

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E A PANDEMIA DA COVID-19 NAS FAVELAS DO BRASIL

Nilson do Rosário Costa¹, Hugo Bellas², Paulo Roberto Fagundes da Silva¹, Paulo Victor Rodrigues de Carvalho³, Deborah Uhr⁴, Cristine Vieira¹, Alessandro Jatobá².

1. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
2. Centro de Estudos Estratégicos, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.
3. Instituto de Engenharia Nuclear, Comissão Nacional de Energia Nuclear, Rio de Janeiro, Brasil.
4. Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo descrever a percepção sobre a pandemia da Covid-19 dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que atuam em comunidades pobres ou favelas no Brasil como membros da equipe da Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo oferece evidência sobre a dinâmica social da pandemia da Covid-19 nas comunidades pobres. A pesquisa utilizou um questionário de autopreenchimento aplicado a 775 ACS que declararam trabalhar em favelas ou comunidades pobres de 368 municípios e 26 Estados.

A pesquisa mostra que o negacionismo sobre a severidade da pandemia, especialmente de entes governamentais, afeta a aderência ao isolamento social das comunidades pobres. Neste contexto, a maioria dos ACS informa a percepção de insegurança e medo no exercício das suas funções rotineiras durante a pandemia.

A pesquisa oferece evidência para compreensão dos limites para a atuação dessa burocracia de nível de rua no contexto da pandemia. O curso da pandemia impõe desafios inesperados aos modos usuais de interação dos ACS com as comunidades, como a rejeição dos moradores, a ausência de informação para lidar com a Covid-19 e mesmo a falta de equipamentos de proteção individual para as visitas domiciliares. A pesquisa recomenda que estes entraves devam ser considerados nas prescrições de políticas públicas para a atenção primária no contexto da pandemia

RECOMENDAÇÕES:

A pesquisa identifica quatro pontos críticos na percepção dos ACS:

- 1) a necessidade de massificação da distribuição de equipamento de proteção individual (EPI) uma vez que a maioria dos ACS ainda realiza visitas domiciliares no contexto da pandemia e parte deles o faz sem proteção. A ausência de EPIs aliada à continuidade da realização das visitas afetam as condições de trabalho percebidas pelos ACS e é também um risco para as comunidades;
- 2) a ampliação da capacitação dos ACS sobre a Covid-19. A maioria dos respondentes informa não ter recebido formação específica sobre o isolamento social e higiene individual. A falta de capacitação está associada à percepção de insegurança e medo dos ACS no desenvolvimento das suas rotinas. A ampliação das atividades de capacitação dos ACS deve ser uma decisão estratégica para o fortalecimento das funções da APS. Entre os ACS que receberam capacitação sobre a pandemia da doença, a percepção de segurança para exercer as atividades rotineiras é significativamente maior.
- 3) A necessidade de isolamento social dos ACS que apresentem sintomas da Covid-19. A pesquisa identifica que aproximadamente dois em cada 10 ACS informaram sintomas da Covid-19 (febre, cansaço e falta de ar) nos 14 dias anteriores à data de resposta ao questionário. Ainda assim, uma parcela continuou realizando visitas domiciliares. A diretriz do Ministério da Saúde recomenda que o ACS que apresente febre e qualquer sintoma respiratório (tosse, coriza, dor de garganta, falta de ar), deve permanecer em isolamento domiciliar conforme orientação da equipe de saúde.
- 4) A necessidade de cautela na recomendação da atividade de vigilância ativa para os ACS por meio de requisição de informação privada aos moradores. A falta de treinamento e equipamentos, a condição de insegurança e o medo generalizado da população podem tornar a vigilância em saúde ativa extremamente arriscada, especialmente quando associada à exigência de que os ACS requisitem informações de celulares e das redes sociais dos moradores.

INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Básica destaca o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no mapeamento do território, na coleta de dados sobre condições de vulnerabilidade e na vigilância epidemiológica ativa.^{1,2}

Especialmente em situações de crise que estressam o sistema de saúde, como durante surtos de doenças (casos de Dengue, Febre Amarela, Chikungunya e Zika) e grandes epidemias (H1N1 e, mais recentemente, Covid-19), o papel dos ACS dentro do arcabouço da Atenção Primária à Saúde (APS) é realçado, uma vez que ele pode atuar na sensibilização da população sobre ações de saúde para mitigar o risco de comunidades pobres se tornarem grandes focos de disseminação.

Sendo assim, esta pesquisa descreve a percepção sobre a pandemia da Covid-19 dos ACS que atuam em comunidades pobres ou favelas no Brasil como membros da equipe da APS no setor público. Este estudo segue um desenho observacional e exploratório com o objetivo de oferecer evidências para ajudar na compreensão da dinâmica social da pandemia da Covid-19 nas comunidades pobres. A trajetória descontrolada da pandemia no país tem gerado preocupação em escala global em razão da falta de unidade da ação estatal e do negacionismo do governo central. Ainda assim pouco se sabe sobre os impactos da conduta errática do governo nacional sobre a sustentabilidade da atividade dos agentes públicos e a adesão da população ao isolamento social.

A falha de coordenação e o conflito entre os entes federativos produziu a ruptura do pacto político responsável pela criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Até a pandemia da Covid-19, o pacto federativo na saúde brasileira era celebrado com um modelo de organização da ação setorial pública e promoção da APS³. A disputa pela titularidade na condução das medidas de prevenção contra a pandemia teve que ser arbitrada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) em razão da ameaça do Executivo federal de desautorizar as ações dos governos regionais e municipais contra a pandemia, principalmente as relacionadas ao distanciamento social. Mesmo diante da situação de pandemia, os membros do STF tiveram que ratificar a prerrogativa dos entes



subnacionais de decidir sobre isolamento, bloqueio social e quarentena, vetando a pretensão centralizadora defendida pelo Executivo Federal⁴.

A atuação coordenada dos vários entes da federação foi o que efetivamente possibilitou a abrangência e efetividade de APS no Brasil. Desde 1994, o incentivo econômico para a adoção da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por governos municipais expandiu a oferta de serviços de saúde e reduziu o escopo do modelo assistencial tradicionalmente pautado na assistência hospitalar. A opção consensual pela APS alterou nacionalmente a forma de remuneração das ações de saúde, de organização dos serviços e as práticas assistenciais⁵.

A grande disseminação no território brasileiro das atividades dos ACS pode ser diretamente associada à orientação para o nível local do modelo assistencial do setor via APS. No contexto de mudança de modelo assistencial, os ACS desenvolvem ações de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à ESF; atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde; cadastramento das pessoas; orientação quanto à utilização dos serviços e realizam visitas domiciliares para identificação de situações de risco. A estrutura prevista para a composição das equipes do ESF era: um(a) médico(a), um(a) enfermeiro(a), um(a) auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde. Em 2017 o Ministério da Saúde, com a concordância da Comissão dos governos estaduais e municipais, aprovou na nova Política de Atenção Básica à Saúde que a presença do ACS na equipe de APS deixa de ser obrigatória⁶.

Até as mudanças na nova política de atenção básica cada ESF era responsável por uma área geográfica que englobava de 600 a 800 famílias⁷. Os agentes eram selecionados entre os moradores da comunidade, deveriam ter ao menos Ensino Fundamental completo, ser maiores de 18 anos e com disponibilidade de trabalho em período integral^{7,8}. Os contratos de trabalho como servidores públicos estatutários ou celetistas contratados por organizações do terceiro setor prevaleciam^{6,8}, como resultado de longo processo de profissionalização dos ACS⁹.

A literatura chama atenção que a condição de morador da área de responsabilidade da unidade básica de saúde (UBS) resulta por muitas vezes que o ACS encontrar-se em meio a problemas com alto grau de complexidade e para os quais ele não tem respostas. São frequentes demandas individuais associadas à violência nas relações interpessoais, ao envolvimento com o tráfico de drogas e às condições precárias de habitação e higiene, além dos casos de miséria extrema¹⁰.

A complexidade social de tais processos implica na existência de elevada ocorrência de casos de esgotamento profissional e de transtornos mentais entre os agentes comunitários⁹. Morosini e Fonseca apontam que grande parte do trabalho dos ACS é dedicada a tarefas burocráticas, como separação de prontuários, anotação do peso em consultas coletivas, organização de espaços físicos para as atividades e orientação de filas. No território, também é observada esta tendência, com a entrega de resultados de exames e confirmação de agendamentos. Essas ações, associadas à produção e ao registro de informações, têm reduzido o trabalho de educação em saúde no território. A mobilização social e a atuação intersetorial têm sido relegadas ao segundo plano.

Mesmo diante destes limites, o suporte dos ACS para a adesão ao isolamento social em favelas e comunidades carentes tem sido recorrentemente lembrado como um recurso potencial para conseguir que a população pobre aumente a aderência ao isolamento social. Márcia Castro, por exemplo, lembra que, diante do evidente fracasso no controle da pandemia constatado em fins de maio de 2020, “os agentes de saúde poderiam ter sido acionados para identificar essas pessoas [infectadas] e isolá-las da comunidade”¹¹.

Neste mesmo sentido, documento da Fundação Oswaldo Cruz propõe que os ACS atuem na identificação dos casos suspeitos e contatos domiciliares e, se possível, contatos comunitários nos últimos 14 dias para recomendar isolamento domiciliar e reduzir contágio. Do mesmo modo, a partir de ações de vigilância em saúde, os ACS poderiam obter o acesso a telefones e internet dos moradores para organização de “visitas online”¹².

Cabe assinalar que a promoção deste papel de vigilância ativa para os ACS pode, além da complexidade da interação no território, também enfrentar a barreira simbólica adicional derivada do fato de o governo central brasileiro não considerar a pandemia Covid-19 como um evento de risco extremo¹³.

O negacionismo do governo central desorganiza a percepção coletiva sobre o risco da pandemia e debilita as iniciativas dos governos subnacionais e da própria população em relação ao isolamento social. Ademais, ao identificar o isolamento social como principal responsável pelos problemas econômicos, o negacionismo transforma a política pública de saúde em espaço de difusão de soluções messiânicas e destitui a percepção do risco. Como afirma Power, o risco não é motivado apenas pela tomada de

decisão individual, mas também pela percepção coletiva de perigo e pela dinâmica estrutural da sociedade¹⁴.

Como elemento adicional para o enfraquecimento da mobilização social, vale lembrar que a falta de consenso científico sobre as orientações do campo biomédico para o controle da pandemia também alimenta a escalada do negacionismo messiânico. A intervenção estritamente farmacológica (vacinas e antiviral específico), que definiu os parâmetros legitimados para a intervenção biomédica nas epidemias, não está até agora sendo efetiva no controle da disseminação ou redução da letalidade do SARS-CoV-2. Como observado na experiência internacional, resta aos governos nacionais a implantação de soluções não farmacológicas que dependem de adesão voluntária dos indivíduos ao distanciamento social e quarentena.

É importante sublinhar que a parcela majoritária da comunidade da saúde pública brasileira reconhece que a adoção retardatária do isolamento social influenciou na rápida disseminação do SARS-CoV-2 na Espanha, Itália, Reino Unido, França e Estados Unidos. Portanto, é completamente majoritária a aceitação entre os especialistas de saúde pública brasileiros das medidas de isolamento social. Este consenso pode não ser majoritário entre os ACS tendo em vista as múltiplas e conflitantes fontes de informação que desqualificam a decisão do isolamento social como escolha apropriada para o controle da pandemia. O treinamento profissional baseado em evidência científica serve para minimizar as dúvidas dos profissionais de saúde sobre decisões que restringem o direito de ir e vir de indivíduos ou comunidades, contestadas por parte da elite brasileira no poder.

MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa utilizou um questionário de autopreenchimento aplicado a ACS que declararam trabalhar em favelas. Os participantes foram alcançados a partir de base de dados utilizada em pesquisa anterior¹⁰ e estimulados a indicar outros colegas, seguindo procedimento de “bola de neve”¹⁵. A pesquisa contempla uma amostra aleatória simples de 775 ACS que atuam em 368 municípios dos 26 Estados, com nível de confiança de 95% e erro amostral de 4%.

O meio pelo qual a pesquisa foi disseminada entre os ACS foi a mídia social *Whatsapp*, bastante utilizada na rotina dos ACS para estabelecer conexões entre pares e fortalecer laços comunitários, como demonstra a literatura¹⁶.

Para possibilitar o uso do próprio dispositivo móvel (celular) pelo qual o ACS participante recebeu o link para preenchimento, o questionário era adaptável a diferentes formatos de tela. A estratégia da investigação online no contexto do isolamento social evitou qualquer relação interpessoal entre os sujeitos da pesquisa. No período da pesquisa online – 25 de Maio a 17 de junho de 2020 – os casos de Covid-19 eram majoritariamente de transmissão comunitária no Brasil¹⁷.

A pesquisa utilizou, na verificação se o ACS atua em favela, as categorias “favelas” e “comunidades carentes” como sinônimos, seguindo o uso na literatura brasileira¹⁸. Foram incluídos na amostra os ACS que assinalaram à pergunta inicial que atuam em “favelas e comunidades pobres” e preencheram corretamente todos os itens do formulário da pesquisa (Anexo I).

Cabe ainda assinalar que, em muitos círculos sociais, o uso do termo favela - para simplesmente designar um território com habitações precárias - é considerado como ato pejorativo e estigmatizante¹⁹. Além disso, como chama atenção Perlman, não há consistência na definição de favela por agências públicas e literatura. Para a autora, além das inconsistências conceituais, existem muitas dificuldades de definição precisa do número de residentes e habitações. Ainda assim, ela considera que a noção de favela contempla o território onde reside a população pobre que se percebe estigmatizada e descrente em relação às agências públicas. Em um país altamente desigual, os favelados

não usufruem de modo completo dos benefícios da cidadania em razão do desemprego estrutural, ausência de representação política e proteção contra a violência do tráfico de droga e da polícia²⁰.

Leeds e Cavalcanti destacam também que a singularidade da favela como forma urbana no Brasil reside no fato de constituírem o que chama de “áreas de crescimento natural”, isto é, de se desenvolverem sem as restrições da regulação institucional da cidade dita formal¹⁹.

Os dados coletados são apresentados por descrição da distribuição da frequência do perfil social e das percepções dos informantes sobre as condições de trabalho e a receptividade dos moradores de favelas e comunidade pobres sobre o isolamento social. Em seguida, a percepção de insegurança da atividade do ACS no contexto da pandemia da Covid-19, no momento da pesquisa, é utilizada como variável explanatória para o cálculo do odds ratio (θ) as variáveis categóricas. A expressão matemática para a análise de θ para variáveis categóricas é: $\theta = ((a*d)/(b*c))^{18}$ para o nível de confiança de 95%.

A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) pelo parecer 30940120.8.0000.5248.

RESULTADOS

O perfil dos ACS deste estudo apresenta forte convergência com outros estudos com desenho amostral⁶ ou qualitativo⁸, que revelam que a categoria profissional é predominantemente feminina e de alta escolaridade^{6,21}. Os estudos com amostras por julgamento apontam também que a idade média dos ACS está situada entre 40 e 45 anos^{21,22}. De fato, como revela a Tabela 1, a amostra dos ACS que respondeu a pesquisa é predominantemente feminina, com idade média de 43 anos (Figura 1) e longa experiência no exercício das funções de burocracia de nível de rua. A pesquisa estima que 50% ou mais dos ACS trabalham no SUS há mais de 13 anos. Dois em cada dez ACS trabalham na saúde há mais de 20 anos.

[INSERIR FIGURA 1]



Ao longo da pandemia 76% dos ACS realizaram visita domiciliar nos últimos 14 dias, apesar de apenas pequena proporção (34%) ter recebido treinamento para orientar sobre distanciamento social e higiene individual e assim, melhor lidar com a Covid-19.

No período da pesquisa, o risco da Covid-19 já fazia parte da gestão dos serviços porque 61% forneciam aos ACS equipamentos de proteção individual para o exercício de atividades no território e 33% das UBS funcionavam de modo parcial ou estavam desativadas. Chama atenção na tabela 1 a proporção expressiva de ACS (18%) que informou sintomas da Covid-19 (febre, cansaço e falta de ar) nos 14 dias anteriores à data de resposta ao questionário. A percepção medo prevalecia entre os informantes já que 87% responderam de modo afirmativo que exerciam as atividades com insegurança, ainda que as UBS tenham suspenso o cumprimento de metas (apenas 27% mantiveram a exigência de cumprimento).

[INSERIR TABELA 1]

A tabela 2 mostra que a percepção dos ACS sobre a mobilização da população residente em favela contra a Covid-19 é pessimista porque apenas 22% identificam algum tipo de ação coletiva e 14% assinalam que a aderência ao isolamento social é alta ou muito alta. Por outro lado, 86% assinalam que a adesão ao isolamento social é inexistente, muito baixa, baixa ou regular.

Apesar disso, os ACS respondem de modo afirmativo que a sensação de medo na população favela diante da pandemia da Covid-19 é muito presente: dois em cada três participantes associam a queda na frequência às atividades da UBS ao medo da Covid-19. Do mesmo modo, metade dos informantes registra a sensação de que a população tem evitado a interação com eles nas áreas onde atuam.

A necessidade de trabalhar, a influência da televisão, o negacionismo e as desinformações das novas mídias sociais são as causas determinantes na avaliação da decisão de aderir de modo frouxo ao isolamento social, segundo os ACS. Ademais, eles têm a percepção de que sua função pouco influencia a decisão da população em relação ao isolamento social. Apenas 2% dos entrevistados assinalaram que têm essa influência por meio de aconselhamento.

[INSERIR TABELA 2]

As figuras II, III e IV mostram que a percepção de insegurança dos ACS nas atividades é residualmente atenuada nas condições em que a população está aderida ao isolamento social (Figura II), mobilizadas coletivamente (Figura III) ou quando eles informam algum ter recebido algum tipo de capacitação sobre a pandemia da Covid-19.

A figura II mostra que a insegurança dos ACS para exercer suas atividades é inversamente proporcional à adesão da população das favelas ao isolamento social. Quando a adesão ao isolamento social é baixa, a insegurança dos ACS é superior a 90%; quando a adesão ao isolamento é regular, a insegurança dos ACS é superior a 85%, e quando a adesão ao isolamento é alta, a insegurança dos ACS cai para um percentual abaixo de 80%.

[INSERIR FIGURA II]

A figura III mostra que a insegurança dos ACS em realizar suas atividades é reduzida de forma diretamente proporcional à medida que a mobilização coletiva da população nas favelas contra a Covid-19 é percebida como elevada. Quando não existe nenhuma mobilização por parte da comunidade, a insegurança dos ACS é superior a 85% dos respondentes; já quando existe a mobilização coletiva da comunidade, ela cai para um percentual abaixo de 80%.

Entretanto, mais uma vez o conjunto dos respondentes demonstra que quando há mobilização coletiva por parte da comunidade, a insegurança dos ACS para desenvolver as suas atividades apresenta uma diminuição. Contudo, ainda permanece em valores referenciais elevados, o que sugere um alto grau de conscientização por parte dos agentes comunitários em relação aos riscos de contrair a doença e suas consequências.

[INSERIR FIGURA III]

A figura IV mostra que a insegurança dos ACS em realizar suas atividades está associada à capacitação sobre a Covid-19. Entre os ACS que receberam capacitação sobre a pandemia da doença, a percepção de insegurança para exercer suas atividades é menor do que naqueles que não receberam treinamento, o que parece sinalizar mais uma vez para importância da disseminação da informação entre os ACS em relação à Covid 19 e às medidas de isolamento social.

A figura IV mostra adicionalmente que a percepção de segurança na atividade profissional nas favelas é praticamente nula entre os ACS que informaram tosse, febre, cansaço e falta de ar nos 14 dias anteriores ao dia que responderam à pesquisa.

[INSERIR FIGURA IV]

A tabela 3 traz o resultado do cálculo de Odds Ratio tendo como variável independente a variável categórica insegurança na atividade durante a pandemia. A probabilidade do ACS de expressar condição de insegurança nas atividades é 2,2 vezes maior quando ele percebe que a população não está mobilizada e 2,6 quando percebe baixa adesão ao isolamento. A condição subjetiva associada à rejeição da comunidade, à falta de capacitação ou à informação de sintomatologia da Covid-19 também afeta de modo significativo a percepção de insegurança.

[INSERIR TABELA 3]

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Esta pesquisa evidencia que os ACS compõem a burocracia de nível de rua, exercendo funções na esfera da ESF por longo período, ratificando os achados de Lotta²³. A pesquisa oferece elementos para compreensão das possibilidades e dos limites para a atuação dessa burocracia de nível de rua no contexto da pandemia. O curso da pandemia impõe desafios inesperados aos modos usuais de interação dos agentes da saúde pública com comunidades pobres. A pesquisa traz evidência de que esses desafios têm sido ignorados ou minimizados nas prescrições de políticas para a atenção primária no contexto da pandemia.

Os dados indicam que os desafios para a atividade dos ACS são aguçados por força da agenda negacionista do Executivo central e dos governos subnacionais. O negacionismo do Executivo Central, em especial, tem impedido a construção do consenso social sobre as medidas preventivas necessárias para o isolamento social²⁴.

Nesse cenário, é desaconselhável pensar o tema da pandemia das favelas como uma questão restrita às soluções locais. É importante considerar que a intermitência das iniciativas nacionais, regionais e locais para a mitigação da pandemia prejudica a resposta do conjunto da sociedade aos riscos extremos. As favelas estão especialmente



expostas à Covid-19²⁵, demonstrando que a desorientação da política pública para a pandemia afeta tragicamente a população pobre.

Os dados desta pesquisa mostram que o negacionismo também constringe a capacidade de ação da burocracia de nível da rua e afeta a capacidade de mobilização social das comunidades pobres, criando um ambiente de insegurança e medo de interação social com os agentes públicos. Chama atenção que a parcela majoritária dos ACS atua sem que os sistemas locais ou regionais tenham promovido treinamento sobre os riscos da Covid-19. Nessa condição, a maioria informa que se sente insegura no exercício das funções rotineiras.

Metade dos informantes relata que a população tem evitado o contato pessoal com os ACS, indicando a existência de uma crise de confiança em relação à estrutura de atendimento à saúde no nível primário.

Mesmo diante da difusão massiva nas mídias tradicionais da necessidade de fornecimento de EPI para os profissionais de saúde que atuam em contato direto com a população, 39% dos ACS informaram não tê-los recebido das suas respectivas UBS, o que compromete a proteção e favorece a transmissão da doença no âmbito do cuidado em saúde. O risco associado a esta falha de provisão se expressa no fato de dois em cada 10 ACS informarem que tiveram sintomas indicativos de infecção pela Covid-19, sendo que a maioria dos sintomáticos relata ter realizado visitas domiciliares.

As evidências atuais mostram que o SARS-CoV-2 é transmitido entre pessoas por contato próximo e gotículas. A Organização Mundial de saúde (OMS) recomenda o uso de equipamento de proteção individual (EPI) não somente para os profissionais que prestam atendimento nos serviços de saúde, mas também nos cuidados domiciliares. Segundo a OMS, as precauções relacionadas ao contato e gotículas devem ser adotadas pelos profissionais de saúde que cuidam dos doentes com COVID-19 em todos os momentos²⁶.

Embora a utilização de EPIs seja o controle mais visível utilizado para prevenir a propagação da infecção, outras precauções adicionais podem proteger os trabalhadores da saúde e outros contra a exposição ao SARS-CoV-2, como o distanciamento social e a correta higiene pessoal. Este trabalho mostra que apenas 34% dos ACS receberam treinamento para a prevenção da Covid-19 para realização das visitas domiciliares. Além da atividade de capacitação ser crucial para a proteção dos ACS, eles são

multiplicadores e podem informar aos moradores das favelas quanto à higiene pessoal e limpeza das superfícies da moradia e possivelmente sensibilizar as pessoas para a importância de permanecer em casa.

A falta de treinamento e equipamentos, a condição de insegurança e o medo generalizado da população podem tornar inviável a vigilância em saúde ativa por meio da requisição de informação de celulares e redes sociais às comunidades. Não há dúvida de que a prescrição para o ACS da vigilância pela requisição de informação privada deva ser tratada com máxima cautela. As atribuições de requisição de informações privadas nunca estiveram na agenda dos ACS, ainda que as suas rotinas de vigilância em saúde nas comunidades pobres fossem bastante inflacionadas originalmente²⁴.

Vale lembrar que, no contexto da pandemia, a possibilidade da interferência dos ACS nas condutas da população em relação ao isolamento social é informada nesta pesquisa como nula. A despeito da pobreza, os moradores das favelas parecem ter como fonte de influência as redes sociais e a mídia tradicional, especialmente a televisão. Ademais, o negacionismo em relação ao risco extremo da Covid-19 também é informado como endêmico nas favelas. A baixa escolaridade dos moradores dessas comunidades associada ao grande número de desempregados e de trabalhadores informais representam um desafio à plena aderência ao isolamento social em um contexto de negacionismo de autoridades governamentais.

Quatro em cada dez ACS percebem que as dificuldades para aderir ao isolamento social dos moradores da favela têm como causa a necessidade de trabalhar. Não há dúvida que a baixa cobertura da política nacional de transferência de renda favorece a hesitante aderência ao isolamento social nas comunidades. A perda da renda está associada ao risco da fome. A busca diária de renda no mercado informal de trabalho colabora com o aumento da circulação de pessoas nas favelas, ampliando a possibilidade de disseminação do novo coronavírus. Vale igualmente lembrar que as condições das habitações dificultam a permanência dentro de casa e a completa abdicção da circulação nos ambientes públicos, como os bares.

Nesse sentido, os ACS percebem que a mobilização social e a adesão em alta escala ao isolamento social nas favelas são residuais. Entretanto, a pesquisa indica que, quando a mobilização social é assinalada, o efeito é muito expressivo na redução da percepção de insegurança e medo no exercício das rotinas dos agentes.

É possível concluir que as atividades dos ACS nas favelas durante a pandemia mantêm as mesmas condições de complexidade observada em tempos normais. Os territórios em que os ACS atuam são usualmente marcados por transição demográfica acelerada, situação epidemiológica de alta carga de doenças infecciosas, presença hegemônica forte de condições crônicas, além de uma carga importante de causas externas, como a violência.^{10, 27, 28}. Esse cenário teve, no entanto, sua complexidade acentuada pela pandemia, colocando ainda mais pressão sobre o sistema de saúde e, conseqüentemente sobre os ACS, que atuam na ponta deste sistema.

Medidas de disseminação em massa de informação sobre o risco extremo da Covid-19 nas redes sociais e mídias tradicionais podem favorecer o ambiente de receptividade ao trabalho do ACS e ampliar a aderência ao distanciamento social nas favelas. Porém, a promoção de medidas isolamento social não faz parte da agenda do Executivo federal a despeito de a infecção pelo SARS-CoV-2 já ter atingido os moradores das favelas²⁵.

REFERÊNCIAS

1. Bousquat A, Giovanella L, Campos EMS, Almeida PF de, Martins CL, Mota PH dos S, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017 Apr;22(4):1141–54.
2. Giovanella L. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. *Cad Saúde Pública*. 2006 May;22(5):951–63.
3. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*. 2011 May;377(9779):1778–97.
4. Em derrota a Bolsonaro, Moraes decide que estados têm autonomia para impor isolamento social - 08/04/2020 - Poder - Folha [Internet]. [cited 2020 Jun 25]. Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/04/em-derrota-a-bolsonaro-moraes-decide-que-estados-tem-autonomia-para-impor-isolamento-social.shtml?origin=folha>
5. Costa N do R. A Estratégia de Saúde da Família, a atenção primária e o desafio das metrópoles brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2016 May;21(5):1389–98.
6. Barreto IC de HC, Pessoa VM, Sousa M de FA de, Nuto S de AS, Freitas RWJF de, Ribeiro KG, et al. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. *Saúde Em Debate*. 2018 Sep;42(spe1):114–29.
7. Lotta GS. Saberes locais, mediação e cidadania: o caso dos agentes comunitários de saúde. *Saúde E Soc*. 2012 May;21(supl 1):210–22.

8. Justo CMP, Gomes MH de A, Silveira C. Limites e imposições dos instrumentos de controle do trabalho de agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. *Saúde E Soc.* 2015 Jun;24(2):594–606.
9. Morosini MV, Fonseca AF. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saúde Em Debate.* 2018 Sep;42(sp1):261–74.
10. Bellas HC, Jatobá A, Bulhões B, Koster I, Arcuri R, Burns C, et al. Effects of Urban Violence on Primary Healthcare: The Challenges of Community Health Workers in Performing House Calls in Dangerous Areas. *J Community Health.* 2019 Jun;44(3):569–76.
11. “Vai estourar”, diz brasileira professora em Harvard sobre a crise no Brasil [Internet]. *Valor Econômico.* [cited 2020 Jun 25]. Available from: [https://valor.globo.com/ue-noticia/2020/05/29/vai-estourar-diz-brasileira-professora-em-harvard-sobre-a-crise-no-brasil.ghtml](https://valor.globo.com/ue/noticia/2020/05/29/vai-estourar-diz-brasileira-professora-em-harvard-sobre-a-crise-no-brasil.ghtml)
12. Engstrom E, Melo E, Giovanella L, Mendes A, Grabois V, Mendonça MHM de, et al. Recomendações para a organização da Atenção Primária à Saúde no SUS no enfrentamento da Covid-19. 2020;
13. Bier VM. The Gower handbook of extreme risk: assessment, perception and management of extreme events [Internet]. 2016 [cited 2020 Jun 25]. Available from: <http://www.vlebooks.com/vleweb/product/openreader?id=none&isbn=9781317029946>
14. Power M. Risk, social theories, and organizations. *Oxf Handb Sociol Soc Theory Organ Stud Oxf Oxf Univ Press.* 2014;370–392.
15. Goodman LA. Snowball Sampling. *Ann Math Stat.* 1961;32(1):148–70.
16. Oliver MB, Hoewe J, Ash E, Kim K, Chung M-Y, Shade DD. Media and social groups. In: *Media and social life.* Routledge; 2014. p. 81–97.
17. Hill CA, Dean E, Murphy J, editors. *Social media, sociality, and survey research.* Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc; 2013. 1 p.
18. Araujo FO de, Salles J do N, Freitas A. Um passarinho na mão ou dois voando? Dilemas do Grupo Carteiro Amigo entre se expandir organicamente na Favela da Rocinha ou se arriscar para além da zona de conforto. *REAd Rev Eletrônica Adm Porto Alegre.* 2017 Aug;23(2):351–69.
19. Leeds A, Cavalcanti M. Quanto vale uma favela. *Sociol Antropol.* 2018 Dec; 8(3): 831–48.
20. Perlman JE. Favela four decades of living on the edge in Rio de Janeiro [Internet]. Oxford: Oxford University Press; 2010 [cited 2020 Jun 25]. Available from: <http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=535439>
21. Simas PRP, Pinto IC de M. Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2017 Jun;22(6):1865–76.
22. Moreira DC, Soares DA, Castro CPD, Bispo Júnior JP. Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. *Physis Rev Saúde Coletiva* [Internet]. 2019 [cited 2020 Jun 25];29(3).

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000300600&tlng=pt

23. Lotta G. Burocracia e implementação de políticas de saúde: os agentes comunitários na Estratégia Saúde de Família [Internet]. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2015 [cited 2020 Jun 26]. Available from: <http://www.jstor.org/stable/10.7476/9788575415481>
24. Da ‘gripezinha’ às 50 mil mortes pela Covid-19 - Jornal O Globo [Internet]. [cited 2020 Jun 26]. Available from: <https://oglobo.globo.com/opiniao/da-gripezinha-as-50-mil-mortes-pela-covid-19-1-24491286>
25. Coronavírus infectou 17% em favelas e em bairros pobres do Rio de Janeiro - 23/06/2020 - Equilíbrio e Saúde - Folha [Internet]. [cited 2020 Jun 26]. Available from: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/06/coronavirus-infectou-17-em-favelas-e-em-bairros-pobres-do-rio-de-janeiro.shtml>
- 26- World Health Organization (WHO). Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages: interim Guidance. Abril, 2020.
27. Jatobá A, Bellas HC, Koster I, Arcuri R, Vidal MCR, de Carvalho PVR. Patient visits in poorly developed territories: a case study with community health workers. *Cogn Technol Work*. 2018;20(1):125–152.
28. Jatobá A, Bellas HC, Bulhões B, Koster I, Arcuri R, de Carvalho PVR. Assessing community health workers’ conditions for delivering care to patients in low-income communities. *Appl Ergon*. 2020 Jan; 82:102944.

FIGURA I – DISTRIBUIÇÃO DA IDADE NA AMOSTRA DOS ACS – BRASIL. 2020

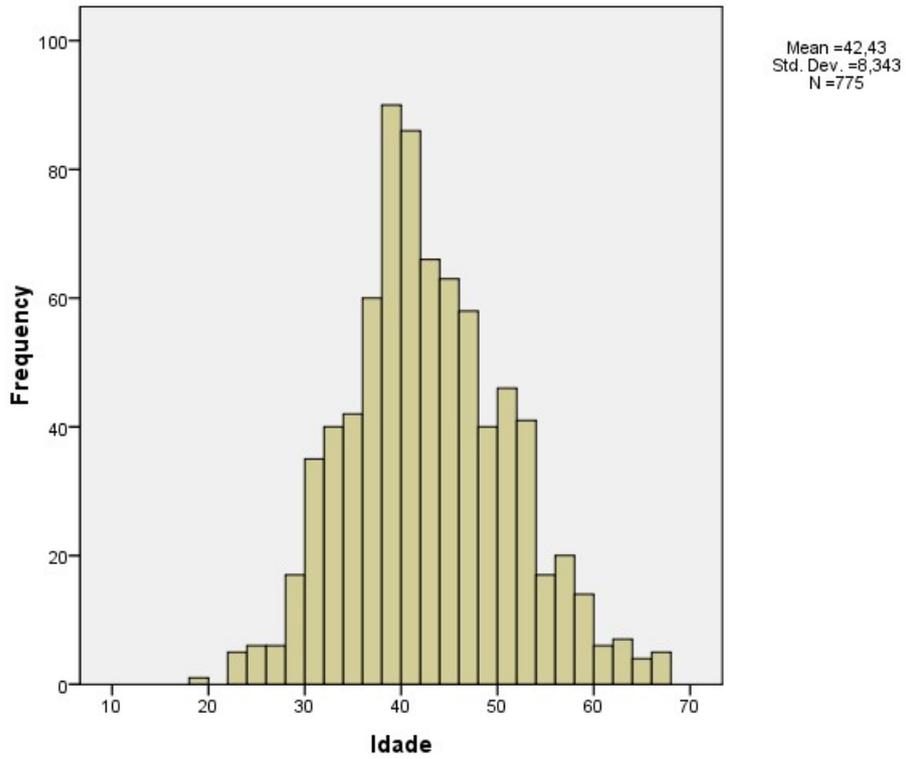


TABELA 1 – PERFIL DOS RESPONDENTES E CONDIÇÃO DE ATUAÇÃO DOS ACS DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19 NO BRASIL (N=775)

Variável	%	Intervalo de Confiança (95%)
Sexo		
Mulher	84	[81; 86]
Homem	16	[13; 19]
Escolaridade		
Ensino Médio Completo	65	[61; 68]
Ensino Superior Completo	30	[27; 33]
Fundamental Completo	6	[04; 08]
Idade		
Igual ou menor que 32 anos	10	[08; 12]
Igual ou maior que 41 anos	50	[46; 54]
Igual ou maior que 50 anos	20	[17; 23]
Tempo na Profissão		
Trabalha como ACS há 13 anos ou mais	50	[46; 54]
Trabalha como ACS há 20 anos ou mais	20	[17; 23]
Condição de Atuação durante a Pandemia da Covid-19		
Unidade funcionando normalmente	67	[64; 70]
Salário em dia	96	[94; 97]
Meta da Unidade mantida	27	[24; 30]
Realizou visita domiciliar nos últimos 14 dias	76	[73; 79]
Recebeu treinamento para orientar sobre distanciamento social e higiene individual	34	[30; 37]
A unidade de saúde forneceu equipamento de proteção individual	61	[57; 64]
Teve tosse, febre, cansaço e falta de ar nos últimos 14 dias	18	[15; 21]
Insegurança no exercício da atividade	87	[84; 89]



TABELA 2 – MOBILIZAÇÃO SOCIAL, MEDO E ADESÃO AO ISOLAMENTO SOCIAL NAS FAVELAS SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS ACS (N=775)

Variável	%	Intervalo de Confiança (95%)
Mobilização Coletiva		
Não	78	[75; 80]
Sim	22	[19; 25]
População evita o contato com ACS		
Não	51	[47; 57]
Sim	49	[45; 52]
Medo de frequentar a UBS		
Não	33	[29; 36]
Sim	67	[63; 70]
Nível de Adesão ao Isolamento Social		
Baixo	40	[36; 43]
Médio	46	[42; 50]
Alto	14	[11; 16]
Determinantes da decisão do isolamento social na favela		
Necessidade de trabalhar	37	[33; 40]
Influência da televisão e rádio	23	[20; 26]
Negacionismo	13	[10; 15]
Mídias sociais	12	[10; 14]
Influência dos vizinhos	7	[05; 09]
Medo de adoecer	6	[04; 08]
Influência dos ACS	2	[01; 03]

TABELA 3 – ODDS RATIO PARA A PERCEPÇÃO DE INSEGURANÇA DOS ACS QUE ATUAM EM FAVELA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19– BRASIL. 2020

Condição Informada ou Percebida pelo ACS	ODDS-RATIO	INTERVALO DE CONFIANÇA
Percebe que a população evita o contato	1,6	(1,2; 2,1)*
Não teve treinamento*	1,9	(1,1; 2,7)*
Percebe a Inexistência de Mobilização Coletiva*	2,2	(1,3; 3,7)*
Informa que teve sintomas da Covid-19	2,4	(1,2; 4,3)*
Percebe a Baixa Adesão ao Isolamento Social*	2,6	(1,2; 4,7)*

*Valor de p: 0,05.

FIGURA II– INSEGURANÇA NA ATIVIDADE E ADESÃO DA POPULAÇÃO DAS FAVELAS AO ISOLAMENTO SOCIAL

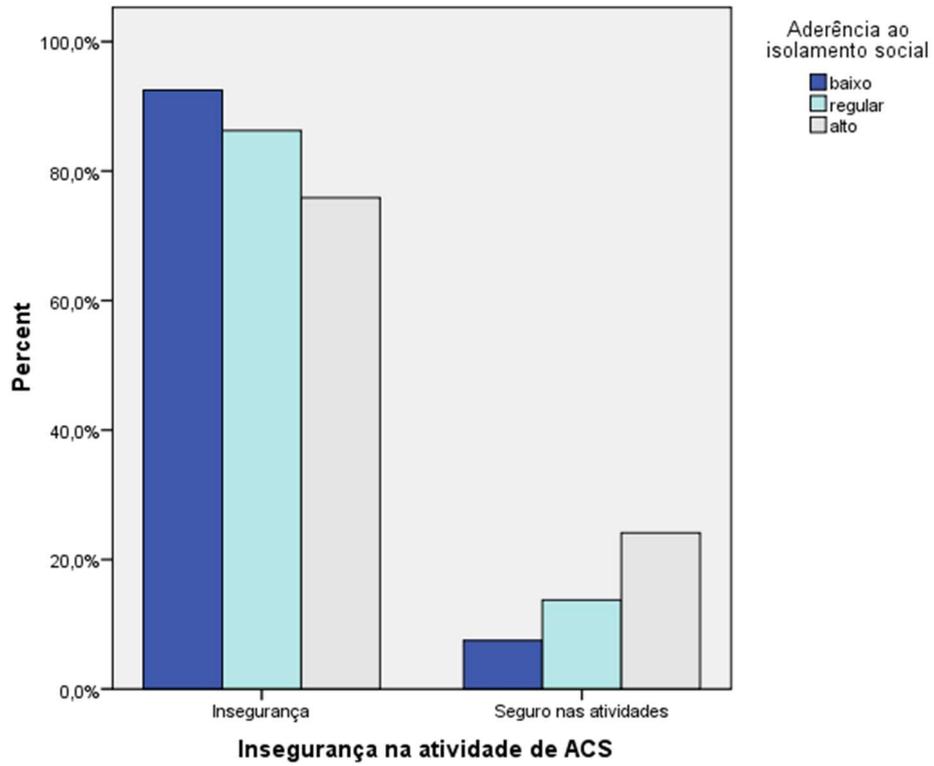


FIGURA III – INSEGURANÇA NA ATIVIDADE E MOBILIZAÇÃO COLETIVA DA POPULAÇÃO NAS FAVELAS

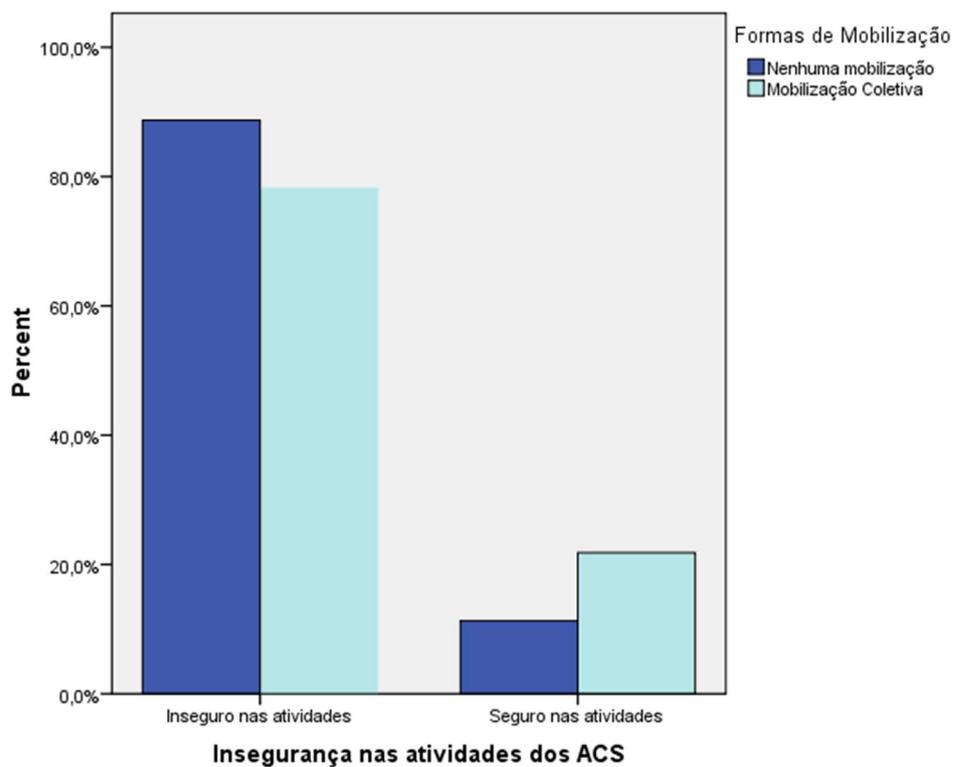


FIGURA IV – INSEGURANÇA NA ATIVIDADE E CAPACITAÇÃO SOBRE A PANDEMIA DA COVID-19

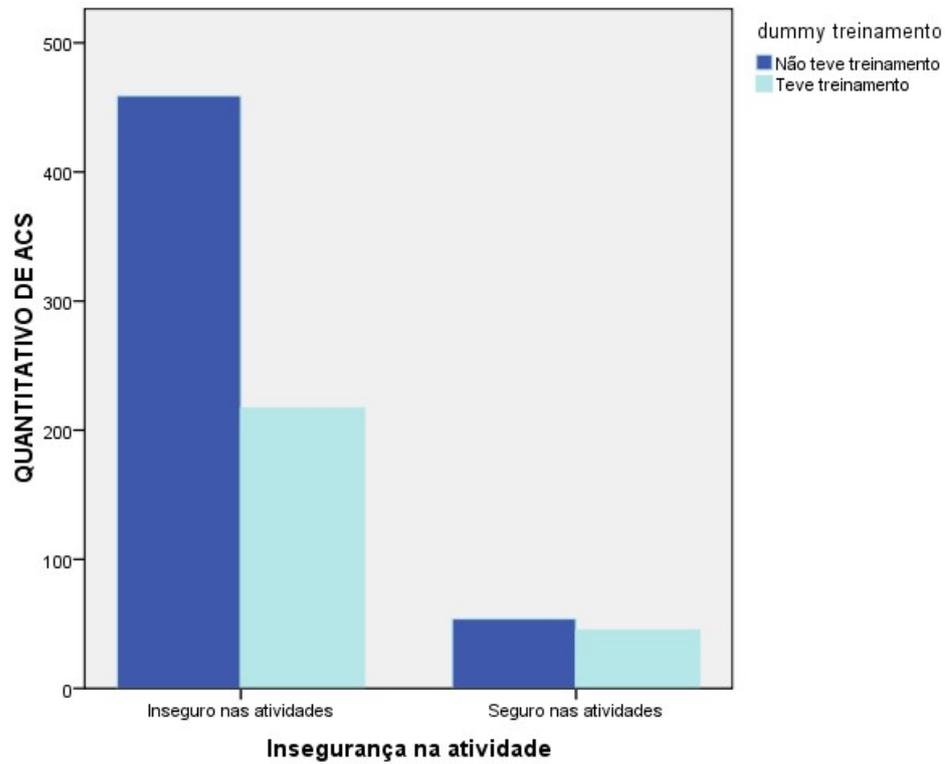


FIGURA V- INSEGURANÇA NA ATIVIDADE E SINTOMAS DA COVID-19 NOS ÚLTIMOS 14 DIAS

