caracterização sociodemográficas; Bloco II- Caracterização do trabalho; Bloco III- Caracterização das condições do ambiente de trabalho; Bloco IV- Características psicossociais do trabalho (Job Content Questionnaire, elaborado por Karasek em 1985); Bloco V- Hábitos de vida e atividades domésticas; Bloco VI- Capacidade para o trabalho; Bloco VII - Condições gerais de saúde física, auto-percepção de saúde mental, exposição ocupacional e Bloco VIII – Atos de violência- Vitimização.

O trabalho de campo foi efetuado no período de janeiro a agosto de 2011, por entrevistadores (discentes participantes da pesquisa) que aplicaram os questionários, no entanto, os mesmos ficaram subordinados a uma coordenação formada por pesquisadores

(docentes da UFRB), com o objetivo de manter uma padronização e realizar supervisões específicas.

Os dados foram coletados através dos questionários estruturados e foram digitados em um programa de informática compatível com o Windows, denominado Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0, que possibilitou a transcrição dos dados, bem como a formatação de tabelas.

A cobertura vacinal não foi calculada no presente estudo, uma vez que o termo cobertura vacinal expressa o percentual da população-alvo que foi vacinada, medindo a capacidade de alcance das metas estabelecidas conforme a estratégia de vacinação e a mensuração da eficácia da cobertura vacinal são obtidas através do seguinte cálculo: número de doses aplicadas dividido pela população alvo. (BRASIL, 1984 citado por ROQUAYROL; MORAES, 2008). É necessário enfatizar a colocação dessa nomenclatura, tendo em vista que muitos autores a utilizam de forma equivocada. Assim, neste estudo não foi realizada oferta de imunobiológico antes da aplicação do questionário, logo a cobertura vacinal não poderia ser mensurada.

Para análise de dados foram utilizados os seguintes blocos do questionário aplicado: Bloco I- Caracterização sócio demográficas com as seguintes variáveis: sexo, idade, nº de filhos, situação conjugal, escolaridade e cor da pele auto referida; Bloco II- Caracterização do trabalho, com as variáveis cargo exercido e vínculo empregatício; Bloco III- Caracterização das condições do ambiente de trabalho, neste bloco foi utilizado as seguintes variáveis: existem equipamentos de proteção individual à sua disposição; utilização destes equipamentos e se já entrou em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc apenas o sub-bloco com relação a vacinação, utilizando-se as seguintes variáveis: vacinação contra a hepatite B, realização de exame de sangue para verificar se formou anticorpos contra a Hepatite B, se fez o exame de sangue, e ficou imunizado contra a Hepatite B; vacinação contra Febre Amarela; vacinação contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral), vacinação contra Tétano. A partir do instrumento utilizado, utilizaremos como calendário vacinal para o ACS o calendário do adulto preconizado pelo PNI.

É utilizado na análise dos dados o emprego de técnicas de cálculos matemáticos por tabelas e/ou gráficos e interpretados para a produção de conhecimentos onde essas ferramentas facilitam a compreensão dos dados e informações a serem discutidas no estudo comprovando quantitativamente os dados coletados (FILHO; BARRETO, 2011). A análise

dos dados se configura como uma importante etapa da pesquisa epidemiológica na saúde e deve exigir conhecimentos mínimos de estatísticas e epidemiologia (PEREIRA, 2003).

Para descrição dos dados será explorado cálculos das frequências simples e prevalências. Após o término da pesquisa, os resultados serão divulgados para a instituição, campo de pesquisa e ACS, pois desta forma, poderá proporcionar a reflexão sobre a realidade na busca de alternativas para transformá-la. Haverá também a produção de um artigo científico, apresentação em eventos científicos Nacionais ou Internacionais em busca de disseminar os conhecimentos sobre a importância e relevância temática.

Os resultados e prevalências, contaram com vieses de falsa resposta e memória, principalmente os relacionadas a vacinação. Sobre o viés de falsa resposta, este está relacionado as perguntas que têm caráter opressivo, uma vez que os indivíduos podem não responder a verdade por temerem a repreensão do entrevistador. Já o viés de recordação ou de memória é considerado um erro sistemático devido as diferenças em lembrar de episódios passados, neste caso vacinação (PEREIRA, 2008).

No que se refere a história vacinal, para conhecer a mesma, foi considerada apenas a informação verbal. Isso por que apesar dos possíveis vieses, estudos nacionais e internacionais apontaram a constante indisponibilidade dos cartões de vacina em estudos de prevalência, como este.

4.5 Aspectos Éticos

Em concordância com os princípios da pesquisa que devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais preestabelecidas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro 2012, o estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), com aprovação sob protocolo de nº 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09) (ANEXO 2). Esta resolução incorpora os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência, e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa foram informados sobre a finalidade do inquérito e após conhecerem os objetivos e concordarem em participar, assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO C), segundo recomenda a Resolução 466/2012, estando em consonância com o princípio da

autonomia, dando-lhes o direito de desistência do estudo a qualquer momento, se assim o desejar. Foram assegurados também ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; garantia de que danos previsíveis seriam evitados; vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e redução do ônus para os sujeitos vulneráveis (BRASIL, 2012).

Além disso, foi garantido total sigilo das informações, assegurando-lhes que os dados obtidos serão utilizados apenas para as finalidades do estudo, preservando a privacidade e a confidencialidade. Foi informado ainda que os instrumentos utilizados para a coleta dos dados serão guardados pela pesquisadora por cinco (5) anos e, após esse prazo, serão descartados.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Aspectos sociodemográficos dos Agentes Comunitários de Saúde.

Tabela 1 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde segundo características sociodemográficas, Santo Antônio de Jesus- BA, 2011. N=121.

Variáveis	N	%
Sexo (121)		
Masculino	13	10,7
Feminino	108	89,3
Idade (121)		
21 a 30	16	14,0
31 a 40	63	52,1
41 a 50	29	24,0
≥ 51	12	9,9
Número de filhos (121)		
Não tem filhos	30	24,8
1 a 2 filhos	67	55,5
3 a 4 filhos	20	16,5
≥ 5 filhos	04	3,3
Situação Conjugal (121)		
Solteiro	35	28,9
Casado/união estável	75	62,0
Viúvo/divorciado/separado	11	9,1
Escolaridade (120)		

Ensino fundamental	02	1,7
Ensino médio	64	53,3
Ensino técnico	27	22,5
Ensino superior	27	22,5
Cor (auto referida) (121)		
Branco	13	10,7
Amarelo/origem indígena	02	1,7
Pardo	55	45,5
Preto	49	40,5
Não sabe	02	1,7

A tabela 01 apresenta a distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Santo Antônio de Jesus, de acordo as variáveis sociodemográficas que compõe a realidade da população estudada.

Sobre o sexo, 89,3% foi representado pelo sexo feminino, enquanto 10,7% ficou representado pelo sexo masculino, demonstrando, assim, como em muitos estudos, a predominância das mulheres entre a categoria profissional do ACS. Para Araújo *et al* (2006) ainda existem diferenças importantes segundo o gênero no trabalho, não apenas relacionadas à dupla jornada de trabalho (como obrigações familiares e domésticas) mas também pela separação com relação ao sexo nas ocupações, com destaque à distribuição dos tipos de tarefas e dos postos de trabalho, o que interfere na prevalência do sexo feminino em muitos espaços.

No quesito faixa etária, a idade ficou entre 21 e 64 anos, sendo identificada maior predominância na faixa etária de 31 a 40 anos (52,1%). Esse resultado assemelha-se com o estudo realizado por Nascimento (2008), onde 42,5% dos ACS tinham idade entre 30-39 anos. O Ministério da Saúde preconiza que um ACS tenha idade acima de 18 anos, mas não estabelece um limite máximo (BRASIL, 2001). Reflete ainda o perfil da população produtiva brasileira, no qual segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2010), foi identificado maior prevalência da faixa etária entre 25 e 49 anos no ano de 2009. Outro dado que merece destaque, apesar de representar a faixa etária de menor prevalência nesse estudo (9,9%), pode ser o crescimento da inserção dos ACS com idades mais avançadas no mercado de trabalho (> 51 anos), o que acaba acarretando uma diminuição das taxas de desemprego dessa população no país.

No que diz respeito ao número de filhos, 55,4% dos trabalhadores relataram ter de 1 a 2 filhos; 24,8% não referiram ter filhos; 16,5 % tem de 3 a 4 filhos, e apenas 3,3% tem cinco filhos ou mais, o que descreve uma significativa redução do número de filhos entre a população estudada. Na região Norte, no ano de 2000, o número médio de filhos por mulher era mais que três, já em 2010, todas as outras regiões notaram diminuição no número de concepções, cerca de dois filhos por mulher (VASCONCELOS; GOMES, 2012).

No que concerne à situação conjugal, observa-se maior prevalência dos casados/união estável (62,0%), seguido dos solteiros (28,9%), e viúvos/divorciados/separados (9,1%), resultados estes que podem estar associados à necessidade dos trabalhadores casados em subsidiar a família e buscar manterem-se empregados.

Em relação à escolaridade, 53,3% dos trabalhadores possuem ensino médio completo ou incompleto, 22,5% possuem curso técnico, 22,5% possuem ensino superior completo ou incompleto, e apenas 1,7% possuem ensino fundamental completo ou incompleto. Dados semelhantes foram encontrados em Pernambuco, Rio Grande do Sul e Paraná (BEZERRA; ESPÍRITO SANTO; BATISTA FILHO, 2005; FERRAZ; AERTES, 2005; KLUTHCOVSKY et al., 2007). A Lei de nº 11.350/2006 que regulamenta a profissão de ACS exige, para o exercício da função, o Ensino Fundamental completo, portanto o grau de escolaridade encontrado no município de Santo Antônio de Jesus é superior a essa exigência legal, apontando que 22,5% dos ACS possuem ensino superior completo ou incompleto, mostrando que os mesmos não estão estagnados na exigência preconizada, mas sim buscando qualificação e avanço acadêmico (BRASIL, 2002).

A cor autoreferida variou entre branco, amarelo/origem indígena, pardo e preto, sendo de grande destaque a proporção da cor parda (45,5%), seguida da cor preta (40,5%).

Atualmente no Brasil, têm-se notado que no campo dos estudos em saúde é cada vez maior a quantidade de pesquisas ressaltando a importância da cor relacionada a morbidade e até mesmo à mortalidade. Para Carvalho, Wood e Andrade (2004, p. 331) “grande parte dos indivíduos que em 1950 se autodeclaravam como pretos, a partir de 1980 se reclassificaram como pardos, eles estimaram um déficit populacional de 38% na categoria classificada como preta para os próximos anos”. Cabe salientar que os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010) e de outras pesquisas mostram que, em média, pardos e pretos encontram-se em desvantagem socioeconômica quando comparados aos brancos.

5.2 Aspectos relacionados ao trabalho e a renda dos agentes comunitários de saúde.

Tabela 2 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde segundo aspectos relacionados ao trabalho e a renda em, Santo Antônio de Jesus- BA, 2011. N=121.

Variáveis	N	%
Tempo de trabalho na função (121)		
0 a 5 anos	26	21,5
5 a 10 anos	33	27,3
10 a 15 anos	62	51,2
Vínculo de trabalho atual (121)		
Municipal com concurso/municipalizado	121	100,0
Jornada semanal no município (121)		
Até 40 horas	4	33,3
40 horas	116	55,5
≥ 44 horas	1	0,8
Outros empregos (121)		
Na prefeitura/outra prefeitura	6	5,0
Na iniciativa privada com carteira assinada	1	0,8
Por conta própria	4	3,3
Não tem outro emprego	110	90,9
*Jornada semanal total (120)		
Até 40 horas semanais	3	2,5
40 horas semanais	107	88,4
≥ 44 horas semanais	10	8,3
Renda (121)		
< 1 salário	8	6,6
1 até 2 salários	90	74,4
> 2 salários	4	3,3
Renda não declarada	19	15,7

A tabela 02 apresenta a distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Santo Antônio de Jesus, segundo características gerais do trabalho.

Em relação a variável tempo de trabalho na função, observou-se que 21,5% dos trabalhadores tem até 5 anos na função; 27,3% tem de 5 a 10 anos e 51,2% tem de 10 a 15 anos,

com esse dado verifica-se que há um contingente elevado de trabalhadores que exercem por muitos anos a mesma função.

Em relação ao vínculo de trabalho atual, destaca-se que todos os entrevistados (100%) são trabalhadores efetivos do município (concurso/municipalizado), dessa maneira, percebe-se uma diminuição cada vez mais acentuada da instabilidade dos vínculos dos ACS e conseqüentemente da precarização do trabalho. Esse dado pode ser constatado por Marqueze e Moreno (2009), onde afirmam que a estabilidade no trabalho, garantida mediante a vinculo efetivo, por exemplo, oferece grau de segurança no emprego e parece influenciar sobremaneira a satisfação no trabalho.

No que tange à jornada semanal no município (neste trabalho), identificou-se a de maior prevalência a jornada de 40 horas (95,9%), bem como a jornada semanal total (todas as atividades que geram renda) com 88,4% dos casos dentro dessa mesma faixa.

No que diz respeito a categoria outros empregos, percebeu-se que 90,9% dos ACS não possuem outros empregos, dado percentual este bastante elevado quando comparado ao contingente de ACS que possui outro emprego na prefeitura ou em outra prefeitura (5,0%), na iniciativa privada com carteira assinada (0,8%), e por conta própria (3,3%). Observa-se, assim, que a jornada semanal predominante de 40 horas entre os ACS e os turnos de trabalho pela manhã e à tarde podem dificultar a conciliação com outros empregos, uma vez que segundo Pitta (1991), o trabalho em um turno favorece a combinação entre a atividade profissional e a doméstica e/ou outro trabalho remunerado, fato comum aos profissionais da saúde, principalmente quando os salários são insuficientes para a manutenção de uma vida digna, fatores por si só agravantes no adoecimento físico e psíquico.

Isto se torna ainda mais relevante nesses profissionais, os quais bem mais da metade (74,4%) sobrevivem com uma renda mensal de até dois salários mínimos. Segundo Elias e Navarro (2006), a incerteza gerada pelo medo do desemprego faz com que as pessoas se submetam aos baixos salários e arrisquem suas vidas e saúde, muitas vezes, em ambientes insalubres e de alto risco. Dessa maneira, sabendo que a renda proporciona acesso a melhores condições de vida, incluindo condições de moradia, a falta de dinheiro pode levar ao estresse e à insegurança (LUDERMIR, FILHO, 2002).

5.3 Aspectos das condições de saúde dos Agentes Comunitários de Saúde.

Tabela 3 – Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde segundo condições de trabalho, Santo Antônio de Jesus- BA, 2011. N=121.

Variáveis	N	%
Existem *EPI's a sua disposição		
(121)		
Sim	41	33,9
Não	71	58,7
Não sei	09	7,4
Utilização de *EPI's (121)		
Sim	28	23,1
Não	14	11,6
Não se aplica	79	65,3
Continuação Tabela 03		
Já entrou em contato com material biológico (121)		
Nunca	85	70,2
Raramente	14	11,6
Às vezes	18	14,9
Sempre	04	3,3

*Equipamento de Proteção Individual.

A tabela 03 apresenta a distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do município de Santo Antônio de Jesus, segundo condições existentes no trabalho.

No que concerne a variável existência de EPI's a sua disposição, 58,7% referiram a não existência de EPI's, 33,9% tem EPI's a sua disposição e 7,4% não souberam responder. Conforme a Norma Regulamentadora de nº 32, os Equipamentos de Proteção Individual - EPI, descartáveis ou não, deverão estar à disposição em número suficiente nos postos de trabalho, de forma que seja garantido o imediato fornecimento ou reposição. Dessa forma, percebe-se que 58,7% dos profissionais se expõem a situações de risco, as quais se agravam quando o esquema vacinal preconizado não é obedecido.

No que diz respeito ao quesito utilização de EPI's, 23,1% referiram a utilização de EPI's, seguido de 11,6% que referiram não fazer uso dos mesmos. A utilização de EPI's é de

fundamental importância para o exercício das atividades na área de saúde, principalmente se essas atividades ou o próprio ambiente de trabalho oferecem algum risco para a saúde do profissional.

Em relação ao nível de exposição ocupacional por material biológico dos profissionais, a qual é entendida como a possibilidade de contato com sangue e fluidos orgânicos no ambiente de trabalho (MARZIALE; RODRIGUES, 2002), percebe-se que 14,9% referiram que às vezes estavam em contato com material biológico. No entanto, algumas doenças infecciosas e imunopreveníveis (sarampo, caxumba e rubéola, por exemplo) necessitam apenas de contato direto com a pessoa contaminada para se estabelecer o contágio, uma vez que podem ser transmitidas pelo ar, quando o doente simplesmente fala.

Conforme a Portaria n.º 777, de 28 de abril de 2004, do Ministério da Saúde, todos os casos de acidente com material biológico devem ser comunicados por meio da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) e notificado através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), conforme previsto na Portaria (BRASIL, 2004a).

5.4 - Vacinação dos Agentes Comunitários de Saúde

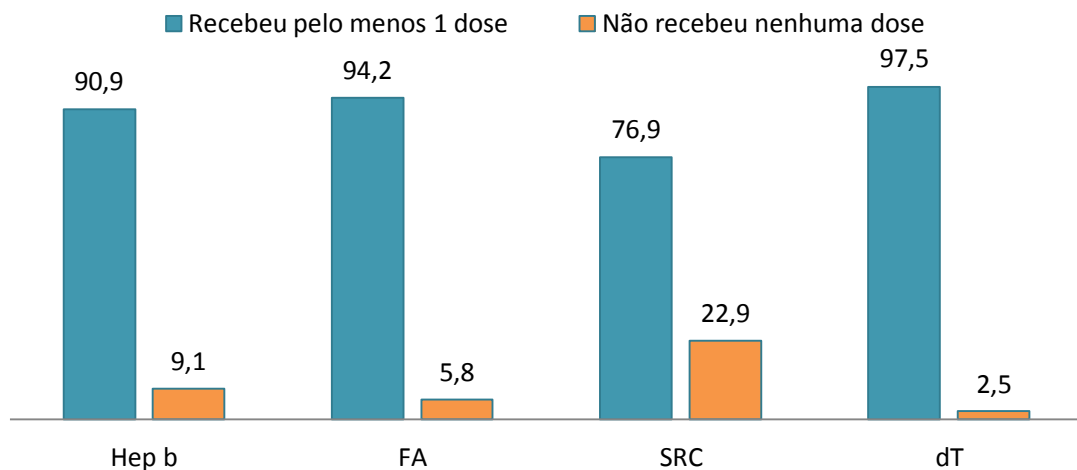


Gráfico 1: Distribuição das prevalências de vacinação dos Agentes Comunitários de Saúde, Santo Antônio de Jesus – BA, 2011.

O gráfico 1, mostra que a maior prevalência de vacinação iniciada foi identificada para a vacina adsorvida da difteria e tétano (97,5%), seguida da vacina da Febre Amarela (94,2 %), da vacina para hepatite B (90,9%) e a menor prevalência foi encontrada para vacinação da Tríplex Viral (76,9 %).

No tocante à vacinação contra a dT (97,5%), observou-se nesse estudo que para a 1 dose de Dt existia a maior prevalência de vacinação. Esse dado equipara-se com o estudo de Araújo (2006), onde 72,0 % dos profissionais entrevistados afirmaram estarem com o esquema completo para esta vacina. Pode-se constatar ainda que esse elevado dado do estudo da pesquisa em foco, pode estar relacionado ao fato de grande parte dos entrevistados serem do sexo feminino e, por conseguinte, as mulheres tem dupla indicação para receber dT, ou seja, elas precisam receber enquanto adultas, conforme preconizado pelo MS e se necessário quando forem gestantes para proteger os recém-nascidos do tétano neonatal.

A vacina com menor prevalência encontrada foi contra sarampo, caxumba e rubéola (76,6%), dado compatível com a encontrada no estado do Ceará, onde Pinto, Almeida e Pinheiro (2011) encontraram em seu estudo apenas 55,0 % dos participantes imunizados para SRC. Assim, diante do exposto deve-se destacar o risco encontrado na população de estudo, uma vez que, a exposição para rubéola principalmente em mulheres trabalhadoras grávidas, pode ser fator de risco causal para malformações ao feto. A tríplice viral deve ser administrada a todos que não têm comprovação de vacinação ou infecção prévia, ou que laboratorialmente não possuem anticorpos. A realidade apontada demonstra, inclusive, o risco daqueles que não possuem vacinação agirem como agente disseminador da doença, inclusive no trabalho, se expostos aos vírus.

Logo, pode-se entender que 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. Estudos como estes, onde se evidencia baixa imunização para determinadas doenças, pode fomentar discussões sobre a expansão da cobertura vacinal e evitar emergências vacinais pra que não haja novos casos de doenças que podem ser evitadas com imunoprevenção.

Sobre a vacina contra a Febre Amarela obteve-se uma prevalência de 94,2% que difere do estudo realizado no Ceará onde encontraram apenas 19,0% dos participantes imunizados para FA. Apesar de não haver casos de FA urbana no Brasil desde 1942, em regiões da Bahia, em 2000, apresentou-se a forma silvestre da doença, apontando que as áreas de risco para FA estão se ampliando.

Os resultados encontrados para hepatite B estão compatíveis com a atual política de vacinação garantida para o adulto, seja ele trabalhador ou não. O Ministério da Saúde realizou nos últimos anos ampla divulgação e fornecimento de imunobiológicos, principalmente para

profissionais da saúde. A vacina contra hepatite B foi introduzida em locais de alta prevalência desde 1989 e o PNI estendeu a faixa etária da imunização, antes até 29 anos, para indivíduos até 49 anos em 2013 (BRASIL, 2013). Apesar desse avanço o percentual de suscetíveis para hepatite B ainda encontra-se alto, a prevalência de vacinação foi uma das mais baixas, o que demonstra que 9,10% dos ACS estão sob o risco de adoecer.

Cabe destacar que pesquisas realizadas em países como o Canadá (FIGUEREDO, 2007) e Inglaterra (MARTINS; BARRETO, 2003) demonstraram que a taxa de prevalência de vacinação para hepatite B em trabalhadores, principalmente da saúde é alta. Encontrou-se prevalência maior que 90% nos dois estudos, no entanto, o Brasil apresenta estudos em que a prevalência de vacinação para hepatite B em trabalhadores quase não supera a taxa de 75% (ASSUNCAO et al, 2012).

Nesse sentido, observa-se o quanto deve ser difundida ou até mesmo exigida pelos secretários de saúde, na admissão dos funcionários, a vacinação em dia, como forma de prevenção primária, no sentido de minimizar ou eliminar riscos às doenças para as quais existem vacinas.

5.5-Esquema vacinal completo para todas as vacinas previstas no cartão do adulto.

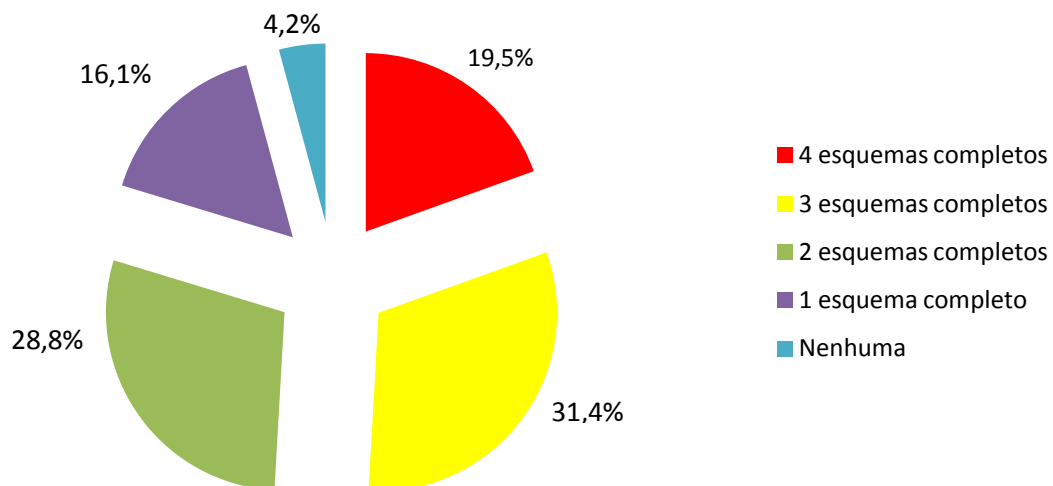


Gráfico 2 : Prevalência de esquemas completos entre os Agentes Comunitários de Saúde, Santo Antônio de Jesus, BA, 2011. (n=118).

Para esquema vacinal completo foi considerado a situação vacinal em que se encontravam os ACS que receberam a quantidade de doses necessárias e determinadas pelo PNI para cada imunobiológico.

As vacinas que protegem contra Hepatite b e a vacina adsorvida da difteria e tétano necessitam de 3 doses para ter esquema completo, para a Tríplice Viral o esquema é dose única e para FA uma dose de reforço deve ser recebida a cada dez anos.

Sobre o gráfico 2, observa-se que apenas 19,5% de todos ACS entrevistados (121) estão com todo o cartão vacinal do adulto regularizado, ou seja, a situação vacinal completa, pois todos esses indivíduos receberam todas as doses/dose necessárias para hepatite B, dT, FA e SRC.

Em contrapartida, 80,5% estão com esquema vacinal incompleto e 4,2% dos trabalhadores adultos não possuem nenhuma dose para os imunos propostos pelo PNI para o cartão vacinal do adulto estando, dessa forma, expostos a doenças imunopreveníveis e sendo foco transmissor.

O PNI apesar de efetivo, oferta considerável custo ao sistema de saúde, mas não são tão caros quando comparados com os custos de tratamento de cada doença prevenível por vacina. A vacinação é considerada uma forma econômica de manter adultos saudáveis e nesta estimativa podemos incluir todos os demais custos das doenças, que vão desde o valor do trabalho perdido até os custos das vidas que perecem por doença imunoprevenível (OLIVEIRA, 2002).

É notório os inúmeros benefícios dos programas de imunização. No entanto, observa-se por parte da população o descrédito, ainda hoje, da garantia de prevenção de doenças mediante a ação de imunizar-se. Os indivíduos precisam ser melhor orientados para esta prática, visto que a promoção do auto-cuidado que pode ser discutido até mesmo no ambiente de trabalho. A baixa completude dos esquemas vacinais aqui reveladas pode refletir a realidade da população adulta alocada em outros postos de trabalho. Percebe-se assim que existem ACS que se quer iniciaram seus esquemas vacinais para os imunobiológicos garantidos gratuitamente, e que apesar do princípio da universalização, na lei orgânica do SUS, uns tens seus esquemas vacinais completos e outros não.

É importante destacar ainda que a proteção específica para aos profissionais de saúde e os programas de imunização para doenças de potencial transmissão na prática profissional vêm sendo desenvolvidos (BRASIL, 2006). A NR-32 fixa a obrigatoriedade de o empregador disponibilizar todas as vacinas registradas no país que possam, segundo critérios de exposição

a riscos, estar indicadas para o trabalhador e estabelecidas no Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) (FEIJO; SAFADI, 2006).

5.6. Características sociodemográficas e esquema de vacinação completo

Tabela 4: Características sociodemográficas e esquema completo e incompleto para as quatro vacinas previstas pelo PNI entre os ACS, Santo Antônio de Jesus, BA, 2011.

Variável	Esquema Completo		Esquema incompleto	
	N	%	N	%
Situação vacinal nos ACS	23	19,5%	95	80,5%
Sexo (118)				
Feminino	22	21,0%	83	79,0%
Masculino	1	7,7%	12	92,3%
Idade				
até 40 anos	16	20,3%	63	79,7%
> de 40 anos	7	17,9%	32	82,1%
Raça				
Pardo	10	18,9%	43	81,1%
Não pardo	13	20,0%	52	80,0%
Escolaridade				
Com ensino superior	6	24,0%	19	76,0%
Sem ensino superior	7	18,5%	75	81,5%
Possui filhos				
Sim	15	17,2%	72	82,8%
Não	7	23,3%	23	76,7%
Situação Conjugal				
Com relação conjugal	15	20,5%	58	79,5%
Sem relação conjugal	8	17,8%	37	82,2%

Sobre a tabela 4, pode-se constatar que dos 121 participantes da pesquisa, apenas 19,5% possuía, naquele momento, esquema completo para as vacinas: dT, hepatite b, tríplice viral e febre amarela. Com relação as vacinas recebidas, foi considerada a informação verbal devido a indisponibilidade dos cartões de vacina dos trabalhadores adultos.

No que concerne a variável sobre sexo observou-se que 21,0% das mulheres tinham o esquema completo para os imunos, já os homens apresentaram 92,3% de incompletude no esquema vacinal do adulto. Diversos estudos mostram a maior prevalência de vacinação e

completude de esquema em mulheres, isso porque as mulheres tem dupla indicação sugerida uma na fase adulta e a outra, quando necessário, no período gestacional. Além disso, tradicionalmente, as mulheres procuram auxílio médico muito mais do que os homens. Essa tendência se confirma anualmente, pois o número de mulheres vacinadas e com esquema completo supera o de homens em todos os estados do país (BRASIL, 2009; ARAÚJO, 2006).

Com relação a variável idade, notou-se que indivíduos com idade superior a 40 anos possuíam maior prevalência de incompletude dos esquemas vacinais (82,1%). Em Minas Gerais, em um estudo realizado sobre o tétano acidental em trabalhadores em 2009, observou-se que a susceptibilidade à doença aumenta com a idade, e é maior entre os indivíduos menos favorecidos economicamente. O autor afirma que: “é preciso refletir sobre as ações de vigilância em saúde no que condiz com a imunização da população contra o tétano e outras doenças imunopreveníveis, sem distinção de idade” (OLIVEIRA *et al*, 2009). Percebe-se a importância que é preciso dar aos esquemas que precisam ser completados, independente da idade do indivíduo.

Com relação a cor da pele autoreferida o grupo foi dicotomizado entre pardos e não pardos. O grupo de pardos apresentou maior prevalência de esquema incompleto (81,1%) já no grupo de não pardos a prevalência de esquemas vacinais ainda não iniciados foram menores do que no grupo de pardos (80,0%). Essa variável corrobora com a meta de alcance do plano nacional de saúde do Brasil onde estabelece que, deverão ser mantidos esforços destinados ao alcance e manutenção de altas coberturas vacinais; ampliar entre 2012 e 2015 a cobertura vacinal para 80% da população indígena até 2015, conforme o calendário de imunização; outro desafio para o período será garantir a homogeneidade das coberturas vacinais em todo o território nacional, com altas taxas de cobertura em todos os municípios, independentemente do quesito raça/cor (BRASIL, 2011c).

No que tange a escolaridade, sabe-se que esta variável está relacionada, quase sempre, as questões de acesso às ações públicas em saúde. Garcia e Facchini (2008) na análise ajustada de seu estudo identificaram que os trabalhadores com ensino médio completo ou superior incompleto e os trabalhadores com ensino superior completo ou pós-graduação apresentaram chances 18% e 50% maiores, respectivamente, de ter realizado o esquema vacinal contra hepatite B em relação aos trabalhadores com escolaridade até o ensino médio completo. Assunção *et al* (2012) também revelou que a prevalência de vacinação diminuiu com a redução do nível de escolaridade, variando de 91,9% para o ensino superior/pós-graduação a 74,7% no nível de ensino fundamental. A proporção de não vacinados foi 3,1 vezes maior no segundo grupo comparado ao primeiro.

Este estudo revela que dos ACS que não possuem ensino superior (18,5%) obtêm esquema vacinal completo, e os que possuem ensino superior (24,4%) obtêm esquema vacinal completo. Esse dado corrobora com Silva et al (1996), onde observou a menor prevalência da vacinação entre trabalhadores de serviços gerais, relacionada à baixa escolaridade da categoria, e maior prevalência da vacinação nas ocupações com maior grau de escolaridade.

Garcia e Facchini (2008) ainda sinalizam que a prevalência da vacinação foi significativamente menor entre os trabalhadores com formas de contratação mais precárias o que poderiam se associar com uma deterioração da saúde do trabalhador em termos de acidentes, risco de doença, exposições perigosas e desconhecimento sobre segurança e saúde ocupacional. Assunção *et al* (2012) ainda reforça que o nível de escolaridade, geralmente mais baixo entre os trabalhadores de serviços gerais, pode estar associado à menor taxa de vacinação.

Buscou-se analisar também a relação existente entre possuir filhos e manter estado vacinal adequado. No entanto, constatou-se baixas prevalências para esquema vacinal completo entre os trabalhadores com filhos (17,2%) e sem filhos (23,3%). O Ministério da Saúde prevê que nos municípios onde atuam as equipes dos programas de saúde da família e de agentes comunitários de saúde, deve ser feito um trabalho articulado para a mobilização de toda a população, para o encaminhamento e execução da vacinação não apenas para crianças. A visita domiciliar deve ser instrumento para avaliação das condições de vida da família e até mesmo acompanhamento da situação vacinal, não apenas das crianças, mas de toda família (BRASIL, 2001).

A respeito da situação conjugal alguns estudos revelam que trabalhadores sem companheiro apresentaram menores prevalências de vacinação. Em Minas Gerais, notou-se que 88,5% dos trabalhadores com companheiros já haviam sido apresentados a vacinação para hepatite B, em contrapartida para aqueles sem companheiros, 18,8% dos profissionais encontram-se no grupo que ainda não iniciou esquema para a mesma vacina (ASSUNÇÃO *et al*, 2012). Achado semelhante foi encontrado em trabalhadores de Santa Catarina, onde apenas 60,9% dos indivíduos sem companheiros haviam iniciado sua vacinação para hepatite B, já 66,7% dos indivíduos com companheiro afirmaram já terem iniciado o esquema (GARCIA; FACCHINI, 2008).

5.7 - Situação vacinal para hepatite b, entre os Agentes Comunitários de Saúde.

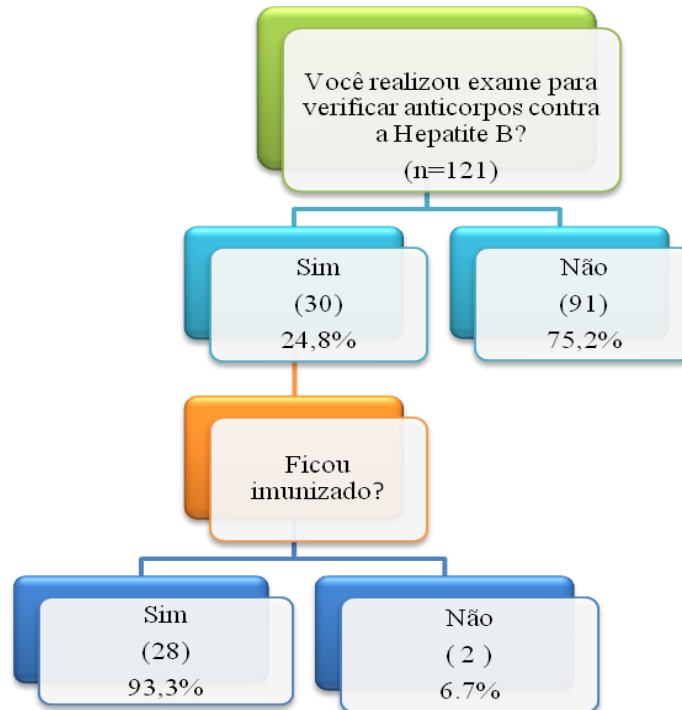


Figura 2- Fluxograma indicando os desfechos relacionados à vacinação para hepatite B entre os Agentes Comunitários de Saúde, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2011.

Na perspectiva de melhor visualização dos dados, optou-se em construir um fluxograma, com os dados referentes à vacinação contra hepatite b.

A partir da sua análise observou-se que do total de ACS entrevistados (121), 30 (24,8%) respondeu sim, para a pergunta: *Você realizou exame para verificar anticorpos contra hepatite B?* E 91 (75,2%) responderam que não haviam realizado sorologia para verificação de anticorpos.

Daqueles profissionais que responderam sim para realização de exame sorológico (Anti - HBs), 28 (93,3%) responderam que haviam desenvolvido anticorpos para o vírus da hepatite b e 2 (6,7%) responderam que não haviam sido imunizados. Estudos indicam que cerca de 5% da população que se vacina contra hepatite não evolui com produção de anticorpos suficientes para garantir proteção (CHÁVES, 2003).

A hepatite B é a doença ocupacional infecciosa mais importante para os trabalhadores da saúde, isso porque estes estão constantemente expostos a contatos percutâneos ou de mucosas ao sangue de indivíduos infectados pelo vírus da hepatite B (HBV) representando a principal fonte de transmissão ocupacional, já que quantidades diminutas de sangue são suficientes para transmitir a infecção.

Estima-se que, aproximadamente, dois bilhões de pessoas, um terço da população mundial, já tiveram contato com o HBV e 325 milhões se tornaram portadores crônicos. As infecções pelo HBV representam a décima causa de morte em todo o mundo e resultam em 500 mil a 1,2 milhão de mortes por ano, causadas por hepatite crônica, cirrose e carcinoma hepatocelular (GARCIA; FACCHINI, 2008).

O HBsAg, é o o primeiro marcador que aparece no curso da infecção pelo vírus da hepatite B aguda. O Anti-HBs é o anticorpo existente contra o antígeno de superfície do vírus da hepatite B. Ele é o único anticorpo que confere imunidade contra o vírus da hepatite B. Esse marcador está presente entre a primeira e a décima semana depois do desaparecimento do HBsAg. Os profissionais que não desenvolvem um nível de anticorpos adequado (anti-HBs > 10mUI/mL) após o esquema vacinal primário devem tomar uma quarta dose chamada de Dose Booster. Quando não há resposta adequada, após o primeiro esquema vacinal, grande parte dos indivíduos responderá à repetição do esquema (BRASIL, 2008c).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta pesquisa, de caráter censitário, contou com a colaboração de 121 Agentes Comunitários de Saúde. Compreender as relações estabelecidas exigiu conhecer melhor nosso objeto de pesquisa o ACS. Para isso foi estabelecido suporte teórico tais como: conhecer a história e princípios da imunização no Brasil, processo e divisão do trabalho e como o ACS está inserido na dicotomia entre agente que presta serviço e membro da comunidade, para em seguida analisar perfis conforme variável escolhida.

O estudo contou com vieses de falsa resposta e memória. Logo os resultados e prevalências, principalmente relacionadas a vacinação, podem ter sido superestimados, uma vez que tendenciosamente a população em foco, relata respostas positivas para comportamentos considerados aceitáveis, como é o ato de imunizar-se.

Com relação às vacinas recebidas, foi considerada a informação verbal. Uma vez que algumas vacinas necessitam de mais de uma dose para imunizar-se, esse fator pode ter corroborado para auxiliar na recordação do ato de imunizar-se.

Sobre a variável sexo, 89,3% esteve representado pelo sexo feminino, enquanto 10,7% ficou representado pelo sexo masculino, demonstrando, assim como em muitos estudos, a predominância das mulheres entre a categoria profissional do ACS. No quesito faixa etária a maior predominância entre a faixa etária de 31 a 40 anos (52,1%). O Ministério da Saúde preconiza que um ACS tenha idade acima de 18 anos, mas não estabelece um limite máximo (BRASIL, 2001). Outro dado relevante foi em relação a escolaridade, pois observou-se que 22,5% dos ACS possuem ensino superior completo ou incompleto, mostrando que os mesmos não estão estagnados na exigência preconizada, em se obter apenas o ensino fundamental completo, mas sim buscando qualificação e avanço acadêmico.

No que concerne a variável existência de EPI's a sua disposição, 58,7% referiram a não existência de EPI's, observa-se assim que estes profissionais se expõem a situações de risco, as quais se agravam quando o esquema vacinal preconizado não é obedecido.

O presente estudo apesar de não apresentar a cobertura vacinal dos trabalhadores, revelou a distribuição das prevalências de vacinação por imunobiológico e evidenciou que a vacina para dT foi a mais recebida pelo trabalhadores, seguida da vacina para a Febre Amarela, hepatite B e, por fim da Tríplice Viral.

Com relação ao esquema vacinal completo para todas as vacinas previstas no cartão do adulto, evidencia-se que apenas 19,5% de todos ACS entrevistados (121) estão com todo o cartão vacinal do adulto regularizado. É importante destacar este dado, porque estes

profissionais são responsáveis pela fiscalização do cartão vacinal da gestante e da criança, e em muitos momentos fiscaliza o cartão vacinal dos membros da família. E observa-se através do dado que este não se atém a manter completo seu esquema vacinal.

O estudo revelou que dos 121 ACS, que receberam a vacina contra a hepatite B, apenas 79 (71,8%) tinha completado o esquema. Desses que completaram esquemas, quando perguntados se haviam realizado exame sorológico apenas 28 (24,1%) responderam sim e quando perguntados se o teste sorológico havia apontado que estes estavam imunizados 100% responderam que estavam.

A situação apontada no presente estudo, com relação ao número de doses completas para hepatite B e grande parte dos vacinados não conhecendo seu estado sorológico frente à hepatite B, é preocupante. Fica evidente a necessidade de capacitação dos trabalhadores da atenção básica quanto à biossegurança, saúde e segurança no trabalho, incluindo esclarecimentos acerca dos benefícios da vacinação contra a hepatite B e a respeito da necessidade do monitoramento da resposta vacinal. O SUS necessita de políticas que valorizem as condições de trabalho e saúde dos trabalhadores. Também há necessidade de programas de educação permanente para os trabalhadores da atenção básica à saúde direcionados à organização, à saúde e à segurança do trabalho.

Considerando-se que a ESF possui um enfoque no cuidado, no acolhimento, no vínculo e na resolutividade, pode-se inferir que existe necessidade de se desenvolver uma política pautada na abordagem dos riscos em não estar com esquema vacinal atualizado e desta forma, garantir a implementação de ações de promoção à saúde dentro da perspectiva da educação permanente, além da efetiva implementação de medidas de proteção específica, como importância de se manter o cartão vacinal atualizado, uso de imunobiológicos e de equipamentos de proteção individual e coletiva em todas as USF por todos os profissionais.

A realização desta pesquisa com Agentes Comunitários de Saúde foi bastante enriquecedora, uma vez que o estudo oportunizou o alcance dos objetivos propostos, pois foi possível, não apenas, conhecer a situação vacinal dos ACS, mas relacioná-lo com questões demográficas, sociais e culturais, econômicas e ainda reconhecer aqueles que conhecem a realidade imunológica a partir da realização de exame sorológico para hepatite B.

Na tentativa de melhorar essa situação, esses dados serão apresentados a população de estudo, será apresentado em Congressos Nacionais ou Internacionais, será encaminhado ao CIES e a Secretária Municipal de Saúde do município, no sentido de provocar a reflexão desses trabalhadores da saúde no autocuidado e nas práticas de prevenção que os mesmos deveriam instituir para a comunidade com base no seu próprio exemplo.

REFERENCIAS

ARAÚJO, T.M.E et al. Cobertura vacinal de profissionais de saúde no Piauí. **Esc Anna Nery R Enferm**, v. 10 n. 1, p. 95- 100, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-1452006000100012&script=sci_arttext. Acesso em: 04 agost. 2013

ASSUNCAO, A.Á; ARAUJO, T.M de; RIBEIRO, R.B.N. Vacinação contra hepatite B e exposição ocupacional no setor saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Rev. Saúde Pública** [online]. v.46, n.4, p. 665-673, Jun, 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012005000042&script=sci_arttext. Acesso em: 20 agost. 2013.

AVILA, MM.M. **O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2011, vol.16, n.1, pp. 349-360. ISSN 1413-8123.

BEZERRA, A.F.B.; ESPIRITO SANTO, A.C.G.; BATISTA FILHO, M. Concepções e práticas do agente comunitário na atenção à saúde do idoso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102005000500017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em:06 Agosto. 2013.

BORNSTEIN, V.J.; DAVID, H.M.S.L.; ARAÚJO, J.W.G. Agentes comunitários de saúde:a reconstrução do conceito de risco no nível local.**Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14,n.32, p.93-101, jan./mar. 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Ministério da Saúde: Brasília: CNS, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Procedimentos para Vacinação** Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/manu_proced_vac.pdf. Acesso em: 13 abr. 2012a.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica.Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso / Ministério da Saúde,Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. –8. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.444 p. : Il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)ISBN

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do Agente Comunitário de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível

em: <http://www.pmf.pr.gov.br/Concurso/Arquivos/O_trabalho_do_ACS.pdf>. Acesso em: 04 agost. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. **Manual de procedimentos para vacinação**. Brasília: FUNASA, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Vacinação. Brasília. Centro de documentação. 1984. 68p. (Série A: normas e manuais técnicos; 15).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. A, B, C, D, E de hepatites para comunicadores / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. 24 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) ISBN 85-334-1012-3

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias : guia de bolso**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. 2010B

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos centros de referência para imunobiológicos especiais**. Brasília (DF): Ministério da Saúde. 2006 188p.

_____. Ministério do trabalho. **Os riscos biológicos no âmbito da Norma Regulamentadora nº. 32**. Brasília: Guia Técnico, 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2008b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites Virais: O Brasil está atento – 3ºed**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Hepatites virais no Brasil: situação, ações e agenda**. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2011b.

CHÁVEZ, J.H; CAMPANA, S.G; HAAS P. Panorama da hepatite B no Brasil e no Estado de Santa Catarina. **Rev Panam Salud Publica**, Santa Catarina, v.14, n. 2, p. 91-96, 2003.

FEIJÓ RB, SÁFADI MAP. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. *J Pediatr* [Internet]. 2006 [cited 2010 May 20];82(3):1-3. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000400001.

FILHO, N.A; BARRETO, M.L. **Epidemiologia e Saude: fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koongan, 2011.

FUNASA. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Procedimentos de Vacinação. 4 ed. Brasília, 2001.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GARCIA, Leila Posenato and FACCHINI, Luiz Augusto. **Vacinação contra a hepatite B entre trabalhadores da atenção básica à saúde.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.5, pp. 1130-1140. ISSN 0102-311X.

GOLDIM, J. R. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2. ed. rev., ampl. Porto Alegre, RS: Dacasa, 2000.

GUIMARAES, T.M.R; ALVES, J.G.--B; TAVARES, M.M.F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, Apr. 2009 .

GUIMARÃES, R.M, et al. Fatores ergonômicos de risco e de proteção contra acidentes de trabalho: um estudo de caso controle. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v.8, n. 3, p. 282-94, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2005000300010&script=sci_arttext. Acesso em: 26 agost. 2013.

HOCHMAN, G. Vacinação, varíola e uma cultura da imunização no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 2, p. 375-386, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000200002. Acesso em: 18 set. 2013.

LIMA, C.M.F. Fatores associados à vacinação contra gripe em idosos na região metropolitana de Belo Horizonte. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.42, n. 01, p. 100-7, 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102008000100013&script=sci_arttext. Acesso em 20 agost. 2013.

MALTA, R.F; MISHIMA, S.M; ALMEIDA, M.C.P. de e PEREIRA, M.J.B. **A utilização do inquérito domiciliar como instrumento de acompanhamento de ações de saúde em microáreas : analisando a situação vacinal de menores de um ano.** *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2002, vol.10, n.1, pp. 28-33. ISSN 0104-1169.

MARQUEZE, E.C; MORENO, C.R.C. Satisfação no trabalho e capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 14, n. 1, Mar. 2009.

MARX, K. O Capital. 14.ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MERHY, E. E. & CHAKKOUR, M. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOLINA, et al. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo - DOI: 10.4025/actascihealthsci.1077. *Acta Scientiarum. Health Science*, Brasil, 29 mar. 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/view/1077/532>>.

MORAES, J.C, et al. Desigualdades sociais e cobertura vacinal. **Rev Bras Epidemiol**, Rio de Janeiro, v. 11, supl. 1, p. 113-24, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11s1/10.pdf>. Acesso em: 07 jun. 2013.

MOURA, M. L. S.; FERREIRA, M. C. Projetos de pesquisa: elaboração, redação e apresentação. Rio de Janeiro. Editora EDUERJ, 2005.

OLIVEIRA, B.R.G.de; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev.latino-am.enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, janeiro, 2001.

OLIVEIRA, M.S. Imunização necessária. In: REVISTA PROTEÇÃO, Novo Hamburgo, n. 59, 2002.

OLIVEIRA, V.C, et al. Situação vacinal contra o tétano em trabalhadores da Empresa Municipal de Obras Públicas do Município de Divinópolis, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.21, n.3, p. 497-504, 2012.

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**, Fortaleza, v. 12, n. 1, p. 104-10, 2011.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIBEIRO JGL. Necessidade de adoção de uma política específica de imunização para acadêmicos de medicina: a situação da Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2002. 60p.

ROUQUAYROL, M.Z; FAÇANHA, M.C; VERAS, F.M.F. **Aspectos epidemiológicos das doenças transmissíveis**. In: Roquayrol MZ, Almeida NF, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medice; 2003. p. 229-286.

SILVEIRA, Y. M. S.C; RAMIRES, J. C. L; SILVA, T. P. da . Estratégia de saúde da família: cultura e saúde na construção de um novo modelo de atenção básica no bairro morrinhos em Montes Claros – Minas Gerais/ Brasil. Revista Geográfica de América Central. Número Especial EGAL, 2011- Costa Rica II Semestre 2011 pp. 1-17. Disponível em: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/geografica/article/view/2775>. Acessado em: 29 de março de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES – SBIm. Atualização em vacinação ocupacional, 2012. Disponível em: http://www.sbim.org.br/wpcontent/uploads/2012/07/Ocupacional_2012.pdf. Acessado em 09 de março de 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES – SBIm. Imunização e Prevenção nas Empresas - Um Guia de Orientação para a Saúde dos Negócios e do Trabalhador Rio de Janeiro, 2006.

TAUIL, P.L. Aspectos críticos do controle da febre amarela no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 3, junho, 2010.

TEMPORÃO, J.G. O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**. Vol.10, n.2. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702003000500008&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 de jan de 2013.

TOLEDO, A.D; OLIVEIRA, A.C. Situação vacinal e sorológica - Hepatite B. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 95-100, 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**, Rio de Janeiro, v. 24, supl.1, p. 193-201, 2008.

VIRGOLINO J. P. B et al. Caracterização vacinal de enfermeiros na Atenção Básica de Saúde. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.7.n.6. p. 4521-20, jun, 2013. Disponível em:<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/3318>. Acesso: 14 set. 2013.

SOLLA, J. J. S. P. et al. O PACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, v. 5, n. 51, p. 4-15, 1996.

WAIDMAN, M. A. P; COSTA, B. da; PAIANO, M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, Oct. 2012 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342012000500019&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Apr. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000500019>.

Anexo A: Instrumento de coleta de dados.

Início:	Horas	min
Final:	Horas	Min

Número do
Questionário
PROFISSIONAIS DA SAÚDE**PESQUISA SOBRE CONDIÇÕES DE SAÚDE E TRABALHO.**

Este questionário é individual e confidencial. Por favor, é fundamental que você responda a todas as perguntas, pois a ausência de uma resposta pode invalidar sua avaliação. Suas respostas deverão refletir sua realidade, como você entende e vivencia seu trabalho. Assim, solicitamos que não troque idéias com os colegas antes de responder este questionário.

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO GERAL
INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Sexo: 1() Feminino() Masculino	2. Idade: _____anos	3. Tem filhos? 1()sim() não Quantos filhos: _____
4. Situação conjugal: 1() Solteiro (a) 2() Casado(a) 3() União consensual, união estável 4() Viúvo/a 5() Divorciado(a)/separado(a)/desquitado(a)		
5. Na escola, qual o último nível de ensino e a última série /grau que concluiu? 1() Ensino fundamental – Última série concluída: _____ série. Ensino Médio –Série: 2() 1º ano 3() 2º ano 4() 3º ano Técnico 5() <i>Qual curso?</i> [ANOTAR] _____ Ensino Superior6() Completo 7() Incompleto <i>Qual curso?</i> [ANOTAR] _____ 8() Especialização 9() Mestrado 10() Doutorado		
6. Dentre as alternativas abaixo, como você classificaria a cor da sua pele? 1() branca 2() amarela (oriental) 3() parda 4() origem indígena 5() preta 6() não sabe		

BLOCO II - INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O SEU TRABALHO

1. Coloque o código correspondente ao cargo que você ocupa. CÓD. _____
2. Há quanto tempo você trabalha no serviço público? _____ anos ____ meses
3. Há quanto tempo você trabalha na unidade atual? _____ anos ____ meses
4. Você fez algum treinamento institucional para exercer sua função atual? () Sim () Não
Se SIM, por favor, especifique qual _____

5. Seu vínculo de trabalho atual é:

- 1() municipal com concurso
- 2() municipalizado. *Qual vínculo?*[ANOTAR] _____
- 3() contratado sem concurso
- 4() estagiário

6. Exerce cargo de:

- 1() Nível elementar
- 2() Nível médio
- 3() Nível superior
- 4() Estagiário ensino superior
- 5() Estagiário ensino médio

7. Seu regime de trabalho é:

- 1() Diurno
- 2() Noturno
- 3() Diurno em Regime de plantão
- 4() Noturno em Regime de plantão

8. Qual a sua jornada real **neste trabalho** no município?

- 1() jornada semanal 8 horas
- 2() jornada semanal 10 horas
- 3() jornada semanal 12 horas
- 4() jornada semanal 20 horas
- 5() jornada semanal 24 horas
- 6() jornada semanal 30 horas
- 7() jornada semanal 36 horas
- 8() jornada semanal 40 horas
- 9() jornada semanal 44 horas

9. Você possui outro trabalho?

- 1() Sim, na Prefeitura de BH
- 2() Sim, em outra Prefeitura
- 3() Sim, no Estado
- 4() Sim, no nível Federal
- 5() Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada com carteira assinada.
- 6() Sim, tenho outro emprego na iniciativa privada sem carteira assinada.
- 7() Sim, tenho outro trabalho por conta própria
- 8() Não, não tenho outro trabalho

10. Qual a sua jornada total de trabalho ao longo da semana, considerando **todas** as suas atividades que geram renda? _____ horas semanais.

BLOCO III - SOBRE O SEU AMBIENTE DE TRABALHO

1. Em geral, a ventilação do seu local de trabalho é:

- 2() Precária
 1() Razoável
 0() Satisfatória

2. Em geral, a temperatura do seu local de trabalho é:

- 2() Precária
 1() Razoável
 0() Satisfatória

3. Em geral, a iluminação em seu local de trabalho é:

- 2() Precária
 1() Razoável
 0() Satisfatória

4. Em geral, você considera as cadeiras e mesas do seu local de trabalho:

- 2() Precária
 1() Razoável
 0() Satisfatória

5. Em geral, os recursos técnicos e equipamentos do seu local de trabalho são:

- 2() Precários
 1() Razoáveis
 0() Satisfatórios

6. No seu setor, existem equipamentos de proteção individual à sua disposição?

- 0() sim 1() não 2() não sei o que é isso

Quais são eles? [ANOTAR] _____

7. Você utiliza estes equipamentos? 0() sim 1() não 2() Não se aplica

Em caso afirmativo, qual(is)? _____

8. A relação entre as exigências de suas tarefas e os recursos disponíveis para sua realização é:

- 0() Boa 1() Regular 2() Ruim 3() Muito ruim

9. Você entra em contato com materiais biológicos, como sangue, fezes, urina, saliva, líquido amniótico etc?

- 0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

10. Você entra em contato com radiação ionizante (raio X, tomografia, radioterapia, radiofármacos)?

- 0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

11. Você entra em contato com gases anestésicos?

- 0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

12. Você entra em contato com anti-sépticos, como PVP-I, álcool iodado, clorexidine, álcool etílico a 70%?

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

13. Você entra em contato com agentes citóxicos (quimioterápicos)?

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

14. Você prepara e/ou administra medicamentos?

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

15. Durante seu horário de trabalho, você adota posturas que podem gerar dores ou desconforto muscular no trabalho ou fora do trabalho:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

16. Seu trabalho exige que você fique em pé por muito tempo:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

17. Seu trabalho exige que você fique sentado por muito tempo:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

18. Seu trabalho exige que você ande muito:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

19. Seu trabalho exige que você levante, carregue ou empurre peso excessivo:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

20. Seu trabalho exige que você ajude o paciente a se movimentar ou levantar:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

21. Você fica sem fazer pausas durante a jornada:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

22. Você trabalha em rodízio de turnos:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

23. Você trabalha no turno noturno:

0() Nunca 1() Raramente 2() Às vezes 3() Sempre

24. Em geral, o ruído originado no seu local de trabalho é:

0() Desprezível 1() Razoável 2() Elevado 3() Insuportável

25. Em geral, o ruído originado fora do seu local de trabalho é:

0() Desprezível 1() Razoável 2() Elevado 3() Insuportável

26. Já tomou a vacina contra Febre Amarela? 0() Não 1() Sim 2() Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, há quanto tempo? 1() Menos de 10 anos 2() Mais de 10 anos

27. Já tomou a vacina anti-rábica? ₀() Sim ₁() Não ₂() Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu:

₁() 1 dose ₂() 2 doses ₃() 3 doses ₄() Não sei/não me lembro

28. Já tomou a vacina contra Hepatite B? ₀() Sim ₁() Não ₂() Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu: ₁() 1 dose ₂() 2 doses ₃() 3 doses

29. Já tomou a vacina contra Rubéola, Sarampo e Caxumba (tríplice viral)?

₀() Sim ₁() Não ₂() Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu: ₁() 1 dose ₀() 2 doses

30. Já tomou a vacina contra Tétano? ₀() Sim ₁() Não ₂() Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu?

₂() menos de 3 doses ₁() 3 doses ou mais, sendo a última há mais de 10 anos
₀() 3 doses ou mais, sendo a última há menos de 10 anos

31. Já tomou a vacina contra tuberculose (BCG)?

₀() Sim ₁() Não ₂() Não sei/não me lembro

32. Já tomou a vacina contra Varicela?

₀() Sim ₁() Não ₂() Não sei/não me lembro

Em caso afirmativo, você recebeu: ₁() 1 dose ₂() 2 doses

33. No setor onde você trabalha existe:

Recursos	Sim ₀	Não ₁	Recursos	Sim ₀	Não ₁
Recursos materiais suficiente para realizar as tarefas			Sala de descanso		
Tempo disponível para você se alimentar			Acesso a sanitários para os trabalhadores no local de trabalho		
Lanche oferecido pelo empregador no local de trabalho			Escaninhos para guardar pertences		
Copa/refeitório					

34 – No caso de não existir copa ou refeitório, três ou mais vezes por semana você almoça ou janta:

- 1() Em casa
- 2() No próprio local de trabalho em condições confortáveis
- 3() No próprio local de trabalho em condições desconfortáveis
- 4() Em restaurantes ou lanchonetes próximos ao seu local de trabalho
- 5() Em restaurantes ou lanchonetes distantes do seu local de trabalho
- 6() não se aplica

BLOCO IV - CARACTERÍSTICAS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO

Para as questões abaixo assinale a resposta que melhor corresponda a sua situação de trabalho. Às vezes nenhuma das opções de resposta corresponde exatamente a sua situação; neste caso, escolha aquela que mais se aproxima de sua realidade.

<p>Meu trabalho requer que eu aprenda coisas novas.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Meu trabalho envolve muita repetitividade.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Meu trabalho requer que eu seja criativo.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Meu trabalho permite que eu tome muitas decisões por minha própria conta</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Meu trabalho exige um alto nível de habilidade.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Em meu trabalho, eu tenho pouca liberdade para decidir como eu devo fazê-lo.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Em meu trabalho, posso fazer muitas coisas diferentes.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>O que tenho a dizer sobre o que acontece no meu trabalho é considerado.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>No meu trabalho, eu tenho oportunidade de desenvolver minhas habilidades especiais.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Meu trabalho requer que eu trabalhe muito rapidamente.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>
<p>Meu trabalho requer que eu trabalhe muito duro.</p> <p>1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente</p>

Meu trabalho exige muito esforço físico.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Eu não sou solicitado para realizar um volume excessivo de trabalho.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
O tempo para realização das minhas tarefas é suficiente.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Meu trabalho exige atividade física rápida e contínua.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Algumas demandas que eu tenho que atender no meu trabalho estão em conflito umas com as outras.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Eu freqüentemente trabalho durante o meu almoço ou durante as pausas para terminar meu trabalho.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente e
Meu trabalho me exige muito emocionalmente.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Em meu trabalho, eu preciso suprimir minhas verdadeiras emoções.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Meu chefe/coordenador preocupa-se com o bem-estar de sua equipe de trabalho. 8() não tenho supervisor
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Meu supervisor me trata com respeito 8() não tenho supervisor
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Meu chefe/coordenador me ajuda a fazer meu trabalho. 8() não tenho supervisor
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Meu chefe/coordenador é bem sucedido em promover o trabalho em equipe. 8() não tenho supervisor
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
As pessoas no meu trabalho são amigáveis.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
As pessoas com quem trabalho ajudam-se umas às outras a fazer o trabalho.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
As pessoas com quem eu trabalho interessam-se pelo que acontece comigo.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Eu sou tratado/a com respeito pelos meus colegas de trabalho
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente
Existe um sentimento de união entre as pessoas com quem eu trabalho.
1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

Meu grupo de trabalho toma decisões democraticamente.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

Minhas possibilidades de desenvolvimento na carreira e de promoções são boas.

1() Discordo fortemente 2() Discordo 3() Concordo 4() Concordo fortemente

Por favor, assinale até que ponto você *concorda* ou *discorda* das afirmativas abaixo. Agradecemos por responder a todas as afirmativas.

No trabalho, eu me sinto facilmente sufocado pela pressão do tempo.

1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo
Totalmente

Assim, que acordo pela manhã, já começo a pensar nos problemas do trabalho.

1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo
Totalmente

Quando chego em casa, eu consigo relaxar e “me desligar” facilmente do meu trabalho.

1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo
Totalmente

As pessoas íntimas dizem que eu me sacrifico muito por causa do meu trabalho.

1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo
Totalmente

O trabalho não me deixa; ele ainda está na minha cabeça quando vou dormir.

1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo
Totalmente

Não consigo dormir direito se eu adiar alguma tarefa de trabalho que deveria ter feito hoje.

1 Discordo Totalmente 2 Discordo 3 Concordo 4 Concordo
Totalmente

No trabalho, levando em conta todo o meu esforço e conquistas, eu recebo o respeito e o reconhecimento que mereço.

1() Concordo

2() Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado

3 estressado 4 muito estressado

Minhas chances futuras no trabalho estão de acordo com meu esforço e conquistas.

1() Concordo

2() Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado

3 estressado 4 muito estressado

Levando em conta todo o meu esforço e conquistas, meu salário/renda é adequado.

1() Concordo

2() Discordo → E com isso, eu fico: 1 nem um pouco estressado 2 um pouco estressado

3 estressado 4 muito estressado

Você está satisfeito(a) com o seu trabalho?

1() Não estou satisfeito(a) de forma nenhuma 2() Não estou satisfeito(a)

3() Estou satisfeito(a) 4() Estou muito satisfeito(a)

Você se candidataria ao seu emprego novamente?

1() Sim, sem hesitação 2() Sim, depois de refletir sobre isto 3() Definitivamente não

BLOCO V- ATIVIDADES DOMÉSTICAS E HÁBITOS DE VIDA

Abaixo estão listadas algumas tarefas da casa (atividades domésticas)

Contando com você, quantas pessoas vivem na sua casa? _____

Quais as atividades domésticas, listadas abaixo, que você faz?

ATIVIDADE	0 Não	1 Sim	8 Não se aplica	
1. Cuidar das crianças?				Você é o/a principal responsável pelas atividades domésticas na sua casa? 0() Sim 1() Não
2. Cuidar da limpeza?			-----	
3. Cozinhar?			-----	Nas últimas duas semanas , você realizou atividades domésticas? 1. () Todos os dias da semana 2. () Três ou mais dias na semana 3. () Um ou dois dias na semana 4. () Apenas no final de semana 5. () Não realizou atividades domésticas
4. Lavar roupa?			-----	
5. Passar roupa?			-----	
6. Feira/ supermercado			-----	
7. Levar filho à escola	NÃO			
8. Pequenos consertos			-----	
9. Cuidar de idosos ou de pessoas doentes				

10. Você participa de atividades regulares de lazer?

1() sim 0() não

Se SIM: De qual tipo de atividade?

1() Atividades culturais (**cinema, teatro, exposição**)

2() Atividades Sociais (**visita amigos, festa, barzinho**)

3() Físicas (**caminhadas, exercícios, prática de esportes etc**)

Com que frequência você realiza as **atividades físicas**?

3() Nunca 2() 1 a 2 vezes por semana 1() 3 ou mais vezes por semana

11. Considerando como fumante quem já fumou pelo menos 100 cigarros, ou 5 maços, você se classifica como:

0() não fumante 1() ex-fumante 2() fumante atual

12. Alguma vez sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber?

1() sim 0() não

13. As pessoas o(a) aborrecem porque criticam o seu modo de beber?

1() sim 0() não

14. Sente-se aborrecido consigo mesmo (a) pela maneira como costuma beber?

1() sim 0() não

15. Costuma beber pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca?

1() sim 0() não

16. Atualmente, você está fazendo uso de medicamento prescrito por médico para (marque quantas opções forem necessárias):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hipertensão arterial | <input type="checkbox"/> alterações do sono |
| <input type="checkbox"/> depressão ou ansiedade | <input type="checkbox"/> outros |
| <input type="checkbox"/> reumatismo | <input type="checkbox"/> nenhum |
| <input type="checkbox"/> diabetes | |

BLOCO VI- QUALIDADE DE VIDA

Por favor, circule o número que lhe parece a melhor resposta

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem boa	Boa	Muito boa
Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

As questões abaixo abordam o **grau de satisfação** que você sente e sentiu a respeito de alguns aspectos de sua vida nas últimas **duas semanas**

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem insatisfeito, nem satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

BLOCO VII - ASPECTOS RELACIONADOS À SUA SAÚDE

AGORA FALAREMOS UM POUCO SOBRE A SUA SAÚDE ...

1. Você possui diagnóstico médico das doenças listadas abaixo?

Diabetes	1() sim	0() não	Tuberculose	1() sim	0() não
Colesterol alto	1() sim	0() não	Gastrite	1() sim	0() não
Obesidade	1() sim	0() não	Úlcera	1() sim	0() não
Pressão alta	1() sim	0() não	Hepatite	1() sim	0() não
Câncer	1() sim	0() não	Infecção urinária	1() sim	0() não
Cardiopatía	1() sim	0() não	LER/DORT	1() sim	0() não
Rinite/ sinusite	1() sim	0() não	Depressão	1() sim	0() não
Asma	1() sim	0() não	Distúrbios do sono	1() sim	0() não
Disfonia	1() sim	0() não	Lombalgia	1() sim	0() não

Outro(s)? [ANOTAR] _____

2. Abaixo estão listados alguns problemas de saúde. Se você não possui o problema, assinale **Nunca**. Se você **sente o problema**, assinale com que frequência que ele acontece.

Problema	Nunca⁰	Raramente¹	Pouco Frequente²	Frequente³	Muito Frequente⁴
Dor nos braços					
Dor nas pernas					
Dor nas costas					
Fadiga					
Problemas de pele					
Problemas digestivos					
Cansaço mental					
Nervosismo					
Esquecimento					
Sonolência					
Insônia					
Irritação					

3. Nas **duas últimas semanas**, você tem sentido cansaço para falar?

0() não 1() de vez em quando 2() diariamente

4. Nas **duas últimas semanas**, você percebe piora na qualidade de sua voz?

0() não 1() de vez em quando 2() diariamente

6. **Nos últimos 12 meses**, você faltou ao trabalho por problemas de saúde?

0() Não 1() Sim Se **SIM**, por qual motivo? _____

7. **Nos últimos 12 meses**, você teve licença médica ou foi afastado do trabalho?

0() Não 1() Sim Se **SIM**, por qual motivo? _____

7. Já teve alguma doença ocupacional ou profissional (diagnosticada por médico)?

1() Sim 0() Não

Em caso afirmativo, qual? _____

Há quanto tempo? _____ anos _____ meses

Houve emissão da CAT?

0() Sim 1() Não 3() Não sei o que é CAT

8. **Nos últimos 12 meses**, você sofreu algum acidente de trabalho que o colocou em contato direto com sangue, escarro ou outros líquidos corporais do paciente?

1() Sim 0() Não

Em caso afirmativo, qual tipo de líquido (s) corporal(is) _____

Houve emissão da CAT?

0() Sim 1() Não 2() Não sei o que é CAT

Você procurou obter a **Orientação para acidente de trabalho com exposição a material biológico de risco na rede municipal de saúde de Belo Horizonte?**

0() Sim

1() Não

2() Não tenho conhecimento da existência dessa **Orientação**

9. **Nos últimos 12 meses**, você sofreu outro tipo de acidente de trabalho ou acidente de trajeto? 1() Sim 0() Não

Em caso afirmativo, qual _____

*10. As próximas questões estão relacionadas a situações que você pode ter vivido nos últimos **30 DIAS**. Se você sentiu a situação descrita nos últimos **30 DIAS** responda **SIM**. Se você não sentiu a situação, responda **NÃO**. Se você está incerto sobre como responder uma questão, dê a melhor resposta que você puder.*

1 - Dorme mal?	1() Sim	0() não
2 - Tem má digestão?	1() Sim	0() não
3 - Tem falta de apetite?	1() Sim	0() não
4 - Tem tremores nas mãos?	1() Sim	0() não
5 - Assusta-se com facilidade?	1() Sim	0() não
6 - Você se cansa com facilidade?	1() Sim	0() não
7 - Sente-se cansado(a) o tempo todo?	1() Sim	0() não
8 - Tem se sentido triste ultimamente?	1() Sim	0() não
9 - Tem chorado mais do que de costume?	1() Sim	0() não
10 - Tem dores de cabeça frequentemente?	1() Sim	0() Não
11 - Tem tido idéia de acabar com a vida?	1() Sim	0() Não
12 - Tem dificuldade para tomar decisões?	1() Sim	0() Não
13 - Tem perdido o interesse pelas coisas?	1() Sim	0() Não
14 - Tem dificuldade de pensar com clareza?	1() Sim	0() Não
15 - Você se sente pessoa inútil em sua vida?	1() Sim	0() Não
16 - Tem sensações desagradáveis no estômago?	1() Sim	0() Não
17 - Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	1() Sim	0() Não
18 - É incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	1() Sim	0() Não
19 - Seu trabalho diário lhe causa sofrimento?	1() Sim	0() Não
20 - Encontra dificuldade de realizar, com satisfação, suas tarefas diárias?	1() Sim	0() Não

BLOCO VIII - ATOS DE VIOLÊNCIA – VITIMIZAÇÃO

Você sente sua segurança pessoal ameaçada no seu trabalho?

1() Sim 0() Não

Você sente-se ameaçado quanto à segurança de seus pertences e bens pessoais no trabalho? 1() Sim 0() Não

Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no seu local de trabalho, praticado por usuários do serviço de saúde?

0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência

Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça no trabalho, praticado por parentes, acompanhantes ou vizinhos do usuário do seu serviço de saúde?

0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência

Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a usuário dos serviços?

0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência

Nos últimos 12 meses, houve algum episódio de agressão ou ameaça praticado por seus chefes ou colegas de trabalho a outro colega de trabalho?

0() nunca 1() uma vez 2() algumas vezes 3() com frequência

Você já pensou em mudar o seu local de trabalho em função de episódios de agressão ou ameaça?

0() nunca pensei 1() já pensou algumas vezes 2() pensa com frequência

Esta seção trata de atos de violência **FORA** do trabalho dos quais você pode ter sido vítima nos últimos **12 meses**. Por favor, responda às seguintes questões:

1. Você sofreu alguma agressão nos últimos 12 meses? 1() Sim 0() Não

2. Se sim, quem praticou a agressão?

1() paciente/ usuário do serviço de saúde 2() esposo (a) 3() amigo (a) 4() pai

5() irmão (a) 6() mãe 7() filho (a) 8() vizinho (a) 9() desconhecido (a)

10() Outros. Especifique _____

3. Qual foi o tipo de agressão?

1() Física Especifique _____ 2() Psicológica

3() Sexual 4() Negligência 5() Atos de destruição 6() Xingamentos

7() Outros. Especifique _____

4. Você já foi vítima de algum acidente de trânsito nos últimos 12 meses? 1() Sim 0() Não

Qual seu vencimento **bruto** mensal relativo a **este trabalho**? R\$ _____

Se você desejar fazer algum comentário ou registro, por favor, utilize o espaço abaixo:

Muito Obrigado por sua colaboração!!



Anexo B: Termo de aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa.

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA / CEP-UEFS**

Av. Transnordestina, S/N – Novo Horizonte - Módulo I – 44.036-900 – Feira de Santana-BA
Fone: (75) 224-8124 E-mail: cep.uefs@yahoo.com.br

Feira de Santana, 30 de novembro de 2009.
O f. CEP-UEFS nº 267/2009.

Senhor(a) Pesquisador(a): Tânia Maria de Araújo

Tenho muita satisfação em informar-lhe que o atendimento às pendências referentes ao seu Projeto de Pesquisa intitulado “**Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde na Bahia**”, registrado sob **Protocolo N.º 081/2009 (CAAE 0086.0.059.000-09)**, satisfaz às exigências da *Res. 196/96*. Assim, seu projeto foi **Aprovado** podendo ser iniciada a coleta de dados com os sujeitos da pesquisa conforme orienta o *Cap. IX.2, alínea a – Res. 196/96*.

Na oportunidade informo que qualquer modificação feita no projeto, após aprovação pelo CEP, deverá ser imediatamente comunicada ao Comitê, conforme orienta a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea b*.

Relembro que conforme instrui a *Res. 196/96, Cap. IX.2, alínea c*, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída.

Em nome dos membros do CEP-UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano (**30/11/2010**) este CEP aguardará o recebimento do seu relatório.

Atenciosamente,


Maria Ângela Alves do Nascimento
Coordenadora do CEP-UEFS

Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana - BA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**Título do Projeto: Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores da saúde.**

Pesquisadores: Dr^a Tânia Maria de Araújo, Dr^a Edna de Araújo, Dr. Maura Maria Guimarães de Almeida e Thereza Christina Coelho Bahia.

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Antes de decidir, é importante que entenda o motivo da realização do estudo e qual sua finalidade. Estaremos a sua disposição, pessoalmente, na UEFS – Departamento de Saúde – Núcleo de Epidemiologia - KM 03, BR 116, Campus Universitário, 6º Módulo, 44.031-460, Feira de Santana-BA, ou pelo telefone (0xx75) 3224-8320 para prestar qualquer esclarecimento, caso você precise de maiores informações.

Esta pesquisa pretende investigar as condições de trabalho nas unidades de atenção básica à saúde dos municípios de Feira de Santa, Vitória da Conquista, Juazeiro e Santo Antônio de Jesus, a partir da percepção dos profissionais de saúde que estão em efetivo exercício profissional nas unidades selecionadas para este estudo. O conhecimento sobre os fatores envolvidos na relação entre a saúde e o trabalho pode favorecer o planejamento de ações para a melhoria da qualidade de vida e para eliminação ou redução de fatores de risco no ambiente do trabalho.

Todas as pessoas em atividade na unidade selecionada serão convidadas a participarem desta pesquisa.

A sua participação é voluntária e você poderá se afastar a qualquer momento do estudo, se desejar. Para participar, você preencherá o questionário anexo que aborda alguns aspectos em relação às condições e características do seu ambiente trabalho e serão avaliados também aspectos relacionados à saúde.

Salientamos que a sua identificação será resguardada e mantida em sigilo, mas se alguma pergunta do questionário lhe causar constrangimento, ela não precisará ser respondida. Os resultados da pesquisa serão divulgados aos seus participantes e à comunidade geral e científica. Esta divulgação, em qualquer meio de apresentação, se fará de forma a garantir a confidencialidade dos dados.

Se você achar que foi bem informado (a) e quiser participar voluntariamente desta pesquisa, permitindo que os resultados da mesma sejam publicados, deverá assinar este documento que consta de duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra conosco.

Desde já, agradecemos a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos que porventura possam surgir.

Feira de Santana, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do Participante

Prof^a Tânia Maria de Araújo
Coordenadora da Pesquisa
(0xx75) 3224-8320

Anexo D : Calendário de vacinação do Programa Nacional de Imunização

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Grupo alvo	Idade	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo 10	Rotavírus	Meningo C	Febre amarela	Tríplice viral	Tetra viral	Dupla adulto
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer									
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose					
	3 meses							1ª dose				
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose					
	5 meses							2ª dose				
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose						
	9 meses								Dose inicial			
	12 meses					Reforço				Dose única		
	15 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço			Dose única	
	4 anos			2º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)							
Adolescente	10 a 19 anos		3 doses ⁽¹⁾						Dose a cada 10 anos	2 doses ⁽¹⁾		Reforço a cada 10 anos
Adulto	20 a 59 anos		3 doses ⁽¹⁾ (até 49 anos)						Dose a cada 10 anos	1 dose ⁽¹⁾ (até 49 anos)		Reforço a cada 10 anos
Idoso	60 anos ou mais								Dose ⁽²⁾ a cada 10 anos			Reforço a cada 10 anos
Gestante			3 doses ⁽¹⁾									3 doses ⁽³⁾

(1) Se não tiver recebido o esquema completo na infância. (2) Deverá ser avaliado o benefício/risco da vacinação para indivíduos com 60 anos ou mais que receberão a vacina Febre Amarela pela primeira vez.

(3) Respeitar esquemas anteriores.

Fonte: Portaria GM/MS nº 1.498, de 19 de julho de 2013.