DOI: 10.1590/1413-81232023285.18422022

Características do trabalho do agente comunitário de saúde na pandemia de COVID-19 em municípios do Nordeste brasileiro

Characteristics of the community health agent's work in the COVID-19 pandemic in municipalities of Northeastern Brazil

Camila de Jesus França (https://orcid.org/0000-0002-0822-9411) [1]
Cristiane Abdon Nunes (https://orcid.org/0000-0001-6352-9858) [2]
Ana Luiza Queiroz Vilasbôas (https://orcid.org/0000-0002-5566-8337) [2]
Ítalo Ricardo Santos Aleluia (https://orcid.org/0000-0001-9499-6360) [3]
Rosana Aquino (https://orcid.org/0000-0003-3906-5170) [2]
Fabiely Gomes da Silva Nunes (https://orcid.org/0000-0003-1653-0842) [4]
Nilia Maria de Brito Lima Prado (https://orcid.org/0000-0001-8243-5662) [1,2]

Abstract *The community health agents (CHAs) comprised the workforce at the forefront of health systems in the fight against COVID-19. The study identified the structural conditions for organizing and characterizing the work of CHAs in three municipalities of northeastern Brazil during the pandemic period. A qualitative study of multiple cases was carried out. Twenty-eight subjects were interviewed, including community agents and municipal managers. Data production assessed the interviews with document analysis. The operational categories that emerged from the data analysis were: structural conditions and characteristics of the activities. The results of this study disclosed the scarcity of the structural conditions in the health units, which during the pandemic made improvised adaptations of the internal spaces. As for the work characteristics, actions permeated by bureaucratic aspects of an administrative nature were evidenced in the health units, resulting in the elimination of their binding function of territorial articulation and community mobilization. Thus, changes in their work can be seen as signs of the fragility of the health system and, especially, of primary health care.*

Key words *Primary health care, Community health workers, Community orientation, COVID-19*

Resumo *Os agentes comunitários de saúde (ACS) compuseram uma força de trabalho na linha de frente dos sistemas de saúde no combate a COVID-19. O trabalho identificou as condições estruturais para organização e caracterização do trabalho dos ACS em três municípios do Nordeste brasileiro no período pandêmico. Realizou-se um estudo qualitativo de casos múltiplos. Foram entrevistados 28 sujeitos entre agentes comunitários e gestores municipais. A produção dos dados cotejou as entrevistas com a análise documental. As categorias operacionais que emergiram da análise dos dados foram: condições estruturais e características das atividades. Os resultados deste estudo revelaram escassez nas condições estruturais das unidades de saúde, que durante a pandemia passou por adaptações improvisadas em seus espaços internos. Quanto às características do trabalho, evidenciaram-se ações permeadas por aspectos burocráticos de cunho administrativo no interior das unidades de saúde, acarretando o esvaziamento de sua função vincular de articulação territorial e mobilização comunitária. Assim, as alterações em seu trabalho podem ser vistas como sinalizadores da fragilização do sistema de saúde e, especialmente, da atenção primária à saúde.*

Palavras-chave *Atenção primária à saúde, Agentes comunitários de saúde, Orientação comunitária, COVID-19*

[1] Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. R. Hormindo Barros 58, Quadra 17, Lote 58, Candeias. 45.029-094 Vitória da Conquista BA Brasil. milajfranca@gmail.com
[2] Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador BA Brasil.
[3] Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia. Santo Antônio de Jesus BA Brasil.
[4] Centro Universitário UniFTC. Vitória da Conquista BA Brasil.

Introdução

Em sistemas universais de saúde, a atenção primária à saúde (APS) é preferencialmente o primeiro contato dos pacientes com os serviços de saúde[1,2]. Durante a crise sanitária provocada pela pandemia de COVID-19, em muitos países a APS não desempenhou um papel central na resposta governamental, cujas principais estratégias se concentraram no atendimento aos casos em serviços de emergência e hospitalares[3,4].

Experiências prévias no enfrentamento de epidemias, a exemplo do ebola, da síndrome respiratória aguda grave (SARS), da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), da zika e da H1N1[5], evidenciaram a importância da APS na organização de respostas sociais e comunitárias com vistas à contenção da transmissão. Recomendações atuais para o enfrentamento da pandemia destacam o potencial da ação comunitária para a compreensão das diferentes dinâmicas sociais nas comunidades que subsidiam estratégias de controle para minimizar o impacto da pandemia[6,7].

No caso do Brasil, dada a existência de um sistema universal de saúde reconhecido internacionalmente, esperava-se que o país fosse um caso de sucesso na resposta à pandemia[8]. As expectativas foram baseadas na capilaridade do sistema, na experiência da APS em emergências de saúde anteriores, como zika e H1N1, na existência de um modelo de atenção à saúde de base territorial com agentes comunitários de saúde (ACS)[2].

Os ACS, por sua familiaridade com o contexto local e a relação contínua que estabelecem com a comunidade e as equipes de APS, compõem uma força de trabalho na linha de frente dos sistemas de saúde que poderia assumir papel central na resposta, desenvolvendo intervenções de engajamento social seguras, viáveis e aceitáveis para subsidiar as respostas comunitárias à COVID-19[9,10].

No entanto, a resposta do governo federal quanto ao direcionamento normativo para a reorganização do trabalho dos ACS na APS foi permeada por racionalidades utilitaristas, com foco no trabalho administrativo, em conformidade com normativas identificadas nos últimos anos, exacerbadas pela pandemia[11].

Dessa forma, ainda que possam ter ocorrido modificações nas atividades relacionadas ao trabalho dos ACS[8,12-14], a literatura trouxe poucos elementos para compreensão das características centrais do trabalho desses profissionais na resposta à COVID-19. Este artigo objetiva identificar a organização e caracterizar o trabalho dos ACS, bem como os elementos potencializadores e limitantes dessa prática no âmbito da APS, em três municípios do Nordeste brasileiro no período pandêmico compreendido entre janeiro de 2020 e agosto de 2021.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, que utilizou como estratégia de investigação o estudo de casos múltiplos[15] em três municípios, sedes de regiões de saúde no estado da Bahia, no período compreendido de janeiro de 2020 a agosto de 2021.

O estudo é parte da pesquisa "Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia da COVID-19 (2020-2022)", financiada pela chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit nº 07/2020, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, parecer nº 4.420.126, de 25 de novembro de 2020.

Características dos municípios

Os municípios estudados são de distintas regiões de saúde do Nordeste brasileiro, mais especificamente das regiões Leste, Centro-Leste e Sudoeste do estado da Bahia.

Na Bahia, em 2020, a taxa de cobertura da APS alcançou o percentual de 84,34%, e a da Estratégia Saúde da Família foi de 77,54%. No mesmo período, 100% das Equipes de Saúde da Família (EqSF) do estado foram cofinanciadas com recursos estaduais. Em 2021, a cobertura de APS foi de 73,77%, enquanto a cobertura de ESF ficou em 79,23%[16].

No município M1, a organização administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) contempla 12 distritos sanitários. Em 2020, cerca de 56,36% da população estava coberta pelos serviços de APS, passando a 51,67% em 2021. Em 2020, contava com 155 Unidades de Atenção Primária à Saúde, sendo 46 Unidades Básicas em Saúde da Família (USF) e 109 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 359 EqSF implantadas, cinco equipes de Consultório na Rua (CR) e 12 Núcleos Ampliados de Saúde da Família – NASF[16].

O sistema de saúde do município M2 conta com uma ampla rede de serviços que perpassam os vários níveis de atenção à saúde e são referências para a macroregião Sudoeste da Bahia. Em

Ciência & Saúde Coletiva, 28(5):1399-1412, 2023

2020, apresentava cobertura da atenção básica superior a 61,65% e cobertura da ESF equivalente a 48,48%, e em 2021 as coberturas foram de 57,80% e 50,20%, respectivamente. O município M3 congrega cinco regiões de saúde. Em 2020, contava com uma cobertura da atenção básica de 83,45%, com 22 equipes e 66,21% de EqSF, e em 2021 foram 64,59% e 63,17%, respectivamente[16].

A taxa de cobertura de ACS em 2020 oscilaram mensalmente, aumentando ou diminuindo. No município M1, variou de 24,96% para 26,90% (não necessariamente em ordem crescente). Em M3 oscilou entre 60,88% a 75,47% (não necessariamente em ordem crescente). E em M2 variou de 87,19% a 90,39%[16].

Participantes do estudo

Foram entrevistados 28 sujeitos, selecionados por conveniência, incluindo os secretários e subsecretários municipais, com o total de dez gestores, apoiadores e técnicos de atenção básica e 18 agentes comunitários de saúde. Em relação aos gestores, foram feitas cinco entrevistas em M2, três em M3 e duas em M1. Entre os ACS foram selecionados três em M2, dois lotados em duas USF da zona rural e um em uma USF da zona urbana, quatro em M3, distribuídos em quatro USF da zona rural e quatro USF/US na zona urbana, e 11 em M1.

A maioria do(as) ACS eram do gênero feminino, com raça/cor preta, escolaridade distribuída de maneira uniforme entre ensino médio e superior, atuando em unidades de Saúde da Família, com variação de tempo de serviço entre 15 e 20 anos.

Produção dos dados

A produção dos dados foi obtida mediante cotejamento das entrevistas com a análise documental para compor as informações acerca do objeto do estudo. Foram elaborados roteiros específicos para os gestores e profissionais de saúde, com indagações sobre o trabalho do ACS durante o período de análise.

No primeiro momento, procedeu-se à transcrição, à leitura e à revisão de todas as entrevistas com os ACS e gestores selecionados. Posteriormente, uma planilha de processamento foi elaborada a partir do agrupamento de respostas dos entrevistados. A organização dos excertos textuais direcionou a análise dos dados das entrevistas.

A análise documental (Quadro 1) compreendeu a identificação de normas, portarias, decretos, leis, planos, programas, projetos e boletins informativos emitidos pelos três municípios e a recomendações da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) durante o período analisado, cujo conteúdo se relacionavam com as recomendações para a organização estrutural e material das unidades e as atividades específicas dos ACS no âmbito da APS.

A análise dos dados foi orientada a partir de duas categorias analíticas oriundas da teoria do processo de trabalho em saúde de Mendes-Gonçalves[17], a saber: a) os meios/condições de trabalho; e b) o trabalho propriamente dito. Os meios e condições de trabalho se combinam para assegurar a realização do trabalho. Eles abrangeram as ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como equipamentos, instrumentos, estabelecimentos e o ambiente, além dos conhecimentos, saberes e habilidades utilizados no processo de trabalho.

No presente estudo, considerou-se para fins de análise apenas as condições estruturais e materiais para o trabalho. Quanto ao trabalho propriamente dito, referiu-se ao conteúdo das atividades desenvolvidas pelos ACS. Assim, a partir das categorias de análise, foram definidas duas categorias operacionais que orientaram a interpretação dos resultados: a) condições estruturais para organização do trabalho; e b) características das atividades relacionadas ao trabalho do ACS (Quadro 2).

Foram selecionados alguns trechos das entrevistas para evidenciar os resultados, elegendo os mais expressivos e que melhor representavam as proposições e o conjunto de dados. Esses excertos serviram como amostra da robustez da categorização do material bruto coletado.

Resultados

Condições estruturais para organização do trabalho

Quanto à estrutura física e à necessidade de adequações da unidade de saúde, para o desempenho das atividades dos ACS, ressalta-se que entre os municípios estudados não houve melhorias quanto à estrutura física das unidades, apenas adaptações que respondessem à necessidade de distanciamento dos casos suspeitos dos demais usuários.

Houve mudança ou adaptação na ambiência física da UBS, nós tínhamos uma sala onde nós atendemos os casos suspeitos de *COVID-19* (EPFSA2).

Quadro 1. Síntese do conteúdo propositivo de normativas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção Básica e dos municípios analisados sobre o trabalho do ACS, entre janeiro de 2020 e agosto de 2021.

Local	Fonte de evidências	Dimensões da organização do trabalho		
			Características das atividades	
		Condições estruturais	Atividades internas na UBS/USF	Atividades comunitárias
Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS)	Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19.	. Realizar lavagem frequente das mãos com água e sabão ou álcool em gel. . Manter os ambientes bem ventilados. . Utilizar máscara cirúrgica e garantir uso de EPI apropriado. . Utilizar lenço descartável para higiene nasal. . Orientar e auxiliar no monitoramento -preferencialmente por telefone.	. Organizar o acolhimento; . Monitoramento dos casos suspeitos e confirmados. . Atividades educativas na unidade; . Identificação de casos suspeitos; . Trabalhar na Unidade (ACS com mais de 60 anos e/ou condições crônicas). . Auxiliar no atendimento através do fast-track.	. Realizar busca ativa de novos casos suspeitos de síndrome gripal e grupo de risco para vacinação-influenza. . Orientações de promoção e prevenção. . Auxiliar atividades de vacinação. . Visita peridomiciliar (priorizar grupo de risco).
	Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de COVID-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS.	. Manter distanciamento do paciente – não havendo possibilidade, utilizar máscara cirúrgica. . Higienizar as mãos com álcool em gel. . Utilizar máscara e garantir uso de EPI.	. Registro da ficha de visita domiciliar e a de cadastro individual in loco.	. A visita estará limitada apenas à área peridomiciliar e priorizar os pacientes de risco.
M1	Notas Técnicas: . nº 01/2020, de 19 de março de 2020. . nº 002/2020 de 25/03/2020. . nº 05/2020, de 09 de abril de 2020.	. Uso de máscaras em caso de visita domiciliar à paciente em isolamento. . Utilizar EPI quando necessário e medidas preventivas sobretudo durante as visitas domiciliares.	. Auxiliar no gerenciamento de insumos e equipamentos necessários ao desempenho das atividades de atenção ao COVID-19.	. Deverão realizar nos domicílios o monitoramento, orientações, busca ativa, identificação de casos suspeitos. . Desenvolver ações intersetoriais.
	Nota Técnica DAS/APS-Novo Coronavírus. Nº 009/2020, de junho de 2020.	. Tablet para cadastramento dos pacientes - aplicativo de mensagens de texto, por meio da oferta de chip específico para essa finalidade. . Uso de canais de comunicação . Uso de máscaras cirúrgicas e higienização das mãos com água, sabão e álcool a 70%.	. Realizar tele cadastramento. . Cumprir a maior parte de sua carga horária de trabalho dentro da unidade de saúde. . Responder mensagens, além de acolhimento e busca ativa de maneira remota. . Organizar, direcionar e orientar – portaria da UBS. . Triagem e orientações; . Realizar visitas(grupo prioritário).	. No território ações restritas a busca ativa os usuários de maior risco e vulnerabilidade. . Visitas peridomiciliares (priorizar grupo de risco) . Comunicação com lideranças comunitárias. . Orientações; . Identificação de vulnerabilidades sociais.

continua

Ciência & Saúde Coletiva, 28(5):1399-1412, 2023

Quadro 1. Síntese do conteúdo propositivo de normativas do Ministério da Saúde, da Secretaria de Atenção Básica e dos municípios analisados sobre o trabalho do ACS, entre janeiro de 2020 e agosto de 2021.

Local	Fonte de evidências	Dimensões da organização do trabalho		
		Condições estruturais	Características das atividades	
			Atividades internas na UBS/USF	Atividades comunitárias
M2	Plano Municipal de Contingência Novo Coronavírus (18/03/2020,atualizada 06/2020)	Utilizar EPI de forma adequada e medidas preventivas para biossegurança.	. Auxiliar no gerenciamento de insumos e equipamentos necessários.	. Acompanhamento domiciliar. Realizar orientações.
	Nota Técnica 01/2020.	. Uso de EPI de forma adequada, especificamente frente aos casos suspeitos.	. Auxiliar no atendimento a partir de capacitação para aplicar o FAST-TRACK, elaborado pelo Ministério da Saúde, para identificação de casos suspeitos.	. Deverão realizar as visitas não adentrando no domicílio, ao ar livre, priorizando grupo de risco.
	Nota Técnica emitida em julho de 2021.	. Uso de máscara durante as visitas e atividades durante o expediente de trabalho.	. Digitação da ficha de notificação. . Entrega de exames e procedimentos.	. Realizar visita peridomiciliar, priorizando a população de risco; . Notificação e monitoramento. . Acompanhamento-grupo de risco.
M3	Plano Municipal de Contingência (03/2020)	. Nenhuma descrição referente as condições estruturais	. Nenhuma descrição referente ao trabalho do ACS	. Nenhuma descrição referente ao trabalho do ACS

Fonte: Autores, com base em documentos da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS) e disponibilizados em sites municipais.

Nos três municípios pesquisados houve a separação dos atendimentos para os casos suspeitos e confirmados, com o uso de salas específicas para atendimento de sintomáticos respiratórios. Além disso, foram improvisadas barreiras físicas, com o uso de cadeiras e fitas, e restrição do número de assentos para evitar aglomerações dentro das UBS/USF.

Essa parte colocou as divisórias na sala de espera para o distanciamento social na USF. [...] tinha uma sala específica de COVID-19 só para atender essas pessoas (EPVDC1).

Os assentos têm o espaçamento das demarcações, tudo para garantir o mínimo de contágio possível não só para os pacientes, mas para os funcionários da unidade. [...] Na arrumação tivemos que fazer adaptação dos assentos e limitar os assentos, colocar distanciamento no balcão, estabelecer um limite entre o paciente e o funcionário ali na entrada da farmácia (EPSSA19).

Aqui na USF foi o isolamento, a gente não *teve a sala de isolamento para atendimento de COVID-19 [...]. Não foi mudado o* físico não. A gente teve uma adaptação que os profissionais de saúde mesmo fizeram por *sua conta [...] Tirando isso não teve nenhuma outra alteração* (EPFSA3).

Cabe ressaltar que, para o município M3, não foram encontrados documentos que se referissem à reorganização do trabalho do ACS durante o período da pandemia. Segundo os documentos analisados, principalmente do município M1, novas atribuições foram incorporadas ao trabalho dos ACS para o período pandêmico, com ênfase na utilização de tecnologias de informação e comunicação em saúde (TICs) e de mídias sociais como alternativa para a manutenção do contato contínuo com os usuários, frente às medidas de distanciamento social e limitações quanto às visitas domiciliares. Porém, apenas no município M2 houve aquisição, embora insuficiente, de apa-

Quadro 2. Categorias de análise.

Trabalho do ACS					
Categoria analítica	**Categoria operacional**	**Descrição**	**Aspectos centrais para análise**	**Evidências**	**Perguntas do roteiro**
Meios/ condições de trabalho	Organização do trabalho e unidade (condições estruturais e materiais)	Referem-se às condições físicas e às instalações e condições de segurança física e/ou material; ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como equipamentos, instrumentos, estabelecimentos e o ambiente.	Estrutura física da UBS – protocolos para organização do trabalho	Entrevista Gestor AB	A coordenação municipal de AB criou ou adotou protocolos para o enfrentamento da pandemia? (trabalho do ACS)
					Quais foram as ações desenvolvidas pela coordenação municipal de AB para apoiar as ações de vigilância realizadas pelas equipes de AB notificação de casos, orientações e ações educativas, testagem?
			Estrutura física da UBS (salas, locais/ambientes adequados ao apoio interno das atividades)	Entrevista ACS	Sua unidade passou por algum tipo de mudança ou adaptação na ambiência física por causa da pandemia? Quais?
			Disponibilidade de materiais de higiene e EPIs (quantidade e tipo)	Entrevista ACS	No contexto da pandemia, quais medidas de higiene foram adotadas em seu local de trabalho? São adequadas?
					Há EPI disponíveis para o desenvolvimento de seu trabalho na unidade? Quais? São adequados e suficientes? Foram disponibilizados desde o início?
			Disponibilidade de equipamentos eletrônicos (celular, tablet, computador, telefone fixo); acesso à internet	Entrevista ACS	Durante a pandemia houve aquisição de equipamentos eletrônicos em sua unidade para o contato com os usuários?
					Você utiliza seu telefone celular pessoal para contato com usuários? Com qual frequência?
					Sua unidade dispõe de acesso à internet? Melhorou a conectividade ?

continua

relhos telefônicos, computadores ou *tablets* para comunicação remota com usuários.

[...] já havíamos recebido os tablets*. [...] não foi comprado no momento da pandemia,* já tínhamos esses equipamentos. [...] Até que recebemos um aparelho em meados do ano passado que seria utilizado para isso, mas o aparelho não durou muito tempo na unidade. E acabamos usando o pessoal mesmo, *que é um acesso mais fácil e mais rápido* (PVDC 3).

Nos municípios M2 e M3, nota-se a dificuldade dos ACS da zona rural com o acesso à internet e a falta de equipamentos básicos de informática, sendo necessário o deslocamento até a sede.

Ciência & Saúde Coletiva, 28(5):1399-1412, 2023

Quadro 2. Categorias de análise.

Trabalho do ACS					
Categoria analítica	**Categoria operacional**	**Descrição**	**Aspectos centrais para análise**	**Evidências**	**Perguntas do roteiro**
Meios/ condições de trabalho	Organização do trabalho e unidade (condições estruturais e materiais)	Referem-se às condições físicas e às instalações e condições de segurança física e/ou material; ferramentas e estruturas físicas para o trabalho, como equipamentos, instrumentos, estabelecimentos e o ambiente	Capacitações e informações adequações	Entrevista ACS	Você participou de capacitação ou treinamento sobre a COVID-19? Se a resposta for afirmativa, quais foram os temas abordados?
					No seu local de trabalho há uma fonte de informação sobre a COVID-19 que orienta as ações? Qual é a fonte de informação? Como você avalia as informações recebidas em seu local de trabalho.
Trabalho propriamente dito (atividades realizadas)	Características das atividades relacionadas ao trabalho dos ACS	Referem-se ao conteúdo das atividades de trabalho, à organização e divisão do trabalho, aos modos de execução das atividades pelos trabalhadores.	Conteúdo das atividades dos ACS	Entrevista ACS	Durante a pandemia da COVID-19, houve alterações na organização do processo de trabalho?
					Quais foram as atividades modificadas?
					Você considera que as adequações do processo de trabalho de sua unidade foram suficientes para o desempenho de suas atividades de trabalho com segurança no contexto da COVID-19?
					Em relação à visita domiciliar do agente comunitário de saúde para usuários acompanhados na unidade, como está funcionando no momento?
			Organização e divisão do trabalho e modos de trabalho (mudanças nas rotinas e colaboração nas equipes)	Entrevista ACS	Durante a pandemia houve alterações na sua rotina de trabalho? Quais foram as alterações?

Fonte: Autores.

Não tem internet, não tem internet disponível na USF (EPVDC1).

A USF não dispõe de sistema para atender os usuários. No caso de imprimir um cartão do SUS, a gente tem que ir pra secretaria de saúde ou uma policlínica (EPFSA3).

Nas entrevistas dos ACS, percebe-se que os únicos equipamentos utilizado por eles, além de seus telefones pessoais, foram os *tablets* que já haviam sido adquiridos antes do período pandêmico. Torna-se importante ressaltar que em várias unidades já havia insuficiência desses dispositi-

vos e que durante o período pandêmico nada foi feito para melhorar ou adquirir tais ferramentas.

Acredito que não houve aquisição de equipamentos. Com certeza sim, uso meu telefone pessoal. Não foi adquirido na pandemia nosso tablet. *É de trabalho mesmo* (EPSSA5).

Não, nenhum tipo[...] Não, inclusive na USF nem tem telefone fixo, que está quebrado, e aqui não tem sistema eletrônico. A gente não tem disponibilidade de sistema. Só os ACS têm o trabalho com os tablets*, tirando essa parte que a gente não tem* (EPFSA3).

Apesar de não ser consenso entre os ACS entrevistados, a maioria demonstrou insatisfação com relação às informações recebidas e à escassez de capacitações específicas para as suas atribuições.

Não houve nenhum treinamento pra gente, não houve capacitação ou treinamento sobre a COVID-19 [...] não ofereceram nenhum curso (EPFSA5).

Foi uma vez, só que quando começou e a gente ficou em uma sala e foi até online com a secretaria. [... *] Tava ruim a internet. Depois disso a gente não teve capacitação nenhuma.* Só foi ess*a mesmo [...]* (EPSSA7).

Em M2 a gestão menciona a oferta de capacitações em relação ao protocolo adotado para o desempenho das atribuições dos ACS.

Nós inclusive pegamos a experiência do Rio de Janeiro, montamos um protocolo, fizemos capacitação com todos os agentes comunitários, primeiro com as enfermeiras supervisoras, e depois disso, com a aprovação delas, a gente encaminhou isso para os agentes comunitários (EGVDC9).

Nas entrevistas dos ACS, o que se percebe é o repasse de informações pelo profissional da enfermagem, e não capacitações específicas para o trabalhador comunitário.

Participei de algumas orientações com a enfermeira da unidade. [...] Foi o protocolo do Ministério da Saúde, sinais e sintomas do Sars-Cov-2, orientações quanto ao processo de trabalho das novas orientações (EPVDC8).

Outra questão observada foi o papel do profissional da enfermagem como responsável pelo repasse de informações e capacitações recebidas para os ACS.

A enfermeira, ela tem participado de algumas capacitações que ela sempre passa para a gente em reuniões de equipe. O que temos tido de contato com essas capacitações é assim (EPVDC3).

Nosso treinamento foi mais de uma forma espontânea. Nossas enfermeiras têm acesso a cursos online. Cursos que dão aparato sobre o enfrentamento da COVID-19. E elas jogavam nos grupos e acabávamos nos inscrevendo e fazendo alguns cursos online. Mas por conta própria, não que a *Secretaria estivesse disponível* (EPSSA19).

Características das atividades relacionadas ao trabalho dos ACS

Durante a pandemia, frente à necessidade de distanciamento social, a recomendação a respeito de visitas era de que deveriam ser circunscritas aos espaços peridomiciliares. O que de fato ocorreu nos três municípios pesquisados.

Porque os ACS não pararam de fazer visita, não só não estava adentrando o domicílio*, mas não deixou de acompanhar as famílias e fazer visitas domiciliares. [...] Está funcionando normalmente as visitas domiciliares, só não é permitida a entrada no domicílio. Mas está acontecendo visitas peridomiciliares ainda. [...] Desde o início da pandemia foram assim as visitas peridomiciliares* (EPVDC8).

Mas não deixamos de fazer a visita domiciliar porque o nosso trabalho só não podia entrar, mas da porta a gente falava com os moradores (EPSSA9).

Teve alteração, mas agora já está voltando ao normal. Só ainda a questão da entrada do domicílio que a gente ainda está esperando regularizar [...] a gente não parou de fazer as visitas domiciliares. A gente teve que manter distanciamento por conta disso da pandemia (EPFSA3).

As visitas peridomiciliares foram destinadas prioritariamente a grupos de risco, em apoio às ações de vigilância em saúde, fornecendo orientação, busca ativa e monitoramento de casos suspeitos e confirmados.

A gente fez o monitoramento online de casos também do pessoal com COVID, de casa fazia esse monitoramento de casos, fazia busca também nas casas pra saber se tinha ido pro médico, como que estavam os sintomas, se tinha agravado, tudo isso a gente estava fazendo mas não deixou de realizar as visita domiciliar (EPFSA1).

O agente comunitário que, quando vai nas casas, sempre reforça a questão do uso do distanciamento, do uso da máscara, da questão do álcool gel [...] (EPSSA1).

Os ACS entrevistados demonstraram insatisfação quanto aos desvios de suas atribuições, que passaram a se concentrar no trabalho interno nas unidades de saúde, em funções de portaria, higienização, triagem dos pacientes, entre outras.

Tem um ACS que fica na unidade fazendo essa triagem, antes de o paciente entrar na unidade a

gente faz essa triagem [...] Então eu acho que cada vez mais o nosso trabalho vai perdendo um pouco da característica que é o essencial, né? (EPSSA1).

O ACS foi ser o porteiro da USF [...] os ACS estão todos envolvidos na vacina COVID, e não envolvido em visita domiciliar. É um questionamento que também está sendo feito pelo sindicato e pela Secretaria de Saúde, porque o ACS não é porteiro (EPSSA11).

A gente começou a ir mais para USF, chegava lá e ajudava as pessoas dentro da USF a fazer uma coisa, dispensar medicamentos, ajudar na triagem, essas coisas, acho que deu uma mudada na rotina (EPVDC1).

Nas entrevistas com os gestores municipais e nos documentos analisados (Quadro 1), evidenciou-se a construção de protocolos para a organização do trabalho do ACS com direcionamento para o interior dos serviços e para ações de vigilância, com apoio às ações de vacinação, *drive-thru,* monitoramento remoto dos casos suspeitos e confirmados, não viabilizando apoio suficiente para o desempenho do trabalho comunitário e de educação em saúde.

Eu acredito que ele tenha ficado reduzido por conta da aglomeração, por conta do distanciamento, chegar na porta e não poder adentrar na casa [...] A questão do papel foi suprimida, os agentes comunitários têm os tablets *para fazer a comunicação* (EGVDC1).

E nós tivemos um número considerável de ACS que foram afastados, outros colocados em readaptação funcional dentro da estrutura física da unidade, então alguns foram trabalhar dentro da unidade e ajudavam nesse monitoramento dos casos via telefone [...] (EGFSA9).

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram alterações no trabalho do ACS durante o período pandêmico nos três municípios, tanto pela intensificação do trabalho quanto por novas demandas, principalmente de cunho administrativo no interior das unidades de saúde. Tais achados corroboram o estudo de Fernandez e colaboradores[11], que chamam atenção para a descaracterização das práxis do ACS com a interrupção das ações comunitárias, como a de visita domiciliar e territorialização, em detrimento de atividades burocráticas nas unidades de saúde, com organização de salas de espera, apoio na recepção e preenchimento de fichas.

O cenário da pandemia não encontrou condições estruturais físicas das UBS/USF que permitisse adequar os processos de trabalho, em conformidade com as necessidades de segurança sanitária para pacientes e profissionais. Há um *déficit* estrutural que é histórico nos serviços de APS e que permitiu apenas, como alternativa, a readaptação improvisada dos espaços internos das unidades de saúde, apontado por estudos[3,18] que, analogamente, analisaram a organização da APS e a capacidade de resposta no contexto pandêmico recente.

Percebe-se que as orientações e recomendações municipais a respeito das atividades dos ACS seguiram as propostas do Ministério da Saúde publicadas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), com direcionamentos acerca de visita peridomiciliar, alimentação do sistema, fornecimento de EPI's e monitoramento de casos suspeitos e confirmados, com priorização dos grupos de risco[19,20]. Porém, tais documentos abrangem recomendações incipientes, o que dificulta o direcionamento do trabalho comunitário para mitigar o risco de contaminação, proporcionando múltiplas interpretações operacionais e condicionando um processo de trabalho permeado por insegurança e medo para enfrentar a pandemia[21]. De acordo com Bentes[22], esses documentos oficiais de orientação do trabalho do ACS não refletem a realidade dos diferentes territórios do país, assim como desconsideram a sobrecarga advinda da pandemia e o acúmulo de demandas pré-existentes.

Diversos países reconhecem as habilidades dos trabalhadores comunitários de saúde para conectar comunidades marginalizadas, fornecer informações e promover comportamentos de saúde, como de isolamento social e higiene correta das mãos, durante a pandemia[23,24]. Para tanto, esses trabalhadores buscaram novas maneiras de alcançar os usuários, incluindo o uso de tecnologias de informação e comunicação, como videoconferências (para quem tem acesso à internet), telefonemas e aplicativo de mensagens[25], corroborando os resultados deste estudo.

O uso das TICs e de redes sociais para monitoramento das famílias se revelou um desafio na rotina do trabalho dos ACS, seja por equipamentos insuficientes e má qualidade de conexão à internet, seja pela inexistência de capacitações que gerem conhecimento e compreensão a respeito da doença, formas de prevenção e o próprio uso da tecnologia para o desempenho de suas atribuições. Cabe ponderar que a velocidade de ampliação de uso das TICs para garantir condições estruturais para os ACS foi aquém das necessidades de distanciamento social e também

das necessidades de continuidade do cuidado via tecnologias remotas no momento de importantes modificações impostas pela crise sanitária às atribuições e demandas para o trabalho dos ACS. Dessa forma, a implementação das TICs, principalmente no trabalho do ACS, categoria com menor visibilidade social na assistência, precisa ser tratada com cautela.

Segundo Lotta e Marques[26], a tecnologia não substitui o contato face a face e a abordagem relacional e próxima que esses profissionais realizam nos territórios em que atuam. Isso é consistente com a literatura existente, que sugere que o relacionamento próximo dos ACS com os membros da comunidade ajuda a diminuir a distância entre o sistema de saúde e a comunidade[27].

As barreiras de exclusão digital também se colocam como desafios para executar o atendimento a distância e em áreas rurais, como constatado no município M2, que revelou escassez de conectividade à internet na zona rural pesquisada. Vale destacar que os desafios do trabalho comunitário nas zonas rurais dos municípios não devem ser tratados como uma demanda restrita às soluções locais, faz-se necessário um conjunto de iniciativas nacionais, regionais e locais para mitigar a pandemia[28,29].

É necessário acompanhar as mudanças efetivas provocadas nas práticas reais de trabalho, as exigências geradas, as construções sociotécnicas que as materializam, seus efeitos sobre a saúde e as dimensões do trabalho[30]. Mesmo assim, em muitos casos sua viabilidade no trabalho em saúde só foi possível com o uso dos aparelhos pessoais dos próprios trabalhadores, como pode ser percebido nesta pesquisa.

No estudo de Singh e Singh[31], observa-se que os trabalhadores comunitários que receberam capacitação para a COVID-19 tiveram uma percepção de segurança significativamente maior para exercer as atividades rotineiras. Assim, dispor de uma fonte confiável de informações é fundamental para a consolidação das ações territoriais e de cunho comunitário, pois é esse conhecimento que subsidia o trabalho do ACS junto à população, bem como na unidade de saúde[32]. Logo, a ampliação das atividades de capacitação e treinamento dos ACS deve ser uma decisão estratégica para o fortalecimento das funções da APS.

Nesse contexto de risco existente na circulação pelo território e na visita domiciliar, várias proposições estratégicas versam sobre o cumprimento de normas de biossegurança, tendo em vista que os ACS estão expostos a inumeráveis riscos ocupacionais[33], devendo incluir a visita com distanciamento (peridomiciliar), a distribuição racional de equipamentos de proteção individual e materiais de higienização e desinfecção, como o álcool em gel, além de capacitações que assegurem o seu uso correto. No estudo realizado por Bhaskar e Arun[34], observa-se que, com treinamento e uso adequado de protetores faciais durante as visitas domiciliares, houve interrupção da transmissão do vírus entre os agentes comunitários. Segundo Costa e colaboradores[28], a falta de capacitação está associada à percepção de insegurança e ao medo dos ACS no desenvolvimento da sua rotina de trabalho.

Em outro estudo brasileiro[35], os autores sugeriram que diante da incerteza sobre quanto tempo durará essa emergência sanitária e do papel vital que os ACS desempenham no sistema de saúde brasileiro, os gestores de saúde e a sociedade precisam dar maior atenção a esses profissionais para melhorar a eficácia da resposta à COVID-19 no país.

Por fim, cabe ressaltar que a descontinuação do trabalho de rotina do ACS percebida neste estudo impacta diretamente em suas atribuições inerentes à prevenção e à promoção da saúde com vínculo territorial, que deveriam ser prioritárias para a contenção da transmissão comunitária do vírus, como já constatado em epidemias anteriores. Ainda que permaneçam tarefas de monitoramento, mesmo que adaptadas, de famílias e grupos de risco, já vinham sendo identificadas alterações em suas atividades nos últimos anos, sendo exacerbadas pela pandemia[13,28]. Nota-se como o papel de ponte entre comunidade e serviço é sustentado ao mesmo tempo em que se enfraquecem as práticas educativas e de mobilização dos ACS, sendo estas relegadas a segundo plano.

O panorama de rápidas transformações exige que novas estratégias sejam pensadas e implementadas a fim de mitigar as consequências de uma pandemia de tamanha proporção, sobretudo nas dinâmicas de trabalho. Tais resultados podem ser vistos como sinalizadores da fragilização do sistema de saúde, especialmente da atenção primária à saúde.

Há fortes evidências[13,36] quanto à contribuição dos ACS na atenção primária à saúde e nos níveis comunitários, tornando-a mais resiliente, o que inclui vigilância, suporte social e engajamento comunitário, porém seu potencial em surtos pode ser subutilizado ou negligenciado. Evidencia-se que o suporte institucional e a formação e educação permanentes para os ACS durante a pandemia foram insuficientes, o que culminou na sua saída de seus territórios, com

possível perda de legitimidade profissional, ao mesmo tempo em que revela a desvalorização da APS e da Estratégia da Saúde da Família como modelo de atenção.

A falta de direcionamentos claros que sejam embasados no fortalecimento dos atributos inerentes ao trabalho do ACS, conforme a orientação comunitária e territorial, constitui uma preocupação frente à impossibilidade de execução de ações resolutivas para a consolidação de uma APS forte e robusta para responder adequadamente às necessidades decorrentes de crises sanitárias localizadas ou abrangentes.

Cabe ressaltar possíveis limitações do estudo. Como foram utilizadas tanto a amostragem intencional como a amostragem em bola de neve, nossos resultados podem não indicar as opiniões da maioria dos ACS dos locais estudados. O estudo foi realizado remotamente e houve ocasiões em que a conexão com a internet foi interrompida e a comunicação verbal foi menos clara. Para mitigar essa questão, os participantes foram incentivados a falar abertamente e tranquilizados sobre a confidencialidade. Além disso, notas de campo e reuniões regulares de esclarecimento facilitaram a adoção de um processo reflexivo. Por fim, destaca-se que a saturação dos dados foi totalmente atingida.

A despeito de tais limitações, os resultados apresentados estimulam reflexões sobre o papel do ACS e indicam a necessidade de aprofundar estudos avaliativos sobre o atributo da competência cultural/de orientação comunitária do trabalho na APS em cenários de crises sanitárias na proporção da pandemia de COVID-19. Além de aprofundar aspectos atinentes à potencialidade da orientação comunitária como componente estratégico do trabalho do ACS, devido à relevância crucial para as ações de prevenção, promoção e proteção da saúde da população, importantes para o fortalecimento da APS no enfrentamento de novos desafios no período pós-pandemia.

Colaboradores

Todos os autores contribuíram igualmente para a concepção, o projeto, a aquisição, análise e interpretação dos dados, bem como na elaboração do trabalho, na revisão crítica e na aprovação da versão final a ser publicada. Também são igualmente responsáveis por todos os aspectos do trabalho, assegurando que as questões relacionadas à precisão e à integridade de qualquer parte sejam adequadamente investigadas e resolvidas.

Agradecimentos

Ao grupo de pesquisa do Programa Integrado para Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB) do Instituto em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pelo apoio na organização e no processamento do *corpus* analítico.

Financiamento

Este estudo foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit nº 07/2020, como parte da pesquisa "Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia da COVID-19 (2020-2022)". Além disso, foi concedida bolsa de estudo pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) para a autora principal, vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia (PPGSC-IMS/UFBA).

Referências

1. Verhoeven V, Tsakitzidis G, Philips H, Van Royen, P. Impact of the COVID-19 pandemic on the core functions of primary care: will the cure be worse than the disease? A qualitative interview study in Flemish GPs. *BMJ open* 2020; 10(6):e039674.
2. Boyce MR, Katz R. Community health workers and pandemic preparedness: current and prospective roles. *Frontiers Public Health* 2019; 7:62.
3. Krist AH, DeVoe JE, Cheng A, Ehrlich T, Jones SM. Redesigning primary care to address the COVID-19 pandemic in the midst of the pandemic. *Ann Fam Med* 2020; 18(4):349-354.
4. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramirez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, Iturrieta D, Almeida PF, Feo O. Is comprehensive primary health care part of the response to the COVID-19 pandemic in Latin America? *Trab Educ Saude* 2020; 19:e00310142.
5. Miller NP, Milsom P, Johnson G, Bedford J, Kapeu AS, Diallo AO, Hassen K, Rafique N, Islam K, Camara R, Kandeh J, Wesseh CS, Rasanathan K, Zambruni JP, Papowitz H. Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *J Glob Health* 2018; 8(2):020601.
6. World Health Organization (WHO). Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19): interim guidance [Internet]. [cited 2022 nov 10]. 2020. Available from: file:///C:/Users/luis.valdetaro/Downloads/WHO-2019-nCoV-RCCE-2020.2-eng.pdf
7. Sohrabi C, Alsafi, Z O'neill N, Khan M, Kerwan A, Al-Jabir A, Iosifidis C, Agha, R. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). *Int J Surg* 2020; 76:71-76.
8. Castro M. Lack of federal leadership hinders Brazil's COVID-19 response [Internet]. Harvard Public Health School. 2020. [cited 2022 nov 10]. Available from: https://www.hsph.harvard.edu/news/features/brazil-covid-marcia-castro/
9. Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, Nambiar D, Kakoti M. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health* 2020; 5(6):e002769.
10. Gilmore B, Ndejjo R, Tchetchia A, De Claro V, Mago E, Lopes C, Bhattacharyya S. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health* 2020; 5(10):e003188.
11. Fernandez M, Lotta G, Corrêa M. Challenges for Primary Health Care in Brazil: an analysis on the labor of community health workers during a COVID-19 pandemic. *Trab Educ Saude* 2021; 19:e00321153.
12. Fernandez M, Lotta G. How community health workers are facing COVID-19 pandemic in Brazil: personal feelings, access to resources and working process. *Arch Fam Med General Pract* 2020; 5(1):115-122.
13. Morosini MV, Fonseca A. Os agentes comunitários na Atenção Primária à Saúde no Brasil: inventário de conquistas e desafios. *Saude Debate* 2018; 42:261-274.

14. Lotta G, Nunes J, Fernandez M, Correa MG. The impact of the COVID-19 pandemic in the frontline health workforce: perceptions of vulnerability of Brazil's community health workers. *Health Policy Open* 2022; 3:100065.
15. Yin, RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman; 2015.
16. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). E-Gestor, Informação e Gestão da Atenção Básica [Internet]. [acessado 2022 nov 12]. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relCoberturaAPS-Cadastro.xhtml
17. Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.* São Paulo: Hucitec, Abrasco; 1994.
18. Silva BRG, Vechi Corrêa AP, Uehara SCDSA. Primary health care organization in the COVID-19 pandemic: scoping review. *Rev Saude Publica* 2022; 56:94.
19. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Orientações gerais sobre a atuação do ACS frente à pandemia de COVID-19 e os registros a serem realizados no e-SUS APS*. Brasília: MS; 2020.
20. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). *Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19.* Brasília: MS; 2020.
21. Quirino TRL, Silva NRB, Machado MF, Souza CD, Lima L FS, Azevedo CC. O trabalho do agente comunitário de saúde frente à pandemia da COVID-19. *Saude Soci* 2020; 5(1):1299-1314.
22. Bentes RN. A COVID-19 no Brasil e as atribuições dos agentes comunitários de saúde: desafios e problemáticas enfrentados no cenário nacional de pandemia. *Hygeia* 2020; Esp:175-182.
23. Shrestha A, Thapa TB, Giri M, Kumar S, Dhobi S, Thapa H, Dhami PP, Shahi R, Ghimire A, Rathaur ES. Knowledge and attitude on prevention of COVID-19 among community health workers in Nepal-a cross-sectional study. *BMC Public Health* 2021; 21(1):1424.
24. Gebremedhin T, Abebe H, Wondimu W, Gizaw AT. COVID-19 prevention practices and associated factors among frontline community health workers in Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *J Multidisciplinary Healthcare* 2021; 14:2239-2247.
25. Carter J, Hassan S, Walton A. Meeting the needs of vulnerable primary care patients without COVID-19 infections during the pandemic: observations from a community health worker lens. *J Prim Care Community Health* 2022; 13:21501319211067669.
26. Lotta GS, Marques EC. How social networks affect policy implementation: an analysis of street-level bureaucrats' performance regarding a health policy. *Social Policy Administration* 2020; 54(7):345-360.
27. Olateju Z, Olufunlayo T, MacArthur C, Leung C, Taylor B. Community health workers experiences and perceptions of working during the COVID-19 pandemic in Lagos, Nigeria – a qualitative study. *PloS One* 2022; 17(3):e0265092.
28. Costa NDR, Bellas H, Silva PRFD, Carvalho PVRD, Uhr D, Vieira C, Jatobá A. Agentes comunitários de saúde e a pandemia da COVID-19 nas favelas do Brasil. *Observatório COVID-19 Fiocruz* 2020; 24p.
29. Edwards M. Rural health workforce response to Australia's 2019/20 natural disasters and emergencies and in particular COVID-19. *Rural Remote Health* 2023; 23(1):8130.
30. Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet* 2020; 396(10248):365-366.
31. Singh SS, Singh LB. Training community health workers for the COVID-19 response, India. *Bull World Health Organ* 2022; 100(2):108-114.
32. Almeida ACM, Nóbrega CDCS, Silva CVSRD, Silva TSD, Saffer DA, Morosini MVGC, Borges CF, Morel CMTM, Petuco DRS, Nogueira ML. Orientações para agentes comunitários de saúde no enfrentamento à COVID-19. Rio de Janeiro: Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro; 2020.
33. Soares SL, Abreu CRC. A importância do uso de equipamentos de proteção individual-EPIs pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). *Rev JRG* 2021; 4(8):109-114.
34. Bhaskar ME, Arun S. SARS-CoV-2 infection among community health workers in India before and after use of face shields. *JAMA* 2020; 324(13):1348-1349.
35. Monreal TJ, Falcão EO, Araújo MEA, Adania DZ,-Santos-Pinto CB. Community health workers and COVID-19 in a Brazilian state capital. *Sociol Spectrum* 2022; 42(3)27-230.
36. Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Cien Saude Colet* 2016; 21(5):1637-1646.
37. Governo do Estado da Bahia. Secretaria de saúde do estado da Bahia (SESAB). COVID-19 (Novo Coronavírus) [Internet]. [acessado 2022 nov 10]. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/temasdesaude/coronavirus
38. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Notas Técnicas [Internet]. [acessado 2022 nov 10]. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/covid/notas-tecnicas/
39. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus [Internet]. 2020. [acessado 2022 nov9]. Disponível em: https://www.pmvc.ba.gov.br/wp-content/uploads/PLANO-DE-ENFRENTAMENTO-DO-CORONAV%C3%8DRUS-DO-MUNIC%C3%8DPIO-DE-VIT%C3%93RIA-DA-CONQUISTA-1-edicao-28032020.pdf

40. Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista. Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus [Internet]. 2020. [acessado 2022 nov 9]. Disponível em: https://sapl.vitoriadaconquista.ba.leg.br/media/sapl/public/documentoacessorio/2020/13141/plano_municipal_de_contingencia_para_enfrentamento_da_infeccao.pdf
41. Secretaria Municipal de Saúde de Salvador. Nota Técnica DAS/APS [Internet]. 2020. [acessado 2022 nov 9]. Disponível em: http://www.saude.salvador.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/14.-NT-DAS_APS-n.-09-de-23.06.2020-Reorganiza%C3%A7%C3%A3o-da-APS.pdf

Artigo apresentado em 15/11/2022
Aprovado em 15/02/2023
Versão final apresentada em 17/02/2023

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva

Este é um artigo publicado em acesso aberto sob uma licença Creative Commons