



## **O TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE FRENTE À PANDEMIA DA COVID-19**

### **THE WORK OF THE COMMUNITY HEALTH WORKER IN THE FACE OF THE COVID-19 PANDEMIC**

### **LA LABOR DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19**

Túlio Romério Lopes Quirino<sup>1</sup>, Nara Raquel Barbosa da Silva<sup>2</sup>, Michael Ferreira Machado<sup>3</sup>, Carlos Dornels Freire de Souza<sup>4</sup>, Luís Felipe Soares de Lima<sup>5</sup>, Cristina Camelo Azevedo<sup>6</sup>

#### **RESUMO**

Com alta transmissibilidade, a COVID-19 representa um fator de emergencial preocupação aos sistemas de saúde por todo o mundo. A abordagem preventiva pautada em medidas de distanciamento social, combinada com o fortalecimento das redes de atenção à saúde, desenha-se como resposta efetiva à pandemia. A Atenção Primária à Saúde desempenha um importante papel neste contexto, com ações no combate ao aumento de novos casos e monitoramento àqueles que dispensam cuidados intensivos, auxiliando no gerenciamento correto das situações de agravamento e direcionando a continuidade da assistência aos serviços necessários. No lócus da Atenção Primária à Saúde, destaca-se o Agente Comunitário de Saúde, trabalhador com atuação amparada na lógica territorial do cuidado e que, diante da COVID-19, pode contribuir sobremaneira para o monitoramento da situação de saúde e acompanhamento de sinais e sintomas dos comunitários. As ações desenvolvidas no seu dia a dia constituem ferramentas essenciais para o enfrentamento à pandemia, imperando seu reconhecimento como ator fundamental nesta rede de cuidados. Contudo, transformações nas formas de organização e execução do seu trabalho observadas nos últimos anos, sistematicamente, têm gerado o esvaziamento de sua função vincular de articulação territorial e mobilização comunitária. Neste ensaio, reflete-se sobre como o momento pandêmico atual, ao situar novos desafios sanitários, pode também revelar oportunidades à reorientação da Atenção Primária à Saúde, retomando seu propósito assistencial em direção à integralidade do cuidado e universalização do acesso. Talvez, junto a isso, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde possa reorientar-se em direção ao que já foi um dia: comprometido com a comunidade e focado na sua transformação.

<sup>1</sup>Secretaria de Saúde. Recife (PE), Brasil.

<sup>2,3,4,5,6</sup>Universidade Federal de Alagoas. Maceió (AL), Brasil.

**Palavras-chave:** Agentes Comunitários de Saúde; Infecções por Coronavírus; Atenção Primária à Saúde.

---

## **ABSTRACT**

With high transmissibility, COVID-19 represents a factor of emergency concern to health systems worldwide. The preventive approach based on measures of social distance, combined with the strengthening of health care networks, is designed as an effective response to the pandemic. Primary Health Care (PHC) plays an important role in this context, with actions to combat the increase in new cases and monitoring those who provide intensive care, assisting in the correct management of worsening situations and directing the continuity of assistance to the necessary services. In the PHC locus, the Community Health Agent (CHA) stands out, a worker with performance supported by the territorial logic of care and who, in face of COVID-19, can contribute greatly to the monitoring of the health situation and monitoring of signs and community symptoms. The actions carried out on a daily basis are essential tools to face the pandemic, and its recognition as a fundamental actor in this care network prevails. However, changes in the forms of organization and execution of their work observed in recent years have systematically generated the emptying of his link function of territorial articulation and community mobilization. In this essay, we reflect on how the current pandemic moment, when situating new health challenges, can also reveal opportunities for the reorientation of PHC, resuming its care purpose towards the integrality of care and universal access. Perhaps, together with this, the work of the CHA can reorient itself towards what was once: committed to the community and focused on its transformation.

**Keywords:** Community Health Workers; Coronavirus Infections; Primary Health Care.

---

## **RESUMEN**

Con alta transmisibilidad, el COVID-19 representa un factor de preocupación de emergencia para los sistemas de salud en todo el mundo. El enfoque preventivo basado en medidas de distanciamiento social, combinado con el fortalecimiento de las redes de atención médica, está diseñado como una respuesta efectiva a la pandemia. La Atención Primaria de Salud juega un papel importante en este contexto, con acciones para combatir el aumento de casos nuevos y monitorear a aquellos que brindan cuidados intensivos, ayudando en el manejo correcto de situaciones que empeoran y dirigiendo la continuidad de la asistencia a los servicios necesarios. En el locus de la Atención Primaria de Salud, se destaca el Agente de Salud Comunitario, un trabajador con un desempeño respaldado por la lógica territorial de la atención y que, frente a COVID-19, puede contribuir en gran medida al monitoreo de la situación de salud y al monitoreo de signos y síntomas de la comunidad. Las acciones que se realizan a diario son herramientas esenciales para enfrentar la pandemia, y prevalece su reconocimiento como actor fundamental en esta red de atención. Sin embargo, los cambios en las formas de organización y ejecución de su trabajo observados en los últimos años, han generado sistemáticamente el vaciado de su función de enlace de articulación territorial y movilización comunitaria. En este ensayo, reflexionamos sobre cómo el momento pandémico actual, al situar nuevos desafíos de salud, también puede revelar oportunidades para la reorientación de la Atención Primaria de Salud, reanudando su propósito de atención hacia la integralidad de la atención y el acceso universal. Quizás, junto con esto, el trabajo de la Agente de Salud Comunitario puede reorientarse hacia lo que una vez fue: comprometido con la comunidad y enfocado en su transformación.

**Palabras clave:** Agentes de Salud Comunitaria; Infecciones por Coronavirus; Primeros auxilios

## INTRODUÇÃO

### A COVID-19 e os desafios lançados aos sistemas de saúde

Coronavírus, pandemia, isolamento social e crise sanitária são termos que têm povoado o cotidiano dos grupos sociais por todo o país. Não há como negar que discussões em torno da COVID-19 estão presentes em quase todos os espaços de interação humana, físicos ou virtuais, ocupando boa parte das preocupações sociais na contemporaneidade, não apenas no Brasil, mas no mundo.

Esta síndrome respiratória de caráter agudo, originária de uma nova cepa viral da família *Coronaviridae*, teve rápida disseminação mundial desde sua manifestação inicial em dezembro de 2019, em Wuhan, na China.<sup>1</sup> Em pouco tempo, o que parecia se manifestar como casos isolados de um novo tipo de pneumonia de rápida evolução ganhou proporções epidemiológicas alarmantes, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 30 de janeiro de 2020, a declará-la como Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional, em razão da disseminação deste novo Coronavírus.<sup>2</sup>

Dias depois, o Ministério da Saúde (MS) brasileiro publicou a Portaria nº 188, de 03 de fevereiro de 2020, declarando Estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional em decorrência da infecção humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV).<sup>3</sup> O aumento exponencial dos casos levou a OMS a editar nova declaração, em 11 de março de 2020, sendo o Coronavírus responsável por ocasionar uma pandemia mundial.<sup>4</sup>

Atualmente, no mundo, reportam-se mais de 3,44 milhões de casos, com mais de 239 mil mortes. O *ranking* de países com maior número de notificações de casos e óbitos é liderado pelos Estados Unidos, Espanha e Itália. Este quadro tem se agravado dia a dia, com o aumento sistemático desses números, ainda que de maneira variada entre as diferentes nações, considerando as medidas sanitárias adotadas.<sup>5</sup>

O Brasil, ao final de abril de 2020, encontrava-se na 10ª posição em relação ao número de casos da COVID-19, tendo, inclusive, ultrapassado o número de óbitos registrados na China. Dados do MS informavam 85.380 casos confirmados, com 5.901 mortes.<sup>6</sup> Entre as regiões brasileiras, Sudeste e Nordeste acumulavam, respectivamente, o maior quantitativo de casos notificados. Os Estados de São

Paulo, Rio de Janeiro, Ceará e Pernambuco possuem o maior acúmulo de notificações, respondendo, juntos, por 61,6% do total nacional.<sup>6</sup>

Diante desse cenário, gestores estaduais e municipais por todo o país não têm medido esforços para garantir a plena funcionalidade das suas redes de saúde, implementando, quase diariamente, medidas de enfrentamento à pandemia. Dentre estas, destacam-se investimentos no reforço às equipes de pronto-atendimento e na criação de leitos de atendimento integral à COVID-19 em serviços de média e alta complexidade, ampliando a oferta de cuidados em saúde à população.

Apesar de sua relevância, tais medidas não têm sido suficientes, pois é necessário investir na racionalização de recursos e na prevenção da doença, enfrentando não apenas a disseminação do vírus, mas também o agravamento dos casos identificados, visto que a ocupação gradual dos leitos disponíveis aponta para o colapso do sistema de saúde em um futuro breve, com grande quantitativo de pessoas necessitando de assistência à saúde além da capacidade dos serviços existentes.<sup>7</sup>

Investir em ações preventivas e de promoção à saúde, com foco na educação e informação, é essencial para conscientizar a população dos riscos da COVID-19. Pode-se refletir que aquelas desenvolvidas até então, de caráter universal e baseadas no estímulo à adoção de posturas individuais e comportamentos focados na autovigilância, contínua e sistemática higienização, parecem já ter atingido seu teto, considerando a redução sistemática dos índices de distanciamento social alcançados até então, os quais se encontram em declínio.<sup>8</sup>

Nesse ínterim, há que mobilizar esforços na qualificação do trabalho desempenhado pela Atenção Primária à Saúde (APS), reconhecendo-a como locus importante de cuidado, ao possibilitar maior capilaridade às ações de saúde, por meio da sua aproximação às pessoas e grupos comunitários.<sup>9</sup> Por seu intermédio, é possível, mais que informar a população, auxiliá-la no processo de mudança social, focando na corresponsabilização do usuário pelo cuidado consigo e com os outros via demonstração de comportamentos preventivos com foco na coletividade.

Uma APS fortalecida é capaz de identificar precocemente e fornecer assistência mais imediata às pessoas sintomáticas, tratar os casos leves e monitorar sua evolução, garantindo o correto manejo clínico-assistencial por meio da utilização eficiente dos recursos disponíveis da rede, entre outras ações.

## **A Atenção Primária à Saúde como cenário**

A Atenção Primária é apontada, de modo simplista, como o primeiro nível de atenção da rede de saúde, sendo aquele que as pessoas buscam para dar conta de seus carecimentos mais imediatos e corriqueiros, incluindo o acompanhamento de agravos crônicos. Porém, mais que um nível de atenção, a APS constitui um modelo de (re) organização estratégica dos sistemas de saúde, que expressa, entre suas principais atribuições, o ordenamento de redes de serviços de base territorial dispostos hierarquicamente para garantir uma assistência integral à saúde de sujeitos e coletividades com garantia de acesso universal.<sup>9,10</sup>

Ao mesmo tempo, representa um modelo clínico-assistencial que transmuta a prática dos profissionais de saúde, rompendo a lógica hegemônica de cuidado centrado no tratamento-cura, supondo, entre sujeitos, relações baseadas no vínculo e no compartilhamento da clínica.<sup>11</sup> No Brasil, a APS é reconhecida institucionalmente pelos dispositivos político-ideológicos produzidos no âmbito da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), revelando, em seu modelo de atenção, práticas de gestão, organização de serviços, processos de cuidado e oferta assistencial em saúde.

A Atenção Básica constitui a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo compreendida como fundamental para a execução da política pública de saúde brasileira, esfera que amplia as intervenções na assistência à saúde ao trazer o cotidiano da população como cerne do cuidado.<sup>12</sup> Corresponde, portanto, à atenção à saúde mais próxima aos contextos singulares, possibilitando a abordagem dos problemas de saúde na medida de sua determinação social.

Dessa forma, rompe a noção de centralização da assistência, abrindo espaço para o desenvolvimento de ações compartilhadas com seus usuários sob a lógica da corresponsabilidade, da vinculação e da promoção da autonomia. Além disso, funcionando de maneira eficaz, a APS proporciona a racionalização dos recursos disponíveis na rede de saúde, organizando fluxos assistenciais e direcionando o acompanhamento de casos de maneira correta e ordenada.<sup>13</sup>

No caso brasileiro, a APS é operacionalizada preferencialmente pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual tem referência de atuação amparada nos seus atributos essenciais e derivados.<sup>10-11</sup> Assim, a ESF desempenha papel central na organização da rede de atenção, estando a ela conectada para ordenar

a oferta de serviços de saúde com qualidade e de maneira integral. Ao possuir responsabilidade territorial, exerce cuidado e acompanhamento contínuos, ao longo do tempo, para uma população adstrita e de acordo com suas necessidades, com alto poder de resolução.

O fazer da ESF é operado por uma equipe multiprofissional composta por médico/a, enfermeiro/a, técnico/a de Enfermagem e agentes comunitários de saúde. Junto a esta equipe, coabitam as Unidades de Saúde da Família (USF), cirurgiões/ãs-dentistas, técnicos/as e auxiliares de saúde bucal, compondo equipes de Saúde Bucal. Ocasionalmente, podem ser encontrados ainda psicólogos/as, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos/as, entre outros profissionais que integram as equipes dos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), dispositivo de suporte clínico-assistencial e técnico-pedagógico às equipes de ESF, que tem sofrido ataques à sua subsistência via recrudescimento do seu financiamento específico.

É nesse cenário que se designa a atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), a qual, diante de objetivos complexos e desafiadores e da coexistência de clínicas de diferentes modalidades profissionais, urge como primordial para a concretização das ações em saúde no contexto da APS, pois é no território e na sua lógica de organização que se dá a sua primazia.

### **Visibilizando a atuação do ACS**

Um aspecto importante a se refletir sobre o ACS é o reconhecimento de que este ator acumula a confluência de dois papéis exercidos paralelamente: o de profissional do sistema de saúde e o de trabalhador comunitário<sup>14</sup>, sendo, em razão deste último, historicamente questionado acerca de sua identidade profissional, dificultando seu reconhecimento como trabalhador da saúde. A noção de “elo”, qualificação constantemente a ele atribuída, embora sinalize uma solução para o dilema, garantindo sua função vincular, acaba por, em contrário, reforçar esta separação, pois, sendo aquele que une o serviço de saúde à comunidade, permanece no “entre”, meio-dentro, meio-fora deste campo.

O fazer profissional do ACS é definido por normativas editadas pelo MS (leis, portarias e outros documentos), dentre elas, a PNAB, recebendo, ainda, influência dos modelos de gestão locais, os quais direcionam como as ações devem ser realizadas nos territórios adstritos a partir das atribuições preconizadas para esta

categoria.<sup>12</sup> Assim, sobre o seu trabalho, perpassam direcionamentos dados pelas equipes gestoras locais acerca do lugar ocupado pela APS em cada contexto.

Fazem parte do leque de atribuições do ACS trabalhos comunitários e de articulação territorial, ações educativas com foco na prevenção e promoção da saúde, acompanhamento da situação de saúde de usuários e familiares, dentre outros. Tais ações foram designadas a partir da publicação da Lei Nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que institui a profissão de ACS e estabelece a necessidade de formação básica deste profissional.<sup>15</sup>

Em seu cotidiano, o ACS (a) colhe demandas apresentadas pelos usuários, ainda em seu formato difuso, e fornece as primeiras orientações no território. Posteriormente, conduz tais demandas à USF, onde serão significadas junto à equipe para a definição de encaminhamentos. Na direção contrária, caso haja a necessidade de idas ao território, o ACS acompanha os demais profissionais aos domicílios, ação que sustenta sua função vincular, facilitando a entrada da ESF nos contextos mais “internos” da comunidade.<sup>16</sup>

Por outro lado, sua proximidade do território, ao passo que facilita o acompanhamento da situação de saúde local, gera dificuldades para si, pois, ao atuar como referência mais próxima dos comunitários, é por eles buscado primariamente quando se necessita de respostas a seus carecimentos de saúde, o que ocorre, inclusive, fora do horário de trabalho, acarretando sobrecarga laboral.<sup>17</sup> Outras dificuldades relacionam-se aos baixos investimentos em qualificação, pouco incentivo na melhoria salarial, além do desafiador trabalho em equipe, constituindo barreiras a serem rompidas.<sup>16,18</sup>

Fazem parte ainda do seu trabalho, o envolvimento nas atividades coletivas desenvolvidas pela equipe de SF, como reuniões clínico-administrativas, em que ocorrem discussões sobre a situação de saúde das famílias e se delineiam encaminhamentos, e o apoio às ações interventivas de cunho coletivo, com destaque à manutenção de grupos de educação em saúde (muitas vezes, assumidos exclusivamente pelos ACS), salas de espera, apoio às campanhas de vacinação, mutirões de respostas rápidas a questões emergentes e ações de mobilização comunitária e controle social.<sup>12</sup> Logo, um amplo conjunto de tarefas que se confundem nas malhas do cotidiano da ESF.

Este conjunto de atribuições tem gerado questionamentos importantes pela classe, a qual acumula um amplo contingente de funções ante as mudanças ocorridas na condução da política de atenção básica do país<sup>12,19,20</sup>, ao mesmo



tempo em que tem transmutado seu fazer, cada vez mais distanciando-se dos territórios para ocupar-se nas dependências das USF, realizando funções administrativas e burocráticas como o preenchimento de fichas e registros de produção.<sup>18</sup> Além disso, não é incomum, nos serviços, deparar com ACS exercendo atividades atribuídas a outros trabalhadores, como recepção, marcação de consultas e dispensa de medicamentos, caracterizando desvios de função.

Alguns autores<sup>14,18,21</sup> têm revelado como a organização desse trabalho vem sofrendo alterações ao longo dos anos, com o esvaziamento sistemático das funções do ACS, abandonando seu lugar como agente intercessor da saúde. Exemplo disso é a modelação progressiva das visitas domiciliares a partir da priorização de programas baseados nas condições de saúde de grupos de usuários, como hipertensos, diabéticos e gestantes, adotando tais condições como critérios para organizar suas rotinas de trabalho e domicílios visitados.<sup>21,22,23</sup> Merece destaque, ainda, a organização do trabalho mediante as metas acopladas a tais programas, o que conduz os ACS a estenderem sua rotina de trabalho, adequando-a aos hábitos de vida dos comunitários para atingi-las, desenvolvendo visitas noturnas e aos finais de semana.<sup>24</sup>

Essas transformações no seu trabalho têm levado os ACS a se reconhecerem como “agentes coletores de dados”, conforme relatório do 5º Fórum Nacional da Confederação Nacional de Agentes Comunitários de Saúde.<sup>25</sup> Este documento elenca as principais mudanças nas suas atribuições por eles identificadas: o crescente tempo despendido nas atividades de preenchimento de fichas e registro de informações; a priorização das ações no interior das unidades de saúde, com a conseqüente redução do tempo para realizar visitas domiciliares e atividades educativas na comunidade e a crescente demanda por atividades relativas aos programas de saúde prioritários, geralmente, centrados em doenças.<sup>14,21</sup> Nesse cenário, pautar educação, prevenção e promoção da saúde constitui tarefa quase impossível.

### **A atuação do ACS frente à Pandemia da COVID-19**

Diante da pandemia da COVID-19, o cenário da APS tem se modificado. Normativas institucionais recentes foram editadas no sentido de orientar trabalhadores de saúde a reduzirem a exposição de si mesmos e de usuários ao risco de contaminação, ao passo que precisam se preocupar com uma dupla tarefa:



monitorar casos suspeitos ou confirmados da doença e dar continuidade ao acompanhamento de outras questões de saúde correntes no território.<sup>26</sup>

Certamente, o desafio atual seria maior se o Brasil não dispusesse de um sistema de saúde universal, com ampla rede de serviços capilarizados e uma APS que possibilita a “filtragem” dos casos, auxiliando no controle e ocupação dos serviços de emergência. Entretanto, se tal rede tivesse garantido o seu funcionamento efetivo, a situação sanitária do país poderia estar melhor. Isso porque a manutenção deste sistema historicamente é caracterizada por progressivo subfinanciamento e precarização estrutural, com cortes sucessivos nos recursos necessários ao seu pleno funcionamento.

Em paralelo, publicações no âmbito da APS<sup>12</sup> vêm apontando a modificação do seu modo de organização, substituindo a racionalidade assistencial de caráter universal, para o fortalecimento de uma lógica seletiva centrada em uma noção de resolutividade que enfatiza a execução de procedimentos biomédicos. Dentre os retrocessos, está a validação de modelos de equipes distintos da ESF, recentemente incentivada pela Portaria Nº 2.539, de 26 de setembro de 2019,<sup>27</sup> que institui a “equipe de Atenção Primária”. Esta, inclusive, descarta a presença do ACS em sua composição.

Apesar disso, e embora a sensação de risco generalizado ante ao adoecimento pela COVID-19 seja iminente, cada vez mais a APS tem sido desafiada a atuar segundo sua concepção originária: como porta de entrada ordenadora da rede e capaz de coordenar o cuidado aos usuários.<sup>9</sup> Assim, diante da crise, revelam-se oportunidades para defender seu modelo de organização e lógica operacional, principalmente, considerando o acompanhamento longitudinal às comorbidades associadas ao agravamento da COVID-19, como diabetes, hipertensão e tuberculose, condições sensíveis à abordagem pela ESF.

A atuação da APS em lógica territorial e comunitária possibilita o monitoramento da situação de saúde da população, acompanhando o surgimento de sinais entre grupos de risco, além de balizar a intervenção efetiva à pandemia, propondo ações preventivas, possibilitando barrar cadeias de transmissão. Para isso, compreender as formas de organização da comunidade e as características dos seus habitantes, em especial, suas condições de vida e vulnerabilidades, constitui aspecto fundamental para promover medidas de distanciamento social adequadas e eficientes, uma das principais estratégias de contenção à pandemia.

Possibilitam-se, considerando as características da doença e a manifestação de seus sintomas, semelhantes a outros agravos comuns, como gripes e resfriados, pela presença da ESF com postura ativa no acompanhamento longitudinal, a diferenciação e o descarte de casos suspeitos e possíveis agravantes, ordenando os deslocamentos à rede especializada de maneira racional, dando o suporte necessário ao cuidado domiciliar e diminuindo a sobrecarga dos serviços de emergência.

Outro aspecto importante é o acúmulo das informações geradas no cotidiano do trabalho da ESF. Trata-se de um banco de dados vivo, atualizado a cada encontro ocorrido no território, entre os integrantes da equipe e os usuários. Assim, ainda que as visitas domiciliares sejam restritas pelas medidas de distanciamento, impossibilitando a obtenção de novas informações, aquelas já disponíveis nos registros históricos das condições de saúde das famílias acompanhadas e o (re) conhecimento das suas determinações sociais constituem importantes dispositivos para ordenar o trabalho na APS e construir agendas de intervenção frente a grupos populacionais vulneráveis<sup>28</sup> não apenas no âmbito da atenção à saúde, mas também em uma dimensão intersetorial.

Todas essas ações têm em comum o envolvimento direto do ACS, que pode intensificar a intervenção comunitária por meio do reforço à adesão pela população local às medidas de proteção e prevenção. Seu apoio é fundamental ao trabalho dos demais integrantes da equipe pela relação de liderança que estabelece no território, possibilitando vinculação e conhecimentos possíveis de serem acessados apenas por quem vive ali. Também pode contribuir para o funcionamento de atividades a distância, via telefonia móvel e aplicativos, por exemplo, em canais permanentes já por ele estabelecidos, proporcionando informações confiáveis sobre a doença à população e, ao mesmo tempo, obtendo dados sobre sua situação de saúde. Nesses termos, sua atuação certamente faria muita diferença no enfrentamento à pandemia.<sup>28</sup>

Apesar disso, a política pública de saúde no país continua a guiar-se em outra direção. Um exemplo é a publicação do documento "Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente à COVID-19",<sup>29</sup> que objetiva orientar a reorganização do seu processo de trabalho no contexto da pandemia. Nele, são apresentadas 11 competências para a atuação do ACS passíveis de serem agrupadas em três tipos de ação: (1) orientações aos usuários sobre a doença; (2) auxílio aos demais

integrantes da equipe no desempenho de suas atividades (identificar e monitorar casos suspeitos, *fast-track* e vacinação) e (3) realização de atividades no cotidiano da unidade (organizar fluxos de atendimento e atividades educativas em salas de espera).

Saídas ao território estão previstas na busca ativa de casos suspeitos da doença, com destaque à solicitação por outros profissionais da equipe e nas visitas domiciliares restritas a grupos prioritários (crianças menores de cinco anos e pessoas acima de 60 anos). O restante do documento reitera medidas de prevenção individual e coletiva centradas no controle da infecção e hábitos de higiene, como cuidados a serem tomados durante a realização das visitas, boxes que ensinam a higiene correta das mãos e utilização e descarte de máscaras de proteção.<sup>29</sup>

Portanto, apesar de o momento atual demandar e oportunizar uma lógica de organização do trabalho amparada na ampliação do acesso e reconhecimento de demandas territoriais para o controle da pandemia, o que foi considerado sobre o ACS dialoga com modificações já observadas no seu processo de trabalho. Trata-se tão somente da proposição de atividades de perfil burocratizado e administrativo, de apoio aos demais integrantes da ESF e com vistas ao controle de agravos pré-existentes no território.

Os deslocamentos na comunidade condicionados à busca ativa de sintomáticos e visitas focadas em grupos estratégicos reforçam o reconhecimento da categoria como “coletora de dados”, retomando queixas já aqui referidas.<sup>25</sup> Logo, o documento do MS repete o que se vem delineando normativamente para a categoria há alguns anos.

Outro problema é a perda da singularização do trabalho, denotada pela utilização reiterada dos verbos “orientar” e “auxiliar”, situando o ACS em uma posição genérica e acessória na ESF, pois o seu fazer aparece aderido ao ordenamento definido pelos demais integrantes da equipe e deles diretamente dependente. Além disso, tais verbos são dispostos de forma pouco esclarecedora, denotando a possibilidade de que estes trabalhadores possam ser deslocados a “auxiliar” seus colegas de formas variadas, já que são abertas múltiplas interpretações.

Logo, em lugar do protagonismo e da sua potência em atuar como mobilizador/articulador territorial, construtor de vínculos e facilitador da entrada na comunidade, ao ACS é indicado executar funções submetidas ao fazer de outros

profissionais. Diante de um contexto sanitário em que medidas econômicas têm vulnerabilizado ainda mais as populações menos favorecidas, não parece prudente investir na mobilização comunitária como estratégia sanitária?

As medidas de contingenciamento obrigam a produzir mecanismos inovadores, usando a criatividade para desenvolver novas intervenções em saúde. Cada vez mais, observa-se a necessidade de pautar a educação em saúde como instrumento de transformação social. Nessa direção, iniciativas têm sido identificadas, como a potencialização de rádios comunitárias, atendimentos remotos e orientações via plataformas digitais, dentre outras. Contar com o ACS no desenvolvimento dessas atividades seria fundamental para potencializar seu alcance e singularizar seus efeitos.

## CONCLUSÃO

### Construindo um novo enredo...

Focar o trabalho na APS e em suas potencialidades nesse contexto pandêmico oferece importantes objetos de reflexão. Sabe-se que alguns autores já se dedicaram a isto em trabalhos recentes e consideram-se suas leituras bastante interessantes.<sup>28,30-31</sup> Desse modo, procurando não repetir argumentos e problematizações outrora apresentados, almeja-se, neste ensaio, lançar olhar sobre o trabalho do ACS, um dos atores que desempenham papéis nesse espaço-palco, ou melhor, território de cuidados.

Refletir sobre sua atuação nesse momento implica, ao mesmo tempo, pensar a organização da APS e o lugar a ela atribuído no sistema de saúde. Tem-se observado, nas últimas décadas, a reorientação de seu desenho, caracterizando a emergência de modelos de saúde racionalizados e que enfatizam aspectos como produtividade, resolutividade e o desenvolvimento de novas práticas de gestão pública orientadas por resultados mediante o estabelecimento de metas e indicadores pouco perenes às necessidades de saúde da população.

Assim, nota-se uma mudança da postura da APS no sentido de abandonar a escuta dos territórios para organizar-se em meio a pacotes assistenciais definidos pela atenção a grupos prioritários. Programas de saúde orientam a formulação de agendas, que passam a ser centradas no monitoramento e combate a agravos. Tal rotina torna a APS pouco sensível à identificação de questões emergentes e

singularizadas nas comunidades, tornando alguns sujeitos e suas demandas quase invisíveis.

A pandemia da COVID-19 revela o imperativo de um recentramento da APS, (re) tomando-a como modelo organizativo e dispositivo de impetração de novas práticas e relações no campo da saúde pautadas na produção de uma clínica centrada no sujeito e suas necessidades. Ante à COVID-19, a APS fornece um suporte essencial para combater o aumento de novos casos e monitorar aqueles que dispensaram cuidados intensivos, mas, também, para gerir corretamente as situações de agravamento, direcionando adequadamente a continuidade da assistência aos serviços necessários.

Neste processo, destaca-se a importância do ACS ao contribuir para o monitoramento da situação de saúde e acompanhamento de sinais e sintomas nos territórios. As ações desenvolvidas no seu dia a dia (visita domiciliar, busca ativa, vinculação ao usuário, entre outras) fornecem ferramentas essenciais para o enfrentamento à pandemia, imperando o seu reconhecimento como ator fundamental na teia de cuidados que se tecem desde a APS.

Observa-se que, diante da COVID-19, o trabalho do ACS, assim como o de toda a ESF, sofreu modificações, com a prerrogativa de manutenção de sua própria saúde. Entretanto, as atividades propostas parecem manter, ou mesmo aprofundar, uma série de investidas sobre a categoria, visando a descaracterizar a essência e a importância do seu trabalho, algo que vem ocorrendo nas últimas décadas por meio de reformulações na condução da APS no Brasil.

Reconhece-se que, no atual contexto sanitário, em que o imperativo central é que as portas sejam literalmente fechadas, janelas de oportunidades podem se abrir ao ACS, ainda que entre rangidos estridentes, possibilitando o resgate e o fortalecimento da importância de sua atuação na atenção de base comunitária. É a partir das brechas que se projetam nesse movimento que se buscou, ao longo deste ensaio, lançar luz sobre este trabalhador da saúde, apontando, quem sabe, a construção de novos enredos a serem seguidos por eles em um caminho cada vez mais "*coronado*".

## REFERÊNCIAS

1. Lima CMAO. Information about the new coronavirus disease (COVID-19). Radiol Bras. 2020 Mar; 53(2):5-6. Doi: 10.1590/0100-3984.2020.53.2e1

2. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV) [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 May 04]. Available from: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))
3. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria MS/GM nº 188, de 3 de fevereiro de 2020. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2020 May 04]. Available from: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388>
4. World Health Organization. Novel coronavirus(2019-nCoV): situation report - 72 [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 May 04]. Available from: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200401-sitrep-72-covid-19.pdf?sfvrsn=3dd8971b_2)
5. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2020 May 3]. Available from: <http://proqualis.net/sites/coronavirus-disease-covid-19-outbreak>
6. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus Brasil [Internet]. 2020 [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://covid.saude.gov.br/>
7. Bezerra A, Silva CEM, Soares FRG, Silva JAM. Associated factors to population behavior during the social isolation in pandemic COVID-19. Ciên Saúde Colet [Internet]. 2020 Apr [cited 2019 Aug 10]. Available: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/fatores-associados-ao-comportamento-da-populacao-durante-o-isolamento-social-na-pandemia-de-covid19/17551>
8. In Loco. Mapa Brasileiro da COVID-19 [Internet]. Brasil: In Loco; 2020 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://mapabrasileirodacovid.inloco.com.br/pt/?hsCtaTracking=68943485-8e65-4d6f-8ac0-af7c3ce710a2%7C45448575-c1a6-42c8-86d9-c68a42fa3fcc>
9. Mendonça MHM, Gondim R, Matta GC, Giovanella L. Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil. In: Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2018. p. 29-47.
10. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília: UNESCO; 2002 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>
11. Oliveira MAC, Pereira IC. Primary Health Care essential attributes and the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm. 2013 Sept; 66(Spe):158-64. Doi: 10.1590/S0034-71672013000700020
12. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Portaria nº 2436, 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) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2020 Apr 15]. Available from:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.htm)  
|

13. Pinto LF, Giovanella L. The Family Health Strategy: expanding access and reducing hospitalizations due to Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018 June; 23(6):1903-14. Doi: 10.1590/1413-81232018236.05592018.
14. Morosini MV, Fonseca AF. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. In: Mendonça MHM, Matta GC, Gondim R, Giovanella L. *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 369-405.
15. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002 (BR). Cria a profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [Internet]. 2002 Jul 10 [cited 2019 July 10]. Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/2002/L10507.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2002/L10507.htm)
16. Costa MC, Silva EB, Jahn AC, Resta DG, Colom ICS, Carli R. Work process of community health agents: possibilities and limits. *Rev Gaúcha Enferm*. 2012 Sept; 33(3):134-40. Doi: 10.1590/S1983-14472012000300018
17. Galavote HS, Prado TN, Maciel ELN, Lima RCD. Disclosing the work processes of the community health agents on the Family Health Strategy in Vitória (ES, Brazil). *Ciênc Saúde Colet*. 2011 Jan; 16(1):231-40. Doi: 10.1590/S1413-81232011000100026
18. Nogueira ML. Expressions of precariousness in the work of community health agents: bureaucratization and estrangement of the work. *Saúde Soc*. 2019 July/Sept; 28(3):309-23. Doi: 10.1590/s0104-12902019180783.
19. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa da Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2006 [cited 2019 Aug 10]. Available from: [https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria\\_648.pdf](https://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria_648.pdf)
20. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [cited 2019 Aug 10]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)
21. Morosini MV, Fonseca AF. Community workers in Primary Health Care in Brazil: an inventory of achievements and challenges. *Saúde Debate*. 2018 Sept; 42(Spe 1): 261-74. Doi: 10.1590/0103-11042018s117
22. Nunes CA, Aquino R, Medina MG, Vilasbôas ALQ, Pinto Júnior EP, Luz LA. Home Visits in Brazil: characteristics of the baseline activity of Community Health Workers. *Saúde Debate*. 2018 Oct; 42(Spe 2):127-44. Doi: 10.1590/0103-11042018s209
23. Barreto ICHC, Pessoa VM, Sousa MFA, Nuto SAS, Freitas RWJF, Ribeiro KG, et al. Complexity and potentiality of the Community Health Workers' labor in



contemporary Brazil. *Saúde debate*. 2018 Sept; 42(Spe 1):114-29. Doi: 10.1590/0103-11042018s108.

24. Riquinho DL, Pellini TV, Ramos DT, Silveira MR, Santos VCF. The daily work of the community health agent: between difficulty and power. *Trab Educ Saúde*. 2018 Jan; 16(Spe 1):163-82. Doi: 10.1590/1981-7746-sol00086
25. Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde. Reformulação do papel dos agentes comunitários de saúde na Atenção Básica. Relatório Preliminar do V Fórum Nacional da CONACS. Goiânia: CONACS, 2015.
26. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/08/20200408-ProtocoloManejo-ver07.pdf>
27. Ministério da Saúde (BR), Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019: altera as Portarias de Consolidação nº 2e nº 6, de 2017, para instituir equipe de Atenção Primária - eAP e dispor sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal - eSB com carga horária diferenciada [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2019 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.539-de-26-de-setembro-de-2019-218535009>
28. Guimarães C. Covid-19 e o SUS: O papel da Atenção Primária à Saúde no controle da epidemia. *Eco Debate* [Internet]. 2020 Mar [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://www.ecodebate.com.br/2020/04/17/covid-19-e-o-sus-o-papel-da-atencao-primaria-a-saude-no-controle-da-epidemia/>.
29. Ministério da Saúde (BR). Recomendações para adequação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19 [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [cited 2019 Aug 10]. Available from: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/07/20200403-recomendacoes-ACS-COVID19-ver002-final-b.pdf>
30. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? *Epidemiol Serv Saúde*. 2020; 29(2):e2020166. Doi: 10.5123/s1679-49742020000200024
31. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen L. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open*. 2020 Jan; 4(1):bjgpopen20X101041. Doi: 10.3399/bjgpopen20X101041