



**UFRJ - Universidade Federal do Rio de Janeiro**

**Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas**

**Faculdade de Administração e Ciências Contábeis - FACC**

**GEOVANA LOPES PRATS**

**OS IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NO  
TRABALHO E SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE**

**Rio de Janeiro - RJ**

**2021**

**GEOVANA LOPES PRATS**

**OS IMPACTOS DA PANDEMIA DA COVID-19 NO  
TRABALHO E SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE  
SAÚDE**

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Administração à Faculdade de Administração e Ciências Contábeis da Universidade Federal do Rio de Janeiro (FACC/UFRJ).

Orientadora: Maria de Fátima Bruno-Faria

**Rio de Janeiro - RJ**

**2021**

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser meu porto seguro, meu amigo e por estar sempre comigo.

Aos professores da FACC que me apresentaram um curso de Administração muito diferente do que eu imaginava, muito mais humano, empático e interessante.

À professora Dr<sup>a</sup> Maria de Fátima Bruno-Faria, por ser a melhor orientadora que alguém poderia querer, por ter me guiado e me incentivado a continuar a escrever quando eu estava completamente perdida e frustrada com este trabalho, e por ser aquele tipo de pessoa que você olha e pensa “quero ser assim no futuro”.

Aos meus pais, por me sustentarem, por investirem sempre na minha educação, por me apoiarem incondicionalmente e por terem me ajudado no período mais complicado da minha vida até agora.

Aos amigos que eu fiz na UFRJ, que sempre me ajudaram, seja com maratonas de estudo, anotações, conversas e risadas. Agradeço muito a Deus por ter conhecido todos vocês e que sei que permanecerão comigo mesmo depois do fim da faculdade.

Às minhas amigas de escola Isabela, Anielle, Gaby, Cris, Helena, Maria Clara, que estão comigo a mais de seis anos e me ajudam em tudo o que eu preciso.

Ao meu noivo Tiago, que me ajudou muito na execução desse trabalho sendo companheiro, um bom ouvinte e me incentivando a completar essa pesquisa quando eu estava desmotivada.

A todos que, direta ou indiretamente, fizeram parte da minha formação, os meus mais sinceros agradecimentos.

## RESUMO

Este trabalho buscou descrever os impactos da pandemia da COVID-19 no trabalho e saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. Foi realizada uma pesquisa quantitativa descritiva, com dados coletados a partir de documentos presentes no *site* do Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz e da Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde. A análise permitiu descrever como a pandemia impactou a saúde física dos agentes comunitários, em relação à contaminação, os processos de trabalho desses profissionais, bem como sua saúde emocional. Utilizou-se a estatística descritiva para a análise dos dados extraídos dos documentos analisados. Os resultados mostraram que, mesmo com o lançamento de documentos do Ministério da Saúde e da Fiocruz visando minimização da exposição dos trabalhadores da saúde a doenças respiratórias e com a distribuição de equipamentos de proteção individual, muitos profissionais foram contaminados, incluindo agentes comunitários. Em relação aos processos de trabalho, muitos agentes comunitários relataram a redução ou suspensão das visitas domiciliares e atividades em grupo, bem como o aumento da carga de trabalho e da realização de atividades administrativas. No que diz respeito ao sofrimento emocional, grande parte dos Agentes Comunitários de Saúde relatou a presença de sentimentos como angústia, medo, insônia, tristeza, ansiedade, e a perda de pessoas próximas, sejam elas pacientes, amigos, colegas de trabalho ou parentes. Destaca-se a importância de se estudar mais sobre esses profissionais e os impactos causados pela pandemia, a partir de outras abordagens metodológicas de forma a contribuir para os avanços da produção científica sobre os Agentes Comunitários de Saúde.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; COVID-19; Saúde; Trabalho.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas e termos .....	12
Quadro 2 - Artigos resgatados através do cruzamento Rede de atenção à saúde e Atenção primária à saúde .....	12
Quadro 3 - Artigos resgatados através do cruzamento Agentes comunitários de saúde e Estratégia Saúde da Família .....	12
Quadro 4 - Artigos resgatados através do cruzamento Agentes comunitários de saúde e COVID-19 .....	13
Quadro 5 - Artigos resgatados através da técnica referência cruzada .....	14
Quadro 6: Documentos analisados e seus respectivos <i>links</i> .....	32

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Fornecimento de EPI (abril a maio de 2020) .....	34
Gráfico 2: Sentimento de segurança em relação ao EPI (abril a maio de 2020) .....	34
Gráfico 3: Fornecimento de EPI (junho a julho de 2020) .....	35
Gráfico 4: Sentimento de segurança em relação ao EPI (abril a maio de 2020) .....	36
Gráfico 5: mudanças nas visitas domiciliares (abril a maio de 2020) .....	39
Gráfico 6: mudanças nas visitas domiciliares (junho a julho de 2020) .....	39
Gráfico 7: mudanças em relação às atividades educativas com grupos (abril a maio de 2020) .....	40
Gráfico 8: intensidade do trabalho por conta da Covid-19 (abril a maio de 2020) .....	40
Gráfico 9: intensidade do trabalho por conta da Covid-19 (junho a julho de 2020) .....	41
Gráfico 10: realização de trabalho administrativo na Unidade Básica de Saúde por conta da Covid-19 (junho a julho de 2020) .....	42
Gráfico 11: aspectos emocionais relacionados a abalos causados pela Covid-19 (abril a maio de 2020) .....	45
Gráfico 12: aspectos emocionais relacionados a abalos causados pela Covid-19 (junho a julho de 2020) .....	45
Gráfico 13: perdas sofridas por ACS por conta da Covid-19 (abril a maio de 2020) .....	46
Gráfico 14: perdas sofridas por ACS por conta da Covid-19 (junho a julho de 2020) .....	46

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	6
1.1. Formulação do problema de pesquisa .....	8
1.2. Objetivos .....	10
1.2.1. Objetivo Geral .....	10
1.2.2. Objetivos Específicos .....	10
1.3. Justificativas.....	10
2. Referencial teórico .....	11
2.1. O Sistema Único de Saúde .....	15
2.2. Atenção Primária à Saúde .....	18
2.3. Agentes Comunitários de Saúde .....	21
2.4. A pandemia da COVID-19 .....	26
3. Metodologia .....	30
3.1. Método, Classificação e Técnicas de pesquisa .....	30
3.2. Amostra de documentos .....	30
3.3. Instrumento .....	31
3.4. Procedimentos de coleta e análise dos dados .....	32
4. Resultados e discussão .....	33
4.1. Contaminação .....	33
4.2. Processos de trabalho .....	39
4.3. Sofrimento emocional .....	45
5. Conclusões.....	51
Referências .....	53

## 1. Introdução

Em 1994, o Ministério da Saúde iniciou um processo de mudança no Sistema único de Saúde (SUS), passando de um modelo centrado na doença e no cuidado médico individualizado para um modelo cuja prioridade é a atenção primária (ANDRADE *et al.*, 2015). Esse processo se deu com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), que em 2006 se transformou em uma estratégia de abrangência nacional denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) (ANDRADE *et al.*, 2015), modelo de Atenção Primária à Saúde (APS) adotado pelo Brasil com orientação comunitária, cuja implementação reduziu a mortalidade infantil, o número de internações por condições sensíveis à atenção primária e mortalidade por doenças cardiovasculares (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi criada a partir da implementação da Lei nº 10.507 de julho de 2002 (BRASIL, 2002a) e passou por duas alterações até a lei atual: a primeira foi com a Lei nº 11.350/2006 (BRASIL, 2006a), que passou a ser a nova regulamentadora da profissão, e a segunda foi com a Lei nº 13.595/2018 (BRASIL, 2018), que reformulou as atribuições, a jornada, as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e sobre a indenização de transporte dos profissionais ACS.

O Agente Comunitário de Saúde inserido na ESF trabalha como um elo entre a comunidade e o sistema de saúde, uma vez que ele deve residir, preferencialmente, na comunidade onde atua (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014). Além disso, o agente é responsável por:

cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos, e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, entre outras (BAPTISTINI; FIGUEIREDO, 2014, p. 54).

Em um estudo realizado por Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016), os autores perceberam que os ACS recorrem com frequência ao discurso oficial da ESF para conceituar sua prática, definido seu papel como central dentro da ESF, por serem o elo entre a unidade de saúde e a população. Enquanto muitas vezes esse discurso é utilizado para enaltecer o trabalho do ACS, em outros momentos o discurso se torna um indicativo da contradição presente no Sistema Único de Saúde (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016). Isso porque se espera que profissionais de saúde trabalhem de maneira articulada, horizontal e interdisciplinar com a



comunidade, mas na prática há pouca sustentação desta horizontalidade, principalmente no que se refere às políticas de valorização salarial (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

Dessa forma, Guanaes-Lorenzi e Pinheiro (2016) argumentam que a comparação do trabalho dos ACS com o de outros profissionais de saúde cumpre a função de denunciar a vigência de um modelo assistencial que ainda é centrado no médico e de diminuir a importância do trabalho do ACS junto à comunidade. Portanto, o modo com a própria equipe de trabalho atua no dia a dia contribui para a desvalorização do ACS (GUANAES-LORENZI; PINHEIRO, 2016).

A ampliação da abrangência do PSF foi possível graças à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), cujo objetivo foi rever as diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2006b). É importante salientar que o PACS, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar, passou a ser compreendido como uma estratégia transitória para o PSF (BRASIL, 2001).

Segundo Gomes, Gutiérrez e Soranz (2020), a PNAB de 2006 deu início à discussão da organização do sistema de saúde em redes de atenção. Isso porque, se por um lado, a descentralização dos serviços de saúde se constituiu como uma prática legítima e viabilizadora das políticas públicas nacionais (FADEL *et al.*, 2009), por outro provocou a fragmentação do serviço de saúde (EVANGELISTA *et al.*, 2019). A partir dessa percepção e das experiências de sistemas integrados de saúde, começam, na primeira metade dos anos 90, as propostas para a criação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) nos Estados Unidos (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017). Posteriormente, as propostas avançaram pelos sistemas de saúde da Europa e Canadá, chegando ao Brasil em 2010, que além de lidar com a fragmentação do sistema de saúde, lida com o desequilíbrio de recursos humanos e financeiros entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), o financiamento insuficiente, as iniquidades regionais e a formação profissional inapropriada (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

A Portaria nº 4279 define a Rede de Atenção à Saúde como:

arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção

contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A pandemia de COVID-19 se mostrou um desafio sem precedentes para a ciência e para a sociedade pelo potencial de contágio, características da evolução e grau de complexidade de cuidados de saúde que pode requerer, cobrando respostas rápidas e diversas dos sistemas de saúde que precisam ser reorganizados para o seu enfrentamento (PORTELA; GRABOIS; TRAVASSOS, 2020; MEDINA *et al.*, 2021).

No que diz respeito aos profissionais da APS, os Agentes Comunitários de Saúde possuem grande potencial de atuação em crises sanitárias que necessitam de enfrentamento comunitário por sua familiaridade com o contexto local e a relação que estabelecem com a comunidade (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021). Dentre as atividades que podem ser realizadas pelos ACS durante a pandemia estão “a realização atividades de disseminação de informações e prevenção; o rastreamento de contatos; o acompanhamento de doentes; a identificação de casos de vulnerabilidade que devem ser acompanhados pela saúde e pela assistência” (FERNANDEZ; LOTTA; CORRÊA, 2021, p.2).

Além disso, os ACS podem estimular medidas que necessitam de cooperação coletiva, como o uso de máscaras, realização de isolamento social e cuidado com situações de aglomeração (BOUSQUAT *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

### **1.1. Formulação do problema de pesquisa**

Mendenhall (2020), em um artigo da revista *Lancet*, analisou a aplicação do termo sindemia, para definir a pandemia da COVID-19. Sindemia é um neologismo que combina sinergia e pandemia, que foi cunhado por Merrill Singer, antropólogo e médico americano, na década de 1990 para explicar uma situação em que “duas ou mais doenças interagem de tal forma que causam danos maiores do que a mera soma dessas duas doenças” (FIOCRUZ, 2020a). Ainda segundo Singer “O impacto dessa interação também é facilitado pelas condições sociais e ambientais que, de alguma forma, aproximam essas duas doenças ou tornam a população mais vulnerável ao seu impacto” (FIOCRUZ, 2020a).

Basicamente esse conceito descreve como a COVID-19 interage com condições de saúde pré-existentes e é impulsionada por fatores políticos, sociais e econômicos (MENDENHALL, 2020). Entretanto, usar apenas esse conceito para se referir à pandemia é um tanto quanto

equivocado, pois o que leva o coronavírus a se mover em uma determinada população e a interagir com fatores biológicos e sociais, difere em outros contextos (MENDENHALL, 2020). Nesse sentido, a autora afirma que não reconhecer os diferentes contextos aos quais a COVID-19 se insere é errôneo e gera análises distantes das realidades (MENDENHALL, 2020).

Dessa forma, respostas que se baseiam em engajamento comunitário e diagnósticos específicos a um determinado território são cruciais para garantir soluções que levem em conta as especificidades e demandas de um determinado contexto local (MEDINA *et al.* 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021)

Em um estudo que avaliou o impacto do vírus Ebola na saúde materna, neonatal e infantil em serviços de base comunitária, Miller *et al.* (2018) destacam como o trabalho dos agentes comunitários de saúde durante o surto do vírus Ebola foi utilizado para defender o aumento do número de ACS de forma global, para construir resiliência, fortalecer os sistemas de saúde e aumentar a capacidade de resposta a futuras emergências sanitárias.

Da mesma forma, Lotta *et al.* (2020) afirmam que o valor dos ACS está relacionado ao seu conhecimento local e contato diário com as famílias das regiões onde atuam. Esta proximidade com as comunidades também é vital para a vigilância de surtos em nível territorial e comunicação de risco, como visto durante a epidemia do Zika vírus (LOTTA *et al.*, 2020).

Vale lembrar que, segundo o Instituto Butantan (2021), uma endemia ocorre quando a doença é recorrente em uma determinada região, mas não há um aumento significativo no número de casos e a população convive com ela. A epidemia se dá quando ocorre um aumento no número de casos de uma doença em diversas regiões, estados ou cidades, porém sem atingir níveis globais (INSTITUTO BUTANTAN, 2021). Já uma pandemia acontece quando uma doença atinge níveis mundiais, ou seja, quando uma determinada enfermidade se dissemina em diversos países ou continentes, afetando um grande número de pessoas (INSTITUTO BUTANTAN, 2021).

Apesar da posição dos ACS dentro das comunidades, eles não receberam orientações claras sobre sua função na resposta COVID-19. Em março de 2020, o Ministério da Saúde (MS)

forneceu recomendações contraditórias para os ACS, como a manutenção das visitas aos usuários do sistema de saúde e providências quanto ao cuidado aos infectados, mas sem ir nas casas (LOTTA *et al.*, 2020). Foi pedido aos agentes o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), mas nenhum EPI foi fornecido (LOTTA *et al.*, 2020).

Além das contradições, também foi possível mapear inconsistências como por exemplo, em alguns municípios, os ACS foram instruídos a trabalhar remotamente, e em outros municípios eles foram incumbidos de responsabilidades que vão além de sua rotina de trabalho (LOTTA *et al.*, 2020). Os ACS com doenças crônicas foram orientados a permanecer em casa em alguns municípios, enquanto em outros eles foram instruídos a continuar fazendo seu trabalho presencialmente (LOTTA *et al.*, 2020).

Dessa forma, diferentemente de crises epidêmicas anteriores, é possível perceber que profissionais não foram incumbidos de um papel central no combate ao coronavírus no Brasil (LOTTA *et al.*, 2020). Entretanto, a estratégia comunitária de combate ao coronavírus foi negligenciada não apenas no Brasil, mas ao redor do mundo (MEDINA *et al.*, 2021). Experiências internacionais de tentativas de enfrentamento da pandemia centradas no cuidado individual hospitalar foram priorizadas, mas fracassaram, alertando para a necessidade de uma abordagem mais territorial, comunitária e domiciliar e a necessidade de ativar a APS em toda a sua potencialidade (MEDINA *et al.*, 2021).

A partir do papel secundário dado ao ACS no combate à pandemia do coronavírus, a presente monografia buscará responder a seguinte questão: Quais os impactos da pandemia da COVID-19 no trabalho e saúde dos Agentes comunitários de Saúde?

## **1.2. Objetivos**

### **1.2.1. Objetivo Geral**

Descrever os impactos da pandemia da COVID-19 no trabalho e saúde dos Agentes comunitários de Saúde.

### **1.2.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar o que é o Sistema único de Saúde (SUS) e seu funcionamento;
- Descrever o funcionamento e os principais atributos da Atenção Primária à Saúde;
- Destacar riscos de contaminação sofridos por esses profissionais.

- Identificar as mudanças sofridas no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no país durante a pandemia;
- Descrever as formas de sofrimento emocional enfrentadas pelos Agentes Comunitários de Saúde durante a pandemia;

### **1.3. Justificativas**

Foram identificados estudos na literatura científica que versaram sobre a relação entre a pandemia do coronavírus e ACS tratando dos seguintes assuntos: vulnerabilidade do agente comunitário de saúde (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2021), o trabalho dos agentes comunitários durante a pandemia do coronavírus (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2021; MACIEL *et al.*, 2020;), apoio psicossocial durante a pandemia da COVID-19 (MISTRY *et al.* 2021), educação permanente em saúde no contexto da pandemia (AZEVEDO NETO *et al.*, 2021) e estratégia de aprendizagem remota (ANTONIO *et al.*, 2020).

Além da baixa quantidade de estudos encontrados que se debruçam sobre o agente comunitário de saúde no contexto da pandemia, nenhum analisa os impactos da pandemia da COVID-19 no trabalho e saúde dos Agentes comunitários de Saúde.

## 2. Referencial Teórico

Na identificação dos artigos para compor tanto este capítulo quanto os demais capítulos desta monografia, em primeiro lugar foi realizado um levantamento bibliográfico empregando três cruzamentos: Rede de atenção à saúde e Atenção primária à saúde; Agentes comunitários de saúde e Estratégia Saúde da Família; Agentes comunitários de saúde e COVID-19. Todas as buscas feitas utilizaram o filtro de artigo e não houve restrição de tempo.

Esses temas são constituídos por conjuntos de termos, como mostra o Quadro 1.

Quadro 1: Temas e termos

Temas	Termos
Rede de atenção à saúde	“rede de atenção à saúde”, “redes de atenção à saúde”, “attention network”, “attention networks”
Atenção primária à saúde	“atenção primária à saúde”, “primary health care”, “atenção básica”, “basic care”
COVID-19	coronavírus, COVID-19, pandemia
Agentes comunitários de saúde	“agentes comunitários de saúde”, “agente comunitário de saúde”, ACS, “community health agents”, “community health agent”, CHA

Fonte: elaboração própria

### 2.1. Resultados do levantamento bibliográfico

#### 2.1.1. Cruzamento entre os termos Rede de atenção à saúde e Atenção primária à saúde

Na SciELO, a pesquisa foi feita no campo título sem restrição de tempo e utilizando o filtro de artigo. Houve um retorno de quatro artigos, sendo que dois eram integrantes da coleção *public health*, constituindo uma duplicidade. Apenas um dos artigos foi selecionado. Já na CAPES, a busca foi feita no campo assunto, o que deu um retorno de oito artigos. Após a leitura dos resumos, quatro artigos foram selecionados.

Quadro 2: Artigos identificados através do cruzamento Rede de atenção à saúde e Atenção primária à saúde

Sobrenome dos autores	Ano	Periódico	Título da obra
Lapão <i>et al.</i>	2017	Ciência & Saúde Coletiva	Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal
Silva	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde
Evangelista <i>et al.</i>	2019	Ciência & Saúde Coletiva	O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil
Rodrigues <i>et al.</i>	2014	Ciência & Saúde Coletiva	A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa
Lavras	2011	Saúde e Sociedade	Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil

Fonte: elaboração própria

### 2.1.2. Cruzamento entre os termos Agentes comunitários de saúde e Estratégia Saúde da Família

O segundo cruzamento realizado foi entre Agentes comunitários de saúde e Estratégia saúde da Família. Na Capes, a busca foi feita no campo título e houve um retorno de 39 artigos. Desses, 20 estudos foram selecionados em um primeiro momento, mas foi possível perceber posteriormente que 10 artigos, já haviam sido identificados quando buscados na SciELO. Portanto, 10 artigos permaneceram.

Já na SciELO, foram encontrados 35 artigos, porém 13 faziam parte da coleção Saúde Pública da plataforma, o que constitui uma duplicidade. Dos 22 estudos restantes, 13 artigos foram selecionados. A pesquisa foi feita no campo título.

Quadro 3: Artigos resgatados através do cruzamento Agentes comunitários de saúde e Estratégia Saúde da Família

Sobrenome dos autores	Ano	Periódico	Título da obra
Dantas <i>et al.</i>	2018	Motricidade	A Formação dos agentes comunitários de saúde em educação popular: implicação na produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família
Guanaes-Lorenzi e Pinheiro	2016	Ciência & Saúde Coletiva	A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família
Galavote <i>et al.</i>	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil)
Gomes <i>et al.</i>	2009	Saúde e Sociedade	A Práxis do Agente Comunitário de Saúde no Contexto do Programa Saúde da Família: reflexões estratégicas
Ursine, Trelha e Nunes	2010	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional	O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida
Fortes e Spinetti	2004	Saúde e Sociedade	A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família
Ferraz e Aerts	2005	Ciência & Saúde Coletiva	O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre
Pedraza e Santos	2017	Interações	Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba
Resende <i>et al.</i>	2001	Ciência & Saúde Coletiva	Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil)
Souza <i>et al.</i>	2015	Contexto Enfermagem	Situações de saúde mental nas unidades de saúde da família: percepção dos agentes comunitários de saúde
Sakata e Mishima	2012	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família
Bornstein e David	2014	Trabalho, Educação e Saúde	Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família

Marinho e Bispo Júnior	2020	Physis: Revista de Saúde Coletiva	Supervisão de agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: entre controle, apoio e formação
Martines e Chaves	2007	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família
Kebian e Acioli	2014	Revista Eletrônica de Enfermagem	A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família
Vidal, Gomes e Siqueira-Batista	2016	Revista Brasileira de Educação Médica	Estratégia Saúde da Família em Cena: a Formação Bioética dos Agentes Comunitários de Saúde, em Três Atos
Justo, Gomes e Silveira	2015	Saúde e Sociedade	Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família
Santana <i>et al.</i>	2009	Cogitare Enfermagem	Agente comunitário de saúde: percepções na estratégia GENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: PERCEPÇÕES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
Rahman <i>et al.</i>	2019	Health Promotion International	Community health agents, nurses and physicians conducting research in Brazil's family health program
Laste <i>et al.</i>	2012	Ciência & Saúde Coletiva	Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família
Alonso, Béguin e Duarte	2018	Revista de Saúde Pública	Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese
Santos <i>et al.</i>	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Agente comunitário de saúde: perfil adequado a realidade do Programa Saúde da Família?

Fonte: elaboração própria

### 2.1.3. Cruzamento entre os termos Agentes comunitários de saúde e COVID-19

Na SciELO, a pesquisa foi feita sem restrições, apenas com o filtro de artigo. Foram encontrados dez artigos, mas cinco faziam parte das coleções da SciELO, ou seja, eram duplicidade. Dos cinco artigos restantes, quatro foram selecionados.

Na CAPES, a pesquisa foi feita no campo título sem restrição de tempo. No total foram encontrados dois artigos e um foi selecionado, já que o outro era uma duplicidade.

Quadro 4: Artigos identificados através do cruzamento entre Agentes comunitários de saúde e COVID-19

Sobrenome dos autores	Ano	Periódico	Título da obra
Fernandez, Lotta e Corrêa	2021	Trabalho, Educação e Saúde	Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19.
Méllo <i>et al.</i>	2021	Interface	Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil
Antonio <i>et al.</i>	2020	Research, Society and Development	Estratégia de ensino-aprendizagem remota para agentes comunitários de saúde no contexto da Covid-19
Vieira-Meyer <i>et al.</i>	2021	Ciência & Saúde Coletiva	Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19



Maciel <i>et al.</i>	2020	Ciência & Saúde Coletiva	Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19
Azevedo Neto <i>et al.</i>	2021	Revista Brasileira de Medicina do Trabalho	Educação Permanente em Saúde como estratégia para a segurança ocupacional em tempos de pandemia pela COVID-19: reflexões sobre o agente comunitário de saúde na construção de cuidado

Fonte: elaboração própria

#### 2.1.4. Demais artigos e legislações

Os demais artigos e legislações utilizados neste capítulo e no anterior foram identificados a partir das citações feitas por autores dos artigos selecionados nos levantamentos descritos nos itens anteriores. O nome dessa técnica é referência cruzada, e a partir dela são rastreados e identificados artigos relevantes por meio das citações dos autores (CONFORTO, AMARAL, SILVA, 2011). Dessa forma, não foi utilizada uma plataforma específica para a busca. Os artigos, documentos e legislações selecionados foram buscados nas referências dos artigos encontrados anteriormente e suas disponibilidades foram checadas através de uma busca no Google.

Quadro 5: Artigos identificados a partir da técnica referência cruzada

Sobrenome dos autores	Ano	Periódico	Título da obra
Paim	2018	Ciência e Saúde Coletiva	Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos
Carvalho	2011	Ciência e Saúde Coletiva	A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais
Medina <i>et al.</i>	2020	Cadernos de Saúde Pública	Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?
Andrade <i>et al.</i>	2015	Cadernos de Saúde Pública	A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil
Giovanella <i>et al.</i>	2021	Trabalho, educação e saúde	¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?.
Mistry <i>et al.</i>	2021	Public Health	Community Health Workers Can Provide Psychosocial Support to the People During COVID-19 and Beyond in Low- and Middle-Income Countries
Fadel <i>et al.</i>	2009	Revista de Administração Pública	Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil
Chueiri, Harzheim e Takeda	2017	Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade	Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos
Portela	2017	Revista de Saúde Coletiva	Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais

Facchini, Tomasi e Diélio	2018	Saúde Debate	Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas
Gomes, Gutiérrez e Soranz	2020	Ciência & Saúde Coletiva	Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família
Baptistini e Figueiredo	2014	Ambiente & Sociedade	Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural
Fonseca <i>et al.</i>	2012	Contexto Enfermagem	Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde
Cesar <i>et al.</i>	2002	Cadernos de Saúde Pública	Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil
Lourenção, Silva e Borges	2019	Escola Anna Nery	Níveis de <i>engagement</i> em profissionais da atenção primária à saúde: estudo comparativo em dois municípios brasileiros
Morosini e Fonseca	2018	Saúde Debate	Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios

Fonte: elaboração própria

Além disso, vários documentos legais sobre o tema foram objeto de estudo. A seguir será analisada a produção mapeada nos levantamentos realizados.

## 2.2. O Sistema Único de Saúde

O processo de redemocratização do Brasil na década de 80 produziu a ampliação das demandas do Estado e desencadeou um forte movimento social pela universalização do acesso e reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado (BRASIL, 2003).

A luta pela instituição do SUS se deu pela base da sociedade, a partir da apresentação das reivindicações que nortearam o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que reuniu diversos atores sociais em uma luta política pelo reconhecimento da saúde como um direito social, universalização do acesso e integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2000; 2003).

Os princípios do SUS apontam para a democratização das ações e serviços de saúde, pois eles deixam de ser restritos e passam a ser universais, deixam de ser centralizados e se tornam descentralizados (BRASIL, 2000). Após a consagração do SUS na Constituição de 1988, a saúde que antes era vista como o estado de não doença, passou a atuar a partir de uma noção centrada na prevenção dos agravos e promoção da saúde (BRASIL, 2000).

O Sistema Único de Saúde possui abrangência nacional, mas possui subsistemas em cada estado (SUS estadual) e município (SUS municipal) (BRASIL, 2000). Os estabelecimentos

dos subsistemas municipais não precisam ser de propriedade da prefeitura necessariamente ou ter sede no município em questão (BRASIL, 2000). As ações do SUS municipal podem ser desenvolvidas por unidades estatais ou privadas, porém têm que estar organizadas e coordenadas de modo que o gestor municipal consiga garantir à população daquele determinado município, o acesso aos serviços e ações de saúde (BRASIL, 2000).

O empenho no envolvimento das entidades de saúde, sindicatos e segmentos populares foi muito debatido, no que diz respeito ao papel desses atores na sustentação política do SUS (PAIM, 2018). Partidos políticos e parlamentares foram acionados no processo de elaboração e aprovação da Lei Orgânica da Saúde, e a instalação e o funcionamento da Plenária da Saúde representaram um espaço de articulação entre essas forças (PAIM, 2018). O protagonismo exercitado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) a partir da década de 90, ampliou a base de apoio ao SUS (PAIM, 2018).

Apesar da conquista de um embasamento jurídico sólido para a legitimação do SUS, houve ainda a necessidade de regulamentação prática do sistema. A partir dessa necessidade, incidiram sobre o SUS normas reguladoras, conhecidas como normas operacionais básicas (NOB), criadas para operar as transformações previstas na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde (CARVALHO, 2011). Cada NOB trouxe contribuições para os avanços na saúde e foram editadas de forma sequencial por órgão de competência (FADEL *et al.*, 2009). O SUS perpassou pela NOB INAMPS/91, SUS/93 e SUS/96.

A NOB INAMPS/91 nasceu dentro do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e representou basicamente seus interesses ao dar instruções aos responsáveis pela implantação e operacionalização do SUS a respeito dos repasses financeiros dessa instituição para financiamento do sistema de saúde (BRASIL, 1991).

A NOB-SUS/93 estabeleceu normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, considerando que a efetiva implementação do SUS estava assumindo dimensões complexas que exigiram pressupostos essenciais na condução do processo, definição clara de responsabilidade das três esferas de governo e fixação de procedimentos e normas operacionais (BRASIL, 1993).

A NOB-SUS/96 teve como objetivo promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, a função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios, com a redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS (BRASIL, 1996).

Apesar dos avanços oriundos da descentralização do SUS, a fragmentação da integralidade das ações e o enfraquecimento dos estados, que ainda tinham uma participação pobre no crescimento das ações em saúde, culminaram nas normas operacionais de assistência à saúde (NOAS), de acordo com Fadel *et al.* (2009). A primeira delas foi a NOAS SUS 01/01 que se constituiu em um conjunto de estratégias articuladas em torno do pressuposto de que, naquele momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema eram elementos centrais para o avanço do processo (BRASIL, 2001).

Por conta da falta de mecanismos para a incorporação das novidades trazidas pela NOAS SUS 01/01, e da necessidade de assegurar a manutenção das diretrizes organizativas definidas anteriormente, em 2002 foi publicada a NOAS SUS 01/02 (FADEL *et al.*, 2009). Essa norma amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002b).

Para estarem de acordo com os objetivos da NOAS 01/02, os estados precisavam elaborar o Plano Diretor de Regionalização (PDR), que inclui o Plano Diretor de Investimento (PDI) e a Programação Pactuada e Integrada (PPI) (FADEL *et al.*, 2009). Entretanto, apesar dos esforços das três esferas de gestão na implementação da NOAS 01/02, foi possível observar um certo descompasso nesse processo, já que nem todos os estados se encontram no mesmo momento de evolução, surgindo, assim, a necessidade de uma nova estratégia de operacionalização do SUS (FADEL *et al.*, 2009).

Visando à superação desse desacordo evolutivo entre os estados, é editada a Portaria GM/MS nº399, de 22 de fevereiro de 2006. O processo de descentralização ampliou o contato do SUS com a realidade social, política e administrativa do país e com suas especificidades regionais,

o que o tornou mais complexo e impôs aos gestores os desafios de superarem a fragmentação das políticas e programas de saúde, por meio de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços e da qualificação da gestão (BRASIL, 2006c).

Por conta disso, o Ministério da Saúde, o Conass e o Conasems, fizeram um pacto no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde. O Pacto pela Saúde possui três dimensões: o Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS (BRASIL, 2006c).

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida através de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. (BRASIL, 2006c, p. 3)

Já o Pacto em defesa do SUS deve “expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal” (BRASIL, 2006b, p. 5). Dessa forma é estabelecido o acolhimento da inserção da população no processo decisório em saúde por meio de iniciativas como a repolitização da saúde, com a retomada das discussões sobre os desafios atuais e futuros do SUS, as novas modalidades de gestão, a ampliação e o fortalecimento das relações com os movimentos sociais em prol da saúde e da cidadania, o controle social e a transparência de seu processo de fiscalização (BRASIL, 2006b).

Por último, o Pacto de gestão “estabelece as diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos da descentralização; regionalização; financiamento; planejamento; Programação Pactuada e Integrada (PPI); regulação; participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde” (BRASIL, 2006b, p. 5). De acordo com Fadel *et al.* (2009), o Pacto de gestão surge como uma oportunidade real de melhoria no acesso e na qualidade dos serviços e de resolução dos problemas operacionais não resolvidos com as NOB e as NOAS, possibilitando a redução das iniquidades macrorregionais, estaduais e regionais em relação às ações e serviços em saúde.

É importante salientar que o atendimento pelo SUS, se dá a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade, sendo três no total. No primeiro nível, também chamado de Atenção Primária à Saúde, estão as Unidades Básicas de Saúde, a “porta de entrada” do SUS, onde são marcadas consultas, exames e são realizados procedimentos de baixa complexidade; no segundo nível, chamado de Atenção Secundária à Saúde, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) e Hospitais Escolas, que

realizam alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças de média complexidade; e no terceiro nível, chamado de Atenção Terciária à Saúde, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas intervenções mais complexas, invasivas e de maior risco à vida<sup>1</sup>.

### **2.3. Atenção Primária à Saúde**

O termo de Atenção Primária à Saúde (APS) foi utilizado pela primeira vez em 1920 pelo Relatório Dawson (RODRIGUES *et al.*; 2014, PORTELA, 2017). Segundo esse documento, as mudanças no sistema médico propostas por Dawson eram necessárias tendo em vista o não alcance dos conhecimentos médicos a todos os cidadãos (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Entretanto, a APS foi consagrada a partir da Conferência de Alma-Ata, cidade da antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), na qual se realizou em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde com o objetivo de expressar a necessidade de ação urgente por parte dos governos, dos trabalhadores da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos (RODRIGUES *et al.*, 2014; LAPÃO *et al.*, 2017; SAKATA; MISHIMA, 2012).

Na Conferência também ficou estabelecido que “todos os governos devem formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação, para lançar e sustentar os cuidados primários de saúde em coordenação com outros setores” (DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978, p. 2).

No Brasil, a partir da criação dos Centros de Saúde Escola nos anos 1920, vários modelos que tentavam organizar a APS foram configurados em diferentes regiões do país e propunham uma ação integral com ênfase na educação sanitária e promoção da saúde (LAVRAS, 2011). Um deles foi a criação da Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (FSESP) em 1960 (LAVRAS, 2011). Durante esse mesmo período, ocorreu a expansão dos centros de saúde vinculados às Secretarias de Estado da Saúde, cuja atuação era voltada de maneira predominante para a atenção materno-infantil e para o desenvolvimento de ações de saúde pública (LAVRAS, 2011).

Em detrimento das crescentes iniquidades sociais e de saúde em quase todos os países, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou um conjunto de princípios para construir a base da atenção primária dos serviços de saúde, culminando na Carta de Lubliana em 1996

---

<sup>1</sup> Informação extraída de <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento> em 22 de setembro de 2021

(STARFIELD, 2002). Segundo esse documento, os sistemas de atenção de saúde deveriam ser:

a) dirigidos por valores de dignidade humana, equidade, solidariedade e ética profissional; b) direcionados para a proteção e promoção da saúde; c) centrados nas pessoas, permitindo que os cidadãos influenciem os serviços de saúde e assumam a responsabilidade por sua própria saúde; d) focados na qualidade, incluindo a relação custo-efetividade; e) baseados em financiamento sustentável, para permitir a cobertura universal e o acesso equitativo e, f) direcionados para a Atenção Primária (STARFIELD, 2002, p.19).

Em 1994, com uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde criou o Programa de Saúde da Família (PSF), que, a partir da PNAB, passou a ser entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, chamada Estratégia Saúde da Família (FORTES; SPINETTI, 2004). A ESF tem como objetivo a reorganização da atenção básica no Brasil de acordo com os preceitos do SUS, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica (BRASIL, 2006b).

A implementação dessa estratégia foi desafiadora por se depara com obstáculos como a própria constituição do trabalho em saúde, cujos processos não privilegiavam o vínculo nem a noção de um trabalho em equipe, já que toda a ideia de cuidado era centrada na figura do médico (GALAVOTE *et al.*, 2011). De acordo com Galavote *et al.* (2011), o trabalho em equipe pode ser reconhecido e apoiado por alguns critérios como a comunicação entre os agentes do trabalho, a articulação das ações, o questionamento das desigualdades estabelecidas entre os diversos trabalhos e o reconhecimento do caráter interdependente da autonomia profissional (GALAVOTE *et al.*, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006b).

A atenção primária é o primeiro nível de um sistema de serviço de saúde, pois funciona como a porta de entrada no sistema para todas as necessidades e problemas, fornecendo atenção voltada para o indivíduo no decorrer do tempo e para todas as condições de saúde, exceto as

muito incomuns ou raras (STARFIELD, 2002). Operacionalmente, uma conceituação de APS implica o exercício de sete atributos e de três papéis, e só é possível existir uma APS de qualidade quando os sete atributos estiverem sendo operacionalizados, em sua totalidade (BRASIL, 2015).

No que diz respeito aos papéis da APS, o papel da resolutividade destaca que os cuidados primários devem ser resolutivos, capacitados para atender a 90% da demanda da APS (BRASIL, 2015). O papel de coordenação expressa o exercício da função de centro de comunicação das RAS pela APS (BRASIL, 2015). A função de responsabilização implica o conhecimento e o relacionamento íntimo da população usuária, o exercício da gestão de base populacional e a responsabilização econômica e sanitária em relação a essa população usuária (BRASIL, 2015).

A função de porta de entrada somada à longitudinalidade, integralidade e coordenação, compõem os principais atributos da APS (PORTELA, 2017). Os atributos restantes (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) são considerados atributos derivados (BRASIL, 2015).

Em relação aos atributos derivados,

A focalização na família impõe considerar a família como o sujeito da atenção, o que exige interação da equipe de saúde com essa unidade social e o conhecimento integral de seus problemas de saúde e das formas singulares de abordagem familiar. A orientação comunitária significa o reconhecimento das necessidades das famílias em razão do contexto físico, econômico e social em que vivem, o que exige análise situacional das necessidades de saúde das famílias em uma perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde proximais e intermediários. A competência cultural convoca uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e de suas famílias (BRASIL, 2015, p. 28).

Em relação aos atributos principais, o atributo porta de entrada diz respeito à ideia de que existe um ponto de entrada cada vez que um novo atendimento é necessário e que este ponto de entrada deve ser de fácil acesso, e inerente à organização de serviços de saúde (STARFIELD, 2002). As pessoas que acreditam que tem um problema de saúde devem poder se consultar com um profissional que pudesse entender se o problema é grave o suficiente para necessitar de atenção adicional ou não (STARFIELD, 2002).

O atributo longitudinalidade diz respeito às interações entre profissionais e pacientes, contribuindo para o estabelecimento de relações de longa duração, através das quais os



médicos aprendem sobre muitos dos problemas dos pacientes, e os pacientes aprendem a respeito da maioria dos aspectos de sua atenção (STARFIELD, 2002). O último atributo é a coordenação do cuidado, que diz respeito à capacidade da APS de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, reconhecendo os problemas que precisam de acompanhamento constante, e se articula com a função de centro de comunicação das RAS (BRASIL, 2015).

#### **2.4. Agentes comunitários de Saúde**

No Brasil, as primeiras experiências de trabalho de agentes de saúde ocorreram no início dos anos de 1980 com o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural, Vale do Ribeira (Devale), um braço do Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), em São Paulo (FONSECA *et al.*, 2012). Estes trabalhadores eram recrutados na própria comunidade em que moravam e se tornavam responsáveis por atividades comunitárias e de atenção individual à saúde com as mesmas características das experiências internacionais, ou seja, trabalhadores leigos que desenvolviam atividades de baixa complexidade (FONSECA *et al.*, 2012), como a terapia de reidratação oral, o estímulo à vacinação e ao aleitamento materno, e o acompanhamento de gestantes e do crescimento de crianças (MOROSINI; FONSECA, 2018). A mudança no trabalho desse profissional ocorre quando ele passa a integrar uma equipe multiprofissional, a partir da dinâmica das Unidades Básicas de Saúde nas quais predominam as consultas médica, de enfermagem e odontológica (MOROSINI; FONSECA, 2018).

No final dos anos 1980, o governo do Ceará desenvolveu uma experiência cujos resultados serviram de base para a expansão e organização do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde em 1991, como forma de superação do caráter local dessas experiências (FONSECA *et al.*, 2012), além de contribuir com o aumento da cobertura e com a estruturação APS no País (MOROSINI; FONSECA, 2018).

O PACS foi instituído para atuar, principalmente, nas áreas mais carentes, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente no Norte e Nordeste. Esse programa foi o responsável por introduzir nas práticas de saúde um enfoque na família e não no indivíduo, bem como uma visão de intervenção em saúde integrada com a comunidade (SANTOS; FRACOLLI, 2010). A consolidação do programa cearense e a rápida expansão do

PACS fizeram com que um projeto de intervenção, a partir de ACS, fosse elaborado e implementado no início de 1994, conhecido como Programa Saúde da Família (CESAR *et al.*, 2002).

O elemento central do trabalho do ACS é “a articulação entre os serviços de saúde e a vida no território, a partir da compreensão dos determinantes sociais do processo saúde-doença e da necessidade de conjugar ações de cuidado, prevenção e promoção da saúde” (MOROSINI; FONSECA, 2018, p. 262).

Na primeira década de implantação do Programa Saúde da Família (PSF), a única exigência de escolaridade para se tornar um ACS era saber ler e escrever. A partir da Lei nº 10.507/2002, em um contexto em que apenas 18,2% dos ACS tinham completado o ensino médio e 0,6% o ensino superior, passou-se a exigir o ensino fundamental (MOROSINI; FONSECA, 2018). Até 2018, a formação predominante entre esses profissionais era em saúde, com 30,5 % dos ACS estudados formados como auxiliares e técnicos de enfermagem (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Apesar dessa mudança no perfil profissional do ACS, outras se mantiveram: a categoria é composta, predominantemente, por mulheres (FERRAZ; AERTS, 2005; Gomes *et al.*, 2009, PEDRAZA; SANTOS, 2017) que residem na área em que atuam (GUANAES-LOREZI; PINHEIRO, 2016), com carga horária de trabalho de 40 horas semanais e que possui a Visita Domiciliar como a atividade de maior importância, já que nesses encontros, os ACS são capazes de identificar situações de saúde que só chegam como uma demanda para o sistema de saúde por meio de sua atuação (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Gomes *et al.* (2009) listam as atribuições do ACS. São elas:

promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade e ajudar na prevenção/controlar a malária e da dengue (GOMES *et al.*, 2009, 747).

A Visita Domiciliar consiste no acompanhamento das condições de saúde das famílias da sua área de cobertura e na busca ativa de situações específicas, por meio de cadastro dos membros da família, realização de orientações diversas, informação sobre a dinâmica de funcionamento

dos serviços, entre outras ações (MOROSINI; FONSECA, 2018). Outra atividade muito importante atribuída ao ACS, mas agora dentro da UBS, é o acolhimento, ou seja, o ACS como a primeira pessoa a receber, escutar e interpretar as necessidades dos usuários (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Apesar de haver uma jornada de trabalho definida na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e mecanismos de controle, muitos desses profissionais trabalham muito além da carga horária determinada (MOROSINI; FONSECA, 2018). Isso se deve ao fato de muitos morarem na comunidade onde atuam, à necessidade de demonstrar disponibilidade como forma de legitimação perante os moradores, e à dificuldade de acesso aos serviços de saúde (MOROSINI; FONSECA, 2018). Além disso, há relatos de ACS que fazem visitas à noite para encontrar os moradores quando não os encontram durante o dia, por conta da lógica de gestão dos serviços, que se baseia no alcance mensal de um determinado número de famílias visitadas (MOROSINI; FONSECA, 2018).

Em relação à PNAB, a primeira edição, que data de 2006, ampliou o escopo e a concepção da Atenção Básica ao reconhecer a Saúde da Família como modelo substitutivo e de reorganização da atenção, além de revisar as funções das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MELO *et al.*, 2018). Em 2011, foi lançada a segunda edição da PNAB como uma forma de enfrentamento dos problemas remanescentes do SUS, apesar da expansão da ESF (MELO *et al.*, 2018). Isso pôde ser visto através de algumas ações como o Requalifica UBS, o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ), o Programa Mais Médicos (PMM) e a criação de diferentes modalidades de equipes, como os consultórios de rua (MELO *et al.*, 2018).

Em 2017, houve a publicação da terceira edição da PNAB, que foi precedida de diversas questões que culminaram na reestruturação da PNAB, como: um cenário de baixa participação estatal e maior carga de responsabilidade dos municípios no financiamento do SUS ao longo dos anos; crise política e econômica entre 2014 e 2015; aprovação da portaria nº 958/2016, que extingue a obrigatoriedade de incorporação de ACS de mais técnicos de enfermagem nas equipes de saúde da família (EqSF); aprovação da Emenda Constitucional nº 95 de dezembro de 2016, congelando os gastos com saúde e educação por 20 anos, prevendo

reajustes apenas com base na inflação; e a mudança nas regras do financiamento federal do SUS em 2017 (MELO *et al.*, 2018).

Em relação às principais mudanças feitas nessa última edição da PNAB, tem-se a diminuição dos ACS presentes na EqSF, além da mudança de seu perfil e a priorização da AB tradicional em detrimento da ESF, tendendo ao desmonte da ESF ao invés do enfrentamento dos seus problemas e desafios (MELO *et al.*, 2018). Além disso, a concentração de poder nos gestores formais do SUS nesse processo evidencia também que a gestão dessa política pública não tem sido contrabalanceada pela sociedade civil e pelos trabalhadores, produzindo mais uma cisão nas bases de sustentação do SUS (MELO *et al.*, 2018).

No que se refere à Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituída pela Portaria nº 2761, a formação do Agente Comunitário de Saúde, no âmbito dessa política, buscou o aprimoramento do trabalho em equipe na Atenção Básica em Saúde, permitindo uma reflexão sobre o papel do ACS e as suas práticas educativas, de mobilização social, promoção da saúde e promoção da equidade (BRASIL, 2013).

No dia a dia, os Agentes Comunitários de Saúde necessitam de suporte da equipe e dos gestores, no sentido de impedir a fragilização de suas ações (DANTAS *et al.*, 2018). Contudo, embora exista o reconhecimento acerca da importância desse profissional, ainda há pouco investimento na sua qualificação e uma falta de inserção e escuta do ACS na equipe, havendo pouco reconhecimento em relação a sua participação, o que acarreta em uma diminuição do seu processo crítico e de empenho com a prática de liderança na comunidade, de modo geral (DANTAS *et al.*, 2018).

A demanda da população e da equipe de saúde, em relação ao trabalho do ACS, gira quase sempre em torno da resolução de problemas de saúde já instalados e as práticas educativas acabam ficando quase sempre em segundo plano (BORNSTEIN; DAVID, 2014). Ao mesmo tempo, existe um agir educativo que pode ser observado nas relações informais dos ACS, através de saberes relevantes, vivências de relações e diálogos cotidianos, mas que não é reconhecido na sua amplitude e potencialidade, e sequer é registrado (BORNSTEIN; DAVID, 2014).

Atualmente, grande parte da carga de trabalho dos ACS tem sido ocupada com atividades de apoio e burocratizadas, como: a separação de prontuários dos usuários, a anotação do peso em consultas coletivas, a organização de espaços físicos para as atividades, a orientação de filas e até mesmo as atividades de limpeza (MOROSINI; FONSECA, 2018). As atividades realizadas dentro das UBSs também têm tomado um caráter mais burocrático no território, como a entrega de resultados de exames, Kit-odonto e agendamentos (MOROSINI; FONSECA, 2018). Esse conjunto de atividades tem concorrido com a disponibilidade para o trabalho mais elaborado de educação em saúde no território e outras atividades de cunho comunitário, como as visitas domiciliares (VDs) e ações de mobilização social e de atuação intersetorial, que tendem a ser simplificadas ou deixadas em segundo plano (MOROSINI; FONSECA, 2018).

De acordo com Ursine, Trelha e Nunes (2010) essa descaracterização e burocratização do papel do ACS, prejudicam seu desempenho. A desburocratização do trabalho do agente comunitário é importante para a boa mudança de modelo de atenção pretendida pela ESF (PEDRAZA; SANTOS, 2017). Além disso, muitos ACS são contratados como trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) por uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e esse tipo de vínculo dos ACS prejudica a qualidade de vida e, além disso, a ocupação de cargos instáveis deixam os ACS insatisfeitos com sua situação empregatícia (URSINE; TRELHA; NUNES, 2010).

Segundo Lourenção, Silva e Borges (2019), diversos fatores podem interferir na saúde dos ACS e comprometer a capacidade de atendimento das demandas médico-sociais por toda a equipe de Saúde da Família. São eles:

a existência de barreiras geográficas e culturais, vínculos trabalhistas precários, baixos salários, oportunidades de progressão reduzidas, baixo reconhecimento social e ausência de formação compatível, altos índices de violência e condições socioeconômicas precárias das comunidades (LOURENÇÃO; SILVA; BORGES, 2019, p.).

Em uma pesquisa realizada por Resende *et al.* (2011), a maioria dos ACS entrevistados apresentou grau de ansiedade moderado, e uma parcela mostrou ansiedade grave. Segundo os autores, isso ocorre por conta de características específicas da profissão. O ACS reside na comunidade onde atua e possui um perfil mais social do que técnico, apresentando características de solidariedade, iniciativa e liderança (RESENDE *et al.*, 2011). Além disso, os ACS são constantemente colocados diante de contradições sociais, o que também afeta seu

psicológico (RESENDE *et al.*, 2011). Por fim, ao sentir que não tem como compartilhar suas dificuldades, anseios e preocupações, o trabalhador tem um aumento na sua tensão emocional, o que pode levar ao surgimento da síndrome de *burnout* e/ou do estresse ocupacional (RESENDE *et al.*, 2011).

Além disso, os efeitos da PNAB de 2017, no que diz respeito à configuração das equipes da ESF, podem tornar os ACS em uma categoria profissional em extinção, tanto pela redução no contingente vinculado a cada equipe, como também pela descaracterização de suas atribuições (FACCHINI; TOMASI; DIÉLIO, 2018).

### **2.5. Os agentes comunitários de saúde na pandemia da COVID-19**

A pandemia COVID-19 representa um grande desafio para a área da saúde, pois influencia diretamente a dinâmica e o relacionamento entre os elementos que compõem os processos de trabalho e altera a prestação de cuidados em saúde nos territórios (MISTRY *et al.*, 2021). Nesse contexto, o ACS possui uma atuação muito importante no enfrentamento da doença, por conta do papel dos ACS na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Geralmente, esse profissional mora na mesma comunidade em que trabalha e tem conhecimento profundo da região coberto pela Estratégia de Saúde da Família, o que facilita a identificação e o monitoramento de casos (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2021).

Entretanto, a plena atuação do ACS depende de políticas intersetoriais, ou seja, é necessário que haja a construção de uma política de enfrentamento da COVID-19, com efetiva participação do ACS, levando em consideração ações intersetoriais voltadas à prevenção, além do treinamento adequado deste profissional em medidas de prevenção e detecção de casos da doença (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2021).

Durante a pandemia, o trabalho do ACS vai muito além das necessidades de saúde as quais lida em seu dia a dia, incluindo demandas que surgem de emergências e que requerem novos conhecimentos, como o uso de novas ferramentas como tecnologias de informação e comunicação e mídias sociais (MACIEL *et al.*, 2020). No entanto, os atributos de competência cultural e orientação para a comunidade, presentes no trabalho do ACS, não podem ser excluídos de suas funções diárias (MACIEL *et al.*, 2020).

Em tempos de pânico ou surto, esses atributos ajudam as medidas estabelecidas e recomendadas pelas autoridades de saúde do país a ter maior permeabilidade e aceitação por

parte da população (MACIEL *et al.*, 2020). Isso não acontece só pela capilaridade que o ACS tem no território, mas também porque este trabalhador é um dos principais responsáveis pelo reconhecimento das demandas e particularidades do território sob sua responsabilidade (MACIEL *et al.*, 2020).

A função de vigilância de saúde foi apontada como a chave para minimizar os danos e reduzir as mortes em emergências de saúde pública (MACIEL *et al.*, 2020). Além disso, por conta da função de vigilância, os ACS também são importantes na ampliação do acesso e identificação de demandas em saúde mental, seja por meio das visitas domiciliares ou por outras ações (SOUZA *et al.*, 2015).

De acordo Mistry *et al.* (2021) Agentes Comunitários de Saúde também podem ser cruciais no fornecimento de apoio psicossocial às pessoas em meio Pandemia da COVID-19. Em testes realizados na Índia, Uganda, Nepal e Paquistão, 70% dos atendidos por ACS treinados se recuperaram de problemas de saúde mental. Eles também ajudaram a compensar a escassa força de trabalho de saúde durante a pandemia (MISTRY *et al.*, 2021).

Portanto, esses trabalhadores podem ser treinados para fornecer apoio psicossocial, seja pessoalmente ou por telefone. (MISTRY *et al.*, 2021). Embora visitas domiciliares sejam limitadas durante a pandemia, os ACS podem ser a melhor opção para quem precisa se conectar com profissionais da APS nas proximidades (MISTRY *et al.*, 2021). Além disso, um dos objetivos do ACS é empoderar e envolver as pessoas na promoção da saúde, promover apoio social e emocional. Os ACS também podem fornecer o suporte básico em saúde mental para lidar com o estresse, ansiedade e depressão, que aumentaram durante a pandemia (MISTRY *et al.*, 2021).

Incorporar os ACS no fornecimento de apoio psicossocial pode resultar em uma economia de custos, pois, segundo Mistry *et al.* (2021) eles já demonstraram ser uma alternativa mais barata em comparação a outros profissionais de saúde. Por outro lado, é necessário um esforço extra para recrutar, pois muitos deles já estão empregados (MISTRY *et al.*, 2021). Fatores culturais podem impedir as pessoas de apresentarem condições psicológicas ou mascará-las como doenças psicossomáticas. Os ACS também estão aptos a resolver esse tipo de problema, porque eles compreendem as crenças culturais e as práticas de suas comunidades (MISTRY *et al.*, 2021).

Recapitulando, após a consagração do SUS na Constituição de 1988, a saúde passou a atuar a partir de uma noção centrada na prevenção dos agravos e promoção da saúde (BRASIL, 2000). No que diz respeito à APS, a sua consagração ocorreu a partir da Conferência de Alma-Ata em 1978, na qual se realizou a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (RODRIGUES *et al.*, 2014; LAPÃO *et al.*, 2017; SAKATA; MISHIMA, 2012).

No Brasil, as primeiras experiências de trabalho de agentes de saúde ocorreram na década de 80 com o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural (FONSECA *et al.*, 2012), evoluindo para o PACS em 1991 (SANTOS; FRACOLLI, 2010). Em 1994, a partir da avaliação positiva do programa, o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família, que posteriormente ficou conhecido como a Estratégia Saúde da Família (FORTES; SPINETTI, 2004).

A categoria dos ACS é composta, predominantemente, por mulheres (FERRAZ; AERTS, 2005; Gomes *et al.*, 2009, PEDRAZA; SANTOS, 2017) residentes na área em que atuam (GUANAES-LOREZI; PINHEIRO, 2016), com carga horária de trabalho de 40 horas semanais e que possui a Visita Domiciliar como a atividade de maior importância (MOROSINI; FONSECA, 2018). Embora exista o reconhecimento da importância desse profissional, ainda há pouco investimento na sua qualificação e uma falta de inserção e escuta do ACS na equipe (DANTAS *et al.*, 2018).

Em relação à pandemia, o ACS possui uma atuação muito importante no enfrentamento da doença, por conta de seu papel na promoção da saúde e na prevenção de agravos. Entretanto, sua plena atuação dependente de políticas intersetoriais de destaquem sua efetiva participação (VIEIRA-MEYER *et al.*, 2021).



### **3. Metodologia**

Este capítulo tem como objetivo apresentar a classificação da pesquisa, método e técnicas; características das organizações analisadas, instrumento e procedimentos de coleta e análise de dados.

#### **3.1. Método, Classificação e Técnicas de pesquisa**

Quanto à abordagem, a presente pesquisa se caracterizou como quantitativa, pois, segundo Silva e Menezes (2005), esse método considera que tudo pode ser quantificável, ou seja, informações podem ser transformadas em números para sua classificação e análise. De acordo com Vergara (1998), um estudo pode ser classificado quanto aos seus fins e meios. Quanto aos fins, esta pesquisa se caracterizou como descritiva, uma vez que expos características de determinado fenômeno. Quanto aos meios, se caracterizou como uma pesquisa documental, que se constitui no “exame de materiais de natureza diversa, que ainda não receberam um tratamento analítico, ou que podem ser reexaminados, buscando-se novas e/ ou interpretações complementares” (GODOY, 1995, p. 21).

Segundo Godoy (1995), além de a pesquisa documental trazer contribuições importantes no estudo de alguns temas, os documentos normalmente são considerados importantes fontes de dados para diversos tipos de estudos qualitativos, merecendo, portanto, atenção especial. Uma das vantagens básicas desse tipo de pesquisa é que permite o estudo de pessoas às quais não temos acesso físico, o que ocorre nessa pesquisa, pois caso este estudo não fosse documental, seria necessária a realização de entrevistas com gestores de postos de saúde, com equipes de saúde da família e demais equipes atuantes em unidades básicas de saúde, o que é inviável devido às recomendações de saúde e aumento da carga de trabalho desses profissionais.

#### **3.2. Amostra de documentos**

Os documentos analisados constavam no sítio eletrônico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), do Ministério da Saúde e da Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde (BVS APS). Além disso, a comunicação de massa jornalística (em modalidade textual ou audiovisual) disponível digitalmente também será analisada, caso contenha informações relevantes para a pesquisa. Todos os documentos analisados são do ano de 2020.

O Ministério da Saúde foi escolhido por ter sido o órgão ao qual os agentes comunitários de saúde são vinculados. Já a escolha da Fiocruz se deu por ser a instituição de ciência e tecnologia em saúde mais destacada da América Latina<sup>2</sup> além de ser vinculada ao Ministério da Saúde. Por fim, a BVS APS foi selecionada por estar orientada para a gestão da informação científica e técnica relacionada à Atenção Primária à Saúde, que é justamente o nível de atenção em que os agentes comunitários atuam dentro do SUS.

Quadro 6: Documentos analisados e seus respectivos *links*

Documento	Link
Fiocruz	
Monitor ACS	<a href="https://acscovid19.fiocruz.br/">https://acscovid19.fiocruz.br/</a>
Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19	<a href="https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_acs_poli.pdf">https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_acs_poli.pdf</a>
MS	
Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view">https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view</a>
Novo Boletim Epidemiológico da Covid-19 traz balanço de infecções em profissionais de saúde	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/novo-boletim-epidemiologico-da-covid-19-traz-balanco-de-infecoes-em-profissionais-de-saude">https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/novo-boletim-epidemiologico-da-covid-19-traz-balanco-de-infecoes-em-profissionais-de-saude</a>
Nota Conjunta nº 02/2020 do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS sobre assinatura de portarias conjuntas para ações de enfrentamento ao coronavírus	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-conjunta-n-02-2020-do-ministerio-da-saude-conass-e-conasems-sobre-assinatura-de-portarias-conjuntas-para-acoes-de-enfrentamento-ao-coronavirus">https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-conjunta-n-02-2020-do-ministerio-da-saude-conass-e-conasems-sobre-assinatura-de-portarias-conjuntas-para-acoes-de-enfrentamento-ao-coronavirus</a>
Estados e municípios terão R\$ 2,2 bilhões para COVID-19 e assistência à saúde da população	<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/estados-e-municipios-terao-r-2-2-bilhoes-para-covid-19-e-assistencia-a-saude-da-populacao">https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/estados-e-municipios-terao-r-2-2-bilhoes-para-covid-19-e-assistencia-a-saude-da-populacao</a>
BVS APS	
Quais as ações do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da COVID-19?	<a href="https://aps.bvs.br/aps/quais-as-acoes-do-agente-comunitario-de-saude-no-enfrentamento-da-covid-19/">https://aps.bvs.br/aps/quais-as-acoes-do-agente-comunitario-de-saude-no-enfrentamento-da-covid-19/</a>
Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19	<a href="https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095405/20200403_recomendacoes_acs_covid19_ver002_final_b.pdf">https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095405/20200403_recomendacoes_acs_covid19_ver002_final_b.pdf</a>

Fonte: elaboração própria

### 3.3. Instrumento

<sup>2</sup> Informação extraída de <https://portal.fiocruz.br/fundacao> em 15 de setembro de 2021.

O presente estudo analisou a atuação dos ACS no Brasil durante a pandemia da COVID-19 por meio da pesquisa documental, com o objetivo de identificar diversos pontos que respondem ao problema de pesquisa, tendo como base o seguinte roteiro.

- Mudanças nos processos de trabalho do ACS;
- Sofrimento emocional dos ACS;
- Contaminação dos ACS.

### **3.4. Procedimentos de coleta e análise dos dados**

Os documentos foram coletados da seguinte forma: no site da Fiocruz, foram utilizados os termos “agentes comunitários de saúde” OR “agente comunitário de saúde”, com o filtro de doença covid-19. No site da BVS APS a pesquisa foi feita cruzando os termos (“agentes comunitários de saúde” OR “agente comunitário de saúde”) AND covid-19. Já na plataforma do Ministério da Saúde, a pesquisa foi feita utilizando os termos “agentes comunitários de saúde” AND covid-19. A pesquisa não foi feita exatamente da mesma forma como na BVS APS, pois o site do Ministério da Saúde não permite a realização de cruzamentos um pouco mais complexos.

Para analisar os documentos levantados nesta pesquisa foi utilizada a estatística descritiva, utilizando gráficos para demonstrar a frequência de ocorrência de determinados fatos relatados por agentes comunitários de saúde. Os resultados foram organizados em três categorias: contaminação, processos de trabalho e sofrimento emocional.

## 4. Resultados e Discussão

O capítulo foi dividido em três partes: contaminação, processos de trabalho e sofrimento emocional.

### 4.1. Contaminação

Em abril de 2020, o Ministério da Saúde lançou um documento intitulado **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**, contendo informações com o objetivo de auxiliar os serviços e trabalhadores da saúde na implementação de ações e estratégias que minimizem a exposição a doenças respiratórias. Segundo esse documento, “todos os serviços de saúde devem garantir a adoção de medidas e mecanismos de proteção e promoção à saúde para todos os trabalhadores que atuam nos serviços, sejam eles empregados, terceirizados ou pertencentes a outras modalidades de vínculos” (BRASIL, 2020a, p.10). Ele se divide em Introdução, Trabalhadores dos Serviços de Saúde, Obrigações dos serviços de saúde em relação à proteção à saúde do trabalhador, Medidas de controle Gerenciamento e disposição dos resíduos de serviços de saúde (RSS), Limpeza e desinfecção de superfícies, Processamento de produtos para a saúde, Processamento de roupas de serviços de saúde, Etapas para os serviços de saúde se prepararem para a COVID-19 e Orientações sobre saúde mental no trabalho de enfrentamento da COVID-19.

As medidas de controle da Covid-19 nos ambientes e processos de trabalho dos profissionais de saúde, foram divididas em controle de engenharia, controle administrativo e proteção individual. As medidas de controle engenharia são alterações que se aplicam aos processos e ambientes de trabalho. A implantação dessas medidas deve ser priorizada, já que protegem tanto trabalhadores quanto pacientes (BRASIL, 2020a). O documento lista 13 medidas de controle de engenharia e cinco serão citadas aqui por motivos de exemplificação:

- “Definição e instalação de espaços de acolhimento e triagem que possibilite a identificação (e o isolamento) de pacientes suspeitos de COVID-19 antes ou imediatamente após a chegada ao estabelecimento de saúde” (BRASIL, 2020a, p.12);
- “Fornecimento aos trabalhadores de condições para higiene simples das mãos: lavatório/ pia com dispensador de sabonete líquido, suporte para papel toalha, papel toalha, lixeira com tampa e abertura sem contato manual” (BRASIL, 2020a, p.13);

- “Fornecimento de máscara cirúrgica aos casos suspeitos de síndrome gripal ou síndrome respiratória aguda grave logo na chegada ao serviço de saúde” (BRASIL, 2020a, p.13);
- “Instalação de barreiras físicas, como placas de vidros, acrílicas ou janelas para atendimento administrativo dos usuários e pacientes” (BRASIL, 2020a, p.13);
- “Instalação de dispensadores com preparações alcoólicas para a higiene das mãos (sob as formas gel ou solução a 70%) nas salas de espera” (BRASIL, 2020a, p.13).

As medidas de controle administrativo são alterações nas políticas ou rotinas de trabalho, com o objetivo de reduzir a exposição a um risco, sua duração, frequência ou intensidade (BRASIL, 2020a). O documento do Ministério da Saúde lista 36 medidas de controle administrativo e 5 serão citadas aqui para exemplificação:

- “Desenvolvimento de planos de comunicação de emergência, incluindo espaços e canais de comunicação para responder às preocupações dos trabalhadores (não presenciais, se possível)” (BRASIL, 2020a, p.14);
- “Promoção de educação e treinamento atualizados sobre os fatores de risco, comportamentos de proteção do COVID-19, cuidados e medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas pelos serviços de saúde, incluindo o manejo do paciente” (BRASIL, 2020a, p.14);
- “Implementação de políticas não punitivas, para permitir que o profissional de saúde que apresente sintomas de infecção respiratória seja afastado do trabalho” (BRASIL, 2020a, p.15);
- “Manutenção de espaço de escuta aos representantes dos trabalhadores dos serviços de saúde para garantir uma gestão protetiva e mais humanizada da atenção à saúde” (BRASIL, 2020a, p.17);
- “Se possível, disponibilizar apoio psicossocial aos trabalhadores e familiares, mesmo que seja à distância, por meio de telefones ou aplicativos” (BRASIL, 2020a, p.17);

Já as medidas de proteção individual são aquelas que se utilizam de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e visam minimizar o risco de contato do trabalhador com o Coronavírus (BRASIL, 2020a). De acordo com o documento lançado pelo Ministério da Saúde, os tipos de equipamentos necessários para a prevenção do COVID-19 nos serviços de

saúde são baseados nas tarefas executadas; risco biológico; devem estar regularizados junto aos órgãos certificadores e à Anvisa; devem ser usados adequadamente; devem ser higienizados e/ ou descartados periodicamente, reparados e substituídos de acordo com instruções do fabricante (BRASIL, 2020a). Em geral, os EPIs que devem ser disponibilizados aos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 são: gorro, óculos de proteção ou protetor facial, máscara, avental impermeável de mangas compridas e luvas de procedimento (BRASIL, 2020a).

O Ministério da Saúde também lançou em março o documento intitulado **Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19**, que entre outras informações, discorre sobre as medidas a serem tomadas pelos agentes para evitar o contágio. São elas: o uso de máscara, lavagem correta das mãos e limpeza e desinfecção de superfícies tocadas com frequência (BRASIL, 2020b).

Em julho de 2020, três meses depois da publicação do documento **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**, o Ministério da Saúde publicou em seu portal de notícias que, até o dia 4 daquele mês, 173.440 casos de Covid-19 foram confirmados em profissionais da área da saúde de todo o país (BRASIL, 2020c). As profissões com maior registro de casos foram os técnicos ou auxiliares de enfermagem (59.635), enfermeiros (25.718), médicos (19.037), Agentes Comunitários de Saúde (8.030) e recepcionistas de unidades de saúde (7.642) (BRASIL, 2020c).

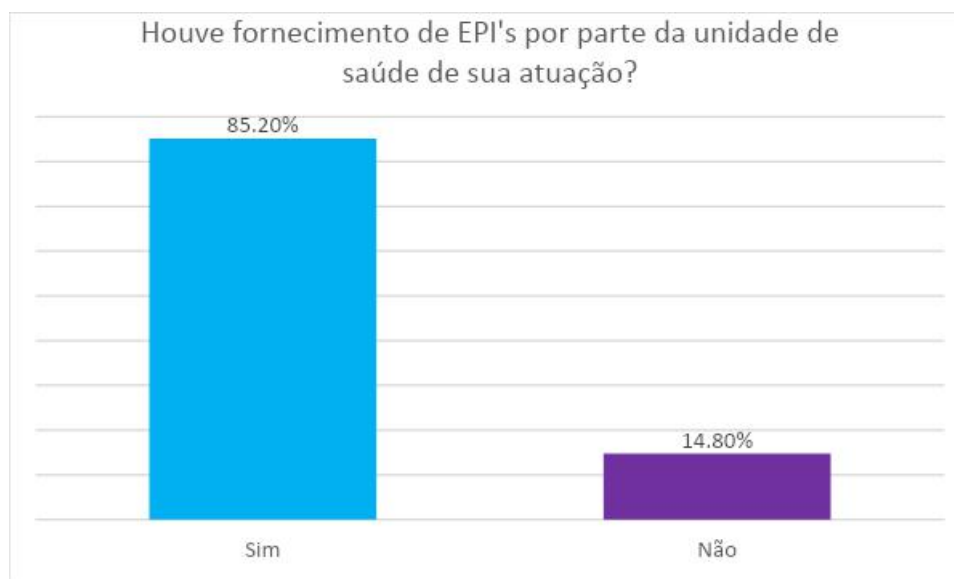
Também em julho de 2020, a Fiocruz lançou a **Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19**. No que se referem às condições de trabalho desses profissionais, a Fiocruz fez recomendações sobre as atividades dos ACS nas UBSs, para que houvesse fornecimento adequado e suficiente de EPIs e a garantia de condições de higiene e de saneamento; fez recomendações sobre as atividades nos territórios, principalmente em relação à sua redução; fez recomendações de distanciamento e uso de EPIs em relação às visitas domiciliares; recomendou que a forma como o cadastramento de novos usuários fosse radicalmente reformulada; sugeriu a realização de teletrabalho, tanto na casa do ACS, quanto nas UBSs; e

também fez sugestões a respeito de ACS que se enquadram no grupo de risco para a Covid-19 (FIOCRUZ, 2020b).

A Fundação Oswaldo Cruz realizou uma pesquisa no ano de 2020, que culminou em um painel digital disponibilizado em uma plataforma virtual com o registro do impacto da pandemia sobre a saúde dos ACS. O objetivo da pesquisa foi analisar os impactos da pandemia de COVID-19 na saúde dos ACS e as demandas desses trabalhadores em relação às suas condições de trabalho e formação profissional. O estudo foi realizado com ACS de São Paulo, Rio de Janeiro e Fortaleza, por terem sido as três capitais do país que apresentaram um número elevado de casos e os primeiros registros de transmissão comunitária da Covid-19 durante o período de realização da pesquisa, bem como de cidades de cada uma das respectivas regiões metropolitanas – Guarulhos, São Gonçalo e Maracanaú (FIOCRUZ, 2020b). No período de abril a maio de 2020, 1978 ACS foram entrevistados e de junho a julho de 2020, 884 ACS foram entrevistados.

No que diz respeito aos EPIs, é possível perceber duas situações: o recebimento ou não desses equipamentos por parte dos agentes e o sentimento de segurança dos ACS em relação aos EPIs. O Gráfico 1 ilustra a primeira situação no período de abril a maio de 2020.

Gráfico 1: Fornecimento de EPI (abril a maio de 2020)



Fonte: FIOCRUZ, 2020

Segundo o Gráfico 1, 1686 ACS responderam que houve fornecimento de EPIs em sua unidade de saúde de atuação, enquanto 292 agentes afirmaram não ter havido esse fornecimento. Agora em relação ao sentimento de segurança com os EPIs, o Gráfico 2 mostra o seguinte:

Gráfico 2: Sentimento de segurança em relação ao EPI (abril a maio de 2020)



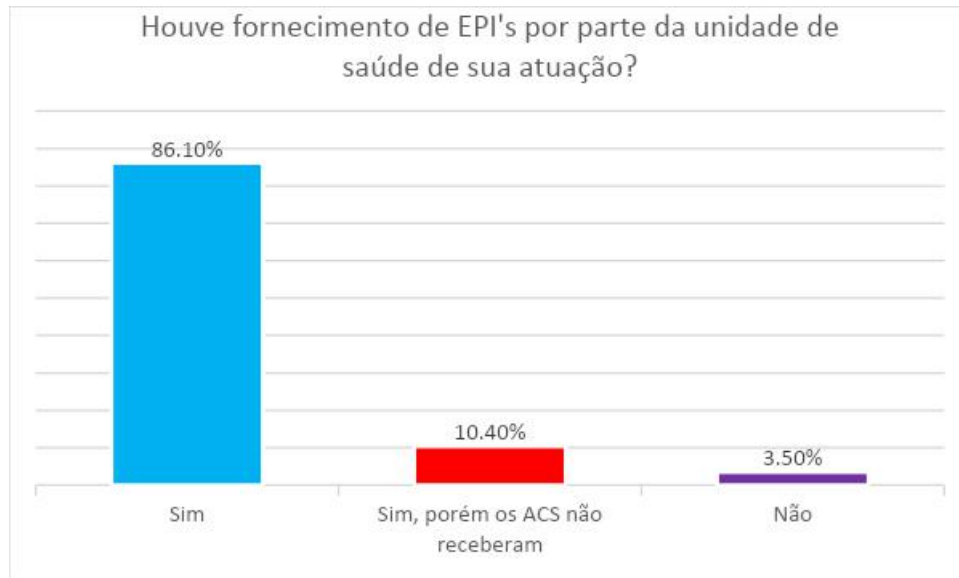
Fonte: FIOCRUZ, 2020

Como mostra o Gráfico 2, 1399 ACS se sentiram inseguros em relação aos EPIs fornecidos por suas respectivas unidades de saúde, enquanto 226 se sentiam seguros e 61 não souberam responder.

As mesmas questões foram feitas a ACS no período de junho a julho de 2020. O Gráfico 3 ilustra a situação do fornecimento de EPIs nas UBSs:

Gráfico 3: Fornecimento de EPI (junho a julho de 2020)





Fonte: FIOCRUZ, 2020

É interessante observar que agora aparece uma terceira resposta por parte dos ACS além do sim ou não. Desta vez, 761 agentes disseram que suas unidades forneceram os equipamentos, porém, 92 ACS, apesar de também estarem inseridos em UBSs que forneceram EPIs, não receberam os equipamentos. O restante dos agentes, 31, disseram que suas unidades não forneceram os equipamentos.

A relação de segurança dos ACS no que se refere aos EPIs no período de junho a julho de 2020 é mostrada no Gráfico 4.

Gráfico 4: Sentimento de segurança em relação ao EPI (abril a maio de 2020)



Fonte: FIOCRUZ, 2020

O sentimento de insegurança em relação aos EPIs fornecidos que foi mostrado no Gráfico 2 parece permanecer entre a maioria dos ACS que participaram da pesquisa no período de junho a julho de 2020. Como é possível observar, 472 agentes relataram um sentimento de insegurança, 190 ACS se sentiram seguros em relação aos equipamentos fornecidos e 99 não souberam dizer.

Corroborando com as informações acima, tem-se o estudo de Lotta *et al.* (2020b), realizado com 1.456 profissionais de saúde que revelou que menos da metade recebeu EPI para atuar durante a pandemia, sendo os ACS e ACE os que menos receberam (19,65%), em comparação com os enfermeiros (52,94%), médicos (62,28%) e outros profissionais de saúde (47,80%). Ainda de acordo com os autores, o uso adequado de EPIs de boa qualidade, como máscaras, álcool em gel e luvas, são indispensáveis para manter os serviços essenciais funcionando de forma segura. Entretanto, apenas 32,9% dos profissionais entrevistados acredita que recebeu materiais adequados para trabalhar diariamente com segurança durante a pandemia (LOTTA *et al.*, 2020b).

#### 4.2. Processos de trabalho

O Ministério da Saúde e os Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde (CONASS) e de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) participaram, no dia 21 de maio de 2020, da

3ª Reunião Ordinária da Comissão Intergestores Tripartite 2020 (BRASIL, 2020d), com o objetivo de avançarem nas discussões e pactuações relacionadas à resposta brasileira à COVID-19 e ampliação do acesso da população às unidades de Atenção Primária e aumentam a força de trabalho no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2020d).

Durante a reunião foram assinadas sete portarias, que corresponderam à liberação de R\$ 2,2 bilhões de recursos para serviços da atenção primária e especializada em atendimento às demandas de estados e municípios (BRASIL, 2020e). O Ministério da Saúde também assinou portarias para fortalecer a Atenção Primária, com investimentos que chegaram a mais de R\$ 178 milhões em 2020 (BRASIL, 2020e). Uma dessas portarias credencia 369 municípios a receberem recursos referentes ao total de 1.909 Agentes Comunitários de Saúde, 527 Equipes de Saúde da Família e 810 equipes de Saúde Bucal, com uma estimativa de mais de 1,8 milhão de pessoas beneficiadas (BRASIL, 2020e).

Durante a pandemia da Covid-19, o Agente Comunitário da Saúde pode atuar tanto no acompanhamento dos casos em domicílio como no primeiro contato na recepção da Unidade Básica de Saúde, sempre usando Equipamento de Proteção Individual (EPI) de maneira adequada (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA, 2020). Esse profissional também pode atuar na visita domiciliar (BRASIL, 2020a), identificando pessoas que tiveram contato com caso suspeito ou confirmado, além de auxiliar na realização de busca ativa (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA, 2020).

Da mesma forma, o ACS também pode atuar caso um indivíduo apresente sinais e sintomas da doença, orientando a buscar a UBS e comunicar à equipe sobre esses casos (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA, 2020; BRASIL, 2020a); também pode auxiliar no gerenciamento de insumos e equipamentos necessários para a realização das atividades de atenção à Covid-19 (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA, 2020); atuar junto a outros espaços da comunidade, fora os domicílios, informando aos cidadãos sobre os sinais, sintomas e medidas de prevenção e controle da Covid-19, estimulando a mobilização e a vigilância (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA, 2020, BRASIL, 2020a); auxiliar no atendimento através do FAST-TRACK - “Fluxo rápido” COVID-19 na identificação de pacientes sintomáticos, tomando os devidos cuidados de proteção e isolamento (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA, 2020).

O ACS também pode organizar o fluxo de acolhimento de modo a evitar aglomeração de grupos com mais de 10 pessoas; pode auxiliar as atividades de campanha de vacinação e apoiar a equipe nas atividades administrativas e de prevenção desenvolvidas na unidade saúde (NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA, 2020).

Em relação às visitas domiciliares, atividade considerada de maior importância do ACS e que durante a pandemia se tornou uma importante ferramenta para informar, fazer busca ativa de suspeitos e acompanhamento de casos (BRASIL, 2020a), a Secretaria de Atenção Primária à Saúde listou algumas medidas de forma a garantir a segurança do paciente e do ACS. São elas: não realizar atividades dentro domicílio, estando elas limitadas à área peri domiciliar (frente, lados e fundo do quintal ou terreno); priorizar visita aos pacientes considerados de risco, sendo elas pessoas com 60 anos ou mais ou com doenças crônicas não transmissíveis; manter distanciamento do paciente de no mínimo 2 metros e caso não haja possibilidade de distanciamento, utilizar máscara cirúrgica; higienizar as mãos com álcool em gel; e em caso de visita às pessoas com suspeitas de Covid-19, sempre utilizar máscara cirúrgica e garantir uso de EPI apropriado (BRASIL, 2020a).

Além disso, o registro da ficha de visita domiciliar e a de cadastro individual são instrumentos que, segundo o Ministério da Saúde, não devem ser preenchidos por contato telefônico ou qualquer outro meio de telecomunicação, mas sim in loco para que a visita se caracterize como uma visita domiciliar, que é o escopo destes instrumentos de coleta de dados (BRASIL, 2020b).

Citando novamente a pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz que culminou em um painel digital disponibilizado em uma plataforma virtual com o registro do impacto da pandemia sobre a saúde dos ACS, é possível encontrar diversas informações a respeito das mudanças nos processos de trabalho dos ACS durante a pandemia. No que diz a respeito às visitas domiciliares, o Gráfico 5 mostra as mudanças ocorridas no período de maio a abril de 2020.

Gráfico 5: mudanças nas visitas domiciliares (abril a maio de 2020)



Fonte: FIOCRUZ, 2020

A maioria dos agentes comunitários de saúde percebeu uma redução das visitas, 413 ACS alegaram não perceber nenhuma mudança, 337 profissionais tiveram essa atividade suspensa e uma minoria alegou um aumento no número de visitas domiciliares realizadas. O mesmo comportamento pode ser observado no Gráfico 6, que mostra a entrevista feita com ACS no período de junho a julho de 2020.

Gráfico 6: mudanças nas visitas domiciliares (junho a julho de 2020)



Fonte: FIOCRUZ, 2020

A maioria dos agentes percebeu uma redução nas visitas domiciliares durante a pandemia, 148 tiveram as visitas suspensas, 220 ACS disseram não haver mudanças nessa atividade em específico e a minoria, 92 agentes alegaram um aumento das visitas domiciliares.

No período de abril a maio de 2020 (a pergunta não se repetiu do período de junho a julho), os ACS foram questionados pelos pesquisadores da Fiocruz sobre as mudanças relacionadas às atividades educativas realizadas com grupos. O resultado pode ser visto no Gráfico 7.

Gráfico 7: mudanças em relação às atividades educativas com grupos (abril a maio de 2020)

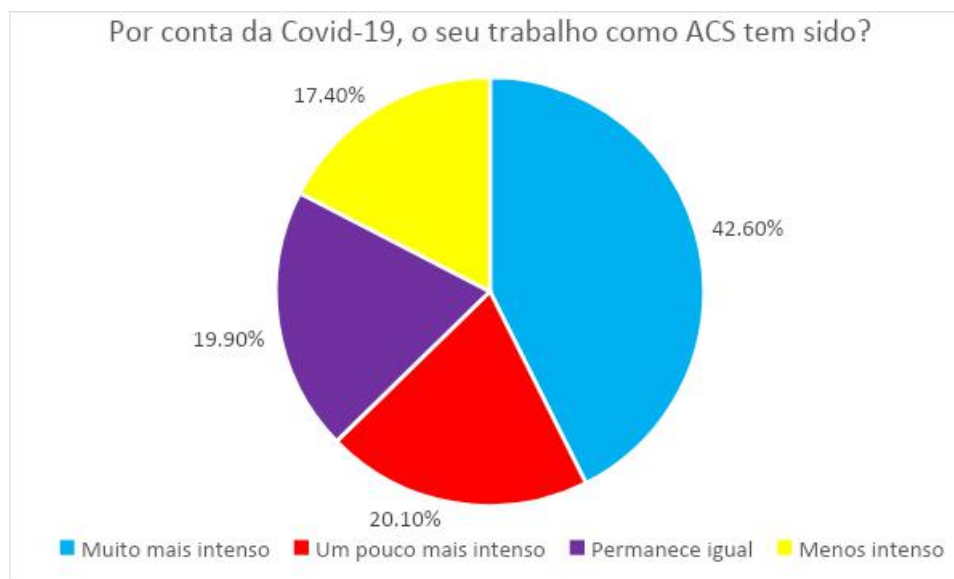


Fonte: FIOCRUZ, 2020

Grande parte dos ACS, 1747 profissionais, alegou que as atividades educativas com grupos foram suspensas durante a pandemia da COVID-19, 39 agentes disseram não perceber mudanças, 171 agentes perceberam uma redução dessas atividades e 22 pessoas alegaram um aumento das atividades educativas com grupos.

De abril a maio de 2020, os ACS foram questionados a respeito da intensidade do trabalho realizado por eles durante a pandemia da COVID-19, como mostra o Gráfico 8.

Gráfico 8: intensidade do trabalho por conta da Covid-19 (abril a maio de 2020)

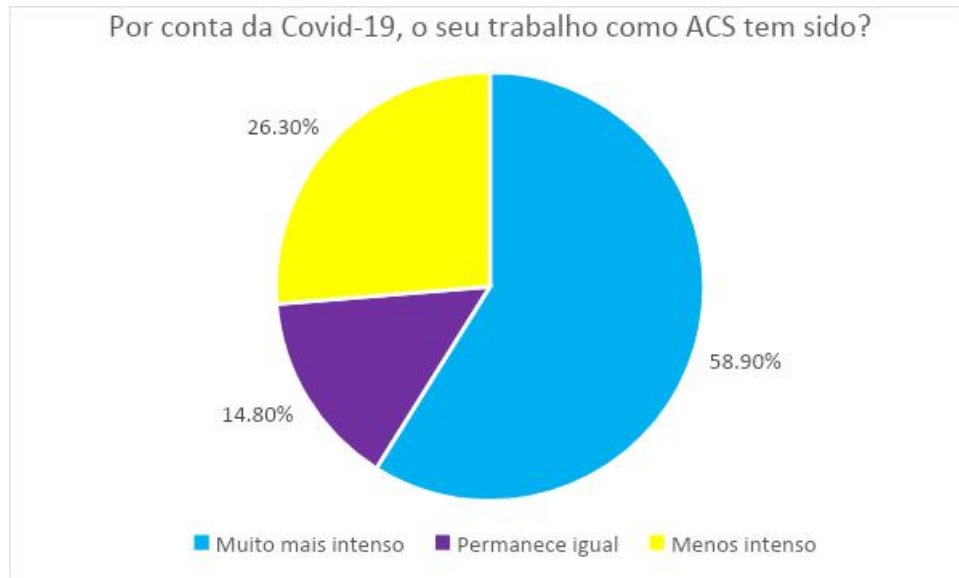


Fonte: FIOCRUZ, 2020

No que diz respeito à carga laboral desses profissionais, 842 ACS declararam ter uma carga de trabalho muito mais intensa por conta da pandemia, 398 disseram que a carga aumentou um pouco mais, 394 agentes declararam que a carga de trabalho é a mesma da anterior à pandemia e 344 ACS notaram uma redução em sua carga de trabalho.

A mesma pergunta foi feita à agentes comunitários de saúde no período de junho a julho de 2020. É possível notar uma mudança no comportamento do gráfico, como será mostrado a seguir no Gráfico 9.

Gráfico 9: Intensidade do trabalho por conta da Covid-19 (junho a julho de 2020)



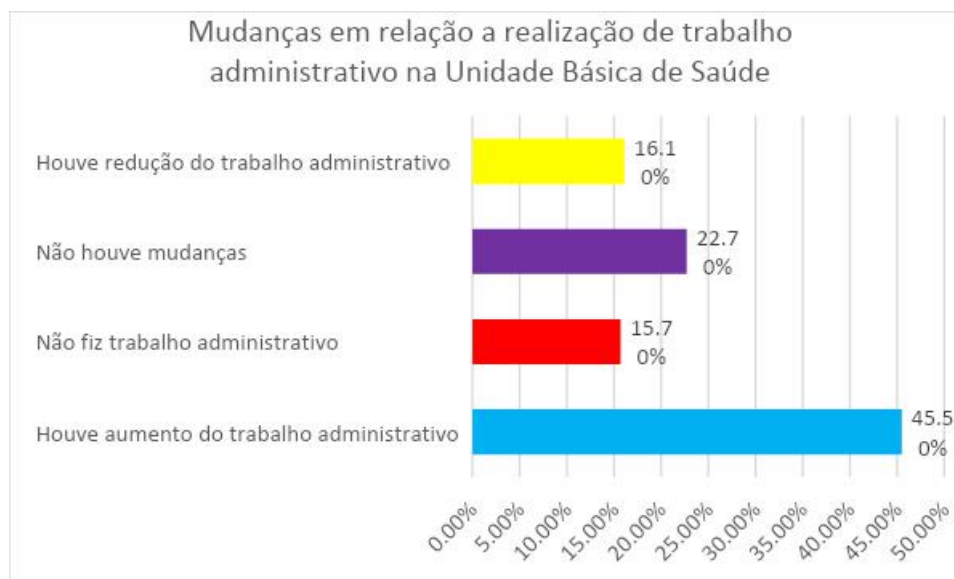
Fonte: FIOCRUZ, 2020

Como é possível observar, 521 ACS relataram que a carga de trabalho ficou muito mais intensa por conta da pandemia, 131 agentes disseram que a carga permanece igual e 232 ACS contaram que a carga de trabalho se tornou menos intensa.

A última pergunta feita pelos pesquisadores da Fiocruz para os ACS, em relação aos processos de trabalho desses profissionais durante a pandemia no período de junho a julho, foi em relação ao aumento de trabalho administrativo realizado pelos agentes dentro das Unidades Básicas de Saúde (Gráfico 10).

Gráfico 10: Realização de trabalho administrativo na Unidade Básica de Saúde por conta da Covid-19 (junho a julho de 2020)





Fonte: FIOCRUZ, 2020

Durante a pandemia então, foi relatado pelos ACS, em sua maioria, 402 agentes, que houve um aumento das funções administrativas que eles passaram a realizar na UBS. Em contrapartida, 139 ACS disseram que não realizaram trabalho administrativo, 201 agentes não perceberam mudanças e 142 profissionais perceberam uma redução desse trabalho.

Os documentos publicados pelo Ministério da Saúde para guiar as práticas dos ACS durante a pandemia da COVID-19 priorizaram as ações de vigilância em saúde e administrativas, com atividades de auxílio no atendimento por meio do Fast-Track e auxílio nas atividades de campanha de vacinação, o que segundo Mélló *et al.* (2020) se configura como desvio de função.

Também foi possível perceber orientações contraditórias em relação ao uso do telefone para monitorar famílias, pois os documentos do Ministério da Saúde priorizam o seu uso como medida de segurança, tanto para os ACS quanto para os usuários, mas ao mesmo tempo proíbe o uso do aparelho para ações de cadastramento de famílias (MÉLLO *et al.*, 2021). O uso da telemedicina e uso de redes sociais para monitoramento das famílias também foi visto pelos ACS como um desafio no que diz respeito aos processos de trabalhos desses profissionais, já que as tecnologias são uma novidade, não substituem o contato face a face e as barreiras de exclusão digital se colocam como desafios para a realização do atendimento à distância (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2020).

Ainda falando das visitas domiciliares, em um estudo realizado por Fernandes, Lotta e Corrêa (2020), os ACS apontam um aumento na suspensão das visitas, como mostra os Gráficos 5 e 6, o que é considerado por esses profissionais um dos fatores de descaracterização de suas atividades de trabalho. A realização das mesmas no portão das casas, como recomenda Secretaria de Atenção Primária à Saúde, foi vista como uma forma de distanciamento dos usuários bem como a suspensão das atividades em grupo (Gráfico 7) e intensificação do trabalho por conta do aumento da demanda, principalmente administrativa (Gráficos 8, 9 e 10) (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2020).

No que diz respeito à orientação, por parte dos ACS, à população sobre a doença, medidas de prevenção e sintomas, Mélo *et al.* (2020) destacam que os documentos publicados pelo Ministério da Saúde não detalham como o agente irá desenvolver orientações educativas e manejar os sinais e sintomas identificados.

De acordo com Fernandes, Lotta e Corrêa (2020), algumas das dinâmicas de trabalho que descaracterizam a atuação dos ACS, como a suspensão de visitas domiciliares e atividades em grupo e realização de trabalhos administrativos, já vinham ocorrendo nos últimos anos e apenas foram intensificadas pela pandemia. Um exemplo é o estudo de Morosini e Fonseca (2018) que aponta para a burocratização das atividades dos ACS e a retenção desses profissionais nas unidades de saúde para a realização de atividades internas.

### **4.3. Sofrimento emocional**

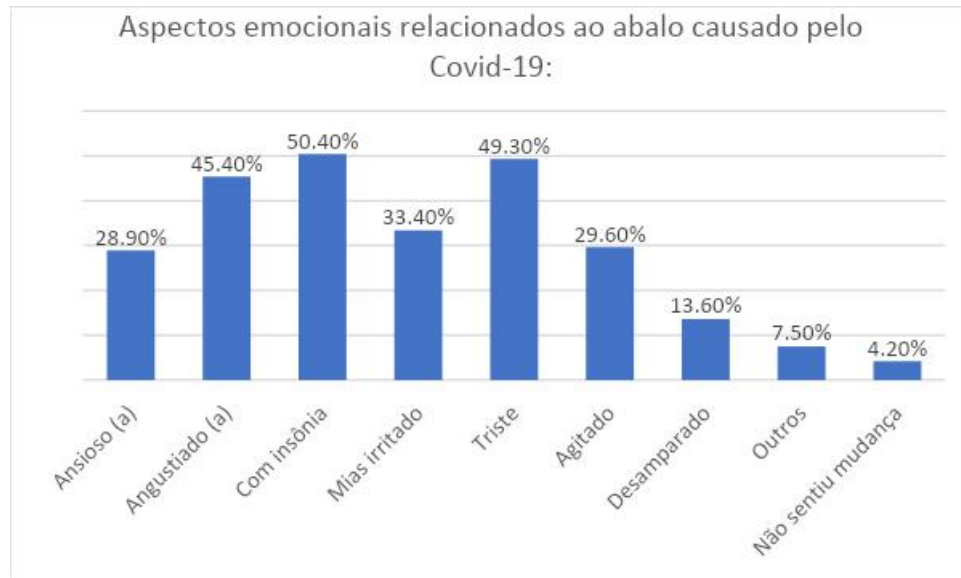
Citando novamente o documento **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais** lançado em abril de 2020 pelo Ministério da Saúde, é possível encontrar orientações a respeito de saúde mental no trabalho de enfrentamento da COVID-19, para os trabalhadores da saúde. As recomendações são divididas entre líderes de equipes ou gerentes, e auto cuidado tais como:

- “Garantir que as necessidades básicas dos profissionais estejam supridas; comida suficiente e saudável, água em abundância, descanso e banheiros adequados” (BRASIL, 2020a, p.30);

- “Implementar horários flexíveis para os trabalhadores diretamente afetados ou que tenham um membro da família afetado por um evento estressante” (BRASIL, 2020a, p.30);
- “Facilitar o acesso e garantir que os funcionários estejam cientes de onde podem acessar serviços de saúde mental e apoio psicossocial, incluindo no local de trabalho, se disponível, ou suporte por telefone ou outras opções de serviço remoto” (BRASIL, 2020a, p.31);
- Durante o trabalho ou entre turnos, alimente-se, faça alongamentos, e mantenha contato com a família e os amigos (BRASIL, 2020a, p.31);
- Evite usar estratégias inúteis de enfrentamento, como uso de tabaco, álcool ou outras drogas. A longo prazo, isso pode piorar o seu bem-estar físico e mental (BRASIL, 2020a, p.32);
- Se você se sentir extremamente sobrecarregado(a), desesperado(a) estressado(a), ansioso(a), depressivo(o) busque ajuda de colegas, familiares, dos seus superiores ou ajuda de um profissional (BRASIL, 2020a, p.32).

De acordo com a referida pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz, é possível encontrar dados a respeito das condições emocionais dos ACS durante a pandemia. No Gráfico 11 podem ser vistos aspectos emocionais relacionados a abalos causados pela Covid-19.

Gráfico 11: aspectos emocionais relacionados a abalos causados pela Covid-19 (abril a maio de 2020)



Fonte: FIOCRUZ, 2020

É importante salientar que para essa questão, os ACS puderam responder a mais de uma opção. Os três aspectos emocionais mais citados na pesquisa de abril a maio de 2020 foram insônia, tristeza e angústia. A mesma pergunta feita aos ACS no período de junho a julho mostrou o seguinte resultado:

Gráfico 12: aspectos emocionais relacionados a abalos causados pela Covid-19 (junho a julho de 2020)

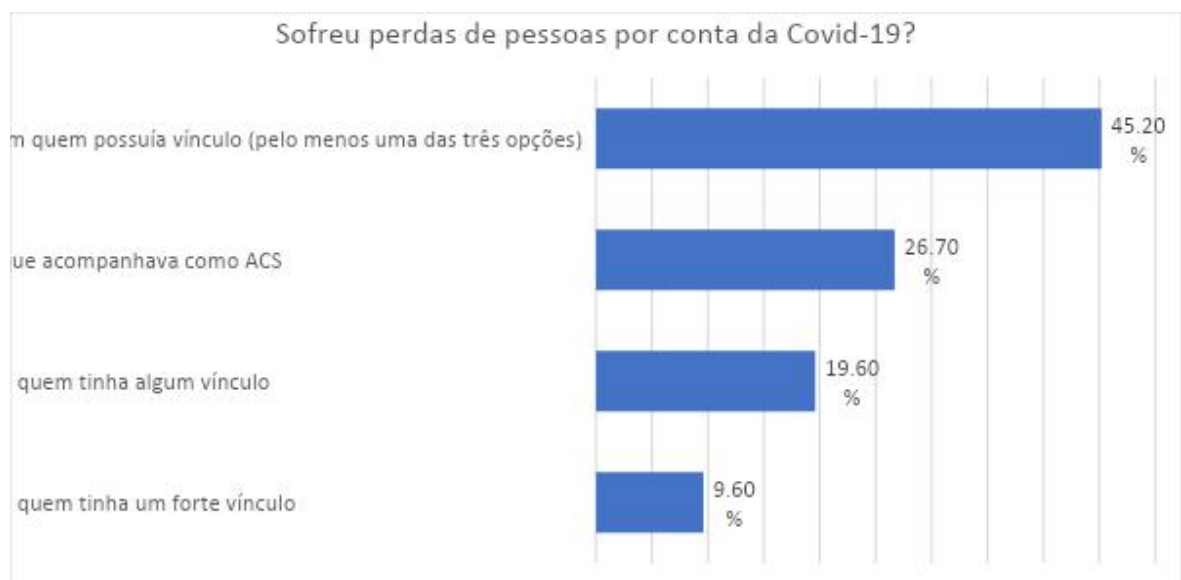


Fonte: FIOCRUZ, 2020

Os aspectos emocionais mais citados dessa vez foram ansiedade, angústia e insônia. Não houve um ACS que não sentiu mudanças, como foi apontado na pesquisa de abril a maio de 2020. É importante salientar que neste gráfico, os ACS puderam escolher mais de uma opção de resposta.

Ainda falando do sofrimento emocional dos ACS, o Gráfico 9 diz respeito às perdas sofridas por esses profissionais no período de abril a maio de 2020. É importante salientar que neste gráfico, os ACS puderam escolher mais de uma opção.

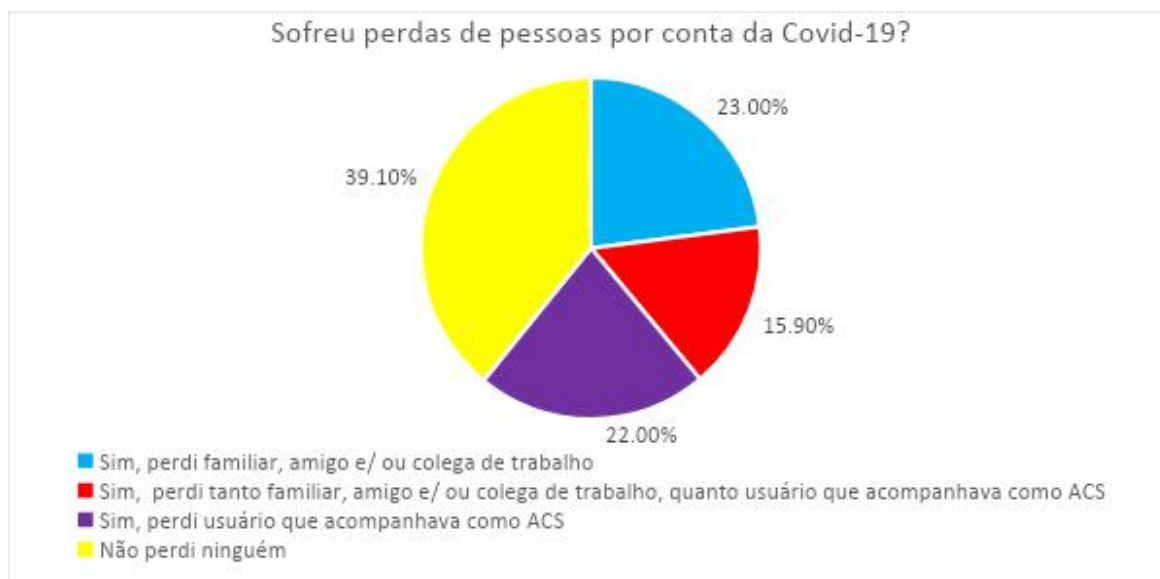
Gráfico 13: Perdas sofridas por ACS por conta da Covid-19 (abril a maio de 2020)



Fonte: FIOCRUZ, 2020

Da mesma forma, o Gráfico 10 também mostra as perdas sofridas por esses profissionais, mas no período de junho a julho de 2020. Cada ACS respondeu a apenas uma pergunta.

Gráfico 14: perdas sofridas por ACS por conta da Covid-19 (junho a julho de 2020)



Fonte: FIOCRUZ, 2020

Nesse período, as perguntas foram um pouco diferentes, mas o objetivo era o mesmo. Grande parte dos ACS entrevistados nos dois períodos sofreu perdas de pessoas próximas.

Por conta do caráter relacional da abordagem comunitária, a ausência de contato e o distanciamento físico se refletem em diferentes formas de conciliar emoções (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2020). No estudo de Fernandes, Lotta e Corrêa (2020), os ACS entrevistados percebem um aumento das situações de estresse e sobrecarga de trabalho, e o medo, a insegurança e a solidão apareceram como consequências impulsionadas pelo contexto de pandemia. Nos Gráficos 11 e 12 deste estudo, também é possível observar os mesmos sentimentos, além de outros mais, sendo relatados por ACS por conta de abalos causados pela COVID-19.

Ainda falando dos sentimentos que surgiram por conta da situação de pandemia, os ACS entrevistados por Fernandes, Lotta e Corrêa (2020), citam a impossibilidade de demonstrar afeto e carinho para com as pessoas como uma causadora da sensação de solidão. O sentimento de medo também foi citado e muito relacionado à invisibilidade do vírus e à sensação de falta de preparo e suporte para enfrentar a pandemia (FERNANDES; LOTTA; CORRÊA, 2020).

É importante apenas salientar que os sentimentos citados anteriormente como relatos de momentos depressivos, de angústia, frustração e desamparo não são novos, eles apenas foram intensificados pela pandemia e tiveram causas diferentes. Em um estudo realizado por Martines e Chaves (2007), o sofrimento emocional dos ACS era causado pela cobrança ostensiva do agente para consigo mesmo de modo a atender e superar as expectativas, sejam reais e as idealizadas, da comunidade, as dele e as da equipe. Já neste estudo, o sofrimento é causado pelo abalo da própria situação de emergência sanitária e pela perda de pessoas próximas.

Recapitulando, em relação à contaminação desses profissionais, o Ministério da Saúde lançou documentos visando minimização da exposição dos trabalhadores da saúde a doenças respiratórias. Entretanto, 3 meses após a publicação desses materiais, mais de oito mil ACS haviam sido contaminados no Brasil. Apesar de muitos agentes comunitários relatarem o recebimento de EPIs para sua atuação durante a pandemia, a maioria disse se sentir insegura em relação aos equipamentos recebidos.

Em relação aos processos de trabalho, muitos ACS relataram a redução ou suspensão das visitas domiciliares e atividades em grupo, bem como o aumento da carga de trabalho e da realização de atividades administrativas.

Finalmente, no que diz respeito ao sofrimento emocional, grande parte dos ACS relatou a presença de sentimentos como angústia, medo, insônia, tristeza, ansiedade, entre outros. Os agentes comunitários também relataram a perda de pessoas próximas, sejam elas pacientes, amigos, colegas de trabalho ou parentes.

## 5. Conclusões

O presente trabalho teve como objetivo descrever os impactos da pandemia da COVID-19 no trabalho e saúde dos Agentes Comunitários de Saúde. O SUS foi consagrado na Constituição de 1988, com princípios que buscavam a democratização das ações e serviços de saúde, e foi constituído em um modelo baseado na hierarquização dessas ações e serviços em três níveis de complexidade. Este trabalho tratou do primeiro nível, também chamado de Atenção Primária à Saúde, estão as UBSs, tidas como a “porta de entrada” do SUS, e onde trabalham os ACS.

A partir dos documentos e notícias analisados, foi possível perceber o quanto a saúde física, emocional e os processos de trabalho dos ACS foram afetados.

Dois documentos foram lançados pelo Ministério da Saúde no ano de 2020, em março e abril, contendo informações visando auxiliar os serviços e trabalhadores da saúde na implementação de ações e estratégias que minimizassem a exposição a doenças respiratórias e evitassem o contágio. Entretanto, em julho do mesmo ano o próprio Ministério da Saúde publicou a notícia de que até o início daquele mês centenas de milhares de casos de Covid-19 foram confirmados em profissionais de saúde em todo o país, sendo muitos deles Agentes Comunitários de Saúde.

Na pesquisa realizada pela Fiocruz, é possível observar que a grande maioria dos ACS não recebeu EPIs, mesmo quando a Unidade de Saúde em que trabalhava recebia. Somando a essa informação, mesmo aqueles agentes que receberam os equipamentos, em sua maioria, não se sentiam seguros com eles.

Em relação às mudanças nos processos de trabalho, os ACS passaram a desempenhar mais atividades consideradas administrativas, o que caracteriza um desvio de função, além de terem a rotina de trabalho mais intensa. Grande parte dos agentes também tiveram atividades como visitas domiciliares ou atividades em grupos, reduzidas ou suspensas, o que caracteriza uma descaracterização das funções do ACS.

Quanto ao sofrimento emocional sofrido pelos agentes, muitos citaram sentimentos como angústia, medo, insônia e tristeza. Parte desse sofrimento emocional foi proveniente de situações de estresse e sobrecarga de trabalho. Já uma outra parte pode ter sido causada por



conta de perdas de pessoas próximas, sejam elas pacientes, amigos ou familiares, sofridas pelos ACS.

Essa pesquisa contribui para o aumento de estudo focados em Agentes comunitários de Saúde durante a pandemia da COVID-19 e avança ao compilar os impactos da doença no trabalho e na saúde desses profissionais. Como limitação tem o fato de ter sido uma pesquisa documental e com foco no ano de 2020.

Para pesquisas futuras, sugere-se pesquisa empírica a partir de entrevistas com os agentes comunitários e observação. Indo para uma linha derivada deste estudo, pesquisadores podem focar no sofrimento emocional sofrido por esses profissionais, seja no ano de 2020 ou 2021, com pesquisa documental ou de campo.

Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), destacam que fortalecer o trabalho em equipe e o papel dos ACS é essencial para garantir a integralidade e a coordenação das ações de promoção da saúde. Dessa forma, estudos que visem o fortalecimento do papel dos ACS, principalmente neste momento de pandemia, também são relevantes.

## REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M. V. *et al.* A equidade na cobertura da Estratégia Saúde da Família em Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1175-1187, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00130414>>. Acesso em: 09 ago. 2021.
- ANTONIO, M. M. P. *et al.* Remote teaching-learning strategy for community health agents in the Covid-19 context. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 9, n. 12, p. 1-12, 2020. Disponível em: <<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11052>>. Acesso em: 6 ago. 2021.
- BORNSTEIN, V. J.; DAVID, H. M. S. L. Contribuições da formação técnica do agente comunitário de saúde para o desenvolvimento do trabalho da equipe Saúde da Família. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 107-128, 2014. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1981-77462014000100007>>. Acesso em 19 ago. 2021.
- BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, abr. 2017. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401141&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002401141&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 abr. 2021
- BRASIL. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2015. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Sau-de.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2021
- BRASIL. **Lei nº 10.507, de julho de 2002**. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2002a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2002/110507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/110507.htm)>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006a, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2006a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111350.htm)>. Acesso em: 06 ago. 2021.
- 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. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13595.htm)>. Acesso em: 18 ago. 2021.
- BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96**. Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília: DF. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.203, 1996. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203\\_05\\_11\\_1996.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html)>. Acesso em: 07 mai. 2021

**BRASIL. Nota Conjunta nº 02/2020 do Ministério da Saúde, CONASS e CONASEMS sobre assinatura de portarias conjuntas para ações de enfrentamento ao coronavírus.**

Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/nota-conjunta-n-02-2020-do-ministerio-da-saude-conass-e-conasems-sobre-assinatura-de-portarias-conjuntas-para-acoes-de-enfrentamento-ao-coronavirus>>. Acesso em: 08 set. 2021.

**BRASIL. Novo Boletim Epidemiológico da Covid-19 traz balanço de infecções em profissionais de saúde.** Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em:

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/novo-boletim-epidemiologico-da-covid-19-traz-balanco-de-infecoes-em-profissionais-de-saude>>. Acesso em: 08 set. 2021.

**BRASIL. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, 2003. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/desenvolvimento_sus.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2021

**BRASIL Estados e municípios terão R\$ 2,2 bilhões para COVID-19 e assistência à**

**saúde da população.** Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: <

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/estados-e-municipios-terao-r-2-2-bilhoes-para-a-covid-19-e-assistencia-a-saude-da-populacao>>. Acesso em: 08 set. 2021.

**BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF: Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2006b. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_atencao\\_basica\\_2006.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf)>. Acesso em: 06 mai. 2021

**BRASIL. Portaria nº 2716, de 19 de novembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (PNEPS-SUS). DF: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, 2013. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761\\_19\\_11\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2761_19_11_2013.html)>. Acesso em: 18 ago. 2021.

**BRASIL. Portaria nº 373.** Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 2002b. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)>. Acesso em: 07 mai. 2021

**BRASIL. Portaria nº 399.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em:

<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2021

**BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde

(SUS)Brasília, DF: Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2010. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 20 abr. 2021

BRASIL. **Portaria nº 545**. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 1993. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545\\_20\\_05\\_1993.html#:~:text=Estabelece%20normas%20e%20procedimentos%20reguladores.B%C3%A1sica%20%2D%20SUS%2001%2F93.&text=2%C2%BA%20%2D%20Esta%20Portaria%20entra%20em,revogadas%20as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20em%20contr%C3%A1rio](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html#:~:text=Estabelece%20normas%20e%20procedimentos%20reguladores.B%C3%A1sica%20%2D%20SUS%2001%2F93.&text=2%C2%BA%20%2D%20Esta%20Portaria%20entra%20em,revogadas%20as%20disposi%C3%A7%C3%B5es%20em%20contr%C3%A1rio)>. Acesso em: 07 mai. 2021

BRASIL. **Portaria nº 95**. Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em: 07 mai. 2021

BRASIL. **Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento de COVID-19 e outras síndromes gripais**. Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/recomendacoes/recomendacoes-de-protecao-aos-trabalhadores-do-servico-de-saude.pdf/view>>. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao Covid-19: versão 2**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, 2020b. Disponível em: <[https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095405/20200403\\_recomendacoes\\_acs\\_covid19\\_ver002\\_final\\_b.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095405/20200403_recomendacoes_acs_covid19_ver002_final_b.pdf)>. Acesso em: 08 set. 2021.

BRASIL. **Resolução nº 273/91**. Norma Operacional Básica do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social: NOB-Inamps 01/91. Brasília: DF. Ministério da Saúde, 1991. Disponível em: <[http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273\\_17\\_07\\_1991.pdf](http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Resolu%C3%A7%C3%A3o%20273_17_07_1991.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2021

BRASIL. **Sistema único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. 2000. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf)>. Acesso em: 07 mai. 2021

CARVALHO, G. A inconstitucional administração pós-constitucional do SUS através de normas operacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 435-444, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v6n2/7013.pdf>>. Acesso em: 07 mai. 2021

CESAR, J. A. *et al.* Mudanças em indicadores de saúde infantil em um município com agentes comunitários: o caso de Itapirapuã Paulista, Vale do Ribeira, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 6, p. 1647-1654, 2002. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000600019>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro,

v. 12, n. 39, p. 1–18, 2017. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1363>>. Acesso em: 20 abr. 2021

CONFORTO, E. C.; ALMEIDA, D. C.; SILVA, S. L. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. In: 8º Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento de Produto - CBGDP. Anais...Porto Alegre, 2011. p.1–12. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2205710/mod\\_resource/content/1/Roteiro%20para%20revis%C3%A3o%20bibliogr%C3%A1fica%20sistem%C3%A1tica.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2205710/mod_resource/content/1/Roteiro%20para%20revis%C3%A3o%20bibliogr%C3%A1fica%20sistem%C3%A1tica.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2021.

CORREIA, D. S. *et al.* Pandemia: vivências de médicos da atenção primária à saúde e de mestrandos em Saúde da Família. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Maceió, v. 45, n. 02, p. 1-7, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.2-20200340>>. Acesso em: 06 ago. 2021.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde, fev. 2002. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_alma\\_ata.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf)>. Acesso em: 20 abr. 2021

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 42, n.1, p. 208-223, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

FADEL, C. B. *et al.* Administração pública: o pacto pela saúde como uma nova estratégia de racionalização das ações e serviços em saúde no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 2, p. 445-456, abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-76122009000200008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-76122009000200008&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 mai. 2021

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 347-355, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232005000200012>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

FIOCRUZ. '**Covid-19 não é pandemia, mas sindemia**': o que essa perspectiva científica muda no tratamento. Centro de estudos estratégicos da Fiocruz. [s.l.], 2020a. Disponível em: <<https://cee.fiocruz.br/?q=node/1264>>. Acesso em: 21 set. 2021.

FIOCRUZ. **Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19**. FIOCRUZ, 2020b. Disponível em: <<https://acscovid19.fiocruz.br/>>. Acesso em: 08 set. 2021.

FONSECA, A. F. *et al.* Avaliação em saúde e repercussões no trabalho do agente comunitário de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 519-527, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300005>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

FORTES, P. A. C.; SPINETTI, S. R. A informação nas relações entre os Agentes Comunitários de Saúde e os usuários do Programa de Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 70-75, 2004. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200007>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

GALAVOTE, H. S. *et al.* Desvendando os processos de trabalho do agente comunitário de saúde nos cenários revelados na Estratégia Saúde da Família no município de Vitória (ES, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 231-240, 2011. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100026>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

GIOVANELLA, L. *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 1-28, jan. 2021. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462021000100402&script=sci\\_abstract&tlng=es](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462021000100402&script=sci_abstract&tlng=es)>. Acesso em: 23 abr. 2021

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, 1995. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/j/rae/a/ZX4cTGqYfVhr7LvVyDBgdb/?lang=pt&format=pdf>>.

Acesso em: 23 abr. 2021.

GOMES, K. O. *et al.* A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. **Saúde e Sociedade**, v. 18, n. 4, p. 744-755, 2009.

Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902009000400017>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R. L. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>>. Acesso em:

19 ago. 2021.

INSTITUTO BUTANTAN. Entenda o que é uma pandemia e as diferenças entre surto, epidemia e endemia, 2021. Disponível em:

<<https://butantan.gov.br/covid/butantan-tira-duvida/tira-duvida-noticias/entenda-o-que-e-uma-pandemia-e-as-diferencas-entre-surto-epidemia-e-endemia>>. Acesso em: 18 ago. 2021.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, out./dec. 2011.

Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 mai. 2021

LOTTA, G. *et al.* A pandemia de Covid-19 e os profissionais de saúde pública no país. **Fundação Getúlio Vargas**, São Paulo, 2020b. Disponível em:

<<https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/06/rel01-saude-covid-19-depoimentos.pdf>>.

Acesso em: 15 set. 2021.

LOTTA, G. *et al.* Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. **The Lancet**, London, England, v. 396, n. 10.248, p. 365-366, 2020a. Disponível em:

<[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31521-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31521-X)>. Acesso em 08 ago. 2021.



LOURENÇÃO, L. G.; SILVA, A. G.; BORGES, M. A. Levels of engagement in primary health care professionals: a comparative study in two Brazilian municipalities. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 3, 2019. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0005>>. Acesso Em: 09 ago. 2021.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 4185-4195, out. 2020. Disponível em:

<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006804185&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006804185&tlng=pt)>. Acesso em: 23 abr. 2021

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?.

**Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, p. 1-5, ago. 2020. Disponível em:

<<http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer#:~:text=Na%20aus%C3%Aancia%20de%20vacinas%20e,cont%C3%A1gio%2C%20evitando%20sofrimento%20e%20morte%2C>>. Acesso em: 23 abr. 2021

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 1, p. 38-51, 2018. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S103>>. Acesso em: 09 ago. 2021.

MÉLLO, L. M. B. D. *et al.* Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. [s.l.], v. 25, n. 1, 2021. Disponível em:

<<https://doi.org/10.1590/interface.210306>>. Acesso em: 25 set. 2021.

MILLER, Nathan P. *et al.* Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. **Journal of Global Health**, v. 8, n. 2, p. 1-18, 2018. Disponível em: <<http://www.jogh.org/documents/issue201802/jogh-08-020601.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2021.

MINISTRY OF HEALTH. **The Dawson Report**, London, 1920. *In*: The King's Fund Digital Archive (ENG). Disponível em:

<[https://archive.kingsfund.org.uk/concern/published\\_works/000018795?locale=fr](https://archive.kingsfund.org.uk/concern/published_works/000018795?locale=fr)>. Acesso em: 20 abr. 2021

MISTRY *et al.* 2021 <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2021.666753/full>>.

MOROSINI, M. V.; FONSECA, A. F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S117>>. Acesso em: 07 ago. 2021.

NÚCLEO DE TELESSAÚDE DA BAHIA. **Quais as ações do Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da COVID-19?**. Biblioteca Virtual em Saúde da Atenção Primária à Saúde, 2020. Disponível em:

<<https://aps.bvs.br/aps/quais-as-acoes-do-agente-comunitario-de-saude-no-enfrentamento-da-covid-19/>>. Acesso em: 08 set. 2021.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, jun. 2018. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 mai. 2021

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Interações (Campo Grande)**, v. 18, n. 3, p. 97-105, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.20435/inter.v18i3.1507>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, jun. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000200255&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 abr. 2021.

PORTELA, M. C.; GRABOIS, V.; TRAVASSOS, C. **Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Observatório Covid-19. In: Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, p. 1-15, jul. 2020. Disponível: <<https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/matrizlinhacuidado.pdf>>. Acesso: 23 abr. 2021

RESENDE, M. C. *et al.* Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400011>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, fev. 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 abr. 2021

SAKATA, K. N.; MISHIMA, S. M. Articulação das ações e interação dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 665-672, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000300019>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

SANTOS, L. P. G. S. dos; FRACOLLI, L. A. Community Health Aides: possibilities and limits to health promotion. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [S. l.], v. 44, n. 1, p. 76-83, 2010. DOI: 10.1590/S0080-62342010000100011. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40510>>. Acesso em: 9 aug. 2021.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação**. 4<sup>a</sup> ed. Florianópolis: UFSC, 2005. Disponível em: <[https://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024\\_Metodologia\\_de\\_pesquisa\\_e\\_elaboracao\\_de\\_teses\\_e\\_dissertacoes1.pdf](https://tccbiblio.paginas.ufsc.br/files/2010/09/024_Metodologia_de_pesquisa_e_elaboracao_de_teses_e_dissertacoes1.pdf)>. Acesso em: 19 mai. 2021.

SOUZA, J. *et al.* Situações de saúde mental nas unidades de saúde da família: percepção dos agentes comunitários de saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 24, n. 1, p. 204-211, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072015002850013>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:



<<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>>. Acesso em: 09 mai. 2021.

URSINE, B. L., TRELHA, C. S.; NUNES, E. F. P. A. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0303-76572010000200015>>. Acesso em: 19 ago. 2021.

VERGARA, S. C. Começando a definir metodologia. *In*: \_\_\_\_\_. **Projeto e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998, p. 44-51.

VIEIRA-MEYER, A. P. G. F. *et al.* Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 2, p. 657-668, 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.29922020>>. Acesso em: 06 ago. 2021.