

A Atenção Primária à Saúde (APS) no combate à COVID-19: desafios e potencialidades da atuação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em municípios amazônicos

Marcela Garcia Corrêa
Marina Katurchi Exner
Everton Marques Cruz
Luiza Prata Monzoni

Resumo

O presente artigo buscou investigar as condições de trabalho de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no contexto amazônico, identificando as percepções sobre essas profissionais em suas atividades para o combate ao COVID-19. As especificidades culturais e territoriais deste contexto exigem urgência no desenvolvimento de estratégias governamentais que atendam a população amazonense. A investigação se propõe a compreender quais são os desafios e limites das ações de acompanhamento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) - dentro da Atenção Primária à Saúde (APS) -, sob a ótica das ACS, enquanto burocratas de nível de rua (BNR), responsáveis pela interface direta com as famílias atendidas. A metodologia adotada abrange a revisão de literatura nos campos de estudo de BNR e saúde pública em contextos emergenciais, análise documental, aplicação e análise de *survey* com ACS de dois municípios amazonenses e entrevistas com gestores responsáveis pela coordenação dessas profissionais. Com isso, constatamos mudanças em procedimentos de trabalho, com destaque para alteração das dinâmicas de interação com as famílias, e possibilidades de capacitação para o combate ao COVID-19 ainda aquém das necessárias. Também identificamos que as ACS percebem os desafios do contexto pandêmico na Amazônia a partir das barreiras de logística, transporte e falta de acesso à internet de qualidade, ainda que indiquem a potência do uso de saberes locais para atuar no combate ao vírus. Por fim, os dados constroem um panorama das condições emocionais, institucionais e materiais das ACS, com atenção para a presença de sentimentos como medo, tristeza e ansiedade presentes na rotina de trabalho.

Palavras chave: COVID-19; burocracia de nível de rua (BNR); Agentes Comunitárias de Saúde (ACS); saúde pública

Primary Health Care during the COVID-19 pandemic: challenges and advances of Community Health Workers (CHW) actions in amazonic municipalities

Abstract

This article sought to investigate the work conditions of Community Health Workers (CHW) in the amazonic context, identifying their perceptions concerning the actions throughout COVID-19 responses. The cultural and territorial specificities of this context place an urgent context in the development of governmental policies that serve the Amazonian population. In that manner, this study aims to understand what are the challenges and limits of the follow-up actions of the Family Health Strategy (FHS), from the perspective of the CHW, as street level bureaucrats (SLB), responsible for the direct interface with the families they monitor. The methodology adopted covers a literature review in the fields of study of SLB and public health in emergencies contexts, a document analysis, the application of a survey with ACS from two municipalities in Amazonas and interviews with managers that coordinate CHW work. As a result, we noticed

transformations in work procedures, with emphasis on the review and alteration of work dynamics (and interaction with families) and lack of training to combat COVID-19. Furthermore, we identified that the CHW perceived as challenges of the pandemic context in the Amazon context the barriers of logistics, transportation, lack of quality internet access and impaired information exchange with the public health system users, even though they recognize the importance of local knowledge to help defeat the virus. Finally, the data draws an overview of the emotional, institutional and material conditions on the part of the CHA, paying attention to the presence of feelings such as fear, sadness and anxiety present in the work routine.

Keywords: COVID-19; street level bureaucracy (SLB); Community Health Workers (CHW); public health

Introdução¹

A pandemia de COVID-19 promoveu rápidas transformações nas dinâmicas econômicas, sociais e políticas globais, com consequências desproporcionais entre os mais pobres e os grupos historicamente vulnerabilizados, o que lança desafios para garantir equidade no acesso à saúde (Shadmi et al., 2020; Cimerman; Chebabo & Cunha, 2020). Em fevereiro de 2020, o Brasil reportou o primeiro caso de contaminação por COVID-19, e quase oito meses depois, ocupa lugar de destaque como um dos principais epicentros da pandemia no mundo (Prado, 2020), e em especial, na América Latina (Burki, 2020; Cimerman; Chebabo & Cunha, 2020). Com a contabilização de mais de 5 milhões de casos e mais de 160 mil mortes, o sistema de saúde brasileiro, Sistema Único de Saúde (SUS), sofreu pressões diversas de atendimento e readaptação, inclusive em meio a uma tendência de corte de investimentos nos últimos anos (Magalhães et al., 2016).

Enquanto protagonistas para o funcionamento do sistema, as profissionais de saúde estão expostas a constantes riscos de contaminação e vivenciam criticamente a pandemia no seu cotidiano (Adams e Walls, 2020). Estudos no âmbito internacional reportam que a falta de equipamentos adequados, a falta de suporte, o cenário de incerteza, o risco e medo da morte são agravantes na piora do bem-estar destas profissionais da linha de frente (Felice et al., 2020; Lai et al., 2020; Teixeira et al., 2020). No Brasil, a literatura já aponta para efeitos psicológicos da crise entre enfermeiras (Bolina et al., 2020; Souza Carvalho et al., 2020; Soares et al., 2020; Oliveira et al., 2020a), médicas e dentistas (Cotrin et al., 2020; Fehn et al., 2020) e agentes comunitárias de saúde (Fernandez & Lotta, 2020; Lotta et al., 2020; Fiocruz, 2020; Lotta; Coelho & Brage, 2020).

Embora de escalas globais, os efeitos da crise são sobretudo experienciados a nível local (Mendenhall, 2020). Mais do que isso, no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) opera de forma descentralizada, em que União, estados e municípios desempenham papéis distintos na entrega dos serviços de saúde (Paim et al., 2011). Com a diversidade regional brasileira, observamos diversas “pandemias” de COVID-19 dentro do território nacional, sendo que estas possuem características e consequências distintas (Andreazzi et al., 2020). Na Amazônia, por exemplo, houve uma explosão de óbitos registrados no início da pandemia, com ênfase nos centros-urbanos (Orellana et al., 2020), como Manaus, mas que no decorrer dos meses

¹ Tendo em vista que 70% das profissionais de saúde do mundo são mulheres, segundo dados da OMS (2020) percentual equânime as estimativas do IBGE pelo Censo de 2010 no Brasil, e que 75% das ACS também são mulheres o presente artigo usa o gênero feminino para se referir a essas atrizes.

desencadeou um processo de interiorização do vírus no território amazonense, lançando alertas ao bem-estar e proteção das comunidades ribeirinhas e indígenas (Cupertino et al., 2020).

Nesse sentido, é importante mapear as estratégias de garantia de acesso à saúde em contextos de vulnerabilidade social. Com isso, para análise da efetividade de ações governamentais de prevenção e acompanhamento dos casos, organizações multilaterais, do terceiro setor e do próprio Estado têm utilizado as diretrizes apresentadas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com foco em saúde de qualidade (ODS 4), na redução de desigualdades (ODS 10), e nas parcerias entre governo e sociedade civil e meios de implementação (ODS 17) para avaliar os impactos e as estratégias desenvolvidas contra a COVID-19. Na presente investigação, a estratégia de Atenção Primária à Saúde (APS) ganha destaque, sendo sua análise apoiada nas ODS mencionadas.

A gestão e implementação da APS é responsabilidade das municipalidades e refere-se à porta de entrada do SUS, atendendo as populações mais vulneráveis. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) é o carro-chefe da política de saúde a nível local (Macinko & Mendonça, 2018) e materializa-se a partir de uma abordagem preventiva e comunitária, com equipes multiprofissionais que atuam diretamente nos territórios. As agentes comunitárias de saúde (ACS) são protagonistas no processo de conectar os(as) usuários(as) ao sistema, à medida que realizam visitas domiciliares, monitoram e acompanham, dentro de uma microárea, diversas famílias (Brasil, 2012). A ESF é um dos pilares da política de saúde no Nordeste e Norte do Brasil, e tem sido responsável, nos últimos anos, pela melhoria de indicadores de acesso à saúde e outros de caráter epidemiológico (Macinko e Harris, 2015; Paim et al., 2011).

Na Amazônia, em especial, a atuação das ACS, que usualmente são moradoras das próprias comunidades, coloca-se como um recurso indispensável, tendo em vista os desafios de cobertura e acesso à saúde de populações ribeirinhas e indígenas, por exemplo (Garnelo et al., 2014). Ainda, no contexto pandemia de COVID-19 (Haines et al., 2020; Lotta et al., 2020) e endemias passadas (Nunes, 2020; Fonseca, 2016; Ferreira et al., 2011), a abordagem comunitária apresenta uma potência no diagnóstico, prevenção e propagação de rápidas informações à população, principalmente os mais vulneráveis.

As ACS, como profissionais de saúde, estão expostas diretamente ao vírus e ao potencial agravamento de desigualdades estruturais que transpassam a sua condição de vida. Isso porque, já se somam mais de 18 mil casos confirmados entre as ACS no Brasil. Elas são majoritariamente mulheres (entre 75 e 95%, a depender da localidade) negras, com baixa qualificação profissional e remuneração (Barbosa et al., 2012; Lino et al., 2012; Simas & Pinto, 2017). A feminização da abordagem comunitária em saúde se materializa como uma espécie de extensão do trabalho doméstico e a pandemia apresentou contornos específicos para mulheres, em geral, e mulheres não-brancas, em particular (Estrela et al., 2020; Kopel et al., 2020). Tanto no Brasil como nos Estados Unidos, as pessoas negras foram especialmente afetadas pelas consequências sanitárias e socioeconômicas da pandemia, e é possível argumentar que exacerbaram o racismo estrutural no sistema de saúde, inviabilizando e vulnerabilizando vidas negras (Oliveira et al., 2020b) e indígenas (e portanto, não-brancas).

Tendo isso em vista, o presente artigo busca analisar a atuação das ACS na região amazônica durante a pandemia de COVID-19. Para tal, buscamos realizar um diagnóstico por meio de um estudo de caso em dois municípios (doravante A e B), considerando a percepção destas profissionais sobre mudanças impostas pela pandemia, desafios de se combater o vírus na região e potencialidades da abordagem comunitária para tal.

A opção por estudar a atuação das ACS durante a pandemia de COVID-19 em municípios amazonenses se deu por dois motivos. O primeiro diz respeito à potência de compreender, a partir das percepções destas atrizes, ou como denominadas pela literatura de implementação de políticas públicas, dessas burocratas de nível de rua (Lotta, 2015), como as respostas da APS no Norte do país foram mobilizadas para combater a pandemia de COVID-19 (Medina et al., 2020; Sarti et al., 2020; Soares & Fonseca, 2020). Já o segundo refere-se à especificidade do contexto amazônico, descentralizando a análise dos grandes centros urbanos como São Paulo, Rio de Janeiro e outras capitais, e lançando luz sobre o papel da abordagem comunitária contra a COVID-19 em municípios não-hegemônicos. Ainda, nos últimos meses, a Amazônia tem sido palco de violências e conflitos envolvendo políticas deliberadas de destruição, negação das problemáticas sócio-ambientais e altos índices de desmatamento (Ferrante e Fearnside, 2019; Castro; Lopes e Brondizio, 2020).

O presente estudo se baseia em dados coletados entre agosto e setembro de 2020, referentes à 45 ACS de dois municípios (A e B) do estado do Amazonas, por meio de um questionário *online*, haja vista as barreiras de distanciamento social impostas pela pandemia. Estas informações, combinadas a uma análise documental, entrevista com uma gestora da Secretaria de Saúde do município B, participação de reuniões com atores da Aliança, nos permitiram traçar um retrato da experiência das ACS em meio à crise nestas duas localidades. No limite, o estudo de caso aqui apresentado pode lançar luz para desafios e potencialidades de organização da APS, e em especial do trabalho das ACS, na Amazônia. O artigo está subdividido em quatro seções para além desta introdutória. A segunda seção apresenta uma breve revisão de literatura e situa as ACS como burocratas de nível de rua (BNR), e como atrizes essenciais nas respostas de crises sanitárias. A terceira seção apresenta o percurso metodológico, e a seguinte os resultados obtidos. Por fim, na quinta seção encerramos com considerações finais discutindo os resultados à luz da literatura, e apontamos as limitações da presente pesquisa e possíveis novas agendas de investigação.

A centralidade do papel desempenhado pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) durante emergências sanitárias

A literatura sobre implementação de políticas públicas², e em especial de burocracia de nível de rua, ganhou destaque nas últimas décadas em meio ao campo de estudos de Administração Pública (Lima & D'ascenzi, 2013). As burocracias de nível de rua são organizações (Lipsky, 1980) cujas atrizes principais são denominadas burocratas de nível de rua (BNR), profissionais que interagem diretamente com os(as) cidadãos(ãs) e que, portanto, se situam em um *locus* de ação privilegiado para desvendar as dinâmicas da entrega dos serviços e concretização de direitos (Dubois, 1999; Lotta, 2019). A literatura especializada advoga a favor da ideia das BNR como “elo de ligação entre Estado e sociedade” (Lotta, 2019). Assim, vislumbra-se um espaço para compreender os pilares de ação do Estado a partir de uma mirada à atuação das BNR no dia-a-dia da política pública (Brodin, 2012).

Mais recentemente, autores(as) têm se debruçado sobre o peso das dimensões culturais e socialmente constituídas na atuação destas profissionais. Nessa visão, os valores, interesses e práticas da BNR são apenas parcialmente determinados pelas lógicas institucionais (Maynard-Moody & Musheno, 2003). Assim, no limite, eles(as) argumentam que posições

² A implementação de políticas públicas diz respeito a uma das etapas do ciclo de políticas públicas composto resumidamente por formação da agenda, formulação, implementação e avaliação - e se caracteriza pelos processos e fluxos realizados a fim de “entregar” os serviços e políticas à população.

sociais, trajetórias e crenças influenciam como as políticas são implementadas (Maynard-Moody & Musheno, 2003; Harrits, 2019). Nessa tendência, Lotta (2015; 2019) lança luz à atuação das agentes comunitárias de saúde (ACS) enquanto BNR e descreve que tais profissionais atuam em um cenário de alta interação com o usuário, lançando mão de repertórios pessoais de atuação - haja vista a alta discricionariedade com a qual estão munidas. Ainda, os territórios em que essas profissionais atuam (e vivem) se materializa como “lugar” (Spink, 2001) ou “contexto” (Brodkin, 2012) da ação organizacional.

Em situações emergenciais, como desastres naturais ou crises sanitárias, a literatura discute que a incerteza e a discricionariedade das BNR tende a aumentar (Henderson, 2014; Alcadipani et al., 2020; Dunlop, 2020), mas ainda sem caracterizar os desdobramentos deste cenário. Em momentos críticos, as BNR são capazes apenas de exercer o que está a seu alcance, e não aquilo que desejam (Brodkin, 2012). O contexto de crise gera consequências de curto, médio e longo prazo na atuação destas profissionais, com aumento da pressão pela entrega do serviço, imposição de barreiras a práticas cotidianas e exigência de mudanças de comportamentos muitas vezes já cristalizados na atuação das BNRs (Alcadipani, 2020; Lotta; Coelho & Brage, 2020). Sob situações emergenciais, o treinamento, supervisão e orientação às BNRs se fazem ainda mais necessários (Lotta, Coelho & Brage, 2020).

Na linha de frente da política de saúde, as ACS são atrizes chave para atuar no enfrentamento de crises sanitárias, como é o caso da pandemia de COVID-19, dado o seu amplo conhecimento sobre as limitações e as potências do território em que atuam e a proximidade com as famílias acompanhadas (Lotta et al., 2020). O Ministério da Saúde (2020) publicou apenas em 20 de março de 2020 a diretriz "Recomendações para Adequações das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao COVID 19" sobre as competências destas profissionais durante a pandemia, sendo elas, em linhas gerais, a orientação da população sobre o vírus, suas consequências e o apoio à equipe na triagem e identificação de casos suspeitos. Além disso, a Fundação Amazônia Sustentável (2020) também publicou orientações "Guia De Recomendações para Atenção Primária à Saúde em Comunidades Ribeirinhas e Rurais e Aldeias Indígenas do Amazonas para a doença COVID-19" às ACS sobre como proceder com o encontro com as famílias, invisibilizando a entrada no domicílio, uso de álcool gel nas mãos, distanciamento do paciente etc. Neste documento, identifica-se que no caso de alguma das ACS apresentar sintomas de COVID-19, deve permanecer em isolamento e as ACS que possuem mais de 60 anos não devem prestar atividades que demandem de atendimento público.

Para analistas, o cenário brasileiro de enfrentamento à COVID-19 a nível federal foi caracterizado por uma omissão de liderança (nas figuras do Ministério da Saúde e do presidente) e, conseqüentemente, de coordenação do Sistema frente à crise (Castro, 2020; Ferigato et al., 2020). Com a magnitude e capilaridade do SUS esperava-se um caso de sucesso contra a COVID-19 no Brasil (Castro, 2020). Porém, ao contrário, a falta de regulação assertiva seja para proteger as profissionais da linha de frente, seja para planejar respostas descentralizadas levou a um “desastre”, expresso no alto índice de médicas, enfermeiras e ACS contaminadas e vítimas da doença (Leite et al., 2020).

À primeira vista, embora com potências reportadas por analistas e estudiosos da área (Medina et al., 2020; Sarti et al., 2020), e tendo sido mobilizada em endemias passadas (Miller et al., 2018), a APS, na figura das ACS, não foi sistematicamente estruturada para combater a COVID-19. Há uma literatura especializada que analisa, especificamente, a atuação das ACS, enquanto burocratas de nível de rua (Lotta, 2015), no enfrentamento de grandes endemias, tais

como da AIDS (Silva; Lima; Hemann, 2010), da malária (Osório-de-Castro et al., 2011), do zika vírus (Nunes, 2020; Fonseca, 2016), da dengue (Pessoa et al., 2016) e, mais recentemente, da COVID-19 (Lotta et al., 2020; Fernandes & Lotta, 2020; Fiocruz, 2020; Lotta; Coelho & Brage, 2020).

Enquanto profissionais da ESF, a atuação das ACS é crucial para garantir o acesso de populações mais vulneráveis ao sistema de saúde (Macinko & Mendonça, 2018; Paim et al., 2011). Silva, Lima e Hemann (2010) indicam que a malária atingiu com maior intensidade os grupos mais vulneráveis, não escolarizados, distantes fisicamente de serviços de saúde, evidenciando o papel das ACS e de lideranças comunitárias para acessar essas populações e levar informações confiáveis a elas. No caso da epidemia de zika vírus, o papel das mulheres ACS foi de estabelecer a ponte entre grupos vulneráveis (e de risco), como mulheres grávidas, e o SUS (Nunes, 2020; Fonseca, 2016). No cenário atual, a título de exemplo, o Brasil concentrou globalmente os óbitos entre mulheres grávidas, acompanhadas usualmente por ACS, infectadas com COVID-19, atingindo cerca de 77% dos casos totais em junho de 2020 (Takemoto et al., 2020).

Mais especificamente, o território amazônico lança dificuldades de deslocamento para locais onde existam unidades ou centros de saúde públicos (Osorio-de-Castro et al., 2011). Portanto, os procedimentos de orientação às ACS devem considerar o contexto em que ocorre a endemia, de modo a ser efetivo. Assim, a abordagem comunitária e de prevenção à saúde, cristalizada na APS no Brasil, é crucial para pensar respostas a situações de emergência, tendo em vista a proximidade entre usuários e profissionais e a capilaridade e reconhecimento do território (Haines et al., 2020; Lotta et al., 2020; Medina et al., 2020; Dumas et al., 2020; Sarti et al., 2020; Soares e Fonseca, 2020; Lotta, Coelho e Brage, 2020).

Em emergências sanitárias passadas, a falta de informações, somada à quantidade exaustiva de trabalho, contribuiu para o diagnóstico de *burnout*, ansiedade, incerteza e estresse das ACS (Telles e Pimenta, 2009; Ursine et al., 2010; Rosa et al., 2012). As condições precárias de trabalho foram reportadas em estudos anteriores (Alonso, 2018; Silva et al., 2012), sendo a pandemia de COVID-19 um possível catalisador de desigualdades estruturais e históricas que permeiam as ACS (Lotta et al., 2020), com influência direta na sua qualidade de vida, bem-estar e sensação de preparo (Maciel et al., 2020).

Nunes (2020) enfatiza a potência dos ACS enquanto "organizadores da comunidade" onde atuam, navegando entre forças verticais (referentes à organização federativa brasileira) e horizontais (da comunidade). Essas últimas dizem respeito à circulação de poderes em nível local no momento da implementação de políticas de saúde, à medida que a ACS interage com diferentes tipos de usuários(as) orientando-os(a) não somente quanto à sua saúde mas também criando categorizações sobre pacientes e casos "fáceis e difíceis" (Lotta, 2015; Lotta & Pires, 2020). Essa condição de elo entre famílias e Estado é, portanto, característica da atuação desta categoria profissional. No limite, a alta discricionariedade das ACS pode ser também reprodutora de desigualdades (Lotta & Nunes, 2019; Lotta & Pires, 2019).

Béguin, Alonso e Duarte (2018) chamam atenção para a falta de delimitação no papel das ACS, que tendem a praticar funções que extrapolam aquelas que cabe a elas realizar. Nunes (2020) e Lotta (2015) também destacam este espaço de discricionariedade criado a partir da não atribuição específica de atividades realizadas por ACS, tendência reproduzida na pandemia de COVID-19 pela falta de treinamento, orientações claras e direcionamentos de como e quando agir (Lotta et al., 2020; Fernandez & Lotta, 2020).

Mais especificamente, a pandemia de COVID-19, para além de suas proporções e alto índice de letalidade entre grupos vulneráveis (Pires et al., 2020), apresenta especificidade ainda não vista antes: a necessidade do distanciamento social e a constante ameaça do "outro" (usuário) como potencial transmissor do vírus. Por um lado, conforme apontam Soares e Fonseca (2020) e Lotta et al. (2020), as ACS têm um papel fundamental nessa pandemia para o controle dos grupos de risco, para realização de atendimento/monitoramento, cadastramento das famílias, busca ativa de casos suspeitos e para a conscientização das medidas a serem tomadas para reduzir a disseminação da COVID-19. No limite, o estreitamento de vínculo com a comunidade é chave para conter a disseminação do vírus (Soares & Fonseca, 2020; Haines et al., 2020). Por outro lado, as ACS, cujo perfil é majoritariamente feminino e não-branco³, são particularmente vulneráveis às consequências da pandemia - principalmente por estarem expostas na linha de frente, sendo que muitas vezes não são reconhecidas e tampouco receberam apoio material e institucional das municipalidades (Lotta et al., 2020; Fiocruz, 2020).

Métodos

A presente pesquisa possui caráter qualitativo e exploratório, à medida que buscamos investigar um fenômeno social - a atuação das ACS na pandemia de COVID-19 no contexto amazônico -, e levantar hipóteses e interpretações sobre o mesmo (Godoy et al., 2020; Gil, 2008). Para tal, realizamos um estudo de caso em dois municípios amazonenses (Langley, 1999; Stake, 1998). A escolha destes territórios se deu por dois motivos: (i) o estado do Amazonas foi um dos principais territórios atingidos no início da pandemia, reportando uma estrutural falta de recursos humanos e equipamentos hospitalares; (ii) os municípios selecionados (doravante município A e B) possuem características distintas, sendo o primeiro localizado na Região Metropolitana de Manaus e o segundo no Alto do Rio Solimões. Ambos os municípios são alvo das ações da Aliança Contra a COVID-19⁴, grupo esse constituído no início da pandemia, com o objetivo de conter a disseminação do vírus e promover condições mínimas de atendimento remoto e transporte de pacientes graves no Amazonas⁵.

Na esfera subnacional, destaca-se, para fins do presente artigo, as ações realizadas pelo Estado do Amazonas que construiu um programa de enfrentamento à COVID-19, com valores destinados para o Estado de R\$ 399 milhões e por município conforme critério populacional. No município A, o auxílio recebido foi de R\$ 1.066.760,31; no município B, o valor foi de R\$ 1.578.917,21.

³ A opção por designar as pessoas negras e indígenas como **não-brancas** se deu justamente com o objetivo de abarcar ambos grupos em uma mesma categoria.

⁴ A Aliança dos Povos Indígenas e Populações Tradicionais e Organizações Parceiras do Amazonas para o Enfrentamento do Coronavírus conta com 112 parceiros e mais de 356 doadores individuais sendo articulados pela Fundação Amazônia Sustentável. Os focos estratégicos são populações tradicionais e povos indígenas, além de pessoas em situação de rua e nas áreas periféricas na cidade de Manaus. Os eixos estratégicos citados são comunicação, produtos de assistência básica, telessaúde e transporte fluvial de emergência. Em relação ao guia de recomendações, a diretriz 5 orienta uso de medicamentos tradicionais como "Xarope da Floresta" e cuidados não medicamentosos para comunidades ribeirinhas e aldeias que não atingem nível elevado de gravidade.

⁵ A Fundação Amazônia Sustentável (FAS) atuou como importante articuladora entre os(as) pesquisadores(as) e as ACS dos territórios selecionados para este estudo de caso. Diante de um cenário extremamente crítico na região Amazônica, de forte ameaça aos povos indígenas e às populações tradicionais habitantes no estado, foi criada a "Aliança dos Povos Indígenas e Populações Tradicionais e Organizações Parceiras do Amazonas para o Enfrentamento do Coronavírus", um ecossistema constituído por setenta parceiros governamentais (prefeituras municipais da região do Amazonas), organizações não governamentais, organizações comunitárias, empresas, organismos multilaterais, instituições de ensino, pesquisa e inovação, e instituições de governo.

Como mencionamos anteriormente a pandemia, embora global, é essencialmente local, e portanto o contexto importa para avaliar seus efeitos (Mendenhall, 2020). O Brasil, enquanto território de proporções continentais, possui uma diversidade regional que estrutura experiências distintas de um mesmo fenômeno, como o acesso à saúde (Louvison, 2019; Viana e Iozzi, 2019; Lima et al., 2016). Como consequência, as desigualdades também são reproduzidas histórica e territorialmente. No caso dos(as) profissionais de saúde, há uma concentração de ACS atuando no Norte e Nordeste (Sousa; Dal Poz e Carvalho, 2012; Simas e Pinto, 2017).

O estado Amazonas apresenta altos índices de vulnerabilidade social e econômica (Garnello et al., 2018; Coutinho et al., 2017) e no caso do acesso à saúde apresenta desafios de mobilidade/logística no território, sobretudo de populações indígenas e ribeirinhas, que isoladas dos centros urbanos, onde estão os equipamentos de saúde, estão mais susceptíveis à disseminação da COVID-19 (Orellana et al., 2020).

A população do Amazonas representa 2% da população brasileira total (IBGE, 2020) e, até o final de novembro de 2020, o estado havia registrado 175.298 casos, o que corresponde a, aproximadamente, 3% dos casos confirmados de infecção de COVID-19 no Brasil (Ministério da Saúde, 2020). Até 25 de novembro, o estado contabilizava 4.818 óbitos confirmados por COVID-19, apresentando uma taxa de letalidade de 116,2 por 100 mil habitantes (maior que a média nacional de 81 óbitos/100 mil habitantes). Ainda, segundo a Rede Amazônica de Informação Socioambiental (RAISG), os mais de 400 garimpeiros ilegais e outros invasores na Amazônia brasileira são os principais vetores de contaminação em territórios indígenas protegidos. Portanto, o cenário de combate à pandemia da COVID-19 na região é complexo, e as barreiras de acesso à saúde são historicamente mitigadas pela atuação das ACS e dos Agentes Indígenas de Saúde (AIS) enquanto profissionais da ESF.

Apesar de ambos os casos receberem apoio da Aliança, eles estão localizados em contextos distintos, o que possibilita uma análise comparativa entre os dados coletados nesses dois territórios, considerando as especificidades de cada um. Enquanto o município A localiza-se no Alto Solimões, a 718 km de Manaus (o que leva em torno de 5 dias de transporte fluvial), o município B está a 338 km da capital, o que exige cerca de 6 horas para fazer o deslocamento. Segundo dados do Ministério da Saúde (2020), aproximadamente 6,5% da população de A contraiu o vírus da COVID-19, enquanto que 12,6% da população de B foi contaminada entre 27 de março e 14 de novembro. A Tabela I abaixo sistematiza as principais informações dos territórios estudados.

Tabela I - Caracterização do Município A e B

Município	População (segundo Ministério da Saúde)	Casos acumulados (até nov/2020)	Óbitos acumulados (até nov/2020)	Número de ACS	Número de respondentes	Taxa de resposta ao questionário	Distância de Manaus
A	13.540	968	13	47	19	38,7%	718 km
B	9.148	1.255	12	26	26	96,2%	338 km

Fonte: Ministério da Saúde, 2020. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, setembro 2020). Atualização: 26/11/2020

Enquanto método de coleta e análise dos dados, lançamos mão de uma triangulação de informações (Langley, 1999), principalmente dado o contexto de impedimento de ida a campo

presencial pelas barreiras sanitárias e exigências de distanciamento social. A primeira estratégia adotada foi a análise documental das normativas e boletins publicados durante a pandemia sobre o papel a ser desempenhado pelas ACS pelo Ministério da Saúde, governo do Estado do Amazonas, Secretarias Municipais (A e B) e Aliança contra COVID-19⁶. Os documentos são importantes fontes para que possamos capturar o que os atores de diferentes níveis federativos acreditam e quais eles creem serem as estratégias mais adequadas para o combate ao COVID-19 (Langley, 1999).

A segunda estratégia metodológica utilizada foi a coleta de dados por meio de um questionário online com 45 ACS dos dois municípios (A e B) selecionados⁷. O perfil sócio-demográfico é caracterizado por 82,2% mulheres, das quais 89,2% se autodeclararam pardas e 8% indígenas. No entanto, cumpre salientar que uma parte destas mulheres que se autodeclararam pardas são mestiças indígenas. Ademais, a maioria (71%) informou que atua há menos de 5 anos como ACS, panorama que pode estar ligado, entre outras explicações, a recente adesão dos municípios amazônicos à ESF (Sousa; Dal Poz & Carvalho, 2012)

A *survey* contou com 55 questões (binárias, abertas e múltipla escolha) divididas em quatro blocos: (i) condições materiais e emocionais das ACS durante a pandemia; (ii) acesso à Internet e uso de dispositivos para trabalhar; (iii) especificidades e desafios do contexto amazônico; (iv) caracterização geral (informações sobre perfil). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da FGV e os dados são todos anonimizados⁸. Ainda, o desenho do questionário se baseou na literatura de burocracia de nível de rua (BNR) e contou com a parceria de especialistas que atuam na região com a articulação da APS via terceiro setor⁹. A disseminação do questionário foi via WhatsApp, com articulação das coordenadorias de ACS nos respectivos municípios. Estatísticas descritivas são apresentadas como parte dos resultados obtidos pelo questionário.

Para fins do presente artigo, optamos por analisar o conteúdo de cinco perguntas abertas, sendo estas: (i) o que mudou nos procedimentos de trabalho e na interação com o(a) usuário(a); (ii) por que se sente preparado ou despreparado para combater o vírus; (iii) quais os desafios de se combater a COVID-19 na Amazônia; (iv) quais as potencialidades do contexto Amazônico; (v) como imagina o trabalho nos próximos meses. A análise de conteúdo (Saldaña, 2015) foi empregada a fim sistematizar e detectar tendências interpretativas sobre os dados. As codificações foram feitas em três etapas, com a construção de categorias iniciais, intermediárias e finais (Anexo I e II). Estas últimas organizam a apresentação dos resultados na seção seguinte.

Por fim, realizamos uma entrevista em profundidade (Gil, 2008) com uma gestora de médio escalão da Secretaria Municipal de Saúde do município B. As barreiras de acesso ao contato com representantes do município A impediu que as entrevistas fossem realizadas neste contexto. Ainda assim, consideramos as informações coletadas por meio da entrevista sincrônica com gestores(as) do município B para compreender melhor as estratégias de resposta do governo

⁶ Analisamos duas recomendações publicadas pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde do Ministério da Saúde, além dos 15 boletins publicados pela Aliança contra COVID-19 e o Guia criado pela FAS para orientar o trabalho das ACS durante a pandemia.

⁷ Cumpre salientar que embora a aplicação do *survey* tenha sido feita em quatro município, optamos por selecionar para análise aqueles nos quais obtivemos uma taxa de 30% de respostas - em relação ao total de ACS - ou mais.

⁸ Nos relatos expostos a seguir, caracterizamos a entrevistada como ACS, número de identificação, A ou B (município). A título de exemplo temos: ACS01A

⁹ Gestoras da Fundação Amazônia Sustentável (FAS) participaram ativamente da construção e revisão da versão final do questionário. Além disso, elas permitiram que os contatos fossem estabelecidos entre pesquisadores(as) e as ACS respondentes.

local e, principalmente, o papel que as ACS desempenharam nesta localidade. A isto, soma-se a participação em reuniões com gestores da Fundação Amazônia Sustentável (FAS) e atores da Aliança.

Resultados

Nesta seção apresentamos os resultados obtidos por meio das codificações e das respostas fechadas ao questionário. As subseções construídas se baseiam nos resultados das codificações expressos nos Anexos I e II.

Percepções das ACS sobre mudanças nas procedimentos de trabalho e nas relações com o(a) usuário(a)

O contexto pandêmico lançou novos desafios para repensar o modelo de assistência à Atenção Primária de Saúde (APS), seja no nível de governança local das equipes, tal como no acompanhamento das famílias por parte das ACS. Nesse sentido, ações locais foram desenvolvidas para mapear alternativas de continuidade dos trabalhos e preservar o relacionamento e atenção com as famílias usuárias. Os resultados extraídos da *survey* nos mostram que, embora os municípios estudados estejam situados em contextos bastante distintos, não houve grandes divergências nas informações que obtivemos de cada uma das localidades. Por esse motivo, a análise aqui realizada fará comparações entre os municípios apenas em momentos pontuais, sendo que, no geral, trataremos os dados das duas cidades em conjunto.

Ao partir da centralidade da interação entre ACS e usuários(as), observa-se que 84,44% das participantes da pesquisa apontaram que houve mudanças no relacionamento com as famílias assistidas. Em grande parte, entre os relatos que afirmam que a pandemia alterou sua relação com as famílias, destaca-se o impacto direto do distanciamento social em suas atividades, sendo esse um grande desafio, já que a metodologia da APS considera, quando possível, a visita *in loco* para atendimento dos(as) usuários(as). O medo e o cenário de tensão na abordagem dos(as) usuários(as) também se destacam nos testemunhos:

Mudou muitas coisas, porque quando eles veem a gente chegando na porta deles eles já sentem medo, e muitos já não recebem nós como recebiam antes. O medo tomou de conta. (ACS01A)

As visitas que antes entrava nas casas, passaram a ser somente pela parte de fora, respeitando o distanciamento social (ACS02A)

As pessoas passaram a ter medo de nós ACS (ACS01B)

Tenho medo de contrair o vírus e levar pra minha família (ACS02B)

Muitas coisas. Não posso mais brincar com as crianças e entrar na casa (ACS03B)

Além disso, 77,78% das respondentes afirmaram que a crise alterou suas dinâmicas de trabalho. Os relatos dizem respeito a mudanças em rotinas diárias, no uso de equipamento de segurança para atendimento, na quantidade de domicílios visitados e nas formas de interação

com os usuários. A queixa sobre a falta de possibilidade de contato físico com as crianças é ilustrativo das barreiras do distanciamento social, que impede a pesagem de bebês, entre outras atividades rotineiras das ACS. Como mencionado anteriormente, a metodologia da APS prevê atendimento próximo e interação contínua com as famílias, principalmente com as crianças, a fim de acompanhar o desenvolvimento de suas competências e habilidades, principalmente na primeira infância (Brasil, 2012).

Quanto ao uso de equipamentos de segurança, somente 64,44% das respondentes afirmaram ter recebido instrumentos para trabalho, como EPIs, termômetro e oxímetro (68,4% no município A e 61,5% no município B). Ainda, 88,89% das ACS disseram não ter recebido materiais de testagem, 60% declararam ter tido algum tipo de treinamento para lidar com o vírus (57,9% no município A e 61,5% no município B). Do total de respondentes, apenas 42,2% relataram se sentirem preparadas para lidar com a pandemia (26,6% no município A e 53,8% no município B). Por um lado, a leitura conjunta desses três dados pode evidenciar certo grau de vulnerabilidade e falta de atenção específica para essas profissionais por parte do poder público destas duas municipalidades.

Por outro lado, a entrevista com coordenadora dos ACS do município B lançou luz sobre as estratégias empregadas para combater a pandemia. Nesta localidade, foi criada uma Comissão Especial composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e, sobretudo, agentes comunitárias de saúde, a quem coube a manutenção das visitas domiciliares para identificar os casos suspeitos, conforme determinação do Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária. A coordenadora mencionou que todas as medicações e instrumentos para o combate foram providenciados com antecedência para que não ocorressem incidentes por falta de equipamentos. Esta ambiguidade na percepção das ACS e da coordenadoria local mostra certas lacunas entre as instâncias da política de saúde, mesmo dentro de um mesmo município. Em concomitância, tal discurso também foi empregado por gestores da FAS e atores da Aliança.

A título de exemplo, o Boletim 15 da Aliança contra COVID-19 na Amazônia expõe que recursos de diversos parceiros foram encaminhados para o município A a partir do mês de junho, enquanto para o município B somente no mês de julho. Neste último mês, reporta-se a oferta da 4ª capacitação para ACS em ambas localidades. Já em referência ao mês de agosto, foram entregues 27 oxímetros para o Secretário de Saúde do município A e entrega de cestas básicas e kit de higiene. No último dia de setembro, embarcaram 476 cestas básicas e 476 kits de higiene para o município A. O número de pessoas beneficiadas no município foi entre 4.974 e 4.600. Já em relação a quantidade de itens doados, se totalizou cerca de 1.497 e 1.331. No que se refere ao município B, ainda em agosto, o boletim reporta que foram entregues 210 cestas básicas e kits de higiene. Em setembro, foram enviados 17 oxímetros para a representação do município B distribuir às ACS.

Assim, visão das profissionais da linha de frente contrastada à perspectiva de gestores de médio escalão e organizações parceira nos leva a argumentar a favor de uma complexidade da situação.

Percepções das ACS sobre os desafios de combater a COVID-19 na Amazônia

O panorama descrito acima deve ser considerado ao analisar a saúde e disposição das profissionais em meio aos desafios instaurados pela pandemia. De acordo com as respondentes, 73,33% afirmam que o contexto de pandemia impactou o seu estado de saúde mental. No quadro de percepções individuais das ACS no contato com as famílias durante a pandemia de COVID-19, alguns sentimentos ganham destaque, como medo (86,7%), tristeza (55,6%) e

ansiedade (48,9%). De acordo com as respondentes, esses sentimentos são causados, principalmente, por conta do risco que o contato com os cidadãos pode ter na sua saúde individual (64,4%) e, principalmente, na saúde de seus familiares (82,2%). Para além disso, 66,6% das ACS justificam esses sentimentos em função do isolamento social, e 31% em função da sobrecarga de trabalho.

Alternativas para qualificar o trabalho dos profissionais de saúde, como o Núcleo do Telessaúde no estado do Amazonas, têm se colocado com maior ênfase para reduzir os impactos da pandemia¹⁰. No caso das ACS, no entanto, apenas 33,3% pontuaram ter utilizado o Telessaúde. Tendo em vista que a utilização do Telessaúde depende do uso de recursos tecnológico, vale destacar que 31,11% afirmam estarem em processo de aprendizagem de uso de novas ferramentas tecnológicas, e 35,5% relatam não ter acesso a esse tipo de recurso. Das usuárias desses recursos, apenas 53,3% afirmam se sentirem seguras para uso das ferramentas.

Dentre os possíveis desafios elencados para o combate ao vírus no contexto amazônico, 53,33% das respondentes afirmam que o transporte e tempo de deslocamento até as famílias assistidas é um fator crítico para o pleno acompanhamento, sendo esse percentual de 69,2% no município A, mais distante da capital, e 57,6% no município B, mais próximo da capital. Uma das ACS indica a *Logística para equipe de saúde atuar na zona rural (ACS03A)* como um dos principais desafios.

Ainda, a falta de acesso à internet foi citada por 53,3% das ACS, não havendo diferença significativa entre os municípios. Destaca-se também que 37,7% afirmam que a transmissão e assimilação das informações sobre vírus e o contexto pandêmico, pelos cidadãos, também aparecem como desafio para combate à COVID-19.

Teimosia da população e falta de interesse em relação ao uso de máscara e álcool gel (ACS04B)

Ignorância de algumas pessoas (ACS06B)

A falta de conscientização de pessoas que não respeita distanciamento social (ACS05A)

Vale mencionar que enquanto 31,5% das ACS do município A indicam que os saberes locais são utilizados pelos ACS para combater o vírus na região amazônica, esse percentual é de 73% no município B. Algumas são as ações que exemplificam de que maneira esses saberes tradicionais podem contribuir no combate à COVID-19.

Ensinando a fazer chás e remédios caseiros para se prevenir (ACS07B)

Usando o conhecimento que cada um tem sua área (ACS06A)

Através do chá (ACS07A)

¹⁰ O Telessaúde é uma ação nacional que, na Amazônia, tem seu Núcleo na Universidade do Estado do Amazonas (UEA). O programa tem o objetivo de capacitar os profissionais de saúde, como as ACS, e, conseqüentemente, qualificar o atendimento da APS, através da tecnologia. Uma das características do Núcleo é levar em consideração as especificidades das comunidades ribeirinhas ou dos territórios indígenas, tendo em vista os princípios de universalização, integração e equidade do SUS.

A coordenadora das ACS no município B enfatizou como desafio o movimento de conscientização da comunidade, principalmente porque o acesso até Manaus é por água, e quando estão em tempos de seca, a remoção dos casos mais graves até os hospitais de Manaus se torna mais difícil. A gestora reitera continuamente o papel fundamental das ACS, que receberam orientações como visitas apenas fora do domicílio, uso de luvas, álcool gel e distanciamento.

A sensação de preparo e de reconhecimento está diretamente relacionada com o bem-estar das ACS diante da situação emergencial e influenciam na maneira como atuam. Ao indagarmos sobre o porquê 43% se sentem preparadas para lidar com a pandemia, elas sinalizam a centralidade das capacitações que participaram, os quais ajudam-nas a “*saber como orientar as pessoas*” (ACS02B) e também a como se prevenir.

Vale a pena destacar a fala de uma das ACS, que disse estar preparada por um motivo diferente.

Porque meus pacientes precisa de mim, e eu preciso tá preparada pra qualquer situação (ACS08A).

Essa fala ilustra o sentimento de dever dessa ACS para com os cidadãos que atende, o que exige dela que esteja preparada, custe o que custar. Ao mesmo tempo em que 73,3% das ACS tenha relatado que a saúde mental foi comprometida durante a pandemia, 77,7% alegou ter recebido apoio de psicólogas para cuidar da saúde mental. Vale destacar que no município B, 92,3% das ACS disseram ter recebido algum apoio no trabalho para cuidar de sua saúde mental, contra 57,8% no município A. Esse apoio certamente contribui para o ganho de segurança e da autoestima das ACS no momento de execução de seu trabalho e na sensação de preparo para lidar com a crise; no entanto, é importante enfatizar as restrições às quais essas profissionais estão submetidas no seu trabalho.

Me sinto preparada como pessoa, mas como profissional falta um pouco más de orientação e apoio e todos suportes necessários que um profissional precisa para se sentir preparado, essa é a minha opinião (ACS09A).

A aproximação com o(a) usuário(a) também sinaliza uma potência do contexto:

Nesse período de pandemia eu pude avaliar meus pacientes e aprender com eles, porque só aí podemos ser humanos e solidários com cada um. (ACS10A).

Um dos principais desafios reportados está ligado à necessidade de conscientizar constantemente a população sobre os riscos do vírus. Mais do que isso, no que tange a proteção das comunidades ribeirinhas, as ACS informaram que a continuidade da disseminação de informações, com acompanhamento via telefone é capaz de minar a disseminação do vírus nas comunidades ribeirinhas. A título de exemplo:

Devemos continuar fazendo palestras explicando a eles a importância do isolamento social ,a importância da máscara e do álcool em gel,também

orientá-los a só sair de suas comunidades se realmente for necessário (ACS11A)

Eu acredito que colocar barreiras nos portos para que ninguém saia de suas comunidades. ACS12A)

Discussão e Considerações finais

A análise dos resultados apresentados lança luz sobre a importância de compreender a particularidade do contexto amazônico durante a pandemia, tanto em relação às suas potencialidades quanto seus desafios (Castro et al., 2020). A visão da linha de frente, da “ponta” da política pública, aqui contemplada pelas respostas das ACS aos questionários, se contrasta com a visão de gestores de médio escalão e documentos/normativas produzidos por esses últimos atores. Tal constatação lança uma complexidade ainda maior na análise sobre a atuação do Estado durante a pandemia.

Como um dos principais desafios, salientamos que a procedência de um trabalho que historicamente possui condições precárias (Alonso, 2018; Silva et al., 2012) se potencializa no momento de pandemia pela falta de treinamento, equipamentos adequados e condições institucionais e psico-emocionais (Lotta et al., 2020; Lotta; Coelho & Bagre, 2020; Fernandez & Lotta, 2020). Ainda, como exposto nos resultados, muitas das ACS relataram dificuldades de comunicação no contato com as famílias, uma vez que são orientadas a se relacionar com as comunidades mantendo o distanciamento físico imposto pela pandemia. O uso de máscaras, novidade na abordagem comunitária, também impacta as comunicações com as famílias, incidindo sobre o momento de interação direta, e consequentemente, da entrega do serviço público (Alcadipani et al., 2020) e da própria natureza do trabalho das ACS (vistas como BNRs).

Além disso, o papel dessas profissionais transcende orientações técnicas, uma vez que se vêem responsáveis pela conscientização das famílias para seguirem os protocolos sanitários necessários para a contenção do vírus, o que acaba, algumas vezes, configurando-as enquanto “pacientes difíceis”, categorização que, mesmo na normalidade, já aparece na atuação dessas profissionais (Lotta, 2019; Pires & Lotta, 2020). A exigência de “educar” as pessoas apareceu nos relatos em um sentido de “fardo” e “descontentamento” das ACS participantes da pesquisa. Mais do que isso, identificamos que sob a perspectiva delas, esse momento de interação exige “seu máximo” e seu preparo e dedicação - o que promove um certo “senso” e “dever” do trabalho da linha de frente. Assim, estas mudanças nas interações aparecem sob um caráter dual: desafio e também potencialidade da linha de frente.

Não obstante, o medo, a incerteza e a falta de preparo são sentimentos mobilizados por elas durante o cotidiano de combate à pandemia - cenário diagnosticado por outros estudos (Fernandez & Lotta, 2020) e indicam um possível agravamento no quadro de um cenário já precário em termos psicológicos (Telles e Pimenta, 2009; Ursine et al., 2010; Rosa et al., 2012). Estes são canalizados na continuidade do trabalho “que não pode parar”, configurando um certo espaço de resiliência à crise por parte dessas atrizes sociais.

Enquanto uma das potencialidades, destacamos que o conhecimento tradicional, tal como mencionado no "Guia de Recomendações para Atenção Primária à Saúde em Comunidades Ribeirinhas e Rurais e Aldeias Indígenas do Amazonas para a doença COVID-19", aparece nos relatos como uma das medidas adotadas para pacientes com sintomas leves da doença, o que pode servir de chave para uma nova agenda de pesquisa sobre a importância de tais conhecimentos.

Na análise comparada dos dados dos municípios A e B, constatamos a necessidade de apoio tanto governamentais tanto com relação à sociedade civil. No município A, foi relatado o bom relacionamento com o prefeito da cidade, que conseguiu disponibilizar EPIs com antecedência. Para além de apoio técnico, foram realizados encontros para relatar suas angústias, medos e incertezas durante o trabalho, contando com uma rede, o que favorece o trabalho das ACS e potencialmente pode explicar o motivo pelo qual o percentual de respondentes que dizem sentir-se preparadas para lidar com a pandemia seja bastante significativo no município A. Porém, se, por um lado, esse município possui boa relação com agentes externos, outros relatos de ACS demonstram sentir falta de apoio, tanto técnico como psicológico. A ausência de entrevistas com gestores públicos do município B nos impede de chegar a conclusões sobre o motivo pelo qual há uma taxa muito menor de ACS que se sentem preparadas para lidar com a pandemia neste município, quando comparado ao A. Gestoras da FAS comentaram como é “complicada” a relação com a gestão de saúde do município B. Ao observarmos que o percentual de ACS do município A que disseram ter recebido qualquer apoio no trabalho para lidar com a sua saúde mental é inferior ao do município B, podemos criar a hipótese de que o sentimento de falta de preparo por parte dessas profissionais da saúde se deu em função da ausência de um apoio mais próximo e acolhedor por parte de seus superiores.

É possível, ainda, com base nos resultados da pesquisa, levantar hipóteses sobre particularidades relevantes de cada município. Enquanto nenhum respondente do município A atua em comunidades ribeirinhas, 42,3% das ACS do município B o fazem. Isso pode nos ajudar a justificar o percentual de respondentes da cidade B que acredita que saberes locais podem contribuir para combater o vírus na região ser mais de duas vezes maior do que o percentual de ACS no município A. Partimos da hipótese de que muitos saberes locais - aos quais as ACS de s têm acesso - podem estar guardados em comunidades ribeirinhas. Assim, quanto maior o contato com essas comunidades, maior pode ser a crença dos ACS de que saberes locais podem, sim, contribuir no combate ao vírus, abrindo, aqui, uma agenda de pesquisa relevante. No mais, desafios de logística, transporte de insumos e pessoas remanescem como barreiras à implementação da APS nas localidades interiorizadas do estado do Amazonas (Osório de Castro et al., 2011).

Cumpramos destacar que houve limitações impostas pela pandemia e exigências de adaptação dos métodos de coleta de dados em um cenário de restrição de ida a campo. Em primeiro lugar, o estudo de caso aqui apresentado circunscreve a análise à realidade de apenas dois municípios amazonenses (A e B) em um recorte temporal específico (junho e agosto de 2020). Em segundo lugar, a aplicação do questionário *online* e as dificuldades de acesso à zona rural impossibilitaram taxas de 100% de respostas e limitaram as informações a respostas escritas. Como decorrência disso, uma terceira limitação diz respeito à não escuta das ACS por meio de entrevistas presenciais que nos permitissem captar as possíveis categorizações, comportamentos diários e tipologias de interações com as famílias na pandemia. Cumpramos salientar que identificamos que a oralidade/narrativa é um fator crucial para expressar a forma como essas trabalhadoras, membros das comunidades que atuam, mulheres negras e com baixa escolaridade, interpretam e (re)significam a realidade em que estão inseridas (Rosa et al., 2004). Apesar disso, o estudo de caso focalizado nos permitiu observar a pandemia global de COVID-19 em seus contornos locais (Mendenhall, 2020), amazônico, e mais especificamente, não hegemônicos - isto é, em territórios interioranos e distantes dos grandes centros urbanos.

À guisa da conclusão, a presente discussão teve a intenção de construir um diálogo entre a literatura de políticas pública e de saúde - mais especificamente, dentro do campo de análise da

Atenção Primária à Saúde (APS), principal porta de entrada do SUS para grupos vulneráveis. Novas agendas de pesquisa são abertas sobretudo quando consideramos os comportamentos das ACS ou AIS, enquanto burocratas de nível de rua no contexto amazônico, e os dinamismos a médio e longo prazo após a pandemia (Alcadipani et al., 2020). A perspectiva teórica que analisa as burocracias de nível de rua se materializa como uma lente importante de análise das relações entre Estado e sociedade e, no limite, de entrega dos serviços e efetivação de direitos sociais (Brodkin, 2012), como o caso do acesso universal à saúde. Assim, há espaço para investigações que se voltem para compreender a natureza das (novas) interações (sob distanciamento social), suas consequências e a mobilização de categorizações e comportamentos por parte das BNR, baseadas em valores e normas sociais, que incidem nas estratégias de trabalho sob condições críticas e emergenciais (Maynard-Moody & Musheno, 2003; Henderson, 2014).

Referências bibliográficas

Adams, J. G., & Walls, R. M. (2020). Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *Jama*, 323(15), 1439-1440.

Alcadipani, R., Cabral, S., Fernandes, A., & Lotta, G. (2020). Street-level bureaucrats under COVID-19: Police officers' responses in constrained settings. *Administrative Theory & Praxis*, 1–10.

Alonso, C. M. D. C., Béguin, P. D., & Duarte, F. J. D. C. M. (2018). Trabalho dos agentes comunitários de saúde na Estratégia Saúde da Família: metassíntese. *Revista de Saúde Pública*, 52, 14.

Andreazzi, C. S., Brandão, M. L., Bueno, M. G., Winck, G. R., Rocha, F. L., Raimundo, R. L., & D'Andrea, P. S. (2020). Brazil's COVID-19 response. *The Lancet*, 396(10254), e30.

Barbosa, R. H. S., Menezes, C. A. F. D., David, H. M. S. L., & Bornstein, V. J. (2012). Gênero e trabalho em saúde: um olhar crítico sobre o trabalho de agentes comunitárias/os de saúde. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 16, 751-765.

Bolina, A. F., Bomfim, E., & Lopes-Júnior, L. C. (2020). Frontline Nursing care: the COVID-19 pandemic and the Brazilian Health System. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820963771.

Brasil. Ministério da Saúde. (2020). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 110 p.

Burki, T. (2020). COVID-19 in Latin America. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(5), 547-548.

Brasil. Ministério da Saúde. (2012). Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. (2020) Boletim epidemiológico especial: doença pelo Coronavírus Covid-19. Semana Epidemiológica 40 (27/09 a 03/10). Boletim Nº.36. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2020/outubro/23/boletim_epidemiologico_covid_36_final.pdf

Brodkin, E. Z. (2012). Reflections on street-level bureaucracy: past, present, and future. *Public Administration Review*, 72(6), 940-949.

Castro, F. D., Lopes, G. R., & Brondizio, E. S. (2020). The Brazilian Amazon in Times of COVID-19: from crisis to transformation?. *Ambiente & Sociedade*, 23.

Castro, M. (2020) Lack of federal leadership hinders Brazil's COVID-19 response [Interview], 25 June. Disponível em: <https://www.hsph.harvard.edu/news/features/brazil-covid-marcia-castro/>

Cimerman, S., Chebabo, A., da Cunha, C. A., & Rodríguez-Morales, A. J. (2020). Deep impact of COVID-19 in the healthcare of Latin America: the case of Brazil. *Braz J Infect Dis*.

Coutinho, E. de C. et al. (2017). Riscos socioeconômicos e ambientais em municípios banhados pelos afluentes do Rio Amazonas. *Rev. Ambient. Água*, 12(5), pp. 814-828.

Cotrin, P., Moura, W., Gambardela-Tkacz, C. M., Pelloso, F. C., Santos, L. D., Carvalho, M. D. D. B., ... & Freitas, K. M. S. (2020). Healthcare Workers in Brazil during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Online Survey. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 57, 0046958020963711.

Cupertino, G. A., Cupertino, M. D. C., Gomes, A. P., Braga, L. M., & Siqueira-Batista, R. (2020). COVID-19 and Brazilian Indigenous Populations. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, tpmd200563.

Daumas, R. P., Silva, G. A., Tasca, R., Leite, I. D. C., Brasil, P., Greco, D. B., ... & Campos, G. W. D. S. (2020). O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00104120.

Dubois, V. (1999) *La Vie au Guichet: Relation Administrative et Traitement de la Misère*, Etudes politiques. Paris: Economica.

Dunlop, C. A., Ongaro, E., & Baker, K. (2020). Researching COVID-19: A research agenda for public policy and administration scholars. *Public Policy and Administration*, 35(4), 365–383.

Estrela, F. M., Soares, C. F. S., Cruz, M. A. D., Silva, A. F. D., Santos, J. R. L., Moreira, T. M. D. O., ... & Silva, M. G. (2020). Pandemia da covid 19: Refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3431-3436.

Fernandez, M., & Lotta, G. (2020). How Community Health Workers are facing COVID-19 Pandemic in Brazil: Personal Feelings, Access to Resources and Working Process. *Arch Fam Med Gen Pract*, 5(1), 115-122.

Fehn, A., Nunes, L., Aguillar, A., & Dal Poz, M. (2020). Vulnerabilidade e Déficit de Profissionais de Saúde no Enfrentamento da COVID-19. Nota Técnica n. 10. IEPS: São Paulo.

Felice, C., Di Tanna, G. L., Zanus, G., & Grossi, U. (2020). Impact of COVID-19 outbreak on healthcare workers in Italy: results from a national E-survey. *Journal of Community Health*, 1-9.

Ferigato, S., Fernandez, M., Amorim, M., Ambrogi, I., Fernandes, L. M., & Pacheco, R. (2020). The Brazilian Government's mistakes in responding to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 396(10263), 1636.

Ferrante, L., & Fearnside, P. M. (2019). Brazil's new president and 'ruralists' threaten Amazonia's environment, traditional peoples and the global climate. *Environmental Conservation*, 46(4), 261-263.

Fiocruz. (2020) Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos ACS em tempos de Covid-19. Boletim 2. Disponível em: https://acscovid19.fiocruz.br/sites/acscovid19.fiocruz.br/files/2o_boletim.pdf

Fonseca, A. F. (2016). Sobre o trabalho e a formação de agentes de saúde em tempos de Zika. *Trab Educ Saúde [Internet]*, 14 (2), p. 327.

Fundação Amazônia Sustentável. (2020a). Guia De Recomendações para Atenção Primária à Saúde em Comunidades Ribeirinhas e Rurais e Aldeias Indígenas do Amazonas para a doença COVID-19. Disponível em: <https://fas-amazonas.org/novosite/wp-content/uploads/2020/11/guia-de-recomendacoes-do-covid-19.pdf>

Fundação Amazônia Sustentável. (2020b). Aliança COVID Amazonas Dos Povos Indígenas e Populações Tradicionais e Organizações Parceiras para o Enfrentamento do Coronavírus. Disponível em: <https://fas-amazonas.org/alianca-coronavirus/>

Fundação Amazônia Sustentável. (2020c). Boletim Aliança COVID-19: período de abril a setembro de 2020. 15ª edição. Disponível em: <https://fas-amazonas.org/novosite/wp-content/uploads/2020/10/boletim-alianca-geral15.pdf>

Garnello, L. et al. (2018). Acesso e cobertura da Atenção Primária à Saúde para populações rurais e urbanas na região norte do Brasil. *Saúde em Debate*, (42), pp. 81-99.

Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. Editora Atlas SA.

Godoy, A. S., Brunstein, J., Brit, E. P. Z., & Arruda Filho, E. J. M. (2020). Análise de dados qualitativos em pesquisa: múltiplos usos em Administração. Editora FGV.

Haines, A., de Barros, E. F., Berlin, A., Heymann, D. L., & Harris, M. J. (2020). National UK programme of community health workers for COVID-19 response. *The Lancet*, 395(10231), 1173-1175.

Harriss, G. (2019) Stereotypes in Context: How and When Do Street-Level Bureaucrats Use Class Stereotypes? *Public Administration Review*, 79.

Henderson, A. C. (2014). The critical role of street-level bureaucrats in disaster and crisis. *Handbook of Critical Incident Analysis*, 210-245.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE]. Cidades e estados. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/am.html>>. Acesso em: 30 nov. 2020.

Kopel, J., Perisetti, A., Roghani, A., Aziz, M., Gajendran, M., & Goyal, H. (2020). Racial and gender-based differences in COVID-19. *Frontiers in public health*, 8, 418.

Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., ... & Tan, H. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.

Langley, A. (1999). Strategies for theorizing from process data. *Academy of Management review*, 24(4), 691-710.

Lino, M. M., de Melo Lanzoni, G. M., de Albuquerque, G. L., & Schweitzer, M. C. (2012). Perfil socioeconômico, demográfico e de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde. *Cogitare Enfermagem*, 17(1).

Lima, L. L., & D'ascenzi, L. (2013). Implementação de políticas públicas: perspectivas analíticas. *Revista de sociologia e política*, 21(48), 101-110.

Lima, L. D. D., Albuquerque, M. V. D., Scatena, J. H. G., Melo, E. C. P. D., Oliveira, E. X. G. D., Carvalho, M. S., ... & Oliveira, C. F. D. (2019). Arranjos regionais de governança do Sistema Único de Saúde: diversidade de prestadores e desigualdade espacial na provisão de serviços. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00094618.

Lipsky, M. (1980) *Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service*. New York: Russell Sage Foundation.

Leite, S. , Finkler, M. , Martini, J. G. , Heidemann, I. , Verdi, M. , Hellmann, F. , and Vásquez, M. F. (2020) Management of the health workforce in facing COVID-19: Disinformation and absences in Brazil's public policies. *PrePrints SciELO*.

Loiola, C. C. P.; Silva, C. J. M. da; Tauil, P. L. (2002). Controle da malária no Brasil: 1965 a 2000. *Rev Panam Salud Pública*, 11(4), pp. 235-244.

Lotta, G. S. (2015). *Burocracia e Implementação de Políticas de Saúde: Os Agentes Comunitários na Estratégia Saúde da Família*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Lotta, G. O. (2019). *Teorias e análises sobre implementação de políticas públicas no Brasil*.

Lotta, G., Wenham, C., Nunes, J., & Pimenta, D. N. (2020). Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *The Lancet*, 396(10248), 365-366.

Lotta, G., Coelho, V. S., & Brage, E. (2020). How COVID-19 Has Affected Frontline Workers in Brazil: A Comparative Analysis of Nurses and Community Health Workers. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 1-11.

Lotta, G. S., & Pires, R. R. C. (2020). Categorizando Usuários “Fáceis” e “Difíceis”: Práticas Cotidianas de Implementação de Políticas Públicas e a Produção de Diferenças Sociais. *Dados*, 63(4).

Louvison, M. C. P. (2019). Regionalização dos sistemas de saúde como resposta às desigualdades territoriais: um debate necessário. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00116019.

Maciel, F. B. M., Santos, H. L. P. C. D., Carneiro, R. A. D. S., Souza, E. A. D., Prado, N. M. D. B. L., & Teixeira, C. F. D. S. (2020). Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 4185-4195.

Macinko, J., & Harris, M. J. (2015). Brazil’s family health strategy—delivering community-based primary care in a universal health system. *N Engl J Med*, 372(23), 2177-81.

Macinko, J., & Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde em Debate*, 42, 18-37.

Magalhães, R. (2016). Avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectivas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21, 1767-1776.

Maynard-Moody, S. W., Musheno, M., & Musheno, M. C. (2003). *Cops, teachers, counselors: Stories from the front lines of public service*. University of Michigan Press.

Mendenhall, E. (2020). The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *The Lancet*.

Medina, M. G., Giovanella, L., Bousquat, A., Mendonça, M. H. M. D., & Aquino, R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00149720.

Miller, N. P., Milsom, P., Johnson, G., Bedford, J., Kapeu, A. S., Diallo, A. O., ... & Kandeh, J. (2018). Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. *Journal of global health*, 8(2).

Ministério da Saúde (2020a). *Recomendações para Adequações das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde frente à Atual Situação Epidemiológica Referente ao COVID 19 (versão 1)*.
1). Março, 2020. Disponível em:

http://www.saudefamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf

Ministério da Saúde (2020b). Painel Coronavírus no Brasil. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>

Nunes, J. (2020). The everyday political economy of health: community health workers and the response to the 2015 Zika outbreak in Brazil. *Review of International Political Economy*, 27(1), pp. 146-166.

Nunes, J., & Lotta, G. (2019). Discretion, power and the reproduction of inequality in health policy implementation: Practices, discursive styles and classifications of Brazil's community health workers. *Social Science & Medicine*, 242, 112551.

Orellana, J. D. Y. et al. (2020). Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cad. Saúde Pública*, 36 (7), pp. 1-8.

Osorio-de-Castro, C. G. S. et al. (2011). Conhecimentos, práticas e percepções de profissionais de saúde sobre o tratamento de malária não complicada em municípios de alto risco da Amazônia Legal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, pp. 1445-1456.

Oliveira Marins, T. V., Crispim, C. G., da Silva Evangelista, D., do Carmo Neves, K., Fassarella, B. P. A., Ribeiro, W. A., & da Silva, A. A. (2020a). Enfermeiro na linha de frente ao COVID-19: A experiência da realidade vivenciada. *Research, Society and Development*, 9(8), e710986471-e710986471.

Oliveira, R. G. D., Cunha, A. P. D., Gadelha, A. G. D. S., Carpio, C. G., Oliveira, R. B. D., & Corrêa, R. M. (2020b). Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00150120.

Orellana, J. D. Y., Cunha, G. M. D., Marrero, L., Horta, B. L., & Leite, I. D. C. (2020). Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00120020.

Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2011). The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, 377(9779), 1778-1797.

Pessoa, J. P. M. et al. (2016). Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(8), pp. 2329-2338.

Pires, L. N., Carvalho, L., & Rawet, E. (2020). Multidimensional Inequality and COVID-19 in Brazil (No. ppb_153). Levy Economics Institute.

Prado, B. (2020). COVID-19 in Brazil: "So what?". *The Lancet*, 395, 10235, 1461.

Rosa, A. J., Bonfanti, A. L., & Carvalho, C. D. S. (2012). O sofrimento psíquico de agentes comunitários de saúde e suas relações com o trabalho. *Saúde e Sociedade*, 21, 141-152.

Rosa, A. D. S., Cavicchioli, M. G. S., & Brêtas, A. C. P. (2004). O significado que o agente comunitário de saúde atribui ao seu trabalho no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. *Acta Paul Enferm.*, 17(3), 255-261.

Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Sage.

Sarti, T. D., Lazzarini, W. S., Fontenelle, L. F., & Almeida, A. P. S. C. (2020). Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19?.

Silva, M. J. G. da.; Lima, F. S. da S.; Hamann, E. M. (2010). Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc.* 19(2), pp. 109-120.

Silva, E. R. P., de Oliveira Cazola, L. H., Cheade, M. D. F. M., & Pícoli, R. P. (2012). Atuação dos agentes comunitários de saúde na estratégia saúde da família. *Cogitare Enfermagem*, 17(4), 635-641.

Simas, P. R. P., & Pinto, I. C. D. M. (2017). Trabalho em saúde: retrato dos agentes comunitários de saúde da região Nordeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 1865-1876.

Soares, C. S. A., & da Fonseca, C. L. R. (2020). Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. *Journal of Management & Primary Health Care*, 12, 1-11.

Soares, C. B., Peduzzi, M., & Costa, M. V. D. (2020). Os trabalhadores de enfermagem na pandemia Covid-19 e as desigualdades sociais. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 54.

Souza Carvalho, A. L., Assad, S. G. B., dos Santos, S. C. P., Rodrigues, G. V. B., Valente, G. S. C., & Cortez, E. A. (2020). Atuação profissional frente à pandemia de COVID-19: dificuldades e possibilidades. *Research, Society and Development*, 9(9), e830998025-e830998025.

Sousa, A., Dal Poz, M. R., & Carvalho, C. L. (2012). Monitoring inequalities in the health workforce: the case study of Brazil 1991–2005. *PLoS One*, 7(3), e33399.

Shadmi, E., Chen, Y., Dourado, I., Faran-Perach, I., Furler, J., Hangoma, P., ... & Ruano, A. L. (2020). Health equity and COVID-19: global perspectives. *International journal for equity in health*, 19(1), 1-16.

Spink, P. (2001). O lugar do lugar na análise organizacional. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(SPE), 11-34.

Stake R. E. (1998) Case Studies. In: *Strategies of Qualitative Inquiry* by Denzin, N.K. and Lincoln, Y.S. (Eds.). Sage Publications, California, 445-454.

Takemoto, M. L., Menezes, M. D. O., Andreucci, C. B., Nakamura-Pereira, M., Amorim, M. M., Katz, L., & Knobel, R. (2020). The tragedy of COVID-19 in Brazil: 124 maternal deaths and counting. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 151(1), 154-156.

Teixeira, C. F. D. S., Soares, C. M., Souza, E. A., Lisboa, E. S., Pinto, I. C. D. M., Andrade, L. R. D., & Esperidião, M. A. (2020). A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3465-3474.

Telles, H., & Pimenta, A. M. C. (2009). Síndrome de Burnout em Agentes comunitários de saúde e estratégias de enfrentamento. *Saúde e Sociedade*, 18, 467-478.

Ursine, B. L., Trelha, C. S., & Nunes, E. D. F. P. A. (2010). O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 327-339.

Viana, A. L. D. Á., & Iozzi, F. L. (2019). Enfrentando desigualdades na saúde: impasses e dilemas do processo de regionalização no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 35, e00022519.

Anexo I - Resultado das codificações - Mudanças percebidas no trabalho e na interação com o(a) usuário(a)

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
1) A questão do distanciamento no contato com as famílias	Distanciamento das famílias	Adaptação dos protocolos de acompanhamento das famílias
2) "Não posso mais brincar com as crianças"		
3) Dificuldade de comunicação		
4) Orientações devem ser feitas fora da casa	Novos modos de realizar as visitas	
5) Visitas são mais rápidas e menos frequentes		
6) Necessidade de uso de EPIs		
7) Priorização daqueles que pertencem ao grupo de risco		
8) Ansiedade, estresse, medo, tensão (psicológico impactado)	Instabilidade emocional	Sensações das ACS na relação com famílias
9) Cansaço e exaustão física		

10) Medo das famílias de receber ACS em suas residências	Medo do contágio	
11) Medo por parte das ACS de contrair o vírus e contaminar seus familiares		
12) Cidadãos rindo das ACS por conta do uso de EPIs**	Desrespeito dos cidadãos no trato com ACS	
13) Falta de educação dos cidadãos no trato com ACS		
14) "Medo de chegar perto [dos cidadãos] e dizerem que os ACS estão contaminados"***		

Anexo II - Resultado das codificações - Desafios de combater o vírus na Amazônia

Categorias iniciais	Categorias intermediárias	Categorias finais
1) Sentimento de preparo para lidar com a crise por conta das formações/treinamentos	Conhecimento das medidas necessárias para a prevenção	Acesso (ou falta de acesso) à informação quanto ao combate à COVID-19
2) Sentimento de preparo por saber como se deve orientar as pessoas		
3) Segurança por conhecer as medidas de prevenção necessárias para não se contaminar		
4) Falta de preparo e apoio para lidar com a crise*	Ausência de orientações para lidar com a crise	
5) Coragem para lidar com a crise ("Meus pacientes precisam de mim e eu preciso estar preparada para qualquer situação"*)	Angústia dos ACS	Saúde mental dos ACS
6) Psicológico está abalado		

7) Medo de contaminação e tristeza como sentimentos predominantes		
8) "Não estou preparada"***		
9) Medo de desemprego		
10) Apoio de psicólogos	Apoio para lidar com saúde mental	
11) Apoio de enfermeiros**		
13) Sensação de falta de recursos para lidar com o combate ao vírus	Falta de recursos	Limitação de recursos
14) Falta de acesso à internet	Desafios tecnológicos	
15) Internet lenta		
16) Falta boa internet no município*		
17) "Teimosia das pessoas" em manter o isolamento	Falta de informação dos cidadãos em relação à prevenção	Medidas para a proteção das comunidades
18) Falta de interesse em relação ao uso de máscara e álcool gel		
19) Não hábito de lavar as mãos dos cidadãos		
20) Importância de levar informações e orientações para as comunidades ribeirinhas	ACS levando informações para a comunidade que atende	
21) Esclarecimentos sobre a doença		
22) Necessidade de disponibilizar EPIs para a comunidade		
23) Evitar chegada de pessoas que chegam em nossas comunidades ribeirinhas	Importância do isolamento das e nas comunidades ribeirinhas	

24) Importância do isolamento		
25) Desafio da logística para a equipe de saúde trabalhar na zona rural	Desafios e potências do contexto amazônico	Especificidades do contexto amazônico
26) Uso de remédios caseiros e chás para combater o vírus na região		

* Informação referente, exclusivamente, ao Município A

** Informação referente, exclusivamente, ao Município B