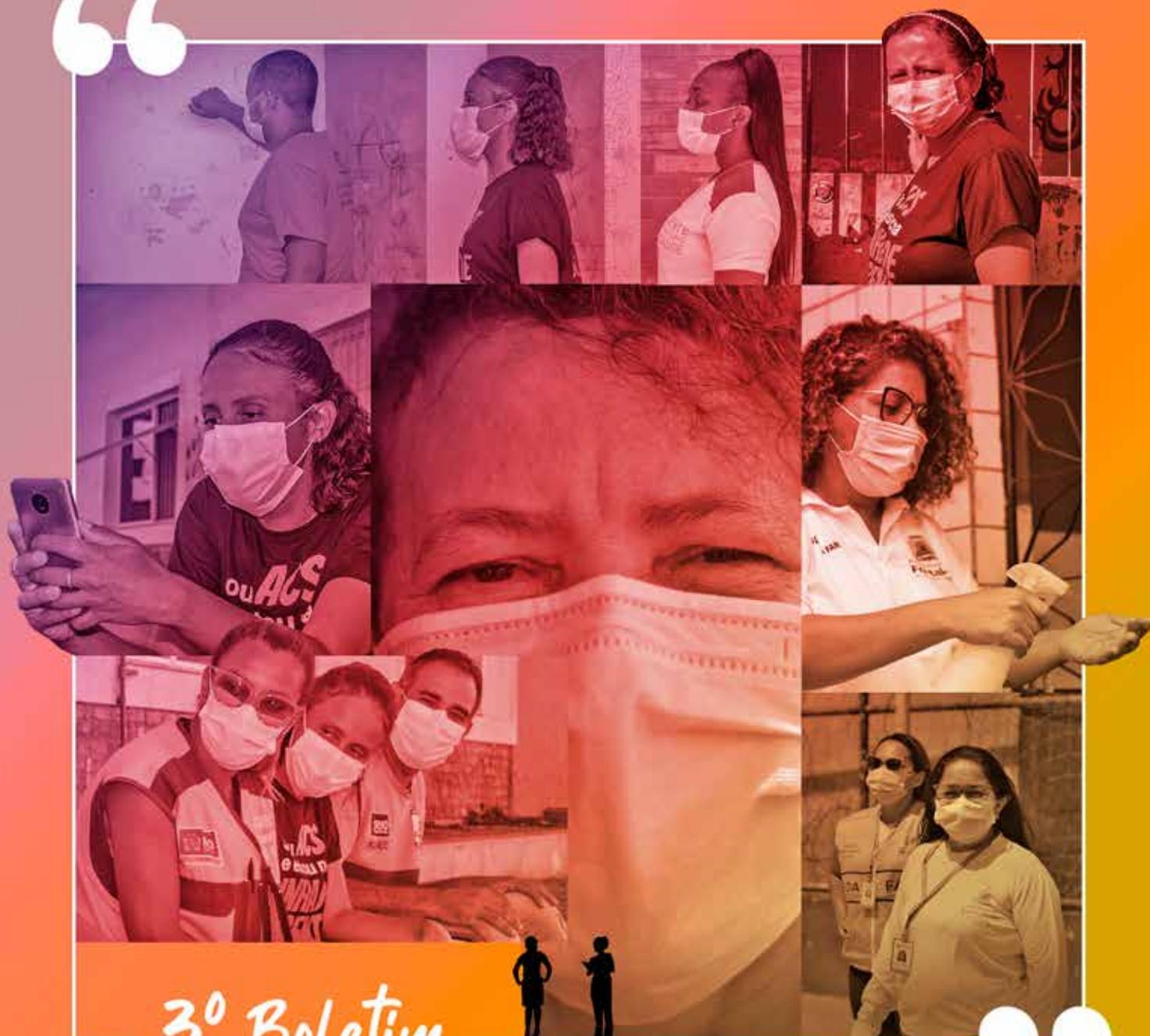


“



3º Boletim

DA PESQUISA
MONITORAMENTO
DA SAÚDE DOS

ACS

EM TEMPOS
DE COVID-19



”

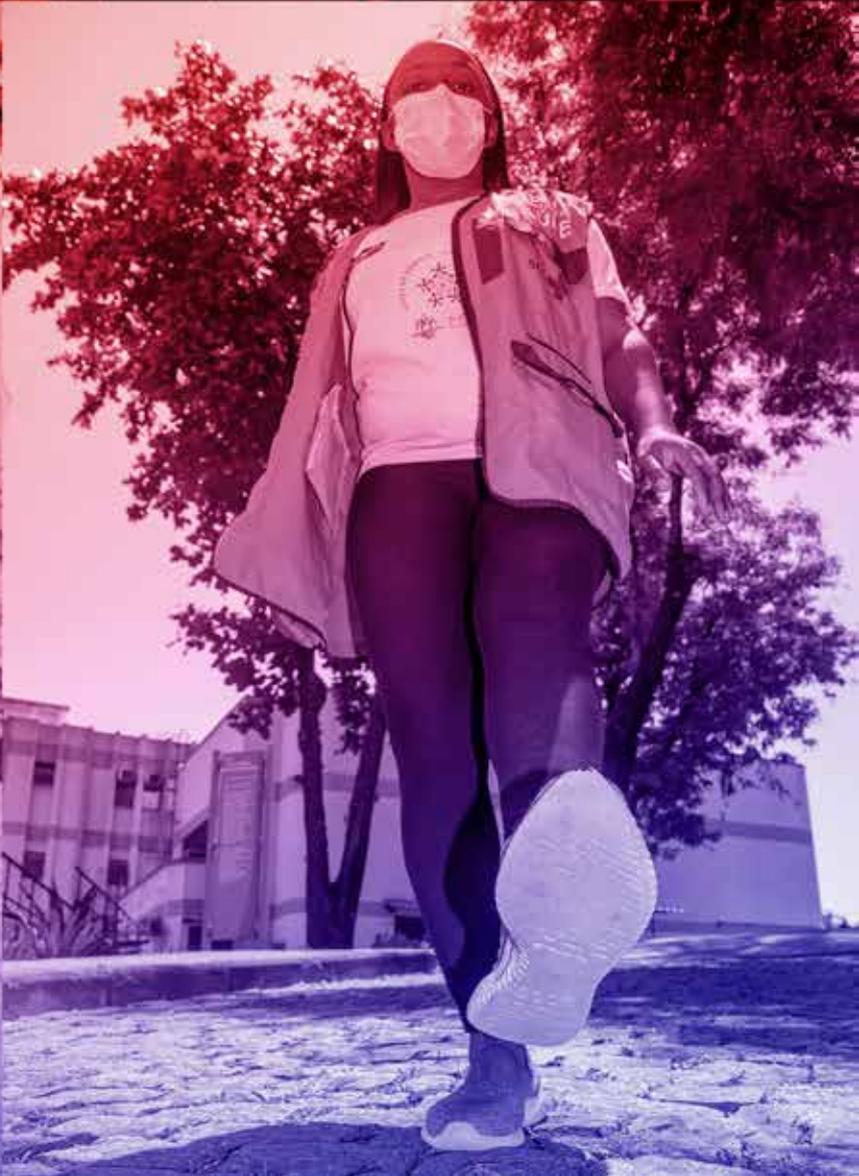


SUMÁRIO

Apresentação	04
Metodologia	08
I - Conjuntura, SUS e APS em tempos de Covid-19	10
II - Perfil dos participantes	20
III - Acesso a Equipamentos de Proteção Individual (EPI) em tempos de Covid-19	22
IV - Processo de trabalho do ACS em tempos de Covid-19	28
V - Condições de saúde do ACS em tempos de Covid-19	38
VI - Vivências de perdas entre os ACS e sofrimento emocional em tempos de Covid-19	44
VII - Formação do ACS para atuação na pandemia	47
VIII - Propostas dos ACS em tempos de Covid-19	54
Elaboração do Boletim	61
Equipe da pesquisa	62
Referências Bibliográficas	63
Realização	68

Como citar:

NOGUEIRA, Mariana Lima; BORGES, Camila Furlanetti; LACERDA, Alda; FONSECA, Angélica Ferreira; VELLASQUES, Areta Peixoto; MOREL, Cristina Maria Toledo Massadar; VALSECHI, Daniel Felix; MONTEIRO, Fábio Falcão, SILVA, Letícia Batista; MOROSINI, Márcia Valéria; JUNIOR, Paulo Roberto Borges; REGO, Sábata Rodrigues de Moraes; PESSOA, Vanira. **3º 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. Janeiro 2021. 68 p. Disponível em: <https://acscovid19.fiocruz.br/boletim>





APRESENTAÇÃO

Desde o primeiro caso confirmado de Covid-19, em dezembro de 2019, até 13 de janeiro de 2021, há mais de 89 milhões de casos confirmados e mais de 1 milhão e 900 mil mortos pela doença no mundo. Na região das Américas foram registrados mais de 39 milhões de casos e mais de 921 mil óbitos (OMS, 2021).

No Brasil há mais de 8 milhões e 250 mil casos confirmados da doença. O país também possui o triste registro de ser o segundo país no mundo, atrás apenas dos Estados Unidos, com o maior número de pessoas mortas pelo novo coronavírus, ultrapassando a marca de 205 mil vidas perdidas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a).

Esta dramática conjuntura marcada pelo elevado número de mortos no país, agravada pelo aprofundamento mundial das crises econômicas, sociais e políticas, revela os desiguais impactos da pandemia. Tal gravidade expressa as condições de vida da maioria da população trabalhadora, assim como suas condições de proteção e seguridade social. Comprova-se cada vez mais necessária a garantia de Sistemas de Saúde públicos, universais e integrais, como dever do Estado.

O começo de 2021 está marcado mundialmente pela corrida dos governos de diversos países para desenvolvimento, aquisição e aplicação da vacina contra a Covid-19. Cerca de 50 países já estão vacinando a população. No entanto, existem fortes preocupações quanto à capacidade de imunização dos grupos prioritários em todos os países. Ainda são desconhecidos todos os riscos acarretados pela existência de novas variantes do Sars-CoV-2, sobretudo após a identificação de novas cepas nos continentes europeu e africano, além de mais recentemente no Brasil (NAVECA et.al, 2021). Contudo, existe a possibilidade de elevação da transmissibilidade, o que poderia afetar ainda mais os trabalhadores do setor de Saúde que seguem atuando para conter a pandemia e salvar vidas. No Brasil, o número de trabalhadores deste setor infectados por Covid-19 confirma a alta transmissibilidade do vírus e revela as condições às quais estão submetidos estes profissionais que atuam na linha de frente do combate a pandemia. Desde o início da pandemia, já foram notificados mais de 1,8 milhão de casos de síndrome gripal suspeitos de Covid-19 em trabalhadores da Saúde no e-SUS Notifica, e há mais de 442 mil casos confirmados (BRASIL, 2021). As categorias profissionais que apresentam os maiores registros de casos confirmados de síndrome gripal por Covid-19 são: técnicos/auxiliares de enfermagem (148.007); enfermeiros (67.072); médicos (48.859); e agentes comunitários de saúde (22.599).

Tanto para a execução de ações com base no Programa Nacional de Imunizações quanto para a realização de ações preventivas, curativas e de promoção da saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) é o nível de atenção do SUS em que se pode produzir práticas coletivas e em equipe multiprofissional para o cuidado em saúde territorializado em tempos de pandemia.

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde se inserem os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), é possível a realização das ações de vigilância em saúde e cuidado junto aos grupos prioritários, rastreamento de contatos e produção de informação territorial em saúde, entre outros processos que contribuem para o acolhimento e cuidados junto aos usuários do SUS.

Os ACS são trabalhadores inseridos nas equipes da ESF e atuam exclusivamente no SUS. Os agentes são profissionais que têm diversas e complexas atribuições que perpassam a escuta dos usuários. Entre elas estão a promoção de ações educativas em saúde, o registro e a produção de informação em saúde, o mapeamento da área de atuação, a realização de diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam; a oferta de cuidados e acolhimentos às demandas do usuário, entre outras ações que são realizadas mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas (BRASIL, 2018; BRASIL, 2017).

Existem no Brasil aproximadamente 260 mil ACS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b). A atuação dos ACS para a produção de práticas em saúde, construídas a partir da vinculação com o território e com as equipes de saúde multiprofissionais, é de grande relevância para a saúde coletiva. Portanto, analisar as condições em que se produz o trabalho do ACS na APS, na linha de frente do combate ao novo coronavírus, contribui para evidenciar a necessidade de investimento público nos serviços, na formação destes trabalhadores e em políticas públicas de segurança no trabalho e de saúde do trabalhador que atendam às suas necessidades.

A pesquisa que subsidia a elaboração deste boletim é intitulada “Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19”. O estudo tem como objetivo principal analisar os impactos da Covid-19 na saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores ACS, bem como as condições de trabalho e de formação profissional ofertada a eles no momento da pandemia em capitais do país que apresentam elevado número de casos: São Paulo (SP), Rio de Janeiro (RJ) e Fortaleza (CE), além de três cidades das regiões metropolitanas das respectivas capitais – Guarulhos (SP), São Gonçalo (RJ) e Maracanaú (CE). Esses municípios foram incluídos na pesquisa devido à alta densidade demográfica, critério relevante no que se refere ao potencial de disseminação do novo coronavírus.

O presente estudo é considerado estratégico e financiado pela Fundação Oswaldo Cruz/ Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas, através do Programa de Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão à Saúde - Fiocruz/VPPCB/PMA.

A pesquisa é desenvolvida a partir do trabalho coletivo e integrado de professores e pesquisadores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz); do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT/Fiocruz); da Fiocruz Ceará; e da Cooperação Social da Fiocruz. O estudo conta ainda com a importante colaboração de pesquisadores de campo.

Os **objetivos específicos** do estudo são:

- a)** identificar os principais impactos do avanço da Covid-19 na saúde das trabalhadoras e dos trabalhadores ACS e propor medidas que contribuam para a proteção e recuperação da saúde destes profissionais do SUS;
- b)** identificar o acesso dos ACS aos exames de testagem em caso de sinais e sintomas associados à Covid-19;
- c)** identificar o acesso dos ACS aos equipamentos de proteção individual contra o novo coronavírus, especificamente máscaras cirúrgicas, além de álcool em gel;
- d)** acompanhar aspectos relacionados à saúde dos trabalhadores ACS em tempos de Covid-19;
- e)** identificar temas relacionados à Covid-19 que os ACS apontam como necessários para a sua formação profissional.

Este boletim é o quarto produto da pesquisa. O primeiro boletim (NOGUEIRA et al., 2020a), em que foram divulgados os resultados da primeira fase da pesquisa, contou com a participação de 1.978 ACS que responderam ao formulário digital, online, em relação às suas condições de trabalho, saúde e formação profissional nos meses de abril e maio de 2020, período inicial de enfrentamento à pandemia. O segundo boletim sistematizou os resultados referentes às condições informadas pelos ACS nos meses de junho e julho do mesmo ano (NOGUEIRA et al., 2020b), quando participaram 884 agentes. Um terceiro produto é um painel digital que está disponível, no sítio virtual da pesquisa (<https://acscovid19.fiocruz.br/painel-eletronico>), com os principais resultados das duas primeiras fases dispostos graficamente. Já este documento, o terceiro boletim, é resultado da última fase da pesquisa. Tem um caráter qualitativo e apresenta os principais resultados de grupos focais realizados com ACS que atuam na linha de frente e ACS dirigentes sindicais de entidades organizadas nos municípios incluídos no estudo.

A pesquisa que subsidia a elaboração deste boletim obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/FIOCRUZ após registro na Plataforma Brasil, e responde às normas éticas do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa envolvendo seres humanos, dispostas nas Resoluções nº 466 do ano de 2012 e nº 510 de 2016.





...m SUE
HUMANANO

ESTRATEGIA DO ACS 2017





METODOLOGIA

As duas primeiras fases da pesquisa foram quantitativas e sinalizaram, nos primeiro e segundo boletins, informações relevantes sobre processo de trabalho, condições de saúde e formação dos ACS no enfrentamento da pandemia da Covid-19 que mereciam ser aprofundadas. Isso justificou a terceira fase da pesquisa ter uma abordagem qualitativa. Elegeu-se a técnica do grupo focal para a coleta de dados por se adequar ao objetivo de aprofundar o debate e contribuir para uma análise crítica sobre os impactos da pandemia entre os trabalhadores ACS.

O grupo focal reúne sujeitos para dialogar sobre determinados temas, propiciando a interação, a troca de experiências e a reflexão crítica. É uma técnica que valoriza a fala dos participantes durante o debate coletivo e a diversidade de opiniões que podem ser convergentes ou divergentes (CRUZ NETO et al., 2001). Se por um lado foi um desafio realizar grupo focal online, tendo em vista a impossibilidade de encontros presenciais e a necessidade de isolamento social durante a pandemia, por outro foi essa modalidade virtual que permitiu a participação simultânea de ACS das diferentes localidades abrangidas na pesquisa. Foram realizados dois grupos focais virtuais, no fim de 2020, cada um com duração aproximada de 3 horas, por meio da plataforma Zoom, conduzidos por duas pesquisadoras da equipe que têm experiência com esta técnica.

O primeiro grupo focal foi feito com nove trabalhadoras ACS atuantes na linha de frente no enfrentamento à pandemia da Covid-19 nos municípios do Rio de Janeiro, São Gonçalo, São Paulo, Guarulhos, Fortaleza e Maracanaú. Levando em consideração o perfil dos participantes das etapas anteriores da pesquisa, definiu-se os seguintes critérios de inclusão: ter participado das duas etapas do estudo; estar incluído no perfil predominante dos participantes que são mulheres, autodeclaradas pretas e pardas e nas faixas etárias de 30 a 39 e de 40 a 49 anos; ter indicado alterações no processo de trabalho no formulário preenchido na primeira ou segunda fases; ter informado sinal ou sintoma associado à Covid-19 em uma das fases anteriores; e ter número de telefone válido cadastrado no sistema para contato via aplicativo de mensagens WhatsApp. Foi assegurado o sigilo da participação e os nomes utilizados nas falas transcritas são fictícios.

O segundo grupo focal teve a participação de cinco ACS dirigentes sindicais dos municípios de São Paulo, Guarulhos, Rio de Janeiro e Fortaleza. Essas lideranças foram indicadas pelos sindicatos regionais que estavam contribuindo com a pesquisa desde a sua fase inicial. Tendo em vista que os sindicatos publicamente apoiam a pesquisa e os seus dirigentes sindicais são pessoas públicas, ficou autorizado a divulgação dos nomes e do sindicato em que atuam. Todos os participantes autorizaram a gravação e transcrição dos grupos focais. Esta última fase da pesquisa foi realizada após submissão e aprovação de emenda do projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da EPSJV/Fiocruz.



I - CONJUNTURA, SUS E APS EM TEMPOS DE COVID-19

A importância do Sistema Único de Saúde e do princípio da universalidade tornou-se mais evidente diante da crise socio sanitária associada à pandemia de Covid-19, conforme destacado pelos dirigentes sindicais ACS participantes do grupo focal:

“

Porque se não tivéssemos aqui, não tivéssemos um sistema único, os pobres não teriam conseguido ir se tratar, e corpos tinham ficado amontoados nas ruas, essa é a grande verdade. Então o Sistema Único Saúde mostrou o quanto que ele é importante. É tanto que nunca se falou tanto do SUS na televisão, na grande mídia capitalista, do que nesses tempos, mesmo que seja no expediente de uma tragédia, mas se falou muito e muito bem (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

No entanto, os dirigentes sindicais ACS ressaltam que há uma preocupação maior por parte da gestão, em diferentes esferas de governo, com a apresentação de resultados numéricos em detrimento da promoção de processos de acolhimento das necessidades sociais e sanitárias da população trabalhadora:

“

E como eles estão apenas preocupados em dar os números. Às vezes eu não sei se as outras pessoas conseguem ver assim como eu, mas às vezes eu acho que os gestores estão preocupados só com os números, e com a linha de subida e descida. Qual o estado que tá subindo mais, o estado que tá subindo menos, quem morreu, quem não morreu (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

Após o reconhecimento da pandemia de Covid-19 no Brasil, uma das várias notas técnicas dedicadas ao estudo da disponibilidade de leitos de UTI e de respiradores no país visou, especificamente, considerar também a disponibilidade de outros equipamentos para estabilização de casos graves (monitores de eletrocardiograma, desfibriladores, bombas de infusão e tomógrafos) e identificar os municípios aptos ao atendimento hospitalar de pacientes com o novo coronavírus. Resultou disso uma lista de 421 municípios, revelando “grandes os vazios de capacidade instalada no território nacional, impondo a necessidade de planejamento regional, de reorganização dos serviços prestados em UBS e UPA e de transporte adequado de pacientes em uma rede de referência bem estabelecida” (PORTELA et al., 2020, p.7).

Ao lado do vazio assistencial, também se registra uma desigual capacidade instalada de leitos de UTI disponíveis no setor público em relação ao setor privado em todas as regiões do país. A pandemia de Covid-19 atinge o Brasil em uma conjuntura de crise econômica, social e sanitária instaurada antes da chegada do novo coronavírus. Em 2019 ocorreu

ampliação das desigualdades econômicas e sociais, aumento da concentração de renda no país e intensificação das precariedades resultantes das políticas de austeridade fiscal e, especificamente no setor da Saúde, aprofundamento da focalização da atenção primária no SUS (NOGUEIRA e LACERDA, 2020).

Apesar de ser patente a necessidade de um SUS 100% público, universal e estatal para evitar desigualdades no acesso aos serviços de saúde, na pandemia ficam expostas as contradições que constituem o sistema, principalmente a relação intrínseca com a iniciativa privada que produz efeitos deletérios a partir de modelos de gestão à saúde que ampliam as terceirizações. Ressalta-se ainda o aprofundamento da produção do modelo de atenção medicalizante e biomédico, intensificado pelo sucateamento do SUS e marcado pelas desigualdades econômicas e sociais existentes historicamente no país.

A análise da conjuntura e seus impactos no SUS para o enfrentamento à pandemia deve ser feita à luz do reconhecimento de algumas limitações estruturais históricas impostas pelo modo de produção capitalista e de algumas alterações de ordem político-institucional. No que diz respeito a limitações mais estruturais, destaca-se, entre outros aspectos: o financiamento insuficiente acompanhado da drenagem de recursos do SUS para os serviços privados contratualizados para complementação – especialmente nos níveis de atenção secundários e terciários – e para a terceirização da gestão – com destaque para as Organizações Sociais gestoras da Atenção Primária; a não garantia de vinculação orçamentária de 10% do PIB para o SUS; o não cumprimento da proposta constitucional de orçamento da Seguridade Social; e, recentemente, como “golpe de morte”, a Emenda Constitucional 95 (EC 95) que congela os gastos públicos por 20 anos e extingue o mínimo de recursos da União, estados e municípios para a Saúde (MOROSINI, CHINELLI e CABRAL, 2020; SOUSA, 2020). Acrescenta-se a estas limitações, produzidas por interesses de classe antagônicos às necessidades da população trabalhadora, os tensionamentos provocados por organismos internacionais para a focalização da APS, particularmente o Banco Mundial (NOGUEIRA e LACERDA, 2020).

Entre as condições de ordem político-institucional, a publicação da Política Nacional de Atenção Básica em 2017 redirecionou “diretrizes, formas de organização dos serviços, composição das equipes, processo de trabalho e escopo de práticas, com impactos sobre o modelo de atenção e o direito à saúde” (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020, p.2), esvaziando a universalidade e a integralidade, acenando para um retorno à “atenção básica tradicional” e tornando prescindível o ACS. O relato de uma dirigente sindical ACS, participante da pesquisa, expressa os efeitos da revisão da PNAB:

“

A atual conjuntura em relação à atenção básica é totalmente de pouco caso, e nós estamos sofrendo essa consequência (...) desmonte da atenção primária, aqui no Rio. Acabando com 184 equipes de saúde da família (...) porque a gente está sentindo um reflexo violento agora. Foram demitidos mais de 1.000 agentes comunitários de saúde. (...) há a perda de muitos direitos (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

Em 2019, no campo do financiamento, o SUS perdeu seu importante mecanismo de indução da Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando foi lançado o “Previne Brasil”, que extinguiu os Pisos da Atenção Básica – fixo e variável – e lançou o mecanismo de pagamento por capitação ponderada, por desempenho e por ações estratégicas incentivadas.

Sousa chama atenção para o fato de que a estimativa populacional do IBGE 2019 para o Brasil é de 210.147.125 habitantes, mas que “pelos dados de cadastros vinculados e validados no SISAB, a APS acumula 115.214.927 habitantes cadastrados atualmente nas eSF e eAP” (2020, p.33). Com isso, caso o SUS busque alcançar o limite da captação ponderada, considerando “o parâmetro de cadastro proposto para o financiamento a partir do Previne Brasil, teríamos que cadastrar 154.179.633 pessoas na APS”. Ou seja: cerca de 40 milhões de pessoas a mais (2020, p.33). Em que pese a dificuldade de cálculo e projeção dos montantes a serem recebidos por cada município através do Previne Brasil, a corrida para cadastramento e vinculação das pessoas às Equipes de Saúde da Família e de Atenção Primária já mostram seus efeitos no processo de trabalho, especialmente nesse período de emergência sanitária.

Na maioria dos depoimentos dos ACS participantes desta fase da pesquisa percebe-se que, após os primeiros meses de pandemia, ao invés de ter ocorrido um redirecionamento sustentável da força de trabalho – no sentido de reconfigurar o processo de trabalho, não apenas por poucos meses, mas com adaptações contínuas às variações epidemiológicas da pandemia –, houve predominantemente apenas acréscimo e sobrecarga, com acúmulo de funções. E esse acúmulo não se deu em nome de um reforço das ações de cuidado e assistência represadas, mas foi uma sobrecarga derivada dos constrangimentos advindos do novo financiamento da atenção primária, mostrando como a conjuntura institucional ganhou um peso maior que o momento epidemiológico:

“

A maior dificuldade hoje mesmo é a sobrecarga de trabalho, certo? Tudo que ficou parado durante o período de pandemia agora eles estão cobrando muita coisa, né, principalmente por força da portaria que se chama Previne Brasil, agora o foco saiu né do Covid, a gente sabe que não passou essa pandemia (Girassol, Fortaleza/CE).

”

“

Eu (...) achava que os problemas só existiam na UBS onde eu trabalhava. É tudo igual, essa coisa da cobrança (...). O interesse único é da gente cadastrar pessoas mais e mais e mais, colocar no sistema, que é para eles ganhar mais verba e a gente fica sem saber para onde que vai essa verba, porque para UBS, para gente e para os municípios não vai (Luci, Guarulhos/SP).

”

Os relatos acima apontam na direção alertada por Morosini, Fonseca e Baptista (2020), e por Nogueira e Lacerda (2020): as autoras concordam que a priorização da pessoa cadastrada correria o risco de desmantelar a perspectiva comunitária e territorializada e de cuidado familiar, além de prejudicar o planejamento territorial e a vigilância em saúde.

No que diz respeito especialmente ao componente do pagamento por desempenho, considerado um substituto do PMAQ-AB, o Previne Brasil insere uma lógica de produtividade que opera em sinergia com outras medidas, como a Carteira de Serviços da APS e a ADAPS (MOROSINI, FONSECA e BAPTISTA, 2020), bem como com a EC 95. A ADAPS (Agência para o Desenvolvimento da APS), criada pela Lei 13958/2019, legitima a privatização da APS, aprofundando a terceirização e estimulando a contratação de empresas privadas para a provisão de serviços (NOGUEIRA e LACERDA, 2020). Já a Carteira de Serviço da APS (BRASIL, 2019) reduz a complexidade das ações e estratégias que estavam na base da Estratégia de Saúde da Família a um rol de procedimentos biomédicos pré-estipulados, no qual devem ser encaixadas as demandas individuais dos usuários, com claro distanciamento do enfoque territorial e coletivo. Segundo Morosini, Fonseca e Baptista, “a carteira de serviços é fundamental para a precificação, condição para o processo de contratação de serviços ao setor privado” (2020, p.7).

O Conselho de Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Rio de Janeiro (COSEMS RJ) publicou uma nota técnica, nº 8, construída a partir do monitoramento das mudanças e impactos decorrentes pelo Previne Brasil, e afirma a perspectiva de impacto financeiro negativo a partir de janeiro de 2021 (COSEMS RJ, 2020). O texto identifica problemas relacionados à pandemia, ao próprio início do Programa, às distorções nas regras de cadastro potencial e à indefinição de parâmetros populacionais para cálculo de cobertura, entre outros. Mas é especialmente na análise do componente desempenho que chamam atenção para o fato de que, nacionalmente:

O contexto da pandemia de Covid-19 impôs a necessidade de reorganização da APS em seus primeiros meses. A reorganização de fluxos nas UBS, aliada às recomendações à população para que evitassem a procura por unidades de saúde em caso de sintomas leves de síndrome gripal e acompanhamento de condições crônicas controladas, culminou na redução de atendimentos para diversas condições de saúde e procedimentos (COSEMS RJ, 2020, p. 7).

Com isso, as projeções apontam para prejuízos na avaliação que subsidiará o pagamento por desempenho estipulado pelo Previne Brasil.

Dado esse o cenário de desmantelamento da APS do SUS, prévio à pandemia, não é incorreto afirmar que uma parte dos casos de Covid-19 tenha tido o seu agravamento determinado pela falta de medicamentos básicos nas Unidades de Saúde da Família, como antibióticos e antitérmicos; e parte dos casos que se acumularam nas filas dos serviços de emergência deviam-se a agravos sensíveis à Atenção Primária (MORAES, 2020).

Ao mesmo tempo, nada disso obscurece a compreensão dos limites da APS quando não acompanhada de medidas para melhoria das condições gerais de vida. Ou seja, o enfoque clínico das ações de saúde da família é imprescindível, mas tem sua resolutividade limitada. O alargamento da resolutividade de qualquer política de saúde depende da construção de ações e medidas que partam da compreensão do processo de Determinação Social da Saúde.

É nesse quadro de indução política, reducionista, a processos médico-centrados e modelos de consulta que o SUS hoje é chamado a enfrentar o que pode ser considerado uma “terceira onda”. A primeira caracteriza o início da pandemia e sua expansão sustentada por transmissão comunitária; a segunda “tem sido imputada à não obtenção de imunidade de rebanho após a primeira” (MENDES, 2020, p.6) e decorre da retomada das atividades econômicas e sociais interrompidas na primeira onda; a terceira é a que “atinge pessoas portadoras de condições crônicas não agudizadas, condições crônicas agudizadas e condições agudas não ligadas diretamente à Covid-19 durante o período da pandemia” (p. 13). As restrições de acesso aos serviços de saúde, como consequência da própria pandemia, gerariam paralisia no acompanhamento de condições crônicas e desassistência a eventos agudos que não se enquadrem na suspeita de Covid-19¹.

Mendes (2020) esclarece que a terceira onda decorre da diminuição do cuidado a outras condições de saúde em função da sobrecarga que a Covid-19 gera no sistema de saúde, tornando “invisíveis” as pessoas com condições de saúde não Covid-19: mesmo que não tenham tido o vírus, elas são afetadas pela pandemia. Segundo nota técnica publicada no município do Rio de Janeiro, por exemplo, registram-se óbitos em excesso em domicílios e nos hospitais, incluindo o aumento de mortes por diversas formas de câncer, de doenças endócrinas nutricionais e metabólicas – entre as quais se incluem as diabetes – e aumento de óbitos por doenças do aparelho circulatório (MONITORACOV19, 2020).

Ademais, para fins de organização sanitária para enfrentamento da pandemia, nesse intervalo de cerca de 11 meses já não se pode afirmar que a Covid-19 é completamente desconhecida: houve um acúmulo de experiência sanitária e institucional próprias do Brasil ou, se não, algum aprendizado com outros países que também apresentaram estrutura intergovernamental na gestão dos sistemas de saúde, tal como o Brasil (PEREIRA, 2020).

Em estudo recente foi analisada a implantação de políticas públicas em resposta à Covid-19 em algumas experiências internacionais. Destacou-se o papel da “governança e da coordenação nacional”, bem como das “estratégias de comunicação com a sociedade” como frentes de ação fundamentais dos governos nacionais e importantes lições aprendidas para a atual emergência sanitária e futuras (PEREIRA, 2020). Chamam atenção os Ministérios da Saúde na China, na Alemanha e na Espanha, que tiveram papel ativo na coordenação das ações de controle da propagação da epidemia e de fortalecimento do sistema de saúde, em articulação com os governos subnacionais e suas estruturas de saúde pública descentralizadas. A autora mostra que os instrumentos de governança foram diferentes, adequados a cada uma

1 - “No curto prazo, isso se agrava quando se examina o quadro orçamentário federal para o SUS em 2021. Segundo Médiçi (2020b) a saúde foi uma das áreas que sofreu cortes com o PLOA 2021 apesar de o Brasil ser o epicentro da pandemia na América Latina; esse projeto de lei reservou R\$ 136,7 bilhões para o Ministério da Saúde, mas ignorou a continuidade da pandemia da COVID-19 e seus efeitos no próximo ano; o recurso previsto tem quase R\$ 40 bilhões a menos que a dotação atual do programa em 2020 e é apenas 4% maior que o apresentado no PLOA 2020; a principal queda em relação à verba autorizada em 2020 é observada no programa de atenção especializada, que tem cerca de 40% a menos de recursos, o que ameaça a manutenção dos mais de 14.000 leitos de UTI que foram criados para o enfrentamento da pandemia; a atenção primária à saúde terá uma perda de recursos da ordem de 13%; e o aumento discreto dos recursos em vigilância à saúde, o que é insuficiente para as ações de controle da COVID-19 e de outras doenças infecciosas que se manifestam no Brasil” (MENDES, 2020, p.49).

dessas realidades nacionais, que são distintas dos pontos de vista político, organizacional e cultural. Entende-se que no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) tem estruturas de gestão compartilhada entre as esferas de governo que precisam ser usadas neste momento de crise sanitária.

Segundo Pereira, “o papel de coordenação nacional inclui a **articulação com organizações de trabalhadores (sindicatos e afins), empregadores e com a sociedade**, além de envolver a negociação entre Executivo e Legislativo (2020, p.29 – grifos nossos). Nesse aspecto, o Brasil conta com organizações diversas e de longa data que teriam sido importantes interlocutoras das instâncias de gestão neste período: desde o Conselho Nacional de Saúde (CNS) até os sindicatos de base local, bem como os conselhos profissionais do setor de Saúde. Com isso destacamos uma parte importante do relato dos grupos focais, que foi o protagonismo dos sindicatos dos ACS, os quais atuaram na indução e construção de protocolos.

A falta de coordenação nacional do enfrentamento à pandemia no SUS foi percebida pelos ACS participantes do grupo focal, inclusive pelas diversas, desiguais e divergentes respostas institucionais, como será visto nas próximas sessões deste boletim. Além disso, eles também se referiram à ausência de medidas de proteção territorial de forma mais ampla, como nesta fala:

“

Então, muita gente assim (...): ‘Ah, mas será que vai chegar aqui?’ (...) Mas assim, eu achava que teria que ter tido mais precaução, né? (...) fechar o aeroporto, não entrar ninguém e nem sair ninguém. Proteger a população brasileira (...). Porque (...) para mim o que abalou muito assim, tantas mortes, tantas pessoas faleceram devido a esse vírus por quê? (...) uma coisa assim tão desconhecida (...), e de repente começou a se espalhar pela Europa, qual era do presidente né? Já fazer um plano de emergência pra tentar que, pra evitar que esse vírus chegasse até aqui. E não foi feito (Luci, Guarulhos/SP).

”

Entre os ACS dirigentes sindicais, ressaltou-se uma ausência desta coordenação no que se refere à garantia do isolamento social e do *lockdown*:

“

A gente tá com a portaria de isolamento e todos os bares abertos. Como assim? Que isolamento é esse? (...) eu vejo muito o governo e os capitalistas, né, dos nossos estados, eu acho que os grandes empresários, o comércio deveria dizer que está em pandemia. Mas a gente (...) pega o coletivo para ir trabalhar, se a gente não pegar aquele que tá superlotado a gente vai perder o horário. Então assim, não diminuiu as lotações nos coletivos, aumentou, e é um lugar, no meu ponto de vista, né, metrô, coletivo, ônibus, pra mim é um lugar que vai ter o maior foco de doença, porque é uma aglomeração de pessoas, porque nós somos obrigados (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

Nota-se que para a classe trabalhadora o isolamento social, medida que minimiza o risco de contaminação por Covid-19, não tem sido uma opção. Pelo contrário: na ausência da garantia de renda e alimentação adequada, medidas fundamentais para assegurar a saúde da

população, os trabalhadores seguem se expondo para garantir sua subsistência.

Outro aspecto identificado pelos dirigentes sindicais participantes do estudo é a importância de uma coordenação nacional para o enfrentamento da pandemia, pautada no reconhecimento da gravidade da doença para o planejamento de ações em saúde. Os dirigentes criticam ausência ou insuficiência deste aspecto:

“

A gente não viu *lockdown*, a gente não viu o isolamento (...) E aquele negócio, é só uma gripezinha, referendado pelo chefe de Estado (...) é uma referência para muitos (...) Então é uma desconstrução geral. São posturas políticas e muitas vezes de políticas públicas e partidárias totalmente esquizofrênicas, e a gente se depara tanto com a nossa população, que nós não deixamos de ser, tanto com os nossos trabalhadores também tentando pegar papel na ventania! Tentando pegar papel na ventania (Lilian, SINDACS/SP).

”

“

Porque até hoje tem gente brincando que isso não existe, né. Porque vê o presidente ignorar o problema (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

A comunicação com a sociedade de forma ampla, clara, rotineira e uniforme é um aspecto que parece não ter entrado no horizonte das ações de coordenação nacional ou de gestão local. Mas é importante ressaltar que, mesmo ações de comunicação institucional, como modo de formação e informação aos próprios trabalhadores do SUS foram, segundo informaram os ACS, negligenciadas. Fez parte dessa conjuntura o relato praticamente unânime de falta de informação confiável e uniforme sobre a Covid-19 que instrumentalizassem o trabalho de educação em saúde e que permitissem proteção desses trabalhadores:

“

A minha chefe, que ela foi ler e pesquisar na internet o que estava acontecendo lá fora, na China (...) tem que passar informação, entendeu? (Luci, Guarulhos/SP).

”

“

Precisaria de clareza (...) nas decisões, um protocolo de atendimento (...), o passo a passo direitinho de tudo que funciona, como funciona, os horários direitinho (Tek, Rio de Janeiro/RJ).

”

“

Na questão decretos e portarias (...) eu também reforço aqui que houve muita deturpação, (...) essas questões nunca chegavam lá na ponta da linha para os ACS's, eles nunca eram informados das normativas municipais, federais ou estaduais. Então toda normativa, portaria, decreto que saía nós tínhamos que através do nosso jurídico esmiuçar essas portarias pra poder traduzir em termos mais fáceis pra categoria, então isso ajudou também os ACS's a tomarem ciência e tomarem a frente da coisa (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

Na ausência de informação e formação dos trabalhadores, assim como na distribuição insuficiente e inadequada de EPIs relatada pelos Agentes Comunitários, não foram incomuns depoimentos sobre o adoecimento dos trabalhadores da ESF e a não recomposição da força de trabalho, tornando o desfalque das equipes parte da realidade cotidiana: “a sala que eu fico somos em 12, 13... 12... 14, digamos. 13 ficaram doentes de Covid (...) eu fiquei doente no trabalho, outras colegas também ficaram doentes no trabalho. Eu passei Covid para o meu marido” (Gardênia, Guarulhos/SP). Trata-se de trabalhadores que sofreram grande exposição, possivelmente tornaram-se elos importantes na continuidade da transmissão da doença². Alguns tiveram direito a afastamento outros não.

Quando os grupos focais foram realizados, praticamente 11 meses após a criação do Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o Novo Coronavírus (COE-nCoV) pelo Ministério da Saúde e ainda na ausência, informada pelos ACS, das ações e esforços referidos acima, passíveis de aprendizagem e aprimoramento institucional, conformava-se um cenário de recrudescimento da pandemia. Os dados da Semana Epidemiológica n.48 (22/11 a 28/11/2020), publicados no Boletim Epidemiológico nº 39 da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), confirmavam aumento da média móvel de casos e de óbitos registrados³ no Brasil, a despeito das variações entre as regiões (BRASIL, 2020a).

No momento de publicação deste boletim da pesquisa, ocorrem mais de mil mortes diárias por Covid-19 no Brasil. As demais seções desta publicação apresentam importantes achados que se referem às precariedades vividas pelas trabalhadoras ACS que estão na linha de frente no combate à pandemia e que atuam em um nível de atenção estratégico para o rastreamento de casos suspeitos, para o acompanhamento da evolução da doença e para a produção territorializada de cuidados.

Os ACS chamam atenção para as desiguais condições de vida que determinam a saúde da população trabalhadora:

“

A gente tinha um manejo com os pacientes dentro da unidade e quando era detectado que era Covid mais que ele tecnicamente estava bem, não estava com insuficiência respiratória, fosse para casa, ficasse isolado, mas como dizer que ele ficasse do lado uma pessoa que mora (...) tipo, cozinha, com sala, tudo junto, o banheiro e o quarto, né. Tipo, são cinco pessoas, como é que ele ia se isolar para proteger a família dele também? (Rosa, Fortaleza/CE).

”

Na conjuntura atual, as condições de vida de parte da população trabalhadora, usuária do SUS, estão se tornando cada vez mais precárias. A perspectiva é de agravamento, dado pelo

2 - A OMS sistematicamente vem apresentando em seu site material específico sobre a necessidade da adequada proteção do pessoal de saúde, como ação estratégica de enfrentamento da pandemia, uma vez que estes trabalhadores, mais expostos, podem participar da cadeia de transmissão de modo ainda mais significativo que outros grupos populacionais.

3 - “Em relação aos casos, a média móvel de casos registrados na semana 48 (22 a 28/11) foi de 33.927, enquanto que na semana 47 (15 a 21/11) foi de 29.118, representando um aumento no número de casos (17%). Quanto aos óbitos, a média móvel de óbitos registrados na semana 48 foi de 510, representando um aumento (7%) em relação à média de registros da semana 47 (476)” (BRASIL, 2020a).

fim do auxílio emergencial que alcançou mais de 66 milhões de pessoas que garantiu uma continuidade de renda neste período, associado ao aumento do número de desempregados que atinge cerca de 14 milhões de trabalhadores (IBGE, 2021); o aumento do preço dos alimentos da cesta básica e do preço do gás de cozinha. Tais medidas impactam diretamente a segurança alimentar das famílias.

Assim, a defesa do SUS 100% público, estatal e universal, o investimento robusto na Atenção Primária integral e não focalizada, e a valorização dos trabalhadores que estão na linha de frente com a garantia de direitos trabalhistas e de políticas de saúde do trabalhador, são medidas fundamentais e que podem contribuir para o enfrentamento da dura conjuntura vivenciada pela classe trabalhadora.





Sou ACS
e estou na
LUTA DE FRENTE
Pandemia.
SEMANA DO ACS 2020





II – PERFIL DOS PARTICIPANTES

O primeiro grupo focal foi composto de acordo com o perfil dos participantes nas etapas anteriores da pesquisa: todas as nove participantes eram mulheres, reiterando o perfil de feminização do trabalho em saúde e em particular do ACS (NOGUEIRA, 2017; GARCIA et al., 2019). Foram duas participantes do município de Fortaleza, duas de Maracanaú, duas de Guarulhos, duas de São Gonçalo e uma de São Paulo. A média de idade dessas mulheres é de 37 anos, sendo os extremos etários 32 e 44.

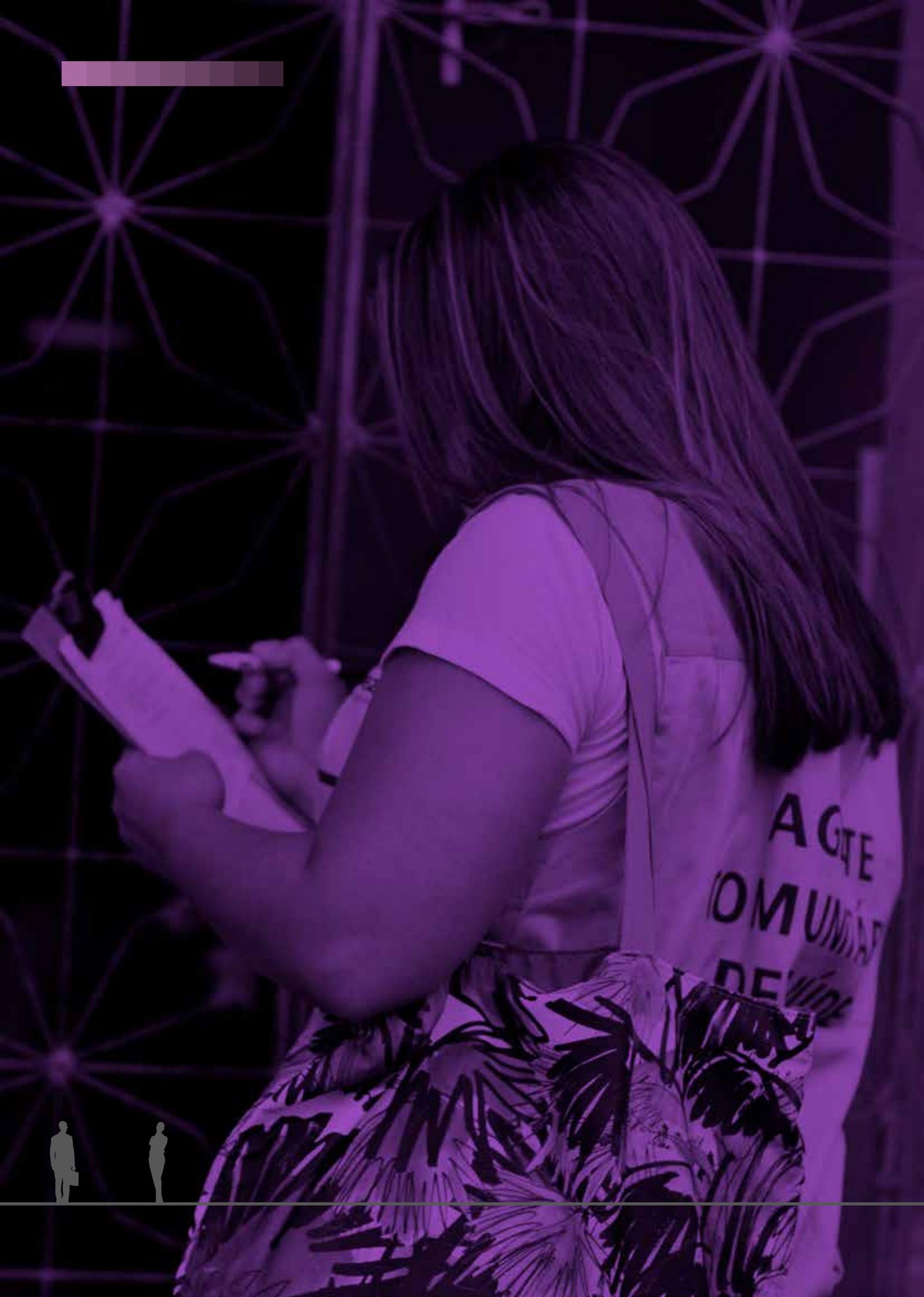
No que se refere à escolaridade e à formação profissional, todas têm ensino médio completo. Destas, quatro têm curso superior completo – pedagogia, direito, serviço social e administração pública; e duas cursam graduação – enfermagem e história. Sobre o tempo de experiência profissional como ACS, a média foi de dez anos, tendo a participante com maior experiência 19 anos de atuação e a de menor, cinco.

No segundo grupo focal, participaram cinco dirigentes sindicais – dois ACS da capital de São Paulo, representantes do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Estado de São Paulo (SINDICOMUNITÁRIO/SP); uma ACS de Guarulhos, do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde da Região Metropolitana de São Paulo (SINDACS/SP); uma ACS do município do Rio de Janeiro, do Sindicato dos Agentes Comunitários de Saúde do Município do Rio de Janeiro (SINDACS/RJ); e uma ACS de Fortaleza, do Sindicato dos Agentes de Saúde e dos Agentes de Endemias do Estado do Ceará (SINASCE/CE).

Todos são ACS com mais de dez anos de atuação na profissão. Em relação à escolaridade e à formação profissional, duas ACS têm nível superior – uma fisioterapeuta e uma pedagoga – e três têm nível médio completo, sendo uma formada no Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

Em relação ao trabalho como ACS no contexto da pandemia de Covid-19, somente as representantes do SINASCE/CE e do SINDACS/RJ indicaram atuação – a primeira atuou até agosto, quando foi licenciada para o sindicato, e a segunda segue atuando.





AGTE
OMUNIA
DEVIDE



III - ACESSO A EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI) EM TEMPOS DE COVID-19

As falas de todas as ACS participantes do primeiro grupo focal foram convergentes em afirmar que no início da pandemia não houve orientações, protocolo ou normatização de suas funções adaptadas às regras de distanciamento e isolamento social. O risco de contaminação no trabalho, sobretudo nos primeiros meses de pandemia, foi agravado pela ausência de protocolos que orientassem processos de trabalho com garantias de formas de proteção. Isso se agravou pela falta de acesso a EPIs pelos profissionais de saúde, principalmente pelos ACS. Logo no início da pandemia não havia clareza por parte das gerências das Unidades de Saúde sobre a normatização de biossegurança e havia o medo de assustar a população:

“

Aí tinha uma médica que ia usar máscara, que ia usar o capote, e ela falou que não poderia usar nada disso para não assustar os pacientes. Então assim, não foi pedido pra usar máscara, bem isso mesmo, bem no início foi quando não podia usar nada para se proteger (Tek, Rio de Janeiro/RJ).

”

Ainda sobre este aspecto, houve relatos de profissionais testarem positivo para Covid-19 e não revelarem o resultado, e quando interpeladas por colegas, ouvia-se alegações do tipo: “Prefiro não comentar”. Nos relatos dos participantes esteve presente a tensão e insegurança relacionadas à situação do afastamento do serviço e à manutenção do emprego para àqueles que testaram positivo.

No decorrer do tempo, a normatização do processo de trabalho passou a ser realizada com base em alguns protocolos oficiais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020b), bem como práticas desenvolvidas pelas gestões locais, orientando não entrar nas residências, não tocar em documentos ou compartilhar papel e caneta. Contudo, tal procedimento durante as visitas domiciliares se tornava complicado porque, segundo relataram algumas ACS, era bem difícil permanecer no sol sem poder adentrar as casas usando máscara, cuja escassez (apenas duas por ACS para o dia, no caso da cidade de Maracanaú), dificultava trocas regulares em função do calor e do suor. As ACS então abreviavam ao máximo a visita:

“

Só que isso ficou complicado pra gente também, porque a gente ia no sol, com a máscara, quente, não podia entrar na residência, você ficava ali fora no sol, então a gente passava rápido (Gerânio, Maracanaú/CE).

”

Todas as participantes do grupo focal confirmaram os resultados apontados pelos dois Boletins anteriores desta pesquisa, em relação à precariedade na quantidade e qualidade dos EPIs. Esta precariedade foi referida tanto na atuação na UBS quanto no território. A maioria das ACS observou que, com o passar do tempo, houve alguma melhoria neste fornecimento,

em que pese a permanência das insuficiências.

A referência principal continuou relacionada à quantidade e qualidade insuficientes de máscaras e de álcool gel para uso diário durante as três fases da pesquisa. Houve menção à falta de reposição de materiais, como faceshield, que pela má qualidade quebrava com pouco tempo de uso. Relataram também a falta de acesso a luvas, toucas e avental. Em alguns casos, no início da pandemia, as ACS tiveram que comprar, ou confeccionar, máscaras para garantir a proteção no trabalho:

“

A prefeitura não disponibilizou material, né, então a gente começou a comprar a máscara, começou a comprar touca, por nossa conta mesmo para poder trabalhar porque eles, em nenhum momento, (...) não impediu a gente de trabalhar, não falou ‘não, fica em casa, vocês’ não (Joaninha, São Gonçalo/RJ).

”

Outro ponto reforçado nas falas das ACS foi em relação à qualidade e quantidade inferior dos EPIs destinados aos ACS, em comparação com as destinadas a outros profissionais de saúde, como médicos e enfermeiros. Importante observar que não houve menção a nenhum tipo de orientação para utilização dos EPIs.

Esta situação acabou resultando, em alguns casos, em afastamento do trabalho e uma mobilização por parte da categoria junto ao seu sindicato para terem acesso a EPIs como forma de garantia de condições seguras para sua atuação, quando do retorno ao trabalho:

“

Esse afastamento foi por conta da falta de EPI que a gente ficava cobrando, pressionava o sindicato, sindicato pressionava a prefeitura e, por conta desse choque, da pressão dos ACS, que nós fizemos, porque se nós não tivesse feito essa pressão, não teria acontecido nada. Então por causa dessa pressão que foi feita, a gente tá afastada por um período, as ACS que tinham doenças crônicas (hipertensão, diabetes) foram afastadas, ficaram afastadas mais tempo, nós ficamos por um período até eles decidirem, resolverem, como é que ia ficar a questão dos EPIs. Uma vez que foi resolvido, nós retomamos os nossos trabalhos, né (Gerânio, Maracanaú/CE).

”

Além da precariedade referente aos EPIs, algumas ACS mencionaram a falta, no local de trabalho, de materiais básicos, como papel higiênico e sabão. Diante destas condições, as próprias trabalhadoras tomaram a iniciativa de fornecer este material. Uma participante do grupo focal referiu-se à falta de cloro para limpar a unidade. Este foi comprado pelas trabalhadoras, que se incumbiram também de realizar a limpeza do local de trabalho.

A precariedade na qualidade e quantidade de EPIs, bem como outras dificuldades encontradas em relação às condições de trabalho, é atribuída à falta de apoio da gestão:

“

Então assim, uma vez que a gestão apoia, resolveria a questão dos EPIs, resolveria a questão dos exames e outras questões que foram colocadas aqui, elas seriam resolvidas se a gestão tomasse uma posição mais ativa, desse cuidado com a categoria (Joaninha, São Gonçalo/RJ).

”

Uma ACS de Fortaleza relata alguma melhoria nesse contexto quando foi publicada uma série de portarias municipais que orientavam o exercício de função do ACS dentro da Unidade de Saúde, autorizando o uso de redes sociais para manter contato com as famílias de suas microáreas. Além disso, recomendavam àquelas que pertenciam ao grupo de risco permanecer em trabalho remoto. Contudo, nem todos os municípios consideraram o mesmo padrão que define quem é do grupo de risco, e muitos ACS com hipertensão não foram autorizados a trabalhar remotamente, como esclarece uma agente de uma das cidades da pesquisa:

“

Minha colega hipertensa, ela não tá afastada. Foi afastada outra colega que é diabética, que tem problemas respiratórios foi afastada, mas quem era hipertenso não foi, tem uma colega da outra equipe que ela não foi afastada, e ela é hipertensa (Rosa, Fortaleza/CE).

”

As dificuldades de acesso dos ACS a equipamentos de proteção individual (EPIs) foram reafirmadas por todos os dirigentes sindicais participantes do grupo focal, configurando um problema comum e grave. As situações apresentadas foram identificadas pelos próprios sindicalistas, em visitas às unidades de Atenção Primária, ou foram levadas pelos ACS aos sindicatos, como reclamações: não fornecimento de EPIs em quantidade e qualidade adequadas, não fornecimento em específico para os ACS, não reposição, falta de treinamento para a sua utilização e diferenciação em relação a outros profissionais. Entre os dirigentes sindicais, o EPI mais mencionado foi a máscara, seguido pelo álcool em gel.

O não fornecimento de EPI em específico para os ACS e a diferenciação em relação aos demais profissionais estão diretamente relacionados. No contexto pandêmico, parecem indicar o não reconhecimento do trabalho do ACS como participante do processo de enfrentamento à Covid-19. Numa perspectiva histórica, remete-se também a processos de não reconhecimento do ACS como um profissional da saúde, relatados em vários estudos (CREMONESE, MOTTA E TRAESEL, 2013; ROSA, BONFATTI E CARVALHO, 2012; MOROSINI, 2018; NOGUEIRA, 2019). Foram informadas medidas de gestão e organização do trabalho que diferenciaram esse trabalhador, em detrimento dos seus direitos, em especial à segurança no trabalho, como expresso nas falas dos representantes do SINASCE/CE e do SINDICOMUNITÁRIO/SP:

“

Eu lembro que a gente chegava no posto dizendo assim: ‘e as máscaras?’, ‘não, o agente de saúde não tem direito, não, porque agente de saúde não precisa!’, né. A empresa terceirizada que é responsável pelos postos de saúde aqui, em Fortaleza, ela não era autorizada a soltar as máscaras e os EPIs para os agentes de saúde, porque o agente de saúde não precisava, só quem precisava era os demais trabalhadores. (...) Eu disse: ‘o nosso trabalho não é essencial?’ ‘Não, vocês não precisam receber!’ [resposta dada à dirigente] (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

Nós tivemos muitos problemas graves em questão dos EPIs, né, a própria exclusão do ACS na quantidade e na qualidade do equipamento (...) o enfermeiro usava toda a paramentalha [paramentação] de proteção da melhor qualidade, N95, (...) o ACS não tinha nem um álcool gel pra passar nas mãos, né (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

Os efeitos dessa discriminação sobre os agentes são destacados pelo segundo representante do SINDICOMUNITÁRIO que se refere ao constrangimento desses trabalhadores e ao sentimento de não pertencimento. A representante do SINDACS/SP refere-se à impressão de castigo. Tratam-se de condições de trabalho que, além de gerar insegurança no trabalho, contribuem para o desgaste emocional dos ACS. Nas palavras dos dirigentes sindicais, os agentes sentiram-se:

“

Constrangidos, né, e bateu um sentimento no pessoal de não pertencerem aos quadros da Saúde porque viam chegar Epi para o médico, para o enfermeiro, para o auxiliar, para o atendente na recepção, o segurança da unidade... todos recebiam e não chegava para o agente de saúde, então isso foi assim algo bastante constrangedor, né, onde eles se sentiram excluídos, né, dos quadros da saúde (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

Em alguns momentos parece que em alguns momentos o agente comunitário de saúde estava sendo castigado, totalmente excluído quanto às questões de tratamento, de EPIs, de acesso aos testes (Lilian, SINDACS/SP).

”

Estudo de abrangência nacional (LOTTA et al., 2020) corrobora as indicações dos dirigentes sindicais, tendo verificado que 70% dos ACS e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) não receberam tais equipamentos, fundamentais à proteção dos trabalhadores em relação à contaminação pelo novo coronavírus. A mesma pesquisa identificou também que os dois agentes fazem parte do grupo de profissionais que mais indicou medo em relação ao vírus (88%).

Houve referência também ao fato de haver ACS, em serviço, utilizando máscara de tecido no momento de uma visita do sindicato a uma unidade de saúde. Tal situação foi referida também para exemplificar o desconhecimento de parte dos agentes sobre o direito de receber a máscara apropriada ao seu trabalho:

“

Todos com máscara de tecido todos e foi onde nós fizemos a pergunta se era por condição ou por opção. Isso estou falando em julho, a história começou em março desde o fornecimento do Epi, eles não tinham conhecimento que eles tinham direito ao EPI fornecido pela Secretaria de Saúde, ao EPI correto, a máscara de procedimento ou a N95 (Lilian, SINDACS/SP).

”

As estratégias utilizadas pelos sindicatos para o enfrentamento dessa situação incluíram visitas às unidades de saúde, comunicação com os agentes de saúde nos serviços, ofícios às autoridades responsáveis, reuniões e, ainda, ações na Justiça junto ao Ministério Público quando os demais recursos não funcionaram. A existência de ação coletiva, reunindo categorias profissionais diferentes, foi relatada pela representante do SINDACS/RJ. Houve também contato de dois sindicatos com organizações não-governamentais para o fornecimento de faceshields aos agentes.

Como destacado na nota técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos ACS no contexto da pandemia de Covid-19 (MOROSINI et al., 2020), os trabalhadores Agentes têm um papel relevante neste enfrentamento, ao contribuírem para a identificação e o monitoramento de casos, realizarem ações de educação em saúde e de mobilização popular, e produzirem informações confiáveis. Neste sentido, esta precariedade no fornecimento de EPIs contraria a recomendações da referida nota:

O fluxo de pessoas às unidades de saúde exige que todos os trabalhadores sejam protegidos adequadamente e que tanto a circulação quanto o espaço físico se organizem de modo a minimizar o risco de contaminação pelo coronavírus. O fornecimento adequado e suficiente de EPIs e a garantia de condições de higiene e de saneamento são medidas indispensáveis de proteção ao conjunto dos trabalhadores e usuários de todas as unidades de saúde, dentre as quais as UBS (MOROSINI et al., 2020, p.3).

Além da atenção à proteção dos trabalhadores nas atividades nas UBS, a nota destaca a importância de levar em conta a proteção no território.







IV – PROCESSO DE TRABALHO DO ACS EM TEMPOS DE COVID-19

Com a pandemia de Covid-19, as UBS tiveram que se readequar ao momento sanitário, especialmente para atender às necessidades de prevenção, identificação precoce e acompanhamento dos casos e disseminação de informação para a população. Para o ACS isso teve um peso importante, uma vez que suas atividades mais características envolvem vínculo presencial, como as visitas domiciliares. Todas as ACS participantes do primeiro grupo focal atuam na ESF há mais de cinco anos, tendo experimentado, no decorrer deste tempo, diferentes direcionamentos políticos e de gestão sobre seus processos de trabalho. Assim, as falas apresentam um posicionamento crítico-reflexivo muito rico sobre o processo de trabalho voltado, especificamente, ao enfrentamento da Covid-19.

De modo geral, a maioria das participantes destacou, como fortes dificuldades vivenciadas, a falta de apoio da gestão, seguida da indefinição de protocolo de trabalho para os ACS atuarem durante a pandemia:

“

A gente já passa isso para a nossa rotina, porque a falta de informação é nítida, que tudo que chega pra gente chega por terceiros, quartos. E a gente nunca sabe o que é para fazer realmente. (...). E a falta de apoio de gerente, das pessoas lá de cima, que ninguém quer saber realmente, (...) eles só querem produção, que é o que cobram da gente, mas ninguém faz a sua parte (Gardênia, Guarulhos/SP).

”

O trecho acima é de uma ACS que atua há 17 anos em Guarulhos. Nele, entende-se que a falta de orientação para o trabalho de ACS antecede à pandemia, resultado de uma histórica ausência da oferta, por parte do Estado, de política de formação profissional específica para os Agentes.

A falta de apoio e o distanciamento dos gestores locais, segundo os participantes do grupo focal, impactaram diretamente nos profissionais ACS, sobretudo diante da necessidade de orientarem os usuários que procuraram o serviço nesse período:

“

A gestão não, não liberou nenhum treinamento para agente, nenhuma... O que que a gente tem que fazer, como que a gente deveria se portar nas visitas, se portar dentro de um posto de saúde, gente só sabe disso ou pela televisão ou por outros canais que a gente, que a gente pesquisa né para saber (Joaninha, São Gonçalo/RJ).

”

“

Eu tive um pouco dificuldade de pegar o jeito, de saber orientar os pacientes (Orquídea, São Paulo/SP).

”

Segundo relataram, o problema da falta de protocolo se estendeu a diversos âmbitos do trabalho na APS, não se restringindo apenas às atribuições dos ACS. Embora tenham sido feitos alguns esforços para orientar alterações nos processos de trabalho de diversas categorias a fim de garantir medidas de vigilância em saúde na APS e preservar a força de trabalho do SUS (MACIEL et al., 2020)⁴, percebemos através dos grupos focais que tais medidas não seguiram uma espécie de “modelo” comum, foram dispersos, pouco coordenados e ocorreram menos pela adequação técnica do enfrentamento à Covid-19 e mais em função das precariedades. No cotidiano dos ACS, a alteração do processo de trabalho no início da pandemia de Covid-19 ocorreu em função da pressão dos próprios trabalhadores por conta da falta de EPI para desempenhar as atividades no território, pelas quais eram cobrados.

Diante de um cenário de trabalho confuso e das dificuldades relatadas, o grupo revelou que a criação de um protocolo básico para nortear o processo de trabalho das UBS em alguns casos ficou na dependência do voluntarismo dos trabalhadores e da orientação técnica de outras instâncias, como os sindicatos, cujo intuito principal tem sido garantir o respaldo e a proteção dos profissionais sem que haja prejuízo aos usuários do serviço:

“

Lógico que a gente ficou afastada por um curto período de tempo, mas esse afastamento foi por conta da falta de EPI que a gente ficava cobrando, pressionava o sindicato, sindicato pressionava a prefeitura nós ficamos [afastados] por um período até eles decidirem, resolverem, como é que ia ficar a questão dos EPIs. Uma vez que foi resolvido, nós retomamos os nossos trabalhos, né. Aí foi como protocolo: distanciamento, não podia entrar na residência, 1 metro de distância do paciente, não tocar em documento, caneta, nada que pudesse compartilhar, né (Gerâneo, Maracanaú/CE).

”

“

No início a gente não foi afastada logo direto para ficar no posto, a gente continuou com as visitas, aí só que era ‘você não vão entrar (...) nas casas das pessoas (...)’. Depois de muita luta foi que conseguimos não ir mais para a área (...) [porque] era dado apenas uma máscara por dia (Rosa, Fortaleza/CE).

”

“

Meio que fizemos um pequeno protocolo (...) de quê que a gente faz (...). Isso só na categoria dos ACS, né. Bem fechadinho pra não ter problema com o paciente, porque ele, ali a gente não quer prejudicar o paciente (...) na pandemia a gente teve muito, teve um apoio do sindicato, (...). Quando eu falo de [falta de] apoio, eu falo principalmente da gerência (Tek, Rio de Janeiro/RJ).

”

4 Maciel e colaboradores (2020) analisaram 9 artigos e 14 documentos técnicos referentes à reorganização do processo de trabalho do ACS no contexto da pandemia. Analisando sites de 26 Secretarias Estaduais de Saúde e do DF, os autores encontraram apenas 10 estados com publicação de orientações para o trabalho dos ACS.

Por outro lado, em São Gonçalo, de acordo com o relato da ACS, houve uma inação tal que, inicialmente, a falta de EPI não determinou nem o afastamento nem a alteração dos processos de trabalho para os Agentes de Saúde, diferentemente do que aconteceu com outras categorias. Assim, o processo de trabalho na UBS foi reorganizado preservando a desigualdade das condições de trabalhos entre as categorias, com claro preterimento dos ACS. Diante disso, na fase inicial, estes trabalhadores se depararam com a necessidade de comprarem os próprios equipamentos de proteção individual para seguirem atuando no início do enfrentamento à pandemia:

“

A gente começou a comprar a máscara, começou a comprar touca, por nossa conta mesmo para poder trabalhar porque eles, [a prefeitura] não impediu a gente de trabalhar. Aqui no município também não houve afastamento de funcionários que estão em situação de risco, nem como a colega falou que eles ficavam preso dentro posto, a gente nem isso, tinha que ir pra rua. (...) No começo, os médicos eles tavam atendendo a livre demanda e tinham cancelado a agenda. Os dentistas não tavam atendendo, a sala de vacina foi fechada e só tava atendendo livre demanda (Joaninha, São Gonçalo/RJ).

”

Após a autorização para interromperem sua ida frequente aos domicílios dos usuários, os ACS relatam que se depararam com a necessidade de reinventarem o modo de atuarem junto às famílias. Em função disso, muitos destacaram o uso de recursos tecnológicos como os próprios celulares, tablets, redes sociais e aplicativos de mensagens para se fazerem presentes. Esse tipo de mudança já havia sido relatado no segundo boletim da pesquisa. Mas o grupo focal permitiu ver que essas iniciativas ocorreram, várias vezes, sem padronização de uso desses recursos, expondo a ausência de um plano municipal ou estadual para suprir as necessidades impostas no momento da pandemia:

“

Quando começou a pandemia (...) nós fomos retiradas da área, mas (...) nós tínhamos que usar (...) meios, formas, para poder continuar a ser ACS, e a gente não teve apoio, a gente teve que inventar, né. Eu uso o WhatsApp (...) e quem não tinha? Como ficou? E a cobrança de dados, gestão sem dar assistência para o funcionário, entendeu? Cobrando, sabendo que tá afastado por falta de EPI, mas pedindo né, querendo os dados. (...) Eu, por exemplo, eu faço por conta e risco (...) pra poder permanecer o acesso a famílias, né. Mas que não foi protocolado, dizendo ‘ó, o acesso, o registro do trabalho de vocês tá valendo se for desse jeito’, entendeu? Falta de protocolo pra registro de trabalho (Jasmim, Maracanaú/CE).

”

Uma forma de controle do trabalho do ACS é feita, normalmente, mediante assinatura do usuário, por ocasião das visitas domiciliares. Com a pandemia, a exigência de registros, tais como frequência e produção, tornou-se problemática em função do compartilhamento de papel e caneta entre profissionais e usuários. Tais exigências perduraram bastante tempo sem disponibilização de alternativas de controle e sem a contrapartida da oferta de EPI adequado. Uma das ACS, de Maracanaú, relatou que a situação foi amenizada com a validação da adoção do uso de tecnologias e redes sociais como forma de registro a partir de portarias e protocolos organizados pelas gestões locais. Porém, nem todos os ACS participantes da

pesquisa tiveram este tipo de registro modificado.

Nos grupos focais realizados, foram recorrentes os depoimentos relacionados ao aumento das cobranças da gestão em relação às tarefas dos ACS, muito relacionados ainda à falta de apoio da gestão local, mas também a um relaxamento ou uma certa desmontagem da organização inicial de enfrentamento à pandemia:

“

Hoje em dia eu vejo até assim que há uma banalização até dos próprios funcionários mesmo, né, que tão na gestão, em relação à pandemia. (...) Até um que diz assim: 'enquanto a gente estava em pandemia', só que a gente ainda está. Parece que acabou (...). eu gostaria que fosse revista as condições de trabalho porque (...) nós temos programas que são exigidos da gente e eu entendo, eu acho que a gente tem nossas obrigações, mas (...) a gente precisa fazer o balanço, aí eu tenho programas pra atender, mas eu também tenho outra situação, então eu tenho que condicionar o que é que me cabe aqui (Jasmim, Maracanaú/CE).

”

As ACS reconhecem que a sobrecarga de trabalho é especialmente gerada por atribuições que, desde antes da pandemia, são apontadas como um distanciamento de suas funções (NOGUEIRA, 2019):

“

A principal dificuldade é política. Assim, o trabalho continua o mesmo, as cobranças são as mesmas, não mudou nada (...) A gente não é aquele profissional que vai dar o suporte, e é assim que eu penso, porque o que é ser ACS? É trabalhar com educação em saúde. (...) Mas atualmente qual é o trabalho do ACS? Desenvolver o que a prefeitura exige, coletar informações, preencher fichas e mais fichas e mais fichas (Gerâneo, Maracanaú/CE).

”

Além disso, somam-se casos de desvio de função que, em período de pandemia, ganham caráter ainda mais deletério, pois algumas ACS passaram a suprir carências nos serviços gerais da unidade de saúde, que deveriam ser considerados essenciais por questões de salubridade no local de trabalho:

“

A gente fica numa sala pequena, mas ela aqui não é limpa, na unidade falta, falta cloro para limpar unidade, então assim, a gente limpa a unidade, a gente que leva o cloro pra limpar, entendeu, a nossa sala. (...) Aí eu coloquei também que hoje a gente passa por uma situação muito ruim que já mudou a gerência mil vezes e falta de profissional assim, de médico, entendeu. A minha unidade só tem um médico, (...) a gente tenta, a gente faz um jogo assim sabe, para não sobrecarregar o médico para ele não sair da unidade (...). E aí essa semana agora voltaram a trabalhar os sete colegas que estavam afastados, a gente estava trabalhando em 8 (Tek, Rio de Janeiro/RJ).

”

A fala acima denuncia não apenas o desvio de função e a falta de recursos básicos para higiene da unidade de saúde, mas também a sobrecarga decorrente de um esforço de gestão de conflitos frente à insuficiência de médicos nas equipes da ESF, dos afastamentos dos ACS

e da falta de protocolos.

Neste quadro relatado, de descaracterização do trabalho de ACS, ocorrem também algumas reconfigurações decorrentes da pandemia de Covid-19 que implicam no afastamento de atividades mais afins ao cuidado em saúde e em dificuldades para as ações de educação em saúde. No primeiro caso, encontramos a situação de Luci:

“

Eu sou professora voluntária de zumba na UBS em que eu trabalho. As pacientes que frequentam o posto (...), muitas têm problemas de ansiedade, depressão, pressão alta, diabetes, essas coisas todas, então os médicos indicam para elas (...). Eu tenho esse trabalho há 4 anos e meio, (...) mas devido a pandemia foi suspenso (Luci, Guarulhos/SP).

”

Em que pese o caráter de voluntariado atribuído a uma atividade de função terapêutica realizada pela ACS, o que se verifica no caso acima, compatível com o que foi apontado nos primeiro e segundo boletins desta pesquisa, foi a coerente suspensão das atividades em grupo. Mas é importante destacar que, com essa alteração necessária, também ocorre uma perda que é da ordem do sentido do trabalho da ACS em uma rotina já apontada como desorganizada, sem protocolo e insalubre.

No que diz respeito à educação em saúde, praticamente todas as ACS do grupo citaram uma dificuldade “que persiste até hoje” que é “a dificuldade de conscientizar as pessoas sobre o uso da máscara e da importância do distanciamento social. Essa dificuldade ela é permanente, assim, perdurou até, perdura até hoje, né” (Girassol, Fortaleza/CE).

Segundo as participantes do primeiro grupo focal, o esforço de educação em saúde teve que ser redirecionado não apenas para a prevenção da Covid-19, mas também para questões relacionadas ao acesso aos serviços que foram reorganizados para responder à situação de pandemia. E, neste aspecto, questões já apontadas acima, como o relaxamento das readaptações do serviço, também geraram alguma dificuldade na relação com a população:

“

A gente tem que lidar com uma comunidade que é difícil de ser educada e ainda tem que lidar com a gestão mandando a gente fazer coisas, né, procedimento que a gente passou três, quatro meses dizendo: gente, a gente não pode, evitem de sair, evitem isso, evitem aquilo e depois a gente tá lá tendo que entrar dentro de casa, tendo que buscar informação, tendo que pegar, tendo que compartilhar, tem que fazer tudo que a gente disse que não era pra fazer, né? (Jasmim, Maracanaú/CE).

”

Para as ACS, a dificuldade de adesão às medidas de prevenção contra a Covid-19 pode ser creditada ao aspecto de contradição que aparece para a população, já que, especialmente no início da pandemia, a orientação era para que as pessoas que apresentassem sintomas ficassem em casa, mas posteriormente o ACS era enviado ao domicílio dessa pessoa para iniciar o monitoramento do caso.

Além disso, ao mesmo tempo em que reclamam da falta de adesão – “a gente orienta, orienta, e o paciente testa positivo para Covid, a gente vai lá para ver como o paciente tá ele tá na rua, tá sem máscara” (Orquídea, São Paulo/SP) –, as participantes do grupo focal reconhecem que há condições estruturais determinando condições de vida desfavoráveis, como em relação à habitação precária:

“

Então é assim, é uma contradição que não tem muito o que fazer, porque eles convivem junto, se um pega não tem como dizer ‘ó, não, você vai ficar só aqui nesse quarto e a sua esposa vai ficar só aqui na sala junto com as crianças’, não tem como, né (Rosa, Fortaleza/CE).

”

Ademais, algumas participantes desse grupo focal associaram o impacto da pandemia, a demora na reorganização do processo de trabalho e o despreparo profissional à descrença, à desinformação e à ausência de governo:

“

Era questão de tempo entrar no país, era questão de tempo. (...) pessoal falava ‘Ah mas isso não vai chegar, está lá do outro lado do mundo’, falei ‘vai chegar aqui, é certo’ então que que era para ter se preparado para isso, preparar o SUS porque a maioria do pessoal cai dentro do SUS mesmo né, mas não, a gente não teve preparo, a equipe da atenção básica, que é a porta de entrada, também não teve nenhum preparo (Joaninha, São Gonçalo/ RJ).

”

Questões que repercutem no processo de trabalho dos ACS apareceram no grupo focal dos representantes sindicais, que trazem para a pauta política não apenas as demandas dirigidas aos sindicatos nesta conjuntura, mas também necessidades percebidas por meio de sua experiência nesse duplo papel: dirigentes e ACS. Das cinco lideranças sindicais participantes, duas permaneciam atuando como agentes durante a pandemia.

Observou-se uma estreita conexão entre a realidade experimentada pelo coletivo de ACS e as ações de diferentes características mobilizadas pelos sindicalistas. Especificamente sobre o processo de trabalho, uma consideração fundamental sobre o risco e possíveis intervenções veio do fato de entenderem que, ao mesmo tempo em que são suscetíveis, representam risco aos usuários que acompanham. A representante do SINDACS/RJ é explícita: “A gente tá correndo o risco de tá levando contaminação pra aquele morador e (...) tá trazendo também” (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

A ampliação da atividade na modalidade de trabalho remoto foi uma das principais necessidades observadas em campo, bem como demandada pelos trabalhadores aos sindicatos. Nos diversos contextos locais os dirigentes sindicais estiveram atentos e ativos na articulação dos meios para garantir que fosse confirmado o direito ao afastamento das atividades presenciais dos ACS, particularmente daqueles com comorbidades.

Ainda que houvesse normativas e até decretos nos quais os gestores poderiam se amparar

para concretizar o direito ao afastamento, em geral isso se deu a partir de intervenções dos sindicatos, como diz a representante do SINDACS/SP:

“

O município de Guarulhos, ele teve decretos, inicialmente um decreto de afastamento das pessoas com comorbidades e doenças crônicas, onde elas referiam que tinham a doença e apresentariam um laudo futuramente (...) como chegam truncadas as informações, quando sai da secretaria até chegar na base, muitas chefias que recebem o documento, eles têm a leitura, se tem a dificuldade de interpretação é só pedir ajuda, mas eles preferem trabalhar com um não, então foram colocados inúmeros penduricalhos nos decretos (Lilian, SINDACS/SP).

”

Aquilo que as ACS participantes do primeiro grupo focal relataram como inação, demora ou falta de apoio da gestão parece ter se transformado em maior demanda de atuação dos sindicatos. No grupo focal com os dirigentes sindicais percebemos um importante protagonismo na elaboração de propostas, que implicou na articulação contínua dos dirigentes, tanto com os ACS quanto com as diferentes instituições responsáveis pela gestão da ESF no município – secretarias de saúde, OSs e organizações não-governamentais (como já referido no item sobre EPIs). Representante do SINDICOMUNITÁRIO apresentou relato nesse sentido:

“

Nós levamos para a secretaria algumas mudanças de protocolos, (...) tive o privilégio de conversar com o médico que já atuou aqui na saúde da família, pra poder saber o que a gente poderia fazer, enquanto sindicato, até mesmo nos antecipando à OS e à própria secretaria, pra poder diminuir esse risco do contágio para os nossos trabalhadores. Ele nos apontou algumas medidas de segurança e nós levamos pra secretaria (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

Tais articulações também serviram para viabilizar mudanças relativas à gestão do trabalho que repercutem diretamente no processo de trabalho. Incluem-se aí desde procedimentos mais simples, como a suspensão da assinatura de usuários em relatórios, a elementos mais estruturantes da gestão, como é o caso da revisão de metas:

“

Aqui em São Paulo a maioria das OS exige que o agente de saúde, depois de cada visita, faça um pequeno relatório por escrito numa folha e peça a assinatura do usuário que ele atendeu nessa visita, então de pronto nós pedimos a suspensão dessa assinatura e desse relatório (...) Nós solicitamos também a suspensão das metas [de visitas domiciliares], uma vez que muitos usuários não iam querer nem atender o agente de saúde porque no começo, né, foi um terror geral, (...) muitos pacientes não queriam nem saber de agente na porta e logo nós pedimos a suspensão dessas metas e de pronto logo foi aceito. (...) agora estão sendo retomadas as metas mas só que a gente se depara com um grande problema que a pandemia não acabou, a pandemia tá aí, né, é mais um problema aí pra gente, nós do sindicato, sentarmos e novamente realinhar (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

A questão das metas, e mesmo a incorporação de ações de outros programas, coloca os

sindicalistas diante de um componente central do processo de trabalho dos ACS e do controle do risco de exposição: as visitas domiciliares. Suspensão e retomada de VDs e modificação de suas características pela recomendação da visita peridomiciliar estiveram – e ainda estão – entre as questões que os participantes indicam estar na base de demandas e discussões frequentes:

“

Uma das maiores reclamações que temos tido no momento é em relação ao retorno das visitas. Tem gerência que usa até o nome da coordenação pra tá forçando os ACS a retornarem às visitas (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

“

Também pedimos para que o ACS não adentrasse as residências, então nós levamos essas demandas e secretaria atendeu elas, né, de pronto (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

As visitas foram suspensas, mesmo assim, conforme a colega anterior falou, teve gerências que ainda colocavam os ACS na rua mesmo que em menor número, mas não havia essa necessidade. Então nós fomos contornando e em meados de, salvo engano junho, foram retomadas as visitas em menor número e sem adentrar nos imóveis, visitas na área externa e aberta (Lilian, SINDACS/SP).

”

“

A gente tá com a portaria de isolamento, mas o governo está obrigando os agentes de saúde a trabalhar o psicomotor com as crianças, né? (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

A modificação do processo de trabalho com o afastamento de ACS das atividades no território, em particular a VD, acarretou na incorporação do teletrabalho, tanto para o contato com usuários quanto para o trabalho administrativo, realizado em regime de trabalho remoto ou no interior da unidade:

“

O agente comunitário de saúde ficou no *home-office* fazendo o preenchimento administrativo, o mesmo que ele faz na UBS, preenchimento de papelada, tá, aqueles que queriam usar da sua internet ou do seu material, seu telefone, da sua câmera, do seu celular, estava também aberto (Lilian, SINDACS/SP).

”

Conforme apontado no segundo boletim da pesquisa, houve intensificação das atividades de acolhimento e administrativas nas unidades de saúde, e nos grupos focais foi relatado que essas mudanças ocasionaram aglomeração nas unidades, configurando situações a serem combatidas pelos sindicatos:

“

Fomos deparados com uma certa situação que eles estavam sendo amontoados na UBS sem proteção nenhuma, tira do rio pra jogar no mar, né, foi quando também nós acionamos aí a própria O.S e nesse sentido a gente conseguiu resolver com as O.S. a questão aí pra poder proteger os ACS (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

Tais questões permanecem atuais e, talvez, agravadas considerando o curso da pandemia que se mantém em alta, o acúmulo de desgastes dos profissionais e o relaxamento de medidas preventivas, de caráter individual e coletivo.

Em ambos os grupos focais, percebemos obstáculos comuns à atuação do ACS na pandemia – como a falta de EPI apropriado e a falta de apoio da gestão –, mas também uma diversidade de respostas tanto em termos de reconfiguração do processo de trabalho pela gestão quanto em termos de demandas apresentadas aos sindicatos e estratégias de resolução dos problemas enfrentados. Em que pese a importância de os processos de trabalho serem adequados e responsivos diante das necessidades de cada território singular, no que diz respeito ao combate à pandemia, parece-nos problemático que o SUS ainda careça de alguma uniformidade de orientações e ações, o que também se apresenta como um desafio para a gestão, para os sindicatos e para os trabalhadores ACS.





se é
público,
é para
todos

Defender as
Empresas Públicas
é defender o Brasil.

Sociedade
Brasileira



V - CONDIÇÕES DE SAÚDE DO ACS EM TEMPOS DE COVID-19

A correlação direta entre condições de trabalho e condições de saúde dos trabalhadores durante a pandemia da Covid-19 foi apontada em diversas falas entre as ACS participantes do primeiro grupo focal. Dentre as dificuldades percebidas na reconfiguração dos processos de trabalho, envolvendo relatos de falta de planejamento e de apoio da gestão, inclui-se a questão das orientações que norteassem as ações estratégicas dessas trabalhadoras no autocuidado e no enfrentamento da pandemia, principalmente, no período inicial: “Aí tinha uma médica que ia usar máscara, que ia usar o capote, e ela falou que não poderia usar nada disso para não assustar os pacientes. (...) bem no início, foi quando não podia usar nada para se proteger” (Tek, Rio de Janeiro/RJ).

Segundo os relatos no primeiro grupo focal, mesmo quando houve reconfiguração do processo de trabalho, o mesmo não se fez acompanhar de medidas de adaptação e preparação dos locais, dos meios de trabalho e dos trabalhadores. Nesse sentido, foi relatado que a redução das VD e das idas ao território foi preconizada em diversas UBS como forma de minimizar o contato social, evitar o contágio e a propagação da doença. Em contrapartida, as ACS passaram a ficar reunidas em espaços reduzidos na unidade de saúde, “confinadas” conforme apontam em seus discursos, e sem acesso adequado ou suficiente aos EPIs. Isso favoreceu o adoecimento físico, com alguns trabalhadores tendo sinais e sintomas da Covid-19, e o adoecimento psicológico, potencializando conflitos que não foram mediados pela gestão. O relato da ACS Gardênia traz à tona alguns problemas evidenciados no enfrentamento da pandemia:

“

Eu acho que na minha unidade a pior dificuldade foi o confinamento entre nós mesmo. Em março saímos da rua e ficamos confinadas até comecinho, meio de maio. Nisso pessoas começaram a ficar doente psicologicamente, pessoas pegaram Covid como eu também pegamos o Covid. (...) Passamos a ficar isolados na unidade 8 horas diárias, todos os dias. Nisso começaram os conflitos, várias pessoas começaram a ficar doentes recorrentes e nisso outras pessoas foram ficar doentes de psicológico. (...) Eu fiquei doente no trabalho, outras colegas também ficaram doentes no trabalho. Eu passei Covid para o meu marido. Começou pela gestão [gerente da UBS] ficar doente (Gardênia, Guarulhos/SP).

”

Uma das medidas para assegurar o distanciamento social no ambiente de trabalho seria a realização de rodízio das ACS em UBS com espaço físico limitado, reduzindo o risco dos trabalhadores se tornarem mais vulneráveis e sujeitos potenciais para o adoecimento e a transmissão do Sars-CoV-2. Ainda que os organismos internacionais preconizem diversas medidas de proteção a serem adotadas pelos trabalhadores da saúde, essas recomendações muitas vezes não se efetivam devido à pouca disponibilidade de EPIs e ao aumento da jornada de trabalho (TEIXEIRA et al., 2020). A exposição dos trabalhadores que atuam na linha de

frente, e conseqüentemente dos usuários, é uma forma de negligência que se contrapõe à luta em defesa da vida.

Essas questões – falta de acesso aos EPIs em quantidade e qualidade suficientes, além do risco de contágio e de adoecimento dos ACS em função de permanecerem reunidos nas UBS durante mais de 8 horas de jornada diária de trabalho – tornaram-se candentes para os sindicatos. Tais organizações ainda enfrentaram os impactos das fragilidades nos fluxos e protocolos de monitoramento e proteção das condições de saúde das ACS. As falas dos dirigentes sindicais apontam especialmente para condições de trabalho com alto risco de contaminação e desproteção das ACS na garantia dos seus direitos. Isso se torna ainda mais relevante quando tratamos da suspensão das atividades presenciais para trabalhadoras compatíveis com a caracterização de grupo de risco para infecção da Covid-19 (BRASIL, 2020c). Nas palavras dos dirigentes do SINASCE/CE, SINDICOMUNITÁRIO/SP e SINDACS/SP:

“

Como nós não éramos vistos como profissionais da Linha de Frente, automaticamente as pessoas [do grupo] de risco também estavam trabalhando. No início da pandemia também nós perdemos muitos trabalhadores aqui, né, morreram vários ACS aqui em Fortaleza pela pandemia, né, pelo Covid. Aí também nós colocamos, também foi uma ação, né, que foi colocada para que os trabalhadores que eram [grupo] de risco, que eles fossem afastados. Então eles foram afastados, né, por demanda também judiciária, e esses trabalhadores ficaram afastados um determinado tempo, só, e a Prefeitura de Fortaleza, né, mensalmente fazia a portaria. Continua até dia 15, eles não fechavam mês com os trabalhadores. 15 dias, 20 dias, aí sai outra portaria. Aí voltava de novo mais uns dias. Até chegar o dia primeiro de agosto, que todos os trabalhadores tiveram que voltar. Então hoje todos os trabalhadores, né isso, inclusive os [do grupo] de risco, eles estão, voltaram a trabalhar na linha de frente com 100% [ruído]. Isso aqui no nosso tipo é muito grave. Trabalhadores de risco, eles estão trabalhando porque eles não têm mais portaria. Então [ruído] trabalhador que é [do grupo] de risco, pra ele ficar trabalhando em *home-office*, ele precisa ir para o médico, né, da Prefeitura, no caso porque nós somos funcionários públicos, e ele precisa levar o laudo médico e ele ficar afastado pela perícia médica. Ou seja, ele não vai ficar afastado pelo Covid, ele vai ficar afastado porque o médico deu um laudo a ele, laudou dizendo que ele não pode mais, que ele não pode ficar trabalhando na linha de frente. Porque se ele não tiver esse laudo, ele voltou a trabalhar, certo? (...) Não existe mais portaria para afastar esses trabalhadores. E pra gente, né, como sindicato, a gente fica com raiva. A gente fica desnorteado, e a gente não consegue entender como é que o Ministério Público não penaliza a gestão, penaliza o trabalhador, né (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

O município de Guarulhos, ele teve decretos - inicialmente um decreto de afastamento das pessoas com comorbidades e doenças crônicas, onde elas referiam que tinham a doença e apresentariam um laudo futuramente... e aconteceu muito parecido com que a colega anterior falou, a questão [de] como chega truncado as informações quando sai da secretaria até chegar na base (...) voltando pra questão da interpretação do decreto, o decreto era claro, não tinha penduricalhos- era- as pessoas com comorbidades e doenças crônicas, afastamento e as demais em tele trabalho, *home-office* e revezamento, mas não colocava-se penduricalhos, foram colocando- somos quarenta e oito UBS's em

estratégia de saúde da família e em determinado local colocaram idade pra servidora, olha só pra servidores a partir de cinquenta anos porque tinha uma em específico que é menor de cinquenta, então as outras seriam liberadas mediante o decreto e ela não (Lilian, SINDACS/SP).

”

“

Nós trabalhamos em prol das pessoas com comorbidades, com as gestantes e as pessoas maiores de sessenta anos, depois fomos deparados com uma certa situação que eles estavam sendo amontoados na UBS sem proteção nenhuma, tira do rio pra jogar no mar, né. Foi quando também nós acionamos aí a própria OSS e nesse sentido a gente conseguiu resolver com as OSS a questão aí pra poder proteger os ACS's que ele estava recluso, né, então a gente, realmente fez bastante pro-demandas nessa questão da pandemia (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

As participantes do primeiro grupo focal evidenciaram que muitas ACS apresentaram sinais e sintomas associados à Covid-19 e foram afastadas do trabalho durante o período sintomático ou até o resultado do teste. Elas sinalizaram que, no início da pandemia, o acesso aos testes nas UBS era restrito e os resultados demoravam muito tempo para sair. Atualmente os testes estão um pouco mais acessíveis, porém somente para trabalhadores e usuários sintomáticos. Ainda assim, a testagem em ampla escala, medida que deveria ser realizada em uma pandemia para controle dos contactantes e evitar a propagação da doença (MAGNO et al., 2020), é um direito que ainda está muito longe de ser alcançado frente às políticas implementadas pelo atual governo.

No grupo focal dos representantes sindicais, estes relataram que receberam reclamações, nos primeiros meses da pandemia, tanto da não disponibilidade do teste de detecção da Covid-19 para os ACS quanto da dificuldade de se obter informações sobre o fluxo de atendimento aos trabalhadores que apresentavam sinais e sintomas. Essas dificuldades implicam diretamente na condução de medidas de afastamento para quarentena dos trabalhadores sintomáticos e na proteção dos demais trabalhadores e usuários dos serviços de saúde, como expressa a fala do representante do SINDICOMUNITÁRIO:

“

No começo, lá, não havia testagem com agente comunitário de saúde. Não se testava o agente comunitário de saúde. Às vezes afastava em detrimento dos sintomas, das queixas, né, apresentadas, mas o teste, né. (...) E a gente ia comunicava a empresa sobre o teste, e a empresa desconversava, não respondia, né. Então não havia essa testagem para o agente comunitário de saúde. E outra coisa. Eles não sabiam, também, a própria gerência não sabia o que fazer com a gente que apresentava sintoma. Às vezes o ACS voltava, ainda tava acometido com sintomas ainda, ia pra UBS, chega lá, depois que o médico afastava de novo. Aí até então ele tá passando, se estiver contaminado, para outras pessoas, né. Então a falta da testagem foi crucial para a disseminação do vírus (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

A ausência de diretrizes e normativas nacionais para o monitoramento e proteção das

condições de saúde dos trabalhadores da linha de frente foi apontada pelos dirigentes sindicais como fator crucial de desorganização das ações de proteção à saúde das ACS no contexto da pandemia. Seja em relação à testagem dessas trabalhadoras, ao afastamento dos sintomáticos e à suspensão de atividades presenciais para o grupo de risco, fica evidente na fala dos sindicalistas a diversidade de protocolos assistenciais para os trabalhadores da saúde a nível nacional. A necessidade de intervenção dos sindicatos e a judicialização das demandas das ACS por melhores condições de trabalho e de saúde também aparecem com frequência, indicando que nesse momento da pandemia as trabalhadoras da linha de frente têm de enfrentar, além da Covid-19, uma série de obstáculos à realização plena dos seus direitos.

Considerando a situação atual da pandemia no Brasil, com o relaxamento das medidas de isolamento social e a insuficiência de diretrizes normativas nacionais que definam a estratégia de combate à Covid-19 (AQUINO et al., 2020; CNS, 2020a), a proteção das condições de saúde dos trabalhadores da linha de frente permanece sendo um desafio. A fragilidade das medidas de contenção do contágio expõe esses trabalhadores a um risco ainda maior de contaminação e transmissão do vírus, como explicitam as representantes do SINASCE/CE e SINDACS/RJ:

“

Aqui em Fortaleza, a gente tá com a portaria de isolamento e todos os bares abertos. Como assim? Que isolamento é esse? A gente tá com a portaria de isolamento, mas o governo está obrigando os agentes de saúde a trabalhar o psicomotor com as crianças, né? Aí assim, às vezes eu acho que tanto o governo, e eu vejo também, não a classe trabalhadora (porque) a gente é obrigada a fazer, aí eu vejo eu vejo muito o governo e os capitalistas, né, dos nossos estados, eu acho que os grandes empresários, o comércio deveria dizer que está em pandemia, né, mas a gente de manhã quando a gente pega o coletivo para ir trabalhar, se a gente não pegar aquele que tá superlotado a gente vai perder o horário. Então assim, não diminuiu as lotações nos coletivos, aumentou, e é um lugar, no meu ponto de vista, né, metrô, coletivo, ônibus, pra mim é um lugar que vai ter o maior foco de doença, porque é uma aglomeração de pessoas, porque nós somos obrigados a fazer. Dentro do coletivo, eu já tô saindo de casa, né, aqui em Fortaleza às vezes a gente pensa que nem tá tendo pandemia (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

A gente tá correndo o risco de tá levando contaminação pra aquele morador... e tá trazendo também e ainda tem mais, infelizmente é uma realidade, as pessoas na comunidade não estão se protegendo, elas não estão se protegendo, mas a primeira coisa que ela vai dizer é que pegou da gente, então mais uma vez – então até provar o contrário a gente não tem garantia nenhuma – na verdade quem tá na rua – a gente mora na comunidade, num tem garantia nenhuma (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

A preocupação apontada pela representante do SINDACS/RJ – o risco de o ACS “levar contaminação” e a possibilidade de ser acusado pela comunidade – parece coadunar com algo que havia sido apontado no primeiro grupo focal. Algumas falas reconhecem, nesse caso, uma contradição derivada das divergências e oscilações nas orientações da gestão sobre

o processo de trabalho – no qual se inserem as atividades de educação em saúde com orientações à população. Parte das ACS entende que o relaxamento dos usuários em relação às condutas preventivas deriva da percepção que eles têm do caráter contraditório das ações e informações dos serviços de saúde. Ainda assim, isso não impede que reconheçam nas instâncias do governo e nos grupos de empregadores – empresários, comerciantes etc – uma parte da responsabilidade sobre a maior exposição da comunidade aos riscos de contágio. Isso se torna um problema não apenas para o processo de trabalho, mas também para as condições de saúde do ACS.

Além disso, para os sindicalistas, a garantia de condições adequadas de trabalho e saúde das ACS no contexto da pandemia passa necessariamente pela valorização e pelo reconhecimento dessas trabalhadoras como profissionais de saúde e pelo estabelecimento de diretrizes nacionais que incluam e façam cumprir o monitoramento das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da linha de frente. Tal posição coaduna com o que é preconizado pela OMS (OMS, 2020) e por diversos estudos, recomendações e notas técnicas produzidas nacionalmente ao longo de 2020 (CNS, 2020b; GIOVANELLA et al., 2020; PORTELA, GRABOIS E TRAVASSOS, 2020; MOROSINI et al., 2020).





VI - VIVÊNCIAS DE PERDAS ENTRE OS ACS E SOFRIMENTO EMOCIONAL EM TEMPOS DE COVID-19

O período da pandemia agravou as condições de saúde das ACS e intensificou o sofrimento psíquico, exacerbando sintomas como ansiedade, medo e insônia. No primeiro grupo focal, as ACS relataram a preocupação constante em adoecer e morrer, além da culpa por transmitir a doença e contaminar familiares e pessoas próximas. Além disso, citaram a perda de colegas de trabalho e de outras pessoas próximas por Covid-19, as precárias condições de trabalho, a falta de EPIs em quantidade e qualidade adequadas e a ausência de formação/informação dos ACS para lidar com a Covid-19 como alguns dos agravantes do adoecimento físico e emocional elencados por esses trabalhadores.

No grupo focal com os dirigentes sindicais, o risco constante de contaminação pelo vírus, a ausência de informações e normativas adequadas para a organização do processo de trabalho, a vivência de adoecimento e perda de pessoas próximas por Covid-19 e a sensação de desproteção em relação aos direitos foram citados como fatores que intensificam o adoecimento e o sofrimento emocional das ACS – e que dialogam com a questão da insuficiência das medidas de proteção às condições de trabalho e saúde dessas trabalhadoras.

O sofrimento psíquico expresso nos discursos das ACS pode ser considerado uma demanda em saúde mental que necessita de acolhimento e encaminhamento adequados. Entretanto, as ACS referiram que não recebem apoio e nem se sentem acolhidas nas UBS quando apresentam sofrimento emocional. Nessa perspectiva, a ACS Luci relata:

“

Afastamento, só quem era hipertenso, diabético, tinha mais de 60 anos ou que tinha uma comorbidade que conseguia afastamento; mas as outras, tipo eu ou outra que tem problema de depressão, não são afastadas não. Então eu tomo remédio pra dormir, tomo o da ansiedade, né, porque eu durmo mais ou menos, acho que só consigo dormir quatro horas por dia (Luci, Guarulhos/SP).

”

O medo é um sentimento bastante referido na fala dos sindicalistas relacionado ao risco de adoecimento e à fragilidade da posição da ACS nas relações de trabalho:

“

Quanto à questão do medo, né, porque é algo totalmente desconhecido e dia após dia começaram a surgir os casos na categoria quando realmente um colega nosso, uma colega nossa, uma UBS que eu trabalho, uma UBS que a outra colega trabalha começou a aparecer os casos na categoria, aí veio o medo, veio até um início de pânico, né, mas graças a Deus nós não tivemos nenhum óbito no município da categoria, embora nós tivemos (...) cerca de mais de cinquenta por cento nesse período da categoria com

referência e afastamento de sintomas de gripais ou até mesmo da Covid. Nós tivemos um número muito alto de afastamento por sintomas gripais. (...) antes não tinha tanta questão da testagem, então o medo pouco a pouco, como foram vendo as recuperações dos colegas, permanece, mas a gente- as pessoas conseguiram ir administrando esse medo (Lilian, SINDACS/SP).

”

“ E cada dia mais joga mais atribuição pro ACS, e os coitados, dizendo assim entre aspas, tem medo de reclamar. Porque reclamou, sai com três sapatos. Alguém conhece essa história dos três sapatos? Não? Dois seus e um colado no traseiro. Essa é a verdade. Medo. A maioria é arrimo de família. A maioria tem seu filho menor, que de um jeito do outro na próximo de casa. Então as OSS se aproveitam disso para sugar o sangue do ACS, e ele se sujeita a isso (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“ Então, o trabalhador, ele se sujeita, né, na maioria das vezes o trabalhador ele se sujeita a voltar a trabalhar, porque ele se sente inseguro. Mesmo ele sendo funcionário público, ele se sente inseguro, e ele trabalha, né, com medo. Mas ele vai ter que trabalhar (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

O cuidado ampliado em saúde mental aponta para necessidade de buscar alternativas de tratamento para os trabalhadores que não se restrinjam à medicalização, tal como vem sendo realizado por meio da ampla prescrição de ansiolíticos e antidepressivos. É fundamental buscar estratégias que ampliem o cuidado e acolhimento desses trabalhadores que estão na linha de frente no combate à pandemia, de modo a reduzir o adoecimento e sofrimento emocional.

A ampliação dos modos de cuidado à saúde do trabalhador, com foco na saúde mental, pode ser, inclusive, uma estratégia pedagógica, no sentido de potencializar o trabalho do próprio ACS apresentando-lhe repertórios de cuidado menos pautados em prescrições medicamentosas e ampliando seu olhar sobre outros agravos que não são diagnosticados como Covid-19, mas decorrem diretamente da pandemia.





VII – FORMAÇÃO DO ACS PARA ATUAÇÃO NA PANDEMIA

A realização de ações educativas junto à população é uma das atribuições históricas mais importantes no exercício da profissão de ACS. O contexto de pandemia trouxe um cenário com exigência de estudo, compartilhamento e atualização de informações. Um contingente de aproximadamente 260 mil trabalhadores comunitários na APS se apresenta como um potencial relevante no enfrentamento da pandemia. Contudo, considerando os relatos de todas as ACS participantes da pesquisa, constata-se que foram escassas as referências tanto ao acesso à informação como a algum tipo de formação sobre Covid-19, o que, ainda segundo as Agentes, poderia ter sido ofertado pela gestão:

“

Era uma coisa desconhecida, a gente não sabia como era, não sabia bem, a gente teve somente uma reunião, foi assim bem básica, não tem muitas informações (...) Não foi uma formação para explicar direitinho como é, os procedimentos, protocolo, como é que a gente ia agir (Gerânio, Maracanaú/CE).

”

Além do medo gerado pelo desconhecimento, em algumas falas aparece a percepção de terem sido preteridas quanto ao acesso à informação, em relação a outros profissionais de saúde. Esta dificuldade fez com que procurassem por seus próprios meios obter informações:

“

Não liberou nenhum treinamento para gente, nenhum. O que que a gente tem que fazer, como que a gente deveria se portar nas visitas, se portar dentro de um posto de saúde, gente só sabe disso ou pela televisão ou por outros canais que a gente, que a gente pesquisa né para saber (Joaninha, São Gonçalo/RJ).

”

É certo que, no início da pandemia, os conhecimentos para lidar com a Covid-19 eram incipientes para os diversos profissionais da área da Saúde. Porém, as participantes do grupo focal identificaram que, à medida que os conhecimentos iam se consolidando, eram compartilhados entre a gestão e outras categorias profissionais que compõem a ESF, mas não com os ACS:

“

As gerências tiveram algumas reuniões antes da Covid chegar e eu, e eu ficava muito assim ‘que que tá acontecendo? tá tendo muita reunião’. Assim, sabe, eu ficava só observando, então assim, tiveram as reuniões entre as gerências e, às vezes com as enfermeiras, e não foi passado para gente que fica realmente na ponta, né, fica ali de frente com o paciente (Tek, Rio de Janeiro/RJ).

”

A carência de formação ou treinamento observada em etapas anteriores da pesquisa e reiterada pelo grupo de ACS é retomada na fala também dos sindicalistas em dois sentidos,

como uma demanda frequentemente direcionada aos sindicatos e uma preocupação imediata, por sua relação com a possibilidade de atuar de modo mais consistente e seguro:

“

Muita! Muita demanda. Questão de falta de capacitação, falta de atualização, entendeu? (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

Nós tivemos muitas queixas de não reposição do Epi ou do não entendimento, do não treinamento que foi a primeira questão que colocamos quando fossem retornadas as visitas (Lilian, SINDACS/SP).

”

“

Sim, aparece muito [demanda de formação], nesse momento sim. (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

Vale destacar que uma das maiores dificuldades no trabalho referidas pelas ACS foi relacionada à conscientização da população. Sentindo-se desinformadas, desprotegidas e pressionadas a realizar uma série de ações não relacionadas à educação em saúde, relataram insegurança para a realização de atividades de orientação sobre a nova doença. Associada à pouca orientação e à formação a que tiveram acesso, a sobrecarga de trabalho com o cumprimento de metas e rastreamento dos casos fez com que as atividades de educação em saúde ficassem secundarizadas.

As ACS participantes do grupo focal não se percebem apoiadas no serviço para aprenderem sobre a pandemia. Assim, possivelmente não se sentiam suficientemente fortalecidas para enfrentar a desinformação e a resistência da população a aderir às orientações.

A falta de organização dos serviços para orientação dos ACS no enfrentamento da pandemia está associada a um contexto mais amplo de pouca valorização da formação destes trabalhadores. Historicamente, o que tem caracterizado a formação do ACS é seu caráter assistemático, utilitarista e superficial. Para aqueles que ingressam no serviço há, de um modo geral, formações introdutórias de caráter aligeirado. Além disto, identifica-se que é, ainda, inexpressivo o número de ACS que cursou integralmente a formação técnica. No que diz respeito à educação permanente, há capacitações em serviço para atender a demandas pontuais, sem que o processo de trabalho esteja organizado de modo a refletir coletivamente sobre os desafios enfrentados no dia a dia do trabalho.

As dificuldades que envolvem historicamente a profissionalização dos ACS e seu reconhecimento enquanto importante trabalhador do SUS, se expressam, no momento atual, dentre outros aspectos, por meio da insuficiência de orientações em relação à pandemia. Esta precariedade na formação é mais preocupante ainda em um quadro em que o acesso

ao conhecimento em relação à Covid-19 pelos ACS é, ao mesmo tempo, uma forma de proteção ao trabalhador e sua família e uma das garantias para o atendimento adequado à população atendida por eles no SUS.

A ausência de formação específica para o enfrentamento à pandemia, para os ACS, 11 meses depois de seu início no Brasil, não se justifica sob nenhuma hipótese e, com a persistente situação deficitária em relação à formação dos ACS, reitera a histórica falta de reconhecimento e valorização profissional desses trabalhadores. As ACS identificam a necessidade de educação continuada, pois estas relataram que utilizam como fonte de informações com frequência a TV e a internet. Muitas vezes recebem primeiro as informações por estes meios em vez de recebê-las através de instâncias de gestão e de educação em saúde no SUS. Além disso, houve relatos de que nem todos os ACS tem fácil acesso à internet. Então, mesmo que existam cursos ofertados aos ACS na modalidade de EAD (educação a distância), essa aprendizagem precisa ser sistematizada e transmitida de forma oficial pela gestão de cada município:

“

Tudo chega pra gente de forma muito rápida, né, então não há tempo da gente assimilar e de repente a gente tá diante de um trabalho que a gente não sabe fazer adequadamente, né? então a minha sugestão seria essa, mais capacitações sobre os programas e também um tempo pra gente se adaptar, seria isso (Rosa, Fortaleza/CE).

”

É preciso compreender que a formação do ACS é parte inerente ao processo de trabalho que inclui a atribuição de educação em saúde. Portanto, é responsabilidade da gestão garantir formação em horário de trabalho.

Entre os dirigentes sindicais ACS, o Curso técnico é reconhecido como uma formação que, além de necessária para os trabalhadores que compõem esta categoria profissional, deveria fazer parte de compromissos de gestão efetivados:

“

Nós estamos lutando aqui em São Paulo há tempos, nesse mandato, para que a Secretaria cumpra a normativa do curso de técnico de agente comunitário de saúde, entendeu? Isso é briga nossa aqui, incessantemente, com o secretário (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

Acho que muito importante para a questão de Formação era o curso técnico, né, muitos estados, e o nosso estado é um, que não tem ainda formação (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

Educação continuada, quer dizer, além da valorização do curso técnico de agente comunitário (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

A ausência de formação é ainda percebida como expressão da desvalorização dos ACS e, desse modo, sua reversão ultrapassa o caráter pragmático e assume um significado político ainda mais relevante:

“

Ainda não tem [curso técnico] e a educação permanente. Nós não temos, né? Percebemos que a nível de Brasil, nós somos sempre esquecidos (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

Passando esse momento que a gente não sabe quando, mais investimento pesado sim na formação, porque a educação, ela valoriza e ela qualifica o trabalho (Lilian, SINDACS/SP).

”

A regulamentação e profissionalização do trabalho do ACS estão aquém de garantir a efetivação de direitos associados ao trabalho, incluindo a formação profissional que segue aligeirada e inespecífica. A regulamentação da profissão ainda não prevê a efetivação obrigatória de oferta, por parte das gestões públicas, de formação profissional específica a partir da implementação do curso técnico de ACS na sua integralidade. Os ACS, apesar de serem trabalhadores exclusivos do SUS, não têm formação profissional anterior específica ao seu ingresso no trabalho, diferentemente de outras categorias profissionais que atuam nas equipes da ESF. Portanto, a insuficiente oferta de formação profissionalizante a estes trabalhadores compõe um conjunto de condições que historicamente se traduzem como desvalorização profissional para os ACS, e que se somam às precárias condições de trabalho nas Unidades de saúde, baixos salários, desvio de função, assédio moral, dentre outros (NOGUEIRA, 2019).

É preciso acompanhar os efeitos da recente publicação da portaria nº 3.241 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020d), em dezembro de 2020, que institui o Programa Saúde com Agente, e prevê a formação técnica de ACSs e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Em que pese a importância dessa iniciativa, algumas observações já podem ser feitas a partir do que se lê na portaria e em declarações de representantes do Ministério da Saúde acerca do Programa. Entre os diversos aspectos contraditórios, está a realização do curso de formação técnica via Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), medida que exclui do processo a Rede de Escolas Técnicas do SUS (RETSUS), que nos últimos 20 anos, com mais de 40 escolas, tem expertise na formação de trabalhadores de nível médio e técnico e na construção das diretrizes nacionais na formação do ACS. Ademais, a centralização da oferta na ENAP, sem diálogo e co-participação ativa com a RETSUS, prejudica a inclusão de conteúdos loco-regionais, dificultando a inclusão de especificidades pautadas nas necessidades sócio-sanitárias territoriais. Outro retrocesso a ser destacado do Programa é a exclusão do acesso à formação para trabalhadores ACS que não possuem escolaridade do nível médio, expressando um retrocesso no que se refere aos critérios de inclusão instituídos no Referencial Curricular Nacional organizado por itinerário formativo. Outro ponto negativo do Programa consiste na previsão de carga horária a ser realizada via educação a distância sem a garantia de que serão providas condições materiais para as ACS, estruturação de espaços adequados

para tal e acompanhamento adequado do processo pedagógico. Além disso, em relação ao perfil de ensino em serviço estimulado pela portaria, questionamos: é possível que os serviços de saúde atualmente estejam em boas condições de funcionar como ambientes de aprendizagem, prescindido do papel das escolas e instituições de ensino – que não foram mencionadas na portaria? Ou será que, sob tais condições, o ensino em serviço não induziria a uma acomodação sob condições e orientações de trabalho que têm se mostrado precárias, reducionistas e distantes de uma APS ampla, integral e universal?

Além da formação técnica em ACS, de caráter mais estruturante, profissionalizante, os sindicalistas reivindicam o reconhecimento da educação permanente e da educação continuada como uma determinação normativa que estabelece um direito dos trabalhadores da saúde, que se torna ainda mais importante frente à acelerada renovação de conhecimentos característica da conjuntura pandêmica:

“

Está lá, né, na lei do SUS, para os trabalhadores e a gente não tem essa educação permanente. Todo o agente de saúde é a salvação, agente de saúde tem que ir lá na base pegar e trazer todos os dados, mas muitas vezes essa formação e essa educação permanente não tem pro trabalhador (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

Educação continuada, quer dizer, além da valorização do curso técnico de agente comunitário, nós precisamos dessa atualização sempre, em relação às mudanças na saúde, até para poder passar determinadas informações, situações, para a população (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

“

A educação, ela valoriza e ela qualifica o trabalho. E nós estamos batendo muito a cabeça por falta dessa continuidade [na educação] (Lilian, SINDACS/SP).

”

Os ACS sindicalistas sinalizam que nesse contexto da pandemia os Agentes Comunitários podem integrar um plano de fortalecimento do papel da APS, o que requer implementar ações de qualificação diretamente articuladas ao trabalho:

“

Eu entendo que nesse momento do Covid-19, é importante sim as capacitações para todos os profissionais, para essa ida a campo. O que estou colocando é que nós, da atenção básica, temos que ir a campo. Nós agentes comunitários de saúde conseguimos fazer esse mapeamento, e fazendo esse mapeamento a gente vai conseguir também fazer questões de barreiras (Lilian, SINDACS/SP).

”

“

Qualificação para todos os profissionais da saúde, mas principalmente dos agentes de saúde e endemias, para fazer testagem em massa da população. Pra poder também fazer o quê? Ver quem tá com a doença, afastar da convivência das outras pessoas, né, na própria família, e isolar, para poder cortar essa cadeia de transmissão (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

Transcorridos 11 meses de convivência com a pandemia persiste a fragilidade dos processos de qualificação de ACS com notada dificuldade de identificar políticas de formação que venham reverter esse quadro, algo que se soma à dívida social do Estado com a formação de trabalhadores de nível médio no SUS.





Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
ACS

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde



VIII – PROPOSTAS DOS ACS EM TEMPOS DE COVID-19

Nos dois grupos focais realizados perguntamos aos ACS atuantes na linha de frente e aos ACS dirigentes sindicais se os mesmos teriam propostas para apresentar à gestão pública considerando a sua vivência na pandemia. Os participantes apresentaram diversas propostas, que incluem ações relacionadas ao processo de trabalho, às condições de trabalho, à saúde do trabalhador, à APS, à formação e à categoria profissional.

Em relação às condições de trabalho dos ACS no momento da pandemia, os participantes da pesquisa afirmam que é necessário que as gestões públicas garantam o **fornecimento de EPIs em qualidade e quantidade necessárias à proteção para o trabalho:**

“

E investir, investimentos altos, bom e seguro, e EPIs para os profissionais, e investimentos na atenção básica. Precisa o profissional ter EPI (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

As condições de trabalho, EPI da melhor qualidade e na quantidade suficiente. (...) Proteção máxima, que é para fazer as pessoas também entenderem que estamos numa guerra. (...) Pessoal bem paramentados só dentro dos hospitais, também tinha que estar nas UBS, que é para poder mostrar pras pessoas que a coisa é séria. (...) Então tem que ter EPI da maior sofisticação possível para todos os profissionais da atenção básica, incluindo aí os agentes de saúde (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

A provisão de EPI adequado em quantidade e em qualidade por parte das gestões municipais aos trabalhadores inseridos na APS é uma medida fundamental para a garantia da segurança do trabalhador no seu exercício profissional.

Outra importante medida que os ACS identificaram como necessária a ser realizada pelas gestões públicas, particularmente às municipais, é a **ampliação do acesso ao teste para os trabalhadores e da capacidade de testagem da Atenção Primária:**

“

A primeira coisa que eu pediria era testagem para todos os agentes comunitários de saúde e endemias. Testagem, mas com aquele teste eficaz, não com aquele negócio lá vendido em farmácia, né. O teste eficaz. Pra poder, o que, quem que tá com doença e assintomático, pra detectar, afastar esse pessoal, pra não inclusive transmitir para os demais profissionais. Então fazer a primeira coisa, testagem em massa para todos, não só os agentes de saúde, mas para todos os profissionais da atenção básica (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

Testagem em massa. Nós já erramos lá atrás de não fazer a testagem em massa. Nós temos condições, dinheiro não falta, são repasses e mais repasses (Lilian, SINDACS/SP).

”

“

O que eu queria como sindicato para os trabalhadores era a testagem em massa, né, dos trabalhadores, eu acho muito importante (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

Os participantes do estudo também identificaram como proposta necessária a ser implementada pelos gestores públicos das três esferas de governo **o investimento público, inclusive com ampliação do orçamento, no nível de atenção onde atuam, na Atenção Primária**. Esta medida coaduna com a centralidade que a APS possui como porta de entrada do SUS, por seu potencial para enfrentamento da pandemia no que se refere às ações de educação em saúde, de rastreamento de casos, ações curativas, preventivas e de promoção da saúde:

“

Outra coisa também é investimento pra atenção básica. As unidades básicas de saúde são muito mal equipadas, elas não têm às vezes, um exemplo, um ultrassom, não tem uma mamografia, ou seja, para fazer aqueles exames que é corriqueiro. Então eu diria que a gente precisaria repensar atenção básica, fortalecer ela mais, porque do contrário a gente vai ficar enxugando gelo. Fazendo de conta que estamos fazendo a prevenção, e as pessoas continuarem tendo infarto, né, não que não vai ter, mas num índice menor, né, numa quantidade menor. Porque ainda [há] muita gente morrendo de AVC, ainda muita gente morrendo dessas doenças que a gente sabe que são evitáveis. Então eu penso aí que o Brasil precisa reavaliar a atenção básica e focar mais nisso aí (José Jaílson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

Investimento em equipamento, em geral (...) Gente, investir em leitos de UTI, investir em hospital de campanha? Pega esse dinheiro e investe na atenção primária! Investe lá! Para evitar que uma pessoa se contamine. ‘Ah tem uma boa estrutura’, mas nem todo mundo vai resistir em uma boa estrutura. Pode ter o equipamento que for, se a pessoa tiver debilitada o risco de não resistir é muito grande! Então a atenção primária aqui, nesse governo, não existe, tá abandonada! Tá jogada às traças! (...)A gente tem trabalhado muito nessa questão, aí, de investir na atenção primária. É lá que tá, lá que vai dar o retorno. Cada um real investido lá, você economiza 5 na alta complexidade. Então é lá! E a gente não vai desistir (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

No Brasil é histórico o subfinanciamento da APS em relação aos níveis secundário e terciário. Segundo Mendes (2018), entre 2014 e 2017, as despesas empenhadas do Ministério da Saúde na APS diminuíram em 4,7%, queda não verificada na despesa com assistência hospitalar e ambulatorial. O subfinanciamento da APS é agravado pelas medidas recentes realizadas principalmente a partir de 2017, consequência da Emenda Constitucional nº 95.

O investimento público na APS é essencial, pois é neste nível de atenção onde se realiza prioritariamente o Programa Nacional de Imunizações, fundamental para a prevenção de doenças e agravos em saúde coletiva. Quanto mais fortalecida a APS estiver em relação aos recursos materiais (aparato tecnológico e insumos) e às condições de trabalho dos seus profissionais, maior será o potencial na execução de ações preventivas, inclusive na pandemia.

Uma proposta identificada pelos ACS, especificamente endereçada às gestões públicas municipais, **foi o reconhecimento do ACS como um trabalhador da linha de frente e o estabelecimento do vínculo empregatício direto na sua contratação.** Pois, mesmo que haja reconhecimento formal, em legislação federal, que garantiria estas duas questões, os Agentes Comunitários participantes da pesquisa não as identificam na prática. Os ACS apontam a necessidade de criação do cargo de ACS no quadro de trabalhadores dos municípios e a implantação da contratação direta destes trabalhadores, sendo contrários à terceirização:

“

Criação do cargo do agente comunitário de saúde, né, que é uma coisa que no município do Rio não tem, embora a gente faça parte, a gente faz parte da equipe e isso é uma maneira de nos ignorar (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

“

E a condição de trabalho, (...) eu colocaria aí definitivamente acabar a terceirização do profissional agente de saúde. Agente de saúde não é para ser terceirizado. Tá lá na lei, que é para ser concursado. Então acabar com essa história de terceirização(...) Porque eu acho que a terceirização, ela vira, querendo ou não, ela vira cabide de emprego para político. No órgão público, gente, a terceirização não é nada mais nada menos que cabide de emprego. Não tem outro nome, infelizmente. Então, assim, não dá mais (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

E não posso deixar de registrar também sou totalmente contra terceirização, sou totalmente contra OSS. O agente comunitário de saúde, ele é um profissional do município, ele tem que ser municipalizado, ele tem que ser de regime preferencialmente estatutário, para fortalecer essa categoria. Porque um dos desmontes é justamente esse, de ser terceirizado, de ser por OSS (Lilian, SINDACS/SP).

”

Outra proposta apresentada pelos participantes do estudo é a oferta, pelas gestões públicas, de **formação profissional para os ACS, incluindo capacitação para combate à Covid-19, formação continuada e curso técnico em ACS:**

“

E condição de formação, não sei se eu estava sendo muito exigente, viu, mas eu acho que muito importante para a questão de formação era o curso técnico, né, muitos estados, e o nosso estado é um, que não tem ainda formação (...) A formação técnica para esses profissionais. E os estados que já tem a formação técnica, que tivesse educação permanente (Maria Silvelânia, SINASCE/CE).

”

“

Mais investimento pesado sim na formação, porque a educação, ela valoriza e ela qualifica o trabalho. E nós estamos tendo, estamos batendo muito a cabeça por falta dessa continuidade, como eu falei anteriormente, que foram descobertas, né, caiu o véu da incompetência e da incapacidade. (...)nós podemos fazer muito mais, como os nossos colegas falaram. Mas nós precisamos de apoio, e muitas vezes o apoio não é tão somente financeiro, é questão de competência mesmo e divisão. Então a gente não tem que esperar o Covid chegar no equipamento de saúde, nós temos que ir a campo para combatê-lo (Lilian, SINDACS/SP).

”

“

Investimento em capacitação (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

Educação continuada, quer dizer, além da valorização do curso técnico de agente comunitário, nós precisamos dessa atualização sempre, em relação às mudanças na saúde, até quando passar determinadas situações para a população (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

Outra importante medida que os ACS identificam como necessária ser realizada e fortalecida pelas **gestões públicas é o apoio aos ACS quando houver adoecimento devido ao novo coronavírus, assim como o reconhecimento, nestes casos, da Covid-19 como uma doença ocupacional:**

“

E outra coisa também com relação à saúde, né, à condição de saúde, era os gestores acolher esses profissionais quando eles fossem acometidos da doença, os profissionais e os familiares. Porque parece assim que, não só o agente de saúde e o agente de endemias, mas parece assim que se adoeceu aí foi mais um, morreu. Aí não fica só a caricatura, morreu mais uma ACS de Covid, morreu mais um ACE, né, que tivessem outro olhar, né, os gestores. Não fosse só mais um, fosse uma história.(...) Perceber que a nível de Brasil nós somos sempre esquecidos, somos o último profissional. Somos o primeiro na necessidade, e o último, né, quando eles não querem que a gente faça as mesmas coisas (Maria Silvelania, SINACSE/CE).

”

“

Quanto à categoria agente comunitário de saúde, na questão de saúde, afastamento das pessoas com comorbidades, gestantes e imunossupressos (...) Ainda na questão saúde, todos os agentes comunitários de saúde que se infectarem pelo Covid isso ser caracterizado como acidente de trabalho. Nós temos a legislação federal que fala para fazer a CAT, a comunicação de acidente de trabalho. Mas o nosso município que é a mais, não é errado, o nosso município considerar como um acidente de trabalho e considerar também, porque isso vai refletir no óbito uma segurança maior para esses familiares. A gente não pode também separar a questão de vida com segurança funcional e com segurança de remuneração (Lilian, SINDACS/SP).

”

A garantia do afastamento do trabalho aos profissionais com sinais e sintomas de Covid-19 também foi identificada como uma medida necessária de ser fortalecida pelas gestões públicas: “Afastamento daqueles que estão com suspeita e com sintomas para não contaminar os demais” (José Jailson, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

Quase a totalidade dos ACS que participaram desta última fase da pesquisa relatou a demanda por **respeito e valorização profissional do ACS**, o que segundo eles perpassa as relações no trabalho, os tipos de vínculos empregatícios, a proteção no trabalho e a remuneração salarial:

“

E outra coisa que enfatizo bem: valorização e respeito. O ACS é tratado como lixo! É tratado como um Zé ninguém! Ele é excluído da equipe multiprofissional. Tem que respeitar. É um profissional, né! (João Paulo, SINDICOMUNITÁRIO/SP).

”

“

E, como colega aí falou, acabou de falar, respeito ao ACS, ao agente comunitário, como profissional de saúde, porque nós somos profissionais de saúde sim! (Maria Cristina, SINDACS/RJ).

”

“

Eu sugeria também essa equidade entre os funcionários ACS aqui do estado, dos municípios pra ter os meus direitos, os profissionais ACS não têm. Não têm essa valorização por conta da prefeitura porque deixa bem aquém, pra se ter uma ideia a gente tem o piso nacional, pra gente conseguir implantar e receber o piso a gente por iniciativa própria, os ACS do município, fizemos um movimento, fomos pra cima, fomos à prefeitura, paramos a prefeitura, fomos lá na prefeitura exigir do prefeito pra dar o nosso reajuste (Gerânio, Maracanaú/CE).

”

Os trabalhadores ACS também propuseram que haja maior horizontalidade nas relações de trabalho, no sentido de serem ouvidos e considerados no momento de pactuações e deliberações realizadas em equipe e nas unidades de saúde:

“

Colocasse na agenda, periódico, uma reunião com o funcionário para deliberações da unidade, certo? O médico, o enfermeiro, agente de saúde. Porque existem as reuniões – são do gerente, aí é só gerência e gestão. O agente de saúde não participa, o técnico não participa, né. Então eu queria que houvesse mais a inclusão de todos os funcionários (Jasmin, Maracanaú/CE).

”

Estas importantes proposições elaboradas pelos ACS revelam que há muito trabalho possível e necessário de ser realizado para melhoria do SUS nesta conjuntura de pandemia. Valorizar os trabalhadores que estão na linha de frente é um processo fundamental para potencializar

as ações no SUS de combate à Covid-19. Não há SUS sem trabalhadores. Portanto, espera-se que as gestões públicas das três esferas de governo reconheçam a centralidade da APS e do trabalho do ACS para o enfrentamento da pandemia. E mais do que isso: que esse reconhecimento se traduza em medidas concretas de valorização, formação profissional e implantação de políticas de saúde do trabalhador.







ELABORAÇÃO DO BOLETIM

Mariana Lima Nogueira – coordenadora (EPSJV/Fiocruz)

Camila Furlanetti Borges – coordenadora adjunta (EPSJV/Fiocruz)

Alda Lacerda (EPSJV/Fiocruz)

Angélica Ferreira Fonseca (EPSJV/Fiocruz)

Areta Peixoto Vellasques (EPSJV/Fiocruz)

Cristina Maria Toledo Massadar Morel (EPSJV/Fiocruz)

Daniel Felix Valsechi (EPSJV/Fiocruz)

Letícia Batista da Silva (EPSJV/Fiocruz)

Márcia Valéria Morosini (EPSJV/Fiocruz)

Maria Idalice Silva Barbosa (EPSJV/Fiocruz)

Paulo Roberto Borges de Souza Junior (ICICT/Fiocruz)

Sábata Rodrigues de Moraes Rego (EPSJV/Fiocruz)

PROJETO GRÁFICO

Paulo Alan Deslandes Fragoso (Diretor de Arte)

FOTOGRAFIAS

Léo Salo (Fotógrafo)

Liz Siqueira de Medeiros (Fiocruz-CE)



PUBLICAÇÃO
DIGITAL



EQUIPE DE PESQUISA

Mariana Lima Nogueira – coordenadora (EPSJV/Fiocruz)
Camila Furlanetti Borges – coordenadora adjunta (EPSJV/Fiocruz)
Alda Lacerda (EPSJV/Fiocruz)
Aldo Pontes (ICICT/Fiocruz)
Angélica Ferreira Fonseca (EPSJV/Fiocruz)
Areta Peixoto Vellasques (EPSJV/Fiocruz)
Cristina Maria Toledo Massadar Morel (EPSJV/Fiocruz)
Daniel Felix Valsechi (EPSJV/Fiocruz)
Fábio Falcão Monteiro (Cooperação Social – Presidência/Fiocruz)
Letícia Batista da Silva (EPSJV/Fiocruz)
Marcelo Rabaço (ICICT/Fiocruz)
Márcia Valéria Morosini (EPSJV/Fiocruz)
Marco Antonio Rocha (ICICT/Fiocruz)
Maria Idalice Silva Barbosa (EPSJV/Fiocruz)
Paulo Roberto Borges de Souza Junior (ICICT/Fiocruz)
Rodrigo Murtinho (ICICT/Fiocruz)
Sábata Rodrigues de Moraes Rego (EPSJV/Fiocruz)
Tânia Santos (ICICT/Fiocruz)
Vanira Pessoa (Fiocruz-CE)



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AQUINO, Estela. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**. v25 (suppl 1). p. 2423-2446. Jun 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020> Acesso: 17 dez. 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 (SUS)**. Diário Oficial da União. Ed. 183. Seção 1, p.68. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/19308123/doi-2017-09-22-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017-19308031 Acesso: 3 jan. 2021.

BRASIL. **Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018**. Altera a lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União. Ed. 74. Seção 1, p. 3. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/doi-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108. Acesso em: 15 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carteira de serviços da atenção primária à saúde brasileira**. Brasília, 2019. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/casaps_versao_profissionais_saude_gestores_resumida.pdf. Acesso: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico especial: doença pelo Coronavirus Covid-19**. Semana Epidemiológica 48 (22/11 a 28/11/20). Boletim Nº.39 Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/dezembro/03/boletim_epidemiologico_Covid_39.pdf. Acesso: 20 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente a atual situação epidemiológica referente ao Covid-19**. Março de 2020. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível: http://www.saudefamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf. Acesso: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Economia/Secretaria Especial de Previdência e Trabalho. **Portaria Conjunta nº 20 de 18 de junho de 2020**. Diário Oficial da União. Edição 116. Seção 1, p.14. 09 Jun. 2020c. Disponível: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-conjunta-n-20-de-18-de-junho-de-2020-262408085>. Acesso: 17 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.241, de 7 de dezembro de 2020**. Institui o Programa Saúde com Agente, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União. Ed. 235. Seção I, p.290. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-ms-n-3.241-de-7-de-dezembro-de-2020-293178860>. Acesso: 18 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico especial: doença pelo Coronavirus Covid-19**. Semana Epidemiológica 53 (27/12/20 a 02/01/21). Boletim Nº.44. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/janeiro/07/boletim_epidemiologico_covid_44.pdf. Acesso: 21 out. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 36, de 11 de maio de 2020**. Recomenda a implementação de medidas de distanciamento social mais restritivo (lockdown), nos municípios com ocorrência acelerada de novos casos de COVID-19 e com taxa de ocupação dos serviços atingindo níveis críticos. Brasília, 11 mai2020a. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco036.pdf> Acesso: 17 dez. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Recomendação nº 20, de 07 de abril de 2020**. Recomenda a observância do Parecer Técnico nº 128/2020, que dispõe sobre as orientações ao trabalho/atuação dos trabalhadores e trabalhadoras, no âmbito dos serviços de saúde, durante a Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência Doença por Coronavírus-COVID-19. Brasília, 07abr.2020b. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/images/Recomendacoes/2020/Reco020.pdf> Acesso: 21 out. 2020.

CONSELHO DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (COSEMS RJ). **Nota técnica nº 08, de 03 de novembro de 2020**. Disponível <http://www.cosemsrj.org.br/nota-tecnica-cosems-rj-no-08-2020/>. Acesso: 18 jan. 2020.

CREMONESE, Giana R; MOTTA, Roberta F; TRAESEL, Elisete S. **Implicações do trabalho na saúde mental dos Agentes Comunitários de Saúde**. Cad. psicol. soc. trab., São Paulo , v. 16, n. 2, p. 279-293, dez. 2013 . Disponível: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172013000200010&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso : 13 dez. 2020.

CRUZ NETO, Otávio; MOREIRA, Marcelo R; SUCENA Luis Fernando M. **Grupos focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2001. 32 p.

GARCIA, Ana Claudia et al O perfil e o processo de Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. In: **Revista Cuidado é Fundamental**. 2019. 11(n. esp) p.339-344. Disponível: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/6553/pdf_1. Acesso: 17 dez. 2020.

GIOVANELLA, Ligia. et al. A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Revista Saúde em Debate**. v. 44 nº especial 4. Dez 2020. Disponível. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1286/2009> Acesso: 17

dez. 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD COVID19- Trabalho: Desocupação, renda, afastamentos, trabalho remoto e outros efeitos da pandemia no trabalho**. 2021. Disponível: <https://covid19.ibge.gov.br/pnad-covid/trabalho.php>. Acesso: 14 jan. 2021.

LOTTA, Gabriela et al. **A pandemia de COVID-19 e os profissionais de saúde pública no Brasil**. 2a Fase. FGV. Fundação Getulio Vargas. Núcleo de Estudos da Burocracia (NEB). Julho, 2020. Disponível: <https://ieps.org.br/wp-content/uploads/2020/06/rel01-saude-covid-19-depoimentos.pdf>. Acesso: 13 dez. 2020.

MACIEL, Fernanda Beatriz M et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4185-4195, Out. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>. Acesso: 12 dez 2020,

MAGNO, Laio. et al. Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para COVID-19 no Brasil. **Ciênc, saúde coletiva**. v. 25, n. 9 , pp. 3355-3364. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.17812020>. Acesso: 18 dez 2020.

MENDES, Áquilas; CARNUT, Leonardo. Capitalismo contemporâneo em crise e sua forma política: o subfinanciamento e o gerencialismo na saúde pública brasileira. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 27, n. 4, p.1.105-1.119, out. 2018. Disponível: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180365> Acesso: 3 jan. 2021.

MENDES, Eugênio V. **O lado oculto de uma pandemia: a terceira onda da Covid-19 ou o paciente invisível**. 2020 Disponível <https://www.resbr.net.br/o-lado-oculto-de-uma-pandemia-a-terceira-onda-da-Covid-19-ou-o-paciente-invisivel/>. Acesso: 27 dez. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Painel Coronavírus**. Brasília, 2021a. Disponível: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso: 14 jan. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, E-GESTOR SUS AB. **Número de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil em dezembro de 2020**. Brasília, 2021b. Disponível: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoPagamentoEsf.xhtml>. Acesso: 13 jan. 2021.

MONITORACOV19. **Nota Técnica 14 – 23 de novembro de 2020. “Óbitos em excesso, dentro e fora de hospitais, mostram quadro de desassistência à saúde no Município do Rio de Janeiro”**. Rio de Janeiro: Fiocruz. Disponível: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mortalidade_e_desassistencia_no_rio_de_janeiro_20_11.pdf. Acesso: 7 jan. 2020.

MORAES, Danielle R. **Sessão virtual “Vozes da favela e da periferia sobre a Covid-19”**, ocorrida em 08 de maio de 2020. Rio de Janeiro: Departamento de Endemias Samuel Pessoa

(DENSP/ENSP)/Grupo Educação Saúde e Cidadania, 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria G.C. **Transformações no trabalho dos agentes comunitários de saúde nos anos 1990-2016: a precarização para além dos vínculos.** 2018, 357 f. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades, Rio de Janeiro, 2018. Disponível: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/33269/2/Tese%20-%20M%c3%a9rcia%20Val%c3%a9ria%20Guimar%c3%a3es%20Cardoso%20Morosini%20-%20PPFH-UERJ.pdf> Acesso : 29 out. 2020

MOROSINI, Márcia Valéria G.C.; CHINELLI, Filippina; CARNEIRO, Carla C G. Coronavírus e crise socio sanitária: a radicalização da precarização do trabalho no SUS. In: SILVA, L. B.; DANTAS, A.V. (orgs). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2020. p.93-111. Disponível: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf Acesso: 11 dez. 2020

MOROSINI, Marcia. Valéria. G. C.; FONSECA, Angélica. F.; BAPTISTA, Tatiana. W. F. Prevíne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cad. Saúde Pública.** vol.36 no.9. Rio de Janeiro: 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00040220>. Acesso: 29 out. 2020.

MOROSINI, Márcia Valéria et al **Nota Técnica sobre trabalho seguro, proteção à saúde e direitos dos agentes comunitários de saúde no contexto da pandemia de Covid-19.2020.** Disponível: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_acs_poli.pdf Acesso em: 27 nov. 2020

NAVECA, Felipe; et.al Nota técnicas 2021/01 – **Rede Genômica Fiocruz/Ministério da Saúde: Relação filogenética de sequências SARS-CoV-2 do Amazonas com variantes emergentes brasileiras que abrigam mutações E484K e N501Y na proteína Spike.** Manaus: Fiocruz, 2021. Disponível: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nota_tecnica_ms_2021-01-12.pdf. Acesso 14 jan. 2021

NOGUEIRA, Mariana L. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva.** 2017. 542 f. Tese (Doutorado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Educação e Humanidades, Rio de Janeiro, 2017. Disponível: <http://ppfh.com.br/wp-content/uploads/2018/05/tese-normalizada-VERS%C3%83O-FINALIZADA-MARIANA-NOGUEIRA.pdf>. Acesso: 9 jan. 2021.

NOGUEIRA, Mariana L. Expressões da precarização no trabalho do agente comunitário de saúde: burocratização e estranhamento do trabalho. **Saude soc.** v. 28. n. 3, p. 309-323. São Paulo, set. 2019. Disponível: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019180783>. Acesso em: 05 jan. 2021.

NOGUEIRA, Mariana L; LACERDA, Alda. Atenção Primária à Saúde no Brasil: velhas contradições e novo coronavírus na pandemia do capital. In: SILVA, L. B.; DANTAS, A.V. (orgs). **Crise e pandemia: quando a exceção é regra geral.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2020c.p. 187-207.

Disponível: http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/crise_e_pandemia.pdf Acesso: 11 dez 2020.

NOGUEIRA, Mariana L et al. **1o. Boletim da Pesquisa “Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19”**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/ICICT/Presidência, 2020a. 72 p. Disponível: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42709/4/Boletim%20ACS%20%2825-08%29.pdf> Acesso em: 04 jan. 2021.

NOGUEIRA, Mariana L et al. **2o. Boletim da Pesquisa “Monitoramento da saúde dos ACS em tempos de Covid-19”**. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV/ICICT/Presidência, 2020b. 41 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/44597> Acesso em: 08 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Surveillance protocol for SARS-CoV-2 infection among health workers**. 2020. Disponível: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332203> .Acesso: 17 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Coronavirus Disease (Covid-19) Dashboard**. 2021. Disponível. <https://covid19.who.int/> Acesso em: 15 jan. 2021.

PEREIRA, Adelyne Maria M. **Estratégias de enfrentamento da pandemia pela Covid-19 no contexto internacional: reflexões para a ação. Nota Técnica**. Observatório Fiocruz-Covid-19. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. 32p. Disponível: <https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-estrategias-de-enfrentamento-da-pandemia-pela-covid-19-no-contexto>. Acesso em: 21 dez. 2020.

PORTELA, Margareth. C.; GRABOIS, Victor., TRAVASSOS, Claudia. **Matriz Linha de Cuidado Covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/42324/2/MatrizLinhaCuidado.pdf>. Acesso: 11 jan. 2020.

PORTELA, Margareth C; et al **Limites e possibilidades dos municípios brasileiros para o enfrentamento dos casos graves de Covid-19**, 2020. Disponível: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/nt_l_portela_et_al_limites_e_possibilidades_dos_municipios_brasileiros_na_covid-19_l.pdf Acesso: 10 jan. 2020.

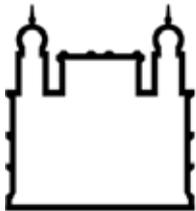
ROSA, Alcindo José; BONFANTI, Ana Letícia; CARVALHO, Cíntia S. O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. **Saude soc.** v. 21, n. 1, p. 141-152, Mar. 2012 . Disponível : <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000100014> ; Acesso: 13 dez. 2020.

SOUSA, Carlos. Henrique. A. **Previne Brasil: implicações no processo de gestão da APS**. Rio de Janeiro, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão da Atenção Básica)- Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2020.

TEIXEIRA, Carmem. F S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciênc. Saúde Coletiva.** v.25. n.9, p.3465-3474. set. 2020. Disponível: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020> Acesso: 18 dez. 2020.



REALIZAÇÃO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Vice-presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas

PMA
DISSEMINANDO
CIÊNCIA EM
SAÚDE PÚBLICA



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde