



## Trabalho, Educação e Saúde

### Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19

Challenges for Primary Health Care in Brazil: an analysis on the labor of community health workers during a COVID-19 pandemic

Retos para la Atención Primaria de Salud en Brasil: un análisis del trabajo de las agentes comunitarias de salud en la pandemia de Covid-19

Michelle Fernandez<sup>1</sup>   Gabriela Lotta<sup>2</sup>   Marcela Corrêa<sup>3</sup>

#### Resumo

As fragilidades da Atenção Primária à Saúde podem ser reconhecidas por meio da análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde. Uma vez que a situação enfrentada por essas profissionais representa desafios estruturais do sistema de saúde, este artigo tem como objetivo analisar a situação das profissionais em questão no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. Analisamos seus desafios com base nos dados coletados em um inquérito *online* e em netnografia. Para a realização da análise dos dados, optamos pela análise de conteúdo, inspirada na *grounded-theory*. Observamos três dimensões que representam como as agentes comunitárias de saúde experienciam a pandemia: mudanças nas práticas de trabalho, bem como nas interações entre trabalhadores e usuários e a expectativa do futuro no trabalho pós-pandemia. As análises mostram que para resguardar essas profissionais e garantir o funcionamento da Atenção Primária à Saúde é necessário contar com novas estratégias para viabilizar as dinâmicas locais de trabalho.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; agentes comunitários de saúde; Covid-19.

#### ARTIGO

DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321

<sup>1</sup> Instituto de Ciência Política, Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.  
[michelle.vfernandez@gmail.com](mailto:michelle.vfernandez@gmail.com)

<sup>2</sup> Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP), Fundação Getulio Vargas, São Paulo, Brasil.  
[gabriela.lotta@fgv.br](mailto:gabriela.lotta@fgv.br)

<sup>3</sup> Escola de Administração de Empresas de São Paulo (EAESP), Fundação Getulio Vargas, São Paulo, Brasil.  
[marcelagarciacorreia1@gmail.com](mailto:marcelagarciacorreia1@gmail.com)



## Abstract

The weaknesses of Primary Health Care can be recognized by analyzing the work of community health workers. Since the situation faced by these professionals represents structural challenges in the health system, this article aims to analyze the situation of these professionals when facing the COVID-19 pandemic in Brazil. We analyze their challenges based on data collected from an online survey and netnography. For data analysis, we opted for content analysis, inspired by grounded-theory. We observed three dimensions that represent how community health workers experience the pandemic: changes in work practices, as well as in the interactions between workers and users and the expectation of the future in post-pandemic work. The analyses show that in order to protect these professionals and guarantee the functioning of Primary Health Care, it is necessary to have new strategies to make the dynamics of the workplace feasible.

**Keywords:** primary health care; community health workers; COVID-19.

## Resumen

Se puede reconocer las fragilidades de la Atención Primaria de Salud por medio del análisis del trabajo de las agentes comunitarias de salud. Una vez que la situación enfrentada por esas profesionales representa retos estructurales del sistema de salud, este artículo tiene como objetivo analizar la situación de las profesionales en cuestión frente a la pandemia de Covid-19 en Brasil. Analizamos sus desafíos en función de los datos recogidos en una encuesta on-line y em netnografía. Para la realización del análisis de los datos, optamos por el análisis del contenido, inspirado en la grounded-theory (teoría fundamentada). Observamos tres dimensiones que representan la forma como las agentes comunitarias de salud viven la pandemia: los cambios en las prácticas de trabajo, así como en las interacciones entre trabajadores y usuarios y la expectativa del futuro en el trabajo pospandémico. Los análisis muestran que, para proteger esas profesionales y garantizar el funcionamiento de la Atención Primaria de Salud, es necesario contar con nuevas estrategias para hacer viables las dinámicas locales de trabajo.

**Palabras clave:** atención primaria de salud; agentes comunitarios de salud; Covid-19.

## Introdução

A rápida disseminação da Covid-19 criou um cenário de incertezas e riscos a toda a população mundial e, em especial, aos profissionais de saúde na linha de frente da pandemia (Adams e Walls, 2020). No Brasil, a má condução do planejamento e coordenação do enfrentamento à Covid-19 pelo governo federal para mitigar os efeitos negativos da crise aprofundou as vulnerabilidades desses profissionais (Ferigato et al., 2020; Nogueira et al., 2020a, 2020b).

Em sistemas universais de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) costuma ser o primeiro ponto de contato dos pacientes com o sistema, o que também acontece durante situações epidêmicas (Ang, Rohani e Look, 2010; Wynn e Moore, 2012). Profissionais da APS estão bem posicionados para fazer um diagnóstico precoce, identificar infectados e seus contactantes e fornecer informações de qualidade durante a pandemia (Ang, Rohani e Look, 2010; Deckers et al., 2006; Hogg et al., 2006). Entre esses profissionais, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACSs) têm elevado potencial de atuação em crises sanitárias que demandam enfrentamento comunitário pela familiaridade com o contexto local e a relação continuada que estabelecem com a comunidade (Haines et al., 2020; Lotta et al., 2020; Nunes e Lotta, 2019; World Health Organization, 2018; Nogueira et al., 2020a, 2020b; Rahman, Ross e Pinto, 2021). Entre as potencialidades das ACSs durante a pandemia estão a capacidade de realizar atividades de disseminação de informações e prevenção; o rastreamento de contatos; o acompanhamento de

doentes; a identificação de casos de vulnerabilidade que devem ser acompanhados pela saúde e pela assistência. Além disso, dada sua inserção territorial, as ACSs ainda podem estimular medidas coletivas, como o uso de máscaras, a realização de quarentena e isolamento social, bem como o cuidado com situações de aglomeração (Bousquat et al., 2020; Giovanella et al., 2021).

No entanto, o que se tem visto durante a pandemia é um descaso com estas profissionais, que estão sendo expostas a condições de vulnerabilidade, risco e morte, além de subutilizadas quanto ao seu potencial de enfrentamento à pandemia (Ferigato et al., 2020; Nogueira et al., 2020a, 2020b; Lotta et al., 2020; Castro, 2020; Fernandez e Lotta, 2020; Costa et al., 2021).

Assim, tendo a análise do trabalho das ACSs como uma referência para reconhecer as fragilidades da APS e entendendo que a situação enfrentada por essas profissionais representa desafios estruturais do sistema de saúde (Lotta et al., 2020), este artigo tem como objetivo apresentar e analisar a situação das ACSs no enfrentamento à pandemia de Covid-19. Analisamos os desafios dessas profissionais observando três dimensões: as mudanças nas práticas de trabalho; as mudanças nas interações entre trabalhadores e usuários e a expectativa do futuro no trabalho pós-pandemia. Nessa análise, busca-se reconhecer a incidência dos desafios enfrentados por essas profissionais durante a pandemia, reconhecendo, assim, os desafios da própria APS.

Os resultados sugerem que a gestão errática da pandemia tem gerado diversas consequências para a atuação das ACSs que alteram diretamente a maneira como realizam seu trabalho e como se relacionam com os usuários. Além disso, a pandemia tem deixado estas profissionais em situações de risco de saúde física e mental e com alta insegurança em relação ao futuro de seu trabalho. Para além das consequências dessa situação para as trabalhadoras, essas condições impactam na organização e funcionamento da APS, minando o acesso da população a cuidados integrais, especialmente considerando as necessidades futuras em um cenário de fragilização do Sistema Único de Saúde (SUS) e de agravamento das condições de saúde da população, causado pela própria pandemia.

## A APS e os agentes comunitários no enfrentamento a pandemia

O vírus da Covid-19 disseminou-se rapidamente em todas as regiões do mundo, com diferentes consequências diretas e indiretas nos distintos países. No dia 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) oficialmente declarou estado de pandemia mundial (Mahase, 2020). O Brasil já acumula, em fevereiro de 2021, mais de 9 milhões de casos confirmados e 235 mil mortes relacionados ao coronavírus. Embora a Covid-19 tenha alcançado dimensões globais, analisar seus efeitos sem considerar os diversos contextos locais é errôneo e gera análises distantes das realidades (Mendenhall, 2020). Isso porque as desigualdades territoriais, econômicas, sociais, políticas, identitárias – concebidas como duráveis e historicamente presentes nas sociedades do Sul Global, especialmente – produzem resultados distintos em termos de quais grupos sociais estão mais expostos ao vírus e às inúmeras transformações e impactos de natureza social e econômica (Pires, Carvalho e Rawet, 2020). Nesse sentido, respostas que se baseiam em engajamento comunitário e diagnósticos territorializados são cruciais para garantir soluções que não reproduzam desigualdades previamente estabelecidas, mas sim tenham em conta as especificidades e demandas contextuais (Gilmore et al., 2020; Medina et al. 2020; Giovanella et al., 2021).

Embora abordagens comunitárias sejam mais apropriadas para conter epidemias, como foi observado em crises de saúde anteriores (Miller et al., 2018), essa não foi a estratégia usada inicialmente para combater a Covid-19 pelo mundo (Medina et al., 2020; Giovanella et al., 2021). 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 (Medina et al., 2020; Giovanella et al., 2021).

Nas diretrizes da APS, sugere-se que este serviço de saúde seja organizado de forma integrada e acessível, capaz de atender à grande maioria das necessidades individuais de saúde, desenvolver laços sustentáveis entre serviço e usuários e ser executado no contexto da família e da comunidade (Ellner e Phillips, 2017; Melo et al., 2018). Segundo a OMS, os sistemas de saúde que possuem uma estrutura baseada no trabalho colaborativo e em equipes da APS não apenas melhoram seus resultados de saúde, como também melhoram a equidade e realizam cuidados abrangentes e longitudinais à população (Ellner e Phillips, 2017; Starfield, Shi e Macinko, 2005). Assim, fica clara a importância da abordagem comunitária para o bom funcionamento da APS.

Em sociedades com altos níveis de desigualdade, a APS é uma aliada no enfrentamento a epidemias. Por suas características, a APS está bem posicionada para alcançar a equidade em sistemas de saúde que podem ser classificados como desiguais devido à diferença no acesso aos serviços de saúde pela população (Macinko e Harris, 2015). Nesse sentido, os cuidados adequados podem promover um aumento efetivo da qualidade de vida tal como na redução das desigualdades de acesso à saúde pública e outros indicadores epidemiológicos (Macinko e Harris, 2015; Paim et al., 2011; Hernández-Aguado, Cesteros e Esteban, 2012).

A APS apresenta-se como um espaço potencialmente eficaz e eficiente para atuar na crise sanitária de Covid-19 nos mais distintos sistemas de saúde (Haines et al., 2020; Gilmore et al., 2020; Medina et al., 2020; Giovanella et al., 2021; Rahman, Ross e Pinto, 2021). Tal fato se deve a seu baixo custo, se o comparamos à atuação do nível hospitalar; à sua proximidade aos usuários dos serviços de saúde; à alta capacidade de cuidado dos assintomáticos leves, caso da maioria das pessoas acometidas pela Covid-19; e à sua importante atuação nas ações de vigilância epidemiológica, atuando na identificação dos contaminados e seus contatos.

As instalações da APS podem alcançar populações marginalizadas pela pobreza e outras vulnerabilidades sociais em lugares remotos ou por outras dimensões de iniquidade; elas são especialmente cruciais para o atendimento e o acompanhamento de pessoas com deficiência, doenças crônicas, doenças negligenciadas, idosos, crianças, comunidades tradicionais e mulheres grávidas (Malta et al., 2018). Quando a APS recebe financiamento adequado e está distribuída no território, ela permite superar problemas de cobertura e barreiras geográficas para a atenção à saúde (Goodyear-Smith et al., 2019; Graham, 2018; Macinko e Mendonça, 2018). O cuidado continuado oferecido pela APS, incluindo o acompanhamento dos grupos vulneráveis, pode reduzir as hospitalizações devido a condições sensíveis e crônicas. Portanto, melhorar a qualidade da atenção primária pode minimizar o impacto da multidimensionalidade da pobreza sobre grupos vulneráveis (Maia et al., 2019; Rosendo e Roncalli, 2016).

Os profissionais da APS, atuando em um contexto de pandemia, têm a capacidade de diagnosticar precocemente os infectados, auxiliar no tratamento de casos leves, nas ações de vigilância epidemiológica, na implementação de medidas de prevenção e na educação em saúde durante uma situação de epidemia (Hogg et al., 2006; Haines et al., 2020; Rahman, Ross e Pinto, 2021). Tais papéis e funções podem ser aprimorados dentro de um sistema de saúde integrado, com comunicação clara e participação ativa em comitês de crise (Hogg et al., 2006). Em diferentes países da Europa, uma rede de vigilância da atenção primária foi implementada, comprovando sua eficácia no enfrentamento de gripes sazonais. Essas redes foram capazes de monitorar não apenas os sintomas diários e sinalizar sinais precoces de uma epidemia, mas também fornecer dados de qualidade e denominador populacional melhor definido para otimizar a análise epidemiológica (Deckers et al., 2006). Além de ser essencial para o gerenciamento eficaz de uma resposta a emergências de saúde, a APS também tem um papel central na continuidade dos cuidados à população que necessite aceder a um serviço de saúde por outros motivos não relacionados à pandemia (Wynn e Moore, 2012; Redwood-Campbell e Abrahams, 2011).

A APS no Brasil é composta por diversas ações e sua implementação depende dos municípios aliados a uma coordenação federal (Paim et al., 2011). A Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal política

de cuidado integral à população vulnerável. A modalidade mais básica da ESF é formada por equipes com enfermeiras, médica, técnicas ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. Ainda podem integrar a ESF as equipes de saúde bucal e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), o qual é composto por profissionais multidisciplinares como fisioterapeutas, psicólogas, assistentes sociais, entre outros. A ESF é resultado da descentralização administrativa e das conquistas por direitos evocadas na Constituição de 1998 e, desde meados dos anos 1990, apresentou uma trajetória de expansão, cobrindo, hoje, ainda que não integralmente, todos os municípios brasileiros (Paim et al., 2011; Malta et al., 2018; Magalhães, 2016; Milanezi et al., 2020).

As ACSs são trabalhadoras contratadas para atuar nas equipes de ESF. Elas devem, preferencialmente, morar nas comunidades onde atuam. São responsáveis por monitorar e acompanhar cerca de 200 famílias de uma determinada microrregião. As ACSs são peças-chave para o sucesso da política de ESF, tendo em vista o conhecimento que possuem do território, a capacidade de conectar as famílias ao SUS, proximidade com quem acompanham etc. (Haines et al., 2020; Nunes e Lotta, 2019; Nunes, 2020; Durão e Menezes, 2016; Milanezi et al., 2020). Cerca de 70% da população brasileira é coberta pela Atenção Básica à Saúde e há aproximadamente 280 mil ACSs na ativa (Brasil, 2020; Milanezi et al., 2020; Gomes, Gutierrez e Soranz, 2020).

Entre 2008 e 2019, houve uma expansão da taxa de ACSs por habitante e conseqüentemente das equipes de ESF nos territórios, sobretudo no Norte e Nordeste (Milanezi et al., 2020; Malta et al., 2016; Pinto e Giovanella, 2018). Essa tendência de expansão vai de encontro com as recentes mudanças na política de atenção básica, que resultou, entre outros aspectos, na indefinição em relação ao quantitativo de ACSs por equipe e reorganização das suas competências (Melo et al., 2018).

No contexto de surtos epidêmicos ou crises sanitárias, as ACSs historicamente desenvolveram um papel crucial na articulação de medidas preventivas, diagnóstico de áreas de risco, acompanhamento e comunicação às equipes médicas de possíveis focos de contaminação, tal como existência de comorbidades entre a população etc. (Morosini, Fonseca e Lima, 2020). Estudos prévios demonstram como as ACSs atuaram no combate à malária e ao surto de Zika vírus (Osório-de-Castro et al., 2011; Nunes, 2020; Fonseca, 2016).

Diferentemente de crises epidêmicas anteriores, durante a pandemia de Covid-19, estas profissionais não têm tido papel central (Lotta et al., 2020; Morosini, Fonseca e Lima, 2020; Costa et al., 2021). Na realidade, o treinamento e direcionamento destas profissionais para combater a Covid-19 não se formalizou como uma política nacional deliberada. Contrariamente às recomendações de analistas e das expectativas prévias sobre o potencial das ACSs durante emergências sanitárias (Haines et al., 2020), o governo federal publicou uma recomendação de como as ACSs deveriam atuar na pandemia apenas no dia 20 de março de 2020, um mês depois do primeiro caso confirmado no país. Embora a recomendação verse sobre a necessidade de as ACSs desempenharem um papel ativo no combate à Covid-19, nenhuma diretriz informou sobre a continuidade do trabalho de acompanhamento e monitoramento em um contexto de exigências de isolamento social (Lotta et al., 2020; Morosini, Fonseca e Lima, 2020). Nessa linha, desdobra-se um cenário de múltiplas incertezas.

Estudos prévios já diagnosticaram, em outros contextos, as vulnerabilidades as quais estas trabalhadoras estão expostas (Morosini e Fonseca, 2018; Alonso, Béguin e Duarte, 2018; Ursine, Trelha e Nunes, 2010; Rosa, Bonfanti e Carvalho, 2012; Fonseca, Morosini e Mendonça, 2013). Questões relacionadas à precariedade de trabalho, dinâmicas hierárquicas de trabalho, qualidade de vida, baixa remuneração, falta de treinamento e sofrimento psíquico foram reportadas por estudos prévios e demonstram um panorama crítico sob o qual estas profissionais atuam em muitos contextos (Nunes, 2020; Morosini, Fonseca e Lima, 2020).

As questões referentes a interseccionalidades entre gênero, raça e classe materializam-se como estruturantes das desigualdades socioeconômicas brasileiras e são definidoras das dinâmicas de desigualdades experienciadas pelas ACSs (Nunes, 2020; Barbosa et al., 2012; Milanezi et al., 2020).

Isso porque a profissão é historicamente exercida por mulheres (entre 75%-95%, a depender da municipalidade) e negras, com baixos níveis de escolaridade e com salários também baixos (Ursine, Trelha e Nunes, 2010; Simas e Pinto, 2017; Lino et al., 2012; Durão e Menezes, 2016; Fonseca, Morosini e Mendonça, 2013). A noção de feminização da profissão está ligada, inclusive, à prática do cuidado desempenhada por mulheres como extensão do ambiente doméstico, o que garante a efetividade deste tipo de abordagem comunitária (Barbosa et al., 2012; Hirata, 2016). A dimensão relacional de gênero organiza a dinâmica de trabalho dessas mulheres nas suas comunidades (Durão e Menezes, 2016). O engajamento comunitário destas mulheres é, portanto, condição para materialidade da política ao mesmo passo que pode ser catalisador de reprodução de desigualdades.

Tendo em vista todo o potencial que as ACSs tinham para atuar na APS durante o enfrentamento à pandemia e considerando a realidade histórica destas profissionais, o presente artigo busca apontar os desafios impostos a elas na sua atividade profissional no referido período e a incidência desses desafios na APS.

## Métodos

O presente artigo utiliza duas estratégias de coleta de dados. A primeira refere-se a duas rodadas de um inquérito *online* que buscou mapear os efeitos da pandemia no trabalho dos profissionais da saúde pública e a segunda é relativa à netnografia, que se baseou em pílulas de discussão em grupos do Facebook de ACSs de todo o país. Optamos pela adoção de ambas as estratégias tendo em vista o cenário da pandemia de Covid-19 e as restrições de pesquisa de campo empírica presencial (Marres, 2012).

Para analisar os dados, optamos pela análise de conteúdo (Bardin, 2011). Nos preocupamos aqui com a investigação do fenômeno social a partir da perspectiva dos agentes sociais que o reproduzem (Godoy et al., 2020; Bryman, 2016; Minayo, 2012). Assim, buscamos descrever, interpretar e identificar padrões a partir dos dados (Minayo, 2012; Williams, 2011).

Os dados do inquérito foram coletados em dois momentos distintos: 15 de abril a 1º de maio de 2020; 15 de junho a 1º de julho de 2020. Optamos pelo inquérito *online* pela facilidade da conversão das respostas em base de dados, pela fácil visualização do questionário e viabilidade de condicionar perguntas e garantia de anonimização dos dados (Bryman, 2016). Além disso, a escolha pelo uso do inquérito *online* é justificada pela imposição de distanciamento social e dificuldades de coleta de dados primários em um contexto de pandemia.

As perguntas dos questionários foram construídas com base na literatura sobre profissionais de saúde em situações de emergência e nas discussões sobre condições de trabalho das ACSs como trabalhadoras da ESF (Lotta et al., 2020; Nunes, 2020; Morosini e Fonseca, 2018; Ursine, Trelha e Nunes, 2010; Fonseca, Morosini e Mendonça, 2013). Foram criadas 47 perguntas que mapeiam condições materiais de trabalho, percepções sobre impactos na saúde mental e emoções, percepções sobre mudanças nas práticas de trabalho e formas de interagir com o usuário do SUS. As questões foram construídas a partir dos parâmetros de Lietz (2010): simplicidade, especificidade, garantia de anonimato e adequação de linguagem. Neste artigo, analisaremos em profundidade três perguntas abertas que nos permitiram extrair informações qualitativas. A primeira é: o que mudou na sua prática de trabalho em decorrência da pandemia? A segunda é: como sua interação com o cidadão mudou em decorrência da pandemia? Por fim: como você imagina seu trabalho no futuro pós-pandemia?

Os questionários foram revisados por pares e testados previamente por profissionais voluntários. A divulgação foi feita via redes sociais (Twitter, Facebook, WhatsApp) e redes de engajamento profissional como a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (Conacs), sindicatos regionais etc. O acesso à pesquisa se deu por meio de *links*, de forma voluntária, e as respostas foram

automaticamente computadas em uma base de dados. Os dados referentes às ACSs que serão aqui utilizados contabilizam: 880 respostas válidas na rodada de abril e 870 na de junho. Ambas as amostras extraídas do inquérito são por conveniência, mas representam as percepções de agentes de todas as 27 unidades da federação, o que garante diversidade nos relatos coletados.

As intersecções entre raça e classe são premissa constitutiva das análises que se seguem e se materializam como desigualdades sócio-históricas que transformam a maneira como estas profissionais vivenciaram a pandemia (Nunes, 2020; Barbosa et al., 2012; ONU Mulheres, 2020). Assim como acontece em outros estudos, nossa amostra é composta, na sua maioria, por mulheres (Simas e Pinto, 2017; Milanezi et al., 2020; Lino et al., 2012). As mulheres representam 74% das respondentes do inquérito. Por isso, utilizamos o pronome feminino neste artigo. Além disso, entre as respondentes do inquérito, 67% atuam na Região Nordeste, 15% no Sudeste e 6% estão em cada uma das demais regiões (Sul, Centro-Oeste e Norte).

A netnografia realizada em grupo do Facebook partiu do pressuposto de que a rede é um *locus* para investigação qualitativa (Buelo, Kirk e Jepsen, 2020). O grupo é composto por 21 mil ACSs de todo país. Uma das coordenadoras da pesquisa solicitou autorização para participar do grupo e realizar a pesquisa acompanhando as postagens. Para tanto, enviou inicialmente ao grupo algumas de suas pesquisas e entrevistas na mídia a respeito das ACSs. Dada a autorização, lançamos a discussão de como elas estavam trabalhando durante a pandemia de Covid-19 (sob quais condições materiais, institucionais e emocionais). Nesta primeira pílula, coletamos respostas de 76 ACSs diferentes. Em paralelo, analisamos todos os *posts* publicados neste grupo pelas ACSs sobre a pandemia de Covid-19 e estratégias de trabalho, que envolveram cerca de 600 respostas entre março e julho de 2020, cobrindo aproximadamente 350 diferentes ACSs. Tendo em vista que o grupo é composto por voluntárias e as postagens também são livres, a amostra coletada é por conveniência (Bryman, 2016), correspondendo apenas àquelas que se manifestaram nas discussões durante o período. Assim, identificamos respostas relacionadas a como a natureza de seu trabalho se alterou no período, aos riscos aos quais estão expostas, às discussões sobre suporte da chefia etc.

Realizamos análise de conteúdo das informações coletadas por ambos os instrumentos. Para isso, realizamos duas etapas de codificação. Na primeira, nos inspiramos nos métodos *grounded*, nos quais construímos códigos gerados por meio dos dados provenientes do campo (Bryman, 2016). Na segunda etapa, reagrupamos os códigos em macrocódigos, conforme Quadros 1 e 2. Esse tipo de metodologia requer a investigação sistemática dos dados a fim de identificar padrões e tendências a partir da construção de categorias analíticas baseadas na literatura. As recomendações de Saldaña (2009) foram incorporadas nas três etapas de categorização dos dados. Para a categorização e análise, utilizamos o *software* NVivo 12.

**Quadro 1 - Resultado das codificações I - Mudanças percebidas no trabalho e interação com usuários durante a pandemia.**

<b>Categorias iniciais</b>	<b>Categorias intermediárias</b>	<b>Categoria final</b>
1) Sobrecarga de trabalho	Intensificação do trabalho	Necessidade de adaptação a novos procedimentos de trabalho
2) Aumento das demandas administrativas ('trabalho de burocrata dentro da unidade')	Descaracterização da rotina de trabalho	
3) Foco em orientações sobre Covid-19		
4) Suspensão das reuniões em grupos		
5) Uso de WhatsApp, telefone e telemedicina		
6) Suspensão das visitas domiciliares		
7) Perda do vínculo com as famílias que atendia (falta de proximidade)	Distanciamento dos usuários	Sensações das ACSs durante a pandemia
8) Frieza, falta de afeto no atendimento, menos acolhimento		
9) Realização de visitas no portão das casas		
10) Impossibilidade de abraçar, sentar na casa das famílias atendidas, pesar os bebês (sem contato físico com usuário)		
11) Dificuldade de se comunicar com o usuário (menos diálogo, menor qualidade na conversa)		
12) Desgaste na relação com o usuário		
13) Nervosismo/Medo	Sentimentos psíquicos	
14) Estresse/Ansiedade	Condições precárias de trabalho	
15) Desgaste físico/incômodo pelo uso contínuo de EPI		
16) Frustração e incertezas sobre o futuro		
17) Distanciamento dos familiares e amigos		
18) Falta de apoio da chefia		
19) Mais solidariedade e empatia entre as pessoas		Positividade/Resiliência
20) Aproximação com colegas de trabalho		

Fonte: As autoras, com base em inquéritos *online* e netnografia no Facebook

Nota: ACSs: agentes comunitárias de saúde; EPI: equipamento de proteção individual.

**Quadro 2 - Resultado das codificações II - Expectativas futuras**

Categories iniciais	Categories intermediárias	Category final	
1) Fé em Deus	Resiliência	Expectativas positivas	
2) Motivação para continuar desempenhando um bom trabalho			
3) Otimismo de que a situação melhorará			
4) Mais orientações/informações sobre a pandemia	Melhores condições de trabalho		
5) Mais empatia entre colegas e com os usuários			
6) Apoio dos gestores/superiores, inclusive das secretarias municipais			
7) Reconhecimento do trabalho das ACSs pela gestão e população	Incertezas	Expectativas negativas	
8) Não consegue imaginar			
9) Incertezas sobre o trabalho (desemprego)			
10) Possibilidade de agravamento dos casos	Reorganização e novas dinâmicas de trabalho		
11) “Novo normal” (novas relações)			
12) Novas demandas de Covid-19			
13) Busca ativa de casos não reportados na comunidade	Intensificação do trabalho	Expectativas negativas	
14) Manutenção das restrições de contato físico, manutenção do distanciamento social, uso de telefones para visitas etc.			
15) Aumento da demanda reprimida (casos não Covid-19)			
16) Aumento do trabalho por conta de colegas afastados	Sentimentos psíquicos no ambiente de trabalho		
17) Estressante/Ansioso			
18) Esgotamento/Sobrecarga de trabalho			
19) Difícil	Piores condições de trabalho	Expectativas negativas	
20) Tenso			
21) Com medo de contaminação, pois a população se expõe			
22) Sem apoio/suporte dos superiores/gestores	Piores condições de trabalho		Expectativas negativas
23) Falta de EPI, falta de testagem e outros materiais de proteção			

Fonte: As autoras, com base em inquéritos *online* e netnografia no Facebook

Nota: ACSs: agentes comunitárias de saúde; EPI: equipamento de proteção individual.

## Resultados e discussão

Os resultados extraídos da codificação do inquérito em conjunto com os testemunhos nos grupos de Facebook permitiram apresentar a discussão com base em três dimensões principais. A primeira dimensão refere-se às dinâmicas de reorganização do processo de trabalho que levem em conta os novos cenários impostos pela pandemia. A segunda está relacionada à conciliação de emoções das ACSs no cenário atual, considerando sentimentos de empatia, otimismo e, ao mesmo tempo, exaustão psicológica e estresse. Por fim, a terceira dimensão está conectada a expectativas futuras. Estas dimensões não esgotam o material coletado, mas ajudam a responder os objetivos do artigo e, portanto, organizam os resultados apresentados. Cumpre salientar que selecionamos citações para evidenciar os resultados, considerando as que melhor representavam o argumento e o universo dos dados. As citações servem, portanto, como exemplo do esforço de categorização do material bruto coletado.

## Reorganização do processo de trabalho

Como disposto no Quadro 1, construímos quatro categorias intermediárias que resumem as novas dinâmicas de trabalho originadas em função da pandemia de Covid-19. Elas pontuam a intensificação do trabalho, tendo em vista o aumento da demanda, principalmente administrativa. Chama a atenção uma descaracterização da rotina de trabalho com a suspensão das atividades em grupo, de visitas domiciliares e do aumento do tempo interno na Unidade Básica de Saúde. Como exemplos, temos:

Nossa rotina foi alterada totalmente, a atenção básica tem atuado como pronto-atendimento ao receber paciente com sintomas respiratórios. (ACS1)

A rotina não é mais a mesma; há uma grande lacuna entre o vínculo com as famílias que atendo. O trabalho que antes era prazeroso hoje se encontra monótono. (ACS2)

Essa mudança da natureza do trabalho das ACSs aparece como um dos principais fatores de reorganização de suas atividades profissionais e impacta em sua capacidade de realizar promoção à saúde. No entanto, permanece a tarefa de monitoramento, mesmo que adaptada, de famílias e grupos de pessoas em risco:

Estou realizando trabalho de burocrata dentro da unidade, revezando dias com colegas, monitorando toda a microárea, perguntando como estão, pedindo sempre para usarem máscaras. Indo nas visitas com distanciamento, organizando papelada, cadastrando as pessoas e priorizando as com doenças crônicas, gestantes, crianças e idosos. (ACS3)

A imposição, em muitos casos, da telemedicina e uso de redes sociais para monitoramento das famílias é um desafio na rotina processual de trabalho dessas profissionais. Isso porque as tecnologias, além de novidade, parecem não substituir o contato face a face e a abordagem relacional e próxima que as ESF fazem nos territórios em que atuam (Lotta e Marques, 2020). As barreiras de exclusão digital também se colocam como desafios para executar o atendimento à distância, conforme mostra o relato a seguir:

não estamos indo nas casas, estamos trabalhando por telefone (...) só vamos na casa de quem não tem celular ou até mesmo para levar alguma medicação. (ACS4)

Não podemos ter contato físico, entrar nos domicílios, ficamos internos nas unidades por falta de EPIs, fazemos muito trabalho em *lockdown*. (ACS5)

Os testemunhos sugerem incômodo das ACSs quanto à necessidade de reinventar formas de abordar os usuários. A falta de contato físico e a impossibilidade de adentrar as residências mostram-se como barreiras para realizar um bom trabalho, como pode ser visto nesse depoimento: “Não entramos nas residências e mantemos a distância e não realizamos as visitas domiciliares como deveria ser.” (ACS6)

A isto se soma uma percepção de rejeição e medo das famílias para com as ACSs e as visitas: “Mudou a maneira de orientar a população e o medo da mesma em nos receber em suas residências.” (ACS7)

Isso está relacionado com dificuldades na comunicação das informações relevantes aos pacientes. A interrupção do trabalho presencial aparece como o principal catalisador de novos procedimentos de trabalho. Estes, por sua vez, muitas vezes são distantes das formações e experiências das ACSs e a reformulação de muitos procedimentos tende a impulsionar um ambiente de incerteza. São exemplos

frases como “Tivemos que nos adaptar a uma forma de trabalho jamais visto” (ACS8) e “A técnica de trabalho foi diminuída em consequência do risco de contágio” (ACS9). Embora as dinâmicas territoriais de cada equipe possam tomar contornos distintos, percebemos, em certa medida, que a alteração repentina no trabalho cotidiano tem efeito desmotivador às ACSs, que estavam acostumadas a manter contato próximo com as famílias e a equipe.

Algumas das dinâmicas de trabalho apontadas, que descaracterizam a atuação das ACSs, já vinham sendo identificadas nos últimos anos e foram exacerbadas pela pandemia. Estudos recentes apontaram para a crescente burocratização das atividades das ACSs e a retenção dessas profissionais em atividades internas nas unidades de saúde, em detrimento da sua presença no território (Morosini e Fonseca, 2018; Fonseca e Mendonça, 2014; Costa et al., 2021).

## Conciliação de emoções: entre sofrimentos psíquicos e otimismo

Dado o caráter próximo e relacional da abordagem comunitária à saúde, a ausência de contato e o distanciamento físico abrem espaço para formas diferentes de conciliar emoções. As análises sugerem um aprofundamento de dinâmicas psíquicas pré-existentes e já reportadas pela literatura (Telles e Pimenta, 2009; Rosa, Bonfanti e Carvalho, 2012; Ursine, Trelha e Nunes, 2010), que representam a combinação de sentimentos ora negativos ora positivos (‘heroísmo’) durante o desenvolvimento do trabalho na linha de frente. Pelo conteúdo dos relatos, observamos que as ACSs percebem a intensificação das situações de estresse e sobrecarga de trabalho. Em especial, o medo, a insegurança e a solidão aparecem como consequências novas impulsionadas pelo contexto de pandemia, como pode ser visto nesse relato: “Ficar de longe das pessoas, com medo delas, elas com medo da gente. Sem aperto de mão, abraços, isso mexe muito com nossa saúde mental.” (ACS10)

A impossibilidade de demonstrar afeto e carinho para as pessoas aparece como catalisadora de processos de sensação de solidão: “Me fez enxergar com mais carinho pequenas coisas que eu não via antes com tanta clareza. Por exemplo: o afeto, o carinho das pessoas. Como isso faz falta.” (ACS11)

O sentimento de medo aparece, também, em muitos relatos, relacionado à ‘invisibilidade’ do vírus. Em muitos casos, este medo está relacionado com uma sensação de falta de preparo e suporte para enfrentar a crise:

A preocupação por não estar totalmente pronta para enfrentar essa situação e o medo de contaminação da minha família e as famílias da minha comunidade. (ACS12)

Medo por não saber quem está infectado ou não. (ACS13)

Ao mesmo tempo, quando indagamos sobre o futuro, uma parcela das respondentes apresentou visões positivas e otimistas. Constatamos um sentimento de esperança por ‘dias melhores’ em que ‘tudo passe’ e possamos retornar à normalidade:

Se depender de mim, vou continuar atuando, dando o máximo de mim para ajudar as pessoas que tanto precisam. (ACS14)

Acredito que vai melhorar, seguindo as mesmas orientações, e sempre procurando fazer o melhor pelos meus pacientes. (ACS15)

Me vejo mais fortalecida, pois mesmo sem os EPIs necessários, tenho feito meu trabalho de prevenção e proteção aos usuários. (ACS17)

O desafio de conciliar emoções ora negativas ora positivas e, principalmente, de manter certo otimismo em meio a uma série de adversidades (como insuficiência de EPIs, descaracterização do

trabalho, falta de suporte da chefia, medo de contaminar-se, estresse e sobrecarga de trabalho etc.) se impõe como parte da dinâmica de trabalho dessas profissionais na pandemia.

## Expectativas futuras: exacerbação de desigualdades ou reconhecimento das ACSs?

Os resultados apresentados no Quadro 2 mostram a percepção das ACSs sobre o futuro pós-pandemia. Mais uma vez, os dados sugerem duas tendências: visão negativa sobre o futuro, com possibilidade de exacerbação de desigualdades e; visão positiva sobre o futuro, com possibilidade de reconhecimento do trabalho das ACSs. Nesta subseção, exploraremos estas dimensões.

No que tange a um aprofundamento de desigualdades, várias menções versam sobre a falta de apoio da gestão, falta de recursos e de condições materiais para trabalhar e também falta de treinamento e direcionamentos específicos:

Difícil, pois o município em que trabalho não me fornece condições para eu fazer meu trabalho. (ACS18)

Até que tudo isso passe será muito difícil, não só eu estou com medo e sem saber como lidar com a situação como também toda a comunidade. (ACS19)

Muito difícil e árduo, pois não temos nenhum incentivo por parte da gestão para nos dar suporte em nosso campo de trabalho. (ACS20)

Também encontramos várias frases curtas como ‘será ainda muito tenso’, ‘muito difícil’, ‘estressante’. As tensões, medo e insegurança parecem se conectar também com a falta de perspectiva de apoio e melhorias nas condições de trabalho: “Ainda com algumas tensões e cheio de incertezas por parte de nossos gestores.” (ACS21).

Já no que tange às expectativas positivas, observamos que algumas ACSs se sentem dessa forma por acreditarem que seu trabalho deve (e irá) ser reconhecido pelos governos, além de esperarem por melhores condições de trabalho. Exemplos:

Depois dessa pandemia, espero que os governantes se preocupem mais em investimento na saúde. Que seja feito bom uso do nosso dinheiro. Que nosso trabalho seja reconhecido. (ACS22)

Pretendo que seja com mais segurança, com mais proteção e com mais reconhecimento e com muita proteção divina, porque é muito difícil combater o invisível. (ACS23)

Ser reconhecida pela gestão municipal pelo trabalho desenvolvido. (ACS24)

Com isso, percebemos que ambas as expectativas – positivas e negativas – se relacionam com fatores materiais e institucionais (como apoio da gestão, reconhecimento, distribuição de equipamentos de segurança adequados etc.). Percebe-se, portanto, que a materialidade da crise (e de seu combate) influencia percepções de caráter subjetivo das ACSs participantes desta pesquisa.

Tendo em vista os resultados apresentados, é possível perceber que as situações vivenciadas pelas ACSs são bastante frágeis e precárias, como outras pesquisas também vinham demonstrando (Costa et al., 2021; Nogueira et al., 2020a, 2020b). Tais resultados podem ser vistos como sinalizadores da fragilização do sistema de saúde e, especialmente, da APS, como proposto por Lotta et al. (2020). Os dados apresentados mostram, ainda, as tendências de imposição de distanciamento com o usuário; novas rotinas de trabalho; reconhecimento de novos sentimentos; e precarização das condições de trabalho.

O trabalho das ACSs está diretamente vinculado às relações que cultivam no território. Por um lado, essa característica confere à APS a capacidade de enfrentar crises sanitárias desde uma perspectiva comunitária. A proximidade com os usuários é uma premissa da abordagem comunitária da APS e da atuação das ACSs (Morosini e Fonseca, 2018; Nunes, 2020; Lotta e Marques, 2020). Por outro lado, na qualidade de membros da própria comunidade em que atuam, as ACSs estão expostas a diversos tipos de situações que requerem equilíbrio emocional – principalmente pensando em dinâmicas de proximidade e afastamento de problemáticas que perpassam a vida de muitas famílias em situação de vulnerabilidade (Nogueira et al., 2020a, 2020b).

Estudos anteriores demonstraram consequências psicológicas do trabalho das ACSs, como estresse, sobrecarga de trabalho, ansiedade, depressão etc. (Telles e Pimenta, 2009; Rosa, Bonfanti e Carvalho, 2012; Ursine, Trelha e Nunes, 2010). Reconhece-se a importância das ACSs em utilizarem dinâmicas psicossociais e o desafio de conciliar emoções positivas (prazer, otimismo, motivação) e negativas (insegurança, estresse, medo etc.) (Lopes et al., 2012). Os dados mostram que a conciliação de emoções desempenhou um papel fundamental na compreensão e percepção das ACSs sobre a crise de Covid-19. No entanto, esta multiplicidade de emoções pode deixar consequências a longo prazo tanto no trabalho como no bem-estar e na maneira como se enxergam (autoconfiança e autoestima).

A análise da situação que as ACSs têm vivido durante a pandemia traz indicadores importantes para a compreensão dos desafios enfrentados pela APS durante a crise sanitária e no pós-pandemia. Neste sentido, cabe observar, sob a perspectiva das ACSs, quais são os desafios que podem ser derivados para a APS. No Quadro 3, apresentamos a relação entre experiências das ACSs e desafios da APS. As análises apresentadas apontam como os impactos da pandemia no trabalho das ACSs podem reverberar em uma fragilização da APS no presente e no futuro.

**Quadro 3 - Correspondência entre desafios identificados pelas ACSs e incidência desses desafios na APS**

Dimensão dos desafios	Desafios reconhecidos pelas ACSs	Como os desafios incidem na APS
Imposição de distanciamento com o usuário	Suspensão ou descaracterização das visitas domiciliares, atividades em grupos etc.	Redução das ações de promoção e prevenção à saúde.
		Diminuição do vínculo entre as equipes e os usuários.
		Limitação na capacidade de considerar os determinantes sociais na saúde.
	Falta de contato direto com o usuário	Diminuição do vínculo entre as equipes e os usuários.
		Limitação na capacidade de considerar os determinantes sociais na saúde.
	Mapeamento e cadastramento da comunidade à distância	Dificuldade em realização de cadastramento e busca ativa.
Dificuldade de construção de vínculo.		
Limitação no mapeamento dos determinantes sociais da saúde.		
Novas rotinas de trabalho	Novas rotinas: serviço interno burocrático	Diminuição das ações de promoção e prevenção à saúde.
Reconhecimento de novos sentimentos	Sentimento de insegurança para enfrentar a pandemia	Diminuição do vínculo entre as equipes e os usuários.
	Medo de se contaminar e contaminar familiares/amigos/usuários	Distanciamento entre profissionais e usuários, que impacta no vínculo.
		Sofrimento no trabalho por parte dos profissionais.
	Conciliação de emoções ora positivas (otimismo e reconhecimento de empatia e afeto com usuários) ora negativas (estresse, solidão, ansiedade)	Sofrimento no trabalho por parte dos profissionais.
Impacto negativo na qualidade do trabalho e da interação com usuários.		
Precarização das condições de trabalho	Intensificação da jornada de trabalho	Sofrimento no trabalho por parte dos profissionais.
		Impactos negativos na qualidade do trabalho.
	Condições de trabalho precárias (falta de EPI e apoio da chefia/gestão/supervisão)	Adoecimento dos profissionais.
		Risco de contágio para os usuários.
		Sentimento de desvalorização por parte dos profissionais.
		Descumprimento de regras de saúde do trabalhador.
		Limitação na capacidade de atuação dos profissionais.
		Incertezas sobre o futuro: reconhecimento ou piora das condições já precárias de trabalho
	Desmotivação a médio e longo prazos.	

Fonte: As autoras, com base nos inquéritos *online* e *netnografia* no Facebook

Nota: ACSs: agentes comunitárias de saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; EPI: equipamento de proteção individual.

A imposição de distanciamento com o usuário foi a primeira dimensão percebida nos relatos das ACSs sobre a situação de trabalho na pandemia da Covid-19. Essa dimensão se faz presente nos seguintes desafios: suspensão ou descaracterização das visitas domiciliares e atividades em grupo; falta de contato direto com o usuário, sem o toque e abraço comumente utilizados como formas de abordagem e comunicação e, por fim, nova configuração do mapeamento e cadastramento da comunidade, feito, em alguns casos, à distância. Tal panorama de distanciamento incide na organização da APS com a redução de ações de promoção e prevenção à saúde, diminuição do vínculo entre as ACSs e a comunidade, limitação para considerar demandas sociais na saúde, dificuldade de realizar busca ativa e de criar novos laços com usuários.

A segunda dimensão está relacionada com os desafios da imposição de novas rotinas de trabalho, longe da rua e mais centrada em uma atividade burocrática interna nas unidades. Na promoção da APS, esse desafio impacta a promoção de ações de prevenção à saúde, tal como a própria lógica da abordagem comunitária e de busca ativa.

Como terceira dimensão, temos o reconhecimento de novos sentimentos, como a insegurança para enfrentar a pandemia, o medo de se comunicar e contaminar familiares, amigos, usuários e a necessidade de conciliar emoções ora positivas ora negativas, exigindo maior inteligência emocional das ACSs. Na APS, tais sentimentos incidem sobre o vínculo entre profissionais e usuários, pois sua proximidade foi prejudicada com o cenário pandêmico e as restrições de contato. Além disso, temos o sofrimento no ambiente de trabalho como fator negativo para o bem-estar das ACSs e qualidade da entrega da política.

Por fim, a quarta dimensão está relacionada com a precarização das condições de trabalho, expressas na intensificação da jornada de trabalho das ACSs, na falta de EPI, de apoio da chefia e nas incertezas sobre o futuro. Na APS, a tendência à precarização não surgiu durante a pandemia, mas se aprofundou nesse contexto. O alto grau de exposição e aumento da carga horária de trabalho impacta nas condições de saúde dessas profissionais e, por sua vez, limita a capacidade de atuação dos profissionais. O contexto de fragilização da APS reflete, também, desigualdades estruturais do SUS, que podem também ser vistas analisando o caso das ACSs. Os dados mostram, por exemplo, alta desigualdade regional, sendo as respondentes das regiões Norte e Nordeste as que têm a pior situação frente à pandemia e que mencionam piores expectativas quanto ao futuro. Essas desigualdades são apenas mais uma evidência dos problemas da APS agravados durante a pandemia.

## Conclusão

Este artigo teve como objetivo compreender os desafios enfrentados pelas ACSs durante a pandemia da Covid-19, observando estes desafios como uma forma de compreender os problemas da APS. Os resultados apontaram três grandes questões vivenciadas por essas profissionais na pandemia: mudanças nas práticas de trabalho; mudanças nas interações com usuários e como imaginam o futuro do trabalho.

Essas questões impactam diretamente na capacidade da APS prover serviços de saúde no curto, médio e longo prazos. Isso porque, entre outras consequências, a pandemia tem impactado na capacidade dos profissionais do sistema de saúde de cuidarem da população. As análises mostram que o panorama de rápidas transformações exige que novas estratégias sejam pensadas e implementadas a fim de mitigar as consequências de uma pandemia de tais proporções, sobretudo nas dinâmicas locais de trabalho.

Embora este artigo traga importantes contribuições para a compreensão das ACSs e também reitere alguns achados de outras pesquisas, ele tem algumas limitações. A principal delas está relacionada aos dados, que foram coletados em momentos distintos da pandemia (abril e junho), mas representam ‘fotos’ da realidade, que dado o caráter mutável da crise, está em constante transformação. A netnografia, combinada ao conteúdo dos relatos produzidos pelo inquérito, permitiu a inclusão na análise de uma diversidade de ‘vozes’ de ACSs. O acesso a um conjunto plural de relatos contribuiu para a produção de resultados mais robustos. O acesso ao grupo do Facebook é limitado às ACSs que voluntariamente

se posicionam, sendo a nossa entrada determinada por contatos anteriores com grupos organizados da categoria. No limite, poderíamos afirmar que as participantes deste estudo são profissionais engajadas.

A presente pesquisa é ancorada em métodos qualitativos e, portanto, leva-se em consideração a percepção e interpretação das ACSs como acesso à realidade, o que é condizente com a análise de conteúdo empregada. Outra potencialidade do estudo está na articulação entre os desafios experienciados por essas profissionais da linha de frente e o próprio funcionamento da APS em contexto de pandemia. Esses desafios apresentados, possivelmente, serão enfrentados também no contexto de pós-pandemia.

A análise do cenário atual, embora circunscrita em um momento específico, contribui para novas pesquisas que busquem aprofundar sobre o trabalho das ACSs em cenários críticos, como é o caso da literatura que discute seu papel em outras epidemias (Nunes, 2020; Fonseca, 2016) e aquela que versa sobre os desafios que enfrentam cotidianamente (Fonseca, Morosini e Mendonça, 2013; Melo et al., 2018; Morosini e Fonseca, 2018). Por fim, o estudo dialoga também com outros trabalhos recentemente produzidos sobre o tema (Giovanella et al., 2021; Medina et al., 2020; Haines et al., 2020; Costa et al., 2021; Nogueira et al., 2020a, 2020b), mas lança mão de dados primários, coletados em todo território nacional, para compor suas análises, sendo, assim, uma novidade que permite o avanço de estudos futuros com novas hipóteses de pesquisa.

#### Informações do artigo

##### Colaboradores

Desenho do estudo: MF, GL.

Coleta de dados, análise dos dados e redação do artigo: MF, GL e MC.

##### Financiamento

Fundação Getulio Vargas.

##### Conflitos de interesses

Não há.

##### Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado em junho de 2020 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FGV-SP, com código do parecer 099/2020.

##### Apresentação prévia

Não se aplica.

## Referências

ADAMS, James; WALLS, Ron. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Journal of American Medical Association*, Chicago, v. 323, n. 15, p. 1439-1440, 2020. DOI:10.1001/jama.2020.3972.

ALONSO, Carolina M. C.; BÉGUIN, Pascal D.; DUARTE, Francisco J. C. M. Work of community health agents in the Family Health Strategy: meta-synthesis. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 52, p. 14, 2018. DOI: 10.11606/s1518-8787.2018052000395.

ANG, Kim T.; ROHANI, Ismail; LOOK, C. H. Role of primary care providers in dengue prevention and control in the community. *Medical Journal of Malaysia*, v. 65, n. 1, p. 58-62, 2010.

BARBOSA, Regina H. S. *et al.* Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, p. 751-765, 2012. DOI: 10.1590/S1414-32832012000300013.

BARDIN, Laurence. *Content analysis*. São Paulo: Edições, São Paulo, 2011.

BOUSQUAT, Aylene, *et al.* Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/08/Relato%CC%81rioDesafiosABCovid19SUS.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde. *Diretrizes estratégicas*. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/pacsauade/diretrizes.php>. Acesso em: 10 jan. 2020.

BRYMAN, Alan. *Social research methods*. 3. ed. London: Oxford University Press, 2016.

BUELO, Audrey; KIRK, Alison; JEPSON, Ruth. A novel research method for workshops and co-production of interventions: using a secret Facebook group. *Pilot and Feasibility Studies*, v. 6, n. 1, p. 1-12, 2020. DOI: 10.1186/s40814-020-00711-0.

CASTRO Márcia. Lack of federal leadership hinders Brazil's COVID-19 response. *News: Harvard Public Health School*, 2020. Disponível em: <https://www.hsph.harvard.edu/news/features/brazil-covid-marcia-castro/>. Acesso em: 10 jan. 2021.

COSTA, Nilson R. *et al.* Community health workers' attitudes, practices and perceptions towards the COVID-19 pandemic in Brazilian low-income communities. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, v. 68, n. 1, p. 3-11, 2021. DOI: 10.3233/WOR-205000

DECKERS, Joan G. M. *et al.* European primary care surveillance networks: their structure and operation. *Family Practice*, v. 23, n. 2, p. 151-158, 2006. DOI: 10.1093/fampra/cmi118.

DURÃO, Anna V. R. ; MENEZES, Clarissa A. F. Na esteira de E.P. Thompson: relações sociais de gênero e o fazer-se agente comunitária de saúde no município do Rio de Janeiro. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-376, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00011.

ELLNER, Andrew L.; PHILLIPS, Russell S. The coming primary care revolution. *Journal of General Internal Medicine*, v. 32, n. 4, p. 380-386, 2017. DOI: 10.1007/s11606-016-3944-3.

FERIGATO, Sabrina *et al.* The Brazilian government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, London, England, v. 396, n. 10.263, p. 1.636, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32164-4.

FERNANDEZ, Michelle; LOTTA, Gabriela. How community health workers are facing COVID-19 pandemic in Brazil: personal feelings, access to resources and working process. *Archive of Family Medicine and General Practice*, v. 5, n. 1, p. 115-122, 2020. DOI: 10.36959/577/492

FONSECA, Angélica F. Sobre o trabalho e a formação de agentes de saúde em tempos de zika. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 327-329, 2016. DOI: 10.1590/1981-7746-sip00120.

FONSECA, Angélica F.; MOROSINI, Márcia V. G. C.; MENDONÇA, Maria H. M. Atenção primária à saúde e o perfil social do trabalhador comunitário em perspectiva histórica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 525-552, 2013. DOI: 10.1590/S1981-77462013000300005.

FONSECA, Angelica F; MENDONÇA Maria H. M. A interação entre avaliação e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: subsídios para pensar sobre o trabalho educativo. *Saúde em debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 343-35, out. 2014. DOI: 10.535/0103-1104.2014S026

GILMORE, Brynne *et al.* Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, v. 5, n. 10, p. 3.188, 2020. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003188.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, e00310142, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310.

GOODYEAR-SMITH, Felicity *et al.* Primary care financing: a systematic assessment of research priorities in low-and middle-income countries. *BMJ Global Health*, v. 4, n. Supl. 8, p. 1.483, 2019. DOI: 10.1136/bmjgh-2019-001483.

GODOY, Arilda S. *et al.* *Análise de dados qualitativos em pesquisa: múltiplos usos em Administração*. 1 ed. São Paulo: Editora FGV, 2020.

GOMES, Clarice B. S.; GUTIERREZ, Adriana C.; SORANZ, Daniel. Política nacional de atenção básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1.327-1.338, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.31512019.

GRAHAM, Byron. Population characteristics and geographic coverage of primary care facilities. *BMC Health Services Research*, v. 18, n. 1, p. 1-10, 2018. DOI: 10.1186/s12913-018-3221-8.

HAINES, Andy *et al.* National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *The Lancet*, London, England, v. 395, n. 10.231, p. 1.173-1.175, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30735-2.

HERNÁNDEZ-AGUADO, Ildefonso; CESTEROS, María S.; ESTEBAN, Pilar C. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria: relatório SESPAS 2012. *Gaceta Sanitária*, Espanha, v. 26, p. 6-13, 2012. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.09.036.

HIRATA, Helena. Subjetividade e sexualidade no trabalho de cuidado. *Cadernos Pagu*, Campinas, n. 46, p. 151-163, 2016. DOI: 10.1590/18094449201600460151.

HOGG, William *et al.* Enhancing public health response to respiratory epidemics: are family physicians ready and willing to help? *Canadian Family Physician*, v. 52, n. 10, p. 1.254-1.260, 2006.

LIETZ, Petra. Research into questionnaire design: A summary of the literature. *International Journal of Market Research*, v. 52, n. 2, p. 249-272, 2010. DOI: 10.2501/S147078530920120X.

LINO, Mônica M. *et al.* Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, Paraná, v. 17, n. 1, p. 57-64, 2012. DOI: 10.5380/ce.v17i1.26375.

LOPES, Denise M. *et al.* Community health agents and their experiences of pleasure and distress at work: a qualitative study. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 633-640, 2012. DOI: 10.1590/S0080-62342012000300015.

LOTTA, Gabriela *et al.* Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, London, England, v. 396, n. 10.248, p. 365-366, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31521-X.

LOTTA, Gabriela S.; MARQUES, Eduardo C. How social networks affect policy implementation: An analysis of street-level bureaucrats' performance regarding a health policy. *Social Policy & Administration*, v. 54, n. 3, p. 345-360, 2020. DOI: 10.1111/spol.12550.

MACINKO, James; HARRIS, Matthew J. Brazil's family health strategy: delivering community-based primary care in a universal health system. *New England Journal of Medicine*, v. 372, n. 23, p. 2.177-2.181, 2015. DOI: 10.1056/NEJMp1501140.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, p. 18-37, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s102.

MAGALHÃES, Rosana. Avaliação da política nacional de promoção da saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 1.767-1.776, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015216.07422016.

MAHASE, Elisabeth. Covid-19: WHO declares pandemic because of "alarming levels" of spread, severity, and inaction. *BMJ*, v. 368, p.1, 2020. DOI: 10.1136/bmj.m1036.

- MAIA, Ludmila G. *et al.* Hospitalizations due to primary care sensitive conditions: an ecological study. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 53, n. 2, p. 1-10, 2019. DOI: 10.11606/S1518-8787.2019053000403.
- MALTA, Deborah C. *et al.* O SUS e a política nacional de promoção da saúde: perspectivas, resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.799-1.809, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.04782018.
- MARRES, Noortje. The redistribution of methods: on intervention in digital social research, broadly conceived. *The Sociological Review*, v. 60, p. 139-165, 2012. DOI: 10.1111/j.1467-954X.2012.02121.x.
- MEDINA, Maria G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00149720.
- MENDENHALL, Emily. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *The Lancet*, London, v. 396, n. 10264, p. 1731, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32218-2.
- MELO, Eduardo A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 38-51, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s103.
- MILANEZI, Jaciane *et al.* Mulheres negras na pandemia: o caso de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). *Informativos desigualdades raciais e Covid-19*, AFRO CEBRAP, n. 5, dez. 2020.
- MILLER, Nathan P. *et al.* Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *Journal of Global Health*, v. 8, n. 2, p. 1-18, 2018. DOI: 10.7189/jogh-08-020601.
- MINAYO, Maria C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, N. 3, p. 621-626, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012000300007.
- MOROSINI, Márcia V.; FONSECA, Angélica F. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s117.
- MOROSINI, Márcia V. G. C.; FONSECA, Angélica F.; LIMA, Luciana D. Política nacional de atenção básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811601.
- NOGUEIRA, Mariana L. *et al.* Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020a. 72 p. (Boletim da Pesquisa, 1). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709>. Acesso em: 16 fev. 2021.
- NOGUEIRA, Mariana L. *et al.* Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020b. 41 p. (Boletim da Pesquisa, 2). Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44597>. Acesso em: 16 fev. 2021.
- NUNES, João; LOTTA, Gabriela. Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health workers. *Social Science & Medicine*, v. 242, p. 112.551, 2019. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112551.
- NUNES, João. The everyday political economy of health: community health workers and the response to the 2015 Zika outbreak in Brazil. *Review of International Political Economy*, v. 27, n. 1, p. 146-166, 2020. DOI: 10.1080/09692290.2019.1625800.
- ONU MULHERES. *Gênero e COVID-19 na América Latina e no Caribe: dimensões de gênero na resposta*. Brief 2020. Disponível em: [http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19\\_LAC.pdf](http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/03/ONU-MULHERES-COVID19_LAC.pdf). Acesso em: 20 dez. 2020.
- OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia G. S. *et al.* Conhecimentos, práticas e percepções de profissionais de saúde sobre o tratamento de malária não complicada em municípios de alto risco da Amazônia Legal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1.445-1.456, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011000700080.
- PAIM, Jairnilson *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, London, England, v. 377, n. 9.779, p. 11-31, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8.

PINTO, Luiz F.; GIOVANELLA, Ligia. Do programa à estratégia saúde da família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.903-1.914, 2018. DOI: 10.1590/1413-81232018236.05592018.

PIRES, Luiza N.; CARVALHO, Laura B.; RAWET, Eduardo L. Multidimensional Inequality and COVID-19 in Brazil. *Investigación Económica*, v. 80, n. 315, p. 33-58, 2020. DOI: 10.22201/fe.01851667p.2021.315.77390.

RAHMAN, Rahbel; ROSS, Abigail; PINTO, Rogério. The critical importance of community health workers as first responders to COVID-19 in the USA. *Health Promotion International*, p. 1-10, 2021. DOI: 10.1093/heapro/daab008.

REDWOOD-CAMPBELL, Lynda; ABRAHAMS, Jonathan. Primary health care and disasters: the current state of the literature: what we know, gaps and next steps. *Prehospital and Disaster Medicine*, v. 26, n. 3, p. 184-191, 2011. DOI: 10.1017/S1049023X11006388.

ROSA, Alcindo J.; BONFANTI, Ana L.; CARVALHO, Cíntia S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 21, p. 141-152, 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000100014.

ROSENDO, Tatyana M. S. S.; RONCALLI, Angelo G. Near miss materno e iniquidades em saúde: análise de determinantes contextuais no Rio Grande do Norte, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 191-201, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015211.20802014.

SALDAÑA, Johnny. *An introduction to codes and coding*. London/New York: SAGE Edition, 2009.

SIMAS, Paloma R. P.; PINTO, Isabela C. M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1.865-1.876, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017226.01532017.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

TELLES, Heloisa; PIMENTA, Ana M. C. Burnout syndrome in community health agents and coping strategies. *Saúde e Sociedade*, v. 18, n. 3, p. 467-478, 2009. DOI: 10.1590/S0104-12902009000300011.

URSINE, Bárbara L.; TRELHA, Celita S.; NUNES, Elisabete F. P. A. O agente comunitário de saúde na estratégia de saúde da família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, Brasília, v. 35, n. 122, p. 327-339, 2010. DOI: 10.1590/S0303-76572010000200015.

WILLIAMS Carrie. Research methods. *Journal of Business and Economic Research*. v. 5, n. 3, p. 65, 2011. DOI: 10.19030/jber.v5i3.2532.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *WHO Guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes*. Geneva World Health Organization, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275474/9789241550369-eng.pdf>. Acesso em: 8 jan. 2021.

WYNN, Aaron; MOORE, Kieran M. Integration of primary health care and public health during a public health emergency. *American Journal of Public Health*, v. 102, n. 11, p. 9-12, 2012. DOI: 10.2105/AJPH.2012.300957.