

**ARTIGO - ARTICLE - ARTÍCULO****Situação vacinal entre Agentes Comunitários de Saúde**

Vaccine status among Community Health Workers

Estado de vacunación entre agentes comunitarios de salud

Caio Felliipe Dias Muniz¹ , Paloma de Sousa Pinho¹ , Fernanda de Oliveira Souza¹ , Tânia Maria de Araújo² 

1 - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Santo Antônio de Jesus, Bahia, Brasil

2 - Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), Feira de Santana, Bahia, Brasil

RESUMO

Objetivo: Investigar e comparar a situação vacinal para as vacinas garantidas pelo PNI entre Agentes comunitários de saúde de um município do Recôncavo da Bahia. Métodos: Estudo de corte transversal, realizado nos anos de 2011 com 121 Agentes comunitários de saúde e em 2019 com 111, em Santo Antônio de Jesus, Bahia, para investigação da completude dos cartões vacinais destes trabalhadores. Considerou-se apenas a informação verbal sobre o recebimento das doses das vacinas recomendadas em 2011, e em 2019 tanto a informação autorreferida quanto as informações contidas nos cartões de vacinação. Os dados obtidos foram analisados por estatística descritiva com auxílio do software IBM SPSS Statistics versão 22. Resultados: Em ambos os anos, a amostra foi composta em sua maioria pelo sexo feminino, idade entre 30 e 49 anos e cor parda. Apenas 19,5% desses trabalhadores, em 2011, e 24,7%, em 2019, apresentavam esquema vacinal completo. A análise dos cartões vacinais demonstrou uma taxa de apenas 14,9% de completude. Conclusão: A maioria dos Agentes Comunitários de Saúde está com o cartão vacinal desatualizado. Os resultados demonstram percentuais alarmantes requerendo investimento profundo em ações de caráter educativo que potencialmente contribuirão para uma melhoria da situação evidenciada.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Vacinação; Saúde do trabalhador.**Histórico do Artigo**

Recebido	22 Janeiro 2021
Aprovado	28 Março 2021

Correspondência

Caio Felliipe Dias Muniz
Núcleo de Saúde, Educação e Trabalho
(NSET). Centro de Ciências da Saúde.
Av. Carlos Amaral, 1015, Cajueiro,
CEP: 44430-622 - Santo Antônio de
Jesus, Bahia, Brasil.
E-mail: caiofdmuniz@gmail.com

Como citar

Muniz CFD, Pinho OS, Souza FO, Araújo TM. Situação vacinal entre Agentes Comunitários de Saúde. Rev. Saúde Col. UEFS 2021; 11(1): e6190.



INTRODUÇÃO

Uma das premissas fundamentais da Atenção Primária à Saúde (APS) é ser porta de entrada da rede de atenção à saúde, configurando-se como espaço de fortalecimento da universalidade e da integralidade, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Para sua operacionalização, têm-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que objetiva integrar ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde das famílias do território, planejando e executando ações visando interferir nas condições de saúde da comunidade¹.

Entre os trabalhadores da saúde que compõem a equipe de saúde da APS, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado um elemento chave e ocupa lugar de destaque, por ser considerado elo entre a comunidade e o serviço de saúde e por estar inserido nas nuances do processo saúde-doença e nas demais esferas da vida da população da área de abrangência do serviço. Esse profissional possibilita a articulação do serviço com a população local e atua como multiplicador de informações e facilitador na promoção da qualidade de vida^{1,2}, além de estabelecer relações de trocas entre os saberes populares de saúde e os saberes médicos científicos, por ocupar exatamente essa posição de mediador entre a comunidade e o pessoal de saúde³.

Entre as atribuições que lhes são destinadas, os ACS realizam visitas domiciliares, fazem orientações às famílias quanto aos serviços de saúde disponíveis, estimulam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, além de acompanhar os cartões de vacina da comunidade, como uma das ações de vigilância em saúde⁴. Desta forma, o autocuidado desses trabalhadores, em manter seu cartão vacinal atualizado, reforça o conceito de proteção coletiva que faz parte do seu processo de trabalho.

Para garantia desta proteção, dispõe-se do Programa Nacional de Imunizações (PNI), criado em 1973, cujo objetivo é erradicar, eliminar e controlar as doenças imunopreveníveis no território brasileiro, representando um instrumento destinado à proteção da população brasileira contra doenças que podem ser evitadas com o uso de imunobiológicos. O PNI preconiza calendário de vacinação para diferentes públicos específicos, nas diferentes etapas de desenvolvimento, a saber: crianças, adolescentes, adultos (incluindo grávidas e trabalhadores da saúde) e idosos. Para os trabalhadores da saúde, o PNI indica os esquemas completos de hepatite B, febre amarela, dT (que previne difteria e tétano) e tríplice viral (contra sarampo, caxumba e rubéola)⁵. A Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) acrescenta, para esse público, as vacinas contra hepatite A, influenza, varicela e doença meningocócica B^{6,7}. Logo, os benefícios da imunização resultam não apenas na proteção individual, mas também na interrupção da cadeia de disseminação de doenças infecciosas, além da proteção indireta de pessoas não vacinadas na coletividade, impactando diretamente na redução de custos relacionados ao diagnóstico, tratamento e controle de possíveis infecções^{8,9}.

Estudos epidemiológicos que analisaram o conjunto de vacinas recomendadas para trabalhadores dos serviços de saúde ainda são incipientes na literatura e as publicações ainda são restritas às investigações para hepatite B e Influenza entre profissionais de saúde com nível superior¹⁰. Os estudos conduzidos com trabalhadores de nível superior e médio, apresentam prevalências de vacinação inferiores ao preconizado pelo ministério da saúde para esses grupos^{11,12,13}. A queda das coberturas vacinais infantis e suas consequências já são visíveis, movimentos antivacina são crescentes e o enfraquecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) é real¹⁴. Com relação à vacinação entre trabalhadores, mais elementos ainda necessitam ser explorados. Sabe-se que o cenário de baixas coberturas vacinais tem implicações não apenas individuais, mas também para coletividade que convive com a possibilidade da reemergência de doenças infectocontagiosas, como o sarampo, febre amarela e influenza^{15,16}.

Nesse processo, o Agente Comunitário de Saúde é fundamental para vinculação e continuidade do cuidado e a longitudinalidade da atenção à saúde¹⁷. Apesar de não possuir formação em curso de graduação em saúde para o exercício da função, essa categoria possui uma dinâmica de trabalho complexa, atuando a maior parte do tempo na linha de frente no contato com a população, na comunidade e, por isso, exposta às diferentes doenças infectocontagiosas¹⁸.

Considerando a relevância desses trabalhadores para a saúde da população assistida e a exposição ocupacional relacionada às doenças infecciosas em seu processo de trabalho, o objetivo deste estudo foi investigar e comparar a situação vacinal para as vacinas garantidas pelo PNI entre os agentes comunitários de saúde de um município do recôncavo baiano, nos anos de 2011 e 2019.

MÉTODOS

Foram realizados dois estudos de corte transversal, distintos, nos anos de 2011 e 2019, no município de Santo Antônio de Jesus, localizado na microrregião do Recôncavo Baiano. A população do estudo, em ambos, foi composta pelos Agentes Comunitários de Saúde. Em 2011, foram entrevistados 121 ACS, já em 2019, foram 111. Ressalta-se que esses trabalhadores possuem vínculo efetivo no município, desde 1998, e totalizam 174 ACS inseridos na atenção básica.

Em 2011, considerou-se apenas a informação verbal sobre o recebimento das doses das vacinas recomendadas. Os dados foram coletados por entrevistadores treinados para esse fim. Os questionários eram aplicados nas unidades de saúde, a partir de entrevistas pré-agendada.

Em 2019, além da coleta de dados a partir do questionário estruturado também foram consideradas as informações contidas nos cartões de vacinação. Os cartões foram solicitados, em março de 2019, pela Secretaria Municipal de Saúde e foi possível ter acesso às cópias de 101 cartões de ACS.

Os questionários utilizados foram elaborados com base em revisão de literatura com foco nas relações de saúde e trabalho em saúde, considerando informações relacionadas às exposições ocupacionais, informações gerais sobre as características dos trabalhadores, características do trabalho, do ambiente laboral, incluindo avaliação de exposição a riscos biológicos, conhecimento de formas de infecção e situação de imunização/vacinação e situação de saúde (morbidade referida). As variáveis referentes ao relato de vacinação foram avaliadas pelas seguintes questões: Você já tomou a vacina contra a hepatite B? Se sim, quantas doses? Você já recebeu vacinação para febre amarela? Em caso afirmativo, há quanto tempo? Menos ou mais de dez anos? Você já tomou vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral)? Em caso afirmativo, quantas doses? Você já tomou vacina contra difteria e tétano? Em caso afirmativo, menos de três doses? Três doses, há mais ou há menos de dez anos? Em 2019, incluiu-se a questão: Você recebeu a vacina contra influenza no último ano?

Além de analisar a distribuição das frequências de doses de vacinação entre a categoria, foram estimadas as prevalências da completude do esquema vacinal. Considerou-se como calendário vacinal completo o somatório das respostas positivas para os esquemas vacinais com as quantidades de doses preconizadas (três doses de hepatite B; três doses de difteria e tétano e/ou reforço atualizado; uma dose de febre amarela; duas doses de tríplice viral; e influenza no último ano). E, como calendário incompleto, aqueles com pelo menos um esquema com doses diferentes das preconizadas, ou aqueles sem registro no cartão de vacinação. Houve também a realização do exame Anti-Hbs (que verifica imunidade para Hepatite B). A realização da coleta sanguínea foi realizada no próprio local de trabalho por profissional qualificado e treinado, respeitando normas éticas e de biossegurança.

Vale ressaltar que, no momento de recolhimento dos cartões de vacinação, a campanha para influenza 2019 estava sendo iniciada, logo, os registros ainda não seriam fidedignos com as afirmações realizadas no momento das entrevistas, que ocorreu posteriormente. Tendo isso em vista, para o cálculo do esquema vacinal completo de acordo com os cartões de vacinação, considerou-se a vacinação de influenza do ano de 2018.

Com o intuito de calibrar os procedimentos metodológicos a serem adotados, foram realizadas oficinas para treinamento e preparo dos entrevistadores antes do início da coleta dos dados, além da elaboração do manual de procedimentos de pesquisa.

Para análises estatísticas, foi utilizado o Programa Estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0, para Windows. Após a análise univariada, foi realizada a análise bivariada, de caráter exploratório, para análise das variáveis de interesse e a resposta vacinal referente à completude do esquema vacinal. Para isso, utilizou-se a razão de prevalência, considerando intervalo de confiança de 95% como medida de significância estatística através do teste qui-quadrado.

Nos dois momentos, as entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os projetos de pesquisas dos quais originaram este estudo foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana. Em 2010, sob registro CAAE 0086.0.059.000-09 e, em 2019, registro CAAE: 90204318.2.0000.0053. Todas as etapas dos estudos foram conduzidas de acordo com os princípios éticos previstos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que diz respeito à investigação que envolve seres humanos.

RESULTADOS

No ano de 2011, participaram da pesquisa, 121 agentes comunitários de saúde. Em 2019, foram 111 ACS.

A Tabela 1 apresenta os principais dados sociodemográficos desses/as trabalhadores/as da saúde. Nota-se pequenas

Tabela 1. Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde segundo características sociodemográficas e ocupacionais, segundo dados da pesquisa de 2011 e da pesquisa atual, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2019

Variáveis	2011		2019	
	n	%	n	%
Sexo				
Masculino	13	10,7	06	5,4
Feminino	108	89,3	105	94,6
Idade				
21-29	15	12,4	01	0,9
30-49	94	77,7	71	64,5
50 ou mais	12	9,9	38	34,6
Cor da pele				
Branca	13	10,9	10	9,3
Parda	55	46,2	52	48,6
Preta	49	41,2	43	40,2
Amarela/origem indígena	02	1,7	02	1,9
Escolaridade				
Até ensino médio incompleto	05	4,2	07	6,7
Ensino médio completo	61	50,8	38	36,2
Ensino técnico e Ensino superior incompleto	44	36,7	42	40,0
Ensino superior completo e Pós-graduação	10	8,3	18	17,1
Situação conjugal				
Solteiro	35	28,9	23	21,7
Casado/união consensual/estável	75	62,0	71	67,0
Viúvo/divorciado/separado/desquitado	11	9,1	12	11,3
Número de filhos				
Não tem filhos	30	24,8	14	13,7
1 a 2 filhos	67	55,4	66	64,7
3 ou mais	24	19,8	22	21,6
Exposição a materiais biológicos				
Nunca	85	70,2	67	61,5
Raramente	14	11,6	16	14,7
Às vezes/sempre	21	18,2	26	23,8

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do banco de dados da pesquisa.

variações quando comparados os anos de 2011 e 2019, sendo a população, em 2019, ainda composta majoritariamente pelo sexo feminino (94,6%), com média de idade de 46,1 anos. Sendo que, 23,8% dos/as ACS referiram entrar em contato, às vezes ou sempre, com material biológico. Observa-se também um aumento na escolaridade dessa categoria com o passar dos anos, pois, em 2011, 8,3% tinham ensino superior completo e/ou pós-graduação, passando para 17,1%, em 2019.

A Tabela 2 mostra as doses vacinais para o calendário do adulto de acordo com as informações autodeclaradas nos dois anos, bem como a análise dos cartões vacinais, em 2019. As menores prevalências de completude foram encontradas para a vacina tríplice viral, apenas 27,3%, em 2011, 38,7% e 37,6% (segundo cartão vacinal), em 2019. Logo na sequência,

têm-se a vacina dT (que previne difteria e tétano), hepatite B (vale ressaltar a prevalência de soroconversão de apenas 62,5%, mediante exame Anti-Hbs realizado durante a pesquisa) e, por fim, febre amarela.

Em 2019, estiveram com calendário vacinal completo para todas as vacinas apenas 24,7% dos/as trabalhadores/as, um acréscimo de 5,2%, em relação ao ano de 2011. Em contrapartida, a análise dos cartões vacinais revelou que apenas 14,9% dos trabalhadores estavam com cartões completos para todas vacinas preconizadas.

A Tabela 3 apresenta um cruzamento entre as variáveis sociodemográficas e a completude do esquema vacinal nos dois anos estudados. A análise comparativa revela que, em qualquer aspecto, em 2019, essas/es trabalhadoras/es de saúde tem maiores prevalências de esquemas vacinais completos.

Tabela 2. Esquemas de doses para calendário do adulto entre Agentes Comunitários de Saúde segundo dados da pesquisa de 2011, informação verbal e cartões de vacinação de 2019, Santo Antônio de Jesus, Bahia

Variáveis	2011		2019		2019	
	(N = 121)		(N = 111)		(N = 101)	
	Autorrelato		Autorrelato		Cartão de vacinação	
	n	%	n	%	n	%
Hepatite B						
1 dose	5	4,1	5	4,5	5	5,0
2 doses	8	6,6	11	9,9	3	3,0
3 doses	79	65,3	72	64,9	79	78,2
Não recebeu/não informado/não lembra	29	24,0	23	20,7	14	13,8
Confirmação de imunidade (Anti-HBs)	28	23,1	24	21,6	65	62,5
Febre Amarela						
Pelo menos 1 dose	114	94,2	100	90,1	86	85,1
Não recebeu/não informado/não lembra	7	5,8	11	9,9	15	14,9
Sarampo, Caxumba e Rubéola						
1 dose	19	15,7	11	9,9	42	41,6
2 doses	33	27,3	43	38,7	38	37,6
Não recebeu/não informado/não lembra	69	57,0	57	51,4	21	20,8
Difteria e Tétano						
3 doses ou mais, sendo a última a menos de 10 anos	65	53,7	61	55,0	60	59,4
3 doses ou mais, sendo a última a mais de 10 anos	36	29,8	32	28,8	26	25,7
Menos de 3 doses	15	12,4	9	8,1	2	2,0
Não recebeu/não informado/não lembra	5	4,1	9	8,1	13	12,9
Influenza						
Dose única de campanha	*	*	79	71,2	34**	33,7

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Banco de dados da pesquisa.

* Dados não foram coletados em 2011.

** Dado referente ao registro de vacinação para campanha em 2018.

Tabela 3. Características sociodemográficas e calendário completo para vacinas previstas pelo PNI entre os Agentes comunitários de saúde, em 2011 e 2019, Santo Antônio de Jesus, Bahia, 2019

Variáveis	Calendário completo		Intervalo de confiança IC 95%
	n	%	
Situação vacinal nos ACS			
Autorrelato 2011	23	19,5	12,7 – 27,8
Autorrelato 2019	22	24,7	16,2 – 35,0
Avaliação do cartão em 2019	15	14,9	8,5 – 23,3
Sexo			
Feminino			
2011	22	21	12,0 – 26,8
2019	21	24,7	15,2 – 33,7
Masculino			
2011	1	7,7	0,02 – 4,6
2019	1	25	0,03 – 6,1
Idade			
Até 40 anos			
2011	16	20,3	7,9 – 21,0
2019	6	31,6	2,5 – 14,0
> 40 anos			
2011	7	17,9	2,4 – 11,8
2019	15	21,7	9,7 – 26,2
Raça			
Preto			
2011	9	18,4	3,5 – 14,0
2019	9	28,1	4,7 – 18,3
Não preto			
2011	10	13,9	4,1 – 15,0
2019	12	22,2	7,1 – 22,3
Escolaridade			
Com ensino superior			
2011	6	24	1,9 – 10,7
2019	7	28	3,2 – 15,5
Sem ensino superior			
2011	7	18,5	2,4 – 11,8
2019	14	24,1	8,8 – 25,0
Possui filhos			
Sim			
2011	15	17,2	7,3 – 20,0
2019	18	23,7	12,4 – 30,0
Não			
2011	7	23,3	2,4 – 11,8
2019	4	33,4	1,2 – 11,1
Situação conjugal			
Com companheiro(a)			
2011	15	20,5	7,3 – 20,0
2019	17	28,8	11,5 – 28,8
Sem companheiro(a)			
2011	8	17,8	2,9 – 12,9
2019	5	19,2	1,8 – 12,6

Fonte: Elaborado pelos autores a partir do Banco de dados da pesquisa.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo corroboram com os de outros autores, que mostram a predominância das mulheres entre a categoria profissional do ACS, refletindo uma tendência já presente também entre outras categorias profissionais da área da saúde. No período analisado, também identificou-se aumento do grau de escolaridade na categoria, o que pode demonstrar duas realidades: a busca por conhecimento visando melhor desempenho de suas funções frente à comunidade, bem como a tentativa de mudar de atividade/profissão⁴.

A atenção ao cuidado à saúde entre as mulheres é notoriamente superior e aspectos culturais e sociais devem ser levados em conta, já que podem relacionar-se a esse resultado. No que tange à escolaridade, o presente estudo evidencia que os profissionais que possuem ensino superior apresentam taxas de completude do esquema vacinal superiores àqueles com menor grau de escolaridade, fato que pode estar relacionado a uma melhor percepção e cuidado com fatores relacionados à saúde ocupacional^{15,19}.

O processo de trabalho do ACS envolve a educação em saúde e faz a ponte entre o saber científico e o saber popular. No entanto, é de suma importância destacar a multiplicidade de características de trabalho de cada ACS, o qual fica alocado em equipes específicas e vivencia distintas realidades²⁰. Sabe-se também, que o trabalho na Atenção Básica expõe as categorias profissionais à diferentes riscos ocupacionais, pois estão envolvidas diretamente no atendimento ao usuário (seja nas ruas, no contato com os indivíduos e dentro das unidades de saúde). Esse comprometimento com o usuário evidencia a proximidade com as doenças infecciosas colocando a vacinação ocupacional como uma necessidade. Muitas vezes, contudo, os/as profissionais não têm a percepção de risco e de vulnerabilidade na execução de suas atividades. Em contrapartida, notou-se que, entre os/as trabalhadores/as investigados/as, a exposição ocupacional referida foi relevante, considerando que, para que ocorra o contágio em algumas doenças infecciosas é necessário apenas o contato direto com a pessoa contaminada²¹.

A hepatite B, por exemplo, é uma doença infecciosa e imunoprevenível, sendo a exposição ocupacional considerada um importante fator de risco para a transmissão da doença. Em uma revisão integrativa sobre imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde, a taxa de adesão à vacinação variou de 26,7%, a 95,5%²². Os índices de completude encontrados neste estudo, apesar de inferiores ao recomendado pelo Ministério da Saúde, mostraram-se superiores aos de outras investigações^{13,19,23}.

Já com relação a verificação da imunidade, através do Anti-HBs que detecta anticorpos protetores contra o vírus, é fundamental que todos realizem o exame, principalmente os profissionais da saúde, levando em conta seus riscos ocupacionais, uma vez que a completude do esquema vacinal não garante imunidade contra a doença. O presente estudo revelou que 34,6% dos ACS não possuíam sorologia reagente,

ou seja, não estavam imunizados. Porcentagem superior àquela encontrada em outros estudos com trabalhadores da saúde^{19,24}. A verificação da imunidade, além de possibilitar a identificação de profissionais de saúde que requerem vacinação, pode revelar aqueles que, por não fazerem soroconversão, estão sob risco de adoecer²⁵.

Apesar de protegerem contra doenças com grande potencial reemergente, principalmente no Brasil, as vacinas contra o Sarampo e Influenza também apresentaram índices de completude baixos no presente estudo, fator corroborado em outros estudos com trabalhadores de países europeus^{11,13,16,23}. Esses achados são preocupantes, principalmente entre os ACS, que são os profissionais que têm a função de recomendar, orientar e encaminhar a população para vacinar-se.

Notou-se que a maioria dos/as trabalhadores/as estava com o cartão vacinal desatualizado. Essa realidade se apresentou na análise da informação verbal coletada e na análise da cópia dos cartões vacinais. Percebeu-se que houve um pequeno aumento na taxa de vacinação no período analisado, mas que ainda está muito aquém do que é recomendado. Outros estudos também encontraram uma taxa de completude baixa entre trabalhadores do setor saúde no Brasil, França, Áustria e Alemanha^{11-13,15}. A hesitação vacinal tem sido um comportamento evidenciado na literatura com influência de muitos fatores inter-relacionados, como a baixa percepção do risco da doença, medo de eventos adversos pós-vacina; confiança nas vacinas, optar por outras formas de proteção da saúde¹⁴. Outras pesquisas sugerem que o esquecimento da vacinação é um dos principais motivos para não vacinação entre adultos e outros grupos etários e que isso pode ser combatido com sistemas de lembrete ou campanhas direcionadas à esse grupo^{26,27}.

É necessário que se conheça os fatores que interferem no cumprimento do calendário e na aceitação às vacinas, para que se trace estratégias de enfrentamento e esclarecimento quanto à importância e necessidade de tal medida. Como principais elementos que colaboram com a hesitação vacinal, a literatura mostra que há uma percepção equivocada sobre os riscos de infecção, falta de informações sobre as formas de transmissão, medo dos efeitos colaterais da vacina e dúvidas quanto à sua eficácia^{12,13,23,28}.

Uma potencialidade do presente estudo e consequente eliminação do viés de memória foi o acesso aos cartões de vacinação desses trabalhadores (estratégia mais correta e recomendada para avaliação do desfecho de interesse), que revelou dados fidedignos e mostrou que esses trabalhadores conhecem, relativamente, seus estados vacinais, haja vista certa discrepância da autodeclaração com os achados registrados no documento. Além disso, o fato da Rede de Frio solicitar o cartão vacinal gerou adesão importante à vacinação (em torno de 12,0%), ou seja, após a solicitação do documento, alguns profissionais atualizaram seu estado vacinal. Tal situação pode nos orientar para a execução de mais ações como esta, uma vez que é notória sua efetividade.

Na contramão, ressalta-se que essa medida necessitou de diferentes estratégias em diferentes momentos e, ainda assim, muitos trabalhadores não enviaram as cópias dos cartões. Tal medida pode servir de estímulo para criação de um sistema de monitoramento de vacinação ou vigilância dos eventos de saúde e de doença desses trabalhadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalhador de saúde, como propagador(a) de opiniões, precisa estar sensibilizado, informado, conscientizado e convencido de que é um bom negócio ficar protegido contra doenças evitáveis com vacina.

Nesse sentido, aquele/a trabalhador/a que presta assistência direta ou tem contato face-a-face com a comunidade, entre esses, os agentes de saúde, devem adotar medidas preventivas e de biossegurança para as doenças infecciosas, com destaque para vacinação. Cabe à gestão dos serviços de saúde a responsabilidade de desenvolver atividades de educação permanente para esses/as trabalhadores/as, o que deve incluir treinamento regulares e vigilância rigorosa dos ambientes e processos de trabalho, além dos fatores que determinam a ocorrência de infecções preveníveis.

Apesar da imunização ser algo de particular interesse do ACS, devido às condições e características de seu trabalho, os resultados deste estudo demonstram percentuais alarmantes, abaixo dos índices preconizados pelas organizações de saúde, requerendo ações imediatas de caráter educativo, que potencialmente contribuirão para uma melhoria da situação evidenciada.

Algumas propostas de ação/intervenção podem ser pensadas, como capacitações periódicas, rodas de conversa, grupos focais e cursos, além da realização de campanhas de vacinação para os profissionais de saúde, solicitação periódica dos cartões de vacinação pela gestão em saúde e ações de combate aos movimentos antivacina. A criação de redes de diálogo e escuta entre esses profissionais torna-se premissa básica para propagação e conscientização coletiva acerca da importância da vacinação que poderão gerar mudanças de pensamentos e atitudes, que reverberem num melhor autocuidado, ato tão relevante nessa profissão.

As informações relacionadas à vacinação para esse grupo, precisam ser planejadas e incrementadas pela gestão local e executadas em tempo oportuno, pois trabalhadores/as imunizados e gestores cientes de seus deveres representam maior produtividade, estimulada pela preservação da saúde e da vida da coletividade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. [Internet]. 2012 [acesso em 16 dez 2020]; Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf

2. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde debate* 2018; 42(spe1):261-74.
3. Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(4):898-906.
4. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Júnior EP, Luz LA da. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. *Saúde debate* 2018; 42(spe2):127-44.
5. Ministério da Saúde (BR). Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação [Internet]. Vol. 2. [acesso em 16 de dez 2020]. Brasília: MS; 2020. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/22/Instrucao-Normativa-Calendario-Vacinacao-Site.pdf>
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: MS; 2019.
7. Sociedade Brasileira de Imunizações (SBim). Calendários de Vacinação - SBIm [Internet]. [acesso em 19 de dez 2020]. Disponível em: <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>
8. Domingues CMAS, Teixeira AM da S. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. *Epidemiol. serv. saúde* 2013; 22(1):9-27.
9. Santos S de LV dos, Alves SB, Sousa ACS e, Tipple AFV, Mendonça KM. A Imunização dos profissionais da área de saúde: Uma reflexão necessária. *REME rev. min. enferm* 2010;14(4):595-601.
10. Guzman-Holst A, DeAntonio R, Prado-Cohrs D, Juliao P. Barriers to vaccination in Latin America: A systematic literature review. *Vaccine* 2020; 38(3):470-81
11. Harrison N, Brand A, Forstner C, Tobudic S, Burgmann K, Burgmann H. Knowledge, risk perception and attitudes toward vaccination among Austrian health care workers: A cross-sectional study. *Hum Vaccin Immunother* 2016; 12(9):2459-63.
12. Neufeind J, Betsch C, Habersaat KB, Eckardt M, Schmid P, Wichmann O. Barriers and drivers to adult vaccination among family physicians – Insights for tailoring the immunization program in Germany. *Vaccine* 2020; 38(27):4252-62.
13. Wilson R, Zaytseva A, Bocquier A, Nokri A, Fressard L, Chamboredon P, et al. Vaccine hesitancy and self-vaccination behaviors among nurses in southeastern France. *Vaccine* 2020; 38(5):1144-51.
14. Sato APS. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? *Rev. Saúde Pública* 2018; 52 (96).
15. Araújo TM de, Souza F de O, Pinho P de S. Vacinação e fatores associados entre trabalhadores da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2019; 35(4):e00169618.
16. Waldman EA, Sato APS. Path of infectious diseases in Brazil in the last 50 years: an ongoing challenge. *Rev. Saúde Públ.* 2016;50(0).
17. Maciel FBM, Santos HLPC dos, Carneiro RA da S, Souza EA de, Prado NM de BL, Teixeira CF de S. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc saúde coletiva* 2020; 25(suppl 2):4185-95.
18. Santos ACD, Hoppe ADS, Krug SBF. Agente Comunitário de Saúde: implicações dos custos humanos laborais na saúde do trabalhador. *Physis* 2018; 28(4):e280403.
19. Souza F de O, Freitas P de SP, Araújo TM de, Gomes MR. Vacinação contra hepatite B e Anti-HBS entre trabalhadores da saúde. *Cad. saúde colet.* 2015; 23(2):172-9.
20. Góes AFP, Pinho PDS. Aspectos Psicossociais do Trabalho e Transtornos Mentais Comuns entre os Agentes Comunitários de Saúde. *Rev. Saúde Col. UEFS* 2016; 6(1):8-13.
21. Almeida LGN, Torres SC, Santos CMF dos. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da Atenção Básica. *REC* 2012;1(1):142-154.
22. Milani RM, Canini SRMS, Garbin LM, Teles SA, Gir E, Pimenta FR. Imunização contra hepatite B em profissionais e estudantes da área da saúde: revisão integrativa. *Rev. Eletr. Enf.* 2011; 13(2):323-30.
23. Karnaki P, Baka A, Petralias A, Veloudaki A, Zota D, Linos A, et al. Immunization related behaviour among healthcare workers in Europe: Results of the HProImmune survey. *Cent Eur J Public Health* 2019; 27(3):204-11.
24. Souza F de O, Araújo TM de. Exposição ocupacional e vacinação para hepatite B entre trabalhadores da atenção primária e média complexidade. *Rev. bras. med. trab.* 2018; 16(1):36-43.
25. Auta A, Adewuyi EO, Kureh GT, Onoviran N, Adeloye D. Hepatitis B vaccination coverage among health-care workers in Africa: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine* 2018; 36(32):4851-60.
26. Klett-Tammen CJ, Krause G, von Lengerke T, Castell S. Advising vaccinations for the elderly: a cross-sectional survey on differences between general practitioners and physician assistants in Germany. *BMC Fam Pract* 2016; 17:98.

27. Lages AS, França EB, Freitas MIF. Profissionais de saúde no processo de vacinação contra hepatite B em duas unidades básicas de Belo Horizonte: uma avaliação qualitativa. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2013; 16(2):364-375

28. Paterson P, Meurice F, Stanberry LR, Glismann S, Rosenthal SL, Larson HJ. Vaccine hesitancy and healthcare providers. *Vaccine* 2016; 34(52):6700-6.

Agradecimentos e Financiamento

Esse trabalho contou com o apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do estado da Bahia (FAPESB) e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ABSTRACT

Objective: Investigate and compare the vaccination status for vaccines guaranteed by the PNI among Community health agents in a city in the Recôncavo of Bahia. **Methods:** Cross-sectional study, conducted in 2011 with 121 Community health agents and in 2019 with 111, in Santo Antônio de Jesus, Bahia, to investigate the completeness of the vaccination cards of these workers. We considered only verbal information about the receipt of the recommended vaccine doses in 2011, and in 2019 both the self-reported information and the information contained in the vaccination cards. The data obtained were analyzed by descriptive statistics with the aid of IBM SPSS Statistics version 22 software. **Results:** In both years, the sample was composed mostly of females, aged between 30 and 49 years and brown color. Only 19.5% of these workers in 2011 and 24.7% in 2019 had a complete vaccination schedule. The analysis of vaccination cards showed a rate of only 14.9% completeness. **Conclusion:** Most Community health workers have an outdated vaccination card. The results show alarming percentages requiring deep investment in educational actions that will potentially contribute to an improvement of the situation evidenced.

Keywords: Community Health Workers; Vaccination; Occupational Health.

RESUMEN

Objetivo: Investigar y comparar la situación de vacunación de las vacunas garantizadas por el PNI entre los agentes comunitarios de salud de un municipio del Recôncavo de Bahia. **Métodos:** estudio transversal, realizado en 2011 con 121 trabajadores comunitarios de salud y en 2019 con 111, en Santo Antônio de Jesus, Bahía, para investigar la integridad de las cartillas de vacunación de estos trabajadores. Solo se consideró la información verbal a cerca de la recepción de las dosis recomendadas de vacuna en 2011, y en 2019 tanto la información autoinformada como la información contenida en las tarjetas de vacunación. Los datos obtenidos se analizaron mediante estadística descriptiva con la ayuda del software IBM SPSS Statistics versión 22. **Resultados:** En ambos años, la muestra estuvo compuesta mayoritariamente por mujeres, con edades entre 30 y 49 años y piel morena. Solo el 19,5% de estos trabajadores, en 2011, y el 24,7%, en 2019, tenían un calendario de vacunación completo. El análisis de las tarjetas de vacunación mostró una tasa de solo el 14,9% de compleción. **Conclusión:** la mayoría de los agentes comunitarios de salud tienen una tarjeta de vacunación obsoleta. Los resultados muestran porcentajes alarmantes que requieren una profunda inversión en acciones educativas que potencialmente contribuirán a mejorar la situación evidenciada.

Palabras clave: Agentes comunitarios de salud; Vacunación; Salud del trabajador.