

Avaliação do nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a vacinação infantil

Assessment of the level of knowledge of community health workers about childhood vaccination

Evaluación del nivel de conocimientos de los agentes comunitarios de salud sobre la vacunación infantil

RESUMO

Objetivo: Avaliação do nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a vacinação infantil. **Método:** Estudo observacional, quantitativo, descritivo-analítico, do tipo transversal, realizada na zona urbana do município de Senhor do Bonfim, Bahia com participação de 93 agentes. **Resultado:** A maioria dos sujeitos pesquisados (75,3%) são mulheres, 40,2% possuem idade entre 41 e 50 anos, 89% se autodeclararam preta/parda, 70% possuem ensino médio completo/superior incompleto, pertencentes as classes sociais D/E (77,3%), no que se refere ao perfil profissional, 84,6% dos pesquisados atuam há mais de 11 anos na profissão e 88% fizeram curso introdutório para exercer a função. Dentre as variáveis analisadas, possuir curso introdutório foi a única variável que apresentou associação com conhecimento em vacinação. **Conclusão:** A formação dos agentes impacta nas coberturas vacinais infantil, portanto se faz necessário investimentos na política de educação permanente como estratégia para melhorar as coberturas de vacinação infantil.

DESCRIPTORES: Agente Comunitário de Saúde; Saúde Infantil; Vacinação.

ABSTRACT

Objective: Assessment of the level of knowledge of Community Health Agents about childhood vaccination. **Method:** Observational, quantitative, descriptive-analytical, cross-sectional study, carried out in the urban area of the municipality of Senhor do Bonfim, Bahia with the participation of 93 agents. **Result:** The majority of the subjects surveyed (75.3%) were women, 40.2% were between 41 and 50 years old, 89% self-identified as Black/Mixed, 70% had completed high school/incomplete higher education, and belonged to social classes D/E (77.3%). Regarding the professional profile, 84.6% of those surveyed had worked in the profession for more than 11 years, and 88% took an introductory course to perform the role. Among the variables analyzed, having completed an introductory course was the only variable that showed an association with vaccination knowledge. **Conclusion:** The training of agents impacts childhood vaccination coverage, therefore, investments in continuing education policy are necessary as a strategy to improve childhood vaccination coverage.

KEYWORD: Community Health Worker; Child Health; Vaccination.

RESUMEN

Brasil invierte en medidas de control del cáncer de cuello uterino; sin embargo, esta neoplasia sigue siendo la cuarta causa principal de muerte por cáncer en mujeres en el país. **OBJETIVO:** Analizar los indicadores de calidad de las medidas de detección y control del cáncer de cuello uterino en la ciudad de Salvador. **MÉTODO:** Estudio ecológico con registros de resultados de pruebas, utilizando indicadores analizados mediante regresión de Poisson. **RESULTADOS:** De las pruebas analizadas, el 96,84 % presentó resultados satisfactorios, mientras que el 3,01 % fueron insatisfactorios. La representación de la zona de transformación fue inferior a la recomendada, siendo el único indicador que no alcanzó el objetivo establecido. **CONCLUSIÓN:** Los resultados revelaron que los indicadores de calidad cumplieron con las recomendaciones, excepto la representación de la zona de transformación. El grupo de edad influyó en los tipos de alteraciones, y la repetición de las pruebas fue un factor protector para la de-



tección de la enfermedad.

PALABRAS CLAVE: Agente Comunitario de Salud; Salud Infantil; Vacunación.

RECEBIDO EM: 28/07/2025 APROVADO EM: 15/08/2025

Como citar este artigo: Nunes SG, Andrade MS, Letti AG, Santos JJ, Nascimento VS, Silva FS, Santos ES. Avaliação do nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a vacinação infantil. Saúde Coletiva (Edição Brasileira) [Internet]. 2025 [acesso ano mês dia];15(99):16953-16963. Disponível em: DOI: 10.36489/saudecoletiva.2025v15i99p16953-16963

ID Silvana Gomes Nunes
Enfermeira Doutora em Saúde Pública pela Universidade de Ciencias Empresariales y Sociales.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8635-8983>

ID Magna Santos Andrade
Professora da Universidade do Estado da Bahia. Enfermeira Doutora, em Ciência pela Universidade de São Paulo.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0557-2169>

ID Ariel Gustavo Letti
Professor da Universidade do Estado da Bahia. Doutor em Desenvolvimento Econômico pela Universidade Federal do Paraná
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4848-4019>

ID Jamile de Jesus dos Santos
Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-5183-1746>

ID Viviane Silva Nascimento
Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5218-6669>

ID Fernanda de Souza Silva
Graduada em Enfermagem pela Universidade do Estado da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5127-2485>

ID Everton da Silva Santos
Graduado em Enfermagem. Universidade do Estado da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2144-0016>

INTRODUÇÃO

No Brasil, em 2016, houve uma queda significativa na cobertura vacinal de crianças menores de um ano, por diversos motivos, incluindo a falta de estrutura das salas de vacinação, dificuldades de manejo do novo sistema de informação do Programa Nacional de Imunização (PNI), além de dificuldades com gestão de recursos humanos, suprimentos e insumos para atender as demandas territoriais (1).

Em 2018, apenas a vacina contra o Baciolo de Calmette-Guérin (BCG) conseguiu atingir a meta de 90% entre os menores de um ano (cobertura de 95,87%) e as demais vacinas obtiveram resultados bem abaixo da meta para a mesma faixa etária. As demais

vacinas, a exemplo da vacina contra Rotavírus 88,12% (meta de 90%), Poliomielite 86,58% (meta de 95%), e Febre Amarela 57,63% (meta de 95%), obtiveram resultados inferiores aos anos anteriores (2).

Neste mesmo ano, a Bahia esteve entre os Estados que apresentaram baixas coberturas vacinais, especificamente em crianças menores de um ano: BCG 81,66% (meta de 90%), Rotavírus 77,90% (meta de 90%), Poliomielite 76,27% (meta de 95%), e Febre Amarela 67,44% (meta de 95%) (3).

Entre os municípios que tem contribuído para os baixos indicadores de imunização, no estado da Bahia está Senhor do Bonfim, que tem apresentado quedas significativas em relação ao alcance da meta nacional para vacinação infantil. Em 2018, por exemplo, o município apresentou para

faixa etária em questão, cobertura da vacina Pentavalente de 43,43 % (meta de 95%), Hepatite B de 43,43 % (meta de 95%) e Febre Amarela de 79,96% (meta de 95%) (4).

As baixas coberturas vacinais observadas em boa parte dos municípios brasileiros são consideradas um importante problema de saúde pública, fato preocupante, uma vez que tal comportamento, compromete o PNI do Brasil que sempre foi considerado referência internacional de política pública bem-sucedida (1).

O sucesso do PNI abrange a erradicação de doenças como a varíola e a poliomielite, além de diminuir significativamente a ocorrência de óbitos por diversas doenças imunopreveníveis durante décadas. Isso se deve pela descentralização da vacinação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo

território nacional, garantindo ao cidadão o direito e acesso gratuito aos serviços de imunização (2).

Com o desaparecimento de tais doenças e o aumento de grupos antivacina em todo o mundo, muitas pessoas atualmente ignoram o risco de adoecimento decorrente da adoção de comportamentos contra a vacinação. As disseminações de informações falsas foram determinantes para a não erradicação do sarampo, que em 2019 acometeu 10.302 pessoas e foi responsável por 12 óbitos somente no Brasil (5-7).

Ao longo dos anos, o PNI, trouxe inúmeros avanços, como a manutenção da erradicação da poliomielite, a eliminação do tétano neonatal e sarampo, além do controle de diversas doenças imunopreveníveis. Contudo, a preocupação com as baixas coberturas vacinais, deixa em alerta para a gravidade e a magnitude da exposição às doenças imunopreveníveis que não somente as crianças enfrentam, mas também toda a população, frente aos riscos de adoecimento e morte (8).

A não vacinação de um único indivíduo coloca em risco não apenas a própria saúde, mas também a saúde da família e comunidade, possibilitando a circulação de agentes infecciosos entre a população. Neste contexto, o ato de “não vacinar” não é apenas um problema de saúde pública, mas também uma questão social (8).

As baixas coberturas vacinais no Brasil mostram um cenário controverso, uma vez que a descentralização das UBSs facilitou o acesso aos serviços de saúde, possibilitando a vacinação em todo o território brasileiro. É importante destacar que apesar da ampliação dos serviços de saúde, ainda é priorizado as condições agudas de saúde em detrimento das ações de vigilância, prevenção e promoção da saúde (6).

Considerando a Atenção Primária em Saúde (APS) ordenadora do cuidado, na qual oferta continuamente os serviços de saúde às populações, a vacinação infantil deve ser uma das ações de saúde prioritária na prevenção de doenças imunopreveníveis, com objetivo de evitar morbimortalidade infantil, mesmo diante das adversidades sociais (9).

Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) como profissional que faz o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, tem papel fundamental e decisivo nos resultados das ações de saúde que vão desde atividades educativas até a busca ativa de indivíduos com esquema vacinal incompleto (6).

Por tanto, essa pesquisa objetivou avaliar o nível de conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a vacinação infantil em um município de médio porte do sertão baiano.

MÉTODO

Estudo observacional, quantitativo, descritivo-analítico, do tipo transversal. Trata-se do recorte de um estudo maior intitulado (Influência do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na cobertura vacinal de crianças menores de um ano).

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Senhor do Bonfim, localizado a 375 quilômetros da capital Salvador, com população estimada em 2022 de 74.490 habitantes e Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,666 (10).

O município possui 23 Equipes de Saúde da Família no total, distribuídas entre zona urbana e zona rural da seguinte forma: 15 equipes de ESF (Estratégia de Saúde da Família) na zona urbana, 08 equipes de saúde na zona rural (06 ESF e 02 equipes de atenção primária – antigo PACS), de acordo com Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) em 05 de agosto de 2021 (11).

As 15 equipes de ESF da zona urbana juntas, possuem 122 áreas, sendo que dessas, 09 estão descobertas de ACS para atuação e os motivos são: afastamento; aposentadoria; exoneração; falecimento; áreas que tiveram crescimento populacional, demandando a reorganização territorial.

Portanto, no ano de 2021, o município possuía 113 áreas na zona urbana com ACS atuante. Todavia, dos 113 ACS cadastrados na zona urbana do município, um ACS apesar de cadastrado na ESF do Alto da Maravilha, considerada equipe de zona ur-

ba, atende área totalmente rural, vinculada à unidade de saúde urbana.

Com isso, a população pesquisada, foi composta por 112 ACS. Os critérios de inclusão adotados foram: estar ativo na função de ACS por no mínimo 06 meses e atuar na zona urbana do município. Entretanto, ocorreram 19 perdas após aplicação dos critérios de elegibilidade (05 de férias, 05 afastados por licença do serviço e 09 recusaram participar da pesquisa), resultando em uma amostra final de 93 ACS.

A coleta de dados ocorreu entre os meses de agosto/2021 a janeiro/2022.

Para a coleta dos dados dos ACS (questionário auto aplicado), foi realizado reunião em cada equipe, previamente agendada com a enfermeira responsável pela equipe de ACS, para explanar o projeto da pesquisa e esclarecimento de dúvidas, seguido de agendamento de melhor dia e horário à unidade para retorno da equipe de pesquisa e aplicação do instrumento na própria unidade de saúde de atuação.

No dia e horário agendados, todos os ACS reuniram-se em uma sala à parte, (na própria UBS), onde receberam orientações sobre o estudo, detalhes sobre a aplicação do questionário, preenchido pelos próprios profissionais, leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Durante todo o período de aplicação do instrumento, o entrevistador permaneceu em sala para esclarecimentos de dúvidas quando solicitado pelos ACS, bem como para garantir que nenhum profissional consultasse celulares, tablets, materiais físicos, ou os próprios colegas para a obtenção das respostas do questionário em questão.

Em caso de ausência do encontro previamente agendado, os ACS faltosos, foram contatados para que fosse reagendado dia e horário, conforme disponibilidade do profissional, para o preenchimento do instrumento sob supervisão do entrevistador, sendo realizadas, até três tentativas de agendamento em dias e horários diferentes.

Após esse quantitativo de tentativas, em caso de insucesso, o profissional foi considerado como perda. O questionário auto aplicado, preenchido pelos ACS foi elabo-



rado a partir da revisão de literatura sobre características do trabalho dos ACS e imunização, composto por 04 seções, totalizando 57 questões.

O Critério de Classificação Econômica Brasil, utilizado na pesquisa, teve objetivo de definir classes sociais baseada na pesquisa de orçamento familiar avaliando o poder de compra de grupos de consumidores, com base na posse de bens e não com base na renda familiar.

Foi construído o banco de dado, digitado duplamente, utilizando para isso o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 22.0.0.0, sendo o mesmo software utilizado para a análise. Após a digitação, foram comparadas as frequências simples das variáveis entre os dois bancos de dados, seguido de correção de erro de digitação. A partir daí, iniciou-se a análise descritiva das variáveis, através das frequências simples e relativas.

Em seguida, foram estabelecidas as variáveis independentes e a dependente, seguindo o seguinte modelo de análise:

- Análise bivariada – Realizada inicialmente a partir do Teste qui-quadrado/Exato de Fisher (considerada associação quando valor de p menor que 0,05), Odds Ratio (OR), Intervalo de Confiança (95%).

- Análise ajustada – Realizada após a bivariada, desenvolvida através da Regressão Logística Múltipla, sendo calculados três modelos de análise, para em seguida verificar qual se ajustava melhor à proposta do presente estudo. Modelo 1 – Todas as variáveis independentes verificadas na análise bivariada e que pudessem ter relação com o desfecho pesquisado entraram no modelo da regressão, Modelo 2 – Entraram na análise ajustada apenas as variáveis cujo valor de p na bivariada foram menores que 0,25; Modelo 3 – Stepwise, a partir do modelo 1, foram selecionadas as variáveis uma a uma, com base no valor de p .

Para a escolha do modelo que melhor se ajustava no presente estudo, utilizou-se o menor valor do Akaike, sendo a Regressão Logística Múltipla de Stepwise, o melhor modelo para análise ajustada realizada na presente pesquisa.

Os dados foram analisados e organizados em tabelas por variáveis sócio demográficas, perfil profissional, conhecimento sobre vacinação.

Em seguida, foi realizada a análise referente à comparação de grupos, para a verificação dos fatores associados ao desfecho “Conhecimento dos ACS sobre vacinação”, variável elaborada, a partir do número de

acertos e erros das 11 questões respondidas na seção C (conhecimento sobre vacinação) do questionário preenchido pelos ACS.

Tal variável, foi categorizada a partir da mediana do total de acertos das 11 questões, com a seguinte classificação: os ACS que acertaram até 8 questões, foram classificados com “Baixo conhecimento sobre vacinação” e aqueles que acertaram acima de 8 questões, foram considerados com “Alto conhecimento sobre vacinação”.

Para verificar os fatores associados ao Conhecimento dos ACS sobre vacinação, procedeu-se com a análise bivariada e ajustada.

Para atender aos aspectos éticos, o presente estudo obedeceu às normas estabelecidas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos no Brasil.

A coleta de dados, somente foi iniciada, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), inserido na Plataforma Brasil (PB) do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com parecer consubstanciado de número: 4.629.968, aprovado em 05 de abril de 2021.

RESULTADOS

Tabela 1 – Características sócio demográficas dos Agentes Comunitários de Saúde, da zona urbana de Senhor do Bonfim – BA, 2021-2022.

Variáveis sócio demográficas	Frequência (N)	Percentual (%)
Idade (N=92)		
≤ 40 anos	22	23,9
41 a 50 anos	37	40,2
≥ 51 anos	33	35,9
Gênero (N=93)		
Feminino	70	75,3
Masculino	23	24,7
Cor da pele (N=91)		
Preta/parda	81	89,0
Não preta/pardaa	10	11,0
Filhos (N=93)		
Sim	78	83,9
Não	15	16,1
Número de filhos (N=78)		

Artigo Original

Nunes SG, Andrade MS, Letti AG, Santos JJ, Nascimento VS, Silva FS, Santos ES.

Avaliação do nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a vacinação infantil

1 a 2	53	67,9
3 ou mais	25	32,1
Escolaridade (N=93)		
Analfabeto/Fundamental I incompleto	1	1,0
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	2	2,0
Fundamental II completo/ Médio incompleto	4	4,0
Médio completo/Superior incompleto	65	70,0
Superior completo	21	23,0
Anos de escolaridade (N=79)		
Até 11 anos	16	20,3
12 ou mais	63	79,7
Curso técnico em saúde (N=92)		
Sim	35	38,0
Não	57	62,0
Qual curso (N=35)		
Técnico em radiologia	2	5,7
Técnico/ Auxiliar em enfermagem	28	80,0
Outros	5	14,3
Classe social (N=88) b		
C	20	22,7
D/E	68	77,3

* Branca e oriental/amarela 02 ACS. bRenda mensal média das classes A > 10 e ≤ 23 salários mínimos, B > 3 e ≤ 10 salários mínimos, C ≥ 1 e ≤ 3 salários mínimos, D e E < 1 salário mínimo. O salário mínimo em reais no Brasil na época da pesquisa em 2021, 1.100,00 reais.

Entre os 93 ACS pesquisados, 40,2% possuíam idade entre 41 e 50 anos, 75,3% mulheres, 89% se autodeclararam preto/pardo, 83,9% tiveram filhos e desses, 67,9% referiram ter entre um e dois filhos (Tabela 1).

Quanto a escolaridade, 70% dos ACS possuíam ensino médio completo/superior incompleto, 79,7% referiram doze ou mais anos de estudo. Quando perguntado, se possuía algum curso técnico em saúde, apenas 38% afirmaram que sim, e desses, 80%

responderam que possuíam curso técnico/auxiliar de enfermagem. Em relação a classe social, prevaleceu D/E (77,3%) (Tabela 1).

Tabela 2 – Características profissionais, dos Agentes Comunitários de Saúde da zona urbana de Senhor do Bonfim – BA, 2021-2022.

Variáveis profissionais	Frequência (N)	Percentual (%)
Tempo de atuação como ACS (N=91)		
≤ 10 anos	14	15,4
11 a 30 ano	77	84,6
Curso Introdutório de ACS (N=92)		
Sim	81	88,0
Não	11	12,0
Tempo de trabalho na unidade de saúde atual (N=93)		
≤ 10 anos	35	37,6
11 a 30 ano	58	62,4
Mora na área de atuação (N=93)		



Sim	77	82,8
Não	16	17,2
Número de pessoas na área de atuação (N=93)		
Até 500 pessoas	67	72,0
De 501 a 783 pessoas	26	28,0
Desenvolve outra atividade remunerada além de ACS (N=88)		
Sim	10	11,4
Não	78	88,6

ACS – Agente Comunitário de Saúde

Quanto ao perfil profissional, 84,6% dos pesquisados atuam há mais de 11 anos como ACS, 88% fizeram curso introdutório para exercer a função e 62,4% tem mais de 11 anos que trabalham na UBS de lota-

ção atual (Tabela 2).

A maioria (82,8%) mora na localidade que atuam, 72% são responsáveis por até 500 pessoas na sua área de trabalho. Em relação ao fato de desenvolver outra atividade

remunerada além de ACS, 88,6% disseram que não possui outra atividade, e todos afirmaram exercer 40 horas semanais de trabalho nas equipes de ESF (Tabela 2).

Quadro 1 - Conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre vacinação, Senhor do Bonfim, BA, 2021-2022.

Afirmativas apresentadas:	Acerto	Erro	Não sabe
	N (%)	N (%)	N (%)
Pesar, medir e avaliar a caderneta das crianças cadastradas na área são atribuições da rotina mensal do ACS. (V)	92 (98,9)	1 (1,1)	0
O incentivo ao cumprimento do calendário vacinal e a busca ativa dos faltosos às vacinas estão entre as principais ações de saúde do ACS. (V)	92 (98,9)	1 (1,1)	0
Faz parte do papel do ACS: identificar os conhecimentos, dúvidas, crenças, mitos, tabus e preconceitos sobre as vacinas, estimulando a reflexão sobre os benefícios para a saúde da comunidade. (V)	90 (96,8)	3 (3,2)	0
Caso não tenha a vacina contra rotavírus na unidade básica de saúde, a criança pode esperar até completar um ano sem nenhum prejuízo para a saúde. (F)	85 (91,4)	4 (4,3)	4 (4,3)
Nas campanhas de vacinação contra Influenza, as crianças de seis meses a menores de cinco anos não fazem parte do grupo prioritário. (F)	66 (71,7)	25 (27,2)	1 (1,1)
A vacina contra febre amarela é administrada no nono mês de vida, com dose única. (V)	66 (71,7)	24 (26,1)	2 (2,2)
Nas campanhas de vacinação o ACS avisa com antecedência aos responsáveis pelas crianças sobre a vacinação, por isso não tem necessidade de trabalhar no dia D da campanha. (F)	65 (69,9)	26 (28,0)	2 (2,2)
A vacina Pentavalente protege das seguintes doenças: Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite causada por Haemophilus influenzae tipo b e Hepatite B. (V)	61 (65,6)	24 (25,8)	8 (8,6)
Crianças que nasceram com menos de 2 quilos deverão sair da maternidade vacinadas com BCG (Bacillus Calmette-Guérin) para proteger contra tuberculose. (F)	49 (53,3)	33 (35,9)	10 (10,9)
A vacina contra meningite C é administrada no terceiro e no quinto mês de vida, ou seja, duas doses são o suficiente para garantir a proteção sem necessidade de dose de reforço. (F)	45 (48,4)	33 (35,5)	15 (16,1)

O Quadro 1 mostra, o grau de conhecimento dos ACS sobre vacinação. A maioria (98,4%) concorda, que pesar e medir a criança, além de avaliar as respectivas cader-netas de vacinação, são atribuições da ro-tina mensal do ACS (Quadro 1).

Para 96,8% dos pesquisados, o incenti-

vo ao cumprimento do calendário vacinal e a busca ativa dos faltosos às vacinas, es-tão entre as principais ações de saúde do ACS. O mesmo percentual de profissionais (96,8%), acredita que faz parte do papel do ACS: identificar os conhecimentos, dú-vidas, crenças, mitos, tabus e preconceitos

sobre as vacinas, para estimular a reflexão da população sobre seus benefícios (Qua-dro 1).

Entretanto, 58,1% dos ACS, erraram ou não souberam responder que até o segundo mês de vida, a criança deverá ter tomado uma dose de Rotavírus, uma dose de Pneu-



Artigo Original

Nunes SG, Andrade MS, Letti AG, Santos JJ, Nascimento VS, Silva FS, Santos ES.

Avaliação do nível de conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre a vacinação infantil

mo10 valente e uma dose de Pentavalente (Quadro 1).

Para 51,6% dos ACS, a vacina contra Meningite C, deve ser administrada no ter-

ceiro e no quinto mês de vida, sendo apenas duas doses, suficientes para garantir a proteção contra a doença (Quadro 1). Dos 93 ACS, 35,9% afirmaram que as crianças que

nasceram com menos de dois quilos, deverão sair da maternidade vacinadas contra BCG (Quadro 1).

Tabela 3 – Análise da relação entre características sócio demografias e de trabalho dos ACS, com o conhecimento sobre vacinação, Senhor do Bonfim – BA, 2021-2022.

Variáveis sócio demográficas/ profissionais	Total	Conhecimento sobre vacinação		OR (IC95%)	P
	N (%)	Baixo N (%)	Alto N (%)		
Idade (anos) (N=89)					0,78
18 a 40	21(23,6)	11(23,0)	10(25,0)	1	
41 a 50	35(39,3)	19(40,0)	16(40,0)	0,9 (0,27 – 3,15)	
51 e mais	33(37,1)	19(40,0)	14(35,0)	0,8 (0,23 – 2,80)	
Filhos (N=90)					1
Não	15 (16,7)	8 (16,3)	7 (17,1)	1	
Sim	75 (83,3)	41(83,7)	34 (82,9)	1,4 (0,26 – 3,41)	
Anos estudados (N=78)					0,70
≤11 anos	16 (20,5)	10 (23,3)	6 (17,1)	1	
>11 anos	62 (79,5)	33 (76,7)	29 (82,9)	0,1 (0,41 – 5,52)	
Classe Social (N=85)					0,77
D/E	67(78,8)	36 (76,6)	31 (81,6)	1	
C	18 (21,2)	11 (23,4)	7 (18,4)	0,1 (0,21 – 2,39)	
Curso técnico em saúde (N=89)					0,92
Não	55 (61,8)	31 (63,3)	24 (60,0)	1	
Sim	34 (38,2)	18 (36,7)	16 (40,0)	0,01 (0,44 – 2,95)	
Tempo de atuação como ACS (N=89)					1
≤ 10 anos	14(15,7)	8(16,7)	6 (14,6)	1	
> 10 anos	75(84,3)	40 (83,3)	35 (85,4)	3,8 (0,31 – 4,50)	
Curso Introdutório de ACS (N=89)					0,33
Não	11(12,4)	4 (8,3)	7 (17,1)	1	
Sim	78 (87,6)	44 (91,7)	34 (82,9)	0,4 (0,08 – 1,92)	
Reúne com enfermeira mensalmente (N=90)					0,13
Não	62 (68,9)	30 (61,2)	32 (78,1)	1	
Sim	28 (31,1)	19 (38,8)	8 (21,9)	2,2 (0,15 – 1,23)	
Recebe atualização em vacinação (N=89)					0,58
Não	57 (64,0)	29 (60,4)	28 (68,3)	1	
Sim	32 (36,0)	19 (39,6)	13 (31,7)	0,3 (0,26 – 1,85)	
Possui instrumento de trabalho (N=87)					*
Não	67 (77,0)	35 (76,1)	32 (78,1)	*	
Sim	20 (23,0)	11 (23,9)	9 (21,9)	*	

* Renda mensal média das classes A > 10 e ≤ 23 salários mínimos, B > 3 e ≤ 10 salários mínimos, C ≥ 1 e ≤ 3 salários mínimos, D e E < 1 salário mínimo. O salário mínimo em reais do Brasil na época da pesquisa, em 2021, 1.100,00 reais.

ACS – Agente Comunitário de Saúde; IC95% - Intervalos de 95% de Confiança; OR - Odds Ratio; P – Valor de P para o Teste Qui-quadrado/Exato de Fisher

* Não foi realizada análise bivariada devido à existência do valor 0 (zero) em uma das caselas



Em relação à associação entre as variáveis independentes (sócio demográficas e do perfil profissional) com o desfecho (conhecimento sobre vacinação), a Tabela 3 mostra que não houve associação entre as variáveis.

Tabela 4 – Estimativa das Razões de Chance ajustadas, correspondentes Intervalos de Confiança (95%) e Variance Inflation Fator a as variáveis analisadas nos três modelos de Regressão Logística Múltipla, em relação ao conhecimento sobre vacinação dos ACS, da zona urbana de Senhor do Bonfim, BA, 2021-2022.

Variáveis sócio demográficas/ profissionais	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	OR (IC95%)	VIF	OR (IC95%)	VIF	OR (IC95%)	VIF
Idade						
41 a 50 anos	0,57 (0,12 – 2,51)	9,11				
≥ 51 anos	0,58 (0,12 – 2,62)	10,06				
Filhos						
Sim	0,92 (0,22 – 3,99)	4,76				
Anos de escolaridade						
12 ou mais	0,85 (0,23 – 3,21)	5,12				
Curso técnico em saúde						
Sim	1,00 (0,33 – 2,98)	4,92				
Classe social						
C	1,48 (0,41 – 5,47)	4,76				
Curso Introdutório de ACS						
Sim	0,09 (0,004 – 0,659)	9,59	0,11 (0,005 – 0,684)	8,66	0,10 (0,005 – 0,611)	8,57
Tempo de atuação como ACS						
11 a 30 ano	1,64 (0,31 – 9,69)	7,37				
Reúne com enfermeira mensalmente						
Sim	0,52 (0,15 – 1,67)	5,38	0,52 (0,167 – 1,542)	4,64		
Recebe atualização em vacinação						
Sim	1,10 (0,37 – 3,30)	5,05				
Possui instrumento de trabalho						
Sim	0,97 (0,24 – 3,73)		6,23			
Akaike	112,96		96,02		95,43	

VIF – Valor de Inflação da Variância; ACS – Agente Comunitário de Saúde; IC95% - Intervalos de 95% de Confiança; OR - Odds Ratio.

Já na análise ajustada, através da regressão logística múltipla para verificação dos fatores associados ao conhecimento sobre vacinação, o ACS possuir curso introdutório, foi a única variável que apresentou associação com conhecimento em vacinação (Tabela 4).

DISCUSSÃO

No presente estudo, a faixa etária prevalente entre os ACS, foi de 41 a 50 anos de idade (40,2%), semelhante ao observado em pesquisas realizadas no Brasil e em outros países, como Bangladesh, Etiópia e Indonésia (12-14). A presença feminina na

profissão de ACS, tem relação direta com a origem da profissão, tendência que se mantém até os dias atuais (15).

No que se refere a raça/cor, a grande maioria dos ACS de Senhor do Bonfim, se autodeclararam pardas/pretas (89%), característica também, dos ACS de municípios da Região Nordeste do Brasil e de outros



países. As desigualdades étnico-raciais existentes no Brasil, condicionam a população negra, a se manter em cargos que requerem menor tempo de estudos e escolarização, com carga horária mais extensa e que conferem, menores remunerações, a exemplo da atividade de ACS, que requer apenas, possuir o nível médio completo^(16,17).

Quanto à classe social, prevaleceu nos achados da pesquisa, as classes D/E, diferente da classe predominante no município de Vitória no Espírito Santo, que foi a classe C. Essa diferença, pode ser compreendida, se comparado o IDH desses municípios, onde, o de Senhor do Bonfim é de 0,666 e Vitória, de 0,845, considerada a quarta cidade e a segunda capital brasileira, com os melhores indicadores de desenvolvimento e renda^(10,16-17).

A escolaridade dos ACS envolvidos no estudo, pode ser considerada adequada, uma vez que, a maioria, possui ensino médio e superior completo (70%), estando acima do mínimo exigido pelo Ministério da Saúde (MS), como consta na Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018⁽¹⁸⁾.

No Brasil, admitir candidato com ensino fundamental, somente em situações que não houver candidato inscrito que preencha o requisito de conclusão de ensino médio, na condição de concluir o ensino médio, no prazo máximo de três anos, após ingressado na carreira de ACS⁽¹⁸⁾.

Uma vez que, a categoria de ACS, a partir da Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023, passa a ser considerada profissão de saúde, regulamentada conforme Constituição Federal, com direitos trabalhistas garantidos por lei, a escolaridade é exigida para exercer a função⁽¹⁸⁾.

Embora, na presente análise, a maioria dos ACS tenha realizado curso introdutório para exercer a função (88%), corroborando com estudos desenvolvidos na Bahia e na Paraíba, é perceptível a insuficiência desta formação para exercer a função, no que se refere a qualidade de resposta às demandas da população⁽¹⁹⁻²⁰⁾.

Apesar do MS brasileiro, promover cursos específicos para a categoria, pesquisa realizada em quatro municípios do Ceará, revela deficiência no processo formativo ao

longo da carreira, com qualificações breves e intermitentes, que são utilizadas como alternativa às demandas pontuais dos serviços⁽²¹⁾.

Desta forma, nota-se, que as capacitações pontuais, são estratégias utilizadas ao longo dos anos, como solução imediata, mas que, a médio e longo prazo, tornam-se um problema, pois nenhuma delas converge para uma profissionalização de fato, nem promove formação consistente, além de camuflar o analfabetismo funcional desses trabalhadores⁽²¹⁾.

Por tanto, foi identificado que o conhecimento dos ACS de Senhor do Bonfim sobre vacinação, teve associação com o fato do profissional possuir curso introdutório de ACS.

Essa associação traz, a formação do ACS, como elemento indispensável na qualificação do processo de trabalho. De acordo com a lei nº 11.350/2006, o curso introdutório é instituído, como requisito básico para o exercício da profissão, enquanto estratégia de regularização profissional dos ACS⁽²²⁾.

Além do curso introdutório, a lei prevê, que a cada dois anos, os ACS deverão frequentar cursos de aperfeiçoamento, com temas gerais da área de saúde, de acordo com as demandas apresentadas no território. O incentivo à formação profissional, possibilita a valorização do trabalhador, através do plano de carreira, com incentivo salarial e efetivação do ACS no exercício profissional^(22,23).

Com a lei no. 11.350 de 5 de outubro de 2006, compreendia-se que o curso introdutório de ACS, com carga horária de 40 horas, atendia as necessidades básicas da profissão, com base na educação em saúde. Apesar do ACS, exercer forte influência na (re) educação do processo saúde-doença das pessoas, os investimentos na formação desses trabalhadores foram desiguais, se comparado com os demais profissionais da ESF⁽²⁴⁾.

A disparidade de investimentos na formação, é compreendida quando, o MS, em 2006, ofertou aos profissionais de nível superior da AB, especialmente médicos e enfermeiros, cursos de residências e especiali-

zações em saúde da família com maior carga horária e conteúdo mais complexos⁽²⁴⁾.

Os gestores entendiam, que o maior investimento na formação dos médicos, justificava-se pela falta destes profissionais para atender a demanda das equipes da ESF, e que os atributos culturais e subjetivos dos ACS eram suficientes para a realização do trabalho destes, não requerendo qualificação específica⁽²⁴⁾.

Apesar dos ACS, serem considerados profissionais importantes para sustentar o modelo de atenção, baseado na prevenção e promoção da saúde, os ACS, ainda estão submetidos ao modelo biomédico de assistência. Portanto, é de responsabilidade da governança pública, garantir a formação dos ACS, dando-lhes segurança para exercer seu trabalho e garantir os princípios e diretrizes do SUS^(15-16,21).

É preciso viabilizar, qualificação permanente para os ACS do Brasil, ao invés de cursos breves e intermitentes, estratégia adotada ao longo dos anos, como alternativa para demandas imediatas, configuradas em “apagar incêndio”, sem que haja, planejamento a longo prazo⁽²⁵⁾.

Em 2006, com a conquista profissional do vínculo direto, com estados e municípios e a formação inicial e continuada, os ACS ganharam força como categoria, consolidando-se em 2015, com a regulamentação do piso salarial, trazendo estabilidade e consequentemente oportunidade de elevação da escolaridade e de formação profissional⁽²²⁻²⁴⁾.

Em 2020, o MS institui, o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos ACS47. O curso contemplou a formação, na perspectiva de revisar as atribuições dos ACS e atender às novas atribuições estabelecidas na PNAB 2017, incorporando atividades tradicionalmente ligadas à enfermagem, como a aferição de pressão arterial e temperatura axilar, medição de glicemia capilar e realização de técnicas limpas de curativo⁽²³⁻²⁵⁾.

Todavia, a proposta do curso contraria os princípios da ESF, em que, o papel do ACS é de prevenir e promover a saúde, baseada em competências específicas para educação, mobilização comunitária e vigi-



lância à saúde. Essa formação, fortalece o modelo biomédico, que podem distorcer o papel do ACS na comunidade⁽²³⁻²⁵⁾.

A estratégia da gestão, de atribuir ao ACS, atividades que a enfermagem desenvolve na AB, poderá ser, uma estratégia de diminuir mão de obra, específica da assistência e consequentemente, sobrecarregar os ACS, repercutindo negativamente no processo de trabalho e trazendo resultados danosos ao modelo da ESF, adotado no Brasil há mais de 30 anos.

CONCLUSÃO

O trabalho do ACS, na Atenção Básica, é fundamental para qualidade da assistência. Tal profissional, deve ser considerado um elemento nuclear nas ações de saúde, desenvolvendo atividades que promovam a prevenção e vigilância das doenças imunopreveníveis.

Apesar do modelo biomédico, enraizado historicamente na assistência à saúde no Brasil, o trabalho do ACS, segue uma estratégia, baseada na educação em saúde, com objetivo de mudar o modelo de atenção à saúde, até então, curativista, estimulando a

promoção da saúde e a prevenção de doenças.

A presente pesquisa mostrou, que o conhecimento do ACS sobre vacinação, está diretamente ligado à formação, que por sua vez, deve ser de caráter permanente, instituída através da política de educação permanente dos profissionais da Atenção Básica.

A pesquisa mostrou que houve equívocos importantes sobre conhecimento na área de imunização, que podem gerar falha na assistência ao público infantil, interferindo na qualidade da assistência e em seus indicadores gerenciais.

REFERÊNCIAS

1. Confederação Nacional de Municípios. CNM aponta motivos para queda na cobertura vacinal em mais de 300 Municípios. [Acesso em 24 de julho de 2019]. Disponível em: <https://www.cnm.org.br/comunicacao/noticias/levantamento-da-cnm-aponta-motivos-para-queda-na-cobertura-vacinal-em-mais-de-300-municipios>
2. Brasil. Programa Nacional Imunização. Coberturas vacinais por imunobiológicos segundo ano 2018 [Internet] Brasil; 2019. [Acesso em 09 de junho de 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def>
3. Programa Nacional Imunização. Coberturas vacinais por imunobiológicos segundo ano 2018, Bahia. [Acesso em 09 de junho de 2019]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?pni/cnv/cpniuf.def>
4. Sistema de Informação – Programa Nacional de Imunização (SI-PNI) WEB 2019, versão 3.10.2018, Município de Senhor do Bonfim-BA, [Acesso em 07 de junho de 2019].
5. FIOCRUZ. O ressurgimento do sarampo: uma doença evitável. [Acesso em 01 de junho de 2019]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/o-ressurgimento-do-sarampo-uma-doenca-evitavel>.
6. CONSENSUS. A queda da imunização no Brasil. REVISTA DO CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Ano VII. Número 25. Outubro, novembro e dezembro de 2017. [Acesso em 07 de abril de 2019]. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/queda-da-imunizacao-brasil/>
7. Ministério da Saúde (BR). Informe nº 36 - Situação do Sarampo no Brasil – 2019. 24 de janeiro de 2019. [Acesso em 22 de outubro de 2020]. Disponível em: <https://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/janeiro/28/Informe-Sarampo-n36-24jan19aed.pdf>
8. Ministério da Saúde (BR). Programa Nacional de Imunizações (PNI). Blog da saúde. [Acesso em 08 de abril de 2019]. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/index.php/entenda-o-sus/50027-programa-nacional-de-imunizacoes-pni>
9. Oliveira AEF, Monier EB, Araújo FLSM, Pacheco M A B. Redes de Atenção à Saúde: a atenção à saúde organizada em redes. São Luís, 2016. [Acesso em 01 de junho de 2019]. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes01.pdf
10. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Senhor do Bonfim – Bahia. [Acesso em 06 de maio de 2019]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/senhor-do-bonfim/panorama>
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Portal Cidades, Senhor do Bonfim Bahia. Rio de Janeiro: IBGE; 2022 [Acesso em: 05 de janeiro de 2023]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/senhor-do-bonfim/panorama>
12. Corrales LAW, Rodríguez YÁ. Nível de conhecimentos sobre promoção de saúde em brigadistas sanitárias. Medimay [Internet]. 20 de outubro de 2020 [citado 21 de outubro de 2023]; 27(3):426–34. Disponível em: https://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1767/pdf_280
13. Exemplars News. Do women make the most effective community health workers? [Internet]. 29 de junho de 2021. Disponível em: <https://www.exemplars.health/>



stories/women-make-the-most-effective-community-health-workers

14. Shelley K, Afdhila N, Rohde J. Indonesia's community health workers (kaders)[Internet]. CHW Central; 2018 [19 de abril de 2018]; [about 15 screens]. Disponível em: <http://chwcentral.org/indonesias-community-health-workers-kaders/>

15. Mello LMB, Santos RC dos, Albuquerque PC de. Agentes Comunitários de Saúde: o que dizem os estudos internacionais? Ciência Saúde Coletiva [Internet]. 16 de janeiro de 2023 [citado 21 de outubro de 2023];28(2):501–520. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/674G6vR-BymvqsbMRTMYhSDn/?lang=pt>

16. Lima JC, Cockell FF. As novas institucionalidade s do trabalho no setor público: os agentes comunitários de saúde. Trab Educ E Saúde [Internet]. 2008 [citado 12 de dezembro de 2023]; 6:481–502. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462008000300005>

17. Santos EFD, Diogo MF, Shucman LV. Entre o não lugar e o protagonismo: articulações teóricas entre trabalho, gênero e raça. Cad Psicol Soc Trab [Internet]. 1o de junho de 2014 [citado 12 de dezembro de 2023]; 17(1):17–32. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/cpst/article/view/112330>

18. Brasil. Lei nº 14.536, de 20 de janeiro de 2023. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, a fim de considerar os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Combate às Endemias como profissionais de saúde, com profissões regulamentadas, para a finalidade que especifica [Internet]. Brasília, DF: Presidência da República; 2023 [Acesso em 08 de setembro de 2023]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/L14536.htm

19. Castro TA de, Davoglio RS, Nascimento AAJ do, Santos KJ da S, Coelho GMP, Lima KSB. Agentes Comunitários de Saúde: perfil sociodemográfico, emprego e satisfação com o trabalho em um município do semiárido baiano. Cad Saúde Coletiva [Internet]. 9 de outubro de 2017 [citado 21 de outubro de 2023];25(3):294–301. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/ZrxpxGtjBGQPbG-3zkYVLS5B/abstract/?lang=pt>

20. Silva MHF, Dias TSC, Braga B de AC, Lucena BTL, Oliveira LF, Trigueiro J von S. Analysis of the sociodemographic, work profile and occupational risks of community health agents / Análise do perfil sociodemográfico, laboral e dos riscos ocupacionais de agentes comunitários de saúde. Rev Pesq Cuid Fundam [Internet]. 12 de agosto

de 2022 [citado 21 de outubro de 2023];14:e-11144. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/11144> doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.11144>

21. Barreto IC de HC, Pessoa VM, Sousa M de FA, Nuto S de AS, Freitas RWJF de, Ribeiro KG, et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. Saúde Em Debate [Internet]. Setembro de 2018 [citado 21 de outubro de 2023]; 42:114–129. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yM5QgR9y7559xWP3jMMhpDd/abstract/?lang=pt>

22. Brasil. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. [Acesso em 27 de abril de 2019]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2018/lei-13595-5-janeiro-2018-786068-norma-pl.html>

23. Brasil, Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Acesso em 21 de julho de 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

24. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. Saúde Em Debate [Internet]. Setembro de 2018 [citado 23 de outubro de 2023];42(1):261–274. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000500261&lng=pt&tlng=pt Doi: 10.1590/0103-11042018S117

25. Ministério da Saúde (BR). Portaria MS nº 3.241. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias [Internet]. Brasília, DF: Ministro de Estado da Saúde; 7 de dezembro de 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2020/prt3241_09_12_2020.html

