



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Ciências Médicas

Luciene Pitangui Domingues

**O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19  
na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2023

Luciene Pitangui Domingues

**O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Orientador: Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB-A

D671 Domingues, Luciene Pitangui.  
O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro / Luciene Pitangui Domingues – 2023.  
95f.

Orientador: Prof. Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Ciências Médicas. Pós-graduação em Saúde da Família.

1. Agentes Comunitários de Saúde - Teses. 2. COVID-19 (Doença) - Teses. 3. Vigilância em saúde do trabalhador. 4. Atenção primária à saúde - Teses. I. Favoreto, Cesar Augusto Orazem. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

CDU 614.253.5(815.3)

Bibliotecária: Ana Rachel Fonseca de Oliveira  
CRB7/6382

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Luciene Pitangui Domingues

**O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Aprovada em 20 de abril de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. César Augusto Orazem Favoreto (Orientador)

Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eloisa Grossman

Faculdade de Ciências Médicas – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ivone Evangelista Cabral

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2023

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os Agentes Comunitários de Saúde que fazem parte da construção coletiva da ESF e a todo cidadão que é usuário do SUS.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por me dar a oportunidade de fazer este Mestrado e realizar este trabalho.

Agradeço aos meus pais, Gelson ( In memorian) e Liria, que foram e são minhas referências de conduta e respeito para com o outro. Agradeço imensamente ao meu marido Humberto e às minhas filhas Laura e Ester que fazem minha vida tão especial.

Agradeço ao meu orientador, Professor. Cesar Augusto Orazem Favoreto pelo apoio, confiança e pela forma sempre construtiva de contribuir para a elaboração deste trabalho.

Aos professores do Mestrado ProfSaúde UERJ, Eloísa Grossman, Ana Cláudia Chazan, Mariana Btsh e Katlin Maia, pelo incentivo, pelas contribuições e pelo sentimento de pertencimento de um grupo visando o melhor aproveitamento do curso.

Às colegas de turma, Bianca, Cristina, Juliana, Maria Carolina e Maria Olívia, companheiras desta turma. Muito obrigada pela troca de conhecimentos e vivências.

Aos colegas profissionais de saúde que acreditam no SUS.

Minha gente eu vou contar  
Com muita admiração  
Sou Agente de Saúde  
Pessoa de coração,  
Pertencço à comunidade  
E essa é minha função.  
Adentro a casa do outro  
Com respeito e com cuidado  
Anoto as informações  
Olhando pra todo lado,  
Sempre atento ao que ouço  
De tudo que foi falado  
Encontro em certas famílias  
Casos “bonitos” e “feios”  
Encubro meus sentimentos  
E os sentimentos alheios,  
Para evitar mais confrontos  
Tratando-os em outros meios  
Em cada casa eu encontro  
Um caso bem parecido  
São lamúrias e agravos  
Do povo desprotegido,  
Mas tento fazer bem feito  
Tudo que me foi pedido  
Com angústia e desespero,  
As vezes sou abordado  
Mas, com muita confiança  
E o coração apertado,  
Por vezes me saio bem  
Sem que seja maltratado.  
Nem sempre vem a tristeza  
Sinto-me também feliz  
São muitos que me agradecem  
Por tudo que já lhes fiz,  
Confesso que faço pouco  
Sou apenas aprendiz.

*Silva, M. C.*

## RESUMO

DOMINGUES, Luciene Pitangui. **O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro.** 2023. 95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

A presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no monitoramento do território favorece o conhecimento das famílias e do território contribuindo para ações de vigilância, monitoramento e educação em saúde no enfrentamento da pandemia COVID-19. O objetivo foi refletir e analisar a atuação do ACS no enfrentamento da pandemia COVID-19. Inicialmente utilizou-se como metodologia a aplicação, via remota, de um inquérito respondido por 45 ACS que atuam nas unidades de saúde da Coordenação de Área Programática 3.2, do município do Rio de Janeiro, para identificar o perfil demográfico e social e as atividades em que estiveram envolvidos nas suas unidades/equipes de saúde durante a pandemia de COVID-19. Na segunda etapa foram realizadas entrevistas com roteiro semi estruturado, de modo presencial, com 17 ACS e posterior análise temática das falas. Os resultados demonstraram que o inquérito identificou um perfil sócio-demográfico dos agentes semelhante à literatura sobre o tema com predomínio de agentes do sexo feminino, raça preto ou parda e maior percentual de escolaridade no nível médio. Quanto às ações de vigilância, elas foram mantidas através de visitas domiciliares e monitoramento remoto para grupos de maior vulnerabilidade e sintomáticos respiratórios. Da análise das entrevistas, integrada com as anotações do diário de campo e os registros da literatura sobre o tema emergiram 3 categorias: 1) Saúde da família: gente que cuida de gente e do território, 2) O cotidiano e as práticas do ACS na pandemia 3) Repercussões da pandemia na saúde dos ACS. Foram marcantes as falas sobre os processos de trabalho e as competências necessárias destes profissionais no período pandêmico; o engajamento com o trabalho junto aos usuários e as equipes, mesmo em circunstâncias de grande sobrecarga pessoal e profissional no período pandêmico. Outro aspecto relevante foi a adaptação às mudanças no processo de trabalho que impuseram a realização de diferentes atividades em cada fase da pandemia. A sensação de medo e luto, o trabalho junto a população em situação de vulnerabilidade e a sobrecarga de trabalho foram elementos relacionados pelos agentes como causadores de grande sofrimento na saúde física e emocional. Concluiu-se que refletir sobre a atuação do ACS no enfrentamento da pandemia COVID-19 corrobora para compreender e analisar a especificidade deste profissional de saúde que atua exclusivamente no SUS, além de vislumbrar a importância de um sistema de saúde pautado na Atenção Primária em Saúde fortalecida, equitativa e inclusiva que contemple as necessidades de saúde locais.

Palavras-chave: COVID-19. Agente comunitário de saúde. Vigilância em saúde do trabalhador.

Atenção primária à saúde.

## ABSTRACT

DOMINGUES, Luciene Pitangui. **Community Health Agent in confronting the COVID-19 pandemic in programmatic Area 3.2 in the city of Rio de Janeiro**. 2023.95 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

The presence of Community Health Agents (CHAs) in territory monitoring enhances knowledge about families and the territory, contributing to surveillance, monitoring, and health education actions in the face of the COVID-19 pandemic. The objective was to reflect upon and analyze the performance of CHAs in dealing with the COVID-19 pandemic. Initially, a remote survey was conducted, which was answered by 45 CHAs working in healthcare units of the Programmatic Area Coordination 3.2 in the city of Rio de Janeiro. The survey aimed to identify their demographic and social profile, as well as the activities they were involved in within their health units/teams during the COVID-19 pandemic. In the second stage, semi-structured interviews were conducted in person with 17 CHAs, and a thematic analysis was performed based on their responses. The results showed that the survey identified a socio-demographic profile of the agents similar to the literature on the subject, with a predominance of female agents, black or mixed race, and a higher percentage of secondary education. Regarding surveillance actions, they were maintained through home visits and remote monitoring for groups at higher vulnerability and individuals with respiratory symptoms. From the analysis of the interviews, integrated with field diary notes and literature records on the topic, three categories emerged: 1) Family health: people who care for people and the territory, 2) Daily life and CHAs' practices during the pandemic, and 3) Impact of the pandemic on CHAs' health. The interviews revealed significant discussions about the work processes and the necessary skills of these professionals during the pandemic period, as well as their commitment to work with users and teams, even under circumstances of significant personal and professional burden during the pandemic. Another relevant aspect was their adaptation to changes in the work process, which required performing different activities in each phase of the pandemic. Agents mentioned feelings of fear and grief, their work with vulnerable populations, and work overload as factors causing great physical and emotional distress. It was concluded that reflecting on the performance of CHAs in dealing with the COVID-19 pandemic helps to understand and analyze the specificity of these healthcare professionals who exclusively work in the Unified Health System (SUS), while also highlighting the importance of a strengthened, equitable, and inclusive primary healthcare system that addresses local health needs.

Keywords: COVID-19. Community health workers. Occupational health surveillance. Primary health care.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Ações e direcionamentos descritos nas portarias do Ministério da Saúde.....	28
Gráfico 1 – Orientações recebidas sobre o covid-19 para desempenhar atividades como ACS.....	50
Gráfico2 – Fontes utilizadas para se manter informado sobre COVID-19.....	51
Gráfico 3 – Finalidade das visitas domiciliares durante a Pandemia.....	52
Gráfico 4 – Ações educativas junto à comunidade relacionadas ao incentivo de práticas de isolamento social e etiqueta respiratória.....	53
Gráfico 5 – Ações sociais de mobilização para arrecadação e distribuição de produtos ou alimentos para os usuários.....	54
Gráfico 6 – Ações e atribuições desenvolvidas na unidade de saúde.....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil demográfico dos ACS entrevistados.....	47
Tabela 2 – Dados socioeconômicos.....	48
Tabela 3 – Participação na pandemia.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	Agentes Comunitários de Endemias
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APs	Área programática
APS	Atenção Primária em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DOTS	Tratamento Diretamente Observado
EC	Emenda Constitucional
eSF	equipe de saúde da Família
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ERR	Equipes de Resposta Rápida
NASF	Núcleo de Apoio do Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAB	Piso de Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
PNST	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	16
1	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	20
1.1	<b>A Trajetória da Atenção Primária em Saúde no Brasil.....</b>	20
1.2	<b>O SUS e a Atenção Primária em Saúde no Brasil no contexto de pandemia do COVID-19.....</b>	25
1.3	<b>Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro no contexto da pandemia COVID-19.....</b>	30
1.4	<b>A Participação do ACS na Vigilância em Saúde.....</b>	32
1.5	<b>O ACS no contexto do COVID-19 no município do Rio de Janeiro.....</b>	34
1.6	<b>Educação em saúde, educação permanente e continuada do ACS para a Vigilância em Saúde na pandemia COVID-19.....</b>	37
2	<b>OBJETIVOS.....</b>	40
2.1	<b>Geral.....</b>	40
2.2	<b>Específicos.....</b>	40
3	<b>METODOLOGIA.....</b>	41
3.1	<b>Local e sujeitos da pesquisa.....</b>	41
3.2	<b>Primeira etapa da pesquisa.....</b>	42
3.3	<b>Segunda etapa da pesquisa.....</b>	44
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	46
4.1	<b>Saúde da família: gente que cuida de gente e do território.....</b>	56
4.1.1	<b><u>O trabalho do ACS.....</u></b>	57
4.1.2	<b><u>A capilaridade social do ACS e o conhecimento do território.....</u></b>	57
4.1.3	<b><u>A Percepção da vulnerabilidade da população.....</u></b>	59
4.1.4	<b><u>A carga emocional do ACS durante a pandemia COVID-19.....</u></b>	60
4.2	<b>O cotidiano e as práticas do ACS na pandemia.....</b>	61
4.2.1	<b><u>Adaptações nos processos de trabalho no período pandêmico.....</u></b>	62
4.2.2	<b><u>Sobrecarga de trabalho.....</u></b>	62
4.2.3	<b><u>Sobrecarga emocional no trabalho.....</u></b>	63
4.2.4	<b><u>Mudanças na rotina do trabalho.....</u></b>	64
4.2.5	<b><u>A percepção da importância do trabalho do ACS.....</u></b>	64

4.2.6	<u>As implicações das mudanças dos processos de trabalho na pandemia COVID-19</u> .....	65
4.3	<b>Repercussões na saúde dos ACS na pandemia</b> .....	68
4.3.1	<u>Medos e angústias da rotina de trabalho</u> .....	69
4.3.2	<u>As experiências de adoecimento</u> .....	70
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	72
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	75
	<b>APÊNDICE A</b> – Cronograma da pesquisa.....	82
	<b>APÊNDICE B</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido - ambiente virtual.....	83
	<b>APÊNDICE C</b> – Entrevista- ambiente virtual.....	85
	<b>APÊNDICE D</b> – Termo de consentimento livre e esclarecido (ambiente presencial) .....	89
	<b>APÊNDICE E</b> – Entrevista individual/ambiente presencial.....	92
	<b>APÊNDICE F</b> – Declaração negativa de custos do financiamento.....	93
	<b>APÊNDICE G</b> –Termo de compromisso de utilização de dados.....	94

## APRESENTAÇÃO

Sou enfermeira de formação e, desde a graduação, já sabia que queria trabalhar na Estratégia de Saúde da Família por instrumentalizar a inclusão do conhecimento do território, da população, da dinâmica familiar e social. Trabalhar na atenção primária é cativante, ao mesmo tempo que é um grande desafio lidar com situações complexas de vida que interferem no processo de saúde/doença dos indivíduos e de um território vivo e dinâmico.

Pude constatar em minha trajetória profissional na ESF a potencialidade do trabalho de vigilância em saúde do ACS e como este profissional intensifica o trabalho de toda a Equipe de saúde por estar inserido no território e por conhecer a dinâmica das famílias. Posso dizer que muitas das ações que realizei só foi possível devido a parceria e a integração da Equipe de saúde e que ter conhecimento destas relações sociais foi essencial para o planejamento de ações direcionadas para uma realidade local.

A COVID-19 é uma doença, que afeta ricos e pobres, em todas as faixas etárias e evidenciou a importância e a necessidade de cuidarmos uns dos outros, implicando na utilização de diversas estratégias de vigilância e cuidado em saúde para ser combatida. Nossa geração nunca vivenciou nada parecido. Por trabalhar na ESF e conhecer as condições vividas pelos ACS que trabalham na minha unidade, com suas famílias e dificuldades socioeconômicas pude dimensionar um pouco como seria difícil fazer isolamento domiciliar em casas pequenas e com pouca ventilação. Vivenciei muitas ACS saindo chorando da unidade por estarem com suspeita de estar com COVID-19. O medo e a insegurança de contaminar entes queridos era uma realidade no qual todos estávamos enfrentando.

Muitos casos importantes associados ao COVID-19 e trajetórias de vida relacionadas aos ACS me sensibilizaram durante a pandemia. Destaco o caso de uma ACS que em 2020 perdeu a sua mãe em decorrência do COVID bem no início da Pandemia. Está ACS ficou muito abalada e passou por muitos altos e baixos para conseguir administrar novamente a sua vida. Percebi que a rotina do trabalho do ACS na linha de frente durante a pandemia trouxe questões muito específicas de atuação, monitoramento e vigilância em saúde no seu território de atuação que estão muito próximas do seu cotidiano. A pandemia trouxe à tona uma série de fatos profissionais e pessoais muito mais profundos do que o adoecimento físico e mental. São milhares de pessoas que foram afetadas direta ou indiretamente por este vírus. Todos tivemos que nos adaptar e criar mecanismos internos para suportar as perdas e mudanças.

As equipes por terem que lidar com a vulnerabilidade social no território; lidar com os diversos determinantes sociais de saúde e com situações conflituosas enfrentam cotidianamente um grande desafio. Este desafio se tornou ainda maior num cenário de grave crise social, sanitária e econômica causado pela pandemia.

Ao longo da minha prática profissional observei o quanto foi importante a atuação do ACS na identificação de famílias em situações de risco social econômico e cultural. Constatei em diversas situações as potencialidades da construção compartilhada de mobilização social, educação e a vigilância em saúde.

Como Enfermeira atuando na assistência da ESF no Município do Rio de Janeiro durante a pandemia COVID-19 sofri interferências no processo de trabalho de acordo com as diversas fases da pandemia. Na fase inicial, a estratégia da gestão foi direcionar o trabalho para o atendimento dos sintomáticos respiratórios e para os grupos de risco e de maior vulnerabilidade. Às vezes sentia como se parte da população da área adscrita que eu atuava estivesse sendo desassistida. Com a redução da curva de casos de COVID-19 a ESF foi retomando a base e o trabalho. Senti alívio em poder retomar a essência do trabalho. O cuidado da ESF deve ser acessível, integral e continuado.

As vivências de atuação do Agente Comunitário de Saúde durante a pandemia que presenciei me estimularam a valorizar e ressaltar a importância deste profissional na Estratégia de Saúde da Família. A potencialidade do conhecimento das famílias e do território é um grande facilitador nas ações de enfrentamento do COVID-19 e monitoramento dos sintomáticos respiratórios.

O ACS esteve envolvido direta ou indiretamente envolvido em ações de saúde que ampliaram a capacidade de resposta da equipe técnica. Destaco ainda a capacidade do ACS para mobilizar e apoiar ações sociais no território, tais como arrecadação de alimentos e produtos de higiene, que foram efetivadas durante a Pandemia.

Enquanto serviço de saúde a ESF pode ser o diferencial na vida de muitas pessoas, incentivando mudanças de hábitos de vida saudáveis, construindo redes de apoio e fomentando espaços de empoderamento dos cidadãos. A ESF oportuniza construir em conjunto com os usuários ações de atenção e prevenção a agravos de saúde e de promoção da saúde dentro do território.

Apesar da grande relevância do trabalho do ACS que é imprescindível para a APS, este profissional vivenciou uma trajetória de lutas, desvalorização, retrocessos e conquistas que perpassam e influenciam a dinâmica do trabalho na APS.

A pesquisa almeja contribuir para fomentar reflexões relacionadas ao trabalho do ACS no COVID-19 e ponderar sobre a especificidade deste profissional que contribui na capilaridade das ações na Atenção Primária em Saúde no território.

## INTRODUÇÃO

O direito à saúde foi inserido na Constituição Federal de 1988 no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância. Dentre os direitos fundamentais previstos na Constituição Federal de 1988 o sistema de saúde é público e contempla todos os níveis de atenção numa rede regionalizada e integrada.

A atenção em saúde e seus determinantes são complexos e envolvem um cuidado ampliado, baseado em evidências, com decisões estratégicas de cuidados em saúde envolvendo a integração de uma equipe multiprofissional, a intersetorialidade e a REDE de apoio. Para que a saúde seja um direito de cidadania, garantido pela constituição, é necessário construir uma sociedade solidária e organizar um sistema de saúde que contemple este direito.

A integralidade do cuidado é um elemento importante para a garantia do direito à saúde, diminuição das iniquidades e qualificação das práticas em saúde. Neste sentido Pinheiro e Mattos (2009) pontuam que os serviços devem estar organizados para realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde, responsável por ser a principal porta de entrada do sistema, pela coordenação e longitudinalidade do cuidado. A APS envolve amplo escopo de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Para desenvolver a integralidade na atenção é importante que as ações de saúde estejam referidas a um território. No espaço do território é possível compreender as condições de vida, os padrões culturais e os modos de viver e adoecer através de uma perspectiva da dinâmica familiar, cultura e territorial dos indivíduos. O território é o espaço em que as relações sociais podem se estabelecer como uma forma de empoderamento e participação social.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma estratégia de reorientação da APS, implantada no âmbito do SUS a partir de 2006, que incorpora a participação social e territorial na prática de saúde. Sua organização compreende a participação dos agentes comunitários como membros das equipes multiprofissionais de saúde. Assim, a equipe de saúde da família (eSF) é

formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS e se caracteriza pela atenção territorializada com uma população adscrita à sua responsabilidade sanitária.

A PNAB de 2017 tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica, e inclui as especificidades locorregionais, ressaltando a dinamicidade do território e a existência de populações específicas, itinerantes e dispersas, que também são de responsabilidade da equipe enquanto estiverem no território, em consonância com a política de promoção da equidade em saúde.

A pandemia COVID-19 marcou a linha do tempo da história da saúde pública no Brasil por expor e agravar as fragilidades e desigualdades sociais já existentes e sobrecarregar os serviços de saúde. A transmissão da doença provocada pela COVID-19 leva a uma infecção respiratória aguda de elevada transmissibilidade, potencialmente grave que se tornou rapidamente uma emergência de saúde pública de importância mundial.

Neste momento de pandemia da COVID-19 muitos autores consideram que o SUS é o maior trunfo para o combate ao Coronavírus no Brasil. A APS pode ser o protagonista no acesso e coordenação do cuidado dos pacientes com síndrome respiratória e na realização do monitoramento/vigilância em saúde dos sintomáticos respiratórios.

Experiências trazidas pelos profissionais da ESF no enfrentamento da COVID-19 reafirmam a importância de que em um contexto como o da pandemia é preciso adequar e qualificar a APS. A ESF tem o papel imprescindível de orientador das RAS e sua plasticidade em se adequar aos diferentes contextos sanitários para promover uma atenção integral e equânime (TEIXEIRA, 2020).

O ACS é elemento central das ações de vigilância em saúde, pois conhece e deve estar vinculado ao território, é capaz de identificar situações de risco e vulnerabilidade que necessitam de intervenções da equipe de saúde da família (eSF). O seu trabalho envolve o conhecimento e o monitoramento de uma área sob a sua responsabilidade, o que possibilita a identificação precoce de famílias de maior vulnerabilidade, executar ações de vigilância em saúde e executar práticas de educação em saúde voltadas para a singularidade de cada sujeito.

A presença do ACS no monitoramento do território favorece o engajamento das ações em saúde e aproxima as relações de vínculo e cuidado com a equipe que coordena o cuidado. O agente comunitário de saúde (ACS) é essencial para o desenvolvimento do território como um espaço de empoderamento social e de promoção da qualidade de vida e de saúde. Para Lorenzi (2016) o ACS atua como elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, e como fomentador da organização da comunidade, em uma ideia de transformação social.

Brasil (2020) destaca medidas importantes não farmacológicas para evitar a transmissibilidade do COVID-19: distanciamento social, etiqueta respiratória, higienização das mãos, uso de máscaras, limpeza e desinfecção de ambientes e isolamento de casos suspeitos e confirmados. Para conter a disseminação do vírus é necessário a coordenação de ações de gestão assertivas, baseadas em evidências científicas, mudanças no estilo de vida da população, medidas de isolamento social, etiqueta respiratória e comportamentos positivos. Ações que estimulam a mudança de comportamento são mais efetivas quando acontecem próximas ao cotidiano das famílias.

A atuação do Agente Comunitário em Saúde na Estratégia de Saúde da Família no enfrentamento do COVID-19 possibilita a capilaridade das ações no território. A essência do seu trabalho é a vigilância e ações de educação e promoção da saúde no território sob a sua responsabilidade. Esta proximidade pessoal e profissional pode favorecer que as equipes tenham acesso a informações e comportamentos dos moradores em relação às medidas de prevenção da COVID-19 em tempo hábil. Além de auxiliar nas intervenções tornando-as mais efetivas de acordo com a especificidade da comunidade e de suas famílias. Portanto, entre as atribuições do ACS em tempos de pandemia deve ser enfatizada a vigilância em saúde, educação em saúde e o caráter mobilizador na comunidade.

Ações de educação e promoção à saúde devem se aproximar de uma perspectiva de maior autonomia e empoderamento do cidadão ampliando o acesso e de intervenções culturalmente e socialmente apropriadas. O trabalho dos agentes comunitários de saúde e da equipe técnica no contato direto com as famílias e os territórios é de extrema importância na realização de ações que se dirijam à mobilização de redes de apoio, de lideranças e de organizações, como igrejas, associações, comércio, transporte e mídias locais (TEIXEIRA, 2020).

É inquestionável que a pandemia COVID-19 vem trazendo intensos desafios para os serviços de saúde, porém evidenciou ainda mais a resolutividade e a importância de ações em saúde relativas à cidadania as condições de vida e a dinâmica familiar para a coordenação dos casos e monitoramento dos sintomáticos respiratórios.

Para operacionalizar tais ações, os profissionais de saúde precisam ter segurança para exercer as suas atividades. Estar na linha de frente expõe, sobrecarrega e afeta de diferentes formas o profissional. Seja pelo desgaste físico ou emocional em lidar com questões tão complexas. É necessário investir em equipamentos de proteção individual adequados, treinamento/ capacitações, apoio e suporte psicológico destas equipes.

Refletir sobre a atuação do ACS no enfrentamento da Pandemia COVID- 19 corrobora para compreender e analisar a especificidade deste profissional de saúde que atua exclusivamente no SUS, responsável por ações de educação, vigilância, conscientização e empoderamento da população além de vislumbrar a importância de um sistema de saúde pautado na Atenção Primária em Saúde fortalecida, equitativa e inclusiva que contemple as necessidades de saúde locais.

Esta pesquisa almeja refletir sobre o processo de trabalho do ACS durante a pandemia COVID-19 e, deste modo, analisar as questões referentes a esta atuação: Como tem sido a atuação profissional do ACS nas distintas fases da pandemia, no território e na unidade de saúde, durante a pandemia de COVID-19? Como foi a preparação e o apoio recebido pelo ACS para realizar suas tarefas no enfrentamento da pandemia de COVID-19? Quais são as percepções dos ACS sobre sua atuação profissional no enfrentamento da pandemia COVID-19 na ESF?

A seguir a estrutura desta dissertação se inicia com a definição dos objetivos, a metodologia, o instrumento de coleta de dados e uma breve revisão bibliográfica para contextualizar o trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia COVID-19.

## 1 REVISÃO DE LITERATURA

A discussão teórica deste trabalho foi baseada no estudo reflexivo por meio de literatura científica, documental e normativa sobre o processo de trabalho do ACS. Em seguida foram incluídas busca em plataformas digitais relacionados ao tema Coronavírus em sites institucionais do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde do Município do Rio de Janeiro, Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO).

Foram realizadas buscas nas bases bibliográficas Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) usando como descritores os termos do título: “agente comunitário de saúde AND COVID-19”, “agente comunitário de saúde AND infecções por coronavírus”, “agente comunitário de saúde AND pandemia AND atenção primária à saúde”, “agente comunitário de saúde AND infecções por coronavírus OR COVID-19 AND atenção primária à saúde”, “agente comunitário de saúde AND COVID-19 AND saúde mental. Em junho de 2021 foram encontrados apenas 5 artigos para auxiliar na discussão teórica contendo os descritores citados anteriormente. Outras referências foram utilizadas pelo método bola de neve.

Este estudo teórico reflexivo sobre o trabalho do agente comunitário de saúde na ESF no contexto da Pandemia forneceu embasamento teórico-científico a esta pesquisa, além de auxiliar na categorização e análise das entrevistas.

### 1.1 A Trajetória da Atenção Primária em Saúde no Brasil

A trajetória do Sistema Único de Saúde e da Atenção Primária em Saúde influenciaram diretamente as lutas e conquistas que o ACS vivenciou ao longo do seu percurso profissional. A seguir será contextualizado os marcos históricos importantes para a Atenção Primária em Saúde.

A 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco para a saúde pública brasileira criando a base para as propostas de reestruturação do Sistema de Saúde brasileiro que foram consolidadas na constituição de 1988. Realizada entre 17 e 21 de março de 1986, contou com a participação de profissionais de saúde, usuários, técnicos, políticos, lideranças populares e

sindicais. Foram debatidos três temas principais: a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial.

A Constituição Federal brasileira de 1988 estabelece “saúde como direito de todos e dever do Estado”. Cria um sistema público universal de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), que busca operacionalizar os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Anteriormente, a assistência de saúde estava a cargo do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), ficando restrita às pessoas que contribuíssem com a previdência social. As demais eram atendidas apenas em serviços filantrópicos.

A construção e o desenvolvimento do SUS é resultado de um processo histórico de lutas do movimento Sanitário Brasileiro, intensificado a partir dos anos 1970 e 1980 em consonância com as lutas pelo processo de redemocratização da sociedade brasileira.

O SUS foi regulamentado através das Leis Orgânicas de Saúde. A lei 8080/90 regula em todo o território nacional as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente, eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado. A lei 8142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na fiscalização e controle do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Primária à Saúde é considerada internacionalmente como a base para um sistema de saúde resolutivo, custo-efetivo, que converge para o usuário, cidadão e sua família dispendo de tecnologias apropriadas para as necessidades de saúde da população. São inúmeros os desafios para a consolidação de uma atenção primária fortalecida. A estruturação dos serviços de saúde é influenciada por múltiplos fatores de ordem política, social e econômica. Em situações de crise associadas a doenças com fácil e rápida transmissão ressalta-se a necessidade de uma Atenção Primária à Saúde apta para responder às necessidades de saúde da população com equidade.

Além dos princípios e diretrizes do SUS, a Atenção Primária à Saúde orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinal), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde. O foco da atenção é a pessoa, e não a doença (BRASIL, 2009. p.16).

No fim da década de 80 foi implementada uma estratégia de melhorar as condições de saúde de suas comunidades em algumas áreas do Nordeste, Distrito Federal e São Paulo com uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte do serviço de saúde. Oficialmente implantado pelo Ministério da Saúde em 1990,

o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desenvolveu ações de saúde e relações de vínculo com a comunidade.

Nesta estratégia os agentes eram pessoas da própria comunidade que atuavam junto à população com território delimitado responsável por 400 a 750 pessoas desenvolvendo atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, realizando cadastramento, mapeamento, visitas domiciliares e ações de saúde individuais, coletivas e intersetoriais focados em grupos prioritários.

O Ministério da Saúde, em 1994, implantou o Programa de Saúde da Família incorporando a presença do Agente Comunitário de Saúde na equipe multiprofissional, composta pelo médico, enfermeiro e técnico de Enfermagem. Rosa (2015), retrata que apesar de ser descrito inicialmente como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não foi uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados.

Em 1996 o Ministério da Saúde implementou uma norma operacional básica. Esta promoveu um avanço no processo de descentralização da gestão, ao deslocar para os municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde. Foram implementadas regras de financiamento que influenciaram diretamente este gerenciamento local como o Piso Assistencial Básico (PAB).

O PAB compreendia dois critérios de repasse de recursos fundo a fundo. No primeiro intitulado PAB fixo, o repasse era baseado na população do município. A segunda forma era regulada pelos critérios do PAB variável como números de equipes implantadas e composições profissionais previstas.

O Ministério da Saúde em 2006 instituiu que o PSF deixava de ser um programa e passava a ser uma estratégia permanente e contínua de APS no SUS. A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da atenção básica no País, é uma estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade de saúde das pessoas e coletividades, além de ser uma das principais portas de entrada do sistema e ser responsável por coordenar a rede.

No mesmo ano, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB- 2006) colocou na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. No Art. 3º coloca os seguintes princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a

serem operacionalizados na Atenção Básica: universalidade, equidade, integralidade, regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade do cuidado, coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade.

A PNAB 2012 coloca a APS como a principal porta de entrada do sistema, coordenadora do cuidado e ordenadora da REDE. Fortalece a cobertura da área com 100% dos ACS. Estipula que as equipes devem ter entre 4 a 12 ACS. Cada ACS é responsável por um território contendo no máximo 750 pessoas e cada equipe contempla entre 3 a 4000 mil usuários. O critério de vulnerabilidade e as especificidades entre territórios deveria ser levado em consideração entre o gestor para optar entre o número mínimo e máximo de cobertura.

Na ESF temos a presença do ACS que em sua grande maioria é integrante do território, é responsável pela vigilância de sua microárea e facilita a integração dos usuários, suas famílias e deste território com a equipe. Mialle, (2011) cita que a APS/Saúde da Família tem mostrado que a forma brasileira de organização do sistema de saúde incorpora avanços singulares com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde; com o pressuposto do trabalho multiprofissional nas equipes; com o vínculo entre equipe, população e território; e com estímulo à participação da comunidade.

O SUS que temos hoje e a história da APS envolveram muitos atores numa luta pela equidade, direitos sociais e cidadania e serve de inspiração e estímulo para prosseguirmos na luta por justiça social, igualdade de direitos e oportunidades equitativas de acesso a saúde e educação. A APS deve ser resolutiva e efetiva em ações pautadas na solução dos problemas de saúde da população, com ações estratégicas que levem em consideração os determinantes sociais da saúde.

Em um país com tantas desigualdades sociais e com tantos conflitos políticos que enfraquecem a gestão do sistema de saúde, o SUS tem se mostrado resolutivo apesar de enfrentar muitos momentos conflituosos de crise política e sanitária. Ruben e Araújo (2009) afirmam que iniciou na década de 90 ventos políticos que sopraram a favor do neoliberalismo, favorecendo um processo de desmonte de políticas públicas já construídas ou em construção.

Estes ventos foram se enfraquecendo a partir de 2016, após o golpe parlamentar que destituiu a presidenta Dilma. O'Dwyer (2019) coloca que no cenário nacional, o ajuste fiscal estabelecido na EC 95/2016 representou uma medida econômica racionalizadora em um contestado diagnóstico de desequilíbrio fiscal. Estima-se que a partir do congelamento do orçamento federal da saúde e educação possa haver nos próximos 20 anos uma retirada de cerca

de 200 bilhões de dólares do orçamento do SUS. Esta redução anunciada aumentou o risco de uma crise sanitária que pode comprometer o SUS e a APS.

Santos e Vieira, (2018) colocam que a austeridade fiscal se caracteriza por escolhas que exigem grandes sacrifícios da população, seja porque aumentam a carga tributária seja pela implementação de medidas que restringem a oferta de benefícios, bens e serviços públicos, em razão de cortes de despesas e/ou da realização de reformas estruturais.

Para garantir que o SUS responda com qualidade às demandas e necessidades de saúde com equidade e justiça social é necessário planejar o financiamento considerando os determinantes e condicionantes de saúde. Outro aspecto da política de saúde é garantir a continuidade e desenvolvimento da ESF de modo a garantir os princípios constitucionais do SUS.

Na contramão desta necessidade foi instituída a PNAB 2017 que coloca em risco os avanços conquistados pela ESF. Esta política não regulamenta o número mínimo de ACS por equipe, deixa a cargo dos gestores municipais a decisão de incorporar ou não estes profissionais nas equipes de saúde da família, flexibilizando a redução do número de ACS por eSF (no mínimo um), de maneira a vincular o quantitativo aos territórios ditos de maior risco e mais vulneráveis. É contraditório permitir que se modifique uma estratégia que tem se mostrado tão eficiente ao longo de sua trajetória.

Permitir esta diminuição do número de ACS nas equipes e unidades de saúde poderá aumentar a barreira de acesso da população aos serviços de saúde e, desta forma, trazer grande prejuízo para a garantia de direitos como a universalidade e equidade no âmbito do SUS. Implica numa ameaça real de desmonte que precisa ser combatida por toda a sociedade. Defender a presença deste profissional na Equipe de Saúde da Família fortalece a participação popular

A ESF atua com uma equipe multiprofissional que oferece serviços em um determinado território, com uma população adscrita definida, tendo como foco o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população, com base nas necessidades e prioridades da comunidade.

Marteletto e David (2014) destacaram alguns aspectos de fragilidade e instabilidade em 2014 relacionados ao ACS.

Apesar de seu processo de profissionalização, marcado pelo conflito e disputas ideológicas e políticas, o ACS constitui hoje força de trabalho expressiva, atuando em todo o país. Seus processos e condições de trabalho são ainda pouco conhecidos na sua multidimensionalidade e tendem a sofrer mudanças rápidas, em função dos contextos políticos locais, das novas regras jurídico-administrativas e da própria

dinâmica das comunidades às quais estão vinculados (MARTELO; DAVID, 2014, p.1213).

O ACS por estar dentro do território fornece uma perspectiva de uma realidade local que instrumentaliza as ações de toda a equipe além de contribuir para o feedback para a comunidade. Embora seja indiscutível a sua inestimada contribuição para a consolidação de um sistema de saúde justo e equitativo, o SUS e a ESF vêm sofrendo sucessivos ataques que minimizam sua capacidade de atender às necessidades de saúde da população.

Nos últimos anos houve uma grande expansão da Estratégia de Saúde da Família que não aconteceu de forma homogênea nas regiões.

A Pesquisa Nacional de Saúde permite analisar a proporção de domicílios cobertos por unidades de saúde da família por região. Em 2019, no Brasil As regiões com maior cobertura de domicílios são o Nordeste (71,1%), Sul (64,8%) Norte (60%), Centro Oeste (58,6%), . O Sudeste apresentou a mais baixa cobertura (51,9%) (IBGE, 2020).

De acordo com O'Dwyer (2019), no município do Rio de Janeiro observa-se efeitos negativos na gestão, organização e acesso aos serviços de saúde. As consequências são mais graves no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), cuja estruturação foi tardia quando comparada a outras grandes capitais. Uma atenção primária estruturada com ampla cobertura integrada a uma rede de saúde é fundamental para garantir um serviço de saúde resolutivo.

## **1.2 O SUS e a Atenção Primária em Saúde no Brasil no contexto de Pandemia do COVID-19**

A OMS identificou pela primeira vez esta doença em humanos em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China. No dia 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou estado de Emergência em Saúde Pública em âmbito Internacional e no dia 11 de março foi declarada pandemia. Em 20 de março de 2020 a transmissão comunitária da Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) foi declarada em todo o território nacional(OPAS, 2020).

A infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2 é potencialmente grave e de elevada transmissibilidade. O SARS-CoV-2 é um beta coronavírus descoberto em amostras de lavado bronco alveolar obtidas nos núcleos de pacientes com pneumonia de causa desconhecida . Pertence ao subgênero Sarbec Vírus da família Coronaviridae (BRASIL, 2020).

A transmissão por meio de gotículas ocorre quando uma pessoa permanece em contato (a menos de 1 metro de distância) com outra infectada quando ela tosse, espirra ou mantém contato direto como, por exemplo, aperto de mãos, seguido do toque nos olhos, nariz ou boca. (BRASIL, 2020). Medidas de contenção da transmissibilidade se tornaram essenciais para o enfrentamento desta doença.

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode variar de casos assintomáticos e manifestações clínicas leves, até quadros de insuficiência respiratória, choque e disfunção de múltiplos órgãos, sendo necessária atenção especial aos sinais e sintomas que indicam piora do quadro clínico que exijam a hospitalização do paciente. Embora a maioria das pessoas com COVID-19 desenvolvem sintomas leves ou moderados, aproximadamente 15% podem desenvolver sintomas graves que requerem suporte de oxigênio, e cerca de 5% podem apresentar a forma grave com complicações como falência respiratória, sepse e choque séptico, tromboembolismo e/ou falência múltipla de órgãos, incluindo lesão hepática ou cardíaca aguda (BRASIL, 2020).

Ventura et al; (2021) citam que no Brasil, a abordagem do governo federal na fase inicial da pandemia COVID-19 foi de tentar obter imunidade coletiva por meio do contágio resultando na morte evitável de centenas de milhares de cidadãos. Em um momento político no qual a gestão federal em vários momentos desacredita autoridades sanitárias, enfraquece a adesão popular às recomendações preventivas baseadas em evidências científicas associado a um cenário já existente de profundas desigualdades sociais, econômicos e regionais no Brasil agravou o impacto da Pandemia do COVID-19 no Brasil.

Em março de 2021 quase um terço de todas as mortes diárias de COVID-19 no mundo ocorreram no Brasil, embora o Brasil represente apenas 2,7% da população mundial. É extremamente angustiante pensar que a maioria das mortes decorrentes do Coronavírus poderiam ter sido evitadas se na época tivéssemos medidas mais enérgicas de contenção da doença por parte de nossos governantes.

Em decorrência dos altos níveis de morbimortalidade apresentados, o Brasil se coloca entre os países que apresentaram os piores desempenhos no combate à doença. Alguns fatores aparecem com mais relevância nesse quadro de insucesso, como: a resposta lenta às medidas quarentenárias; ausência de coordenação entre os diversos níveis de gestão do SUS; comunicação confusa e mudanças constantes nos protocolos de prevenção; discordância entre os vários níveis sobre as estratégias de tratamento; politização na indicação das medidas de prevenção; e disputa na atribuição dos erros entre os principais atores políticos. (FAVORETO, 2020).

Devido a um momento onde reina a visão de estado mínimo como parte de uma política econômica neoliberal e uma ideologia negacionista dos efeitos sociais e sanitários da pandemia houve uma imensa falta de gestão e coordenação federal das ações e medidas para conter a disseminação da COVID-19.

Ficou a critério dos gestores estaduais e municipais normatizar e operacionalizar as ações de vigilância no país. O resultado desta fragmentação foi o número crescente de casos, a sobrecarga do sistema de saúde e a fragilidade na resposta para o enfrentamento desta infecção. Observamos no nível federal e em muitos estados um paradoxo entre a ciência e as medidas adotadas pelo governo evidenciando uma lacuna com ações isoladas e desarticuladas do serviço de saúde.

As desigualdades regionais e a disseminação da evolução da pandemia acrescida da capacidade de resposta ao enfrentamento do COVID-19 entre os estados fizeram com que alguns entes federativos fossem mais afetados, não conseguindo se organizar a tempo para evitar um congestionamento dos serviços de saúde.

Ventura et al. (2021) colocam algumas medidas que influenciaram na capacidade de resposta dos governos estaduais e municipais: A demora injustificável de verbas emergenciais para estados e municípios; o uso de apenas uma pequena porção dos fundos de resposta à pandemia alocados pelo congresso; a má gestão sistemática das compras e distribuição de itens fundamentais como exames diagnósticos, equipamentos de proteção individual, respiradores, oxigênio, vacinas e seringas.

O Quadro 1 a seguir descreve algumas portarias do Ministério da Saúde que foram responsáveis pelo direcionamento de ações do governo no enfrentamento da Pandemia.

Quadro 1 –Ações e direcionamentos descritos nas portarias do Ministério da Saúde

Datas	Portarias	Direcionamento de ações
29 maio de 2020	nº 1445	<p>Criação de centros de COVID-19 com a finalidade de identificar precocemente os casos suspeitos de infecção pelo Sars-CoV-2, por meio do acolhimento baseado na classificação de risco; tratamento, estabelecimento do potencial de risco, encaminhamentos necessários e testagem da população de risco.</p> <p>Assumir a estratégia de testar somente a população de risco aumentou a transmissibilidade, sobrecarregou o sistema em algumas regiões do País e contribuiu para elevar o número de mortos por COVID-19.</p>
2 de setembro de 2020	nº 2.358	<p>Articular ações para integração de serviços de saúde, em especial da vigilância e da assistência e considera a necessidade de ampliar a identificação e monitoramento de casos de COVID-19 juntamente com seus contatos por meio de ações integradas da APS e da Vigilância em Saúde com a realização de planejamento de estratégias de intervenção assistencial e sanitária efetivas. Nesta portaria é estabelecido que a Atenção Primária à Saúde é capaz de exercer a contenção da transmissibilidade do coronavírus, por meio de ações que visem a redução da circulação de pessoas com sintomas leves, rastreamento e monitoramento dos contatos de casos de COVID-19, e a identificação de casos graves para encaminhamento aos serviços de urgência e emergência de referência. Nesta portaria fica instituído incentivo financeiro federal de custeio para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de casos e contactantes</p>
16 de setembro de 2020	2.405	<p>Reafirma que a Atenção Primária à Saúde como nível de atenção potente e capaz de exercer a contenção da transmissibilidade do coronavírus, por meio de ações que visem a redução da circulação de pessoas com sintomas leves aos serviços de urgências ou hospitais, o rastreamento e monitoramento dos contatos de casos de COVID-19, e a identificação de casos graves para encaminhamento aos serviços de urgência e emergência de referência.</p>

Mesmo países que possuem a APS como porta de entrada do sistema de saúde não usaram a estrutura desse nível de atenção para combater a COVID-19 em um primeiro momento. Desde o início, as estratégias de enfrentamento à emergência sanitária em todo o mundo priorizaram respostas hospitalares, abordando apenas os casos graves das doenças. Embora abordagens comunitárias sejam consideradas mais apropriadas para conter epidemias em crises de saúde anteriores, essa não foi a estratégia usada inicialmente para combater a COVID-19 pelo mundo. (FERNANDEZ et al., 2021). Este dado corrobora com a maneira que foi conduzida a fase inicial da pandemia no Brasil e com as portarias que foram implementadas.

Observou-se que a pandemia não afetou de forma homogênea os diferentes estados, municípios, bairros e territórios do país. Estados e municípios que tiveram menor capacidade de resposta e articulação em tempo hábil para conter a expressiva disseminação do vírus foram os mais afetados. Decisões de gestão foram impactantes, ocasionando uma sobrecarga do sistema de saúde e aumentando o número de mortes. Os efeitos deste desgoverno na pandemia causou muita desinformação e parte da sociedade não seguiu as medidas de isolamento social e as devidas orientações sobre etiqueta respiratória aumentando a transmissibilidade do vírus.

De acordo com Meyer (2021) a pandemia de COVID-19 tem sido um desafio para países que apresentam profundas desigualdades sociais, descortinou as imensas desigualdades econômicas, sociais, políticas e culturais existentes no mundo e, particularmente, no Brasil. A doença afeta mais intensamente os grupos populacionais mais vulneráveis, entre estes os idosos, os negros, os pobres e pessoas em situação de rua.

Tseng (2020) definiu quatro ondas de sobrecarga dos sistemas de saúde causadas pela pandemia COVID-19: casos de doenças agudas que não procuraram serviços de saúde, casos de doenças crônicas com cuidado descontinuado, e ao longo do processo, casos de doenças mentais resultantes das perdas ocasionadas pelas três ondas anteriores.

O novo vírus sobrecarregou ainda mais os serviços de saúde, mas também deixou claro e evidente a importância e necessidade de um sistema de saúde público, universal, equânime e integral (MEYER et al., 2021). Apesar da capacidade instalada e dos esforços governamentais, a emergência sanitária imposta pela pandemia sobrecarregou os serviços de saúde, muitas vezes com equipes reduzidas e condições mínimas de trabalho, o que acabou por reduzir o acesso e a oferta de tratamento para os demais agravos, corroborando para o aprofundamento das vulnerabilidades.

No contexto da pandemia COVID-19 emergiu a ideia de heroísmo dos profissionais de saúde na linha de frente do combate ao coronavírus. Para Santos e Lopes (2021) um herói não é uma ideia, um mito, ou um ser com capa e espada, um herói se faz no enfrentamento diário

dos desafios. Os trabalhadores de saúde são heróis, sim, na construção diária de um SUS forte o suficiente para enfrentar uma pandemia.

Ampliar a capacidade de resposta da Atenção Primária em Saúde em crises como a vivenciada implica em uma gestão comprometida com ações que possam instrumentalizar as equipes para operacionalizar as suas ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação. Portanto, o fortalecimento do SUS e da ESF são essenciais para se obter uma resposta individual e coletiva que possa reduzir a crise que estamos vivenciando. Para conter o avanço e a letalidade desta doença é necessária uma atenção primária bem estruturada, imunizando a população, testando, rastreando contatos, orientando e sensibilizando medidas restritivas.

A APS é fundamental para reduzir desigualdades e garantir dignidade no acesso aos direitos constitucionais e inalienáveis. Mesmo diante de um projeto de desmonte do SUS como um todo, a APS resiste e se ressignifica a cada barreira imposta pelo cenário político e socioeconômico e sanitário como foi a pandemia de COVID- 19. (SAVASSI et al., 2020).

### **1.3 Atenção Primária em Saúde no município do Rio de Janeiro no contexto da pandemia COVID-19**

O município do Rio de Janeiro apresenta uma extensão territorial de 1.200.179 km <sup>2</sup>, com uma população de 6.320.446 de acordo com o Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A cidade é bastante heterogênea e apresenta diferentes graus de desenvolvimento e desigualdades na distribuição e utilização de recursos disponíveis, inclusive nos serviços de saúde.

Desde 1993, a Secretaria Municipal de Saúde dividiu geograficamente a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde. As áreas programáticas (APs) tem suas particularidades em função da história e evolução da ocupação da cidade, determinando características regionalizadas com relação à atividade econômica, mobilidade, serviços de saúde, educação, formas de adoecimento e mortalidade (PMS-RJ 2018-2021).

A APS no município do Rio de Janeiro é a principal porta de entrada do sistema de saúde e está inserida em uma rede de atenção à saúde que tem por finalidade oferecer o primeiro contato às pessoas quando procuram o serviço de saúde. Existem vários modelos de APS. No Município do Rio de Janeiro o modelo escolhido foi a Estratégia Saúde da Família (ESF). A APS trabalha com território adscrito. Para as unidades de

APS sem ESF a definição de um conjunto de CEPs estabelecerá a base territorial de abrangência dos serviços prestados. Quando há necessidade de atenção especializada às pessoas são referenciadas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO, 2016, p. 5).

Entre 2008 e 2016, na gestão do prefeito Eduardo Paes, houve aumento expressivo no número de eSF no município, de 128 para 956 equipes. Há também evidências de melhoria no acesso à atenção primária e em indicadores de saúde relacionados a essa expansão, como por exemplo a redução de internações por condições sensíveis à atenção primária (PINTO; GIOVANELLA, 2018)

Em 2018, contudo, sob a gestão de Marcelo Crivella, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) reorganizou os serviços da APS no município, visando a “otimização de recursos”. A SMS-RJ neste período argumentou que a expansão da rede de APS foi feita de forma desordenada entre os anos 2009 e 2016, gerando a necessidade de redistribuição das equipes, de modo a alcançar a adequação financeira ao orçamento disponível. Essas mudanças provocaram uma queda importante na cobertura populacional da ESF, de 62% em 2017 para 55% em 2019. A proposta apresentou nova tipologia de equipes e alto número de usuários por equipe, com base na PNAB 2017. (FERNANDES; ORTEGA. 2020).

Na prática, esta medida de redução significativa do número de equipes aumentou a sobrecarga da rede de saúde mesmo antes do início da pandemia de COVID-19 em 2020. Portanto, a APS carioca estava em crise, vinha sendo desqualificada e desfinanciada. Quando a pandemia se inicia, algumas equipes estavam incompletas ou tinham sofrido uma redução significativa do número de ACS. As unidades de saúde tinham desabastecimento de insumos e muitas das suas estruturas físicas e equipamentos estavam com problemas.

A APS tem papel primordial na resposta e na contenção de surtos, epidemias e no contexto da COVID-19 como porta de entrada da população com síndrome respiratória ao sistema de atenção. Atuar na identificação de casos suspeitos de síndrome gripal e da COVID-19, realizar a classificação de risco e encaminhar casos graves. Nos casos leves fazer o manejo terapêutico (quando necessário) e orientar medidas de etiqueta respiratória e isolamento domiciliar. Nos casos graves estabilizar e encaminhar para o centro de referência ou urgência. (BRASIL, 2020)

As unidades com a ESF têm a possibilidade de ampliar a capacidade de resposta para o enfrentamento da COVID-19, oferecendo um atendimento mais próximo do território, com longitudinalidade, vínculo e coordenação do cuidado.

Para além destas funções assistenciais na pandemia de COVID-19 era imprescindível que as equipas mantivessem o trabalho de prevenção, vigilância e educação e atendessem a população através da vacinação contra a COVID-19.

Em 18/01/2023 no site Rio Prefeitura foi divulgado que o Rio de Janeiro celebrou dois anos de vacinação contra a COVID-19 com cenário epidemiológico favorável: Quase 100% da população adulta tomou pelo menos duas doses de vacina. Se considerar a população a partir de seis meses de vida, são 90% com pelo menos duas doses. A letalidade da doença (após a vacina), foi de 8,7% em 2020 para 0,4% em 2022.

#### **1.4 A Participação do ACS na Vigilância em Saúde**

A vigilância em saúde é caracterizada como um conjunto articulado e contínuo de ações destinadas a atuar nos determinantes de saúde numa perspectiva que inclui a integralidade do cuidado e engloba tanto a abordagem individual quanto coletiva no território.

O conceito de vigilância inclui a vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador. A vigilância epidemiológica reconhece e age no controle das principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias. A vigilância ambiental se dedica às interferências dos ambientes físico, psicológico e social na saúde. A vigilância sanitária atua no controle de bens, produtos e serviços que oferecem riscos à saúde da população, como alimentos, produtos de limpeza e cosméticos. Já a área da saúde do trabalhador realiza ações de prevenção, assistência e vigilância aos agravos à saúde relacionados ao trabalho (BRASIL, 2010)

A vigilância se faz presente em praticamente todos os lugares e no dia a dia da população de distintas formas. A vigilância é necessária para validar produtos, serviços e ações, sendo essencial para a saúde. A especificidade do trabalho do ACS tem se mostrado exitosa em vários momentos de crise e turbulência atuando na vigilância em Saúde, exercendo o papel de agente de mudanças, orientando a população, na identificação dos casos de maior vulnerabilidade e no monitoramento dos grupos de risco.

O trabalho em equipe funciona bem quando somamos diferentes talentos, habilidades e formas de pensar e agir trabalhando em sincronia, lidando com as diferenças. É a junção de várias pessoas tecendo uma rede de apoio em prol de um objetivo comum. Neste cenário de pandemia com proporções jamais vistas antes na humanidade é essencial pensar em ações de

vigilância em saúde, ações preventivas e de educação em saúde dialogando culturalmente e socialmente com a população através do contato direto com o território. O trabalho do ACS perpassa o conhecimento e a integração das dinâmicas e das relações sociais locais do seu território de atuação. Ao ser integrado à equipe de saúde o ACS contribui com a especificidade do seu saber sobre o território e sobre o conhecimento da dinâmica familiar e individual. A sua rotina diária de trabalho de monitoramento auxilia e integra a comunidade com o serviço de saúde.

Fausto et al. (2011) refere que o ACS é um profissional singular, genérico e autônomo, que promove práticas sociais em saúde específicas, por ser morador da comunidade independentemente de qualificação específica em saúde que participa da vida social e política da comunidade, de seus problemas e nos processos de tomada de decisão correspondentes.

Pensar em vigilância em saúde é pensar em vínculo e na longitudinalidade do cuidado, é pensar na articulação do trabalho em equipe e na potencialidade de se ter um ACS responsável por um território definido e que realiza a vigilância em saúde deste território.

A capilaridade das ações do ACS que está inserido na dinâmica deste território vivo em conjunto com as ações da Equipe de Saúde da Família amplia a efetividade das ações de saúde e tem forte impacto e sensibilização das ações individuais ou do coletivo. Isto facilita o princípio de orientação comunitária, amplia o acesso, estabelece vínculos e melhora os indicadores.

Participação do ACS nas situações de emergências sanitárias como Dengue, Zika e Chikungunya:

Estas epidemias e diversas situações de crise evidenciaram a importância de viabilizar acesso aos que mais necessitam. Não temos como mensurar efetivamente e quantitativamente a especificidade de ações de mobilização, apoio efetivo e solidariedade junto às famílias afetadas em momentos de crise operacionalizadas pelas eSF. Porém, é inquestionável a sua efetividade e impacto social.

As epidemias por arbovírus se tornaram muito frequentes e o impacto para a saúde pública foi enorme face às desigualdades sociais, pobreza, a falta de educação e o descaso das autoridades. Destaco a atuação do ACS no enfrentamento das arboviroses, este profissional que está integrado a comunidade foi o grande diferencial em momentos de crise. Este olhar diferenciado do ACS amplia a capacidade de atuação de toda a equipe e são fundamentais para a qualidade do cuidado e para ofertar a equidade no acesso ao serviço de saúde.

Historicamente o Agente Comunitário de Saúde é essencial na mobilização de ações dentro do território no combate ao mosquito transmissor, estimulando o autocuidado da população sobre as ações de remoção mecânica dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti* e

outras medidas de prevenção e controle de doenças e na identificação de famílias de maior vulnerabilidade social que necessitavam de cuidados mais específicos da equipe. O conhecimento preciso do território é fundamental na elaboração e na implementação de ações que sejam efetivas no combate da disseminação da doença ou para minimizar seus efeitos no território.

Um estudo de França et al. (2020) destaca e evidencia a importância do trabalho dos ACS no controle do *Aedes Aegypti* e na prevenção das doenças transmitidas por ele. O vínculo do ACS com as famílias e o fato deste profissional monitorar o território e ter vínculo com os usuários facilita e fortalece a mobilização da população em ações que promovem o controle do mosquito transmissor das doenças transmitidas pelo *Aedes Aegypti*.

Dengue, Zika e Chikungunya não deixaram de existir apesar de apresentarem um comportamento sazonal no País. Medidas de educação em saúde e vigilância devem fazer parte da rotina diária dos profissionais de saúde e de toda a sociedade para eliminar possíveis focos do mosquito *Aedes Aegypti*.

### **1.5 O ACS no contexto do COVID-19 no município do Rio de Janeiro**

A maioria dos casos e dos óbitos do país concentraram-se nas capitais de São Paulo e do Rio de Janeiro. O estado do Rio , principalmente o município, vêm lidando com desafios como escassez de recursos, número insuficiente de profissionais, falta de EPIs e de kits de testagem, superfaturamento de hospitais de campanha e respiradores que foram comprados, mas não foram entregues (ARAÚJO, 2020 ).

Estas ações de gestão impactaram não só no acesso ao sistema de saúde e no acompanhamento de condições de saúde da população, desencadeando uma sobrecarga do sistema de saúde agravado ainda mais pelo cenário de pandemia.

O caráter emergente da pandemia suscitou rápida reorganização dos serviços de saúde. Trabalhar diretamente monitorando as famílias é trabalhar em um território vivo e dinâmico de vital importância para a Saúde Pública. O trabalho desenvolvido pelos Agentes Comunitários de Saúde na Estratégia de Saúde da Família é o grande diferencial na assistência, na prevenção e na busca ativa no contexto do COVID-19.

Na fase inicial da pandemia, as áreas programáticas do município do Rio de Janeiro se organizaram localmente na distribuição de insumos e equipamentos de proteção individual

(EPI) de acordo com o quantitativo disponibilizado pelo nível central. Ocorreu, contudo, um certo racionamento desta distribuição em virtude da escassez de insumos proveniente da pandemia. Em um cenário de total incerteza estes EPI, essenciais para a proteção do trabalhador, não foram, infelizmente, distribuídos de maneira homogênea para todos os trabalhadores. Foram priorizadas médicas e enfermeiras que faziam parte das equipes de atendimento direto aos sintomáticos respiratórios. Aos ACS que estavam em contato com a população em geral na orientação do fluxo, no acolhimento e em outras ações os EPI eram precários e insuficientes. Tal fato aumentou a insegurança no trabalho, elevou o risco de transmissão e infecção destes trabalhadores que não receberam. A falta de planejamento ou redução de gastos relacionados a compra e distribuição de EPIs considerados básicos para a proteção do trabalhador promoveu insegurança e medo, prejudicando o trabalho de conscientização e de educação em saúde primordial para o enfrentamento desta pandemia.

A pandemia COVID-19 foi marcada por distintas fases que foram influenciadas pela variação dos índices de incidência, mortalidade, positividade de testes e velocidade de vacinação de covid-19. Barcellos e Xavier (2022) colocam que a dinâmica da pandemia de covid-19 vem evoluindo segundo fases marcadas por uma maior ou menor taxa de infecção e mortalidade que foram influenciadas pela circulação de diferentes variantes do vírus e estratégias de implementação de medidas de controle e a vacinação gradativa da população.

Observou-se que as distintas fases da pandemia alteraram os processos de trabalho do ACS no enfrentamento do COVID-19. Na fase inicial, no município do Rio de Janeiro, foram intensificadas as atividades administrativas pelos ACS de apoio aos fluxos e monitoramento das Equipe de Resposta Rápida (direcionado para o atendimento de sintomáticos respiratórios).

Nesta etapa os ACS priorizaram as visitas domiciliares em situações de maior risco e vulnerabilidade clínica e social, realizaram busca ativa de novos casos de sintomáticos respiratórios e monitoramento dos suspeitos de síndrome gripal realizando ações educativas. Na presença de sinais e sintomas orientavam as pessoas a buscarem atendimento de saúde e comunicavam à equipe sobre esses casos atuando em parceria com os outros integrantes da ESF de acordo com suas competências. Na unidade promoviam o primeiro acolhimento dos usuários e auxiliavam nos fluxos internos dos serviços de saúde.

Na fase inicial da campanha de vacinação do COVID-19 os ACS que tinham formação de técnico de enfermagem, com COREN ativo e que já recebiam adicional da secretaria por ser técnico de enfermagem, apoiaram a campanha de vacinação como vacinadores.

Em janeiro de 2021, já sob nova gestão na prefeitura da cidade do Rio de Janeiro, foram efetivadas contratações temporárias de Técnicos de Enfermagem e Enfermeiros para apoiar o

trabalho nas salas de vacina e para os atendimentos de sintomáticos respiratórios. Nesta fase os ACS retomaram a essência do seu trabalho de vigilância em saúde. Maciel et al. (2020) pontuam que o ACS é um dos principais responsáveis no reconhecimento das demandas e das necessidades da população adscrita e que em períodos de pandemia a competência cultural e a orientação comunitária auxiliam na capilaridade das ações no território.

No cenário de incertezas, a pandemia impulsionou a implementação de estratégias baseadas em tecnologias de informação e comunicação na vigilância em saúde, abrangendo o telemonitoramento e a teleeducação através de plataformas digitais. Um exemplo disto é que muitos ACS passaram a se comunicar com os seus usuários pelo WhatsApp. Esta estratégia foi muito útil para realizar o monitoramento de forma mais ágil, dinâmica e segura para trabalhadores e usuários.

A utilização de tecnologias digitais para realizar atividades em grupo de educação em saúde também foi realizada. Esta tecnologia permitiu a inserção de novas estratégias de promoção à saúde de forma remota no período pandêmico que exigia o distanciamento social. Esta adequação do trabalho aumentou a necessidade dos profissionais terem acesso a equipamentos e dados para conexão e rede de wi-fi em suas atividades laborativas.

É necessário contextualizar as diferentes realidades sociais em diferentes contextos culturais, econômicos e educacionais para ter empatia e responder eficientemente às necessidades locais. Iniciar um quadro sugestivo de Síndrome Respiratória por COVID 19 é muito impactante para si, para seus familiares, para as pessoas próximas de sua convivência, sejam os usuários ou mesmo os próprios profissionais. Estes sentimentos se somam à dificuldade de fazer isolamento social em casas aglomeradas e sem ventilação é um desafio ainda maior e amplia ainda mais a desigualdade social.

## 1.6 Educação em saúde, educação permanente e continuada do ACS para a Vigilância em Saúde na pandemia COVID-19

Somente com a integração dos diversos tipos de educação direcionadas para a realidade local é que conseguiremos avançar na construção de uma sociedade mais autônoma, justa e igualitária.

Vislumbrar uma atenção primária em saúde abrangente e resolutiva impõe a necessidade de recursos humanos qualificados para o trabalho na APS, capacitados para implementar ações de educação numa perspectiva dialógica e emancipatória.

Em seu livro *Pedagogia do Oprimido*, Freire coloca o papel da educação como um ato político, que liberta os indivíduos por meio da consciência crítica, transformadora e diferencial, que emerge da educação como uma prática de liberdade (FREIRE, 1987).

Para desenvolver ações no serviço de saúde numa perspectiva emancipadora é necessário avançar no percentual de profissionais preparados para operacionalizar ações e serviços com maior inclusão social direcionadas para a realidade do território e das famílias. O aprendizado significativo instrumentaliza as reflexões sobre o imaginário social e contempla as reflexões sobre o processo saúde-doença compreendendo a realidade do sujeito, sensibilizando e estimulando a vigilância de ações.

Todos os profissionais de saúde deveriam pautar as suas ações em práticas educativas com o objetivo de contemplar as reais necessidades pedagógicas da população no cotidiano de sua prática. Conhecer esta necessidade requer envolvimento, longitudinalidade do cuidado, vínculo e integração com o território.

A EPS constitui um processo educativo que foca o cotidiano de trabalho (ou da formação em saúde) como disparador de questionamento, de análise, já que tal realidade concreta pode desencadear movimentos de reflexão, avaliação e tudo aquilo que é criado, inventado e produzido por meio dos atos de saúde (CECIM, 2005). A educação permanente deve estar presente na rotina de trabalho dos profissionais de saúde para estimular a construção coletiva, troca de saberes e práticas de saúde que priorizem a aprendizagem significativa na rotina do trabalho. A educação continuada é compreendida como sendo mais estanque, pontual e direta.

Ambas devem fazer parte do cotidiano dos serviços de saúde para a qualificação das ações desenvolvidas em serviço e para que a APS seja resolutiva e possa atuar nas necessidades de saúde locais incorporando a participação popular e a potencialidade da intersetorialidade em suas ações.

O enfrentamento das necessidades trazidas com a pandemia evidenciou que os profissionais de saúde e a toda a sociedade precisa incentivar ações e práticas pedagógicas que contribuam para a implementação de medidas de promoção à vida como o uso de EPI, higienização das mãos, isolamento social, etiqueta respiratória e distanciamento social buscando sensibilizar cada sujeito e buscar uma visão comunitária de cuidado.

Observou-se, contudo, uma grande dificuldade de enfrentar comportamentos e desinformação que permearam as instituições e a sociedade como um todo. O fato de não seguir o isolamento social pode estar relacionado à crise econômica para alguns, enquanto para outros pode estar relacionado à ansiedade, falta de liberdade ou tédio. Ambos necessitam práticas educacionais distintas, encontrando as linhas de fuga específicas para superar estas barreiras.

O enfrentamento à pandemia do Coronavírus exige esforços de diferentes setores, atores e instituições da sociedade. É necessário um amplo escopo de ações intersetoriais articuladas, especialmente de âmbito econômico, social e sanitário. No campo da saúde, faz-se necessário ações em dois âmbitos: (1) macropolítico, principalmente a aquisição e garantia de leitos hospitalares, respiradores e medidas farmacológicas; e (2) práticas educativas e ações de cuidado pautadas nas tecnologias leves. As práticas de educação em saúde devem envolver minimamente três segmentos: (1) profissionais de saúde comprometidos com o SUS, com a defesa da vida e que valorizem ações de prevenção da doença, promoção de saúde e práticas de cuidado; (2) gestores que apoiem e implementem políticas de educação em saúde; e (3) população, na busca de autonomia nos cuidados individuais e coletivos. (CECCON; SCHNEIDER, 2020, p.13)

Para conter a altíssima transmissibilidade do COVID-19 de maneira efetiva é necessário a união de toda a sociedade e de distintos setores que envolvem um processo educativo de construção do conhecimento incluindo o uso de tecnologias leves e ações de cuidado pautadas na conscientização e no diálogo.

Apesar da COVID-19 ter afetado a população na sua totalidade é inquestionável que pessoas com poucos recursos financeiros, residentes em moradias precárias e superlotadas, com baixa escolaridade e falta de acesso a oportunidades para seu desenvolvimento são as mais afetadas. Existe uma forte relação do agravamento de suas consequências sobre grupos populacionais em situações de maior vulnerabilidade nos territórios. Santos (2021) coloca que os impactos da pandemia por COVID-19 ampliam as condições de vulnerabilidade e riscos, impactando de modo acentuado as condições de vida e saúde dos mais pobres.

Os processos educativos e de conscientização mais efetivos foram baseados nas experiências do cotidiano próximas da realidade social dos usuários.

Tais situações onde as consequências da pandemia foram agravadas pela vulnerabilidade social impactaram, e ainda impactam, na organização do acesso à assistência,

na estruturação de ações de prevenção, vigilância, reabilitação e educação em saúde capilarizadas e, principalmente, no desenvolvimento de redes de proteção social para assistência e suporte social desta população vulnerável.

A proximidade do ACS no território pode contribuir com estratégias de prevenção, vigilância e cuidado dos usuários sob a sua responsabilidade. Mialli (2011) pontua o papel do ACS como educador, pode ser visto pela gestão em saúde como um trabalhador que medeia a relação com a comunidade, partindo da lógica dos serviços; ou ainda, numa concepção politicamente crítica, como ator popular que representa interesses e pautas. Há um reconhecimento amplo de ser a educação em saúde uma de suas atribuições principais. Esta deve enfatizar a educação popular e ter no ACS um potente educador.

Para a efetivação das ações de educação em saúde numa perspectiva de educação popular é necessário que a equipe de saúde esteja capacitada para construir espaços de aprendizagem significativos. Só é possível fomentar diálogo e construção em conjunto dos saberes, se estes profissionais foram instigados em algum momento de sua trajetória profissional a realizar tais práticas.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 Geral

Analisar a atuação do ACS no enfrentamento da pandemia COVID-19.

### 2.2 Específicos

Os objetivos específicos são:

- a) identificar as atividades atribuídas e realizadas pelo ACS na pandemia COVID-19;
- b) analisar o desenvolvimento das competências necessárias ao ACS para a realização das práticas no enfrentamento da pandemia na ESF;
- c) refletir sobre as percepções dos ACS sobre sua atuação profissional no enfrentamento da pandemia COVID-19 na ESF?

### 3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório qualitativo que propôs reconhecer as atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde no período da pandemia de COVID-19 de abril de 2020 a dezembro de 2022.

Esta pesquisa de mestrado foi aprovada pelo Comitê do Hospital Universitário Pedro Ernesto (UERJ/HUPE) e CEP da SMS-RJ com o número do parecer 5.685548.

A pesquisa foi composta por duas etapas. A primeira foi a aplicação, via remota, de um questionário para os ACS que trabalham nas unidades de saúde da Coordenação de Área Programática 3.2 (CAP 3.2) do município do Rio de Janeiro. Este questionário teve o formato de um inquérito para identificar o perfil demográfico e socioeconômico, inserção na ESF e identificar atividades em que estiveram envolvidos nas suas unidades/equipes de saúde durante a pandemia de COVID-19. Foi feita análise simples das respostas enviadas dos formulários eletrônicos.

A segunda etapa foi composta por entrevistas semiestruturadas com os ACS, com análise temática das falas durante as entrevistas. Estas entrevistas objetivaram compreender as percepções dos agentes sobre suas atividades realizadas no enfrentamento da pandemia COVID-19. Foi adotado o critério de saturação da amostra.

#### 3.1 Local e sujeitos da pesquisa

A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro divide a cidade em 10 áreas programáticas (APs) para melhorar o gerenciamento dos serviços de saúde. O cenário escolhido para a coleta de dados aconteceu nas Clínicas da Família da AP 3.2, que abrange os bairros do Méier, Jacaré, São Francisco Xavier, Rocha, Riachuelo, Sampaio, Engenho Novo, Lins de Vasconcelos, Todos os Santos, Cachambi, Engenho de Dentro, Água Santa, Encantado, Piedade, Abolição, Pilares e Jacarezinho.

Estes bairros contemplam índices de desenvolvimento humano que variam de alto até muito alto. O índice de desenvolvimento humano é composto por três indicadores: longevidade (vida longa e saudável), Educação (acesso ao conhecimento) e renda (padrão de vida). É

considerado muito alto, valores entre 0,800 até 1,000; alto valores entre 0,700 até 0,799; médio entre 0,500 a 0,699 e baixo entre 0 e 0,499. (IBGE, 2020)

Em 2021 a AP 3.2 possuía 23 Clínicas da família: CF Amélia dos Santos Ferreira, CF Anna Nery, CF Anthidio Dias da Silveira, CF Barbara Starfield, CF Bibi Vogel, CF Carioca, CF Edney Canazaro de Oliveira, CF Emygdio Alves Costa Filho, CF Erivaldo Fernandes Nobrega, CF Herbert José de Souza, CF Izabel dos Santos, CF Luiz Celio Pereira, CF Olga Pereira Pacheco, CF Sergio Nicolau Amin, CMS Antenor Nascentes, CMS Ariadne Lopes de Menezes, CMS Carlos Gentile de Mello, CMS Cesar Pernetta, CMS Eduardo A. Vilhena, CMS Milton Fontes Magarão, CMS Renato Rocco, CMS Rodolfo Rocco, CMS tia Alice.

A AP selecionada possuía 103 Equipes de saúde da Família em seu território. Em junho de 2021 o quadro de RH da AP. 3.2 constava um total de 412 Agentes Comunitários de Saúde. A escolha deste território foi influenciada pelo fato da pesquisadora trabalhar nesta região. Não há conflito de ordem pessoal, profissional, comercial, acadêmica ou financeira para a realização desta pesquisa.

A seleção dos participantes baseou-se em duas etapas. Foram sujeitos da primeira etapa da pesquisa os agentes comunitários de saúde que trabalhavam na ESF na AP.3.2. que trabalhavam há pelo menos dois anos na Estratégia de Saúde da Família antes do início da pandemia e atuaram no enfrentamento da pandemia. Foram excluídos os colaboradores que estiveram de licença ou afastados de suas atividades devido ao risco de infecção pelo COVID-19 no período que foi destinado à coleta de dados.

### **3.2 Primeira etapa da pesquisa**

Após a aprovação do CEP SMS RJ a pesquisadora foi presencialmente a todas as unidades de saúde da AP 3.2 para convidar pessoalmente os ACS a participarem da pesquisa.

O convite foi realizado nos horários determinados pelos gerentes e pelos próprios agentes, de modo a reduzir a interferência na rotina laboral e no atendimento à população atendida pelo serviço.

Se o ACS não aceitasse o convite de participar da pesquisa ou frente a qualquer desconforto em qualquer etapa da pesquisa, o ACS poderia deixar de participar, estando livre de qualquer prejuízo.

Para os ACS que concordaram em participar foi solicitado o telefone e posteriormente enviado individualmente por WhatsApp o TCLE e o questionário on-line. O participante da pesquisa teve acesso às perguntas somente depois de ter o seu consentimento.

A pesquisadora enfatizou a importância dos participantes da pesquisa guardarem em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico de anuência e esclareceu o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento, antes de responderem às perguntas, para uma tomada de decisão informada.

Este estudo preconiza a garantia e respeito aos sujeitos da pesquisa. Após o esclarecimento sobre o tema e sobre os objetivos do estudo, todos os ACS que concordaram em participar desta pesquisa foram informados da liberdade de participação, confidencialidade e preservação dos dados que poderiam identificá-los, incluindo privacidade, sigilo e confidencialidade.

Na primeira etapa foi aplicado um formulário estruturado e fechado auto preenchido pelos sujeitos da pesquisa através da ferramenta eletrônica Google Forms que não representou nenhum custo aos respondentes. O formulário foi enviado aos ACS através de mensagens de texto individuais pela ferramenta WhatsApp. Foi estipulado o prazo máximo de envio do formulário da entrevista após 1 mês de ter recebido o instrumento de entrevista.

O questionário foi formado por três blocos que abordaram respectivamente: perfil demográfico e socioeconômico; acesso à educação continuada sobre o COVID-19 e atividades realizadas no processo de trabalho durante a pandemia.

Foi mantido o sigilo e confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa. Os riscos presentes em participar da pesquisa virtual e presencial podem envolver algum desconforto pessoal em abordar o tema do trabalho do agente comunitário durante a pandemia de COVID 19.

Em caso de alguma situação de timidez, irritação, cansaço, ou frente a qualquer desconforto relacionado ao preenchimento, o questionário os participantes puderam deixar de responder, estando livre de qualquer prejuízo.

Os riscos presentes na participação virtual poderiam ser os mesmos riscos característicos do ambiente virtual em função das limitações das tecnologias utilizadas.

A validação do questionário foi realizada através de um pré-teste do instrumento de pesquisa para um grupo de 5 ACS de outras unidades que não participaram da pesquisa. Este pré-teste objetivou avaliar a clareza e pertinência do instrumento de coleta de dados pelos respondentes. Após esta avaliação e ajustes necessários foi iniciada a etapa de coleta de dados.

Os custos relativos à coleta de dados com uso de internet foram de direito do participante, cabendo ressarcimento se assim desejarem e se manifestarem. O participante da pesquisa teve o direito de buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa. Ressalta-se que a participação dos entrevistados não acarretou ônus, ou benefícios diretos, uma vez que não teve custos com transporte e alimentação.

Após a realização de coleta de dados foi feito o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local e foi apagado o registro na plataforma virtual. Esta pesquisa foi custeada por financiamento próprio.

### 3.3 Segunda etapa da pesquisa

Esta etapa da pesquisa contempla conhecer as percepções dos ACS sobre suas atividades e vivências durante a pandemia COVID-19.

Ferreira *et al* (2010) afirmam que a pesquisa qualitativa é utilizada para promover discussão aprofundada dos fenômenos e da subjetividade atrelada a estes (significados, relações, comportamentos e valores).

O quantitativo de entrevistas foi delimitado pelo critério de saturação.

Considera-se haver saturação empírica quando o pesquisador constata que a interação entre campo de pesquisa e o investigador não mais fornece elementos para balizar ou aprofundar a teorização. (FONTANELLA *et al.*, 2011).

A definição da amostra de sujeitos em que foram aplicadas as entrevistas selecionou os ACS que trabalhavam há pelo menos dois anos na ESF antes do início da pandemia, atuaram como ACS no início da pandemia em 2020 e por mais de um ano na pandemia. A adoção desses critérios para o aprofundamento qualitativo da pesquisa foi importante para a seleção daqueles profissionais que tiveram maior experiência de trabalho como ACS antes e durante a pandemia. Foi considerado nesta definição amostral as informações do questionário de modo a abranger a maior heterogeneidade possível de raça, gênero e de local de trabalho entre os sujeitos desta etapa da pesquisa. Outro aspecto da abrangência amostral foi a representatividade de trabalhadores das unidades pertencentes a diferentes territórios da AP 3.2.

O contato com os agentes comunitários candidatos para realização das entrevistas presenciais foi feito primeiramente por mensagem pessoal pelo WhatsApp fornecido na primeira etapa. As entrevistas presenciais foram agendadas com os trabalhadores que aceitaram

participar desta etapa da pesquisa Foram realizadas nos próprios locais de trabalho, nos horários determinados pelos próprios agentes e em ambientes com maior sigilo e privacidade. Não houve custos de deslocamento aos respondentes, uma vez que a pesquisadora se deslocou até seus locais de trabalho.

As respostas da entrevista presencial e o áudio contendo as anotações do diário de campo feito pela pesquisadora foram gravadas e transcritas posteriormente. Os dados coletados foram armazenados em dispositivo eletrônico local. Foi assegurado o sigilo e confidencialidade das informações dos participantes da pesquisa.

Para a realização de entrevistas presenciais foi respeitado todos os cuidados sanitários frente à Pandemia por COVID-19, tais como o uso de máscaras e higiene das mãos com álcool gel.

A análise das entrevistas foi realizada através de análise temática que seguiu as perspectivas de Bardin. Para Bardin (2011), o termo análise de conteúdo designa um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Seguindo os referenciais da bioética, este estudo propõe a garantia e respeito ao sujeito da pesquisa. Após esclarecer sobre o tema e sobre os objetivos do estudo, todos os ACS que concordaram em participar desta pesquisa foram informados da liberdade de participação, confidencialidade e preservação dos dados que pudessem identificá-los, incluindo privacidade, sigilo e confidencialidade.

A participação do estudo foi voluntária e de livre escolha de acordo com o princípio da autonomia. Para todos os que aceitaram participar do estudo, foi solicitado a autorização para uso das informações do instrumento de entrevista utilizado nesta pesquisa por meio do registro do termo de consentimento livre e esclarecido. (TCLE).

A participação foi livre e poderia ser interrompida mediante a qualquer momento ou qualquer desconforto. Ressalta-se que os dados de identificação dos entrevistados não foram e não serão divulgados, assegurando o anonimato.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na primeira etapa da pesquisa, a pesquisadora foi pessoalmente às clínicas da Família da AP 3.2 e convidou os ACS para responderem ao formulário on-line pelo link do Google Forms. Este inquérito visava explorar o perfil demográfico, socioeconômico, inserção na ESF e participação na pandemia de COVID-19. Os ACS que aceitaram participar do estudo forneceram o número de WhatsApp e, através deste número, foi enviado o link para o preenchimento do formulário. Foram enviadas, no total, 60 convites para participação no inquérito. As respostas recebidas entre 06/10/2022 a 6/12/2022 foram contabilizadas. O total de 45 (75% do total de convites enviados) foram preenchidos e enviados no prazo.

Na segunda etapa foram realizadas entrevistas presenciais com 17 ACS que preenchiam os critérios elencados para a pesquisa e aceitaram participar das entrevistas. Estas foram gravadas e transcritas posteriormente. Os ACS que participaram do estudo receberam codinomes de flores para preservar a identidade.

Entre os 45 respondentes ao inquérito a distribuição por faixa etária identificou-se que a maioria 20% tinha idade entre 35 a 39; seguido das pessoas com 50 a 54 anos 17,8% e 13,3% tinham entre 40 a 49 anos. Destaco que 82,2% eram do sexo feminino. Este perfil converge com outras pesquisas sobre o perfil destes trabalhadores que também identificam a predominância de agentes na meia idade e do sexo feminino. (COSTA et al., 2020).

Neste estudo 55,6% possuem nível médio, 37,8% nível superior e 6,7 % pós graduação. Nenhum dos participantes informou ter nível fundamental. Este perfil dos respondentes é similar a outros estudos que revelam que a categoria profissional é predominantemente de alta escolaridade. (SIMANS; PINTO, 2017). Este perfil de escolaridade pode estar relacionado também aos critérios dos editais de seleção como no último realizado em 2022 na AP.3.2 em que havia exigência de que a escolaridade mínima fosse o ensino médio.

Quanto à autodeclaração do quesito raça/cor, 64,5% declararam-se pardos e pretos (35,6% pardos e 28,9% pretos) e 35,6% declarou-se branco. Este perfil é semelhante ao evidenciado no 2º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de COVID-19. Neste inquérito o perfil nacional identificado foi de que 69,8 % dos agentes declarou-se de cor parda e preta (50% parda e 19,8% preta) e 29,3% branca (NOGUEIRA et al., 2020).

Tabela 1 – Perfil demográfico dos ACS entrevistados

Variáveis	Número de agentes	Percentual sobre o total da amostra
<b>Idade</b>		
18 a 24 anos	0	0%
25 a 29 anos	1	2,2%
30 a 34 anos	7	15,6%
35 a 39 anos	9	20%
40 a 44 anos	6	13,3%
45 a 49 anos	6	13,3%
50 a 54 anos	8	17,8%
55 a 59 anos	2	4,4%
60 a 64 anos	4	8,9%
65 a 69 anos	1	2,2%
Acima de 69 anos	1	2,2%
<b>Sexo</b>		
Feminino	37	82,2%
Masculino	8	17,8%
<b>Raça (auto declarada)</b>		
Branco	16	35,6%
Preto	13	28,9%
Pardo	16	35,6%
Amarelo	0	0%
Indígena	0	0%
<b>Escolaridade</b>		
Fundamental	0	0%
Médio	25	55,6%
Superior	17	37,8%
Pós graduação	3	6,7%

Fonte: A autora, 2023.

Tendo em vista que o número de habitantes por domicílio e a vulnerabilidade social são elementos que a literatura relaciona com a maior exposição à transmissão do vírus da COVID 19, cabe destacar que não havia grande aglomeração de hab/domicílio entre os ACS respondentes. Observou-se que 11,1% declararam morar sozinhos e 64,5% informaram morar

com 1 a 3 pessoas no seu domicílio. Em relação à faixa de renda familiar dos participantes do estudo, 46,7% declararam renda familiar entre 2 a 4 salários mínimos e 42,2 % declararam entre 1 a 2 salários mínimos. Estes dados são compatíveis com as mudanças que vem ocorrendo com a regularização da carreira do agente comunitário a partir da Emenda Constitucional nº120 de 5/5/2022 que definiu que os vencimentos de agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias não poderia ser inferior a 2 (dois) salários mínimos, repassados pela União aos Municípios, aos Estados e ao Distrito Federal.

No edital 02/2022 que deliberou sobre o processo seletivo para ACS na AP 3.2 para contratação pelo regime jurídico de CLT sob responsabilidade do Instituto de Desenvolvimento Institucional e Ação Social (IDEIAS) a remuneração mensal a ser paga ao ACS pelo convênio celebrado entre a prefeitura da cidade do Rio de Janeiro e o IDEIAS, correspondia a R\$ 2,424,00 ( dois mil quatrocentos e vinte e quatro reais mensais).

Tabela 2 – Dados sócio econômicos

		Número de agentes	Percentual sobre o total de respondentes
<b>Número de pessoas que moram na casa</b>	Mora só	05	11,1%
	1	09	20%
	2	08	17,8%
	3	12	26,7%
	4	8	17,8%
	5	3	6,7%
	> 5	0	0%
<b>Renda familiar por salário mínimo (SM)</b>	01SM	1	2,2%
	1 a 2 SM	19	42,2%
	2 a 4 SM	21	46,7%
	> de 4 SM	4	8,9%

Fonte: A autora, 2023.

Observou-se que a maioria dos respondentes 93,3% referiram trabalhar na Estratégia há mais de dois anos antes do início da pandemia e 84,4% informaram ter atuado na pandemia em 2020, entre estes 82,2 % informaram ter tido mais de 1 ano de atuação na pandemia. O tempo de atuação na pandemia foi importante também para elencar os participantes das entrevistas semi estruturadas que foram realizadas na pesquisa.

Tabela 3 -Participação na pandemia

Variáveis		Número de agentes	Percentual sobre o total de respondentes
<b>Tempo de atuação na ESF como ACS antes do início da pandemia</b>	Menos de dois anos	3	6,7%
	Mais de dois anos.	42	93,3%
	Total	45	100%
<b>Atuação na pandemia em 2020</b>	Sim	38	84,4%
	Não	4	8,8%
	Não responderam	3	6,6%
	Total	45	100%
<b>Tempo de atuação na pandemia</b>	De 0 a 3 meses	0	0%
	De 3 a 6 meses	0	0%
	De 6 meses a 1 ano	1	2,2%
	Mais de 1 ano	37	82,2%
	Não responderam	7	15,5%
	Total	45	100%

Fonte: A autora, 2023.

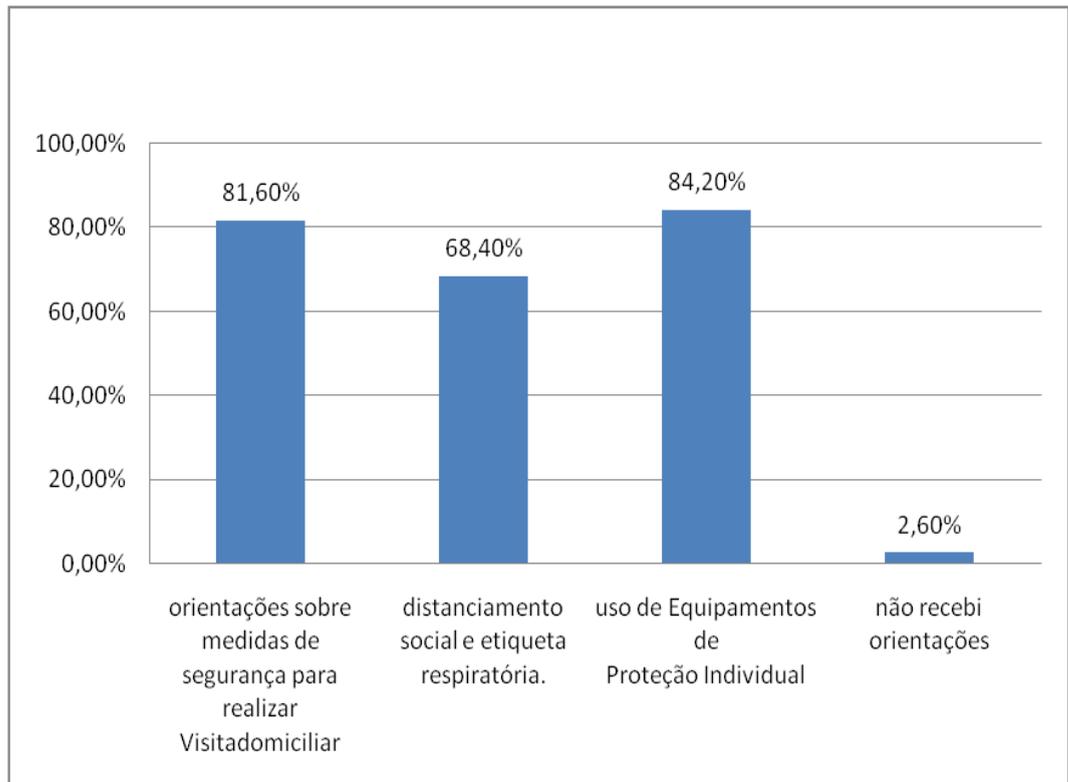
Nas entrevistas, a ACS Margarida fala sobre a importância do conhecimento na prática profissional visando melhorar as competências necessárias ao exercer as suas atividades laborativas.

Toda terça feira a gente tem reunião de equipe e nestes momentos a doutora e a enfermeira faziam capacitação sobre o COVID com a gente. [...] O conhecimento é muito importante para melhorar o nosso trabalho(ACS Margarida).

Franco (2022) conceitua a Educação Permanente em Saúde como a aprendizagem cotidiana voltada para a prática profissional, no qual é oportunizada a aprendizagem no cotidiano do trabalho vinculando a reflexão de práticas de serviço relacionadas ao dia a dia do trabalhador.

Neste inquérito, 81,6% informaram ter recebido orientações sobre medidas de segurança para realizar visita domiciliar, 68,4% sobre distanciamento social e etiqueta respiratória, 84,2% em relação ao uso de EPI, apenas 2,6% declararam não ter recebido orientações (Gráfico1).

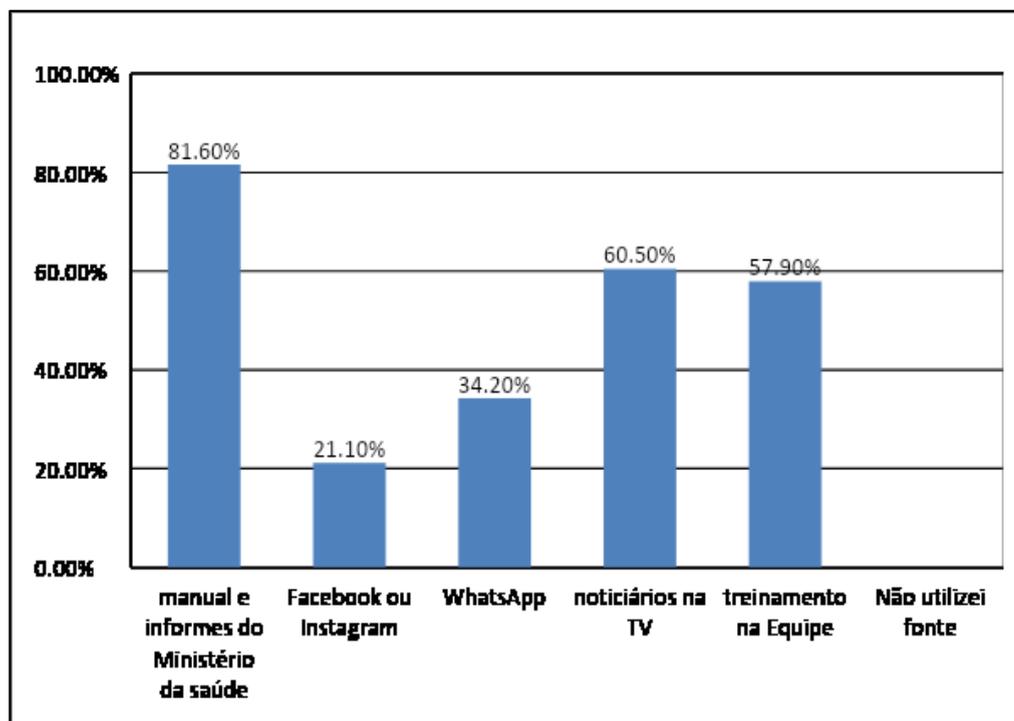
Gráfico 1 – Orientações recebidas sobre o COVID-19 para desempenhar atividades como ACS



Fonte: A autora, 2023.

Utilizar fontes confiáveis de informação é essencial para o recebimento de informações corretas, em particular devido ao caos provocado pelas notícias falsas e tendenciosas divulgadas nas mídias sociais. Dos agentes que responderam 81,60% informaram ter utilizado manual e informes do Ministério da Saúde, 60,50% noticiários na TV, 57,90% disseram que receberam treinamento na equipe, 34,20 % utilizaram informações do WhatsApp e 21,10% Facebook ou Instagram. ( Gráfico 2). Barcellos *et al* (2021) pontuam que existe um número elevado de Fake News e histórias falsas disseminadas sobre o COVID-19 nas redes digitais e sociais que podem interferir negativamente nas ações de promoção e prevenção à saúde. O WhatsApp e Facebook concentram o maior número de Fake News disseminado relacionadas ao COVID-19.

Gráfico 2 –Fontes utilizadas para se manter informado sobre o COVID-19

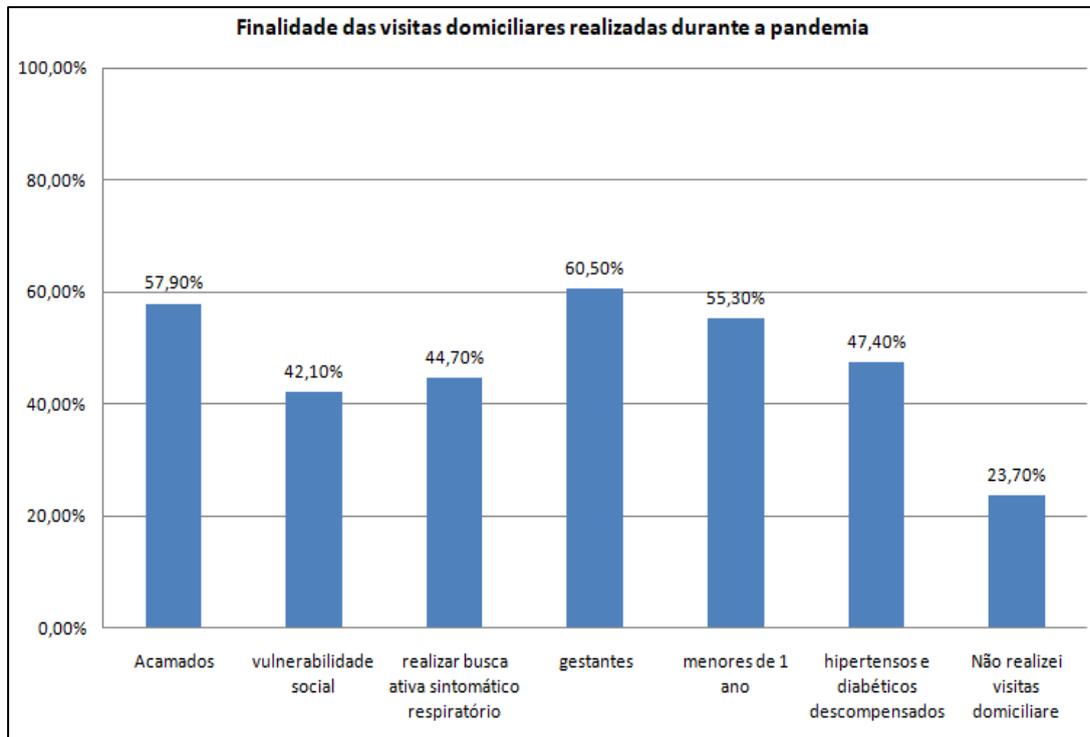


Fonte: A autora, 2023.

As primeiras orientações sobre o processo de trabalho durante a pandemia pelas equipes da atenção primária só ocorreram 2 meses após o início deste mega problema sanitário ocorrer, pois a maioria das atenções foram voltadas para os serviços de emergência e hospitalares. A SMS-RJ emitiu em 27/04/2020 a primeira nota técnica sobre a prevenção e manejo do COVID-19 na APS. Esta normativa que as visitas domiciliares de agentes comunitários nesta fase da pandemia deveriam ter foco principal no monitoramento de famílias em pessoas com Síndrome Gripal, especialmente com fatores de risco, e visitas de casos de alto risco clínico ou social conhecidos pela equipe, caso não fosse possível o monitoramento remoto por telefone (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2020).

Praticamente a totalidade dos agentes afirmaram ter mantido ações domiciliares associadas ao trabalho de vigilância e acolhimento. Entre as respostas, 57,9% disseram ter realizado visita domiciliar em acamados; 42,10% em famílias com vulnerabilidade social; 44,70% na realização de busca ativa de sintomáticos; 60,50% em gestantes; 55,30% em menores de 1 ano; 47,4% em hipertensos e diabéticos descompensados e 23,7% informaram não ter realizado visita domiciliar.

Gráfico 3 – Finalidade das visitas domiciliares realizadas durante a pandemia



Fonte: A autora, 2023.

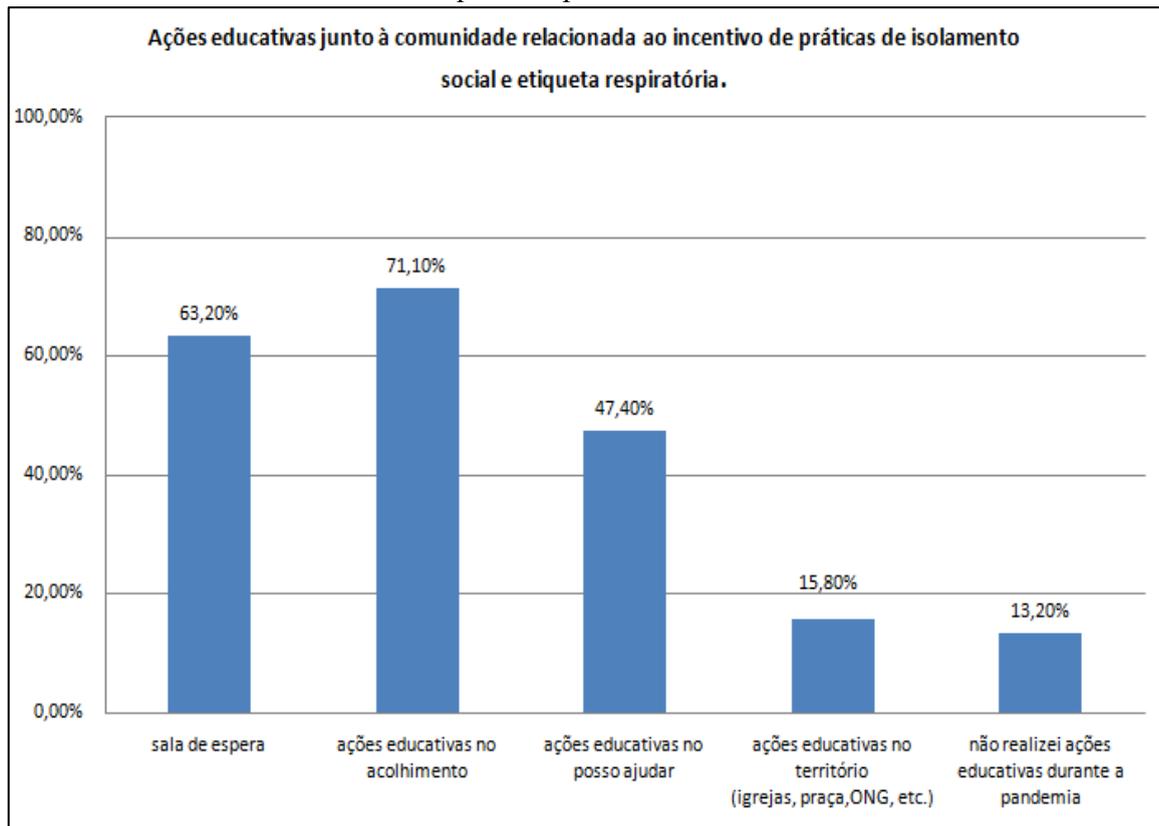
O profissional Agente Comunitário de Saúde desenvolve ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tendo como foco as atividades educativas em saúde, em domicílios e coletividades, contribuindo para a ampliação do acesso da população às ações e serviços de saúde, na perspectiva da promoção social e de proteção da cidadania (BRASIL, 2004b). A educação em saúde é uma das principais ações de prevenção do COVID-19 e de promoção da saúde por possibilitar o despertar da cidadania, incentivar a responsabilidade pessoal e social e fomentar a formação de multiplicadores e para implementar estratégias epidemiológicas de redução da transmissibilidade do COVID-19.

Para tornar efetivo o enfrentamento da pandemia, a Organização Mundial da Saúde recomenda um forte engajamento da comunidade. As experiências mais bem-sucedidas de controle da pandemia têm demonstrado o acerto desta recomendação. De fato, os países que conseguiram maior compreensão e adesão das pessoas às medidas de prevenção têm sido aqueles onde ocorreram menos casos e menos mortes por COVID-19. (ABRASCO et al., 2020).

Foram relatados um maior número de ações educativas no acolhimento 71,1%, seguido de ações em sala de espera 63,2% e apenas 15,8%, registraram a realização de ações educativas no território (Gráfico 4). Os ACS referiram nas entrevistas a realização de ações educativas,

monitoramento e vigilância através de contatos telefônicos e mensagens do aplicativo WhatsApp. O número de visitas domiciliares pode ter sido influenciado pelas notas técnicas emitidas no início da pandemia para diminuir a circulação de profissionais no território evitando a exposição dos agentes e as famílias. Assim como a redução de agentes nas equipes devido ao afastamento daqueles que eram grupo de risco ou que adoeceram.

Gráfico 4 –Ações educativas junto à comunidade relacionadas ao incentivo de práticas de isolamento social e etiqueta respiratória



Fonte: A autora, 2023.

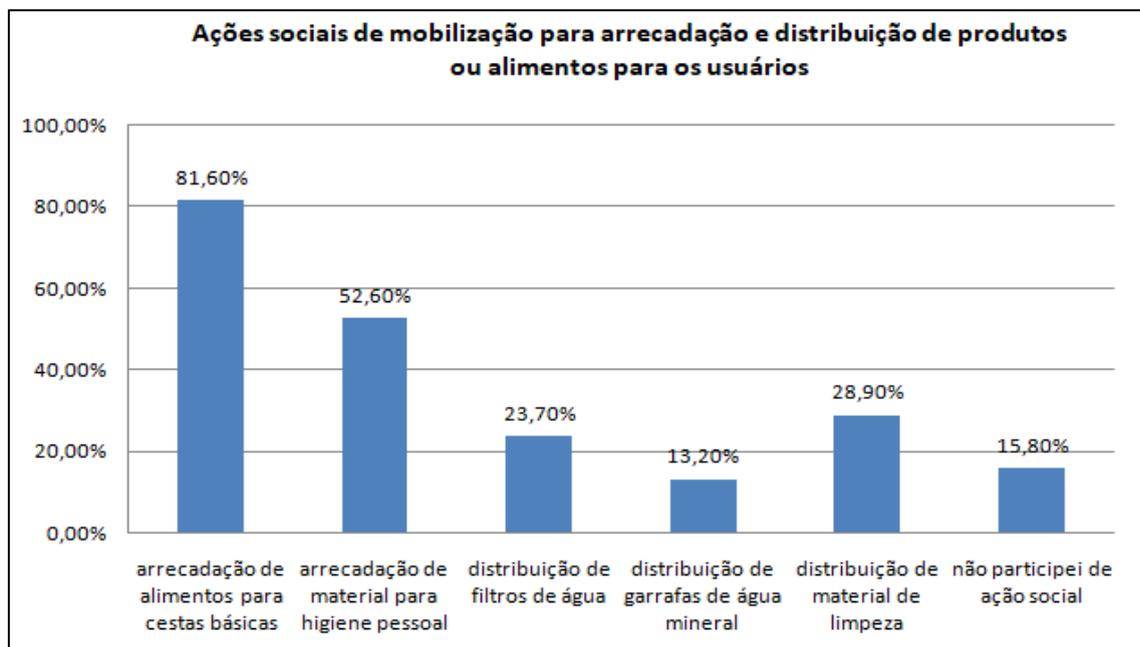
A Educação em saúde é essencial para o incentivo de práticas de isolamento social, etiqueta respiratória e para a adesão às campanhas de vacinação contra o COVID-19. Momentos de calamidades requerem das equipes adaptações para garantir que os atributos essenciais e derivados da Atenção Primária não se dissolvam. (TEIXEIRA et al., 2020).

A iniciativa de ações sociais foram essenciais para o enfrentamento desta crise sanitária e social causada pela COVID-19 como forma de minimizar o impacto ocasionado na população com maior vulnerabilidade. A mobilização social é uma potente ferramenta para o exercício da cidadania e a grande maioria 81,6% dos agentes responderam ter participado de ações de arrecadação de alimentos para cestas básicas, 52,6% disseram ter arrecadado alimentos e

material para higiene pessoal para distribuição entre os adscritos às equipes com maior vulnerabilidade e insegurança alimentar, 23,7% distribuíram filtros de água, 13,2% participaram na distribuição de garrafas de água mineral, 28,9% distribuíram materiais de limpeza, apenas 15,8 % não participaram de ações sociais.

As ações sociais realizadas não limitavam-se apenas na distribuição de produtos. Elas oportunizaram um potente espaço de educação em saúde.

Gráfico 5 – Ações sociais de mobilização para arrecadação e distribuição de produtos ou alimentos para os usuários

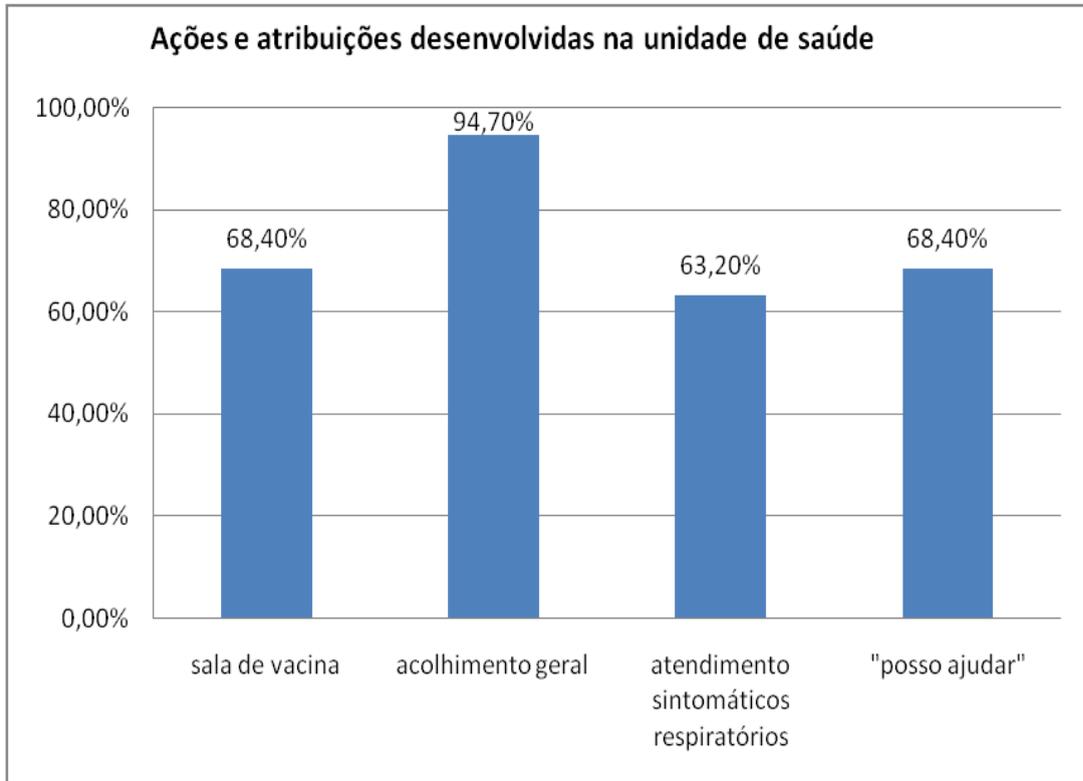


Fonte: A autora, 2023.

A pandemia e as medidas de proteção e isolamento dela decorrentes mudaram todo o processo de trabalho e as práticas dos ACS. Em relação ao processo de trabalho dos agentes nas unidades básicas de saúde durante a pandemia, 94,7% informaram ter atuado no acolhimento em geral, 68,4% ter atuado na sala de vacina, 63,2% no atendimento dos sintomáticos respiratórios e 68,4% no posso ajudar (Gráfico 6). Observa-se que estes profissionais foram envolvidos em quase todas as atividades voltadas à atenção à população que ocorria às clínicas de família.

Estas atribuições foram mudando em função dos momentos epidemiológicos e da introdução dos testes rápidos e das vacinas.

Gráfico 6 – Ações e atribuições desenvolvidas na unidade de saúde



Fonte: A autora, 2023.

Na sala de vacina, em geral, os ACS atuavam como escribas, orientando a população sobre as vacinas e organizando o acesso aos locais de vacinação. Porém, no início da campanha de vacinação do COVID, os ACS com formação em técnico de enfermagem e COREN ativo também atuaram como vacinadores em algumas unidades de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família do município do Rio de Janeiro instituiu em seu processo de trabalho a implementação de Equipes de Resposta Rápida para o atendimento dos sintomáticos respiratórios em um local estratégico da Unidade de Saúde. A implementação de um setor separado para os atendimentos dos sintomáticos respiratórios foi essencial para tentar separar os fluxos deste atendimento das demais atividades realizadas na Unidade de Saúde. O Agente Comunitário de Saúde atua no acolhimento e auxilia na organização dos processos de trabalho na Equipe de Resposta Rápida.

Sobre a condição de saúde dos agentes, a pesquisa identificou que 86,8% dos ACS tiveram diagnóstico de infecção por COVID-19. 60,5 % dos respondentes informaram a insegurança ao realizar as suas atividades profissionais.

Somado à insegurança dos agentes em se contaminarem com o vírus, houve relatos de temor em levar a infecção aos membros de suas famílias. Tanto o risco próprio como a

insegurança relativa de levar a doença aos seus familiares foram fonte de aumento de casos de sofrimento mental dos agentes de saúde. 86,8% informaram ter medo de contaminar os seus familiares.

A pandemia tem gerado ansiedade, medo de adoecer e morrer, perdas afetivas, insegurança e empobrecimento, especialmente entre famílias em luto e grupos vulnerabilizados. (ABRASCO et al. 2020)

Esta parte do estudo com formulário de perguntas auto preenchidas nos permitiu conhecer o perfil demográfico e socioeconômico dos ACS. Identificar os tipos de orientações recebidas e fontes de informação utilizadas pelos ACS para se manterem informados sobre a COVID-19 e compreender os processos de trabalho na pandemia de COVID-19.

Para estabelecer um diálogo e explorar as percepções dos ACS foi implementada a segunda etapa da pesquisa foi marcada por um roteiro semi estruturado. Foram realizadas e gravadas entrevistas com 17 agentes comunitários de saúde com as anotações do diário de campo. As falas destes sujeitos, as impressões do diário e os registros da literatura sobre o tema possibilitaram reconhecer 3 categorias de análise: 1) saúde da família: gente que cuida de gente e do território, 2) O cotidiano e as práticas do ACS na pandemia, 3) Repercussões da pandemia na saúde dos ACS.

Para preservar a identidade das informações dos participantes os nomes dos ACS participantes deste estudo foi substituído simbolicamente por nomes de flores que representam elementos da natureza. Flores representam a beleza da natureza, resistência e perseverança.

#### **4.1 Saúde da família: gente que cuida de gente e do território**

“Gente que cuida de gente e do território” é uma expressão que se refere a pessoas e comunidades que se dedicam ao cuidado e proteção de seus semelhantes e do meio ambiente em que vivem, valorizando a cultura local e o território em que vivem.

Esta categoria está estruturada em torno das falas e percepções dos agentes sobre o cotidiano do trabalho na Estratégia de Saúde da Família. A análise das falas contribuiu para elucidar como é a percepção do trabalho pelos ACS. Alguns relataram um sentimento de satisfação em lidar com pessoas, ser útil e de poder realizar diferentes atividades.

Esta categoria está dividida em subcategorias para favorecer o detalhamento dos elementos conceituais: O cotidiano do trabalho do ACS, a capilaridade social do ACS e o

conhecimento do território, percepção da vulnerabilidade da população, a carga emocional do ACS durante a pandemia COVID-19.

#### 4.1.1 O trabalho do ACS

Não tenho uma rotina monótona de trabalho, eu realizo ações de monitoramento, vigilância, acolhimento, atividades em grupo, [...] e tenho a possibilidade satisfação de estar na escola e no território (ACS Orquídea).

Outra questão apontada foi a de poder trabalhar com profissionais de outras áreas como a equipe de saúde bucal e o NASF. Segundo a ACS Orquídea, realizar estas distintas atividades a encantam e a fizeram permanecer neste trabalho nos últimos 10 anos. O vínculo entre os profissionais e destes com a população contribui para a integralidade do cuidado e eficiência nos resultados para controle e combate ao novo coronavírus (FLEISCHMANN et al., 2016).

As falas a seguir pontuam como o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família envolve um território vivo e dinâmico onde os agentes vivem e trabalham sendo promotores do cuidado em saúde. A ESF no formato de construção da saúde como direito equânime e integral, possui a presença marcante do ACS que é um elemento central das ações de promoção, prevenção e atenção à população adscrita. Usuários são vizinhos, parentes ou simplesmente, em alguns casos, estreitam tanto o vínculo que se tornam amigos.

#### 4.1.2 A capilaridade social do ACS e o conhecimento do território

Quando eu fiz o introdutório em 2011 foi dito que a gente iria ser convidado para o chá de bebe, o casamento, festa de aniversário dos nossos usuários e isto de fato aconteceu. Algumas vezes eu fui, outras eu acabei mantendo certa distância porque senão às vezes o usuário acaba confundindo um pouco. Mas em algumas famílias a gente deixa de ser apenas uma Agente de Saúde e passa a ser amigo. Tem pessoas que marcam a gente(ACS Orquídea).

Além de criar vínculos com as famílias, o ACS identifica demandas na comunidade que no dia-a-dia do serviço não são vistas pela equipe. Esta proximidade com o território e com as pessoas favorece ações de saúde nos distintos ciclos de vida. Também possibilita conhecer as especificidades dos moradores daquele território e, portanto, identificar suas especificidades

quanto às condições sociais e epidemiológicas que devem ser levadas em consideração para a realização de ações estratégicas em saúde.

No meu território eu tenho uma população muito grande de população de rua e que é flutuante. Eu conheço a maioria. Eles sabem que eu sou Agente. Eu ando sempre com pote de escarro e preservativo. Se precisar oferecer eu já tenho na minha mochila. Eu gosto muito de trabalhar nesta área (ACS Cravo).

Você cria vínculo. Parece que é seu familiar. Você tem acesso à casa das pessoas. A gente já sabe o horário que aquela pessoa pode te receber. Eu particularmente gosto muito do trabalho da Estratégia (ACS Cravo).

Os territórios de abrangência das unidades de saúde que participaram do estudo são bem distintos. Os relatos dos agentes evidenciaram o trabalho em áreas que apresentam desde uma alta vulnerabilidade social, como também outras onde as condições de vida e de saúde são melhores. Compreender um pouco dessa diversidade ajuda a entender a complexidade do cotidiano do trabalho do ACS.

Gondim e Monken (2017) compreendem que os territórios são diferentes, têm particularidades materiais e simbólicas, de modo que a compreensão dos contextos territoriais permite aos profissionais de saúde reconhecerem dinâmicas sociais, econômicas, políticas e identitárias que possibilitam a identificação dos múltiplos saberes e o estabelecimento de parcerias para o enfrentamento dos problemas e das necessidades da população, visando potencializar a capacidade operacional do sistema de saúde local.

Temos uma população mista. Uma galera com poder aquisitivo maior que tem pós e doutorado. É uma galera que sabe dos seus direitos. E temos o outro lado. De pessoas bem carentes. Temos que trabalhar de maneira diferente com estas diferentes populações que são os dois extremos. Eu já trabalhei nestes dois territórios e o nosso comportamento é completamente diferente(ACS Azaléia).

O meu território é bem vulnerável. Tem um número grande de tuberculose. Eu faço DOTS. Tenho alguns pacientes que não tem um grande comprometimento com o tratamento e eu fico bem atenta. Levo a medicação e vou atrás se não acho(ACS Hibisco).

Apesar da dinâmica de trabalho no território e nas residências, envolvendo as práticas realizadas com os moradores e mesmo as relações interpessoais dos agentes com seus cadastrados terem sido muito alteradas em virtude das limitações impostas pela pandemia, este diagnóstico comunitário foi fundamental no encaminhamento das ações neste período.

Esta percepção da heterogeneidade dos territórios e de seus moradores foi ressaltada pelos ACS. Eles reconheceram, por sua vez, o quanto as condições sociais, culturais e epidemiológicas implicaram nas suas práticas e nas relações que estabeleceram durante os

períodos mais críticos da COVID-19. Neste sentido, observaram a importante relação da maior vulnerabilidade social dos grupos sociais adscritos com o maior risco de morte durante a pandemia.

O meu território é muito vulnerável. Eu tenho muito hipertenso, diabético. O número maior de falecimentos (na pandemia) foi de pessoas com comorbidade para diabetes(ACS Margarida).

Eu faço a área mais vulnerável da clínica com mais criança, mais gestante, mais bolsa família. Eu tenho muito idoso, hipertenso e diabético. Eu tive muitas mortes no território(ACS Lírio).

Maciel et al., (2020) pontuam que diante da pandemia pelo novo coronavírus as unidades e equipes de saúde da família que conseguiram manter um atendimento territorializado e promoveram a longitudinalidade e a coordenação do cuidado em todos os níveis de atenção à saúde possuíam maior capacidade de identificar antecipadamente potenciais casos graves.

#### 4.1.3 A Percepção da vulnerabilidade da população

O ACS presente dentro do território favorece o acesso ao serviço de saúde capilarizando um processo ativo de cuidado compartilhado. A territorialização e a responsabilidade sanitária são fundamentais para o conceito ampliado de saúde e para enfrentar os determinantes e condicionantes que afetam a saúde.

Pelo fato da gente conhecer o território, a gente conhecia o usuário que chegava. Sabia que aquele usuário tinha uma doença pré existente e a gente sinalizava para os profissionais que estavam atendendo (Equipe de Resposta Rápida). A gente buscava sinalizar para o profissional a vulnerabilidade daquela pessoa: uma asma, hipertensão ou diabetes. Sinalizando o risco da doença (comorbidades) (ACS Orquídea).

#### 4.1.4 A carga emocional do ACS durante a pandemia COVID-19

Trabalhar com uma área adscrita que muitas das vezes fica próxima ao seu local de moradia contribui para o estabelecimento de vínculo e, conseqüentemente, uma grande troca de afetos e sentimentos nas relações entre os profissionais e usuários. Neste sentido, muitas falas se referiram o sentimento de dor e perda durante a pandemia do COVID-19, pois muitos vivenciaram um número elevado de adoecimentos e mortes de pessoas muito próximas.

Foi muito difícil no começo. A clínica da família a gente pega muito vínculo. A gente atende uma determinada área. E muitos são nossos vizinhos, parentes e amigos. Foi muito difícil porque muitos adoeceram, e muitos foram a óbito(ACS Margarida).

Nas respostas ao inquérito foi marcante como os ACS responderam que mantiveram ações de vigilância no território e nos domicílios, mesmo enfrentando os riscos e os medos trazidos pela COVID-19 e estando sobrecarregados com inúmeras atividades realizadas no atendimento à demanda nas unidades.

O vínculo é necessário para assumir estes cuidados estratégicos na APS e para garantir um cuidado integral para todos. Para organizar o cuidado em saúde é preciso ter um olhar constante de monitoramento e vigilância para garantir o cuidado universal de forma equitativa.

A morte de vários usuários que a gente presenciou e acompanhou. Por exemplo: a gente via usuários vindo aqui na clínica para testar aqui e a gente já ligava uma luz para ter uma maior atenção com este paciente. Sabendo que estava com COVID eu ia em busca deles e orientava, buscava saber o que estava acontecendo. Um exemplo: uma paciente de 40 anos que eu tinha. Eu perguntei. Você não está melhorando? Vai na clínica. Eu sei que ela saiu daqui de ambulância e passou uns dias internada e veio a óbito. Ela era diabética, descompensada(ACS Calêndula).

A pandemia COVID-19 deixou marcas profundas de sofrimento em famílias onde seus familiares adoeceram e tiveram as suas vidas interrompidas. Esta onda de sofrimento foi amplificada pelo contexto econômico e social desfavorável, aumento do desemprego, seguido pelo aumento de casos de transtorno mental e psíquico e aumento da violência intradomiciliar e de gênero. Os relatos dos entrevistados a seguir nos indicaram que a pandemia impactou drasticamente a população de distintas formas, acentuando ainda mais as desigualdades sociais e as discrepâncias crônicas e consolidadas em nosso País.

O COVID-19 deixou muitos casos de transtorno mental e depressão. A doença deixou um rastro de destruição na vida de muita gente. Tem pessoas que têm depressão até hoje e precisam de um cuidado (ACS Calêndula). Muitas famílias pequenas cresceram. Veio outros familiares que moram naquela casa. O território triplicou ou quadruplicou. Muitas famílias foram morar juntas. Com a

crise econômica houve uma diminuição de renda e as pessoas foram morar juntas. Um exemplo disto é quando os filhos perdem o poder aquisitivo e eles retornam para a casa dos pais (ACS Azaléia).

Eu tenho muitos usuários que perderam o emprego na pandemia e estão buscando o SUS pela primeira vez. Eles não tinham muito noção do trabalho da Estratégia. E aos poucos a gente vai desconstruindo essa ideia e vai falando do trabalho da ESF (ACS Flor de Maio).

Neste sentido, é interessante observar como no inquérito realizado quase 82% dos respondentes afirmaram ter participado ações sociais como arrecadação de alimentos e produtos de higiene pessoal aos seus cadastrados. Esta participação foi uma das mudanças do cotidiano das ações realizadas pelos ACS durante aquele período.

#### **4.2 O cotidiano e as práticas do ACS na pandemia**

Esta categoria relaciona-se com as implicações da pandemia de COVID 19 no cotidiano e nos processos de trabalho dos agentes comunitários. Esta categoria envolve as percepções dos agentes sobre as práticas desenvolvidas e as competências necessárias no trabalho destes profissionais no contexto pandêmico. Esta categoria está dividida nas seguintes subcategorias: sobrecarga de trabalho, adaptações nos processos de trabalho no período pandêmico, sobrecarga emocional no trabalho, mudanças na rotina do trabalho, a percepção da importância do trabalho do ACS, a percepção da importância do trabalho do ACS, as implicações das mudanças dos processos de trabalho na pandemia COVID-19.

Cabe destacar que uma fala muito recorrente foi relativa à sobrecarga de trabalho e ao número reduzido de ACS para o enfrentamento da COVID-19 na fase inicial da pandemia. Fernandes e Ortega (2020) pontuam que a crise na Saúde do Rio de Janeiro não começou com a pandemia, mas vinha se instalando nos dois anos anteriores a ela, especialmente devido à redução do número de equipes, os atrasos salariais recorrentes, o sucateamento das unidades e a escassez de materiais para o trabalho que precedeu o período da pandemia.

Dwyer (2019) pontuou que a crise financeira no município do Rio de Janeiro no período de gestão municipal de Marcelo Crivella foi uma crise política e social marcada pela interrupção da centralidade da agenda de consolidação da atenção primária com realinhamento da ênfase na atenção hospitalar com predomínio de austeridade e redução do desempenho do sistema de saúde.

#### 4.2.1 Sobrecarga de trabalho

Antes da pandemia teve o corte de Equipes na Estratégia. Teve período de apenas 4 agentes na clínica. A gente fez muito serviço burocrático(ACS Lírio).

ACS Cravo pontuou que uma das causas do aumento da sobrecarga de trabalho foi em virtude da redução do número de ACS devido aos afastamentos de profissionais do grupo de risco e dos Agentes que ficaram de licença médica por adoeceram pelo COVID-19.

Muitos colegas estavam de licença por ser do grupo de risco ou ficaram doentes e se afastaram. Eu fui o único funcionário que não teve covid. Se eu tive, eu não tive sintomas. Todos os outros funcionários pegaram COVID e foram se afastando. O trabalho ficou bem puxado. Porque a demanda era muito grande. Era muita gente para ser atendida.Foi muito difícil! (ACS Cravo).

#### 4.2.2 Adaptações nos processos de trabalho no período pandêmico

As mudanças no processo de trabalho e a necessidade de realização de novas práticas ou de reorganizar as antigas foram destaque nas falas das ACS Begônia, Gerânimo e Orquídea. Elas pontuaram sobre algumas dessas mudanças.

A gente não podia fazer a visita domiciliar, que é a parte principal do nosso trabalho. As pessoas não podiam receber a gente. Todo mundo tinha que usar máscara, manter a distância. Esta parte foi ruim porque a gente não conseguia fazer a essência do nosso trabalho de Agente Comunitário de saúde (ACS Begônia).

No início as visitas foram suspensas. Os grupos também. Por conta da aglomeração várias atividades foram suspensas (ACS Gerânimo).

O COVID interferiu no trabalho da Estratégia. A gente não conseguiu fazer o acompanhamento de saúde fora da unidade como era feito antes. Mas dentro da unidade a gente focou mais no trabalho da pandemia (ACS Orquídea).

A suspensão das atividades regulares dos ACS, principalmente as realizadas fora das unidades de saúde, foi influenciada pelo risco causado pela alta transmissibilidade do vírus COVID-19.

As famílias não deixavam a gente ter contato com os idosos. Eles ficaram com medo que a gente contaminasse. Eles diziam que não podiam receber a gente. Porque a gente era profissional de saúde e poderia estar levando o vírus para dentro da casa deles. Eu lembro que quando saiu a primeira vacina para eu poder entrar na casa de

uma vizinha de 93 anos para dar a vacina eu e a técnica tivemos que passar álcool quase que no corpo todo. Colocar luva e touca. Ela tinha muito medo(ACS Flor de Maio).

Na época, tinha um número muito alto de casos de COVID e não tinha como agente estar fazendo como sempre foi. De ir nas casas. A gente tinha medo de levar a doença (COVID-19) para dentro das casas das pessoas que estavam em isolamento (ACS Calêndula).

#### 4.2.3 Sobrecarga emocional no trabalho

Estas mudanças nas práticas dos ACS também foi impingida pelas repercussões da doença na vida dos próprios agentes, seus familiares e seus cadastrados, assim como nas suas condições psicológicas e físicas para se manterem trabalhando.

Eu fiquei mais sensibilizada porque todo mundo lá de casa pegou COVID e eu perdi a minha mãe. Então para entrar na rotina foi um pouco mais difícil, foi muito tenso. Mas depois a gente teve que continuar. Um foi ajudando o outro, o tempo foi passando e conseguimos(ACS Lavanda).

A gente não parou. O campo da saúde foi o que mais trabalhou. A gente não pode ter um descanso em relação a pandemia(ACS Margarida)

Foi uma carga muito pesada de trabalho. O monitoramento sobrecarregou muito o trabalho. A gente tinha de ligar para muitas pessoas para saber como elas estavam. Se mais alguém da família estava com os sintomas. Se tivesse feito o teste. Se era positivo ou negativo (ACS Lírio)

Eu me lembrei de uma usuária que se tornou muito minha amiga. Apesar de todas as dificuldades. Ela tinha um alto astral que contagiava todo mundo. Quando eu fiz o cadastro ela estava acamada e nós (ESF) conseguimos tirar ela da cama. Eu levei a nutricionista, o fisioterapeuta, a educadora física, o enfermeiro e o médico e todo mundo se encantou com ela. Não tinha como não se contagiar com aquela pessoa maravilhosa. Um dia durante a minha jornada de trabalho e havia parado para almoçar em casa e recebi um telefonema da mãe dessa minha amiga pedindo ajuda que ela estava passando mal. Eu imediatamente corri para tentar ajudar quando cheguei lá me deparei com a cena dela morta. (Na casa também estavam a mãe e outra irmã). A mãe estava chorando muito e tinha acabado de chamar o SAMU. Eu percebi que ela tinha acabado de morrer. Ela não era apenas uma usuária, era minha amiga. A mãe dela era diabética e a outra irmã hipertensa. Eu percebi que precisava controlar a situação e perguntei se elas tinham tomado os remédios. Elas disseram que não eu pedi para elas tomarem os remédios. Eu verifiquei a PA e pedi para a mãe dela verificar a glicemia que estava alta. Eu mesma vesti a minha amiga que havia falecido. Eu disse: - você não vai assim com essa roupa de dormir. Eu só saí quando o bombeiro veio. Eu tentei controlar toda a situação e me mantive “calma” na hora. Quando chegou um outro parente na casa eu decidi ir embora e quando eu saí da casa eu desabei. Eu perdi o chão e comecei a chorar. Infelizmente na pandemia eu perdi uma excelente pessoa que a ESF contribuiu, de certa forma, para a construção de nossa amizade (ACS Orquídea).

#### 4.2.4 Mudanças na rotina do trabalho

Em contrapartida, a restrição de contato imposta pelo COVID-19 impulsionou, positivamente, algumas estratégias de conhecimento e aplicação da saúde digital. Foi o caso da implementação de grupos de WhatsApp e o monitoramento por ligações telefônicas como foi amplamente relatado.

As pessoas recorrem aos ACS e ao serviço de saúde. As pessoas buscavam o ACS. Eu tenho um grupo de WhatsApp com os meus usuários. Muitas vezes, eu dava orientação pelo whatsapp. Sempre tentando ajudar da melhor forma (ACS Margarida).

A gente fazia o monitoramento por telefone. Quando a gente não conseguia, a gente ia até a residência para saber como as pessoas estavam ou se precisavam de mais alguma coisa(ACS Begônia).

A gente teve que paralisar tudo e atender somente os grupos prioritários foi bem difícil. As pessoas tinham as suas demandas e falar não naquele momento foi bem difícil. A gente estava trabalhando com os grupos prioritários: gestantes, puérperas, idosos, hipertensos, diabéticos, tuberculose e crianças menores de dois anos. (ACS Azaléia).

A prioridade de contato e vigilância para grupos mais vulneráveis às repercussões da infecção direcionou as visitas domiciliares a estas pessoas e famílias como os pacientes com 60 anos ou mais ou com doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, hipertensão, doença cardíaca, doença renal crônica, asma, DPOC, doença cardíaca, imunodeprimidos, gestantes, puérperas, entre outras (BRASIL, 2020).

#### 4.2.5 A percepção da importância do trabalho do ACS

Todos os agentes que participaram dessa etapa do estudo disseram que o trabalho do ACS foi muito importante no enfrentamento da pandemia. “Vidas valem mais que números”. Adaptar à real necessidade de trabalho foi crucial para o enfrentamento do COVID-19. Investir numa comunicação que alcançasse as pessoas para o cuidado compartilhado e para se prevenir da infecção envolveu uma linguagem próxima a população e redobrou a atenção para as situações de vulnerabilidade social e aos grupos de risco.

Eu acho que foi muito importante a presença do ACS , foi primordial. A gente aprendeu muito. Mudou totalmente a nossa rotina. A gente fazia rodízio na escala. Almoçava rápido e voltava para o atendimento. Porque tinha muita gente para atender (ACS Gerânimo).

A gente foi muito importante de acordo com as nossas atribuições. O monitoramento do COVID foi muito importante no município inteiro para ter noção de como o paciente estava. Se ele estava bem ou não. Para ter ideia da quantidade de gente infectada. Para acompanhar a evolução da doença em cada pessoa. Quem foi hospitalizada, Quem não foi, Quem agravou(ACS Gérbera).

Foi muito importante o trabalho do ACS no enfrentamento. As pessoas tinham o primeiro contato com a gente (ACS Margarida).

O trabalho do ACS foi fundamental! A gente é a linha de frente. O primeiro contato do usuário é o ACS. A gestão teve um controle da situação com um grande feedback do trabalho. Eu não acho que tivemos problema no processo. Tivemos sim, um grande número de usuários para atender. Conseguimos ter uma grande resolutividade(ACS Cravo).

#### 4.2.6 As implicações das mudanças dos processos de trabalho na pandemia COVID-19

A restrição do acesso de pessoas com agravos crônicos à saúde aumentou o número de pacientes descompensados, agravando alguns casos e elevando os índices de internação por outras causas. A quebra na lógica de acompanhamento à saúde integrada aos territórios e dos vínculos dos pacientes com as unidades/equipes ocasionou um prejuízo no cuidado a esses grupos de pessoas antes acompanhadas na ESF. O agravamento da morbimortalidade foi denominada a segunda onda por alguns autores (FAVORETO, 2020).

Algumas mudanças nos processos de trabalho durante a fase inicial da pandemia pode ter contribuído para diversas consequências negativas, entre elas: os usuários buscarem o serviço de saúde somente quando o adoecimento já estava numa fase avançada contribuindo para o aumento da morbimortalidade, comprometimento da integralidade do cuidado e sobrecarga dos serviços de saúde.

Porque a gente não tinha tanto acesso aos lares como antes. Agora que passou a gente começa a descobrir casos que estavam acontecendo e a gente deixou de acompanhar porque o trabalho estava mais voltado para o COVID. Teve muitos casos de violência contra a criança (ACS Calêndula).

A desestruturação e redução das equipes, em particular dos ACS, realizada pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde no ano que antecedeu à crise sanitária, associado às restrições

de contato e o isolamento social que afastaram alguns agentes do trabalho presencial por serem grupos de risco impactaram diretamente no processo de trabalho da ESF e sobrecarregou muito o trabalho do ACS que estavam na linha de frente.

Antes da pandemia teve o corte de Equipes na Estratégia. Teve período de apenas 4 agentes na clínica. A gente fez muito serviço burocrático (ACS Lírio).

Na visão do ACS Lírio durante o primeiro ano da pandemia, as unidades básicas se tornaram em verdadeiros serviços de pronto atendimento de pessoas sintomáticas respiratórias ou contactantes, descaracterizando o trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Neste contexto, os agentes passaram, muitas vezes, a fazerem um trabalho administrativo dentro da unidade.

Eu acho que por um período durante a pandemia acabou o trabalho da Estratégia. A gente parecia uma UPA atendendo o COVID e o ACS era administrativo dentro da unidade. Foi uma experiência muito louca. A quantidade de pessoas que vinha com falta de ar sem respirar. Tinha hora que tinha 4 a 5 ambulâncias (ACS Lírio).

Embora não tenha sido identificado na literatura estudos que abordem a percepção dos ACS sobre as distintas fases da pandemia. Os ACS que participaram destas entrevistas falaram um pouco sobre a adaptação dos processos de trabalho nestes diferentes momentos epidemiológicos .

ACS Gérbera relata dois momentos marcantes. Na fase inicial, com a sobrecarga de atendimentos de sintomáticos, predomínio do monitoramento e elevado número de mortes. O outro período se iniciou com a introdução da vacinação que ocorreu associada ao elevado número de atendimentos e testagem de sintomáticos respiratórios. Corroborando os dados epidemiológicos, nesta segunda parte da epidemia as agentes observaram que os casos eram de menor gravidade e letalidade devido a imunização.

Nós tivemos muitos momentos marcantes. No primeiro a gente não tinha vacina e a gente não ficava diretamente no COVID. Quem ficava diretamente eram os profissionais de nível superior. O ACS fazia o monitoramento por ligações dos usuários sintomáticos que tinham feito o atendimento na clínica. Foi bem difícil. Muita gente morreu. A gente ligava e o familiar falava que aquela pessoa tinha falecido. Muito idoso, gente nova. Não tinha uma faixa etária específica. O número de mortes, neste período, era bem alto. A gente viu vários pacientes que a gente tinha vínculo morrer. Isto foi muito ruim e mexeu muito com a gente. Era uma época difícil. A gente vinha trabalhar e ficava muito exposta a doença. Eu tinha medo de voltar para casa e contaminar o meu pai. Enfim passamos por isto( ACS Gérbera).

Na época que começou a vacina a gente trabalhava sem parar. A gente vacinava 500 pessoas por dia. E então veio de novo a segunda onda de número elevado de atendimentos. ( janeiro de 2022) Na primeira vez saia muita gente de vaga zero e muito grave. Na segunda grande onda de casos ficou muito mais cheio do que na primeira

vez. Porém era como uma gripe. Ninguém saiu de vaga zero. Neste período a gente estava mais à frente. A gente ajudava com o sistema e nessa época todo mundo começou a se contaminar(ACS Gérbera).

Eu acho que no início foi muito mais impactante pela dor da perda e a segunda foi mais braçal pelo número grande de casos. O ritmo de trabalho ficou muito intenso. A gente chegou a sair aqui uma vez meia noite da unidade devido ao número elevado de pessoas esperando atendimento. A gente fechava às 18:00 horas mas neste período tinha um número enorme de pacientes para ser atendido.. O atendimento só terminava quando o último paciente fosse atendido. Um exemplo: se às 18: 00 horas tivessem 20 pacientes para fazer o teste e ser atendido. Todos iam ser atendidos naquele dia. Por isso algumas vezes a gente saiu tão tarde. (ACS Gérbera).

Pensar em organização e aplicação pelos serviços de saúde de estratégias de ação fundamentadas na integralidade do cuidado não foi o principal foco nos primeiros meses da pandemia. O medo, a desinformação e as limitações das políticas implementadas geraram pouca discussão e não permitiram a aplicação de intervenções focadas na utilização de novas tecnologias de cuidado, da educação em saúde com um olhar para o saber popular, do fortalecimento de outras formas de organização comunitária e de acesso ao território para o enfrentamento de crise sanitária vivenciada nos anos de 2020 e 2021.

O cuidado familiar, o diagnóstico comunitário, o uso de tecnologias, como mídias virtuais, gravação de vídeos, telemonitoramento, manutenção das visitas domiciliares conforme a gestão das listas de pessoas prioritárias, monitoramento constante do número de casos atendidos, georreferenciamento, entre outras medidas, foram fundamentais para o enfrentamento da pandemia, construindo-se um plano de cuidado nos níveis individual, familiar e comunitário.(TEIXEIRA et al., 2020).

Apesar do pouco investimento nestas novas estratégias e da sobrecarga dos serviços de atenção primária, em particular na segunda fase da pandemia, os ACS buscaram manter a vigilância em saúde nos domicílios e pelo telemonitoramento e realizar ações de educação mesmo que dentro das unidades como pode ser observado nas respostas ao questionário e também nas falas.

Nós tentamos ter o máximo de contato possível pelo grupos de whatsApp. Quando tinha um idoso que não soubesse mexer nesta tecnologia ou algum usuário que não tinha acesso. A gente entrava em contato com algum familiar (por exemplo um filho) para introduzir na rede e ficar sabendo se alguém estava com problema, ou se estava precisando de ajuda, orientação. (ACS Flor de Maio)

Teve uma usuária que eu acompanhei no período da pandemia com Tuberculose, em situação de rua e eu ia diariamente levar a medicação desta pessoa e criamos um vínculo. Ela teve tuberculose no período do covid. Era uma pessoa bem fechada, mas conseguimos criar um vínculo. Naquele período do COVID em que estava todo mundo se isolando. Todo mundo estava com medo de todo mundo. Eu fiz o monitoramento diariamente. Eu fiz DOTS diariamente por 3 meses na rua onde ela costumava ficar até ela ir para uma casa de permanência. Eu fiz contato com o pessoal

do consultório de rua e ela foi para uma casa de permanência na Praça Seca e lá eles seguiram o tratamento até a alta da tuberculose. A gente tem um contato próximo com a equipe de consultório de rua. Hoje em dia ela ainda está na casa de permanência. Eu até quero fazer uma visitinha para ela (ACS Cravo).

Este grande esforço pessoal e profissional foi traduzido em muitas falas em que os agentes reconheciam a importância do trabalho realizado pela ESF.

Eu me sinto extremamente importante. Porque eu acho que se não tivesse tido a ESF eu acho que no período da pandemia teria sido muito pior. Nós chegamos a fazer um número muito alto de testes e tivemos um número muito alto de saída de ambulâncias diária e chegamos a um número de 6 a 8 ambulâncias diariamente. A gente não tinha este número por mês de saída de ambulâncias antes da pandemia. Para a gente como Estratégia foi um número muito alto de testes diário. A gente fazia 500 testes por dia no período de pico da pandemia. Então eu me sinto de extrema importância. (ACS Orquídea).

Eu estou trabalhando há 11 anos. No período da pandemia eu levei de boa. Eu não deixei o meu psicológico abalar. A gente tem que ter fé. Talvez por eu não deixar o meu psicológico abalar eu consegui fazer um bom trabalho. É lógico que eu me protegia. Eu usava álcool gel. Máscara. Procurava manter o distanciamento. Tudo que tinha de ser feito para evitar a contrair a doença. Principalmente na pandemia eu não deixei me abalar. As pessoas ficaram piradas. As pessoas piraram. Você não podia bocejar. Parecia que a gente vivia numa cidade fantasma(ACS Cravo).

Contudo, este esforço nem sempre reconhecido pelos gestores e pelos próprios usuários, além do contexto de medo e luto trouxe repercussões à saúde destes profissionais

### **4.3 Repercussões na saúde dos ACS na pandemia**

Os ACS foram profissionais essenciais na linha de frente do combate à pandemia COVID-19. No entanto, esta exposição contínua pode ter repercussões na saúde, aumentando o estresse e a carga emocional.

Esta categoria congrega a análise sobre as experiências e as repercussões desta crise sanitária na vida pessoal e profissional, assim como na saúde psicológica e física destes profissionais. A grande sobrecarga devido a demanda, as mudanças de rotina de trabalho, o medo, a desinformação e o luto pela perda de familiares e pacientes impactaram muito na vida e na saúde dos agentes.

Esta categoria principal foi subdividida em: medos e angústias da rotina de trabalho e as experiências de adoecimento.

Barroso *et al* (2020) colocam que no contexto de trabalho dos profissionais de saúde na pandemia de COVID-19, houve um aumento da sobrecarga de trabalho, e mesmo sem conhecer ao certo a doença, estes passaram a enfrentar uma elevada demanda de pacientes, com um quantitativo insuficiente de recursos humanos e infraestrutura inadequada nos serviços de saúde.

#### 4.3.1 Medos e angústias da rotina de trabalho

Os relatos dos profissionais deste estudo convergem com a literatura científica ao descrever uma sobrecarga de trabalho, infraestrutura inadequada nos serviços de saúde e número insuficiente de recursos.

O que eu achei muito marcante foi a quantidade de ambulâncias. Eu nunca tinha visto tanta ambulância. Era uma atrás da outra. Entrava muita gente com falta de ar. A pessoa queria respirar e não conseguia. Eu não gostava nem de ficar olhando. Se eu ficasse olhando muito uma pessoa com falta de ar eu já ficava com falta de ar(ACS Lírio).

Eu lembro que estava um calor insuportável e a gente estava paramentado, ficava muito tempo em pé. No final do dia a gente não tinha mais garganta e não tinha mais perna. Foi muito desgastante(ACS Flor de Maio).

Foi uma experiência bem marcante. Porque a gente trabalhava e a gente tinha o medo de se contaminar no setor do COVID tem que trabalhar com a touca, com o roupão, com a máscara N95, é uma coisa bem desconfortável. (ACS Gardênia).

Os profissionais relataram, em diversos momentos e de diferentes formas, o medo de contrair a doença e contaminar os outros. Horta et al. (2022) colocam que os temores de contrair a doença e de ser transmissor do vírus apareceram como um dos principais estressores para profissionais de saúde .

No início eu entrei em pânico. Naquele momento eu não queria ser profissional de saúde. Eu chorava. Eu não assistia mais televisão. Enfim a gente presenciou muita coisa. Eu vi muitas pessoas morrerem. Diferente de outras pessoas, a gente não pode ficar em casa para se resguardar. A gente não teve férias. A gente não teve feriado e isso foi muito difícil.” (ACS Azaléia).

O meu maior medo era voltar para casa e contaminar alguém. A minha mãe é diabética e asmática. Eu quando chegava em casa tirava toda a roupa e lavava o cabelo todos os dias (ACS Gerânimo).

Eu acho que a gente foi guerreiro! Foi forte! Porque eu lembro que no início a gente morria de medo. Quando eu ia para casa almoçar. Eu tirava a roupa para entrar em casa e tomava banho para depois almoçar. E voltava para o trabalho. Quando retornava no final do dia tomava banho de novo. Meus filhos queriam beijar, abraçar e eu falava não. Deixa eu entrar no banheiro e tomar um banho primeiro. Eu corria para o banheiro, lavava a cabeça, tomava banho ( ACS Lírio).

O meu primeiro caso de COVID que eu atendi eu fiquei muito preocupada. Eu não queria voltar para casa. Eu perguntei a doutora.-“ Como eu vou voltar para casa agora”. Eu achava que estava contaminada. Eu cheguei a falar que não iria voltar para a casa. Era tudo muito novo. A gente não sabia como lidar com aquela situação (ACS Gerânio).

Eu fiquei muito assustada. No início eu dei uma pirada depois eu respirei. Até porque eu tenho os meus pais. Na época eu fiquei bem assustada. Eu tinha medo de contaminar os meus pais. Mas depois a gente recupera o fôlego. Sabe que é necessário o trabalho que era necessário naquele momento atender e dar o suporte para a população (ACS Azaléia).

#### 4.3.2 As experiências de adoecimento

Tele (2008) coloca que a síndrome Burnout é caracterizada por um forte sentimento de exaustão e tensão emocional que produz um forte sentimento de esgotamento, falta de energia e de recursos emocionais próprios para lidar com rotinas da prática profissional. Para Miranda e Britto (2022) a pandemia da COVID19 agravou problemas relacionados à saúde ocupacional, que já eram vivenciados anteriormente, como o desenvolvimento de estresse laboral. A ACS Gerbera fala um pouco sobre esta exaustão e percebe-se que há necessidade de um olhar diferenciado para a saúde mental desses trabalhadores.

Eu estou muito cansada! [...]. Eu estou um pouco esgotada. [...] O nosso psicológico mexeu com a questão do COVID misturado com o cansaço. Eu estou exausta!!! (ACS Gérbera).

Maeno e Carmo (2020) destacam que o COVID-19 é uma doença ocupacional, independentemente de ser uma ocupação em serviços essenciais ou não, pois ela pode ser transmitida nos deslocamentos diários com o uso de transportes públicos, no contato com pessoas no ambiente de trabalho. ACS Lírio e Camélia falam um pouco como foi a experiência de adoecimento.

Eu peguei 4 vezes covid. Eu peguei sem a vacina. Logo no início. Na época não tinha teste rápido. Eu fiz um teste que demorava muito lá no Piquet Carneiro. Era muita gente para um lugar só fazendo a testagem. Demorava uns 10 a 12 dias o resultado. O médico disse: - “ fica em casa isolado como se eu estivesse com o vírus até sair o resultado”. Eu estava com os sintomas e o teste deu positivo. Eu fiz e segui. Eu fiquei

no quarto sozinho. Meus filhos levavam comida e água para mim. Lá em casa é um único banheiro. Quando eu ia eu higienizava tudo. Eu levava álcool e passava álcool em tudo. Ninguém lá em casa pegou junto comigo. (ACS Lírio).

Eu acho que eu fiquei com sequela de covid. Eu tive 3 vezes. Eu já peguei desde o início da pandemia. Em março de 2020 eu fiquei sem paladar e sintomas respiratórios. Na segunda vez eu fiquei muito ruim. Na última, foi uma forma branda no ano passado. Mas foi um brandão que me deixou com sequela no nariz. Eu me sinto diferente(ACS Camélia).

Horta et al. (2021) identificaram que os profissionais da linha de frente da COVID-19, estiveram diante de fatores estressores como medo de se contaminar e contaminar seus colegas e familiares, sentimentos de solidão, ansiedade, fadiga, distúrbios do sono.

As mudanças nos processos de trabalho do ACS na linha de frente ao combate da COVID-19, associado ao fato de atuar em comunidades ou em situações de maior vulnerabilidade sugerem o aumento de fatores estressantes e a insegurança dos trabalhadores e que foram tensionadas ainda mais na pandemia.

Costa et al. (2021) consideram em sua pesquisa aspectos importantes das condições de trabalho do ACS e condições precárias das comunidades onde atuam que afetam a percepção de insegurança dos trabalhadores. Essas condições de maior fragilidade se agravaram com a pandemia da COVID-19 em áreas onde os ACS trabalham que são marcadas por constantes transformações demográficas, condições precárias das comunidades onde atuam, uma alta disseminação de doenças infecciosas e uma alta prevalência de doenças crônicas.

O estudo realizado pela FIOCRUZ (2020) aborda o sofrimento emocional intenso do agente de saúde no contexto da pandemia relacionado a insônia, tristeza e angústia que precisa ser reconhecido, perpetuando a necessidade de mobilizar ações de cuidado e oferta de políticas em saúde mental para os trabalhadores do SUS.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo observou como a dinâmica do trabalho e as condições de saúde dos ACS foi comprometida de modo diferente nas distintas fases da pandemia COVID-19 no período de março de 2020 a setembro de 2022.

Na fase inicial, que corresponderia ao primeiro semestre de 2020, as agentes expuseram como um período de falta de informações sobre a prevenção e atenção à infecção, assim como a ausência de investimentos, por parte da gestão na organização das ações e dos procedimentos de segurança dos profissionais das equipes de saúde da família. Este início também foi marcado pela letalidade, a angústia de receber muitos pacientes graves nas unidades e vivenciar muitas mortes entre os moradores das áreas cadastradas.

Uma época marcada pelo medo, pelo luto, pela sobrecarga de trabalho e por um esforço das equipes em improvisar novas formas de organizar seus processos de trabalho para dar atendimento aos pacientes sintomáticos respiratórios, garantindo um mínimo de segurança para os profissionais e os usuários.

Na fase inicial da pandemia COVID-19, a falta de protocolos de atenção que incluíssem a atenção primária no enfrentamento de uma crise sanitária como a que ocorreu com a COVID deixou as equipes e unidades à própria sorte para atender à sua população adscrita. Conseqüentemente, não foi pensada e realizada a necessária ampliação e reposição dos profissionais das equipes, o fornecimento de equipamentos de proteção individual adequados para todos os profissionais das equipes, assim como a atenção à saúde física e mental dos trabalhadores.

Tal fato aponta para a necessidade de ações voltadas para a saúde do trabalhador, a implementação de medidas de proteção, prevenção e suporte psicológico em nome do bem-estar dos profissionais que atuaram na linha de frente em tempo hábil para minimizar o impacto psicológico e físico. Atividades físicas, orientações nutricionais e apoio psicológico poderiam ter ajudado no direcionamento de apoio e preparo emocional destes profissionais que relataram ter ficado emocionalmente esgotados.

O início de 2021 foi marcado pela implantação da vacinação contra o COVID-19 ao mesmo tempo que ocorria uma explosão de casos. Neste período a importância da atenção primária havia sido reconhecida pelos gestores e pela população, não apenas como pontos para a realização da imunização, mas, também, como lugar de atenção aos novos casos. Estes meses

foram descritos como uma nova fase, caracterizada pela imensa sobrecarga de trabalho das equipes e, em particular dos agentes comunitários.

Esta sobrecarga não foi acompanhada por medidas que adaptassem as unidades à demanda crescente e exaustiva de trabalho relatada pelos profissionais e interferiu no desgaste e no adoecimento.

Em cada fase da pandemia, os agentes foram mobilizados para realizarem diferentes atividades nas unidades, desde participarem como administrativos, a recepção e orientação de pacientes com sintomas respiratórios, o acompanhamento telefônico de pacientes e de comunicantes, até mesmo, como vacinadores para aqueles que eram técnicos de enfermagem.

Os agentes, mesmo com a sobrecarga no atendimento e a necessidade de superação do medo da infecção, mantiveram, de modo adaptado, às ações de vigilância da população de seus territórios como os acamados, os usuários com doenças crônicas e as famílias em situação de vulnerabilidade social e insegurança alimentar agravada com a pandemia. Esta resistência em manter o foco no cuidado das famílias e a resiliência em superar o desgaste físico e emocional destes profissionais precisam ser reconhecidas, particularmente em um momento em que vivemos sobre o espectro de políticas como a PNAB de 2017 que flexibilizam a necessidades de ACS nas equipes de atenção primária.

A COVID-19 escancarou as desigualdades sociais e a violência estrutural existente no nosso país e os agentes são os profissionais que se afetam diretamente por serem moradores de territórios com populações mais vulneráveis e indiretamente porque são os responsáveis por acompanhar as famílias que estão vivendo as consequências desta desigualdade. Foi quase unânime as falas sobre os esforços dos ACS e de suas equipes na tentativa de minorar os efeitos do agravamento destas desigualdades, porém foram esforços isolados e sem uma integração intersetorial que a apoiasse e desse sustentabilidade às ações.

Faz-se necessário, portanto, refletir sobre estratégias de planejamento, implementação de ações e gestão compartilhada que leve os profissionais de saúde e o usuário a ter uma experiência mais efetiva e positiva na adaptação em situações de calamidade pública. Entre elas é significativa a necessidade de valorizar a educação permanente dos profissionais, em particular os agentes que são, em geral, os mais esquecidos em relação ao acesso à informação, o direito de expressar seus saberes e compartilhar as decisões das equipes e unidades de saúde.

Nota-se que o cruzamento da análise das entrevistas, as anotações do diário de campo e os registros da literatura sobre o tema estruturaram categorias em torno das falas, vivências e sentimentos dos ACS sobre as práticas desenvolvidas. Considera-se portanto que esta pesquisa

atingiu os seus objetivos ao analisar a atuação do ACS no enfrentamento da Pandemia COVID-19.

Refletir sobre a atuação do ACS no enfrentamento da pandemia COVID- 19 corrobora para compreender um pouco da especificidade deste profissional que atua exclusivamente no SUS responsável por ações de educação, vigilância, conscientização e empoderamento da população que atua diretamente no cuidado a outras pessoas.

Refletir sobre as práticas do ACS nos remete há alguns desafios da APS durante a pandemia que foram agravados por algumas fragilidades dos serviços de saúde. É necessário refletir em como conseguimos resolver problemas tão complexos dos serviços de saúde para efetivarem um cuidado integral em saúde, particularmente em momentos de crise sanitária, identificando as lacunas, fragilidades e potencialidades para atender às necessidades de saúde locais.

É necessário a formulação de políticas públicas direcionadas ao trabalhador ACS visando o fortalecimento da APS. Ter um sistema de saúde pautado na Atenção Primária em Saúde equitativa e inclusiva que contemple as necessidades de saúde locais é fundamental para a efetividade de ações dos serviços de saúde.

Este estudo reconhece a importância de outros trabalhos que abordem estratégias de cuidado em saúde mental, educação permanente e continuada, visando instrumentalizar e qualificar as ações desta categoria profissional que possui grande relevância social por possibilitar o cuidado em saúde de forma mais personalizada e próxima das pessoas ampliando a efetividade das ações de saúde no âmbito individual e coletivo.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO et al. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia COVID-19**. Frente pela vida. 2020. (Versão 3) Disponível em : <[https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19\\_v3\\_01\\_12\\_20.pdf](https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2022.

ARAÚJO, V. TCE responsabiliza ex-secretário de Saúde por superfaturamento na compra de respiradores. **O Globo**. 2020. Disponível em: <<https://oglobo.globo.com/rio/tce-responsabiliza-exsecretario-de-saude-por-superfaturamento-na-compra-de-respiradores-24442399>>. Acesso em: 24 mai. 2020.

BARCELLOS, C; XAVIER, D. As diferentes fases, os seus impactos e os desafios da pandemia de covid-19 no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 221-226, 2022.

BARCELOS, T.N. et al. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Panamerica Salud Publica**, v.45, e65, 2021. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições, 2011. 279 p.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda Constitucional nº 120 de 5 de maio de 2022. Acrescenta §§ 7º, 8º, 9º, 10 e 11 ao art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre a responsabilidade financeira da União, corresponsável pelo Sistema Único de Saúde (SUS), na política remuneratória e na valorização dos profissionais que exercem atividades de agente comunitário de saúde e de agente de combate às endemias. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, 6 maio 1995. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde: área profissional saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente a atual situação epidemiológica referente à COVID19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. (Versão 1). Disponível em: <[http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes\\_notas\\_oficios/recomendacoes\\_adequacao\\_acs\\_versao-001.pdf](http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/2114>>. Acesso em: 24 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202004/14140606-4-ms-protocolomanejo-aps-ver07abril.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 26 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, 2017. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html)>. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria No 2488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.445, de 29 de maio de 2020: Institui os Centros de Atendimento para Enfrentamento à COVID-19, em caráter excepcional e temporário, considerando o cenário emergencial de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.358, de 2 de setembro de 2020: Institui incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de rastreamento e monitoramento de contatos de casos de COVID-19. **Diário Oficial da União**, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.405, de 16 de setembro de 2020: Institui incentivo financeiro federal de custeio, em caráter excepcional e temporário, aos municípios e Distrito Federal para o fortalecimento das equipes e serviços da Atenção Primária à Saúde no cuidado às populações específicas, no contexto da Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional decorrente da Covid-19. Brasília. **Diário Oficial da União**, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do agente comunitário de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Financiamento público de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde. 2013. 124 p.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção domiciliar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <[http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes\\_notas\\_oficios/recomendacoes\\_adequacao\\_acs\\_versao-001.pdf](http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf)>. Acesso em: 10 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais da vigilância em saúde**. Brasília: MS. 2010. (Série PACTOS pela saúde 2006, v.13)

BARROSO, B.I.L. et al.A saúde do trabalhador em tempos de Covid-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional.**Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v.28, n.3, p.1093-1102, 2020

CECIM, R.B.Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**,v.9, n.16, p. 161- 167. 2004. 2005.

CECON, R. F.; SCHNEIDER I.J.C. **Tecnologias leves e educação em saúde no enfrentamento à pandemia da COVID-19**. 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/download/136/160/146>> Acesso em: 10 fev. 2021.

COSTA, N. R. et al.Community health workers' attitudes, practices and perceptions towards the COVID-19 pandemic in Brazilian low-income communities.**Work**, v. 68, n.1, p. 3-11, 2021.

COSTA, N. R. et al.Agentes comunitários de saúde e a pandemia da COVID-19 nas favelas do Brasil.**Observatório COVID-19 Fiocruz**, 2020. 24p.

DWYER, G.O. et al.A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.24, n. 12, p. 455-4567, 2019.

FAVORETO, C. A. O. Atenção Primária Forte: Elemento central no combate à pandemia de COVID-19. In:TEIXEIRA, C. P. et al.**COVID-19 e AtençãoPrimária: as experiências nos territórios (Rede PROFSAÚDE)**. Rio de Janeiro: PROFSAÚDE, 2020. 142 p.

FAUSTO, M. C. R. et al.The work of community health workers in major cities in Brazil: mediation, community action, and health care. **Journal of Ambulatory Care Management**, v.34,n.4, p.339-353, 2011.

FRANÇA, L. S. et al.O que está errado? Percepção dos agentes comunitários de saúde e endemias sobre o combate ao Aedes Aegypti.**Revista Enfermeria Actual**, v.38, p.61-74, 2020. DOI:10.15517/revenf.v0i38.37115.

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,e00321153, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321.

FERNANDES, L.; ORTEGA, F. A Atenção Primária no Rio de Janeiro em tempos de COVID-19.**Physis: Revista de Saúde Coletiva**,v. 30, n.3, e300309, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300309

FERREIRA, A.M.D.et al.Roteiro adaptado de análise de conteúdo – modalidade temática: relato de experiência. **Journal of Nursing and Health**,v.10, n.1, e20101001, 2020.

FONTANELLA, B.J.B. et al.Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica.**Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.2, p.389-394, 2011

FLEISCHMANN, N. et al. Interprofessional collaboration in nursing homes (interprof): a grounded theory study of general practitioner experiences and strategies to perform nursing home visits. **BMC Family Practice**, v.17, n. 123, p. 1-13, 2016.

FRANCO, T. B. **Experiências de Trabalho e Cuidado em Saúde na Pandemia de COVID-19**. Porto Alegre: Rede Unida, 2022.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GIOVANELLA, L. et al. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2543-2556, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020

HORTA, R.S. et al. “Pegar” ou “Passar”: medos entre profissionais da linha de frente da COVID-19. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.71, n.1, p.24-31, 2022.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde 2019. Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-de-saude.html?edicao=28655&t=sobre>> Acesso em 07/03/2023.

LORENZI, C. G.; PINHEIRO, R. M. A. (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.21, n.8, p.2537-2546, 2016

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**, v.25, p. 4185-4195, 2020. (Suplemento 2)

MAENO, M.; CARMO J. C. A COVID-19 é uma doença relacionada ao trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v.46, e54, 2020. DOI:10.1590/2317-6369ED0000121

MARTELETO R. M; DAVID H.M.S.L. Almanaque do Agente Comunitário de Saúde: uma experiência de produção compartilhada de conhecimentos. **Interface**, v.18, p.1211-1226, 2014. (Suplemento 2)

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.284. p.

MEEYER, A. P.G.F.V et al. Violência e vulnerabilidade no território do agente comunitário de saúde: implicações no enfrentamento da COVID-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.26, n.2, p.657-668, 2021.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v.27, n.4, p.348-55, 2012.

MIALHE, F.L.O. **Agente Comunitário de Saúde: práticas educativas**. Campinas: Unicamp, 2011.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: Consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 1-12, 2017.

MIRANDA, M.V.; BRITTO, S.L. Fatores estressantes relacionados ao trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Município de Porto Franco-MA e seus agravantes no contexto da pandemia de Covid-19. **Geoconexões**, v. 2, n. 2, p. 17-28, 2022.

MOROSINI, M.V.G.C.; FONSECA, A.F.; Lima, L.D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde Debate**. v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018.

NOGUEIRA, M. L. et al. **1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de COVID-19**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2020a. 68 p.

NOGUEIRA, M. L. et al. **2º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de COVID-19**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Novembro, 2020b. 41p.

NOGUEIRA, M.L. et al. **Boletim da Pesquisa “Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/ICICT/Presidência, 2020. 72 p.

NOGUEIRA, M. L. et al. **Boletim da Pesquisa "Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de COVID-19**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. 68 p.

O'DWYER, G. et al. A crise financeira e a saúde: o caso do município do Rio de Janeiro. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4555-4568, 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus**. 2020. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>> Acesso em 22 mar. 2021

PINHEIRO, R.; MATTOS, A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. 184p.

PINTO, L. F.; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Nota técnica: Orientações sobre a prevenção e manejo da COVID-19 e organização dos serviços de Atenção Primária à saúde do município do Rio de Janeiro**. 2020. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/3e094d06-3be6-42d2-9995-e3c6a17384ff>>. Acesso em: 29 abr. 2021.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Riocelbra dois anos de vacinação contra a COVID-19. **Portal Rio Prefeitura**. Disponível em <<https://prefeitura.rio/saude/rio-celebra-dois-anos-de-vacinacao-contr-a-COVID-19-com-cenario-epidemiologico-favoravel/>> . Acesso em: 20 jan. 2023.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. (PMS-RJ) 2018-2021**. 2018. Disponível em:

:<<http://www.rio.rj.gov.br/documents/73801/b191c47b-2dd9-476d-8812-6e93c6f1482a>>  
Acesso em: 23 jan. 2021.

RUBEN, A. M.; ARAUJO, R. P. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8.ed. Rio de Janeiro:ABRASCO, 2009. 184p.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência.**Revista Latino Americana em Enfermagem**, v.13, n.6, p.1027-1034. 2005.

RUIZ, D.; MARTUFÌ, V. O Agente Comunitário de Saúde: trabalhador imprescindível na abordagem unitária e vigilância em saúde para o enfrentamento à COVID-19.**Portal Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde**. 2020. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/j/csc/a/XsyXgfVksPRS38tgfYppqBb/?lang=pt>>. Acesso em: 02 fev. 2021.

SANTOS, A.O.; LOPES, L.T. **Profissionais de Saúde e cuidados Primários-Brasília**.Brasília: Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, 2021.346p.(coleção COVID-19; v.4)

SANTOS I. S.; VIEIRA, F.S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional.**Ciências e Saúde Coletiva**, v.23, n.7, p.2303-2314,2018.

SAVASSI, L. C.M. et al.Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **Journal ManagementPrimary Health Care**, v.12, e38, 2020.  
DOI:10.14295/jmphc.v12.1006

SANTOS, A. A.P.**Vulnerabilidades e seus impactos nos grupos em tempos de COVID-19**. Maceió: EDUFAL, 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO.**Carteira de Serviços: Relação de serviços prestados na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SMS, 2016. 180p.

SILVA, M.C. **Conto das letras**. Recanto das letras. 2017. Disponível em:  
<https://www.recantodasletras.com.br/cordel/6018603>>. Acesso em: 25 fev. 2023

SIMAS,P.; PINTO, I.C.M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil.**Revista Ciências Saúde Coletiva**, v. 22, n. 6, p. 1865-1876, 2017.

TELLES S. H; PIMENTA A.M.C. Síndrome de Burnout em Agentes Comunitários de Saúde e estratégias de enfrentamento.**Saúde Sociedade**, v.18, n.3, p.467-478, 2009.

TEIXEIRA,etal.A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19.**Ciência eSaúde Coletiva**, v.25, n.9,p. 3465- 3479, 2020.

TSENG, V. As our friends and colleagues brave the front lines, we must also get ready for a series of aftershocks. It's very hard to plan this far ahead while we're in survival mode. We must prepare early and strategize our response to the collateral damage of # COVID-19. **Twitter**. 2020. Disponível em:

<<https://twitter.com/VectorSting/status/1244671755781898241?s=20>>. Acesso em: 02 mai. 2021.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetivos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.39, n.3, p507-514. 2005.

VENTURA, D; AITH, F. E, REIS, R. COVID-19 in Brazil: the government has failed to prevent the spread of the virus. **BMJ Journals**. 2021. Disponível em:

<<https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2021/01/10boletimcovidenglish 03.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2021.

VENTURA, D; AITH, F.; REIS, R. The catastrophic Brazilian response to COVID-19 may amount to a crime against humanity. **BMJ Journals**. 2021. Disponível

em:<<https://www.conectas.org/wp-content/uploads/2021/01/10boletimcovid english 03.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of COVID-19: interim guidance**. 2020. Disponível em:<<https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-COVID-19>>. Acesso em: 31 jan. 2021



## APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido - ambiente virtual



### **Termo de consentimento livre e esclarecido - ambiente virtual**

Caro(a) Agente Comunitário de Saúde (ACS), você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da Pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro”**.

Para a participação na pesquisa foi definido o seguinte critério de inclusão: ser ACS que trabalha Estratégia de Saúde da Família (ESF) na AP.3.2.; ter experiência profissional há pelo menos dois anos na ESF antes do início da pandemia e ter atuado no enfrentamento da pandemia. Como critérios de exclusão: ACS da AP3.2 que não aceitaram participar do estudo.

O Objetivo geral deste estudo é analisar a atuação do ACS no enfrentamento da Pandemia COVID-19, e seus objetivos específicos são: Identificar as atividades atribuídas e realizadas pelo ACS na Pandemia COVID-19, analisar o desenvolvimento das competências necessárias ao ACS para a realização das práticas no enfrentamento da Pandemia na ESF, e refletir sobre as percepções dos ACS sobre sua atuação profissional no enfrentamento da pandemia COVID-19 na ESF.

A sua participação nesta pesquisa é independente das suas atribuições profissionais e todas as informações prestadas por você serão armazenadas em sigilo pela pesquisadora. As informações serão divulgadas de maneira anônima APENASna apresentação para pares ou em publicação científica, de forma a garantir a privacidade dos participantes. Esta pesquisa é custeada por financiamento próprio da pesquisadora.

Os dados serão coletados por meio de um questionário autorrespondido disponível on- line com tempo estimado de 20 minutos. Os riscos em participar da pesquisa podem ser Os mesmos característicos do ambiente virtual, ou atividades não presenciais, em função das limitações das tecnologias utilizadas. Em caso de situações de timidez, irritação, cansaço, ou

frente a qualquer desconforto relacionado ao preenchimento do questionário, poderá interromper, estando livre de qualquer prejuízo.

Você terá direito de buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa. Contudo, deve-se considerar a relevância desse tema. As contribuições dessa pesquisa corroboram para a reflexão sobre a temática, isto é, a qualificação do desenvolvimento da Atenção Primária e do trabalho do ACS na cidade do Rio de Janeiro.

Após a análise dos dados a pesquisadora se compromete em entregar um sumário executivo da pesquisa à secretaria municipal de saúde. Ressalta-se que a sua participação não acarretará ônus, ou benefícios diretos, uma vez que não terá custos com transporte e alimentação. Os custos relativos à coleta de dados com uso de internet são de direito do participante e cabe ressarcimento se assim desejar e se manifestar.

Desde já, disponibilizo o telefone e-mail do pesquisador, para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que desejar: Luciene Pitanguí Domingues telefone: (21) 988119103, e-mail: pitanguiluciene@gmail.com e/ou professor orientador Cesar Augusto Orazem Favoreto, telefone de contato (21) 997425243

Caso haja dúvidas ou necessidade de esclarecimento o participante de pesquisa tem o direito de buscar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde através do endereço Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401, Centro – RJ, CEP: 20031-040 e telefone: 2215- 1485 e E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br.

Caso concorde em participar da pesquisa enfatizo a importância de guardar em seus arquivos uma cópia do documento eletrônico de anuência.

O participante de pesquisa terá o direito de acesso ao teor do conteúdo do instrumento (tópicos que serão abordados), antes de responder às perguntas, para uma tomada de decisão informada.

Caso concorde em participar, o consentimento previamente apresentado , será considerada anuência quando o questionário/formulário ou entrevista da pesquisa for respondido.

**APÊNDICE C – Entrevista- ambiente virtual****Entrevista- ambiente virtual**

Entrevista questionário Google Forms: Primeira fase

**Bloco 1:**

1-Nome: \_\_\_\_\_

2-E-mail: \_\_\_\_\_

3-Escolaridade:  fundamental  médio  superior  pós graduação

4-Idade:

18 a 24 anos

25 a 29 anos

30 a 34 anos

35 a 39 anos

40 a 44 anos

45 a 49 anos

50 a 54 anos

55 a 59 anos

60 a 64 anos

65 a 69 anos

acima de 69 anos

5-Raça (auto declarada:

branco

preto

pardo

amarelo

indígena

6-Sexo:

masculino

feminino

7-Orientação sexual (auto declarada):

Heterossexual (atração pelo sexo oposto)

Homossexual: (atração pelo mesmo sexo).

Bissexual: atração por ambos.

Assexual: atração por nenhum. Embora a pessoa não sinta desejo sexual, é capaz de manter um relacionamento amoroso.

Pansexual: atração por pessoas, independente de sexo

8-Estado civil:

solteiro

casado

divorciado

separado

viúvo

9-Qual o nome da clínica em que atua?

CF Anna Nery

CF Anthidio Dias da Silveira

CF Barbara Starfield

CF Bibi Vogel

CF Carioca

CF Edney Canazaro de Oliveira

CF Emygidio Alves Costa Filho

CF Erivaldo Fernandes Nóbrega

CF Herbert de Souza

CF Izabel dos Santos

CF Luiz Celio Pereira

CF Olga Pereira Pacheco

CMS Antenor Nascentes

CMS Carlos Gentile de Mello

CMS Cesar Perneta

CMS drº Eduardo Araújo Vilhena

- CMS drº Renato Rocco
- CMS tia Alice

10 - Qual o tempo de atuação como ACS?

- trabalho como ACS há menos de dois anos
- trabalho como ACS há mais de dois anos

11 - VC atuou na pandemia no ano de 2020?

- sim  não

12 - Quanto tempo participou atuando na pandemia?

- 0-3 meses
- 3-6 meses
- 6- 1 ano
- mais de 1 ano.

## **Bloco 2:**

1 - Você recebeu orientações sobre COVID-19 para desempenhar as suas atividades como Agente Comunitário de Saúde.

- uso de Equipamentos de Proteção Individual
- Orientações de medidas de segurança para realizar Visita domiciliar
- distanciamento social e etiqueta respiratória.
- Não recebi orientações.

2 - Quais fontes de informação você utilizou para se manter informado sobre o COVID-19.

- manual e informes do Ministério da saúde
- Facebook ou Instagram
- WhatsApp
- noticiários na TV
- treinamento na Equipe

**Bloco 3:**

- 1- As visitas domiciliares que realizou durante a Pandemia se encaixam em qual ou quais critérios?
- acamados
  - vulnerabilidade social
  - realizar busca ativa sintomáticos respiratórios
  - gestantes
  - menores de 1 ano
  - hipertensos e diabéticos descompensados
  - Não realizei visitas domiciliares durante a Pandemia.
- 3 – Participou de alguma ação social de mobilização para arrecadação e distribuição de produtos ou alimentos para os usuários?
- arrecadação de alimentos para cestas básicas
  - arrecadação de material para higiene pessoal
  - distribuição de filtros de água
  - distribuição de garrafas de água mineral
  - distribuição de material de limpeza
  - não participei de ação social
- 3 - Realizou alguma ação educativa junto à comunidade relacionada ao incentivo de práticas de isolamento social e etiqueta respiratória?
- sala de espera
  - ações educativas no acolhimento
  - ações educativas no posso ajudar
  - ações educativas no território (igrejas, praça, ONG etc.)
  - não realizei ações educativas durante a Pandemia
- 4 - Quais ações e atribuições você desenvolveu na rotina de trabalho dentro unidade de saúde?
- Sala de vacina
  - acolhimento geral
  - atendimento sintomáticos respiratórios
  - “posso ajudar”

## APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido (ambiente presencial)



### Termo de consentimento livre e esclarecido (ambiente presencial)

Caro(a) Agente Comunitário de Saúde, você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa **“O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da Pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro”**.

Você está sendo convidado a participar da coleta de dados a ser realizada presencialmente. Para a participação na pesquisa foi definido o seguinte critério de inclusão: Ter respondido ao questionário on line da primeira etapa desta pesquisa e ser Agente Comunitário de Saúde que trabalha em unidades de ESF pertencentes a diferentes territórios da na AP.3.2.

Esta pesquisa possui os seguintes critérios de exclusão: não ter participado da primeira etapa e não ter aceito/a participar do estudo.

O Objetivo geral deste estudo é analisar a atuação do ACS no enfrentamento da Pandemia COVID-19, e seus objetivos específicos são: Identificar as atividades atribuídas e realizadas pelo ACS na Pandemia COVID-19, analisar o desenvolvimento das competências necessárias ao ACS para a realização das práticas no enfrentamento da Pandemia na ESF, e refletir sobre as percepções dos ACS sobre sua atuação profissional no enfrentamento da pandemia COVID-19 na ESF.

A sua participação nesta pesquisa é independente das suas atribuições profissionais e todas as informações prestadas por você serão guardadas em sigilo pela pesquisadora. As informações serão divulgadas de maneira anônima, apenas em publicações científicas, na apresentação para pares ou em publicação científica de forma a garantir a privacidade dos participantes. Esta pesquisa é custeada por financiamento próprio dos pesquisadores.

Os dados serão coletados por meio de um questionário aplicado pela própria pesquisadora, composto por um roteiro de entrevista semiestruturado, com previsão de duração de 30 minutos na modalidade presencial.

A sua participação nesta pesquisa é independente das suas atribuições profissionais e todas as informações prestadas por você são sigilosas.

Os riscos presentes em sua participação poderão ser decorrentes de algum desconforto pessoal em abordar o tema do trabalho do agente comunitário durante a pandemia de COVID 19. Ressalto que em caso de qualquer desconforto durante a entrevista, ou se mudar de ideia sobre a sua participação na entrevista, você poderá interromper e deixar de responder as perguntas, estando livre de qualquer prejuízo.

Você terá o direito de buscar indenização por qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa. Contudo, as contribuições dessa pesquisa corroboram para a reflexão sobre a temática, isto é, a qualificação do desenvolvimento da Atenção Primária e do trabalho do ACS na cidade do Rio de Janeiro.

Após a análise dos dados a pesquisadora se compromete em entregar um sumário executivo da pesquisa à secretaria municipal de saúde. Ressalta-se que a sua participação não acarretará ônus ou benefícios diretos, uma vez que não terá custos com transporte e alimentação. Os custos relativos à coleta de dados com uso de internet são de direito do participante e cabe ressarcimento se assim desejar e se manifestar.

Se concordar, a sua entrevista será gravada e transcrita posteriormente pelo pesquisador. Os dados coletados serão armazenados em dispositivo eletrônico local. As informações serão divulgadas de maneira anônima, de forma a garantir a privacidade dos participantes. Este estudo não tem qualquer cunho político ou interesse administrativo. Esta pesquisa é custeada por financiamento do próprio pesquisador.

Para a realização de entrevistas presenciais serão respeitados todos os cuidados sanitários frente à Pandemia por COVID-19, tais como o uso de máscaras e higienizar as mãos com álcool gel.

Disponibilizo o e-mail do pesquisador, para tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou em qualquer momento que desejar: telefone pesquisador: Luciene Pitangui Domingues. (21) 988119103, e-mail: pitanguiluciene@gmail.com e/ou com o orientador Professor Cesar Augusto Orazem Favoreto telefone de contato (21) 997425243, e-mail: favoretoc@gmail.com.

Em caso haja dúvidas ou necessidade de esclarecimento o participante de pesquisa tem o direito de buscar o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde através do endereço Rua Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401, Centro – RJ, CEP: 20031-040 e telefone: 2215- 1485 e E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br.

Você receberá uma via de duas páginas rubricadas e assinada deste termo. Desde já agradeço a sua disponibilidade.

Li e concordo em participar.

Assinatura e data

## APÊNDICE E – Entrevista individual/ambiente presencial



### Entrevista individual/ambiente presencial

1. Cite algumas experiências de trabalho marcantes durante a pandemia COVID- 19?
2. Como você avalia a sua participação no enfrentamento do COVID-19, justifique?
3. Como foi a sua percepção do trabalho do ACS no enfrentamento da pandemia COVID-19?
4. A pandemia COVID-19 interferiu no seu trabalho enquanto ACS?
5. Como você se sente trabalhando na ESF na Pandemia COVID-19?
6. Me fale um pouquinho do território onde você atua?

**APÊNDICE F – Declaração negativa de custos do financiamento****DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS DO FINANCIAMENTO**

Eu, Luciene Pitangui Domingues, CPF 07647475762, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PROFSAUDE/UERJ) declaro que a pesquisa intitulada “O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da Pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro”, desenvolvida sob orientação da Professora Dr. Cesar Augusto Orazem Favoreto:

- Apresenta financiamento próprio do pesquisador.
- Não trará custos para a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMSRJ).
- Não trará custos para qualquer outro órgão de natureza pública ou privada.
- Não trará custos para os participantes da pesquisa.

Rio de Janeiro, 21 de agosto de 2022

---

Assinatura

**APÊNDICE G – Termo de compromisso de utilização de dados****TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS**

Eu, Luciene Pitangui Domingues, no intuito de realizar pesquisa científica em unidade(s) de ensino e/ou do sistema de saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Mestrado profissional em saúde da família. PROF-Saúde, com projeto de pesquisa intitulado “O Agente Comunitário de Saúde no enfrentamento da Pandemia COVID-19 na área programática 3.2 no município do Rio de Janeiro. Tendo como orientador Cesar Augusto Orazem Favoreto, declaro que: (i) Assumo compromisso com a utilização criteriosa, e restrita aos objetivos da pesquisa acima referida, de todos os dados contidos na pesquisa; (ii) Os dados somente serão acessados após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP; (iii) Os dados coletados se destinarão à dar suporte aos objetivos da pesquisa. O Objetivo geral deste estudo é analisar a atuação do ACS no enfrentamento da Pandemia COVID-19, e seus objetivos específicos são: Identificar as atividades atribuídas e realizadas pelo ACS na Pandemia COVID-19, analisar o desenvolvimento das competências necessárias ao ACS para a realização das práticas no enfrentamento da Pandemia na ESF, e refletir sobre as percepções dos ACS sobre sua atuação profissional no enfrentamento da pandemia COVID-19 na ESF. Também me comprometo a manter total discrição e confidencialidade dos dados coletados das entrevistas, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro ser de minha inteira responsabilidade cuidar da integridade das informações e dados acessados e/ou coletados, garantindo, por todos os meios, a confidencialidade desses dados, bem como a privacidade dos indivíduos que terão suas informações disponibilizadas. Da mesma forma, me comprometo a não transferir os dados coletados, ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, à pessoa não envolvida na equipe da pesquisa.

Os compromissos ora assumidos são extensivos aos cuidados no manuseio, na guarda, na utilização e no descarte das informações acessadas e/ou coletadas, sendo reiterada a finalidade de seu uso unicamente para cumprimento dos objetivos indicados na pesquisa mencionada acima.

Declaro que os dados a serem coletados nas entrevistas acontecerão, somente após a aprovação do CEP SMS-RJ.

Rio de Janeiro, 16 de agosto de 2022.

---

Assinatura do pesquisador responsável