



FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
LABORATÓRIO DE EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM VIGILÂNCIA EM SAÚDE

Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da COVID-19: Desafios e Possibilidades de Atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)

Projeto de pesquisa aprovado no Edital Covid-19 – Respostas Rápidas do Programa Inova Fiocruz - Encomendas Estratégicas. - Vice-presidência de Produção e Inovação em Saúde

Relatório Final

Rio de Janeiro

2020 - 2021

Relatório Final

Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da COVID-19: Desafios e Possibilidades de Atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)

A presente pesquisa foi aprovada no Edital Covid-19 – Respostas Rápidas do Programa Inova Fiocruz - Encomendas Estratégicas. Projeto Fiotec - VPPIS-005-FIO-20-25. Trata-se de estudo exploratório descritivo que utilizou métodos qualitativo e quantitativo realizado com ACEs que foram egressos do Curso Técnico em Vigilância em Saúde (CTVISAU) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/FIOCRUZ). Os instrumentos da pesquisa foram questionário semiaberto, roteiro de grupo focal e a realização de oficina para sistematizar informações e elaborar recomendações de atuação. A pandemia da Covid-19 teve várias etapas, sendo o momento inicial o mais crítico. Os ACEs durante o início da pandemia da Covid-19 foram ao campo, nas favelas do Rio de Janeiro, sem as devidas medidas de biossegurança e muitos moradores recebiam os ACEs sem máscaras aumentando a possibilidade de contágio com o SARS-CoV-2. Ainda, atuaram no enfrentamento de várias zoonoses simultaneamente, a Covid-19 e as arboviroses, e estiveram expostos ao contágio pelo SARS-CoV-2, sem segurança, e aos agrotóxicos para o controle de vetores. Não houve normatividade para afastar os grupos de risco. Essas condições adversas colocam os ACEs como grupo vulnerável durante a pandemia. As recomendações de atuação no território da APS em favelas para o enfrentamento das arboviroses, durante a pandemia e pós-pandemia, perpassam modificações no processo e na gestão de trabalho do ACE, sobretudo no que tange à autonomia de atuação, valorização profissional, articulação com a ESF e adoção do manejo integrado de vetores sem uso de agrotóxicos. Nas favelas há forte desigualdade na prestação de serviços coletivos, entre eles o saneamento, sendo fundamental o abastecimento contínuo de água potável de qualidade para melhorar as condições de vida da população e dessa maneira, melhorar a efetividade das ações de enfrentamento das arboviroses. Os ACEs poderiam ter colaborado de forma diferenciada no enfrentamento da Covid-19 nos territórios da APS, mas não houve orientação específica nesse sentido, nem tiveram capacitação técnica sobre aspectos ligados à nova doença Covid-19 nem ao vírus SARS-CoV-2. Possibilitar a fala dos ACEs foi fundamental na pesquisa e aponta a necessidade do diálogo e pactuação entre gestores e ACEs, como processo primordial para lograr as mudanças sugeridas.

Coordenação do Projeto (EPSJV/Fiocruz):

Gladys Miyashiro Miyashiro

Equipe do Projeto (EPSJV/Fiocruz):

- Alexandre Pessoa Dias
- Ana Cláudia Santiago de Vasconcellos
- Ana Paula Lucas Caetano
- Bárbara Campos Silva Valente
- Edilene de Menezes Pereira
- Felipe Bagatoli Silveira Arjona
- Grácia Maria de Miranda Gondim
- Juliana Valentim Chaiblich
- Lásaro Linhares Stephanelli
- Leila Monteiro Beato
- Marta Gomes Ribeiro
- Maurício Monken
- Priscila Almeida Faria
- Raiane Fontes de Oliveira
- Rodolfo José das Neves Pereira
- Samuel Christyan da Silva Monteiro
- Tatiana Nascimento Docile

Lista de Siglas

ACE - Agentes de Combate à Endemia

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AP - Área de Planejamento

APS – Atenção Primária à Saúde

AVS - Agente de Vigilância em Saúde

CAP – Coordenadoria de Atenção Primária

DRSAI – Doenças Relacionadas ao Saneamento Ambiental Inadequado

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ESF - Estratégia de Saúde da Família

ESP II - Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IPP - Índice de Infestação Predial

LIA – Levantamento de Índice Amostral

LIRAA - Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*

MIV - Manejo Integrado de Vetores

MS – Ministério da Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

PE - Pontos Estratégicos

SE - Semana Epidemiológica

SES RJ – Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro

SNVS - Sistema Nacional de Vigilância em Saúde

SMS RJ – Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

WHO – World Health Organization

Lista de Figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2019 e 2020*..... | 15 |
| Figura 2. Curva Epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2020 e 2021. | 16 |
| Figura 3. Casos confirmados de Covid-19 por semana epidemiológica, município do Rio de Janeiro, 2020 -2021 (SE 10/2020 a SE 01/2022)..... | 19 |
| Figura 4. Óbitos por Covid-19 por semana epidemiológica de início de sintomas, município do Rio de Janeiro, 2020 -2021 (SE 10/2020 a SE 01/2022). | 20 |

Lista de Quadros

| | |
|--|----|
| Quadro 1. Síntese das principais atividades realizadas na pesquisa por data. | 30 |
| Quadro 2. Relação dos territórios de atuação dos ACEs por CAPs..... | 44 |

Lista de Tabelas

| | |
|---|-----|
| Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por CAP, sexo e vínculo trabalhista. | 40 |
| Tabela 2. Características dos Territórios de atuação dos ACEs. | 45 |
| Tabela 3. Percepção dos ACEs quanto a Moradia no território de atuação durante a pandemia da Covid-19. | 46 |
| Tabela 4. Ações que desenvolve ACE no território durante a pandemia da Covid-19. | 50 |
| Tabela 5. Percepção dos ACEs quanto ao Saneamento no território de atuação durante a pandemia da Covid-19: Água. | 57 |
| Tabela 6. Medidas e proteção e prevenção adotadas pelos moradores nos territórios de atuação dos ACEs. | 65 |
| Tabela 7. Algumas Características do Processo de Trabalho do ACE no território durante a pandemia da Covid-19. | 67 |
| Tabela 8. Atuação do ACE na Estratégia de Saúde da Família - ESF durante a pandemia da Covid-19. | 72 |
| Tabela 9. EPI e produtos de higienização recebidos pelos ACEs durante a pandemia da Covid-19. .. | 75 |
| Tabela 10. Características do uso de EPI, higienização de mãos e locais de apoio para os ACEs durante a pandemia da Covid-19. | 78 |
| Tabela 11. Rotina de Trabalho dos Grupos de Risco e Realização de Testes nos ACEs. | 81 |
| Tabela 12. Opiniões dos ACEs sobre Informação, Comunicação e Educação em Saúde no território durante a pandemia da Covid-19. | 85 |
| Tabela 13. Atualização e Qualificação dos ACE em relação ao SARS-CoV-2 e a Covid-19 durante a pandemia. | 92 |
| Tabela 14. Percepções dos ACEs durante a pandemia da Covid-19. | 102 |

Lista de Gráficos

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1. Casos notificados de dengue por Semana Epidemiológica no município do Rio de Janeiro, 2020..... | 17 |
| Gráfico 2. Idade dos participantes da pesquisa. | 41 |
| Gráfico 3. Anos de atuação dos ACEs. | 42 |
| Gráfico 4. Escolaridade dos ACEs. | 42 |
| Gráfico 5. Visita domiciliar durante a pandemia da Covid-19..... | 48 |
| Gráfico 6. Ações dos ACEs nos domicílios durante à pandemia da Covid-19. | 49 |
| Gráfico 7. <i>Atividades dos ACEs em espaços coletivos durante a pandemia da Covid-19.</i> | 49 |
| Gráfico 8. <i>Armazenamento de água dos moradores durante a pandemia da Covid-19.</i> | 59 |
| Gráfico 9. Percepção dos ACEs sobre a população em relação ao isolamento social no território durante a pandemia da Covid-19..... | 65 |
| Gráfico 10. Percepção dos ACEs em relação ao isolamento dos grupos de risco no território durante a pandemia da Covid-19. | 66 |
| Gráfico 11. Recebimento de EPIs e produtos de higienização durante a pandemia da Covid-19..... | 75 |
| Gráfico 12. Distribuição de máscaras durante a pandemia da Covid-19..... | 77 |
| Gráfico 13. Meios de comunicação mais adequados para informar à população sobre arbovirose e Covid-19 durante a pandemia. | 90 |
| Gráfico 14. Principais Meios de comunicação utilizados pelos ACEs para se atualizarem sobre Covid-19 e o novo coronavírus (SARS-CoV-2) * | 93 |
| Gráfico 15. Capacitações durante a pandemia da Covid-19..... | 94 |
| Gráfico 16. Principais Temas e/ou conteúdos sobre SARS-CoV-2 e Covid-19 a serem aprofundados durante a pandemia da Covid-19..... | 96 |
| Gráfico 17. Emoções dos ACEs durante a pandemia da Covid-19. | 106 |
| Gráfico 18. Qualidade do sono dos ACEs durante a pandemia da Covid-19..... | 109 |

Sumário

| | | |
|--------------|---|------------|
| I. | INTRODUÇÃO | 6 |
| II. | CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA | 11 |
| | II.1. As arboviroses e o papel dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) | 11 |
| | II.2. As arboviroses no contexto da pandemia da Covid-19 | 14 |
| | II.3. A Covid-19 nas favelas do Rio de Janeiro | 18 |
| | II.4. O desafio da atuação dos ACEs durante a pandemia da Covid-19 | 21 |
| III. | METODOLOGIA | 26 |
| IV. | ATIVIDADES REALIZADAS | 29 |
| VI. | DISCUSSÃO DOS RESULTADOS | 110 |
| VII. | PROBLEMAS E SUGESTÕES APONTADOS PELOS ACES DURANTE A PRÉ-PANDEMIA E PANDEMIA DA COVID-19 | 142 |
| VIII. | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 147 |
| IX. | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 151 |
| X. | ANEXOS | 165 |

I. INTRODUÇÃO

Desde o surgimento dos primeiros casos da doença Covid-19, causada pelo novo coronavírus (vírus denominado SARS-CoV-2) no mundo, a doença mobilizou diferentes setores da sociedade. A Covid-19, atualmente é o exemplo global que fortalece a relação saúde e ambiente. Essa doença é emergente e as evidências apontam para a existência do “transbordamento zoonótico”, ou seja, um tipo de fenômeno quando um vírus que normalmente só acomete animais passa a infectar o organismo dos seres humanos. Esse é caso do coronavírus que acomete preferencialmente morcegos e passou a infectar as pessoas após ter passado por mutações (FIOCRUZ, 2020a). O mercado de alimentos em Wuhan na China, que vende animais vivos e silvestres, foi apontado como provável local de origem do novo coronavírus. Os primeiros casos da Covid-19 foram comunicados nessa cidade em 31 de dezembro de 2019, tendo como principal manifestação clínica a síndrome respiratória.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) esta doença se manifesta de diversas formas. Ela se apresenta de forma leve, sem necessidade de tratamento específico, e até casos assintomáticos, ou seja, sem apresentar sintomas da doença. Porém a Covid-19 pode também acarretar casos mais graves levando a óbitos, acometendo principalmente pessoas idosas ou aquelas que possuem doenças preexistentes como diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e câncer (WHO, 2020).

Em 30 de janeiro de 2020 a OMS declarou que o novo coronavírus constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), pelo seu potencial de se expandir pelos países, principalmente onde os sistemas de saúde possuem maior deficiência e estão mal preparados. No início de março, dia 11, a Covid-19 foi considerada pela OMS uma Pandemia, a primeira causada pelo SARS-CoV-2, reforçando as recomendações de proteção coletiva e individual para contenção da circulação do vírus. (OPAS, 2020a; OPAS, 2020b).

No Brasil, a confirmação do primeiro caso de Covid-19 foi no dia 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo - SP, e um pouco menos de um mês, 20 de março de 2020, foi declarado pelo Ministério da Saúde que a transmissão do novo coronavírus passou a ser comunitária, e não somente por meio de casos importados. Em consequência, segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS), foi realizada adaptação do Sistema de Vigilância de Síndromes Respiratórias Agudas, visando orientar o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde para a circulação simultânea do coronavírus, influenza e outros vírus respiratórios no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional (BRASIL, 2020a).

O conhecimento sobre a Covid-19 tem mudado ao longo da pandemia. Um dos temas que gerou maior controvérsia foi a forma de transmissão. Inicialmente se pensou que a disseminação do vírus era por gotículas de saliva ou secreção nasal quando uma pessoa infectada tosse ou espirra (BRASIL, 2020a) e ainda de forma indireta, por objetos e superfícies contaminados, até alimentos mal higienizados que estejam contaminados pelo vírus.

A OMS reconheceu em abril de 2021 que a principal via de transmissão do vírus SARS-Cov-2 é por meio de aerossóis, isto é, por partículas menores que as gotículas, apontando que o vírus se propaga principalmente entre pessoas que estão a uma distância curta, geralmente a menos de um metro de distância. O vírus pode espalhar-se da boca ou nariz de uma pessoa infectada ao tossir, espirrar, falar, cantar ou respirar. A infecção pode ocorrer quando uma pessoa inala aerossóis ou gotículas que contém o vírus ou que entram em contato direto com os olhos, nariz ou boca. O vírus pode propagar-se por espaços interiores mal ventilados e/ou lotados devido que os aerossóis podem ficar suspensos no ar ou viajar a distâncias superiores a um metro (longo alcance). A OMS mantém o alerta à forma de infecção indireta ao tocar superfícies contaminadas pelo vírus e, posteriormente, tocar-se os olhos, nariz ou boca sem ter lavado previamente as mãos (OMS, 2021a).

Em artigo de revisão recente (agosto de 2021), Wang e colaboradores, assinalam que a transmissão por aerossóis pode ser a forma dominante de disseminação de vários patógenos respiratórios, incluindo o SARS-CoV-2. Estes pequenos aerossóis (definidos como menores de 5 μm , embora tem sido sugerido que a divisão entre partículas de aerossóis e gotículas é de 100 μm), podem flutuar e viajar nos fluxos de ar, e infectar pessoas que as inalem seja a curta e longa distância da pessoa infectada (WANG, 2021).

Ao longo da pandemia da Covid-19, diversas variantes têm surgido no mundo como as variantes Alpha (Reino Unido), Beta (África do Sul), Gamma (Brasil), Delta (Índia), Ômicron (África do Sul). Estas são chamadas variantes de preocupação (VOC) devido à possibilidade de aumento da transmissibilidade e virulência e de diminuição da eficácia das medidas preventivas (OMS, 2021b). No Brasil, após o surgimento da variante Delta, a maior preocupação no momento é com a variante Ômicron que se propaga de forma mais rápida que o vírus original e provoca maior número de infecções.

Alguns medicamentos têm sido aprovados para uso emergencial contra a a Covid-19 pela OMS e diversas vacinas estão disponíveis no mundo para proteger contra a doença. A doença nos vacinados com doses completas é mais leve, a possibilidade de internação é menor, bem como de chegar ao óbito. Mas as vacinas não excluem a possibilidade de a pessoa se infectar com o vírus e de contagiar outras pessoas. Por esses motivos, é fundamental manter as medidas de prevenção como distanciamento físico (social), uso de máscaras de qualidade, higienização das mãos e ficar preferencialmente em ambientes ventilados.

A vacinação no município do Rio de Janeiro teve início em 18 de janeiro de 2021, continuando até o presente momento ocorrendo de modo escalonado por grupos prioritários (idosos, profissionais da saúde, pessoas com comorbidade), e a população em geral pelo critério de idade, de acordo com a disponibilidade de doses das diferentes vacinas seguindo o Plano Nacional de Imunização (PNI).

Um dos desafios da Covid-19 e de muitas outras doenças são as formas de enfrentamento das populações mais vulneráveis, aquelas que necessitam de um sistema de saúde gratuito e universal. São populações que sofrem pelo contexto histórico de vulnerabilização com saneamento básico, habitações inadequadas, urbanização precária, com dificuldade no acesso aos serviços de saúde e outros serviços essenciais, como transporte, educação, segurança pública. Os fatores de riscos diante da pandemia têm mostrado que as desigualdades sociais agravam a situação da emergência e intensifica outros quadros de doenças existentes nos territórios, como é o caso das doenças por arboviroses (por exemplo: dengue, zika, chikungunya e febre amarela).

No Brasil, doenças como dengue, zika, chikungunya são endêmicas em muitas regiões e são de notificação obrigatória. Essas doenças podem levar ao óbito ou a complicações severas, sendo a prevenção e atendimento dessas doenças desafios para o setor saúde por apresentarem determinantes ambientais, sociais e biológicos. A Covid-19 já causou muitas mortes no Brasil nesse período de pandemia. Até dezembro de 2021 (semana epidemiológica 51) já foram 618.424 óbitos e mais de 22 milhões de pessoas foram infectadas (BRASIL, 2021). Em relação às arboviroses, em 2021, ocorreram 544,460 casos prováveis de dengue no Brasil e em comparação com 2020, houve redução de 42,6% (BRASIL, 2022). Os casos da Covid-19 são superiores em relação à dengue, no entanto, apesar de todas as atenções estarem voltadas ao novo coronavírus, as autoridades e a população não devem se descuidar da ameaça das arboviroses que hoje circundam a população.

A Covid-19 ao entrar na América Latina, esbarrou com múltiplos problemas, como por exemplo, a contínua epidemia de dengue em alguns países em 2019-2020 (RODRIGUEZ-

MORALES et al 2020). Nesse contexto, a população do município do Rio de Janeiro é historicamente acometida pelas arboviroses. Este é um problema de saúde pública de difícil controle devido à ampla dispersão do vetor, às condições socioambientais propícias a reprodução e a manutenção do ciclo desses vetores no ambiente peridomiciliar, além dos indivíduos suscetíveis aos diversos vírus e sorotipos circulantes.

Entre todas as arboviroses que atualmente circulam pelo município, a dengue acomete a população desde meados dos anos de 1980, sendo de característica endêmica com alguns anos epidêmicos. As tentativas de controle são baseadas no controle químico do vetor e não têm mostrado efetividade para impedir novas epidemias. Além disso, o clima quente e úmido, a vulnerabilidade social existente em grande parte do território e a deficiência da oferta e acesso a bens e serviços essenciais para a população criam condições propícias ao desenvolvimento e manutenção do ciclo do vetor.

O processo de ocupação do município do Rio de Janeiro aconteceu de forma desigual, possibilitando a persistência da dengue em diferentes regiões do município. O crescimento urbano e a falta de planejamento da cidade favoreceram a formação de criadouros e a propagação da dengue principalmente nas áreas mais pobres. O ambiente urbano do município forma um mosaico heterogêneo e suas regiões administrativas possuem variações no que diz respeito ao acesso aos serviços básicos de saneamento que contribuem para o elevado número de casos de dengue (SOARES; BERNARDES; CORDEIRO NETTO, 2002).

Os Agentes de Combate às Endemias (ACEs) têm grande importância no trabalho territorializado e podem desenvolver atividades de vigilância em saúde para elaboração de plano de ação educativo e comunicativo, identificando os recursos da comunidade e utilizando a linguagem local de modo a divulgar informações em rádios, jornais comunitários, carro de som, blogs do território para o enfrentamento da pandemia do coronavírus.

A necessidade de conhecer o processo de trabalho do ACE durante a pandemia da Covid-19 é de muita relevância. Pensou-se que a pandemia estaria perto do fim com a vacinação da população em massa, mas com o aparecimento das novas variantes como Delta e mais recentemente com a Ômicron, os casos de Covid têm aumentado. O estudo teve como proposta conhecer formas eficazes do enfrentamento das arboviroses pelos ACEs nos territórios vulneráveis do município do Rio de Janeiro, durante a pandemia da Covid-19, visando ao mesmo tempo a saúde e segurança do trabalhador. Além de subsidiar gestores com informações e sugestões de atuação no território da Atenção Primária.

Vale ressaltar que as pessoas que moram em território de favela ou bairros populares estão mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças, tendo em vista as más condições de

moradia como a inadequação do esgotamento sanitário, abastecimento de água, manejo de resíduos sólidos e de águas pluviais, fornecimento de energia elétrica, transporte, condições essas que estão relacionadas com o controle de vetores etc. A redução do tempo livre decorrente das longas horas de trabalho e de transporte tem dificultado cada vez mais às famílias de realizarem as atividades familiares e do manejo habitacional. Além disso, muitas destas pessoas exercem atividades informais para garantir sua sobrevivência e de suas famílias e tais atividades foram interrompidas durante a pandemia da Covid-19 por conta da medida sanitária de isolamento e distanciamento social.

Esses fatores contribuem para o surgimento de problemas psíquico-sociais, pois o fato de as pessoas não poderem trabalhar durante a pandemia, não obterem renda pelo trabalho ou ajuda governamental, tem favorecido o surgimento de problemas de saúde como depressão, síndrome do pânico, ansiedade, além de agravar comorbidades preexistentes. Somado a todas estas questões está o fato de que muitos moradores destes territórios apresentam dificuldades de conexão com a internet, o que dificulta ainda mais o acesso à informação, comunicação e educação em saúde sobre como se proteger e evitar o contágio pelo novo coronavírus.

A pesquisa teve como objetivo geral analisar o processo de trabalho desenvolvido pelos Agentes de Combate às Endemias (ACEs) no enfrentamento das arboviroses no território da atenção primária em saúde, durante a pandemia da Covid-19, visando fornecer subsídios para a promoção da saúde e assegurar o manejo integrado de vetores de forma efetiva e com segurança para o trabalhador.

Os objetivos específicos da pesquisa foram:

1. Conhecer as concepções que os ACEs têm da relação saúde-doença sobre as arboviroses e a concomitância com a pandemia da Covid-19 no território;
2. Identificar as formas de armazenamentos de água realizadas pelas populações mais vulneráveis durante a pandemia da Covid-19, e quais as medidas adotadas no controle vetorial, focando na segurança da saúde do trabalhador;
3. Analisar as facilidades e dificuldades durante as atividades desenvolvidas pelos ACEs no território, durante a pandemia da Covid-19, buscando identificar necessidades de qualificação;
4. Detectar formas de educação e comunicação em saúde, bem como de mobilização social que possibilitem a participação e comprometimento da população no planejamento e intervenções do controle vetorial durante a pandemia da Covid-19;

5. Identificar os problemas psicossociais apresentados pelos ACEs durante o trabalho de enfrentamento das arboviroses nos territórios da atenção primária;
6. Fornecer subsídios a gestores de saúde e outros atores/instituições por meio de recomendações de atuação dos ACE no território da atenção primária durante a pandemia da Covid-19.

II. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

II.1. As arboviroses e o papel dos Agentes de Combate às Endemias (ACE)

As arboviroses são doenças em que vírus são transmitidos por artrópodes, em sua maioria mosquitos. No atual momento, os arbovírus de maior circulação no Brasil são dengue, chikungunya, zika, além do vírus da febre amarela.

Todos esses vírus são transmitidos pela espécie de mosquito *Aedes aegypti*. A transmissão do vírus é realizada por meio da picada de mosquitos fêmeas infectadas dessa espécie. Inclusive, a febre amarela urbana é transmitida pelo *Ae. Aegypti*, cujo último caso foi relatado no Acre em 1942. O vírus em atual circulação é o da febre amarela silvestre que tem como principais vetores os mosquitos silvestres do gênero *Haemagogus* e *Sabethes* e como principal hospedeiro, os macacos.

O *Ae. Aegypti* é o principal vetor de arboviroses no Brasil. É um mosquito encontrado em áreas urbanas e suburbanas, onde há elevada concentração populacional humana e clima quente. Frequentemente, é encontrado no intradomicílio (dentro das casas). Além disso, costuma apresentar elevada antropofilia, ou seja, preferência das fêmeas por se alimentar de sangue humano.

Os mosquitos apresentam os estágios de ovo, larva, pupa e adulto. Apenas a fase adulta ocorre no ambiente terrestre, predominando o hábito aquático, nomeados como criadouros. Geralmente são recipientes artificiais com água parada, como pneus usados, garrafas, vasos de plantas e reservatórios de água destampados como caixas d'água, etc.

Com exceção da febre amarela, as outras arboviroses ainda não dispõem de vacinas, nessas circunstâncias, o controle vetorial é geralmente a forma mais eficaz de prevenção. Mas a fragilidade dessas ações se complexifica, pois, grupos de populações vulneráveis surgem em diferentes áreas geográficas (LOPES et al 2014; RODRIGUEZ- MORALES et al 2016; WEAVER et al 2016).

A organização do território irá definir as relações com o ambiente e, assim, poderá influenciar no surgimento de enfermidades. Com isso, é necessário observar as singularidades de cada território e localizar de forma precisa onde e como estão acontecendo os agravos, os serviços que a população necessita, o local de potencial risco sanitário e ambiental e as áreas onde se concentram situações sociais vulneráveis (WHO, 2017).

O aumento dos casos de arboviroses nos últimos anos no Brasil pode estar associado a deficiências no abastecimento de água (HELLER, 2018), sejam causadas pela inadequada gestão na prestação de serviços, pelas secas extremas ou pela falta de políticas públicas, e provavelmente pela combinação destes fatores. E até mesmo, podem estar associadas à inadequação do acesso aos outros componentes do saneamento, como gestão adequada dos resíduos sólidos, da drenagem de águas pluviais e esgotamento sanitário.

As mudanças climáticas têm promovido eventos extremos climáticos e hidrológicos que tem aumentado o nível de insegurança hídrica, seja pelo prolongamento das estiagens, seja pelo aumento da frequência e intensidade das inundações, resultando em alterações na proliferação de vetores, a exemplo das espécies involucradas no aparecimento das arboviroses (IPCC, 2021).

Nesse cenário, serviços de saneamento que podem ser determinantes fundamentais para a incidência de arboviroses têm sido negligenciados nas estratégias de controle das doenças (LIMA-CAMARA, 2016; DONALISIO et al 2017).

Pesquisas apontam que a infestação pelo vetor está presente em diversas localidades, mas a morbidade é maior na população economicamente mais vulnerável, com índices de cobertura precários de saneamento (VILANI et al 2014; FLAUSINO et al 2011; ALMEIDA et al 2009; JOHANSEN et al 2018; PEDROSA et al 2020).

É importante observar que somente as questões sanitárias, não explicam a heterogeneidade das doenças, pois seus determinantes são variados, entretanto, são elementos essenciais para explicar a ocorrência das arboviroses (SOMMERFELD & KROEGER 2012; DONALISIO et al 2017).

Portanto, o enfrentamento das arboviroses será mais efetivo se os gestores considerarem a necessidade de atuação intersetorial para melhorar o saneamento ambiental inadequado, com investimento em políticas públicas habitacionais e de desenvolvimento urbano. As doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado (DRSAI) classificam as arboviroses na “Categoria 2: Doenças transmitidas por inseto vetor” (COSTA, DIAS, OLIVEIRA, no prelo).

Mais recentemente, é utilizado o termo Manejo Integrado de Vetores (MIV) (DOCILE et al., no prelo) que se define como um processo de tomada de decisão racional que otimiza os recursos disponíveis para o controle de vetores e tem por objetivo melhorar a eficácia, o custo,

a efetividade e a sustentabilidade desse controle (WHO 2004, 2012). Entre os elementos dessa estratégia encontram-se ações combinadas de controles jurídico, físico, educacional, genético, biológico e controle químico. É importante destacar a importância da mobilização social nessa estratégia para assegurar a participação da população nas intervenções do controle vetorial.

Segundo o Guia de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) o MIV deve obedecer a um processo cíclico que envolve as seguintes atividades: Análise situacional: utilização integrada de informações epidemiológicas e entomológicas e de outros determinantes da doença (meio ambiente e infraestrutura, entre outros); Desenho das operações; Implementação; Monitoramento e Avaliação dos resultados das medidas implementadas que servirão de base para um planejamento futuro.

Em relação à prevenção e controle das arboviroses deve ser mencionada a relevância da atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs). Estes profissionais da saúde são fundamentais para o controle dessas endemias, pois conhecem os territórios, dialogam com os moradores e devem atuar de forma integrada às equipes de Atenção Primária na Estratégia de Saúde da Família, em parceria com o Agente Comunitário de Saúde (ACS).

As origens dos ACEs se remontam a 1808 com os trabalhadores que realizavam ações de controle de doenças por meio de inspeções sanitárias nos portos. Mas foi em 1903, que a polícia sanitária foi reformulada para atuar diretamente no combate ao mosquito transmissor da febre amarela, o *Ae. aegypti*. As brigadas sanitárias estavam compostas por diferentes trabalhadores, inclusive os guardas sanitários, chamados popularmente de ‘mata-mosquitos’ (BARBOSA et al, 2017).

Apenas em 2006 foi regulamentado o trabalho do ACE (Lei Nº 11.350, de outubro de 2006): “Art. 4º O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado”.

Em 2010 (portaria MS nº 1.007/2010) são definidos critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família.

Os ACEs são trabalhadores da saúde que acompanharam a história da saúde pública do país e são fundamentais nas ações de vigilância em saúde no controle de endemias e epidemias, possibilitando a integração entre as vigilâncias epidemiológica, sanitária, saúde ambiental e de saúde do trabalhador e da trabalhadora (BRASIL, 2018b).

Na atualidade, existe uma enorme quantidade de nomenclaturas para designar o profissional que trabalha no enfrentamento das endemias: agente de endemias, guardas de endemias, agente de controle de endemias, guardas sanitários, agente de vigilância em saúde (AVS), agente de saneamento, entre outros.

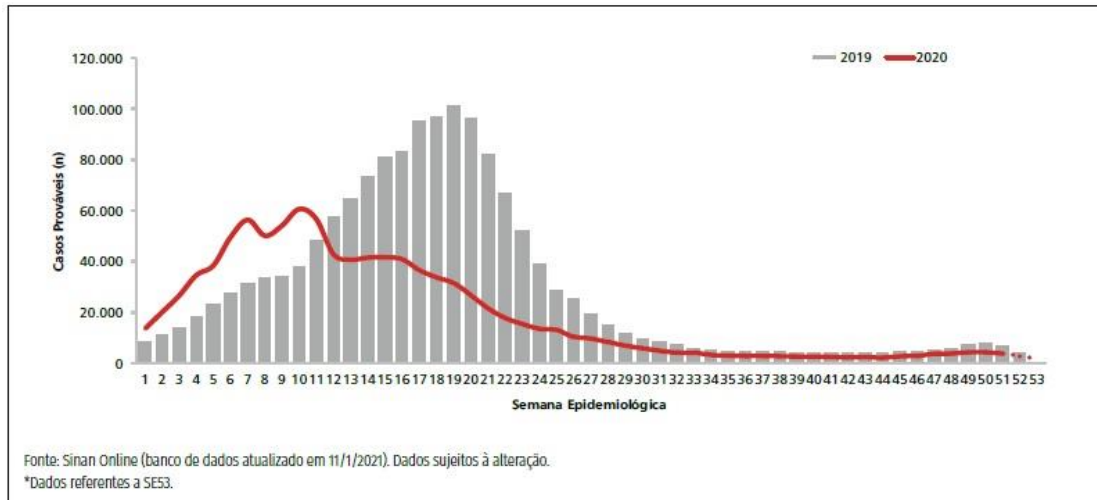
A denominação AVS surge com a proposta de implantar a Vigilância em Saúde, como novo modelo de atenção no SUS, que objetiva promover a reorganização das práticas na atenção básica e o processo de trabalho nos territórios, sendo assim necessária a redefinição das práticas dos agentes de endemias focados numa doença específica (dengue, malária, esquistossomose, entre outras) (BARBOSA et. al., 2017). É importante destacar, no entanto, que na legislação voltada para essa categoria aparece citada ainda como ‘Agente de Combate às endemias e outras denominações’ (BRASIL, 2010). Para fins da pesquisa, definiu-se englobar todos os agentes que realizam atividades de campo no controle das endemias na denominação Agente de Combate às Endemias - ‘ACE’.

II.2. As arboviroses no contexto da pandemia da Covid-19

Entre as arboviroses, dengue, chikungunya e zika, a dengue sempre permaneceu em alta, considerada endêmica em vários estados do país. Segundo o Ministério da Saúde (Boletim Epidemiológico vol. 51, nº03, jan/2021), no ano de 2020, foram notificados 987.173 casos prováveis de dengue (taxa de incidência de 469,8 casos por 100 mil habitantes) no país. A dengue teve os seus dados mais expressivos no Brasil como um todo, quando comparados a chikungunya e zika. Ainda em 2020, foram notificados 82.419 casos prováveis de chikungunya, com a taxa de incidência de 39,2 casos por 100 mil hab, e na zika os casos notificados foram 7.387 com taxa de incidência 3,5 casos por 100 mil habitantes (BRASIL, 2021j).

Em relação à distribuição temporal dos dados de dengue, até a semana epidemiológica (SE) 11 do ano 2020, a curva epidêmica dos casos prováveis ultrapassa o número de casos do mesmo período para o ano de 2019 (Figura 1). A partir da SE 12 (semana do dia 15 de março), observa-se uma diminuição dos casos prováveis em relação a 2019, que segundo o Ministério da Saúde, pode ser atribuída à mobilização que as equipes de vigilância epidemiológica estaduais fizeram diante do enfrentamento da emergência da pandemia do coronavírus, ocasionando um atraso ou subnotificação dos casos das arboviroses (BRASIL, 2020b).

Figura 1. Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semana epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2019 e 2020*.

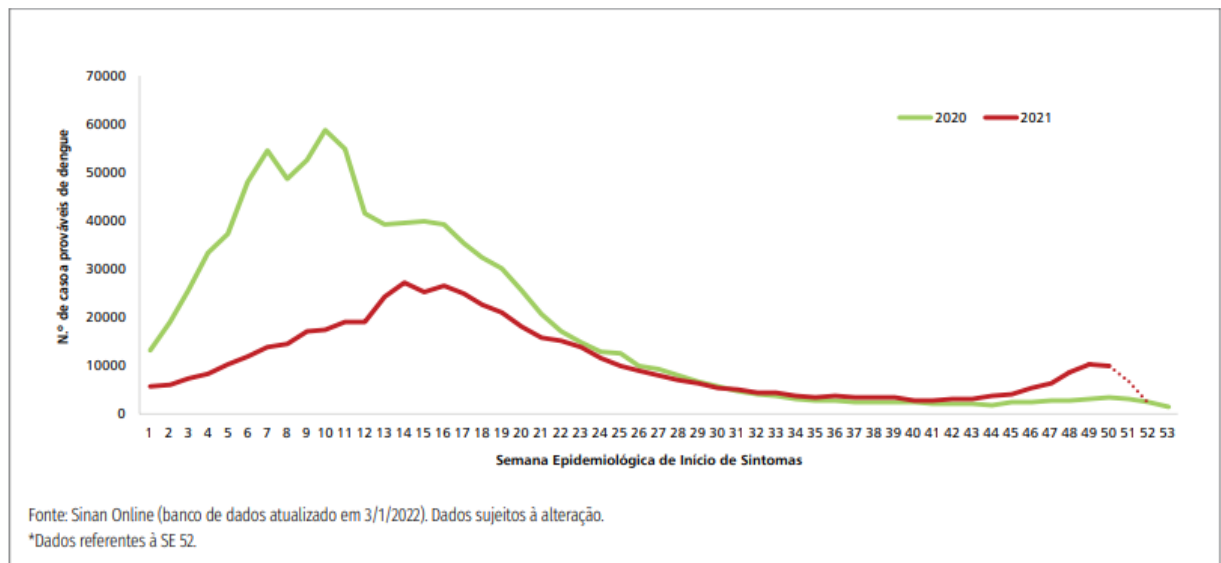


Fonte: Boletim Epidemiológico vol. 52, nº03 (jan, 2021).

Ainda no Boletim Epidemiológico nº03, da SE 1 até a SE 53 (ano de 2020), foram notificados 987.173 casos prováveis de dengue (taxa de incidência de 469,8 casos/ 100 mil hab.) e confirmados 554 óbitos por dengue no país e em investigação 175 óbitos (BRASIL, 2021j). Entre os casos graves e óbitos de dengue houve um aumento da SE 1 até a SE 10 (janeiro até a primeira semana de março), e começou uma redução a partir da SE 11 (08 de março de 2020), quando comparados com os casos do ano de 2019. Em relação às características dos óbitos por dengue, a faixa etária acima de 60 anos concentra 57,2 % dos óbitos confirmados (317 óbitos), destacando-se a taxa de letalidade por dengue maior entre os idosos a partir dos 60 anos e, os mais acometidos foram aqueles com 80 anos ou mais.

Em 2021, até a SE 52 aconteceram 544.460 casos prováveis de dengue no Brasil (taxa de incidência de 255,2 casos por 100 mil hab.), o que representa redução de 42,6% em relação ao mesmo período de 2020 (Figura 2). Já em relação à Chikungunya, houve aumento no número de casos de janeiro a dezembro de 2021 que somaram 96.288 casos prováveis (taxa de incidência de 45,1 casos/100.000 hab.), o que representa um aumento de 32,7% em relação ao mesmo período de 2020. A região Nordeste é a que teve maior incidência (115,7 casos por 100 mil hab.) (BRASIL, 2022).

Figura 2. Curva Epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológica de início de sintomas, Brasil, 2020 e 2021.

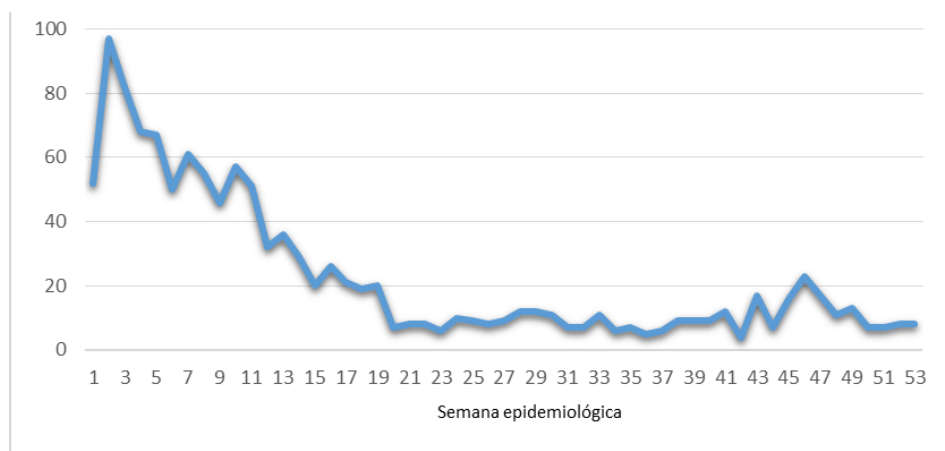


Fonte: Secretaria de Vigilância em Saúde – MS, 2022.

No estado do Rio de Janeiro, no ano de 2019, foram notificados 31.951 casos de dengue, em comparação com o ano de 2020 que houve apenas 4.461 casos prováveis notificados (taxa de incidência em 25,8 casos por 100 mil habitantes) (SES RJ, 2021). Apesar da queda significativa de casos segundo o Boletim da SES RJ, a Secretaria considera que não é possível realizar a comparação entre os anos de 2019 e 2020, por causa de toda mobilização para Covid-19 em 2020. Em 2021, os casos registrados diminuiriam mais ainda, sendo de 2.879 casos e 4 óbitos (SES RJ, 2022).

Nos dados de casos da dengue do município do Rio de Janeiro (Gráfico 1) referente ao ano de 2020, é possível observar uma queda no decorrer das semanas epidemiológicas, principalmente a partir do início do mês de março (semana 10), o que também pode ser atribuído, conforme exposto no Boletim Epidemiológico 23, pela alta demanda dos profissionais de saúde voltada para a Covid-19, o que ocasionou o atraso do processamento de dados ou até a subnotificação (Rodriguez- Morales et al 2020). Outra questão é que o Brasil tem enfrentado vários desafios para o diagnóstico da Covid-19, especialmente com relação à falta de materiais hospitalares e equipamentos necessários para a detecção de SARS-CoV-2 (ANDRUS et al, 2020). Além disso, muitos laboratórios redirecionaram todos os seus esforços para diagnosticar SARS-CoV-2, incluindo os laboratórios de arbovírus de referência, o que teve um impacto direto na detecção de arbovírus (SILVA et al, 2021).

Gráfico 1. Casos notificados de dengue por Semana Epidemiológica no município do Rio de Janeiro, 2020.



Fonte: Dados da Secretaria Municipal do Rio de Janeiro (SMSRJ), 2020b.

A SMS do Rio de Janeiro enfrentou os mesmos problemas apontados pelo Ministério da Saúde e a SES RJ quanto à produção de dados durante a pandemia. Dessa maneira, a cidade do Rio de Janeiro, em 2020, notificou apenas 1.206 casos de dengue, no entanto em 2019 foram 17.731 casos registrados. Em 2021 houve ainda outra diminuição, sendo 932 os registros de casos e houve 1 óbito (SMSRJ, 2019; SMSRJ, 2020c; SMSRJ, 2021; SMSRJ, 2022b).

Uma das ações realizada em todo Brasil em relação as arboviroses, é o Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti* (LIRAA), porém, com a pandemia da Covid-19 o Ministério da Saúde divulgou uma nota informativa (NI 09/2020) (BRASIL, 2020d) suspendendo a realização do 2º LIRAA de 2020, que aconteceria entre o dia 30/3 a 18/4/2020. Em outra nota, Nota Informativa N° 13/2020, o Ministério da Saúde recomenda a suspensão temporária do LIRAA e LIA em decorrência da pandemia pelo Coronavirus (BRASIL, 2020e). Porém, coloca que cabe a cada município avaliar o cenário epidemiológico e caso não estejam sendo afetados pela pandemia, poderão dar continuidade as atividades para realização do LIRAA.

No estado do Rio de Janeiro houve a divulgação somente do primeiro LIRA realizado em 2020 (fevereiro), não houve mais ações do LIRA nos municípios do estado durante a pandemia da Covid-19. A divulgação do LIRAA realizado entre os dias 02 a 08 fevereiro nos 92 municípios do estado do Rio de Janeiro, configurou-se o seguinte cenário: 37 (46,3%) como satisfatórios; 38 (47,5%) em alerta; e 05 (6,3%) em risco (SES RJ, 2020).

A Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro (SMSRJ 2020a) divulgou a distribuição do Índice de Infestação Predial (realizado no LIRAA), foram 245 estratos amostrais pesquisados, ou seja, os estratos são divisões no município que apresentam

características socioambientais similares. Destes 245 estratos, 150 foram satisfatórios, 90 em alerta e 05 em risco. De acordo com esse resultado, o município se configurou em estado de alerta para as arboviroses, sendo que os maiores índices foram nas seguintes Áreas de Planejamento (APs): AP 5.2 Campo Grande; AP 1.0 Centro; AP 3.3 Madureira/Adjacências; e AP 5.3 Santa Cruz, Sepetiba e Paciência.

É importante destacar que no que tange aos sintomas iniciais das arboviroses, como febre, dor no corpo e cansaço, são semelhantes à Covid-19, embora essas doenças tenham agentes causais diferentes (CHEN et al, 2020; NAVARRO et al, 2020). Alguns autores descreveram casos que foram erroneamente diagnosticados como dengue, mas posteriormente confirmados como Covid-19 (YAN et al, 2020). Na Covid-19 o quadro clínico evolui para muita tosse, dificuldade respiratória e pneumonia. Enquanto, nas arboviroses surgem manchas vermelhas no corpo que coçam e muitas vezes vermelhidão nos olhos.

Além disso, a oferta diferenciada de medicamentos como o ibuprofeno, que teve gravidade para a Covid-19 na Itália (FANG et al, 2020), e aspirina (contraindicada para dengue) aumenta a complexidade da assistência médica, caso aconteçam epidemias simultâneas (NAVARRO et al, 2020).

Outro desafio relatado por especialistas é que pode ser possível uma pessoa ser infectada pelos dois vírus ao mesmo tempo, SARS-CoV-2 e algum arbovírus podendo se tornar um caso mais complexo (LORENZ et al, 2020). Entretanto, os pesquisadores afirmam que não existem evidências científicas de que o coronavírus possa ser transmitido pelo *Ae. aegypti* (LORENZ et al, 2020).

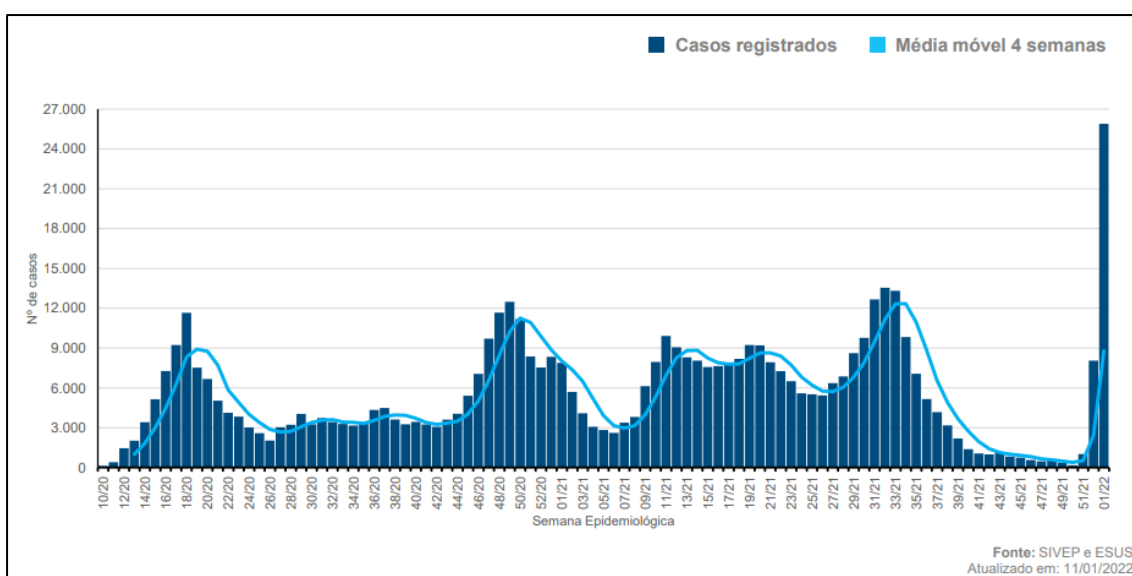
Recentemente, alguns artigos científicos também relataram a presença de reação cruzada em testes sorológicos entre DENV e SARS-CoV-2, que pode levar a falso-positivo entre COVID-19 e pacientes com dengue e vice-versa (LUSTIG et al, 2020; YAN et al, 2020; NICOLELIS et al, 2020; SILVA et al, 2021).

II.3. A Covid-19 nas favelas do Rio de Janeiro

Os dados da Covid-19 no município do Rio de Janeiro vêm mostrando a gravidade da doença no decorrer da pandemia (Figuras 3 e 4). Em 2020, desde o início da pandemia em março, foram 217.931 casos confirmados, sendo 42.620 foram casos graves e 18.962 óbitos, com taxa de letalidade de 8,7%. Em 2021, os casos sobem para 295.378, mas com redução de óbitos para 16.048, com taxa de letalidade de 5,6%. A vacinação da população é o principal fator do decréscimo do número de óbitos, situação que se vem confirmando desde o início de

2022. Dados da SMS Rio de Janeiro mostram, em 11/01/2022, que o número de casos sobe para 385.224 devido a presença da variante Ômicron do SARS-CoV-2, mas os casos graves diminuem acentuadamente para 2.712, assim como os óbitos para 892. A taxa de letalidade, no início de 2022, de 0,2%, mostra os efeitos da vacinação massiva no município do Rio de Janeiro que alcança a 97,1% da população maior de 18 anos com duas doses ou dose única (SMSRJ, 2022a)

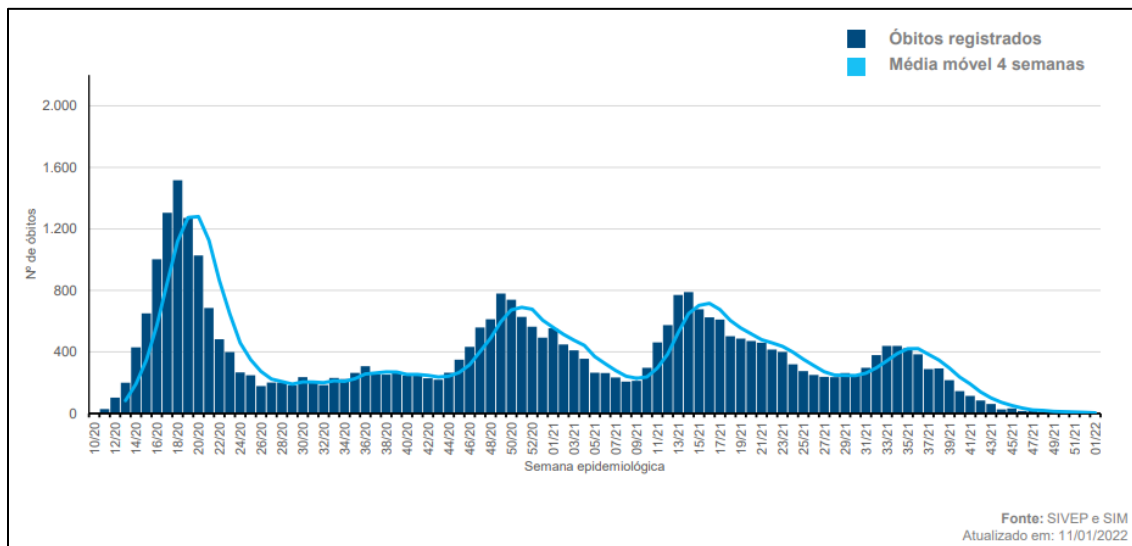
Figura 3. Casos confirmados de Covid-19 por semana epidemiológica, município do Rio de Janeiro, 2020 -2021 (SE 10/2020 a SE 01/2022).



Fonte: SMS-Rio, 2022.

Os casos de Covid-19 no Brasil vêm atingindo partes do território nacional de forma heterogênea, por conta das inúmeras desigualdades como a geográfica, perfil epidemiológico, densidade demográfica e condições socioeconômicas (Perissé et al 2020). É importante, nesse sentido, dispensar especial atenção aos espaços territoriais e populacionais mais vulnerabilizados. Segundo dados da PNAD (2015), cerca de 11,4 milhões de pessoas moram em territórios precarizados, vários destes sendo constituídos por favelas. Cerca de 12,2% dessas pessoas (1,4 milhão) se concentram no Rio de Janeiro. Estes territórios se caracterizam por dificuldades de acesso, alta densidade demográfica e de construções, habitações precárias e insuficiente oferta de serviços públicos essenciais, como abastecimento de água e coleta de resíduos sólidos (IBGE, 2018).

Figura 4. Óbitos por Covid-19 por semana epidemiológica de início de sintomas, município do Rio de Janeiro, 2020 -2021 (SE 10/2020 a SE 01/2022).



Fonte: SMS-Rio, 2022.

Deve-se considerar igualmente que estas áreas concentram grupos populacionais que apresentam condições de saúde desfavoráveis, como a alta prevalência de tuberculose (Pereira et al., 2015), quadros de hipertensão, cardiopatias e diabetes (SAWAYA et al., 2003), além das consequências da violência, expressa por altas taxas de homicídios (BARCELLOS e ZALUAR, 2015). Todos estes fatores podem agravar o impacto da pandemia de Covid-19 nestes territórios.

E ao longo da pandemia foi observado que nas áreas onde a pobreza urbana é mais acentuada, o adoecimento por Covid-19, avança de forma mais rápida (FIOCRUZ, 2020b). Isso porque estes territórios não contam com políticas públicas de qualidade que deem suporte à proteção coletiva. Além disso, as condições de vida da população dificultam muito a adoção de estratégias individuais de prevenção, largamente difundidas nas orientações de controle do novo coronavírus, como, o distanciamento social. Em decorrência das características sociais e ambientais desses espaços urbanos periféricos, bem como das dificuldades dos serviços de saúde, a ocorrência da Covid-19, a gravidade dos casos e a letalidade da doença tendem a apresentar maior magnitude (PERISSÉ et al, 2020).

Portanto, é necessário destacar a necessidade de medidas de proteção social que possam reduzir os impactos da pandemia, referendando estratégias de sistematização de informações

em saúde, ações comunicacionais, de atenção à saúde e de assistência social em conformidade com o contexto da pandemia (PERISSÉ et al, 2020).

Os boletins socioepidemiológicos da Covid-19 nas Favelas são uma dessas ações para acompanhar e minimizar os efeitos da pandemia nesses territórios. Fazem parte de um dos produtos da Sala de Situação Covid-19 nas Favelas, vinculada ao Observatório Covid-19 da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) (FIOCRUZ, 2020b; FIOCRUZ, 2020c; FIOCRUZ, 2021). Nestes boletins são apresentados dados e análises sobre a situação da Covid-19 nas favelas do Rio de Janeiro, levando em consideração os dados oficiais disponibilizados pela prefeitura municipal da cidade do Rio de Janeiro em seu Painel de Informações, dados populacionais obtidos no Instituto Pereira Passos (IPP), dados produzidos por movimentos organizados, como a Voz das Comunidades, e dados produzidos pelos serviços de saúde, em especial, as unidades básicas de saúde.

No início da pandemia, os casos estavam concentrados nos bairros de classe média, porém em decorrência da intensa circulação de pessoas, de elevada taxa de contato social e das características de transmissão da doença, os bairros periféricos já apresentaram elevada taxa de incidência de covid-19. Alguns dos resultados apontados nos boletins é a dificuldade e o baixo acesso a testagem nas favelas e arredores, a subnotificação em bairros com maior concentração de favelas em virtude que a população segue as orientações oficiais de não procurar unidades básicas de saúde a não ser em casos graves. E por último, os dados coletados evidenciam essas situações de desigualdades e injustiças nos cuidados, sintomas e sinais da doença (FIOCRUZ, 2020b; FIOCRUZ, 2020c; FIOCRUZ, 2021)

II.4. O desafio da atuação dos ACEs durante a pandemia da Covid-19

Em nota informativa 08/2020, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020f) recomendou a realização das visitas domiciliares dos ACEs apenas no peridomicílio (frente, lados e fundo do quintal ou terreno), distanciamento mínimo de dois metros e o uso de luvas de látex quando houver tratamento de criadouro. Contudo, o agente a uma distância mínima de dois metros, deve orientar os moradores sobre os cuidados que devem ser tomados pelas pessoas para controlar o mosquito que transmite essas arboviroses, bem como orientações fundamentais com relação ao saneamento domiciliar, ao manejo das águas e dos resíduos (BRASIL, 2020f; ANDRADE et al 2020).

Com relação à pandemia da Covid-19, existem polêmicas e poucas orientações para o desenvolvimento das atividades do ACE no enfrentamento das arboviroses. Como por exemplo,

os ACEs precisam de EPI (máscaras e luvas) para realizar atividades com segurança durante as visitas domiciliares. A Nota informativa 08/2020 do Ministério da Saúde só indica luva ao manusear recipientes com criadouros, não máscara (BRASIL, 2020f). Além disso, não existe fluxo de atendimento para o ACE no território. Esse documento também informa sobre os grupos de risco: “O Agente de Combate a Endemias (ACE) que apresente qualquer sintoma respiratório (tosse, coriza, dor de garganta, falta de ar, etc) ou febre, deve permanecer em isolamento seguindo as orientações do Ministério da Saúde”. Em nenhum momento, é mencionada a situação dos ACEs que compõem os grupos de risco.

Esse cenário impacta no processo de identificação e tratamento de todos os possíveis criadouros nas residências, podendo ao finalizar a visita ainda restar focos nos imóveis. Também, o número de casas com recusa para a entrada do ACE, ainda que no peridomicílio, tende a subir com as restrições de contato (ANDRADE et al, 2020). As pessoas se sentem inseguras no momento para deixar adentrar em seus espaços um trabalhador da saúde que ao longo do dia perpassa por vários imóveis e acabam entrando em contato com várias outras pessoas, ainda que com o uso de EPI como a máscara. Dessa forma, imóveis com recusa em número elevado tendem a ser somados com aqueles fechados e juntos impactam no controle vetorial no município do Rio de Janeiro.

Além de todas essas questões, é preciso lembrar que os ACEs estão expostos aos riscos de um trabalho que se realiza na rua, sobretudo dos efeitos da violência urbana na sua saúde, estando os mesmos sujeitos a várias intempéries. Os agentes de endemias convivem diariamente com a violência urbana (que em alguns estados aumentou significativamente durante a pandemia) e seus diversos contornos, como agressões verbais durante as visitas. Esses trabalhadores perpassam pelo medo, vulnerabilidade e imprevisibilidade, particularidades do trabalho que se realiza no espaço público da rua (GUIDA et al, 2012; LANCMAN et al, 2009).

O Ministério da Saúde alertou que março, abril e maio (de 2020) seriam os meses com os maiores números de casos da Covid-19 o que coincidiria com o aumento do número de casos de arboviroses e gripe. Isso aumentaria a procura de atendimentos nas unidades de saúde, crescendo também o risco de contágio pela Covid-19 (LORENZ et al 2020). O aumento no número de casos de dengue, principalmente os quadros graves, poderia agravar ainda mais a disputa por leitos para internação no sistema de saúde no momento da pandemia da Covid-19 (NAVARRO et al, 2020; RODRIGUEZ-MORALES et al, 2020).

O trabalho dos ACEs não acontece dentro das unidades de saúde, e sim nos territórios, nos quais as doenças se originam e se manifestam. Nesse sentido, os trabalhadores parecem ter dificuldades de se reconhecer como parte das equipes das unidades de saúde, ao mesmo tempo

em que as equipes também têm dificuldade de reconhecê-los (BARBOSA et al, 2017). Embora existam ações voltadas à proteção pessoal e controle de vetores no Brasil, ainda são muitos os desafios relacionados à prática profissional neste campo. Fatores como o desconhecimento da população sobre as ações realizadas pelos ACEs, condições precárias de trabalho, diferenças com os outros profissionais da ESF em relação ao vínculo, ao tipo de contrato de trabalho, ao salário e à formação, contraria a importância do papel desempenhado por esses agentes de saúde profissionais (BARBOSA et al 2017). Esses fatores influenciam a recorrência de epidemias e o surgimento de novos arbovírus (BARBOSA et al, 2017; DONALISIO et al, 2017; EVANGELISTA et al, 2017).

Em 2019, Donateli e colaboradores examinaram os fatores que melhoravam e prejudicavam o trabalho de campo dos ACEs, com base em sua própria perspectiva. Os autores revelaram que os ACEs sofrem com a falta de reconhecimento e qualificação, baixa eficiência das ações e desvalorização do trabalho. Assim, um conhecimento profundo das ações dos ACEs forneceria uma importante visão sobre as experiências e percepções dessa força de trabalho diante do cenário epidemiológico no Brasil, caracterizada por ameaças de doenças e aumento de demandas. Os autores concluíram que são necessários mais estudos para projetar e avaliar o desempenho profissional dos ACEs em outros locais (DONATELLI et al, 2019).

Portanto, ACEs são fundamentais na vigilância em saúde nos territórios da atenção primária, são os encarregados do controle vetorial nos domicílios, Pontos Estratégicos (PE) e imóveis especiais. Contudo, durante esta pandemia da Covid-19, esses profissionais não são mencionados no documento do Ministério da Saúde - Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020g).

O enfrentamento das arboviroses pelos ACEs no território da atenção primária, durante a pandemia da Covid-19, está sendo realizada de diferentes maneiras. As Notas Informativas do Ministério da Saúde orientam as atividades do trabalho de campo tentando reduzir o risco de transmissão da SARS-CoV-2, mas as medidas são insuficientes para proteger à saúde do trabalhador. Na nota informativa N^o8 (BRASIL, 2020f) não é mencionada a obrigatoriedade do uso da máscara no território (só de luvas no manuseio de utensílios com focos larvários), nem o isolamento social dos grupos de risco por doença e maiores de 60 anos. Estados e municípios adequam essas orientações segundo suas necessidades, possibilidades e especificidades locais.

Alguns municípios têm se preocupado em proteger aos ACEs disponibilizando máscaras para o desenvolvimento de atividades, entre outras ações de proteção. Outros municípios, no entanto, como a Prefeitura de Nova Iguaçu/RJ, segundo denúncia do Sindicato dos Trabalhadores no Combate às Endemias e Saúde Preventiva no Estado do Rio de Janeiro

(SINTSAUDERJ, 2020), tem descompromisso com a saúde dos trabalhadores e recorreu ao TJRJ para não entregar EPI aos ACEs.

Outra lei de grande impacto é a lei nº 14.128, de 26 de março de 2021 (BRASIL, 2021i). Ela dispõe sobre compensação financeira a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores de saúde que, durante o período de emergência de saúde pública de importância nacional decorrente da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2), por terem trabalhado no atendimento direto a pacientes acometidos pela Covid-19, ou realizado visitas domiciliares em determinado período de tempo, no caso de agentes comunitários de saúde ou de combate a endemias, tornarem-se permanentemente incapacitados para o trabalho, ou ao seu cônjuge ou companheiro, aos seus dependentes e aos seus herdeiros necessários.

Nesse contexto, a pesquisa busca subsídios que possam garantir a saúde e a segurança do ACE no território da atenção primária no enfrentamento das arboviroses, durante a pandemia da Covid-19. O fornecimento dos EPIs adequados (máscaras cirúrgicas, álcool gel) para a realização das atividades no campo (visitas domiciliares, pontos estratégicos, imóveis especiais), bem como o isolamento social dos grupos de risco preconizados e a identificação de novos subgrupos de risco nos ACEs, como os trabalhadores expostos a agrotóxicos, é fundamental para a proteção e segurança do trabalhador.

Ao mesmo tempo, são necessárias mudanças no processo de trabalho dos ACEs que contribuam para a saúde e segurança do trabalhador durante a pandemia da Covid-19. Devem ser priorizadas formas inovadoras e criativas de realizar educação e comunicação com a população, como o formato virtual, ou ensinando a líderes comunitários para que realizem atividades de mobilização e participação na população na prevenção e eliminação dos criadouros.

Outro problema que tem sido comum é a falta de testes clínicos para o diagnóstico da Covid-19 disponíveis para esses profissionais. No entanto, foi aprovada a alteração da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para determinar a adoção de medidas imediatas que preservem a saúde e a vida de todos os profissionais considerados essenciais ao controle de doenças e à manutenção da ordem pública, durante a emergência de saúde pública decorrente do novo coronavírus. Tanto os ACS quanto os ACE foram contemplados pelo texto aprovado. Essa lei nº 14.023, de 8 de julho de 2020 lista os profissionais de saúde considerados essenciais no enfrentamento ao coronavírus, que deverão ter prioridade nos testes diagnósticos para a Covid-19, além de receber gratuitamente de seus contratantes todos os EPIs recomendados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) para os trabalhadores que mantêm contato direto com quem possa ter a doença (BRASIL, 2020h).

É necessário tomar providências para o enfrentamento das arboviroses no território com alternativas efetivas já disponíveis para o monitoramento vetorial, como os métodos de captura usando armadilhas para formas imaturas (ovitrampas) e para mosquitos adultos (RIBEIRO, 2013). Outra ação fundamental, nesta pandemia da Covid-19, em locais com saneamento precário, como é o caso do estudo, é o fornecimento emergencial de água potável e as ações de educação em saúde para evitar o armazenamento da mesma em recipientes inapropriados, prevenindo dessa maneira a proliferação dos mosquitos.

Portanto, segundo Silva e colaboradores, é importante, destacar a importância da introdução de uma abordagem de Saúde Única, que inclua a saúde humana, animal e o meio ambiente e a adoção de políticas públicas efetivas, como uma resposta interdisciplinar eficaz e de gestão para mitigar o efeito catastrófico causado por esses patógenos (SILVA et al, 2021).

III. METODOLOGIA

Para atingir os objetivos da pesquisa e abordar os desafios e a complexidade do processo de trabalho do Agente de Combate às Endemias (ACEs), durante a pandemia da Covid-19, no território da atenção primária, optou-se pela utilização de metodologia qualitativa e quantitativa por meio da triangulação de métodos em um Estudo Exploratório Descritivo. A triangulação de métodos é uma estratégia de pesquisa interdisciplinar que combina métodos, teorias, dados e investigadores, isto é, combina pontos de vistas de vários informantes utilizando diferentes instrumentos de coleta de dados (MINAYO, 2005).

Abordar o processo de trabalho de uma categoria profissional que atua no território, nestes momentos de pandemia da Covid-19, é reconhecer que não se trata só do enfrentamento das arboviroses, mas também de enfrentar cotidianamente o risco de contato com pessoas assintomáticas ou pré-sintomáticas da Covid-19 durante as visitas domiciliares e com possibilidades de transmissão do SARS-CoV-2 aos ACEs. As reflexões de Minayo (1992) sobre o debate do “qualitativo” para o campo da saúde, particularmente para o processo saúde-doença, adquirem destaque especial durante esta pandemia:

“Pois saúde e doença exprimem agora e sempre uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser social. Saúde e doença são fenômenos clínicos e sociológicos vividos culturalmente, porque as formas como a sociedade os experimenta, cristalizam e simbolizam as maneiras pelas quais ela enfrenta seu medo da morte e exorciza seus fantasmas. Neste sentido saúde/doença importam tanto por seus efeitos no corpo como pelas suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas consequências” (MINAYO, 1992, p. 15-16).

Minayo nos alerta para a necessidade de abordar na pesquisa as dimensões individual e social do processo saúde e doença, bem como as dimensões biológico-clínica e socioculturais que repercutem nos temores, no medo da morte e no imaginário das pessoas. Nada mais atual nestes momentos da pandemia da Covid-19 e que ganha destaque especial para os trabalhadores da saúde no território, como é o caso dos ACEs, que enfrentam esses desafios cotidianamente no trabalho, nos deslocamentos em transporte público e no domicílio.

Os sujeitos da pesquisa foram os Agentes de Combate às Endemias (ACEs), denominados de agentes de vigilância em saúde pela Prefeitura do Rio de Janeiro, que foram egressos do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) coordenado pelo Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim

Venâncio - LAVSA/EPSJV/Fiocruz - e realizado em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). De um universo de 509 egressos foram selecionados 30 ACEs, 3 de cada uma das 10 CAPs (Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Área Programática) da SMS/RJ que trabalham em favelas.

Os instrumentos utilizados na coleta de dados para lograr uma abordagem mais abrangente, por meio da triangulação de métodos, foram: questionário semiaberto que foi auto aplicado (30 participantes), 2 grupos focais (15 participantes no total) e oficina de sistematização de informações e elaboração de recomendações de atuação dos ACEs (8 participantes). Foram elaborados 3 RCLE (Registro de Consentimento Livre e Esclarecido), um para cada instrumento.

A pesquisa foi submetida e aprovada em dois Comitês de Ética: 1) CEP EPSJV/Fiocruz – CAEE 36936720.0.0000.5241 (05/10/2020); 2) CEP SMS/RJ - CAEE 36936720.0.3001.5279 (26/10/2020).

O questionário foi elaborado no formulário Google Forms e enviado em duas partes aos participantes para facilitar o preenchimento pelo celular, meio escolhido pela maioria dos ACEs. O questionário foi analisado sem identificação do participante. Os dados quantitativos foram analisados no programa Excel utilizando unidades numéricas e percentuais. As perguntas abertas foram categorizadas, classificadas e interpretadas buscando os significados presentes nas respostas.

Tanto as reuniões dos dois grupos focais como a oficina de sistematização foram gravadas e transcritas sem identificar os participantes. Todas as reuniões foram realizadas de forma virtual, pela plataforma Zoom, devido às restrições impostas pela pandemia da Covid-19. A análise dos dados qualitativos dos grupos focais e da oficina de sistematização foi realizada utilizando análise de conteúdo segundo Bardin (BARDIN, 2016; SANTOS, 2011). Foram selecionadas as categorias por temas para proceder às inferências. Finalmente foram realizadas interpretações pautadas nas inferências, buscando conhecer o significado das palavras.

Deve ser salientado que todas as atividades da pesquisa foram realizadas durante a pandemia da Covid-19 (2020-2021), durante a fase de isolamento social e na fase de flexibilização. Por esse motivo, além das atividades com os participantes da pesquisa que foi no formato remoto, todas as oficinas realizadas pela equipe de pesquisa, seja de planejamento, elaboração de instrumentos, análise de dados, discussão de resultados, considerações e

sugestões, foram também feitas de forma virtual para minimizar os riscos e evitar o contágio com o vírus SARS-Co-2, seguindo as orientações das autoridades sanitárias e do Plano de Contingência da Fiocruz. As reuniões foram realizadas utilizando as plataformas Microsoft Teams e Google Meet.

Os desafios da realização de pesquisas durante a pandemia têm sido apontados por Souza e Mendonça (2021) que assinalam dificuldades como uso de ferramentas digitais, disponibilidade das plataformas virtuais incluindo a segurança dos aplicativos a invasões, o rigor dos procedimentos éticos, dificuldade da “observação direta, entrevista face a face, em contato com os sujeitos de pesquisa, de modo a apreender gestos, expressões, sentimentos, atitudes, subjetividades” (SOUZA; MENDONÇA, 2021, p.23), entre outras limitações.

Ainda no plano da metodologia, a elaboração dos instrumentos e os diversos encontros de planejamento das atividades foram momentos de formação da própria equipe de pesquisa que revisou a literatura e normas disponíveis sobre o tema e realizou análise, debates e reflexões sobre os melhores caminhos para o desenvolvimento da pesquisa. Os desafios impostos pela pandemia foram também um grande aprendizado para a equipe, no que tange ao manuseio de diversos recursos tecnológicos de informação e comunicação, bem como para o desenvolvimento do potencial criativo e didático nas reuniões utilizando as plataformas virtuais.

Todo conhecimento é provisório, e neste momento da pandemia da Covid-19 o acúmulo de conhecimentos e mudanças têm sido muito rápidos, não só nas questões relacionadas a produção de vacinas, ao tratamento com novos medicamentos, a variedade de formas de testagem, o surgimento de novas variantes, mas também mudanças no reconhecimento dos aerossóis como a principal via de transmissão do SARS-CoV-2, a transmissibilidade entre assintomáticos, sintomáticos leves, crianças e adolescentes, entre outros.

No momento de aplicação do questionário da pesquisa (dez/2020) ainda não se tinham vacinas disponíveis no Brasil e, no mundo, em alguns países, como os Estados Unidos, a vacinação dos profissionais da saúde começou ao final de dezembro 2020. Nesse momento, pouco se divulgava sobre as variantes do Reino Unido (alfa) e da África do Sul (beta), e seguidamente da variante do Brasil (gama, P1) e da Índia (delta). No momento da realização dos Grupos Focais (março/2021), os profissionais da saúde, entre eles os ACEs, acabavam de ser vacinados ao final de janeiro de 2021.

A continuação será relatada as atividades desenvolvidas durante a pesquisa e detalhados os processos, os desafios, ameaças, fortalezas e oportunidades encontrados em cada uma das etapas.

IV. ATIVIDADES REALIZADAS

As atividades relatadas a seguir formam parte do processo de desenvolvimento da pesquisa e refletem a complementariedade, e ao mesmo tempo unidade, existente entre a teoria e a metodologia adotadas, na busca de resultados de acordo com os objetivos da pesquisa. Todas as atividades foram realizadas pelos pesquisadores do projeto que são membros do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – LAVSA/EPSJV/Fiocruz.

As principais atividades realizadas foram (Quadro 1):

1. Reuniões de organização e planejamento da pesquisa entre coordenação do projeto e a equipe de pesquisa.
2. Elaboração do questionário: Foram definidos grupos de trabalho segundo os temas de interesse. A elaboração do questionário semi-aberto foi realizada de maneira coletiva e foi momento importante para a revisão da legislação existente em relação aos ACE durante a pandemia, analisar o perfil e atribuições dos agentes, principais elementos que tinham que constar no questionário, entre outros. As questões que não puderam ser incluídas foram consideradas no roteiro do grupo focal. Foram realizadas reuniões por grupos temáticos e reuniões gerais com o grupo como um todo.
3. Elaboração do roteiro do grupo focal. Após a conclusão do questionário procedeu-se a retomar algumas questões do mesmo e a elaborar macro-questões por áreas temáticas para o roteiro do grupo focal.
4. Submissão do projeto ao CEP EPSJV/Fiocruz: Em primeiro lugar, o projeto foi apresentado ao CEP da EPSJV. Uma das solicitações do CEP foi o desdobramento do único Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – RCLE apresentado em 3 RCLE de acordo com as atividades que seriam realizadas. Desse modo, foram elaborados os RCLE do questionário, da participação no grupo focal e da participação na oficina de sistematização de informações e elaboração de sugestões. O projeto foi aprovado com Certificado de Apresentação para a Avaliação Ética - CAAE 36936720.0.0000.5241 em 05 outubro 2020.

5. Submissão do projeto ao CEP da SMS/RJ. Pelo fato de os atores sociais da pesquisa serem trabalhadores da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, foi necessário submeter o projeto de pesquisa ao CEP da SMS/RJ. Após cumprir algumas solicitações do CEP, o projeto foi aprovado com CAAE 36936720.0.3001.5279 em 26 outubro 2020.
6. Seleção dos participantes da pesquisa: Nesta tarefa foi chave contar com a participação dos coordenadores do Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) do LAVSA/EPSJV, coordenadores de turmas e supervisores de campo. O CTVISAU foi oferecido pela EPSJV, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – SMS/RJ, desde 2012 até o momento do início da pesquisa. A última turma concluiu em novembro 2020. No total foram formados 509 alunos. Da lista inicial dos alunos e egressos ACEs existente no LAVSA, muitos tinham mudado de território, não trabalhando mais em áreas de favela que era um dos requisitos de seleção para participar na pesquisa. Foi necessário entrar em contato com vários egressos, representantes de turmas e outros, para identificar três egressos por cada uma das 10 CAPs da SMS/RJ e que trabalhassem em favelas. Após esse processo, foram identificados os 30 atores sociais da pesquisa, sendo que alguns deles acabavam de ser transferidos para unidades de saúde vizinhas às favelas. Essas situações particulares foram analisadas caso a caso e definiu-se que, devido que os ACEs conheciam as favelas e tinham passado a experiência da pandemia nas mesmas, não era impedimento para a participação na pesquisa. Assim, foram selecionados 30 ACEs, 3 por cada CAP, sendo 11 mulheres e 19 homens. Em duas CAPs não houve representação feminina.

Quadro 1. Síntese das principais atividades realizadas na pesquisa por data.

| Atividades | Data |
|---|-------------------------|
| Reuniões de organização e planejamento da pesquisa | Mai-jul/2020 |
| Elaboração do questionário | Jun-jul/2020 |
| Elaboração do roteiro do grupo focal | Jul-ag/2020 |
| Submissão do projeto ao CEP EPSJV/Fiocruz - CAAE 36936720.0.0000.5241 | Aprovação 05/10/2020 |
| Submissão do projeto ao CEP da SMS/RJ - CAAE 36936720.0.3001.5279 | Aprovação 26/10/2020 |
| Seleção dos participantes da pesquisa | Nov/2020 |
| Elaboração do RCLE do questionário na ferramenta Google Forms | Nov/2020 |
| Contato inicial com os ACEs e convite para participar na pesquisa | Dez/2020 |
| Envio de link do RCLE do questionário por whatsapp e e-mail | Dez/2020 |
| Recebimento do RCLE do questionário por meio da ferramenta Google Forms | Dez/2020 |

| | |
|--|------------------|
| Envio de RCLE assinado pela Coordenação do projeto | Dez/2020 |
| Elaboração do questionário da pesquisa na ferramenta Google Forms – partes 1 e 2 | Nov-dez/2020 |
| Criação de código/chave de segurança para os questionários | Dez/2020 |
| Envio do questionário aos participantes por e-mail e whatsapp – recebimento questionário por meio de ferramenta Google Forms | 8 a 23 dez/ 2020 |
| Análise preliminar dos dados do questionário | Jan-fev/2021 |
| Reuniões de organização do grupo focal | Fev-mar/2021 |
| Seleção dos participantes dos grupos focais | Fev/2021 |
| Elaboração do RCLE do grupo focal na ferramenta Google Forms | Fev/2021 |
| Contato com os selecionados por whatsapp e telefone e convite para participar do grupo focal | Fev/2021 |
| Envio de RCLE do GF ao participante; recebimento e envio de RCLE assinado pela coordenação | Fev-mar/2021 |
| Envio dos links da plataforma Zoom aos participantes dos Grupos Focais A e B. | Mar/2021 |
| Realização dos dois grupos focais simultaneamente | 06/03/2021 (Sáb) |
| Transcrição dos grupos focais | Mar-abr/2021 |
| Reuniões de organização da Oficina de Sistematização e Elaboração de Sugestões | Mar-abr/2021 |
| Elaboração do RCLE da Oficina de Sistematização e elaboração de sugestões na ferramenta Google Forms | Mar/2021 |
| Envio de RCLE da Oficina de Sistematização ao participante; recebimento e envio de RCLE assinado pela coordenação | Mar/2021 |
| Comunicação do adiamento da oficina de sistematização devido às medidas excepcionais e emergências no período de 26/3 a 04/04/2021 - decreto N° 48644 de 22 de março de 2021 da Prefeitura do Rio de Janeiro | 23/04/2021 |
| Envio do link da plataforma Zoom aos participantes da Oficina de Sistematização | Abr/2021 |
| Realização da Oficina de sistematização e elaboração de sugestões | 17/04/2021 (Sáb) |
| Transcrição das falas da Oficina de Sistematização | Mai-jun/2021 |
| Análise definitiva do questionário | Jun-jul/2021 |
| Elaboração de tabelas sínteses e gráficos com os resultados do questionário | Jul/2021 |
| Seleção dos depoimentos dos grupos focais e da oficina de sistematização | Jul-ago/2021 |
| Reuniões com a equipe de pesquisa para analisar resultados e elaborar itens discussão e sugestões do relatório final de pesquisa | Jul-set/2021 |
| Elaboração do relatório final da pesquisa | out-dez/2021 |

Fonte: Elaboração própria

7. Criação do Grupo de Trabalho (GT) para viabilizar a operacionalização da aplicação do questionário e da realização dos grupos focais e da oficina de sistematização de informações.
8. Elaboração do RCLE do questionário na ferramenta Google Forms (Anexo 01).
9. Contato inicial com os ACEs e convite para participar na pesquisa: foi realizado por mensagem de whatsapp onde se solicitava permissão para fazer ligação telefônica. Se o ACE respondia afirmativamente por mensagem de whatsapp, procedia-se à ligação telefônica. Após explicação breve dos objetivos da pesquisa, caso o ACE concordasse, foi combinado que seria enviado o RCLE por e-mail e whatsapp para leitura detalhada.

10. Envio de link do RCLE do questionário por whatsapp e e-mail. O ACE após leitura, caso concordasse com os termos da pesquisa, procedia ao preenchimento dos dados obrigatórios solicitados no formulário: e-mail, nome completo, RG e data do envio. Ao finalizar o preenchimento e clicar em “enviar” o formulário era automaticamente recebido pelo GT.
11. Recebimento do RCLE do questionário pelo GT da pesquisa, por meio da ferramenta Google Forms. Os dados de cada participante foram incorporados no RCLE (em word) (Anexo 02) que foi assinado pela coordenadora da pesquisa. Ambos os documentos foram salvos no formato pdf e enviados aos participantes por e-mail como comprovação de autorização para participar da primeira etapa da pesquisa que foi a aplicação do questionário.
12. Elaboração do questionário da pesquisa na ferramenta Google Forms. O questionário teve 65 questões divididos em 4 blocos: I) Características do entrevistado; II) Sobre o Território de Atuação durante a pandemia da Covid-19; III) Informação, Comunicação e Educação em Saúde sobre o novo coronavírus SARS-CoV-2 e a Covid-19; IV) Processo de Trabalho, Segurança e Saúde do Trabalhador no enfrentamento das arboviroses na pandemia da Covid-19. Devido à extensão do questionário, às dificuldades de acesso à internet e ao fato de a maioria dos participantes ter mencionado que o questionário seria preenchido no celular, definiu-se por dividir o questionário em 2 partes. A primeira (Anexo 03) com os blocos I, II e III, com 38 perguntas, e a segunda parte (Anexo 04) contendo o bloco IV, com 27 questões, totalizando 65 questões como um todo.
13. Criação de código/chave de segurança para os questionários. Para garantir o anonimato dos participantes da pesquisa foi necessária a criação de códigos alfanuméricos compostos de 5 números e 1 letra.
14. Envio do questionário aos participantes por e-mail e whatsapp. Cada participante recebeu mensagem com instruções sobre o preenchimento do questionário da parte I, onde foram mencionados: o tempo necessário para o preenchimento (10 a 15 minutos); a chave de segurança a ser digitada no questionário (campo obrigatório) e o link para acesso ao questionário parte I. Após concluir o preenchimento do questionário parte I e o ACE clicar em “enviar”, o GT encarregado da operacionalização das ferramentas, enviava mensagem por e-mail e whatsapp, com instruções para o preenchimento da parte II do questionário e o link respectivo. O processo de envio do RCLE, do questionário (partes I e II), e o recebimento dos mesmos foram realizados no período de 8 a 23 de dezembro de 2020.
15. Análise preliminar dos dados do questionário: Foi realizada análise dos dados por blocos para subsidiar os grupos focais.

16. Reuniões de organização do grupo focal: Foram realizadas várias reuniões, nas quais foram apresentadas a síntese da análise preliminar dos dados do questionário, analisadas a pertinência de aprofundar, alterar ou suprimir determinados temas para fins da elaboração do roteiro definitivo do grupo focal. Seguindo o roteiro original, foram elaboradas macro questões que seriam o fio condutor do grupo focal e serviriam para articular outras questões e temas (Anexo 5).

A equipe de pesquisa realizou análise crítica sobre o fato da possível interferência ou viés na coleta de informações durante a realização do grupo focal. Todos os pesquisadores, por serem membros do LAVSA estão, em maior ou menor grau, envolvidos com os participantes da pesquisa, sejam na qualidade de coordenadores do Curso Técnico de Vigilância em Saúde, coordenadores de turma, supervisores do trabalho de campo ou docentes. Foram apontados os prós e os contras dessa interação. A favor: familiaridade dos participantes como egressos do curso com os coordenadores e pesquisadores do grupo focal, facilidade para falar de situações desagradáveis e dolorosas, possibilidade de falas mais informais, entre outras. Em contra: inibição da fala dos participantes pelo fato de os pesquisadores serem pessoas conhecidas, temor de falar de questões laborais, entre outras. Após debate e reconhecendo a impossibilidade de mudar essa situação, foi definida a realização do grupo focal com a condução da equipe de pesquisa do LAVSA, com a compreensão da existência desses vieses, entendimento que deveria nortear também a análise dos dados qualitativos.

Outro ponto considerado foi a organização dos grupos focais: foi analisado que a duração não deveria ultrapassar às duas horas e meia, mas que poderiam acontecer imprevistos por ser realizado em plataforma virtual. Conforme o projeto seriam realizados dois grupos focais. Para isso, foram selecionadas duas duplas de pesquisadores para a coordenação dos grupos focais, tendo em consideração a experiência na condução de grupos focais e o conhecimento do tema. Devido à realização dos grupos focais de maneira virtual a experiência na condução de grupos torna-se elemento chave para o desfecho. Ficava por definir se os grupos focais seriam na mesma data e horário ou em datas diferentes. Os argumentos a favor de datas diferentes era a possibilidade de aprofundar algumas questões no segundo grupo focal. A favor da realização no mesmo dia, estava a diminuição de vieses na condução, assim cada grupo tomaria rumo próprio e foi este sólido argumento que definiu a realização em data única. Foi definido também a realização num dia sábado para não interferir com as atividades de campo dos ACEs. Houve também necessidade de providenciar duas plataformas Zoom para a realização dos grupos em simultâneo.

17. Seleção de participantes dos Grupos Focais: Conforme o projeto, os grupos focais seriam realizados com 15 participantes no total. Um grupo teria 7 participantes e o segundo grupo 8 participantes. A seleção foi feita de modo aleatório, respeitando as CAPs, algumas tiveram 2 participantes e outras somente 1. Um terço dos selecionados foram mulheres (5) e 66,6% foram homens (10 selecionados). Cada grupo focal foi constituído por participantes de diferentes CAPs.
18. Elaboração do RCLE do grupo focal (Anexo 6) na ferramenta Google Forms.
19. Contato com os selecionados por whatsapp e telefone e convite para participar do grupo focal.
20. Envio e recebimento do RCLE do Grupo Focal e envio de comprovação de autorização de participação na II etapa da pesquisa (Anexo 7). Os passos foram semelhantes aos descritos no questionário.
21. Envio dos links da plataforma zoom aos participantes dos Grupos Focais A e B, respectivamente, com instruções de utilização. Foram fornecidos celulares de dois membros da pesquisa, um por cada grupo, caso tivessem problemas de acesso no dia programado.
22. Realização dos Grupos Focais: O sábado 06 de março de 2021, às 9:30h foram realizados os dois grupos focais de forma simultânea. Alguns participantes tiveram dificuldade de acesso e ligaram para os celulares fornecidos, motivo pelo qual os grupos focais começaram com atraso. Num dos grupos, um participante conseguiu entrar só após o início da reunião. Em cada grupo houve 5 membros da equipe de pesquisa: 2 pesquisadores que coordenaram o grupo focal e 3 observadores, sendo que um deles atuou também no apoio logístico na plataforma virtual, no suporte aos participantes no momento do acesso à reunião, gravação do grupo focal, entre outros. O grupo A teve 7 participantes, 2 mulheres e 5 homens (CAPs 2.1, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 5.1, 5.3) e o grupo B, 8 participantes, 3 mulheres e 5 homens (Caps 1.0, 2.2, 3.1, 3.2, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3).

Foram dadas às boas-vindas, apresentações da equipe e dos participantes e uma síntese da dinâmica e dos procedimentos do grupo focal. Alguns participantes não conseguiram abrir as suas câmeras pela instabilidade da internet. Houve também problemas com o áudio. Cada grupo teve uma dinâmica própria, e embora fosse utilizado o mesmo roteiro, as respostas das questões, o levantamento de novos temas e o aprofundamento de outros foi contornando características singulares em cada grupo. Os grupos focais tiveram uma duração de 3h15m (Grupo A) e 2h30m (Grupo B). Foi combinado que a oficina de sistematização e elaboração de sugestões seria feita em 3 semanas, isto é, no sábado 27 de março.

23. Transcrição dos grupos focais.

24. Reuniões de organização da Oficina de Sistematização e Elaboração de Sugestões: A equipe de pesquisa realizou diversas reuniões com a finalidade de definir a melhor forma de devolução das informações do grupo focal aos participantes da pesquisa. A proposta original do projeto, tanto para a realização dos grupos focais como para a oficina de sistematização de informações e elaboração de sugestões, contemplava a execução das reuniões de maneira presencial, tomando todas as medidas de segurança e prevenção para evitar o contágio com o SARS-CoV-2. No entanto, no período programado para ambas as atividades, o número de casos e óbitos por Covid-19 aumentou consideravelmente, e o sistema de saúde apresentava saturação dos leitos de UTI, falta de oxigênio e outros materiais essenciais para o atendimento de pacientes críticos, motivo pelo qual os eventos tiveram que ser realizados de maneira virtual.

Desde o ponto de vista metodológico, o desenvolvimento dos grupos focais efetuados no formato virtual, embora desafiadores na condução e na obtenção das falas dos participantes foram superados pela experiência dos pesquisadores que coordenaram os encontros. Uma limitação da realização do grupo focal virtual é que não é possível observar a não fala, as pausas, as dúvidas, os gestos, detalhes que são fundamentais para analisar a interação entre os participantes. A essas dificuldades, soma-se que em alguns casos não foi possível ver os rostos dos ACEs, só foi possível ouvir a fala devido a problemas de conexão com a internet dos participantes.

Além das dificuldades e limitações já assinaladas para a realização dos grupos focais, a oficina de sistematização de informações apresentava outros problemas para a sua concretização. A ideia original era apresentar os principais problemas, dilemas e sugestões que surgiram nos grupos focais e sistematizar as informações presencialmente com os ACEs. Dada a impossibilidade do encontro presencial determinada pela pandemia da Covid-19, foi necessário encontrar formas didáticas, criativas e dinâmicas de apresentação dos resultados, para diminuir o tempo da apresentação por parte da equipe de pesquisa e proporcionar maior tempo ao período de debate para conhecer as opiniões dos ACEs e a troca de ideias entre eles.

Inicialmente foram selecionados os temas que deveriam compor os tópicos da sistematização e definidos os membros da equipe de pesquisa que aprofundariam esses conteúdos. A seguir foram selecionadas as ideias, trechos de algumas falas das transcrições ou dos vídeos/áudios disponíveis e juntadas em falas coletivas. Foi feito um primeiro esboço com esses trechos para posteriormente proceder à seleção das ideias mais relevantes e transformá-las em palavras chaves e ideias síntese por tópicos. Com as ideias síntese foi feito um mapa mental

no software MindMeister (Anexo 8). Finalmente, com as palavras chaves foi criada uma nuvem de palavras, elaborada por meio do WordArt (Anexo 8 - última página). A coordenação da oficina ficou a cargo de dois pesquisadores que tinham atuado também na coordenação dos grupos focais, selecionando-se um pesquisador de cada grupo focal.

25. Elaboração do RCLE da Oficina de Sistematização e elaboração de sugestões na ferramenta Google Forms (Anexo 9).
26. Envio e recebimento do RCLE da Oficina de Sistematização e elaboração de sugestões e envio de comprovação de autorização de participação na III etapa da pesquisa (Anexo 10). Os passos foram semelhantes aos descritos no questionário e no grupo focal.
27. Comunicação do adiamento da oficina de sistematização e elaboração de sugestões: Em 23 de março de 2021 foi feita uma reunião de emergência para definir a realização ou não da oficina de sistematização na data prevista. No dia anterior, a Prefeitura do Rio de Janeiro decretou medidas excepcionais e emergenciais, no período de 26 de março a 04 de abril de 2021, segundo decreto Nº 48644 de 22 de março de 2021 (RIO DE JANEIRO (RJ), 2021), para conter o avanço do contágio da Covid-19. A data proposta para a oficina de sistematização (sábado 27 de março) estava dentro do período das medidas propostas, e embora a oficina fosse no formato virtual, avaliou-se que tanto os participantes da pesquisa como a equipe da pesquisa teriam que se adequar a demandas imprevistas das medidas emergenciais, motivo pelo qual foi decidido o adiamento da oficina até o sábado 17 de abril. Além do mais, alguns membros da equipe de pesquisa quanto os seus familiares contraíram a Covid-19 nesse período, considerado o momento mais crítico da pandemia até esse momento no Brasil.
28. Envio do link da plataforma zoom aos participantes da oficina de sistematização e elaboração de sugestões. Foram fornecidos celulares de dois membros da pesquisa, caso tivessem problemas de acesso no dia programado.
29. Realização da Oficina de sistematização e elaboração de sugestões: sábado 17 de abril de 2021, 09:20h, pela plataforma Zoom. Essa oficina seria realizada com todos os participantes dos grupos focais. Mas durante o envio do RCLE, alguns ACEs manifestaram impossibilidade de participar da mesma devido que tinham sido convocados para apoiar na campanha de vacinação da Covid-19. Dos 15 ACEs que participaram dos grupos focais, 11 enviaram RCLE autorizando participar da oficina. Mas aconteceram outros imprevistos e a oficina foi realizada com 8 participantes, 3 mulheres e 5 homens, representando 7 CAPs (CAPs 2.2, 3.1, 3.2, 4.0, 5.1, 5.2, 5.3).

A oficina começou com as boas-vindas aos participantes, seguido da apresentação da equipe de pesquisa presente e dos ACEs participantes da pesquisa. Foi explicada a forma como foi feita a sistematização de informações dos grupos focais e o levantamento de sugestões e expectativas. A apresentação foi composta de 7 eixos e programada da seguinte maneira: os três primeiros seriam apresentados em 15 minutos (Eixos: Processo de trabalho, Gestão do trabalho, Território e saneamento) seguido de 30 minutos de debate. Os eixos 4,5 e 6 seriam apresentados em 15 minutos (Eixos: Ação educativa e comunicativa no território, Mobilização Social, Conhecimento) seguido do debate (30 minutos). Finalmente o eixo 7, Sugestões e Expectativas, levaria 5 minutos de apresentação e finalizaria com o debate e conclusões gerais. A duração da oficina foi de 2h48minutos.

Os participantes da oficina se reconheceram nas ideias síntese e na narrativa apresentada pela equipe de pesquisadores. Alguns ACEs reforçaram e complementaram as opiniões faladas no grupo focal. Caso as ideias e temas tivessem surgido só num grupo focal, os participantes do outro grupo concordaram com as opiniões, fizeram complementação quando necessário e acrescentaram maiores elementos para o debate relatando experiências vivenciadas nos seus territórios. Durante a oficina surgiram também informações novas e a coordenação da oficina motivou os participantes fazendo perguntas sobre assuntos e dúvidas que não tinham sido suficientemente esclarecidos nos grupos focais, suscitando novos debates.

Deve ser destacado que os participantes após visualizarem os resultados concretos das ideias sistematizadas dos grupos focais e ver-se retratados nas falas coletivas, ficaram encorajados e lograram aprofundar as próprias ideias, sistematizá-las e construíram novos pensamentos, novos discursos com maior articulação, saindo do universo micro para o macro, sobretudo as relacionadas com a política e gestão.

Quanto à pesquisa em si, houve questionamento à equipe de pesquisa quanto ao retorno das demandas dos ACEs por parte da prefeitura do Rio de Janeiro, e se realmente valeu a pena dispensar tanto tempo no grupo focal e na oficina de sistematização e, nesse sentido, solicitaram uma resposta de parte da equipe de pesquisa. Já outros opinaram que a pesquisa por si só foi um avanço por dar voz às reclamações dos agentes que trabalham na área há muito tempo. Outros complementaram dizendo que é muito importante encontrar pessoas que escutem o que os agentes de endemias pensam, conhecem e sentem.

Houve também menção sobre a oficina que, no entanto o evento era parte de uma pesquisa, para os ACEs foi uma reunião de compartilhamento de informações e que só esse fato, já tinha dado oportunidade de descobrir questões que nunca tinham visualizado, como a diferença do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde da família que realiza basicamente

atendimento, e o trabalho do ACE, mais ligado ao saneamento e infraestrutura no território. O surgimento dessa associação de ideias, desse insight, foi considerado muito positivo, e foi expresso que houve mudança, uma nova visão, a partir dessa reunião.

Ao expressarem desabafos, os participantes estão falando de sentimentos que estão guardados profundamente durante anos, e só é possível trazê-los à tona pelo processo facilitado pela pesquisa (responder ao questionário, participar do grupo focal e da oficina de sistematização), que possibilitou que ficassem mais à vontade ao longo de processo. Outro fator a considerar é a confiança que os ACEs têm com a equipe de pesquisa por serem egressos do CTVISAU. Nesse sentido, os riscos e vieses que foram apontados pelo grupo de pesquisa para a realização dos grupos focais e da oficina de sistematização, ao debater os prós e contras de os pesquisadores serem ao mesmo tempo professores e coordenadores do CTVISAU, contou a favor da pesquisa.

Durante a oficina, a equipe de pesquisa explicitou aos participantes que o compromisso é com a divulgação de resultados em diferentes meios, relatório, artigos, congressos, reuniões com gestores, mas que não cabe à Fiocruz, como instituição de ensino-pesquisa-desenvolvimento tecnológico, assegurar o impacto da divulgação de resultados nem que sejam efetivadas as solicitações dos ACEs. Essas mudanças dependem de outras instâncias, como a área da gestão da SMS/RJ.

É importante destacar também, que as emoções sentidas pelos participantes, também foi sentida pelos membros da equipe de pesquisa, seja no momento da oficina, ao escutar o áudio da gravação, ler a transcrição, selecionar os depoimentos e ao escrever a narrativa dos processos vivenciados, onde por um lado, houve elogios aos cursos desenvolvidos pelo LAVSA/EPSJV e, por outro lado, reclamações e cobranças pontuais e explícitas para a equipe de pesquisa, relacionadas ao processo e gestão do trabalho.

30. Transcrição das falas da Oficina de Sistematização.
31. Análise definitiva do questionário.
32. Elaboração de tabelas sínteses com os resultados do questionário.
33. Elaboração de gráficos com os resultados do questionário.
34. Reuniões com a equipe para definir formas de seleção de depoimentos.
35. Seleção dos depoimentos dos grupos focais.
36. Seleção dos depoimentos da oficina de sistematização.
37. Reuniões com a equipe de pesquisa para analisar resultados da pesquisa e elaboração dos itens discussão e sugestões do relatório final de pesquisa.
38. Elaboração do relatório final da pesquisa.

V. RESULTADOS

Os resultados da pesquisa foram divididos em 7 temas: 1) Perfil dos participantes; 2) Sobre o Território de Atuação e Características do Saneamento; 3) Processo de Trabalho; 4) Gestão do Trabalho; 5) Informação, Comunicação e Educação em Saúde; 6) Mobilização Social; 7) Percepção dos ACEs durante a pandemia. Cada um dos temas, por sua vez foi dividido em subtemas, mas tanto os temas como os subtemas estão articulados entre si e as subdivisões são artifício didático para facilitar a compreensão e leitura.

Em cada tema/subtema são relatados em conjunto os resultados do questionário, dos grupos focais e da oficina de sistematização de informações e elaboração de sugestões. As perguntas realizadas no questionário foram direcionadas especificamente à pandemia da Covid-19, no entanto, nos grupos focais e na oficina de sistematização de informações, os ACEs participantes contextualizaram a situação antes da pandemia e durante a mesma, proporcionando material precioso para a compreensão do processo de trabalho como um todo.

Na redação dos relatos, tentou-se manter as falas e expressões utilizadas pelos ACEs nos grupos focais e na oficina de sistematização, procurando desse modo não alterar o sentido das falas. Para facilitar a compreensão dos resultados foram elaboradas tabelas síntese com as perguntas do questionário e as respostas apresentadas em percentuais, indicando com asterisco (*) quando a pergunta foi de múltipla escolha. Apresentam-se também alguns gráficos complementares ao tema e a transcrição das falas mais relevantes.

1) Perfil dos Participantes

Todos os participantes são agentes de combate às endemias (ACE) da SMS/Rio de Janeiro e foram egressos do Curso Técnico de Vigilância em Saúde coordenado pelo LAVSA/EPSJV/Fiocruz e realizado em parceria com a SMS/RJ. Para fins desta pesquisa os agentes foram designados como agentes de combate às endemias, nomenclatura utilizada pelo Ministério da Saúde, mas deve ser destacado que esses agentes são denominados agentes de vigilância em saúde (AVS) pela prefeitura do Rio de Janeiro.

Segundo a SMS/RJ entende-se por AVS os profissionais de saúde com cargos que atuam diretamente na prevenção e controle das arboviroses na rede municipal de vigilância em saúde: Agente de Saúde Pública, Guarda de Endemias, Agente de Combate às Endemias, Auxiliar de controle de Endemias, Auxiliar de Controle de Vetores, Técnico de Controle de Vetores, Auxiliar de Controle de Vetores e Pragas e Técnico de Controle de Vetores e Pragas (RIO DE JANEIRO (RJ), 2020a– Ato da Secretária).

No total foram 30 participantes, 3 de cada CAP da SMS/Rio de Janeiro, sendo 19 homens (63,4%) e 11 mulheres (36,7%). Em duas CAPs não houve representação feminina. Os participantes foram selecionados por trabalharem em áreas de favelas ou áreas próximas (Tabela 1).

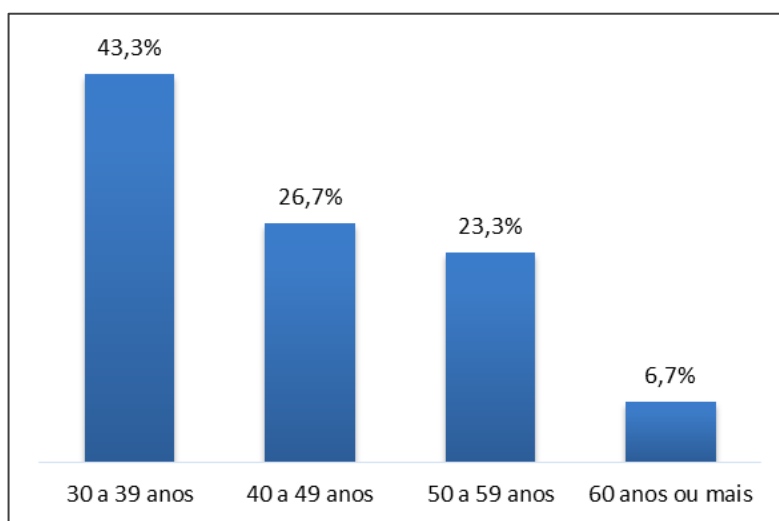
Tabela 1. Distribuição dos participantes da pesquisa por CAP, sexo e vínculo trabalhista.

| CAP | Homens | Mulheres | Total Participantes | Vínculo com a Prefeitura do Rio de Janeiro (Servidores) |
|--------------|-----------|-----------|---------------------|---|
| 1.0 | 1 | 2 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 2.1 | 2 | 1 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 2.2 | 1 | 2 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 3.1 | 1 | 2 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 3.2 | 3 | 0 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 3.3 | 2 | 1 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 4.0 | 2 | 1 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 5.1 | 2 | 1 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 5.2 | 2 | 1 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| 5.3 | 3 | 0 | 3 | Sim - os 3 ACEs |
| Total | 19 | 11 | 30 | 30 |

Fonte: Elaboração Própria

Quanto à idade, 43,3% dos participantes encontram-se na faixa etária de 30 - 39 anos, seguidos dos grupos etários de 40 – 49 anos e 50- 59 anos, com 26,7% e 23,3% respectivamente. Dois trabalhadores têm mais de 60 anos (6,7%). Considerando os maiores de 40 anos, esse grupo representa 56,7 %, e ao considerar só os maiores de 50 anos a representatividade é de 30% (Gráfico 2).

Gráfico 2. Idade dos participantes da pesquisa.

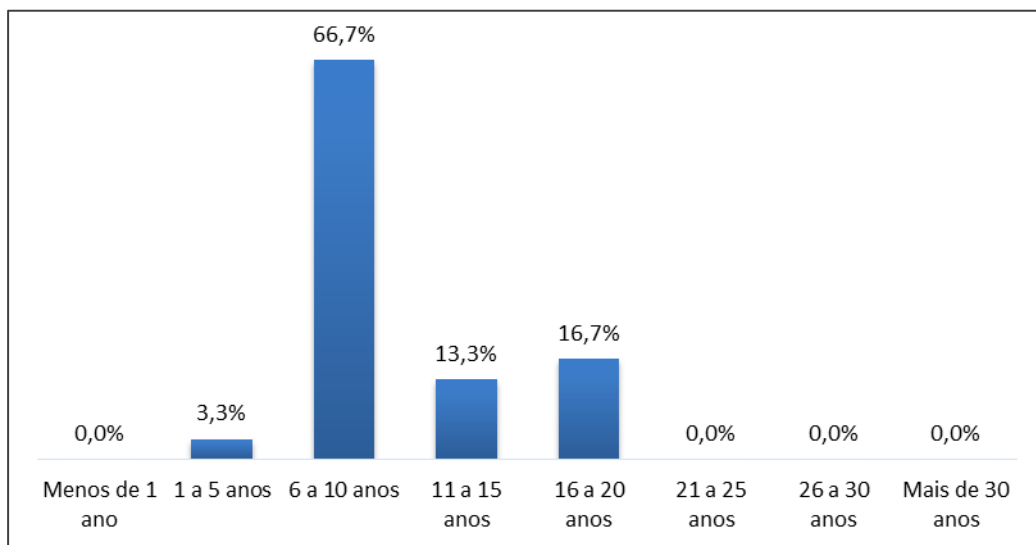


Fonte: Elaboração Própria.

Em relação aos anos de atuação como ACE, a maioria, 20 participantes (66,7%) trabalham de 6 a 10 anos nesse cargo. Nove trabalham como ACEs há mais de 10 anos (30,0%), sendo que cinco deles (16,7%) trabalham entre 16 – 20 anos. Só um ACE mencionou trabalhar de 1 – 5 anos (3,3%) (Gráfico 3).

Todos os ACEs são vinculados à Prefeitura do Rio de Janeiro, isto é, são servidores. Note-se que mais da metade (56,7%) dos ACEs participantes da pesquisa são maiores de 40 anos, e os maiores de 50 anos, representam quase um terço dos participantes (30%). Somado ao fato que 30% trabalham há mais de 10 anos no cargo de ACE, o grupo participante da pesquisa pode ser considerado uma força de trabalho com experiência no território de atuação e nas atividades que desenvolvem. A longa permanência nas suas atividades é possível pelo fato de todos serem servidores da Prefeitura

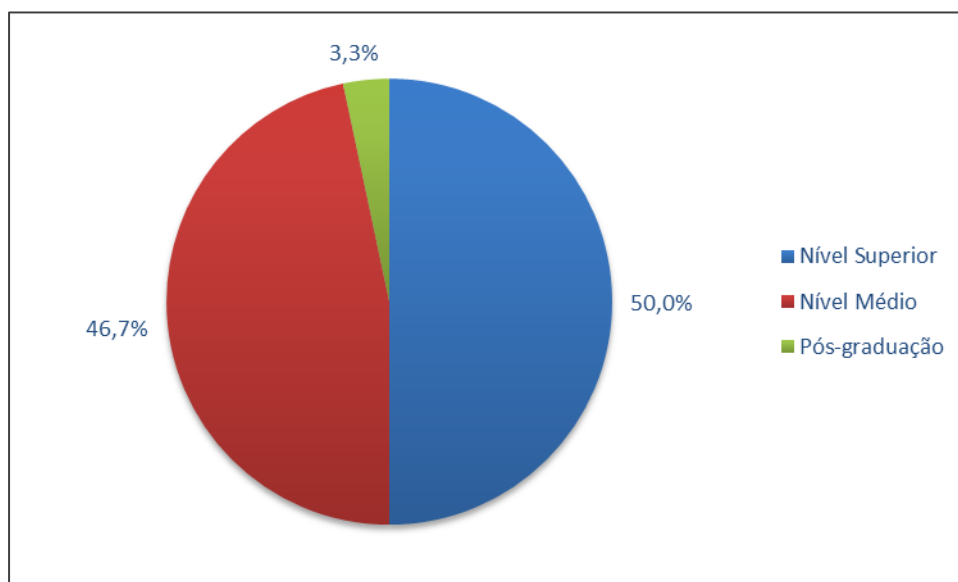
Gráfico 3. Anos de atuação dos ACEs.



Fonte: Elaboração Própria.

No que tange à escolaridade, os concluintes do nível médio representam 46,7%. Metade dos ACEs (50%) respondeu que possui nível superior e 3,3% (1 participante) possui pós-graduação (Gráfico 4).

Gráfico 4. Escolaridade dos ACEs.



Fonte: Elaboração Própria.

2) Sobre o Território de atuação dos ACEs e Características do Saneamento

No momento do contato inicial com os ACEs, houve indagação sobre o local de trabalho. Embora a maioria mencionasse que trabalhava em áreas de favela, alguns apontaram que acabavam de ser transferidos a unidades de saúde próximas, mas que tinham trabalhado durante a pandemia nas favelas e tinham muitos anos de experiência nelas. A coordenação da pesquisa, juntamente com a equipe, analisou esses casos individualmente e foi definido que a experiência prévia de trabalho nessas áreas e durante a pandemia era fundamental para fins de atingir os objetivos do estudo, motivo pelo qual foram selecionados para participar da pesquisa. Assim, em relação ao território de atuação dos ACEs durante a pandemia, 90% mencionaram que trabalham em áreas de favela e 10% mencionaram que não.

A relação dos bairros de atuação dos ACE por CAP é listada a seguir:

Quadro 2. Relação dos territórios de atuação dos ACEs por CAPs.

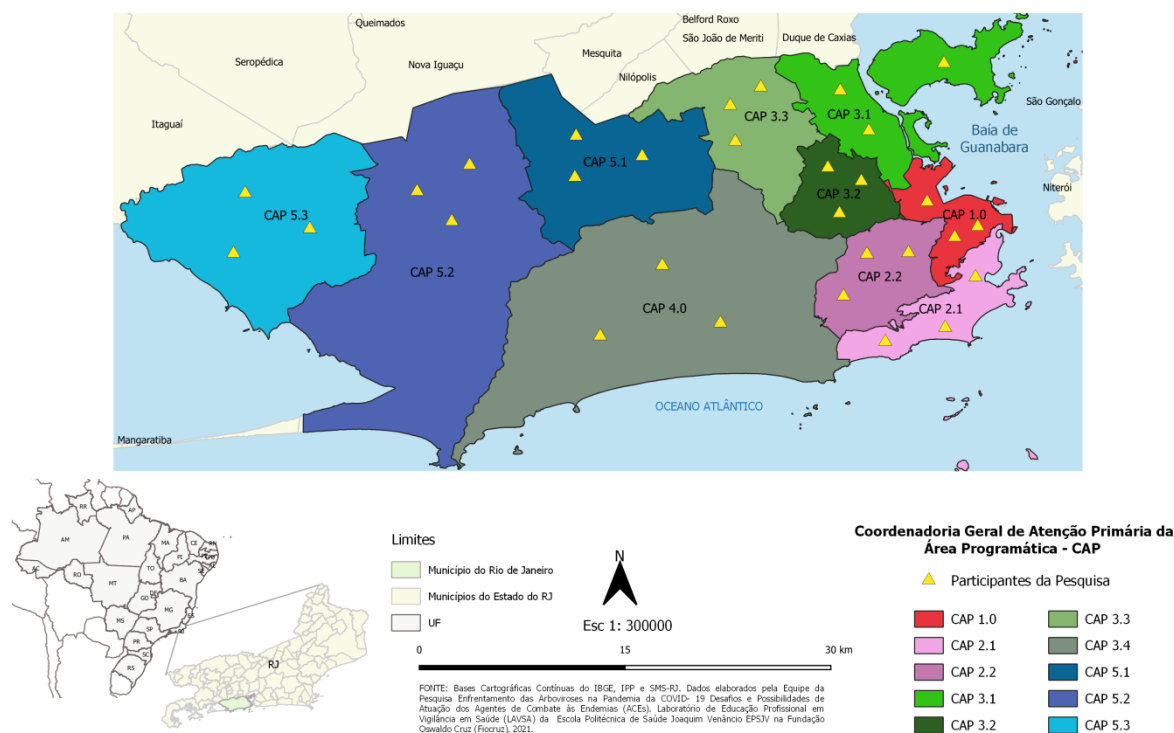
| CAP | Territórios de atuação dos ACEs |
|-----|---|
| 1.0 | Benfica, Mangueira, Gamboa/Morro da Providência |
| 2.1 | Copacabana (Pavão-Pavãozinho), Rocinha (2)* |
| 2.2 | Tijuca (Borel), Tijuca (Morro da Casa Branca), Tijuca (Comunidade da Formiga) |
| 3.1 | Bancários, Maré, Ramos (Roquete Pinto) |
| 3.2 | Cachambi, Inhaúma (Complexo do Alemão)/Engenho da Rainha, Jacarezinho |
| 3.3 | Acari, Honório Gurgel, Pavuna (Final Feliz) |
| 4.0 | Gardênia, Itanhangá, Santa Maria/Taquara/Jacarepaguá |
| 5.1 | Bangu, Realengo (Batan), Vila Kennedy |
| 5.2 | Campo Grande, Inhoaíba, Santíssimo |
| 5.3 | Paciência (Nova Jersey), Paciência (Cesarinho), Palmares/Santa Cruz |

* Número de pessoas nesse território

Fonte: Elaboração própria

Figura 5. Mapa de localização dos Territórios de atuação dos Agentes de Combate as Endemias (ACEs).

Mapa de Localização dos Territórios de Atuação dos Agentes de Combate as Endemias (ACEs)



Fonte: Elaboração Própria.

Quanto ao território da área de atuação dos ACEs, a maioria trabalha em área de baixada (72,4%), seguida de área alta do morro (51,7%). Quanto aos serviços existentes, a luz elétrica está presente em 100% dos territórios, seguidos da rede de abastecimento de água e coleta de resíduos sólidos, cada uma com 96,7%. A rede de esgotamento sanitário está presente só em 80%. Existe sinal de telefone em 90% do território e de internet em 83,3% (Tabela 2).

Tabela 2. Características dos Territórios de atuação dos ACEs.

(Bairros/Favelas) durante a pandemia da Covid-19

| Topografia * | % |
|---------------------------------|----------|
| • Área de baixada | 72,4 |
| • Área alta do morro | 51,7 |
| • Encosta | 27,6 |
| • Margem de rio/canal | 37,9 |
| Acesso a: * | |
| • Rede de abastecimento de água | 96,7 |
| • Rede de esgotamento sanitário | 80,0 |
| • Coleta de resíduos sólidos | 96,7 |
| • Pavimentação das ruas | 73,3 |
| • Energia elétrica | 100,0 |
| • Sinal de telefone | 90,0 |
| • Internet | 83,3 |
| • Transporte | 80,0 |

* Pergunta de múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria.

A seguir serão considerados os dados de saneamento básico relacionados à coleta de resíduos sólidos. As informações relacionadas à rede de abastecimento de água nos territórios do ACE, bem como usos e armazenamento da água serão analisadas no tema 3 - Processo de Trabalho, subtema “*Conhecimento sobre o Território e Saneamento Básico: Água*”.

Em relação à coleta de resíduos sólidos, 100% da população teve coleta regular durante o período da pandemia. Em 56,7% a coleta é realizada 3 vezes por semana e em 13,3% existe ponto de coleta (caçamba) regularmente. Em uma minoria de territórios a coleta é realizada todos os dias (10%) ou duas vezes por semana (10%).

Em relação à moradia, segundo a percepção dos ACEs, 90% das construções estão muito próximas umas das outras, 83,3% foram catalogadas como moradias semiprecárias, e 23,3% como precárias. O número de cômodos, em média, é de 4 cômodos (43,3%) por domicílio, seguidos de 3 cômodos (30,0%) e 5 ou mais cômodos (23,3%). Considera-se cômodo o banheiro, a cozinha, o quarto, a sala, mas não são considerados cômodos o quintal, a varanda e o corredor. A grande maioria dos domicílios (96,7%) tem banheiro. O número de dormitórios, em média, é de 2 por domicílio (46,7%), sendo o percentual muito próximo de moradias com somente 1 dormitório (40,0%). Nesses domicílios, habitam, em média, 3-4 pessoas (43,3%), mas os domicílios com 5-6 pessoas (33,3%) são frequentes (Tabela 3).

Tabela 3. Percepção dos ACEs quanto a Moradia no território de atuação durante a pandemia da Covid-19.

| Características das Moradias | % |
|--|----------|
| <i>Proximidade e espaço entre as construções</i> | |
| • Muito próximos | 90,0 |
| • Distanciamento intermediários | 10,0 |
| <i>Condições da moradia *</i> | |
| • Precária | 23,3 |
| • Semiprecária | 83,3 |
| • Adequada | 23,3 |
| <i>Número de pessoas em média por domicílio</i> | |
| • 3-4 pessoas | 43,3 |
| • 5-6 pessoas | 33,3 |
| • Não sabe informar | 23,3 |
| <i>Número de cômodos^{&}, em média, por domicílio</i> | |
| • 3 cômodos | 30,0 |
| • 4 cômodos | 43,3 |
| • 5 ou mais cômodos | 23,3 |
| • Não sabe informar | 3,3 |
| <i>Número de dormitórios, em média, por domicílio</i> | |
| • 1 dormitório | 40,0 |
| • 2 dormitórios | 46,7 |
| • Não sabe informar | 13,3 |
| <i>Banheiro no domicílio</i> | |
| • Sim | 96,7 |
| • Não | 3,3 |

* Pergunta de múltipla escolha

& Considera-se cômodo: banheiro, cozinha, quarto, sala, entre outros.
Não é considerado cômodo: quintal, varanda, corredor.

Fonte: Elaboração Própria

Com os dados acima, se considerarmos que 73,3% da população moram em domicílios com 3 a 4 cômodos e que em 76,6% dos domicílios moram de 3 a 6 pessoas, é possível inferir a precariedade das condições das moradias nas comunidades estudadas e as dificuldades que a população tem para realizar o distanciamento social como medida de precaução ou para isolar pessoas com Covid-19. Embora quase todos os domicílios possuam banheiro, o número elevado de moradores por domicílio, a precariedade das casas, somado ao fornecimento irregular de água nesses territórios, torna impraticável a efetivação das medidas de distanciamento social, a lavagem frequente de mãos, entre outras medidas, essenciais para evitar o contágio com o SARS-CoV-2 por parte da população.

Deve ser esclarecido que pelas características da pesquisa, isto é, a análise do território por meio do olhar dos ACEs, a pesquisa apresenta limitações, entre elas a impossibilidade de conhecer o número de banheiros por moradia e a qualidade dos mesmos. Mas, dado o recorte territorial da pesquisa, favelas e comunidades carentes, é possível inferir que o “Fique em Casa!” e “Se protege”, palavras que foram destaques na pandemia da Covid-19 para evitar o contágio com o novo coronavírus, tornam-se palavras que não condizem com a realidade das populações vulneráveis.

3) Processo de Trabalho

O processo de trabalho foi dividido nos seguintes subtemas: Visita Domiciliar, Sobre o Processo de Trabalho no dia a dia, Conhecimento sobre o Território e Saneamento Básico: Água, LIRAA, Intersetorialidade, Comportamento da População no Território, Conhecimento de casos de Covid-19 e Arboviroses no território de atuação do ACE, Deslocamento ao Local de Trabalho.

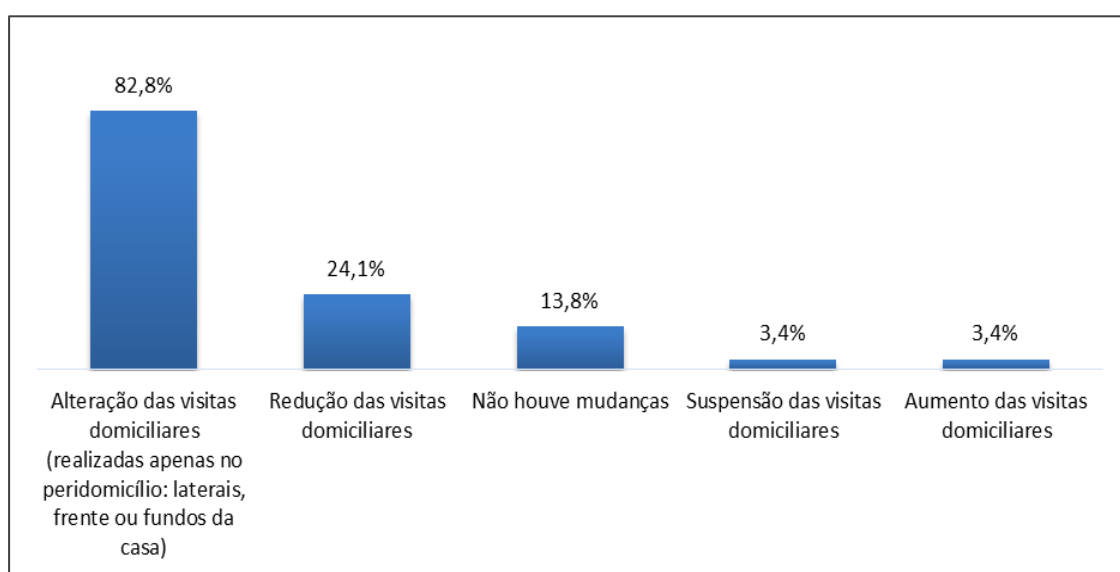
• Visita Domiciliar

Ao início da pandemia da Covid-19, o Ministério da Saúde emitiu Nota Informativa Nº 8/2020 -CGARB/DEIDT/SVS/MS de 26 março de 2020 (BRASIL, 2020f) para a realização das visitas domiciliares só na área peridomiciliar. No dia seguinte (27/3/2021) é publicada nota técnica da SMS/Rio de Janeiro, Anexo I da Resolução SMS Nº 4341, de 25 de março de 2020 – Nota Técnica S/SUBPAV/SVS Nº 07/2020 (RIO DE JANEIRO, 2020b), que apresenta algumas particularidades para o município do Rio de Janeiro.

Segundo dados do questionário, em pergunta de múltipla escolha, 82,8% dos ACEs realizaram visitas domiciliares apenas no peridomicílio (laterais, frente ou fundos da casa)

(Tabela 4), houve redução das visitas domiciliares em 24,1% e inclusive aumento dessa atividade (3,4%). Chama a atenção que 13,8% manifestaram que não houve mudanças na execução das visitas domiciliares (13,8%). Houve também manifestação de suspensão de atividades (3,4%), lembrando que alguns ACEs ficaram afastados um período por serem grupo de risco (Gráfico 5).

Gráfico 5. Visita domiciliar durante a pandemia da Covid-19.



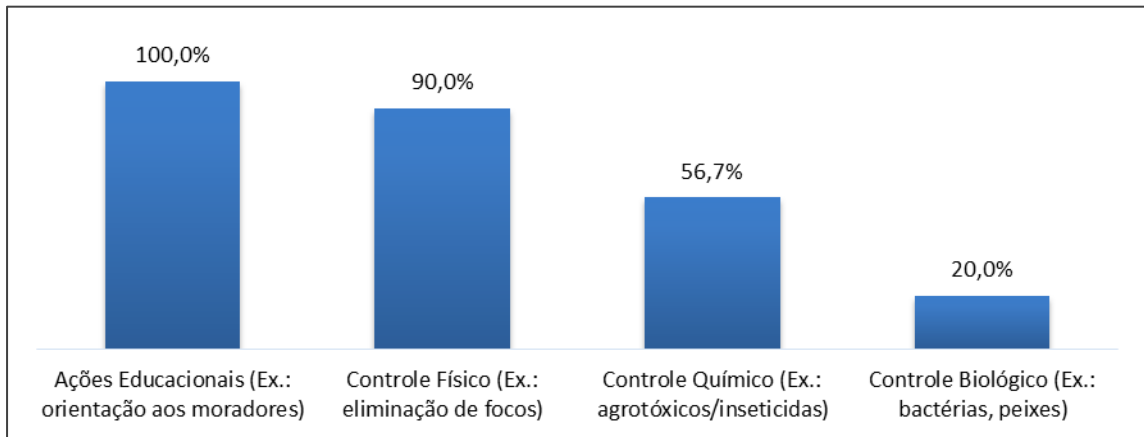
Fonte: Elaboração Própria.

Quanto à periodicidade da visita ao mesmo domicílio durante a pandemia, 55,2% retornam a cada dois meses, 31% a cada três meses e 6,9% mensalmente. Outras respostas foram que retornam no mínimo duas vezes ao ano devido à grande quantidade de moradias no território (3,4%) e o retorno gradual às visitas domiciliares (3,4%).

Nos domicílios, a totalidade dos ACEs (100%) realizam ações de educação como orientação aos moradores, 90% realizam controle físico (mecânico) como eliminação dos focos de mosquitos, 56,7% realizam controle químico com agrotóxicos/inseticidas e 20% controle biológico com bactérias, larvicidas e outros (Gráfico 6). Essas informações indicam que durante as visitas domiciliares, os agentes de endemias continuaram realizando as mesmas atividades que desenvolviam cotidianamente antes da pandemia. Já no caso das atividades coletivas nas escolas, serviços de saúde, comércio, indústrias, igrejas, praças, ruas, terrenos baldios, houve

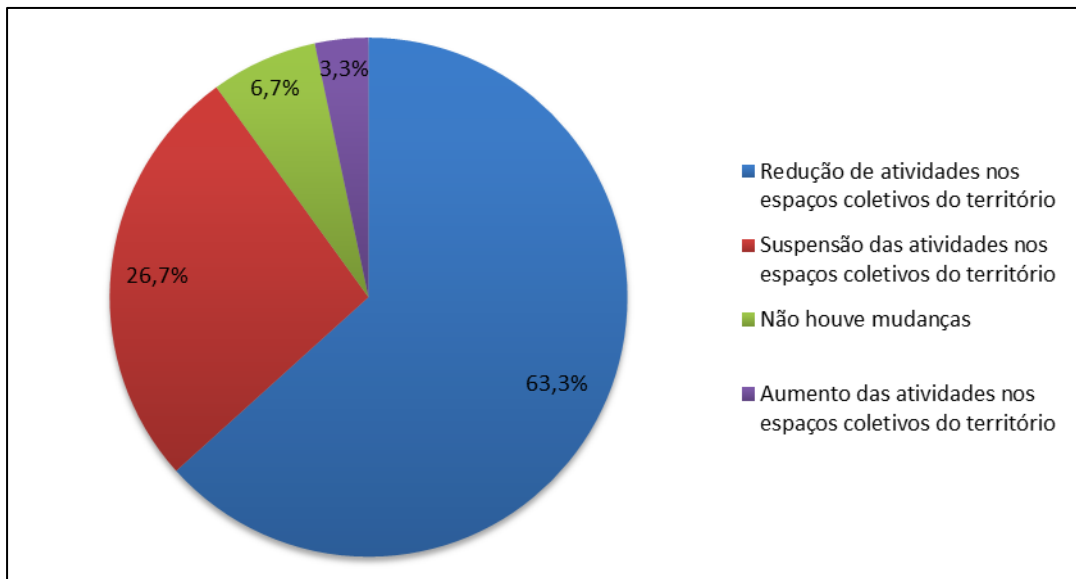
redução da realização dessas atividades em 63,3% e suspensão das mesmas em 26,7%. Uma minoria afirmou aumento das atividades nos espaços coletivos (3,3%) e 6,7% manifestaram que não houve mudanças (Gráfico 7).

Gráfico 6. Ações dos ACEs nos domicílios durante à pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria.

Gráfico 7. Atividades dos ACEs em espaços coletivos durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria.

Em relação ao controle das arboviroses nos cemitérios durante a pandemia da Covid-19, a maioria (83,3%) não soube informar, 10% afirmaram que não houve alteração, e outros afirmaram que houve aumento (3,3%) e também diminuição do controle (3,3%) (Tabela 4).

Tabela 4. Ações que desenvolve ACE no território durante a pandemia da Covid-19.

| Características do processo de trabalho na pandemia | % |
|--|----------|
| <i>Mudanças nas visitas domiciliares no território de atuação do ACE durante a pandemia*</i> | |
| • Alteração das visitas domiciliares (realizadas apenas no peridomicílio: laterais, frente ou fundos da casa) | 82,8 |
| • Redução das visitas domiciliares | 24,1 |
| • Não houve mudanças | 13,8 |
| • Aumento das visitas domiciliares | 3,4 |
| • Suspensão das visitas domiciliares | 3,4 |
| <i>Periodicidade de visita ao mesmo domicílio (retorno) durante a pandemia</i> | |
| • A cada dois meses | 55,2 |
| • A cada três meses | 31,0 |
| • Mensal | 6,9 |
| • Outros: | 6,8 |
| -No mínimo duas vezes ao ano devido à grande quantidade de moradias (3,4%) | |
| -Retornando paulatinamente as visitas domiciliares (3,4%) | |
| <i>Ações que ACE realiza no território durante a pandemia *</i> | |
| • Ações educacionais (Ex. orientação aos moradores) | 100,0 |
| • Controle físico (Ex. eliminação de focos) | 90,0 |
| • Controle químico (Ex. agrotóxico/inseticida) | 56,7 |
| • Controle biológico (Ex. bactérias, peixes, larvicida) | 20,0 |
| <i>Mudanças nas atividades desenvolvidas no território (escolas, serviços de saúde, comércio, indústrias, igrejas, praças, ruas, terrenos baldios, cemitérios, etc)</i> | |
| • Redução das atividades nos espaços coletivos do território | 63,3 |
| • Suspensão das atividades nos espaços coletivos do território | 26,7 |
| • Não houve mudanças | 6,7 |
| • Aumento das atividades nos espaços coletivos do território | 3,3 |
| <i>Controle das arboviroses nos cemitérios durante a pandemia</i> | |
| • Não sabe informar | 83,3 |
| • Não houve alteração | 10,0 |
| • Houve aumento do controle | 3,3 |
| • Houve diminuição do controle | 3,3 |

* Pergunta de múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria

Nos grupos focais os ACEs manifestaram que a pandemia teve várias etapas. Ao início foi muito confuso, não tinha normas da prefeitura e o trabalho foi normal com muita recusa dos moradores. Os ACEs tentaram reduzir a carga horária e um tempo depois saiu a nota técnica orientando fazer a visita domiciliar só no peridomicílio (frente, lados, fundo de quintal ou terreno). Ainda assim, cada ACE teve que criar a própria norma de conduta ou comportamento para a realização das visitas e ficou ao critério do agente de endemias a necessidade de proteger-se a si mesmo e proteger ao outro.

Devido ao distanciamento social ser uma das medidas para prevenir a contaminação com o SARS-CoV-2, houve recusa por parte dos moradores, não só por medo da Covid-19, dos ACEs que podiam transportar o novo coronavírus da unidade de saúde (lugar considerado insalubre), mas também pela violência no território. Teve CAP que orientou a fazer visita peridomiciliar só ao final de 2020, até esse momento a exigência era entrar na casa dos moradores. Essa informação confere com os dados do questionário no qual 13,8% dos ACEs manifestaram que não houve mudanças na execução das visitas domiciliares.

“[...]acredito que deveríamos separar esse período de pandemia em algumas etapas, porque no início foi de uma forma e na medida que o tempo foi passando as coisas foram se esclarecendo, e com isso o processo de trabalho também foi sendo alterado. Pelo menos foi assim na minha experiência com a CAP. Começamos todos sem saber o que fazer, e não houve distribuição de EPI adequado no início. Hoje não falta qualquer material para nós, pelo menos na unidade em que trabalho. Utilizamos o material que a empresa nos fornece. Quanto as visitas domiciliares, por ser uma comunidade carente, não tive muitas dificuldades de acesso aos domicílios. Porém essa facilidade de acesso tem um preço, porque as pessoas do território não tiveram uma preocupação em manter os métodos profiláticos com relação à Covid-19, e por isso essa facilidade nos prejudica, já que entramos no terreno do imóvel fazendo o trabalho perifocal, e na maioria das vezes o morador não está de máscara e nos expõe facilmente ao contágio. No início houve na minha CAP houve uma diretiva de diminuir a quantidade de imóveis visitados, o que não durou muito tempo, e atualmente continua um alto volume de visitas durante o dia. Esse tempo maior de exposição a diversos imóveis aumenta a chance de termos contato com pessoas contaminadas” (GFB7).

“Atuo no [meu bairro] há mais de 10 anos. No início ficamos muito perdidos, sem saber o que fazer, chegando até mesmo a perguntar pra gerência como proceder e tendo como resposta

manter o processo normal. Porém começamos a receber muitas recusas e isso foi levado a eles, e então fomos orientados a fazer apenas visitas perifocais, ou seja, no entorno das residências. Como no meu território não há muitas casas com área externa, fazemos o processo de trabalho nas vias públicas diretamente, toda semana, e passamos as orientações educativas para as pessoas que encontramos nas ruas, porém mantendo o distanciamento e usando a máscara” (GFB5).

Não só os moradores tiveram medo durante a pandemia. Os ACEs também tiveram muito medo de ir ao campo, iam ‘pedindo a Deus para nos guardar’ e pelo alto volume de visitas realizadas durante o dia tinham maiores chances de encontrar alguém contaminado o que aumentava o risco de infecção. Evitavam entrar no domicílio já que não sabiam se eram assintomáticos e podiam contagiar ao morador ou se era o morador que estava contaminado. O agente de endemias se encontrou no dilema de como fazer vistoria sem entrar nos imóveis, sem colocar o morador em risco e optou pela conscientização por meio da prática educativa.

“Eu, particularmente, não tive nenhuma segurança. Trabalhávamos todos os dias com medo, até porque na minha turma tem dez pessoas e a maioria contraiu o vírus ano passado, sendo quatro no início da pandemia, outro colega que contraiu, não soube inicialmente e acabou contagiando para os pais, que eram idosos e faleceram. Esse colega, inclusive, é diabético e hipertenso, e foi conversar com o apoio para ver a situação dele e não teve retorno favorável, já que ele tinha duas opções dentro do grupo de risco: ou ele trabalhava ou ficava em casa com as reduções de salário e benefícios. Ele então optou por trabalhar. Demos muito apoio a ele por ser uma situação complicada a perda dos pais em duas semanas corridas. Então, com relação à segurança, na minha CAP todos trabalhamos com medo por ter que ir ao campo pedindo a Deus para nos guardar” (GFA5).

Em alguns territórios não houve problemas na realização da visita domiciliar, porém essa facilidade de acesso teve um preço, já que a população não teve preocupação de manter os métodos profiláticos quanto à Covid-19. Por estar na casa dele, o morador estava sem máscaras, na grande maioria dos casos, e querendo ou não, acabava expondo aos agentes de endemias. Em outros territórios, quando as casas não têm área externa, o controle foi feito nas vias públicas, os ACEs olhavam se tinham depósitos de água e transmitiam orientação educativa para as pessoas que passavam nas ruas.

Devido que nem toda a população da comunidade usa máscara durante a pandemia, o risco de contágio com o novo coronavírus está presente e segundo depoimento no grupo focal, teve ACE que embora tivesse todos os cuidados para não se contaminar, acabou sendo infectado, e teve certeza que foi durante a realização do trabalho no território. Alguns moradores tiravam a máscara para tossir e espirrar, aumentando a possibilidade de espalhar o vírus caso estivessem contaminados. Mas houve também atitudes de solidariedade e responsabilidade por parte de outros moradores que tomaram os cuidados preventivos necessários para não se contaminar e inclusive ofereceram álcool gel e locais para higienização das mãos aos ACEs.

“...O trabalho de campo no início da pandemia foi um processo de transição de trabalho, onde não sabíamos como lidar com a pandemia. Foi bem confuso no início. Nós não tínhamos perspectiva de vacina, as autoridades não tinham noção sobre como lidar com a questão do contágio e os trabalhadores tinham medo de serem contaminados e de transmitirem o coronavírus. Não havia a princípio normas emergenciais de trabalho e por isso cada um foi lidando de maneira individualmente, tentando trabalhar com meios próprios para agir da maneira mais segura possível. Depois saiu uma norma da prefeitura normatizando como seria o trabalho de campo, sobre a questão da entrada nos domicílios, visitando apenas a área peridomiciliar, com o intuito dos agentes se protegerem da contaminação e protegerem os moradores do território. Agora com a vacina, talvez com o tempo o processo de trabalho vai ser normalizado, mas enquanto não há vacina para todos, seguimos com as mesmas normas divulgadas pela prefeitura” (GFB1).

Sobre o uso de máscaras:

“É como os colegas estão falando. No começo da pandemia nós não sabíamos muita coisa. Até trabalhar sem máscara íamos, sem saber o que fazer no campo, o que poderia acontecer. Depois recebemos a norma de que deveríamos usar máscara, mas não recebemos máscara da clínica e íamos para ruas sem máscara. Isso gerava em nós medo de trabalhar, de levar a doença e também receber. Cheguei a trabalhar até com viseira, com óculos e máscara, que nos foi fornecida, e mesmo assim contrai o vírus em dezembro, e acho que foi num dia que estava trabalhando e passei por uns adolescentes sem máscara, que me fizeram perguntas e tossiam também... tentei manter distância, mas acho que foi naquele momento que fui contaminado. Então esse processo acabou não mudando muito, mas nós que tentamos adaptar porque não havia uma norma unificada de como deveria ser o nosso trabalho. Acho que o processo deveria ser mais educativo já que não podemos entrar nas casas nem ter contato com as pessoas[...]” (GFB3).

Sobre recusa nas visitas:

“Complementando, no meu território, estava atuando numa área híbrida. Na prefeitura, dividimos o território em área urbana e área de comunidade, embora saibamos que os territórios são os mesmos, mas há essa divisão. Eu atuo tanto na área urbana quanto na área de comunidade. No território urbano existia muita recusa, e tínhamos uma maior relação com os porteiros de condomínio e havia poucas casas. Na comunidade não existia essa resistência. Encontrávamos sim imóveis fechados, mas quando encontrávamos com moradores, a relação era normal, de proximidade. Eu tinha uma preocupação de ser um vetor para as pessoas, mas tentávamos orientar da melhor maneira possível” (GFA3).

“Aqui na nossa CAP fizemos da mesma forma. Não há como fazer 25 casas, não há condições. A quantidade de recusa foi muito grande. Mesmo trabalhando há 6 anos, muitas pessoas não querem que a gente entre. Sobre fazer armadilhas, estava impossível de realizar. Foi muito complicado, mas com pressão reduzimos a produção e a carga horária” (GFA6).

“No meu caso, não cheguei a lidar com esse tipo de situação com arboviroses. Caso tenha acontecido, não chegou a mim essa informação. Porém antes disso, estava tendo muita recusa das pessoas. Primeiro que no início da pandemia as visitas foram suspensas, tanto as periódicas quanto 1746, mas mesmo assim uma grande quantidade de pessoas recusavam [...] já há uma recusa normal das pessoas por questão de segurança, e agora com a pandemia isso se intensificou. Da minha parte eu até evitava entrar, porque percorria pelo território e ficava apreensivo em estar contaminado e ser assintomático, pelo contato direto que eu tinha com o território e com a clínica. Por isso não entro, procuro falar do portão informando que estou passando uma mensagem educativa, já que as arboviroses não se foram. Então não há uma norma passada pela secretaria sobre como devemos nos portar, e por isso nós que precisamos perceber isso e adotar nossas normas conforme nosso critério, e assim realizar nosso trabalho tomando todos os cuidados possíveis, conosco e com as pessoas” (GFB2).

- **Sobre o processo de trabalho no dia a dia**

Segundo os ACEs, o trabalho deles no papel é muito bonito, tem um potencial enorme, mas na prática é totalmente diferente. Não há valorização do trabalho. Há insatisfação e desânimo pela rotina e a sensação é de ‘enxugar gelo’. A gerência acha que tem que ‘sair matando mosquito’, mas faltam insumos para isso (carro fumacê e outros). O ACE é ponta de lança, tem vivência e conhecimento do território, está na linha de frente, mas só tem cobranças. Sofre pressão de dentro para fora e de fora para dentro pela associação de moradores, população e lideranças.

Os ACEs reclamam que a CAP não faz reuniões para melhorar o processo de trabalho deles, nem para melhorar as condições de vida dos moradores, e infelizmente as iniciativas dos ACEs para solucionar os problemas da população são cortadas.

“Pelo menos no território que eu trabalho[...] até mesmo pela CAP, em acordo com a mesma, o que tentamos fazer foi reduzir a produção, ficando menos tempo na rua e em contato com as casas. Em questão de segurança, na clínica onde trabalho, só podíamos pegar duas máscaras por dia, uma para usar pela manhã e outra à tarde, mas a maioria de nós já tinha máscaras particulares. Mas no geral não mudou quase nada em questão de segurança, somente o uso de máscaras e a redução na produção. Na nossa CAP temos nos organizado para ficar um ACE todos os dias na vacinação, tendo contato direto com os idosos em sala fechada, ajudando nesse processo” (GFAI).

“[...]No início da pandemia não tínhamos uma normativa, e por se tratar de uma pandemia, já deveria ter um processo pré-estabelecido. E sobre o atendimento de pessoas com sintomas nas clínicas, foi um processo muito perdido, então cada clínica atendia de uma forma diferente. Muitos não sabiam como receber as pessoas, muitos não tinham espaço adequado, e isso acabou complicando muito as coisas. Quanto ao trabalho, nós procuramos evitar porque não tínhamos um plano de ação e por isso não sabíamos o que fazer. Não sabíamos se deveríamos ir às ruas, sendo que não sabíamos também como proceder nas ruas; ou se ficávamos na clínica, sendo que na clínica também havia riscos. Então não houve preparo, seja pra quem trabalha na clínica ou pra quem trabalha nas ruas. Agora com o surgimento da vacina, melhorou um pouco, mas ainda o processo de trabalho não foi normalizado e não está muito organizado. Então por conhecer o território, acabamos criando nossa própria maneira de trabalhar, com nossas próprias condutas. Mas acho que não só na pandemia, mas na saúde de maneira geral, está se deixando

muito a desejar. Acho que com essa experiência deve-se aprender para futuros eventos que podem vir a acontecer” (GFB2).

“Com relação a todas as CAPs funcionarem da mesma forma, penso que isso não seria muito viável mesmo por cada território ter sua especificidade, mas eu sinto que, relacionado ao nosso processo de trabalho, estamos muito estagnados, parados no tempo, e todos estão muito perdidos nisso tudo, a nível operacional, central... Penso que deveria ter uma mudança no nosso processo de trabalho, a fim de se padronize, mas não cobrando a mesma coisa em todos os territórios igualmente até porque cada território é específico. Deveria haver uma sistematização em relação a uma mudança no nosso processo de trabalho, porque continuamos do mesmo jeito por 20 ou 30 anos e o mundo muda, as doenças mudam, as pessoas mudam, e hoje em dia as pessoas já tem muitas informações online e eu acho que deveria ter uma mudança nesse processo de comunicação também. Precisamos observar como as pessoas estão se comunicando e acompanhar essa mudança” (OS5).

- **Conhecimento sobre o Território e Saneamento Básico: Água**

Nos grupos focais e na oficina de sistematização de informações, os ACEs mencionaram ter conhecimento do território onde trabalham, das condições dos moradores, assim como dos domicílios com problemas, seja antes ou durante a pandemia. Embora tenham esses conhecimentos a CAP não apresenta interesse em conhecer as experiências dos ACEs nos territórios e nem sobre as cobranças realizadas pelos moradores.

“Quem conhece os problemas dos territórios no Rio de Janeiro são os ACEs, mas a CAP nunca chegou perguntando sobre o que dá para fazer nos nossos territórios ou o que os moradores cobram” (GFA1).

Alguns dos participantes da pesquisa trabalham em Território Híbrido, isto é, em território que abrange área urbana e área de comunidade. É uma divisão utilizada pela Prefeitura do Rio de Janeiro. As falas dos ACEs que trabalham em essas áreas mistas refletem a contradição de espaços contíguos: o cuidado na área urbana e a falta de cuidado nas áreas de favela. Mencionam também a violência existente nos territórios e a dificuldade de deslocamento (entrada e saída) nas comunidades antes e durante a pandemia.

“No meu território, que considero como misto, já que uma parte é comunidade e outra parte é urbana, e por incrível que pareça na parte urbana falta mais água do que na comunidade. Mas algo que tenho percebido é que não mudou muita coisa no armazenamento” (GFB2)

Em relação ao saneamento, na maioria dos territórios pesquisados existe rede de abastecimento de água (96,7%), entretanto quando perguntado especificamente sobre a existência de domicílios na área de atuação do ACE que não são ligados à rede de abastecimento de água durante a pandemia, 43,3% responderam que não existe esse serviço nos domicílios. Quanto à continuidade de abastecimento de água nas moradias que possuem rede, embora 56,7% têm acesso à água de forma contínua, em 40% dos domicílios o fornecimento de água é de forma intermitente (Tabela 5). Esses dados são preocupantes, porque além de muitas moradias não possuírem rede de abastecimento de água, a intermitência no fornecimento da água, mesmo para quem possui rede, obriga às pessoas a armazenarem água no dia a dia nas favelas e comunidades carentes, havendo risco de, em determinadas circunstâncias, não terem acesso à água para higienização das mãos, a higiene pessoal ou a dessedentação humana.

Tabela 5. Percepção dos ACEs quanto ao Saneamento no território de atuação durante a pandemia da Covid-19: Água.

| Características do Saneamento: Água | % |
|--|----------|
| Território de atuação do ACE | |
| <i>Acesso à rede de abastecimento de água no território*</i> | 96,7 |
| <i>Rede de abastecimento de água nos domicílios no território de atuação dos ACEs</i> | |
| • Domicílios ligados a rede de abastecimento de água | 50,0 |
| • Domicílios não ligados a rede de abastecimento de água | 43,3 |
| • Não sabe informar | 6,7 |
| <i>Forma de abastecimento de água nos domicílios com rede</i> | |
| • Fornecimento de água de forma contínua | 56,7 |
| • Fornecimento de água de forma intermitente | 40,0 |
| • Não sabe informar | 3,3 |
| Durante a pandemia | |
| <i>Conhecimento sobre uso de água por parte de moradores na pandemia</i> | |
| • Usa maior quantidade de água | 30,0 |
| • Não usa maior quantidade de água | 13,3 |
| • Não sabe informar | 56,7 |
| <i>Principais maneiras dos moradores para conseguir água durante a pandemia*</i> | |
| • Não houve mudança | 66,7 |

| | |
|---|--------------|
| • Compram garrafas ou galões de água | 23,3 |
| • Compram água do caminhão pipa | 3,3 |
| • Colocaram bica comunitária | 3,3 |
| • Há doações de garrafas de água | 3,3 |
| • Outros | 16,5 |
| População que armazena água durante a pandemia | 63,3 |
| Local de armazenamento de água no domicílio na pandemia* | |
| • Intradomicílio (dentro de casa) | 46,7 |
| • Área Peridomiciliar (frente, lados, fundo de quintal ou terreno) | 66,7 |
| • Não armazena água | 26,7 |
| Principais recipientes de armazenamento de água durante a pandemia* | |
| • Tonéis | 73,3 |
| • Caixa d'água | 73,3 |
| • Baldes | 43,3 |
| • Garrafas | 26,7 |
| Forma de armazenamento de água na pandemia | |
| • Inadequado | 41,4 |
| • Adequado | 34,5 |
| Observação pelo ACE de objetos que possam acumular água no domicílio durante a pandemia (artigos religiosos, itens de decoração, pneus, plantas, vaso com plantas, outros) | 83,3% |

* Pergunta de múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria

Com a pandemia se tornou necessária a higienização das mãos, corpo e roupas com maior frequência. A maioria dos ACEs (56,7%) não soube informar sobre os hábitos da população, mas 30% responderam que a população está utilizando maior quantidade de água. Quanto às formas principais de conseguir água durante a pandemia, 66,7% dos ACEs responderam que não houve mudança, sendo que 23,3% dos moradores compram garrafas ou galões de água, 3,3% compram água do caminhão pipa e, no mesmo percentual, há doações de garrafas de água e houve colocação de bica comunitária (Tabela 5).

Pelas condições precárias do saneamento nas favelas, os moradores continuam armazenando água (63,3%) durante a pandemia. O local de armazenamento na área peridomiciliar (frente, lados, fundo de quintal ou terreno) é de 66,7% e no intradomicílio (dentro de casa) 46,7%. Os dados mostram também que 26,7% dos moradores não armazenam água (Tabela 5). Essa pergunta foi de múltipla escolha, evidenciando que alguns moradores armazenam água no peridomicílio e no intradomicílio.

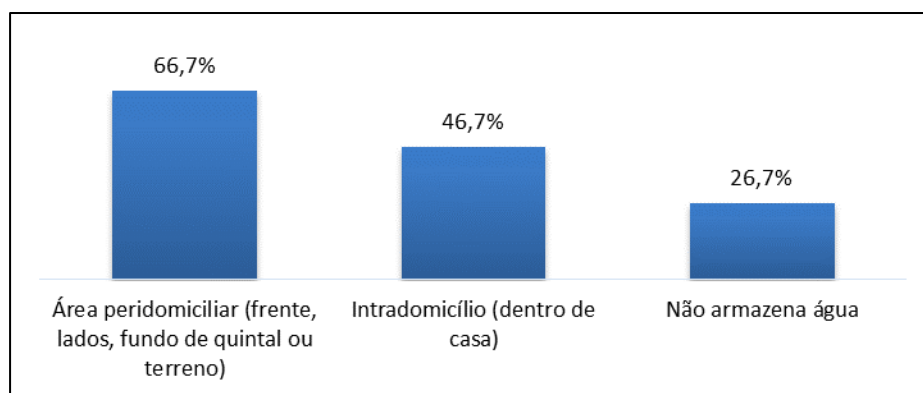
A continuação falas de ACEs sobre a cultura de armazenamento de água nas populações carentes pela possibilidade de falta de fornecimento da mesma:

“Olhando para a realidade da área urbana, existe todo um cuidado de manutenção com o reservatório de água de seis em seis meses, com sistemas lacrados. Em toda visita realizada percebe-se o cuidado com a água que será utilizada. Na comunidade, por muitos motivos, não se percebe esse cuidado com a água que será utilizada, e isso não é culpa do morador porque são realidades diferentes. O que eles querem é reservar água, não importa como e independentemente do abastecimento regular, essa cultura de armazenar água já foi criada porque uma hora pode faltar. Por isso, eles acabam armazenando água de qualquer forma” (GFA3).

“No meu território, os moradores que armazenam água é mais para lavar quintal, terraço, mas para consumo próprio usam água da rede. Quando vejo necessidade de tratar, trato a água, e quando não há necessidade, orientamos que vedem bem o recipiente. Não houve mudança no armazenamento com a pandemia” (GFB5).

Os ACEs durante a pandemia, ainda que impossibilitados de realizar visita intradomiciliar, forneceram informações sobre o armazenamento de água dentro das casas já que conhecem o território de atuação. Desse modo, informaram que quase 50% da população armazena água no intradomicílio, o que aponta riscos para a proliferação de criadouros de mosquitos, entre eles do *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, zika e chikungunya, caso o armazenamento não seja realizado de forma adequada.

Gráfico 8. Armazenamento de água dos moradores durante a pandemia da Covid-19



Fonte: Elaboração Própria.

Os principais recipientes de armazenamento de água durante a pandemia foram: tonéis e caixa d'água, cada um com 73,3%, seguido de baldes (43,3%) e garrafas (26,7%). Outros recipientes mencionados foram potes, latas e cisterna. O armazenamento da água segundo os ACEs é feito de maneira inadequada em 41,4%, e em menor proporção, 34,5%, de forma adequada. As informações são só da área peridomiciliar, devido a impossibilidade de entrar nas moradias durante a pandemia. Além disso, os ACEs observaram no peridomicílio, objetos que podem acumular água (83,3%) tais como artigos religiosos, itens de decoração, pneus, plantas, vaso com plantas e outros (Tabela 5).

A seguir falas de ACEs em relação ao armazenamento de água:

“Geralmente na região onde trabalho tem muita falta de água, então se utiliza muitos depósitos a nível do solo, que são baldes, galões, entre outros. Como não são comprados especificamente pra esse fim, não há todo o preparo para vedação” (GFB7).

“A água, que antes era uma necessidade, depois que foi canalizada, passou a ter outros tipos de depósito, como buraco no chão e com focos. Antes não tinha água e a necessidade era por ter vasilhames para armazenamento, agora tem água em excesso e agora encontro focos em buraco no chão” (OS4).

Segundo os ACEs, durante a pandemia não foram apresentadas mudanças na forma de armazenamento de água. Os agentes de endemias continuam proporcionando orientações sobre vedação de recipientes (comprar tampa de caixa d'água, tampar recipientes com os materiais disponíveis como plástico, telas, filtros), identificação de focos de mosquitos, prevenção das arboviroses.

Há diferença na maneira de armazenamento de água entre as populações que vivem em área urbana e de comunidade. Os serviços de saneamento básico e o armazenamento precário da água nos territórios de comunidade levam as pessoas a guardarem água de forma inadequada por falta de recursos para realizar a troca de reservatórios adequados. Embora o armazenamento de água continue da mesma forma, existe, ao longo dos anos, sutil conscientização para tampar os recipientes, mudanças positivas na forma de armazenamento de água nas caixas de água.

“Bem, eu trabalhei em comunidade durante muitos anos, e hoje atuo na área urbana, e por isso consigo ver muitas diferenças entre um e outro. Ao logo dos anos na comunidade, eu vi que mudou sim, e era até satisfatório ver que os moradores que armazenavam água em caixas d'água sem tampa ou de amianto foram mudando a maneira como

armazenavam (...) na área urbana as pessoas armazenam água corretamente, então tenho menos problemas, bem menos do que na comunidade. Consegui ver uma mudança ao longo dos anos não apenas com a chegada da pandemia, mas de maneira geral houve mudanças com o passar do tempo” (GFB6).

Mas ainda que as moradias tenham caixas d’água, cisterna e abastecimento regular de água, as pessoas têm desconfiança com a empresa de abastecimento de água, razão pela qual guardam água, em baldes, diante da possibilidade da interrupção do seu fornecimento.

Os ACEs vivenciam no dia a dia, ao realizar as atividades de controle das arboviroses, a carência das populações vulneráveis, sobretudo no que tange ao saneamento precário. E demandam ações do poder público, já que as ações educativas realizadas por eles sem insumos que oferecer à população e sem políticas públicas de saneamento e habitação efetivas torna o trabalho do ACE insuficiente.

Eu já fiz vistoria em um reservatório de água que um morador usava pra cozinhar, e o recipiente estava totalmente destampado e com restos de animais na água. Então a situação é muito precária. E cada vez mais eles estão buscando reservatórios de água por uma garantia e não se vê o cuidado. Falta para nós a tela pra dar um suporte, eles também não têm recursos pra fazer a troca de reservatório de água... E o drama maior ainda é o esgotamento sanitário, porque é surreal. As construções no [meu bairro] são muito verticalizadas, e ao observar as infiltrações, vemos que não são infiltrações de água corrente, mas de esgoto sanitário. É triste a realidade. E nós temos que chegar ali com algum tipo de informação pra melhorar minimamente a situação. Se não tivermos alguma ajuda vertical, com preparação educativa, nosso trabalho fica superficial” (GFA3).

- **LIRAA**

O Ministério da Saúde, em Nota Informativa nº 9/2020/CGARB/DEIDT/SVS/MS de 31 de março de 2020, suspendeu a realização do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) durante a pandemia da Covid-19. Na opinião dos ACEs, a suspensão foi benéfica já que não faz muita diferença essa atividade quando se conhece o território. Nos lugares problemáticos devem ser intensificadas as visitas e o tratamento. Quanto aos índices entomológicos gerados no levantamento, mencionaram que o trabalho com armadilhas semanalmente, supriria os índices de infestação. Em algumas CAPs se trabalha com ovitrampas, mas também se utiliza outros meios de controle no território como UBV, fumacê. Segundo os agentes de endemias, os levantamentos de índices junto com o tratamento contínuo seriam as ações mais efetivas no território, sendo o LIRAA mais para superiores e autoridades. Houve também depoimento que o LIRAA seria mais uma ‘enxugação de gelo’.

“Eu acho que o LIRAA é uma enxugação de gelo. Perdemos uma semana de trabalho pra visitar alguns locais... por exemplo, na minha equipe, quando é o LIRAA, a gente visita aqueles lugares que sabemos que é problemático, pra ver se ainda persistem os mesmos problemas, porque se seguirmos a mesma numeração de cinco em cinco casas ou dez em dez casas, vamos bater em casas que sabemos que não tem problema nenhum. Que levantamento de índice é esse? Acho que o LIRAA tinha que ser um negócio de dia a dia. Durante o tratamento que a gente já faz, achou foco? Colhe e manda pra prefeitura. Acho que não tinha que ter LIRAA, acho um desperdício. O tratamento focal tinha que ser junto com o recolhimento do foco. No dia a dia há mais como avaliar o território do que de três em três meses. Tem algumas CAPs que já fazem isso, tudo junto. Cada CAP é uma prefeitura, agindo do seu jeito, e não há uma integralidade entre elas. Tinha que ser algo comum entre as CAPs. Esse é o grande problema da prefeitura” (GFA1).

“Usamos outros artifícios, até porque conhecemos nosso território. Agora voltou a questão da UBV e penso que o LIRAA serve mais para a direção, mas deve ser pensado outras formas, se utilizando dessas questões para suprir a questão do LIRAA. Há pontos onde já reconhecemos como sendo pontos problemáticos. Outra coisa que precisa ser reforçada são as ações educativas, com uso de materiais que intensifiquem isso, como folhetos, cartilhas, entre outras coisas. São coisas que vão ajudar não só o agente de endemias, mas até mesmo o agente comunitário, que entra mais nas casas que o agente de vigilância, que é mais recusado a entrar” (GFB2).

“Acho que não fez muita diferença, porque quando conhecemos o nosso território, independentemente de fazermos LIRAA ou não, sabemos os lugares problemáticos, e penso que é até mais intensificado o tratamento e as visitas. Então, na minha opinião, o LIRAA conta mais pros superiores, as autoridade, talvez, mas pra nós que estamos no campo é indiferente” (GFB6).

- **Intersetorialidade**

Quanto ao trabalho intersetorial para o enfrentamento das arboviroses e da Covid-19, quase a totalidade dos ACEs (96,6%) assinalaram que, durante a pandemia, não realizaram trabalho com outros setores do governo como educação, cultura, meio ambiente, limpeza urbana e outros. Uma minoria (3,4%) aponta articulação com a Companhia Municipal de Limpeza Urbana (Comlurb) e com a Companhia Estadual de Águas e Esgotos (CEDAE).

Embora o contato oficial com o órgão seja feito pela CAP, o contato inicial é feito, de maneira informal, com os trabalhadores da companhia com os quais se tem laços de amizade no território. Porém, é também destacado, que ainda existe muita dificuldade nas interações com os setores/companhias que atendem as necessidades primordiais, sejam da própria prefeitura ou de setores privados.

Nos grupos focais os ACEs referiram que a intersetorialidade acontece só no papel, que é uma utopia. Há muita dificuldade de articular com os diferentes setores. Tenta-se coordenar por meio dos movimentos sociais, mas estes também têm dificuldades na articulação com os setores.

“Intersetorialidade é muito bonito no papel, mas nós não vivemos essa realidade. O que a gente tenta é articular com os movimentos sociais locais quando vemos uma situação muito precária, pra tentar uma intervenção. Porém, nem sempre temos um retorno positivo, porque esses movimentos sociais também têm dificuldades com os setores com os quais estão articulados” (GFA3).

“No meu território, pelo menos, com essa questão de ajuda de outros setores, o máximo que conseguimos é uma articulação com a Comlurb. Quando há muito acúmulo de lixo em algumas áreas dentro do território da comunidade, pedimos pra gerente porque próximo da clínica tem gerência da Comlurb, então pedimos pra levar um caminhão e coletarem os lixos. Mas quanto a outros setores, pra ajudar, é muito difícil pra nós, porque quase nunca temos retorno” (GFA1).

“Essa questão de intersetorialidade é uma utopia, porque se não temos integralidade dentro do local, imagine entre setores. A problemática é a falta do estímulo do ACE, então já vamos às ruas desestimulados a produzir. Sempre que tento fazer um trabalho mais apurado pra população, somos desestimulados dentro do nosso ambiente relacional, e nos sentimos impotentes” (GFA4).

- **Comportamento da população no território**

Na pesquisa foi abordada, também, a percepção dos ACEs quanto ao comportamento da população durante a pandemia nas favelas, no que tange ao uso de máscaras, distanciamento social, isolamento dos grupos de risco, já que essas medidas de precaução são fundamentais para diminuir o risco de contágio pelo SARS-Co-2 ao agente de endemias e para que o mesmo desenvolva as atividades cotidianas no território com maior segurança e tranquilidade.

No questionário foi explorada a adoção de medidas de proteção por parte dos moradores ao momento de receber a visita domiciliar do ACE. Os moradores mantêm o distanciamento

social em 58,6%, e utilizam as máscaras corretamente em 34,5% (Tabela 6). Outras respostas foram adoção de medidas em algumas ocasiões (10,2%) e algumas pessoas usam máscaras, mas de forma incorreta (3,4%). Mais de um terço da população (37,9%) não adotam nenhuma medida de proteção durante a visita domiciliar dos ACEs.

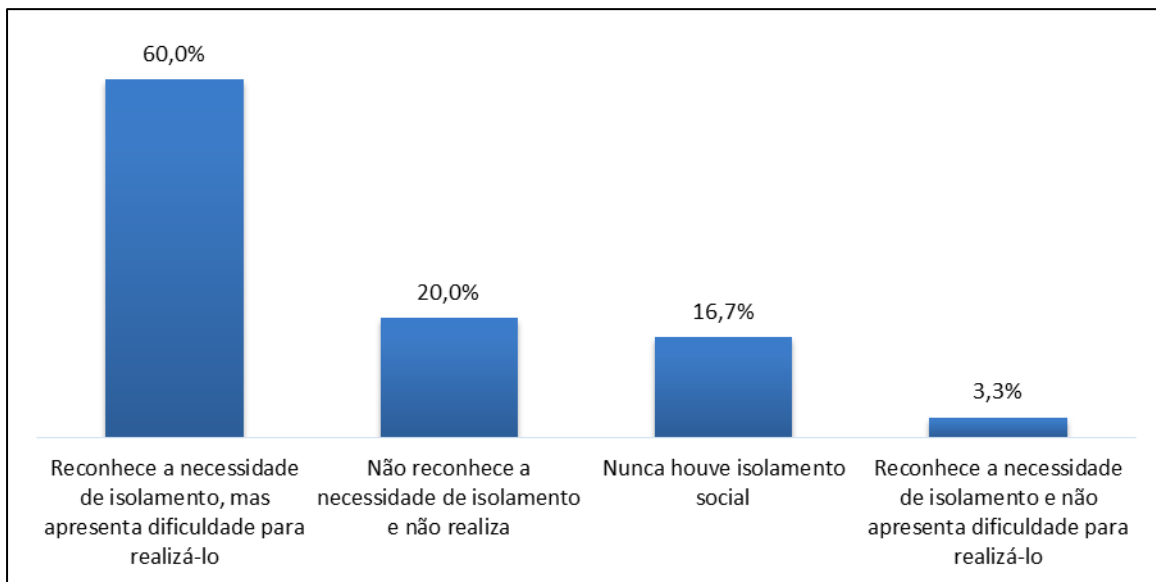
Nos grupos focais os ACEs relataram que durante a pandemia a vida na comunidade é praticamente normal. As pessoas saem para comprar muitas vezes sem cuidados e sem máscaras. Tem pessoas que tiram a máscara para tossir, espirrar, evidenciando falta de informação. Tem moradores que usam máscaras e outras não. Existem comunidades mais difíceis que outras e ainda que com número elevado de óbitos, a grande maioria da população não usa máscaras.

Os dados apontam o elevado risco de contaminação pelo novo coronavírus que apresentam os ACEs no seu processo de trabalho e a atenção minuciosa que deve ter o ACE no momento da visita domiciliar para ele se resguardar tomando as medidas de precaução cabíveis. O seguinte depoimento expressa o sentimento dos agentes de endemias ao realizar as visitas domiciliares e ao estar nas ruas:

“Em muitas casas, na área de comunidade, os moradores nos recebem sem máscara, e as vezes me sinto um E.T, porque chego no território todo equipado com EPIs enquanto os moradores circulam normalmente como se nada estivesse acontecendo” (GFB2).

Quanto ao isolamento social, na avaliação dos ACEs, uma minoria da população (3,3%) reconhece a necessidade de isolamento e não apresenta dificuldade para realizá-lo, no entanto, 60,0% reconhece a necessidade de isolamento, mas apresenta dificuldade para realizá-lo (Tabela 6). Esses dados corroboram os impedimentos para a realização da proteção e prevenção da Covid-19, relacionados às condições precárias das moradias e do saneamento. Na visão dos ACEs, para 16,7% da população nunca houve isolamento social, e condicente com isso, 20% não reconhece a necessidade de isolamento e não realiza (Gráfico 9).

Gráfico 9. Percepção dos ACEs sobre a população em relação ao isolamento social no território durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria.

Tabela 6. Medidas e proteção e prevenção adotadas pelos moradores nos territórios de atuação dos ACEs.

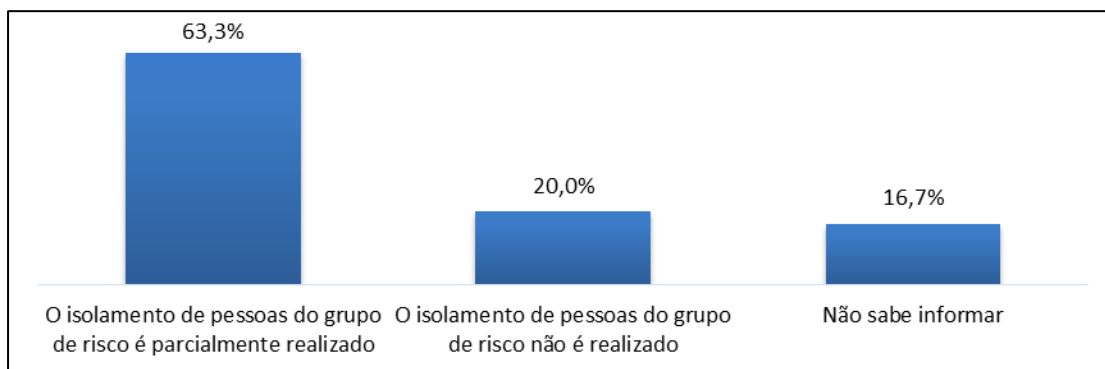
| Medidas de proteção/prevenção adotadas pelos moradores | % |
|---|------|
| Comportamento da maioria da população no território de atuação do ACE diante da necessidade de isolamento social | |
| • Reconhece a necessidade de isolamento e não apresenta dificuldade para realizá-lo | 3,3 |
| • Reconhece a necessidade de isolamento, mas apresenta dificuldade para realizá-lo | 60,0 |
| • Não reconhece a necessidade de isolamento e não realiza | 20,0 |
| • Nunca houve isolamento social | 16,7 |
| Isolamento do grupo de risco no território de atuação do ACE | |
| • O isolamento de pessoas do grupo de risco é realizado | 0,0 |
| • O isolamento de pessoas do grupo de risco não é realizado | 20,0 |
| • O isolamento de pessoas do grupo de risco é parcialmente realizado | 63,3 |
| • Não sabe | 16,7 |
| Medidas de proteção adotadas pelos moradores durante a visita domiciliar do ACE * | |
| • Mantém o distanciamento social | 58,6 |
| • Adotam o uso de máscara corretamente | 34,5 |
| • Não adotam nenhuma medida | 37,5 |
| • Outros: | 13,6 |
| - Algumas pessoas usam máscaras de forma incorreta (3,4%) | |
| - As vezes adotam medidas e em outras ocasiões não (10,2%) | |

* Pergunta de múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria.

No que tange ao isolamento dos grupos de risco no território, 63,3% dos ACEs assinalaram que é parcialmente realizado, e que em 20% esse isolamento não é realizado (Gráfico 10). Foram considerados grupos de risco para fins de isolamento, os idosos, as pessoas com doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, asma, pessoas em tratamento com quimioterápicos, gestantes, entre outros. O percentual de 63,3% de pessoas que realiza parcialmente o isolamento de grupos de risco coincide com o percentual de moradores que reconhece a necessidade de isolamento social, embora a maioria tenha dificuldade para realizá-lo. Essas informações são preocupantes porque indicam não só a possibilidade de contaminação da população com o SARS-CoV-2 pela falta da adoção de medidas de precaução, sobretudo nos grupos de risco, mas também pelo risco de contaminação que têm os ACEs ao fazerem as visitas domiciliares no território.

Gráfico 10. Percepção dos ACEs em relação ao isolamento dos grupos de risco no território durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria

- **Conhecimento de casos de Covid-19 e arboviroes no território de atuação do ACE**

Os ACEs ao fazerem visitas domiciliares podem encontrar moradores que tenham Covid-19 ou que sejam contatos, por isso a necessidade de terem acesso às informações dos casos, a partir do trabalho, antes da realização das visitas. A informação dos domicílios com casos positivos de Covid-19 procede da população em 20,7%, do ACS em 17,2% e da UBS em 13,8%. A grande maioria assinalou que não recebem informação (65,5%) (Tabela 7). Já em relação às arboviroes (dengue, zika, chikungunya) no território, 70% responderam ter informação a partir do local do trabalho.

Os dados retratam que são os setores de vigilância ambiental/epidemiológica que informam aos ACEs da existência de doentes com arboviroses no seu território de atuação. No entanto, os ACEs têm poucas informações sobre os casos da Covid-19, dados que estão ligados diretamente à assistência. Nesse cenário, os moradores do território são a principal fonte de informação de casos da Covid-19. Nos grupos focais os ACEs referiram que não existem mapas do território com as pessoas que têm doenças infecciosas e pertencem ao grupo de risco devido a pouca articulação com os ACSs. Em consequência, o processo de trabalho do ACE se torna mais complexo e com maiores probabilidades de exposição ao contágio durante as atividades efetuadas na pandemia.

“Sobre a ação no território não mudou praticamente nada [na pandemia]. A única coisa que mudou foi o acesso às casas. Com relação ao grupo de risco, temos dificuldade porque não há uma integralidade de trabalho entre os ACE e ACS, com troca de informações, por isso não tenho um mapa de pessoas do meu território. Então não sei quem é do grupo de risco e não desenvolvo trabalho com pessoas do grupo de risco (GFA4).

Tabela 7. Algumas Características do Processo de Trabalho do ACE no território durante a pandemia da Covid-19.

| Características do Processo de Trabalho | % |
|---|----------|
| Recebimento de informação sobre domicílios que tem morador com Covid-19 * | |
| • Por meio da UBS | 13,8 |
| • Por meio do ACS | 17,2 |
| • Por meio da população | 20,7 |
| • Não recebe informação | 65,5 |
| Recebimento de informação de casos de arboviroses (Dengue, Zika e Chikungunya) no território a partir de seu local de trabalho | |
| • Sim | 70,0 |
| • Não | 23,3 |
| • Não sabe informar | 6,7 |
| Deslocamento do ACE de sua casa ao trabalho e vice-versa * | |
| • Ônibus | 36,7 |
| • Caminha | 33,3 |
| • Carro próprio | 30,0 |
| • Bicicleta | 13,3 |
| • Metrô | 10,0 |
| • Táxi/aplicativo | 10,0 |
| • Transporte alternativo (van, mototáxi, kombi) | 10,0 |
| • Trem | 6,7 |
| • Outros: Utilização de transporte por aplicativo durante lock down pela inexistência de ônibus intermunicipal nesse período | 3,3 |

* Pergunta com múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria

- **Deslocamento ao local de trabalho**

Na pesquisa foram exploradas também as formas de deslocamento ao local de trabalho e vice-versa. Na Tabela 7, são mostradas as diferentes formas de transporte que os ACEs utilizaram para o deslocamento. Entre os meios coletivos onde a segurança deve ser redobrada para evitar o contágio estão o ônibus (36,7%), metrô (10%), transporte alternativo (van, kombi) (10%), trem (6,7%). Além desses meios, foram mencionadas outras formas de deslocar-se ao trabalho e que são consideradas mais seguras como caminhar (33,3%), carro próprio (30%), bicicleta (13,3%), táxi/aplicativo (10%), mototáxi (10%).

Não foi explorada na pesquisa a utilização de meios combinados, isto é, o uso de dois ou mais meios de transporte, como por exemplo, o uso de um transporte coletivo e outro mais seguro. Mas, como a pergunta foi de múltipla escolha, os dados de por si mostram que os ACEs utilizaram combinação de meios diferentes para o deslocamento. Os ACEs cotidianamente tiveram exposição ao risco de contágio com o SARS-CoV-2 ao utilizar os meios de transporte coletivo, os quais se constituíram em uma das principais fontes de contágio durante a pandemia.

4) Gestão do trabalho

Neste tema serão abordados: A articulação SMS/CAP/UBS, Produtividade, Trabalho com ACS, Segurança e EPI, Grupos de Risco – Afastamentos, Testes, Vacinas.

- **Articulação Coordenação SMS /CAP/UBS**

Nas reuniões dos grupos focais e na oficina de sistematização de informações foram obtidos relatos sobre os problemas que experimentaram os ACEs na pandemia, sobretudo ao início, e as dificuldades na gestão do trabalho como um todo.

Segundo os ACEs, no início da pandemia, a Prefeitura não teve plano de ação para atendimento das pessoas na clínica da família e da mesma forma, não teve plano de ação, protocolos e direcionamento para atuação do ACE no território. Por isso, o processo de trabalho foi muito confuso. Meses depois, os ACEs souberam da existência da nota técnica com orientações para realização da visita peridomiciliar. Alguns ACEs só souberam da nota técnica ao final de 2020 Houve distanciamento entre as diretrizes da Coordenação de nível central e a

operacionalização nas CAPs. Faltaram também orientações para o comportamento no campo e cada agente de endemias criou a sua conduta de trabalho durante as visitas para se proteger e proteger ao outro. Cada CAP, na apreciação dos ACEs, funciona diferente quanto à organização e planejamento de atividades, dessa forma, cada CAP é uma prefeitura diferente.

“O trabalho de campo no início da pandemia foi um processo de transição de trabalho, onde não sabíamos como lidar com a pandemia. Foi bem confuso no início (...). Não havia a princípio normas emergenciais de trabalho e por isso cada um foi lidando de maneira individualmente, tentando trabalhar com meios próprios para agir da maneira mais segura possível. Depois saiu uma norma da prefeitura normatizando como seria o trabalho de campo, sobre a questão da entrada nos domicílios, visitando apenas a área peridomiciliar, com o intuito dos agentes se protegerem da contaminação e protegerem os moradores do território” (GFB1).

“Não sabíamos se deveríamos ir às ruas, sendo que não sabíamos também como proceder nas ruas; ou se ficávamos na clínica, sendo que na clínica também havia riscos. Então não houve preparo, seja pra quem trabalha na clínica ou pra quem trabalha nas ruas” (GFB2).

“O processo mudou de maneira tardia porque nós buscamos informações e ajuda, já que no início da pandemia, quando foi estipulada o isolamento, nada mudou no nosso processo de trabalho. Então nós buscamos nossa chefia para saber como ficaríamos, porque continuávamos tendo contato com os moradores e entrando nas casas. Até que depois de um ou dois meses depois, recebemos uma nota técnica orientando que a nossa visita ia continuar, mas seriam visitas peridomiciliares. Porém, continuamos com dúvidas, porque mesmo as visitas sendo peridomiciliares, continuamos tendo contato com outras pessoas. Mesmo com o processo de trabalho diferenciado, não recebemos nenhuma chamada para treinamento técnico de como se portar[...]” (GFA3).

“[...] Fomos orientados a fazer apenas visita peridomiciliar, mas mesmo assim entro no peridomicílio e as pessoas não estão protegidas, então na comunicação elas podem nos contaminar mesmo protegidos. Por isso mantenho distância e me protejo, e mesmo assim ainda fui contaminado com o vírus [...]” (GFA5)

Segundo depoimento dos ACEs, pelo fato dos profissionais do posto de saúde serem quase todos da RioSaúde (médicos, enfermeiros, técnicos, ACS) e os ACEs serem praticamente os únicos que têm vínculo com a SMS, estes são esquecidos dos repasses das informações nas UBS. O modelo de Organizações Sociais na administração da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro não indica eficiência na organização do trabalho e na redução de indicadores (Ramos e Seta, 2019). E mais recentemente o investimento na empresa pública Riosaúde tornou-se uma outra forma de organização do trabalho, que com a Administração Direta, coabitam a contratualização dos trabalhadores da saúde. Os relatos apontam para uma confusa organização do trabalho no que tange ao acesso à informação, e uma assimetria no cuidado e proteção do trabalhador servidor, observado no afastamento com desconto salarial e na falta de priorização na vacinação.

Embora os ACEs reconheçam a importância do trabalho educativo, também precisam levar ferramentas de trabalho no dia a dia, como a tela de proteção dos reservatórios de água em locais onde há muita ventania, e que está em falta no momento. Os moradores reclamam também da falta do carro fumacê. As cobranças da população são frequentes e os ACEs são responsabilizados por essas deficiências. A gerência não convoca reuniões com intuito de ouvir as demandas dos agentes de endemias no que tange ao planejamento para melhorar a situação nos territórios.

“A gente está na ponta da lança. As cobranças são só em cima da gente. Eu nesses 10 anos de prefeitura, a CAP ou a gerência nunca nos chamou para uma reunião com o intuito de saber se temos alguma ideia para melhorar alguma coisa, fazer algo diferente, escutar nossas cobranças. Pelo contrário, só recebemos cobrança. (...), mas a CAP nunca chegou perguntando sobre o que dá para fazer nos nossos territórios ou o que os moradores cobram” (GFA1).

- **Produtividade**

A produtividade das atividades realizadas pelos ACEs durante a pandemia foi uma das questões que surgiu no grupo focal. Segundos os ACEs, houve diferenças de abordagem quanto à produtividade. Em algumas CAPs a produtividade foi mantida durante o período da pandemia. Em outras, no início houve diretiva de diminuir o número de imóveis visitados. Houve situações, em que a pressão ficou maior com a pandemia. Os ACEs relutaram para reduzir a

carga horária e a quantidade de imóveis visitados, mas continuaram sendo cobrados pela CAP quando diminuía a produção.

Os ACEs tiveram que enfrentar o dilema da manutenção da produtividade durante a pandemia diante da falta de planejamento e de distribuição de insumos como máscaras e álcool 70° por parte da prefeitura. A questão da cobrança da quantidade de visitas domiciliares fragilizou a qualidade, onde o agente de endemia ficou desprotegido e exposto a riscos no desenvolvimento de suas atividades.

“Não foi deixado de cobrar a quantidade de produção. Isso foi algo que não deveria ter acontecido, mediante uma conjuntura totalmente desconhecida. Essa continuidade de cobrança por um atendimento normal quando não se sabe o que nos espera, ainda mais sem receber EPIs, sem ter retornos da área programática, da CAP, de nossas clínicas, e isso aconteceu na clínica onde trabalho porque no início da pandemia, com a questão da importância do uso da máscara, houve uma prioridade para os profissionais que trabalhavam dentro da clínica, já que usavam em grande quantidade os EPIs por conta do contato direto com contaminados. Isso também foi uma questão falha dentro do planejamento. Eu procurei me precaver, não mantendo a mesma posição até pelas recusas das pessoas mediante ao medo. Por isso eu acho que a quantificação do meu trabalho perde pra qualidade, e ainda me expõe enquanto profissional, que estou tentando de uma maneira própria desenvolver o meu trabalho” (GFB2).

“Com relação a minha CAP, não houve nenhum encontro ou formação pra atuar na questão da Covid-19. Continuou tudo normal, e no início nem tivemos máscaras. O trabalho continuou o mesmo, mas parece que a cobrança até aumentou mais em termos da nossa presença na casa dos moradores. Eu costumo fazer um trabalho em que não faço só a vistoria, mas procuro saber da saúde dos moradores mais próximos. Em outras situações vejo se há algum evento onde posso estar colaborando, até levo pra clínica casos de moradores com algum problema de saúde que até mesmo não tem muito a ver com nossa área. Na pandemia isso ficou difícil porque não podemos ter mais muito contato, mas não houve alterações de maneira geral” (GFB9).

“Na minha CAP infelizmente no início da pandemia não houveram mudanças no serviço. Não houveram negociações bem sucedidas para redução na produtividade, mesmo com nossa tentativa. Uma coisa interessante é que, quando se iniciou a pandemia, a produção ficou até maior, mesmo com a tentativa de relutar, não houve redução da carga horária nem de imóveis, e continuávamos sendo cobrados quando reduzíamos a produção. Então nós passamos a nos cuidar individualmente. No meu caso,

levo minhas máscaras e faço troca de duas em duas horas, uso álcool em gel e óculos. Ganhamos duas máscaras por dia e um óculos” (GFA5).

• **Trabalho com ACS**

Quanto à inserção dos ACEs na Estratégia de Saúde da Família (ESF), dos 30 participantes da pesquisa, 26 ACEs (86,7%) responderam que estão inseridos na equipe e 13,3% manifestaram que não estão inseridos (Tabela 8). Embora a grande maioria respondesse afirmativamente, só 10 ACEs (33,3%) atuam em conjunto com os ACS e desses, 8 (26,7%) responderam que partilham conhecimentos e ações no território durante a pandemia. No questionário, as opções desta última questão, isto é, a forma como acontece o trabalho entre ACE e ACS no território na pandemia, foram fechadas, sendo que além do compartilhamento mencionado no território, 4 agentes de endemias (13,3%) manifestaram que não há formalização de trabalho conjunto no território, mais da metade, 53,3% (16 ACEs) assinalaram que cada um desenvolve suas atividades isoladamente e 2 (6,7%) indicaram que não se aplica.

Sendo a ESF fundamental no território da Atenção Primária à Saúde (APS), observa-se que embora a maioria dos ACEs esteja incluída na ESF, a articulação efetiva com o ACS, ainda é precária no território.

Tabela 8. Atuação do ACE na Estratégia de Saúde da Família - ESF durante a pandemia da Covid-19.

| Características da atuação do ACE na ESF | % |
|--|----------|
| <i>Inserção do ACE na Estratégia de Saúde da Família (ESF)</i> | |
| • Sim | 86,7 |
| • Não | 13,3 |
| <i>Atuação conjunta com ACS no território</i> | |
| • Sim | 33,3 |
| • Não | 66,7 |
| <i>Formas de Desenvolvimento de atividades com ACS no território durante a pandemia</i> | |
| • Cada um desenvolve sua atividade isoladamente | 53,3 |
| • Partilhamos conhecimentos e ações no território | 26,7 |
| • Não há formalização de trabalho conjunto no território | 13,3 |
| • Não se aplica | 6,7 |

Fonte: Elaboração Própria.

Nos grupos focais os participantes relataram que a relação com ACS acontece mais na informalidade e por amizade e inclui troca de informação. A integração entre ACE e ACS não é fomentada. O ACE forma parte da ESF, mas operacionalmente é do Combate à Dengue. Existe falta de integração também nas coordenações no nível central. E no posto, a gestão é toda da RioSaúde, incluindo os ACS, sendo os ACE praticamente os únicos servidores da SMS. As reuniões da equipe são para tratar cuidados, algumas doenças, mas não a dengue, nem visitas domiciliares e na maioria das unidades as reuniões são separadas. São poucos os territórios onde o ACS e ACE fazem trabalho conjunto.

“A relação dos ACEs com os ACS no meu território é muito pontual, somente em algumas situações em que nosso trabalho se cruza. Um trabalho diferenciado [durante a pandemia] foi nas orlas das praias na zona sul, para orientar os moradores de lá, enquanto na nossa comunidade periférica não houve nenhuma ação da CAP nem da coordenação. Saímos de uma zona periférica para os bairros onde o capital cultural é muito maior para realizar ações” (GFA4).

“A realidade na minha unidade é que a integralidade parte muito mais de nós ACEs em conjunto com os ACS. Não vejo a gestão da unidade promovendo essa troca” (GFA3).

“Muitas pessoas também vinham a mim pedindo ajuda, mas infelizmente sou informado apenas no controle de endemias, mas há essa parte da falta de integração entre ACEs e ACS. Tinha que ter uma orientação vertical para que haja uma integração dos processos de trabalho. Eles tem a sala de reunião deles e nós temos nossa sala para pegar os materiais e ir pro campo. A reunião dos ACS é diferente dos ACEs, e por isso as coisas ficam meio complicadas” (GFA2).

“Essa integração entre os ACEs e ACS acontecem mais nos corredores das clínicas do que nas reuniões. As vezes participamos de reuniões de equipes onde se aborda questões de tuberculoses, de mulheres grávidas, mas nunca se trata de números, de dados de trabalho dos ACEs, e eu já questionei muito isso na clínica. Isso foi um dos motivos para eu parar de ir às reuniões. A minha amizade com os ACS e as informações que eu tenho são de corredor, porque em reuniões de clínicas somos excluídos. Já houve momentos nas reuniões onde já disseram que não era necessário à nossa presença nas reuniões por não ter uma abordagem da temática da dengue” (GFA1).

Segundo os relatos nos grupos focais, durante a pandemia, o pessoal da RioSaúde, entre eles os ACS, não foram mais as residências dos moradores, no entanto os ACEs estiveram sob pressão para realizar as visitas peridomiciliares. Com a chegada das vacinas para Covid-19, os ACEs estão trabalhando em conjunto com a ESF na campanha de vacinação.

“Estamos também trabalhando em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família, mas só na vacinação, cooperando como escriba, organizador de filas, mas nenhum trabalho está sendo realizado dentro da localidade” (GFB7).

“[...]O pessoal da Rio Saúde não foi mais às residências desde que começou a pandemia, mas nós continuamos sendo cobrados a estar nas residências. Então nós mesmos temos nos protegido, já que o processo de trabalho não mudou [...]” (GFA5).

Embora a relação formal entre ACE e ACS seja ainda insatisfatória, os ACEs mencionaram a necessidade de maior articulação com o ACS.

“A realidade na minha unidade é que a integralidade parte muito mais de nós ACEs em conjunto com os ACS. Não vejo a gestão da unidade promovendo essa troca. Eu mesma procuro sempre ter uma boa relação com os ACS [...] Portanto, procuro sempre manter uma boa relação com eles porque eles tem muito a acrescentar no nosso trabalho, e nós também podemos acrescentar, porque eles me procuram muito pra tirar dúvidas. Por isso essa troca é importante. Infelizmente isso não é muito fomentado por conta da diferença de modelo de trabalho, já que nós ficamos mais nas ruas do que na unidade, e isso acaba criando um certo distanciamento que poderia ser sanado pela unidade, o que não acontece [...]” (GFA3).

- **Segurança e EPI**

Neste item serão abordados o fornecimento de EPI por parte das unidades básicas de saúde e o uso de máscaras e higienização.

Fornecimento de EPI

Durante a pandemia da Covid-19, os equipamentos de proteção individual (EPI) e os produtos de higienização tornaram-se elementos de primeira necessidade para evitar a contaminação com o novo coronavírus. Para os profissionais de saúde, como os ACEs, esses itens são essenciais para o desenvolvimento das ações no território. Na pesquisa foram realizadas perguntas quanto à disponibilidade e tipo desses produtos fornecidos no trabalho.

Quanto aos EPI e produtos de higienização, 73,3% assinalaram ter recebido álcool gel (Tabela 9), 60% máscaras, 30% luvas e um quarto dos ACEs (23,3%) não receberam esses produtos. Alguns responderam no item outros: recebimento de 150 ml de álcool 70° durante toda a pandemia (3,3%), recebimento de uma unidade ao mês e que teve que comprar máscaras e álcool (3,3%), recebimento de máscara caseira (não cirúrgica) (3,3%) (Gráfico 11).

Gráfico 11. Recebimento de EPIs e produtos de higienização durante a pandemia da Covid-19.

Tabela 9. EPI e produtos de higienização recebidos pelos ACEs durante a pandemia da Covid-19.

| EPI e produtos de higienização | % |
|--|------|
| <i>EPI e produtos de higienização recebidos para realizar trabalho durante a pandemia *</i> | |
| • Álcool gel | 73,3 |
| • Máscaras | 60,0 |
| • Luvas | 30,0 |
| • Não recebeu EPI nem produtos de higienização | 23,3 |
| • Outros | 9,9 |
| - 150 ml de álcool 70° durante toda a pandemia (3,3%) | |
| - Recebeu uma unidade ao mês, teve que comprar máscaras e álcool (3,3%) | |
| - Máscara caseira, não cirúrgica (3,3%) | |
| <i>Tipos de máscaras entregues pelo local de trabalho para prevenção da Covid-19 *</i> | |
| • Máscara cirúrgica | 43,3 |

| | |
|--|------|
| • Máscara de tecido | 30,0 |
| • Máscara N95 | 20,0 |
| • Não recebeu máscara | 23,3 |
| • Outros - Máscara de baixa proteção | 3,3 |
| Recebimento de EPI para manipulação de agrotóxico/inseticida para controle das arboviroses durante a pandemia | |
| • ACEs que realizam controle químico (Ex. agrotóxico/inseticida) (17 ACEs/30) | 56,7 |
| • ACEs que receberam EPI adequado para manipular agrotóxicos/inseticidas (8 ACEs/17) | 47,0 |
| • ACEs que não receberam EPI adequado para manipular agrotóxicos/inseticidas (9 ACEs/17) | 53,0 |

* Pergunta de múltipla escolha

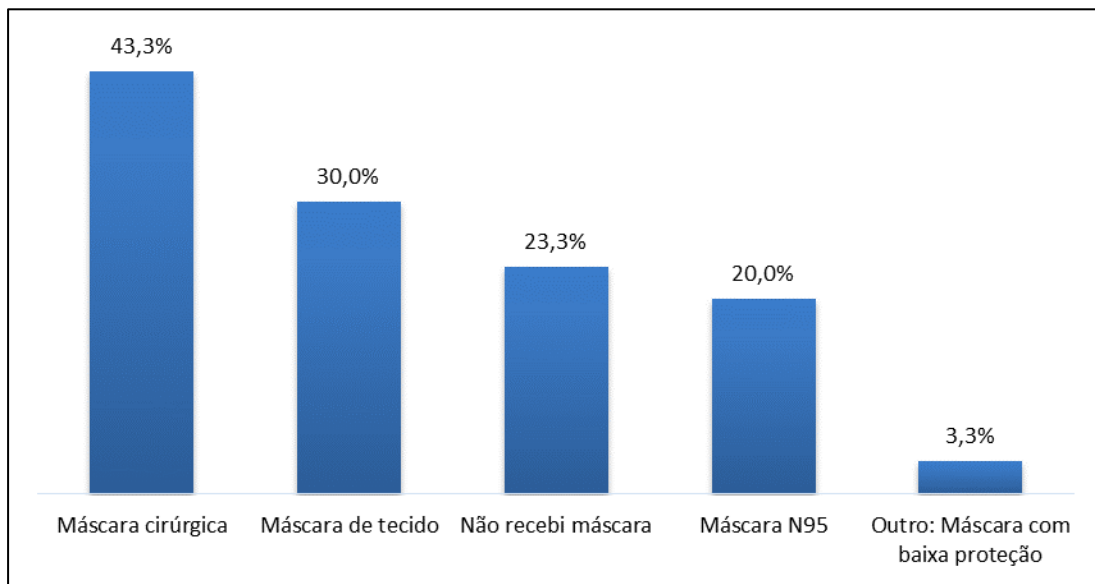
Fonte: Elaboração Própria

As máscaras distribuídas no trabalho foram do tipo cirúrgica em 43,3%, de tecido 30%, N95 em 20%, e foi mencionado também que receberam máscara de baixa proteção (3,3%) (Gráfico 12). Em relação ao recebimento de EPI para manipulação de agrotóxicos/inseticidas durante a pandemia, dos 17 ACEs que referiram manipular agrotóxico durante a pandemia (56,7%), 8 deles (47%) assinalaram ter recebido EPI adequados e 53% não receberam.

No início da pandemia houve escassez de máscaras cirúrgicas e outros insumos e equipamentos no Brasil como um todo e foi regularizando-se com o passar dos meses. Os depoimentos dos ACEs retratam essas fases da pandemia e a superação do período crítico, ainda que em algumas CAPs o fornecimento continuou deficiente.

Quanto ao uso de EPI adequado para manipulação de agrotóxicos/inseticidas, a questão central não é o uso do EPI em si, mas a utilização do agrotóxico/inseticida já que diversos estudos têm apontado a imunossupressão induzida por essas substâncias e o aumento de infecções em humanos (CORSINI, 2013).

Gráfico 12. Distribuição de máscaras durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria.

Nos grupos focais, os ACEs referiram que no início da pandemia não se tinha norma para todos utilizarem as máscaras. Houve depoimento referindo que saiu norma para não usar máscara e os ACEs iam a campo sem saber o que fazer. Quando a norma de usar máscara foi publicada, os ACEs não receberam as máscaras, pois priorizaram os profissionais que atendiam pacientes nas Clínicas da Família. Com o passar do tempo, foram fornecidas as máscaras. Houve relato de recebimento de 100 ml de álcool, uma única vez, durante toda a pandemia e, no entanto, em algumas CAPs foram fornecidos óculos de proteção. Ainda assim, mesmo tentando se precaver muitos ACEs se contaminaram com o novo coronavírus e tiveram Covid-19 durante o trabalho.

“É como os colegas estão falando. No começo da pandemia nós não sabíamos muita coisa. Até trabalhar sem máscara íamos, sem saber o que fazer no campo, o que poderia acontecer. Depois recebemos a norma de que deveríamos usar máscara, mas não recebemos máscara da clínica e íamos para ruas sem máscara. Isso gerava em nós medo de trabalhar, de levar a doença e também receber. Cheguei a trabalhar até com viseira, com óculos e máscara, que nos foi fornecida, e mesmo assim contraí o vírus [final de 2020], e acho que foi num dia que estava trabalhando e passei por uns adolescentes sem máscara, que me fizeram perguntas e tossiam também... tentei manter distância, mas acho que foi naquele momento que fui contaminado. Então esse processo acabou não mudando muito, mas nós que tentamos adaptar porque não havia uma norma unificada de como deveria ser o nosso trabalho. Acho que o processo deveria ser mais

educativo já que não podemos entrar nas casas nem ter contato com as pessoas” (GFB3). – Acho que está repetido - Conferir

“Quando trabalhava na comunidade, eu tinha muito mais acesso aos EPIs na clínica, e compartilhava com os agentes de saúde e tínhamos uma troca até legal, trabalhando juntos... Porém eu, como AVS [ACE], não recebo o mesmo suporte como quando trabalhava na clínica porque eu chegava com as agentes comunitárias e trabalhávamos em parceria, e assim não me faltava EPIs. Agora que trabalho na área urbana, sinto essa necessidade porque na área urbana a clínica é maior e não há o mesmo entrosamento, como na comunidade” (GFB6)

Uso de Máscaras e Higienização

No questionário além do fornecimento dos EPI foi indagado o uso das máscaras, os hábitos de higienização dos ACEs, essenciais na prevenção do contágio pelo SARS-CoV-2, e os locais onde realizam a higienização.

Quanto a frequência de troca das máscaras durante o dia de trabalho, 30% dos ACEs responderam que trocam a máscara 2 vezes ao dia, 16,6% trocam 3 ou mais vezes ao dia, 13,4% quando a máscara está úmida danificada e 10% trocam 1 vez ao dia. Quase um terço dos trabalhadores (30%), responderam que não trocam as máscaras (Tabela 10).

Tabela 10. Características do uso de EPI, higienização de mãos e locais de apoio para os ACEs durante a pandemia da Covid-19.

| Características de uso de EPI e higienização de mãos | % |
|---|----------|
| <i>Frequência da troca de máscaras durante o dia de trabalho</i> | |
| • 1 vez ao dia | 10,0 |
| • 2 vezes ao dia | 30,0 |
| • 3 vezes ao dia | 13,3 |
| • Mais de 3 vezes ao dia | 3,3 |
| • Quando está úmida ou danificada | 13,3 |
| • Não realiza a troca de máscara | 30,0 |
| <i>Utilização de álcool 70º para higienização das mãos ao longo do dia de trabalho *</i> | |
| • Depois de cada visita no domicílio/peridomicílio | 50,0 |
| • A cada contato com superfícies ou pessoas | 46,7 |
| • 3 vezes ou mais | 23,3 |
| • 1 vez ao dia | 3,3 |
| <i>Higienização das mãos com água e sabão durante o dia de trabalho</i> | |
| • Faço higienização sempre que possível | 86,7 |
| • Faço higienização 1 vez ao dia, ao final do expediente | 6,7 |
| • Não realizo a lavagem com água e sabão durante o trabalho | 6,7 |
| • Depois de cada visita domiciliar/peridomiciliar | 0,0 |
| <i>Local de higienização das mãos com água e sabão no expediente do trabalho *</i> | |

| | |
|---|------|
| • Ponto de apoio | 53,3 |
| • UBS | 53,3 |
| • Domicílio no território | 30,0 |
| • CAP | 13,3 |
| • Não realiza | 3,3 |
| • Outros: Onde for possível | 3,3 |
| Localização do ponto de apoio (PA) durante a pandemia | |
| • UBS | 78,5 |
| • Associação de moradores | 3,6 |
| • Igreja | 3,6 |
| • Outros: | 14,4 |
| o CAP (3,6%) | |
| o Hospital (3,6%) | |
| o Região Administrativa (3,6%) | |
| o Sala cedida por parceiros no território (3,6%) | |
| Estrutura do PA para higiene e cuidado pessoal, bem como armazenamento e higienização de material e equipamentos | |
| • Tem estrutura | 43,3 |
| • Não tem estrutura | 23,3 |
| • Tem parcialmente | 33,3 |

* Pergunta de múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria.

O uso de máscaras é um dos itens individuais fundamentais para evitar o contágio com o SARS-CoV-2, mas para que a proteção seja eficaz, precisa que o tipo de máscara esteja de acordo com a atividade desenvolvida, o uso correto e a troca frequente da mesma. No início da pandemia houve desabastecimento das máscaras cirúrgicas, no Brasil, que são as indicadas para o trabalho desenvolvido pelos ACEs e a maioria teve que utilizar máscaras de tecido. Recomenda-se que as máscaras sejam trocadas a cada 4 horas ou quando estiverem úmidas ou danificadas. Os dados sobre o uso das máscaras pelos agentes de endemias, considerando 6 a 8 horas, indicam que 40% utilizam as máscaras fora do padrão recomendado, correndo risco de contaminação.

Nos grupos focais, os ACEs manifestaram que há muita desinformação sobre o uso da máscara, nem todos têm utilizado e ainda negam a importância dela ou a utilizam de forma inadequada. No começo da pandemia, não se tinha norma para todos utilizarem máscaras e os ACEs iam a campo sem saber o que fazer.

Além do uso de máscara, a higienização das mãos com água e sabão ou com álcool 70° têm sido apontados como fundamentais na prevenção da Covid-19. Quanto a utilização do álcool 70° no cotidiano do trabalho (pergunta de múltipla escolha), 50% higienizam as mãos

depois de cada visita domiciliar, 46,7% a cada contato com superfícies ou pessoas, e 23,3% utilizam o álcool 3 vezes ou mais ao dia. Houve também resposta que utiliza só uma vez ao dia (3,3%) (Tabela 10).

Quando consultados sobre o lavado das mãos com água e sabão, 86,7% responderam que fazem a higienização sempre que possível, uma minoria realiza a higienização 1 vez ao dia ao final do expediente (6,7%), e outros que não utilizam esses produtos durante o trabalho (6,7%) (Tabela 10). É importante destacar que esta pergunta foi pergunta fechada, com resposta única, e que nenhum agente de endemias marcou a opção de higienização das mãos com água e sabão “depois de cada visita domiciliar/peridomiciliar”.

Esses dados mostram que os ACEs utilizam mais o álcool 70° para a higienização das mãos após as atividades desenvolvidas no território, sobretudo nas visitas domiciliares/peridomiciliares, tanto pela praticidade de carregar esse produto na bolsa/mochila, quanto pela falta de água nos domicílios visitados nas favelas o que impediria a higienização das mãos com água e sabão. Aproximadamente um terço dos agentes (30%), realiza o lavado de mãos com água e sabão nos domicílios do território, no entanto, essa higienização é efetuada com maior frequência nos pontos de apoio (PA) e nas UBS, ambas com 53,3%.

Quanto à localização do PA durante a pandemia, 78,5% responderam na UBS (Tabela 10). Outros locais da localização do PA foram: associação dos moradores, igreja, CAP, hospital, Região Administrativa e sala cedida por parceiros no território (cada uma das respostas com 3,6%). No que tange ao PA, 43,3% dos ACE mencionaram que tem estrutura para a realização de higiene e cuidado pessoal, bem como para armazenamento e higienização de materiais e equipamentos, 33,3% responderam que tem estrutura parcial, e 23,3% que não tem estrutura. Os dados indicam que ainda existe precariedade na localização dos PA e na estruturação da mesma.

- **Grupos de Risco – Afastamento**

Em relação a pertencer ao grupo de risco e mudanças na rotina de trabalho, 53,3% mencionaram não pertencer ao grupo de risco (Tabela 11). Dos catorze que são grupo de risco (46,7%), 10 ACEs (33,3%) responderam que não houve alteração na rotina de trabalho, 2 ACEs (6,7%) alteraram integralmente a rotina para o trabalho remoto e outros 2 (6,7%) modificaram parcialmente o trabalho fazendo rodízio.

Segundo os relatos nos grupos focais, o afastamento de profissionais de grupos de risco aconteceu de forma diferenciada para os que são servidores da SMS de Rio de Janeiro que são da administração direta da prefeitura e para os que são contratados pela RioSaúde (ACS,

enfermeiros, técnicos de enfermagem, outros). Somente os ACEs que tinham mais 60 anos conseguiram afastamento, os demais, ainda os que apresentavam comorbidades como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, nem todos conseguiram afastamento. Contudo, com as perdas salariais (benefícios), muitos ACEs pediram para voltar a trabalhar. Alguns optaram por não pedir afastamento devido às perdas.

Os colegas de equipe foram muito solidários com os ACEs que permaneceram trabalhando mesmo tendo comorbidades e realizaram adequações no processo de trabalho. Assim estes ACEs passaram a atuar na demanda do telefone 1746, foram priorizados para realizar o trabalho interno e a ida ao campo era efetivada somente em casos excepcionais. Nos grupos focais, os ACEs culpabilizaram a CAP pela perda dos benefícios durante a pandemia, pois segundo referiram, os ACSs não tiveram perdas salariais.

• **Testes**

Quanto a realização de exames para Covid-19, 40% dos ACEs assinalaram ter feito algum tipo de teste no trabalho. (Tabela 11). Segundo os ACEs houve muita dificuldade de conseguir os testes ao início da pandemia. Algumas unidades de saúde tiveram problemas com os testes e outras não.

Tabela 11. Rotina de Trabalho dos Grupos de Risco e Realização de Testes nos ACEs.

| <i>Características</i> | <i>%</i> |
|--|----------|
| <i>Alteração da rotina de trabalho por ser grupo de risco</i> | |
| • Integralmente, por atividade remota | 6,7 |
| • Parcialmente, por rodízio | 6,7 |
| • Não houve alteração | 33,3 |
| • Não pertence ao grupo de risco | 53,3 |
| <i>Realização de algum exame de Covid-19 no trabalho</i> | |
| • Sim | 40,0 |
| • Não | 60,0 |

Fonte: Elaboração Própria.

Houve reclamação quanto aos ACEs que tiveram Covid-19 e não tiveram direito ao teste e assinalam que, infelizmente, os profissionais de saúde não foram assistidos nos níveis municipal e estadual já que não tinham indicação nem encaminhamento. Alguns agentes de endemias tiveram que pagar para ser diagnosticados de Covid-19. Teve ocasião que foram realizados testes para os trabalhadores na clínica da família, mas os ACEs não foram

informados pela gestão da unidade. Souberam indiretamente por um ACS. Foi mencionado também que houve muito falso negativo nos testes rápidos, os únicos disponíveis ao início da pandemia.

No momento da realização dos grupos focais, a disponibilidade dos testes PCR e de anticorpos nas unidades de saúde, segundo os ACEs, tinha melhorado, mas ainda não é satisfatório para os funcionários. As dificuldades foram até setembro/outubro do ano passado (2020) e começou a melhorar ao final de novembro.

Nos grupos focais, a maioria dos ACEs reclamou da falta de testes, mas houve também depoimento de não fazer questão de fazer os exames.

“Quanto ao teste, tivemos muitas dificuldades em todos os setores. Até procuramos a direção, nossa referência técnica, a CAP. Houveram pessoas que se contaminaram com o vírus e não tiveram direito a teste, infelizmente. Os profissionais não foram assistidos, em todos os níveis, seja municipal ou estadual, não tinham indicação nem encaminhamento. Vários colegas no meu posto tentaram e alguns tiveram que pagar do próprio bolso pra fazer o teste. Isso tudo no início, onde haviam poucos testes. Agora meio que normalizou, mas não em todos os locais [...]” (GFA4).

“Em dezembro tive suspeita de Covid-19, e tive que fazer o teste, fiquei afastado 14 dias corridos conforme orientação médica. Na época, um pouco antes de ter contato com a gerente da clínica, que tem um contato muito bom com a nossa equipe, ela disse que estava pedindo aos enfermeiros para evitar de fazer testes rápidos, porque a clínica já havia realizado trezentos e dez testes e só dez tinham dado positivo, e muita gente eles sabiam que estavam positivados, ou seja, haviam muitos falsos negativos e falsos positivos. Um pouco depois chegou o PCR na clínica, e eu fiz esse teste lá mesmo e deu negativo”(GFA1).

“Quanto a questão do exame, não fiz questão de fazê-lo, porque tem muita coisa que eu não acredito. Que o vírus existe e muitas pessoas estão sendo infectadas e morrendo, isso eu acredito, claro que está acontecendo. Agora eu acredito que nos serviços de saúde está sendo priorizado o que é emergente, que no caso é o novo coronavírus, e o que é sazonal está sendo renegado em segundo plano, porque é o que está na moda, é a coisa do momento [...]”(GFA7).

“Com relação ao teste, até setembro ou outubro do ano passado existia muita dificuldade pra realizar testes pelo número muito limitado de testes disponíveis. Por isso, eles criaram um critério lá onde as pessoas não faziam. Eu realizei um teste de anticorpos porque meu pai e minha mãe testaram anticorpos pro novo coronavírus e eu realizei um através da possibilidade que a Uerj abriu pra que os funcionários da saúde que tiveram alguns sintomas fizessem. Então através dessa porta da Uerj consegui realizar em agosto. Na prefeitura, depois da gente ter passado por casos de suspeita dentro do posto, conseguimos realizar teste no

final de novembro, quando começou a melhorar a disponibilidade de testes pra funcionários. Quando tinha um funcionário com suspeita ou positivo, a equipe que teve contato com esse funcionário fazia o teste [...]”(GFA3).

- **Vacinas**

Segundo relatos dos ACEs nos grupos focais, a vacinação para os profissionais de saúde da SMS da prefeitura do Rio de Janeiro começou em 20 de janeiro de 2021 e teve unidades que tiveram problemas com as vacinas. Em algumas unidades de saúde, os ACEs não constavam na lista de vacinação pelo fato de não serem trabalhadores da RioSaúde. Houve necessidade de ligar para a CAP e foi informado que o Secretário de Saúde tinha autorizado a inclusão dos ACEs na lista. Esse acontecimento mostra a necessidade de aprimorar a comunicação entre a coordenação na SMS, CAP e UBS e a dificuldade na gestão de pessoas com vínculos da SMS, da RioSaúde e da OS.

Em algumas CAPs houve dúvidas se os ACEs faziam parte da linha de frente ou não. Os ACEs lamentaram que sejam ‘agentes invisíveis’ e fiquem esquecidos nas unidades de saúde.

Os ACEs assinalaram que o intuito da vacinação não é evitar o contágio e sim evitar o avanço para o desenvolvimento de doenças graves, podendo então o ACE vacinado ser contaminado e estar transmitindo para pessoas, sobretudo para pessoas não vacinadas.

“Quanto ao assunto da vacinação, essa temática não me despreocupou no que diz respeito ao vírus, porque o intuito da vacinação não é evitar o contágio e sim evitar avanço para doença grave, e por isso posso facilmente ser contaminado e transmitir o vírus para pessoas que ainda não foram vacinadas” (GFB7).

Similar à testagem, a maioria dos participantes dos grupos focais ressaltou a importância da vacinação, mas houve depoimento no sentido de ser impelido pelos colegas para ser vacinado, já que não faria questão de receber a vacina. E o receio é porque a vacina foi desenvolvida em pouco tempo, ser muito recente e que seria prudente esperar um tempo.

“Sobre a vacinação, eu estava de férias em janeiro e o gerente me chamou pra ser vacinada, e os AVS [ACE] também. Mas ouvi relatos de colegas de outras CAPs que estavam tendo dificuldades em suas unidades porque havia a dúvida se os AVS [ACE] faziam parte da linha de frente ou não. Então houve essa discordância entre as CAPs. Porém

a grande maioria conseguiu se vacinar, conforme fiquei sabendo, sendo uma unidade ou outra que teve problemáticas com vacinação para os AVS [ACE]. Eu fui vacinada com AstraZeneca e tive reação por 24 horas, mas fiquei bem” (GFA3).

“[...]Com relação a vacina, nós fomos inseridos dentro do planejamento da vacina, mas a CAP não nos inseriu na listagem. Quando chegou a listagem de vacinação no posto, vimos que o nosso nome não estava. Até pessoas do administrativo estavam com nome na lista e o nosso não estava. Então ligaram pra CAP e informaram que apesar do nome não estar na listagem, poderiam pegar os dados e incluir para que sejam vacinados, conforme orientação do secretário de saúde. Nós somos deslocados dentro do CSM. Como nós somos da SMS e eles são da RioSaúde, há essa “guerrinha”, esse esquecimento.” Nós somos agentes invisíveis” (GFA4).

“[...]Se eu fui vacinado? Sim, porque fui impelido pelos colegas pra que fosse vacinado, mas por mim, não seria vacinado. Se eu acredito? Bom, acredito. Só que acho uma coisa muito recente. Eu tenho minhas dúvidas. Preferiria aguardar por um tempo. Porém, como os colegas foram vacinados, fui vacinado por uma pressão do grupo. Como agente, minha orientação para os usuários é para que todos se vacinem, se protejam e usem todas as possibilidades, até porque estamos sendo vacinados e estão surgindo novas variantes, e isso vai se perpetuar, aparecendo outras variantes com novas características[...]"(GFA7).

“[...]E as vezes o que foi passado na reunião foi defasado, mesmo tendo o grupo no WhatsApp onde são atualizadas as informações, mas há coisas que precisam ser conversadas, porque as coisas vão mudando, os protocolos. Então acredito que mesmo com o fechamento das coisas, novas variantes dos vírus vão surgir, e daqui a pouco a vacina vai ser um lugar comum, como a influenza, todo ano vai ter”(GFA7).

“[...] Com relação a vacinação, na minha unidade não houve problema. Em janeiro estava de férias e não fui dia 20 porque foi o dia dos profissionais de saúde. Logo quando voltei a primeira coisa que a gerente questionou foi se eu havia tomado a vacina, mas como meu contágio tinha sido recente, tive que esperar quatro semanas pra tomar [...]"(GFA4).

5) Informação, Comunicação e Educação em Saúde

Subtemas: Ação educativa e informação; Qualificação dos ACE durante a pandemia; Formação do ACE (CTVISAU/PROFORMAR).

- **Ação educativa e informação**

A principal ação desempenhada pelos ACEs durante a pandemia foi a atividade educacional realizada durante a visita domiciliar, sendo executada por 100% dos agentes. As atividades educacionais grupais por outro lado, devido à possibilidade de contágio com o novo coronavírus, não ocorreram em 79,3% dos territórios. Houve redução das atividades em grupo em 13,8% e também alteração na realização dessa atividade que aconteceu no formato virtual (13,8%) (Tabela 12).

Tabela 12. Opiniões dos ACEs sobre Informação, Comunicação e Educação em Saúde no território durante a pandemia da Covid-19.

| Informação, Comunicação e Educação em Saúde no Território | % |
|--|----------|
| <i>Ações que ACE realiza no território durante a pandemia *</i> | |
| • Ações educacionais (Ex. orientação aos moradores) | 100,0 |
| • Controle físico (Ex. eliminação de focos) | 90,0 |
| • Controle químico (Ex. agrotóxico/inseticida) | 56,7 |
| • Controle biológico (Ex. bactérias, peixes, larvicida) | 20,0 |
| <i>Informações solicitadas pela população durante a pandemia*</i> | |
| • Sobre Covid-19 | 66,7 |
| • Sobre novo coronavírus (SARS-CoV-2) | 40,0 |
| • Sobre controle de vetores | 30,0 |
| • Sobre arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya) | 23,3 |
| <i>Informações repassadas pelo ACE à população em relação ao SARS-CoV-2 e Covid-19</i> | |
| • Tem facilidade para repassar informações | 60,0 |
| • Tem dificuldades para informar | 30,0 |
| • Não informa à população | 10,0 |
| <i>Atividades educativas em grupo realizadas pelos ACEs nos territórios*</i> | |
| • Suspensão das atividades educativas com grupos | 79,3 |
| • Redução das atividades educativas com grupos | 13,8 |
| • Alteração de atividades educativas com grupos (formato virtual) | 13,8 |
| <i>Material informativo recebido durante a pandemia para atuação no território*</i> | |
| • Não recebeu material informativo | 76,7 |
| • Sobre arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya) | 26,7 |
| • Sobre controle de vetores | 6,7 |
| • Sobre Covid-19 | 0,0 |
| • Sobre novo coronavírus (SARS-CoV-2) | 0,0 |
| <i>Meios de comunicação mais adequados para informar à população sobre arboviroses e Covid-19 *</i> | |
| • Redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter, outras) | 80,0 |
| • Whatsapp | 73,3 |
| • Carro som | 53,3 |

| | |
|----------------------|------|
| • Folder | 50,0 |
| • Vídeos | 40,0 |
| • Programas de rádio | 36,7 |
| • Cartilha | 33,3 |

* Pergunta de múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria.

Durante as visitas domiciliares, as informações solicitadas pelos moradores aos ACEs estiveram relacionadas à chegada da pandemia, evento novo, inusitado, que modificou a vida da população. Assim as dúvidas referentes à Covid-19 (66,7%) e ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) (40%) foram as mais frequentes. As pessoas continuaram perguntando sobre os vetores (30%) e as arboviroses (23,3%), mas em menor proporção. Quando indagados os agentes de endemias sobre os problemas em repassar informações sobre a Covid-19 e o novo coronavírus, 60% responderam que têm facilidade para repassar essas informações (Tabela 12), mas 30% tiveram dificuldade e 10% referiram não informar à população.

“Começávamos a falar sobre a dengue, mas as pessoas não davam muita atenção, porque queriam saber sobre o novo coronavírus. Por isso tivemos que pesquisar mais sobre e estudar para passar orientações educativas para a população. Então eu acho que além das arboviroses, precisamos também saber orientar para outras questões que os moradores nos pedem. Por isso acho que depois da pandemia, precisa ter uma maior ênfase na parte educativa mesmo” (GFB5).

“Nas conversas com os moradores, transmitíamos o que achávamos ser o certo, sobre a água parada, higiene, observar essas situações. Agora, com a pandemia, as pessoas estão reclamando de uma falta de orientação com relação à Covid-19, porque se fala muita coisa, são várias informações” (OS1).

É importante destacar que os ACEs responderam que durante a pandemia, não receberam material informativo do local de trabalho, seja para a Covid-19 ou para o novo coronavírus (Tabela 12). Em relação às arboviroses, 26,7% receberam material e 6,7% receberam sobre controle de vetores. Em geral, 76,7% manifestaram não ter recebido material informativo durante a pandemia da Covid-19.

Nos grupos focais, os ACEs assinalaram que não houve orientação ou informativo com relação à Covid-19 pela Prefeitura. A busca pela informação dependeu do próprio ACE, mas

teve muitas informações divergentes sobre a Covid-19 entre o governo e a mídia. Nesse sentido, mencionaram que, além da comunicação por Whatsapp, é importante a realização de reuniões com a CAP e que a prefeitura deveria tomar atitude e dar orientação padronizada.

“Nós somos informados sobre a dengue, mas o que está em questão é a Covid-19, e nós temos a informação do que a mídia passou e de alguns relatos, mas nenhuma orientação mais aprofundada. Procurei orientar de acordo com as informações que recebi da mídia, mas logo depois fui afastado e não sei como anda a situação” (GFA2).

“Nenhum de nós tínhamos informações. Apenas a mídia que nos dava dados de mortes. Depois de um tempo, o que nós falávamos eram coisas que as pessoas já sabiam. O nosso papel em relação a isso foi mínimo, porque eles já tinham essas informações pela mídia. Pelo menos na minha equipe esse papel foi pouco, então não tínhamos muita coisa pra falar, isso quando nós conseguíamos entrar, porque havia muita resistência no início” (GFA1).

“Muitas pessoas também vinham a mim pedindo ajuda, mas infelizmente sou informado apenas no controle de endemias [...]” (GFA2).

“Acredito que os meios de comunicação da prefeitura, ainda mais aqui, sendo uma capital, deveria ser mais rápido. Fico imaginando no interior como deve ser isso. Agora quanto as reclamações dos colegas sobre ter que continuar fazendo as visitas, isso infelizmente é uma verba que as prefeituras recebem do programa da dengue e febre amarela, que é nacional e foi instituído há muito tempo. Tudo isso significa dinheiro para a prefeitura. Eu não gostaria que o nosso serviço fosse engessado, mas queria que fosse mais dinâmico, no sentido de sempre que surgir uma questão nova, como a questão da Covid-19, sermos informados para conscientizar as pessoas, e não sermos informados pelos meios de comunicação [...]” (GFA7)

“Essa questão é muito complexa de ser pensada, muito difícil, mas eu penso que primeiramente deveríamos mudar um pouco a nossa visão, ampliando-a, para passar algo mais efetivo para a população. Como estamos tendo muita informação de vários locais, havendo até divergências, o município teria que tomar pra si uma atitude. A vigilância tinha que ter as orientações específicas dela vindas da prefeitura, passando as informações pra CAP, capacitando-a, para que a mesma capacite a nós, que estamos no território, pra que façamos algum tipo de ação em locais específicos, como por exemplo em locais que não podem parar, seja setores produtivos formais ou informais, passando orientações do município para os que atuam no território do município, de maneira responsável e concreta. Penso que nossa ação deveria ser essa, de multiplicação no nosso território, pegando as pessoas num dia de melhor produtividade e orientando-as, seja nas

igrejas, em setores públicos, em locais de maior movimentação... acho que seria a melhor forma para qualificar o nosso trabalho” (GFA4).

“Falta informação mesmo. As informações que tenho sobre Covid-19 eu mesmo pesquisei em sites, no Ministério da Saúde. Da prefeitura não recebi nada sobre Covid-19, e por isso fica complicado porque trabalhamos com orientação nas ruas” (GFA1).

“Realmente não houve preparo. Quanto a promoção, a mesma ocorre por contra própria, onde vemos a necessidade e realizamos. Referente a Covid-19 não houve nenhuma ação, apenas aconteceu busca do próprio profissional, mas nada estruturado. Sobre as arboviroses, nós que precisamos ver a necessidade no território e buscar medidas próprias. No outro território onde trabalhei haviam cartazes antigos, folhetos referentes às arboviroses, e então tomei a iniciativa de pegar os folhetos e fazer a distribuição, mesmo não tendo para todos. O cartazes eu pegava e levava as escolas, empresas, entre outros. Como há muita recusa, quando vou levando folhetos, as pessoas tem mais receio de barrar, porque elas veem que somos agentes, então é uma forma de ganhar confiança dos moradores. Por isso acho que o próprio LIRAA deveria levar esses folhetos, esses cartazes, porque é uma forma de quebrar barreiras” (GFB2).

“Por isso ficamos meio perdidos em meio a tudo isso, já que tivemos uma orientação um pouco caótica, e por isso passamos a usar nossos próprios métodos, e ainda assim somos confrontados com a fala de que não há mais dengue e que a doença da moda é a Covid-19”(OS1).

“No começo, realmente ninguém tinha muita informação, mas até hoje não temos nenhum tipo de orientação. Eu, assim como os colegas, temos informações que vemos na internet, na mídia, mas informações passadas pela prefeitura não temos, nem mesmo sobre arboviroses. As vezes eles fazem reuniões como minicursos, e ficamos 3 a 4 horas na CAP escutando uma pessoa falando coisas que entram por um ouvido e saem pelo outro, porque já sabemos devido as nossas próprias buscas em pesquisas. Voltei de férias no meio da pandemia e vi que os colegas não tinham informação nenhuma, apenas faziam o trabalho normalmente, conforme ordenado. Como se faz o trabalho normal sem saber o que está acontecendo? Essa parte de orientação é muito difícil. Essa parte de orientação, na minha CAP pelo menos, não tive nenhum tipo, desde que cheguei a prefeitura. Tudo que sei busquei por conta própria. Cada CAP age de um jeito e não existe protocolo comum para todas elas. Sim, cada território tem suas especificidades, mas o nosso trabalho é um só” (OS2).

“Essa relação de informação no começo ninguém tinha, e hoje, praticamente, todo mundo tem a mesma informação mediante as mídias. Não vou reclamar da clínica porque tivemos informação juntos. Essa pandemia até nos uniu em questão de conversar mais, mas em questão

de informação, fomos crescendo juntos. A troca foi mútua em relação à pandemia. Nesse ponto, não tenho muito o que falar da minha unidade”(OS2).

Em relação à divulgação de informações para a comunidade, o trabalho com as escolas foi interrompido, devido à suspensão das atividades escolares. Algumas orientações e informações foram fornecidas em áreas onde o capital cultural é maior, como na Zona Sul do Rio de Janeiro, sendo que houve ausência de informações sobre a Covid-19 em áreas da periferia.

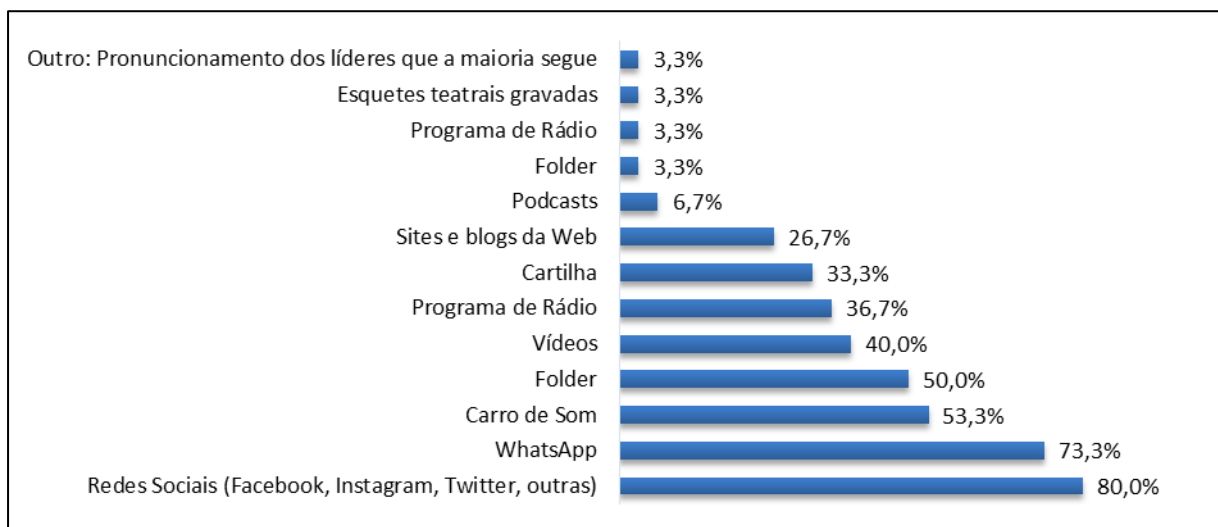
“A relação dos ACEs com os ACS no meu território é muito pontual, somente em algumas situações onde nosso trabalho se cruza. Um trabalho diferenciado foi nas orlas das praias na zona sul, pra orientar os moradores de lá, enquanto na nossa comunidade periférica não houve nenhuma ação da CAP nem da coordenação. Saímos de uma zona periférica para os bairros onde o capital cultural é muito maior para realizar ações” (GFA4).

“Durante esse ano de pandemia não tivemos nenhuma ação, pelo menos na minha CAP, até por conta de não poder fazer aglomeração, atuar nas escolas. Mas sobre arboviroses já fizemos sim, com uso de cartazes, indo às escolas juntar as turmas para falar sobre isso. Sempre fizemos eventos na praça, com informativos[...].Durante a pandemia e sobre a pandemia, não fizemos ação nenhuma, nem sozinhos nem em conjunto com as clínicas, até porque não temos informação da CAP. O que sei sobre o novo coronavírus pesquisei na internet, vejo na mídia[...]” (GFA1).

“Com relação a promoção, eu não fiz. Fazia muitas palestras, trabalhando nas reuniões nas escolas com as crianças, ensinando e aprendendo com eles, foi bem legal. Então nessa parte, não houve continuidade durante a pandemia” (GFB6).

Quanto aos meios de comunicação mais adequados para informar à população sobre arbovirose e Covid-19 durante a pandemia, 80% dos ACEs opinaram que as redes sociais como Facebook, Instagram, Twitter e outras são os meios mais importantes, seguidos do Whatsapp (73,3%), carro de som (53,3%) e folder (50%). Destacaram também os vídeos e programas de rádio (40% e 36,7%, respectivamente) e cartilhas (33,3%) (Gráfico 13).

Gráfico 13. Meios de comunicação mais adequados para informar à população sobre arbovirose e Covid-19 durante a pandemia.



Fonte: Elaboração Própria.

Nas reuniões dos grupos focais, os ACEs ressaltaram a importância de reativar as cartilhas antigas sobre arboviroses e a necessidade de as ações educativas serem reforçadas com os folhetos informativos durante a pandemia. Isso auxiliaria também o trabalho do ACS que tem mais acesso às pessoas que querem saber dos exames e consultas médicas. Destacaram também a importância da produção da informação de maneira rápida e dinâmica em meios de comunicação como rádios comunitárias e redes sociais.

Com relação às novas tecnologias, os ACEs destacaram que nem todos na comunidade possuem acesso, por exemplo, as redes sociais (Facebook, instagram, outros). Em algumas oportunidades é possível a divulgação do trabalho pelas páginas individuais de pessoas da comunidade, porém utilizar páginas oficiais da clínica pode ser difícil pela necessidade de autorização, o que pode demorar para ocorrer. Essa falta de autonomia no desenvolvimento do trabalho do ACE será abordada no tema “Mobilização social” deste relatório.

“Eu queria falar a respeito de rádio comunitária e orientação junto as escolas. Eu tive participação em um trabalho de escola em que eu senti que as crianças ficavam mais atentas que os adultos e idosos que encontro nas residências. A rádio comunitária em meu território, dava orientações bem superficiais, só para ter cuidado com a água, com a dengue, só falava isso. Não temos acesso ao rádio. É mais pra fazer

propaganda do comércio e empreendimento local, das igrejas, etc. Isso iria ajudar muito nesse tempo de pandemia, por não estar podendo ter aglomerações. Nas escolas por enquanto não dá, mas o que deveria ser feito é isso” (GFA2).

“Na minha comunidade temos uma rádio comunitária, e uma forma de mobilizar seria a clínica entrando em contato com a rádio para desenvolver trabalhos de comunicação, divulgando números da pandemia específicos da comunidade, para que as pessoas sejam conscientizadas e fiquem alerta. Então penso que utilizar a rádio comunitária seria bem interessante” (GFB9).

“Outra coisa que precisa ser reforçada são as ações educativas, com uso de materiais que intensifiquem isso, como folhetos, cartilhas, entre outras coisas. São coisas que vão ajudar não só o agente de endemias, mas até mesmo o agente comunitário, que entra mais nas casas que o agente de vigilância, que é mais recusado a entrar” (GFB2).

“Sobre a mensagem educativa é a mesma coisa, o mesmo de sempre, passando mensagens educativas. Não temos muitos materiais para complementar nas ações educativas” (GFB8).

“Não temos no nosso território mecanismos de comunicação, mas há outras formas de comunicação, como redes sociais, porém nem todos tem, e os que tem usam mais pra questões do dia a dia. Quando se trata de informações importantes, eles não se interessam, e por isso se for pensado algo, precisa ser bem rápido e dinâmico” (GFA7).

“Sobre a rádio comunitária, comunicação na comunidade, na minha clínica já fizemos vários eventos na comunidade, mas tudo passa pelo “prefeito” da comunidade, pelo “gerente”, e se ele não autorizar, não podemos fazer nada lá dentro. Na rádio comunitária só passa o que eles querem que passe. Se eles não autorizarem o conteúdo, não passa, e isso varia muito de local pra local. Na nossa clínica nunca conseguimos colocar nada de evento nosso, de projeto, em rádio comunitária, às vezes até consegue em páginas de Facebook, naquelas páginas das pessoas da comunidade. Mas rádio comunitário é muito difícil” (OS2).

“O tempo que eles demoram pra me responder se posso ou não é suficiente para perder o objeto. Se eu estou querendo trabalhar com o crescimento do número de focos e eu quero fazer uma divulgação na página local, tenho que pedir autorização para gerência e essa autorização leva dois meses pra chegar, e ainda chega com observações. Então não tenho autonomia para atuar naquela situação, e quando a resposta chega, já perdi o objeto, e isso faz com que eu perca o desejo de fazer algo diferente. Já a minha unidade de saúde tem uma página no Facebook, e por não ser de uma administração direta, tem mais autonomia para articular informações, e a gente tá ali e não tá, porque ficamos amarrados e não podemos fazer nosso trabalho da maneira como gostaríamos” (GFA7).

“A característica da minha comunidade é turística também [...], então eles se comunicam muito pelas redes sociais, com página no Facebook, rádio comunitária[...] Vou falar uma experiência que passei no final do ano passado. Tentei fazer uns slides comunicativos utilizando o dialeto da comunidade sobre arboviroses” (GFA3).

• **Qualificação dos ACE durante a pandemia**

Durante a pandemia, os ACEs utilizaram diversos meios para ficarem informados e atualizados sobre o novo coronavírus e a Covid-19. Os principais meios de comunicação foram a televisão (83,3%) e sites ou blogs na web (73,3%) (Tabela 13). Outros meios consultados foram jornais (43,3%), seguidos das redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter, outras) 36,7% e da rádio com 33,3%, Whatsapp (30%) e Youtube (26,7%) (Gráfico 14).

Tabela 13. Atualização e Qualificação dos ACE em relação ao SARS-CoV-2 e a Covid-19 durante a pandemia.

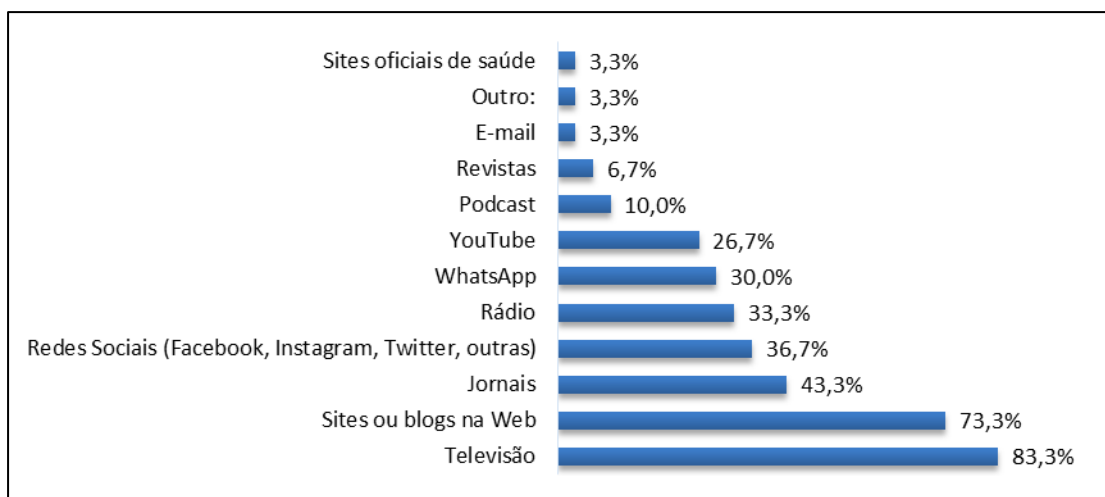
| Características da Atualização/Qualificação dos ACEs | % |
|--|----------|
| <i>Principais Meios de comunicação utilizados pelos ACEs para se atualizarem sobre Covid-19 e o novo coronavírus (SARS-CoV-2) *</i> | |
| • Televisão | 83,3 |
| • Sites ou blogs na web | 73,3 |
| • Jornais | 43,3 |
| • Redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter, outras) | 36,7 |
| • Rádio | 33,3 |
| • Whatsapp | 30,0 |
| • Youtube | 26,7 |
| <i>Capacitações durante a pandemia</i> | |
| • Não houve capacitação sobre Covid-19 | 93,3 |
| • Houve capacitação somente sobre Covid-19 | 3,3 |
| • Houve capacitação sobre controle das arboviroses no contexto da pandemia da Covid-19 | 3,3 |
| <i>Conteúdos das capacitações foram suficientes para atuação no território durante a pandemia</i> | |
| • Não recebeu capacitação sobre Covid-19 | 93,3 |
| • Sim | 6,7 |
| <i>Principais Temas e/ou conteúdos sobre SARS-CoV-2 e Covid-19 a serem aprofundados durante a pandemia*</i> | |
| • Sinais e sintomas da Covid-19 | 93,3 |
| • Cuidados específicos para pessoas do grupo de risco | 90,0 |
| • Cuidados domiciliares durante o isolamento social | 86,7 |
| • Formas de transmissão da Covid-19 | 86,7 |

| | |
|--|------|
| • Tempo de sobrevivência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) nas diversas superfícies e no ar | 86,7 |
| • Rede de atendimento do SUS para os casos da Covid-19 | 83,3 |
| • Formas de prevenção da Covid-19 | 80,0 |
| • Cuidados no uso do transporte público | 73,3 |

* Pergunta de múltipla escolha

Fonte: Elaboração Própria.

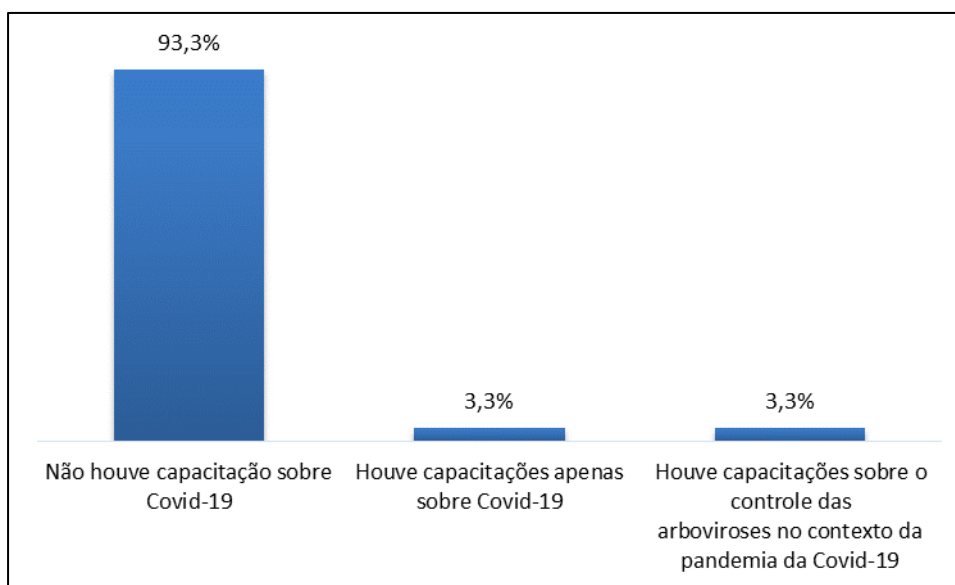
Gráfico 14. Principais Meios de comunicação utilizados pelos ACEs para se atualizarem sobre Covid-19 e o novo coronavírus (SARS-CoV-2) *



Fonte: Elaboração Própria.

Quanto à capacitação recebida sobre Covid-19 por parte da prefeitura, a grande maioria dos agentes de endemias respondeu que não houve capacitação (93,3%). Uma minoria mencionou que houve capacitação sobre Covid-19 (3,3%) e capacitação sobre o controle das arboviroses no contexto da pandemia da Covid-19 (3,3%) (Gráfico 15). Na minoria que recebeu capacitação (6,7%), esses conteúdos foram suficientes para atuação no território durante a pandemia (Tabela 13).

Gráfico 15. Capacitações durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria.

Além de não ter havido capacitação dos trabalhadores para lidar com a covid-19, segundo os ACEs, as Unidades de Saúde nem sempre tem informação correta sobre a doença e a vacina. A população por outro lado, muitas vezes não compreende que a clínica da família atende só casos suspeitos de Covid-19 de forma ambulatorial e não atende emergências.

Em relação à possibilidade de informar à população sobre arboviroses e Covid-19 ao mesmo tempo, a maioria dos ACEs já repassa informações básicas sobre a Covid-19 para que os moradores possam se proteger. Houve reclamações dos ACEs pelo fato de terem sido ‘jogados no campo’ sem ter recebido capacitação. Mais pelo fato de ser doença nova, falta muito por descobrir e precisaria uma capacitação por parte da prefeitura para qualificar o trabalho.

“Na minha área fazíamos muitas palestras, sala de espera, mas agora não estamos mais fazendo por não poder aglomerar. Por isso passamos a fornecer informações as pessoas nas ruas conforme vamos passando, a quem vai demonstrando interesse. As pessoas tiveram grande interesse no novo corona vírus, saber sobre, como prevenir... no início da pandemia as pessoas perguntavam muito. Não tivemos capacitação, então o que eu aprendi sobre o novo corona vírus foi lendo na internet para passar para as pessoas, porque elas estavam muito perdidas, querendo informações sobre. Então foi um interesse meu de pesquisar para comunicar as pessoas” (GFB5).

Pode ser observado pelos dados da pesquisa, que os ACEs não foram capacitados pela prefeitura para realizar as atividades de campo durante a pandemia. As informações e atualizações sobre a Covid-19 e o SARS-CoV-2 dependeram da iniciativa de cada um dos agentes de endemias. Conforme mencionado no processo de trabalho, 100% dos agentes de controle de endemias realizaram ações educativas durante as visitas domiciliares e as principais perguntas dos moradores estiveram relacionadas com a pandemia em si, e não com as arboviroses nem com o controle de vetores. Além do mais, a prefeitura não forneceu material informativo durante a pandemia com temas sobre Covid-19, novo coronavírus e formas de prevenção. Em momentos de emergência sanitária internacional, como foi o caso da Covid-19, tanto a capacitação como o material informativo poderiam ter facilitado e qualificado a atuação dos ACEs nos territórios, bem como diminuído a apreensão sobre como lidar com uma doença nova.

“Na minha CAP não houve capacitação para a Covid-19, até porque foi algo novo para todos, e não houve muito tempo para que houvesse um planejamento” (GFB6).

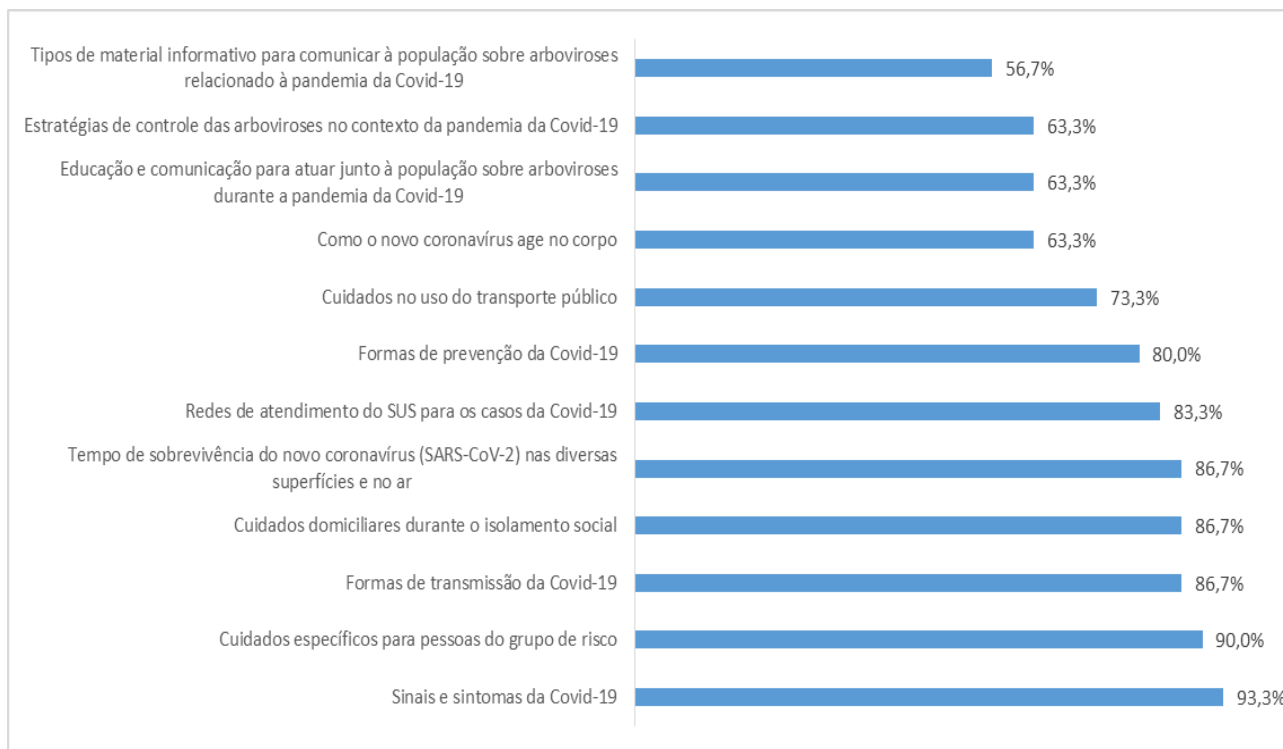
“Nesse tempo de pandemia, as pessoas me perguntavam sobre a Covid-19 e eu não sabia nada. Por isso eu pesquisava, entrava no site da Fiocruz, pegava informações e passava para os moradores, até porque existem muitas notícias fake por aí. Como não havia condições de fazer nenhuma atividade nem fora nem dentro da unidade por conta da pandemia, os ACEs poderiam ser aproveitados e capacitados com as informações sobre a pandemia para passar pros moradores. O problema do nosso trabalho é que na teoria é muito bonito, mas a realidade é muito diferente” (GFA5).

“Porém, aqueles que eram mais interessados buscaram informações sobre a Covid-19. Eu mesma iniciei um curso online na Fiocruz para poder me informar melhor, mas naquele momento eu queria destacar que a nossa gerencia direta, não estou falando da gerência da clínica, estou falando de nossos RTs, das nossas CAPs, precisavam dar uma importância maior para esse assunto, parando mesmo para reunir e preparar, independente das poucas informações, porque isso dá um valor maior para o nosso trabalho” (OS7).

Os principais temas e/ou conteúdos que os ACEs gostariam de aprofundar sobre a pandemia durante as capacitações foram: Sinais e sintomas da Covid-19 (93,3%), cuidados específicos para pessoas do grupo de risco (90%), cuidados domiciliares durante o isolamento social, formas de transmissão da Covid-19, tempo de sobrevivência do novo coronavírus nas diversas superfícies e no ar, estes 3 últimos temas com 86,7%, Rede de atendimento do SUS

para os casos da Covid-19 (83,3%), Formas de prevenção da Covid-19 (80%), Cuidados no uso do transporte público (73,3%) (Gráfico 16).

Gráfico 16. Principais Temas e/ou conteúdos sobre SARS-CoV-2 e Covid-19 a serem aprofundados durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria.

Durante os grupos focais e na oficina de sistematização de informações foram mencionadas, em várias oportunidades, a formação técnica que os ACEs receberam na EPSJV/Fiocruz. Deve ser lembrado que foi requisito para ser selecionado na pesquisa que o ACE tivesse concluído o Curso Técnico de Vigilância em Saúde (CTVISAU) que formou parte do Programa Proformar Rio em parceria com a SMS/RJ.

O Curso Proformar (CTVISAU) foi muito elogiado por ter permitido a ampliação de conhecimentos e possibilitado ver as potencialidades do trabalho do ACE no território. Mas ao mesmo tempo, houve críticas quanto à impossibilidade de colocar em prática os conhecimentos apreendidos uma vez que o trabalho no dia a dia é limitado ao controle das arboviroses.

“Precisamos entender que por mais que sejamos qualificados, continuamos sendo vistos pela prefeitura como controladores de endemias, trabalhando especificamente no combate às arboviroses. Isso é muito limitado pra nós, porque tentamos participar de outros tipos de

ações por vontade própria, porque para prefeitura nosso trabalho continua sendo esse limitado” (GFA3).

“Acredito que o Proformar e o CTVISAU foram show de bola, até pelos professores que conheci, pessoas diferentes, colegas, mas não adianta tamanho investimento da prefeitura se a mesma não aplica isso. Muita coisa ainda guardo, mas infelizmente, falo por mim, boa parte das coisas que aprendi no CTVISAU está se esvaindo, porque não coloco em prática. Acho que pra se fazer um curso desses, com um investimento alto, envolvendo uma instituição como a Fiocruz, que eu bato no peito pra dizer que tenho um certificado dessa instituição na minha gaveta, mas dentro da gaveta me ajuda em alguma coisa? Acho que esse certificado seria melhor se fosse aplicado na prática” (OS2).

“Confirmando as palavras do colega, precisamos colocar em prática o que aprendemos, se não esse conhecimento todo é jogado no lixo. Realmente fica uma coisa perdida” (OS6).

“Gostaria apenas de dizer que fomos muito mal aproveitado depois que concluímos o CTVISAU, já que tínhamos muito conhecimento para ser aplicado em campo mas nosso trabalho continua da mesma forma que antes” (OS5).

“Acho válida a formação técnica dos agentes, mas boa parte das pessoas que fizeram o curso, se não todas elas, entraram acreditando que isso fosse trazer benefícios, tanto na questão de desenvolvimento do trabalho quanto na questão de retorno financeiro. Mesmo que as pessoas entrassem com pouca motivação, todos saíram com boa parte de conhecimento. Ficamos presos a uma coisa, travados, sendo que temos capacidade para fazer muito mais” (OS4).

“Nós ficamos muito motivados com o curso do CTVISAU, vamos vestir a camisa, vamos entrar em campo, todo esse tipo de palavras que a gente precisa se motivar” (OS1).

“O que eu percebo nesses anos todos de trabalho, da parte da gerência, é que há um desinteresse total e as vezes até principalmente por aqueles que querem desempenhar um trabalho melhor. O que digo é uma experiência pessoal. Em relação ao CTVISAU, fui rechaçada durante todo o curso. Não dá nem para entrar em detalhes sobre isso. Sofri até sanções por estar fazendo o CTVISAU. Então não é valorizada a pessoa que busca dar o seu melhor e isso precisa ser mudado na nossa gerência, porque desmotiva muito o trabalho na rua, a pessoas que se interessa, que busca, que quer levar para o outro” (OS7).

Por outro lado, mencionaram que com a formação recebida no CTVISAU poderiam apoiar mais durante a pandemia. Os ACEs se sentem capacitados para dar informações sobre a Covid-19 para a população, mas o grande problema é a diversidade de informações muitas vezes contraditórias e influenciadas pela conveniência política. Houve depoimento que embora

possam informar o básico sobre a Covid-19, o curso foi geral e não facilita falar sobre qualquer tipo de doença.

6) **Mobilização Social**

A mobilização social no enfrentamento das arboviroses é uma ação que está dentro do escopo do trabalho do Agente de Controle de Endemias e é realizada no cotidiano das ações no território. Tem um caráter formal associado as ações de educação e comunicação em saúde organizadas no interior da secretária municipal de saúde e realizadas principalmente em períodos de campanha e alta de casos. Também há a mobilização social em caráter da prática e da política, onde o ACE é um ator político nos territórios de atuação e precisa estar em constante relação com outros atores como lideranças comunitárias, coletivos, trabalhadores de outros setores de governo, associações comerciais etc.

Da mesma forma que as ações educacionais em grupo no território de atuação dos ACEs foram suspensas, na sua grande maioria, para evitar o contágio com o novo coronavírus e a propagação da Covid-19, as atividades de mobilização para o controle das arboviroses junto às organizações da sociedade civil (movimentos sociais, associação de moradores, ONG, lideranças, outros) não foram efetuadas em 93,1% durante a pandemia. Alguns assinalaram no questionário a não existência de organização da sociedade civil no território de atuação (6,9%).

Segundo depoimentos dos ACEs nos grupos focais, todas as comunidades são diferentes e em algumas é mais difícil a mobilização, pois há resistência da população. Durante a pandemia seja em relação às arboviroses e/ou Covid-19 não aconteceu ação de mobilização com a população. Mas foi relatado que houve mobilização partindo dos atores locais para arrecadação de alimentos. De parte dos profissionais da saúde, entre eles os ACEs, houve mobilização na busca de testes PCR e medicamentos para COVID.

“Então, a comunidade onde trabalho é bem difícil. Tivemos vários óbitos e ainda estamos tendo por conta da Covid-19. Porém as pessoas, em sua grande maioria, não utilizam máscara. Não entendemos muito bem porque isso acontece, mas eles seguem na rua, nos bares, bailes, aglomerando, e não houve muitas mobilizações nesse sentido. Houve mobilização para arrecadar alimentos, mas não partindo da clínica, e sim de outro morador que tinha uma melhor condição, para ajudar os outros. Eu não cheguei a entrar em nenhuma mobilização” (GFB9).

“Não houve iniciativa da clínica do território, mas lá houveram mobilizações religiosas, com doações de quentinhas. Essa mobilização não foi de dentro do território, mas atendeu pessoas que moram na área. Sobre arboviroses não houve” (GFB1).

“Me lembrando aqui agora, houve uma mobilização de alimentos, promovida por uma associação próxima à clínica, mas sem a participação da mesma. Porém, referente às arboviroses, não teve mobilizações” (GFB2).

A pandemia fortaleceu laços comunitários no tocante a solidariedade, a cooperação e o trabalho comunitário entre a população em vulnerabilidade principalmente entre as classes populares por conta da crise sanitária, econômica e social. Perante o sofrimento causado pela pandemia, as comunidades revelaram uma grande capacidade para se organizarem em condições mais adversas, de modo a garantir a proteção minimamente eficaz de seus membros (SANTOS, 2021).

Na conversa foram colocados também problemas existentes no território antes da pandemia com os quais os agentes de endemias se enfrentam no dia a dia. Assim, por causa da violência, o problema às vezes não é entrar no território, e sim sair. Existe muita cobrança pelo trabalho do ACE que é um profissional da linha de frente. Além da cobrança de dentro do setor saúde, existe a cobrança por parte da associação de moradores, dos próprios moradores e das lideranças.

O território é um espaço definido e delimitado por e através de relações de poder (SOUZA, 2006). Poder é o conceito chave para entender o significado de território. Expressa a possibilidade de exercer mando, julgo ou imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos, instituições. Tem sido exercitado, para além da sua contribuição na definição do Estado, como característica singular de todos os atores sociais que usam e disputam ideias, intenções e desejos no espaço coletivo ou particular (FERNANDES et al, 2018). O ACE é um ator social nessa arena onde as relações de poder são materializadas no território, e sua ação, ou seja, colocar em evidência os riscos e vulnerabilidades para intervenção do setor saúde, necessita entrar em disputa com os diversos interesses sociais.

“Durante essa pandemia está tendo muito problema, aliás sempre teve... Comunidade, por exemplo, nunca foi seguro pra nós. Claro que depois de um tempo os “atores” nos reconhecem e passamos a ter livre acesso. Mas o problema não é entrar, mas sim estar lá dentro de não conseguir sair. Durante a pandemia teve essa questão de não poder ter operação em comunidades grandes, então como trabalharemos com a segurança?”

Como faremos ação de mobilização se todos estão trancados em casa? Nessa conjuntura não há como fazer ações com o morador, com a comunidade, porque ficamos muito restritos, até mesmo no nosso trabalho, com a visita nas casas e contato com os moradores” (GFA1).

“É muito difícil esses trabalhos com mobilização social em meio a pandemia. Só comentei uma vez na minha unidade que a prefeitura poderia aproveitar o ACE, que é esse meio de comunicação entre a prefeitura, a clínica e a casa dos moradores, para capacitar a CAP e a mesma capacitar os ACEs”(GFA5).

“Concordo com o que os colegas falaram. Nosso trabalho fica sendo restrito. Pra desenvolver mobilizações, precisamos de meios pra isso. A única mobilização que vi nessa época de pandemia foi uma ação do povo aglomerando, linchando o CMS buscando fazer exame PCR e pra receber as medicações que amenizam os sintomas da Covid-19.[...]. Quanto a essa mobilização da população nós temos dúvida sobre o que passar porque se não é uma informação que vem de um nível central, nós não podemos passar qualquer coisa, porque pode chocar com outras informações que eles podem vir a receber em outras ocasiões, por outros profissionais, e ao invés de ajudar, nós podemos acabar atrapalhando” (GFA7).

“Aqui também não houve. Já aconteceram mais, relacionado às arboviroses, mas sobre a Covid-19 não. Mas penso que isso poderia realmente ser reforçado, porque as arboviroses não sumiram, mas há também a problemática sobre como fazer, por conta da pandemia. Proponho fazer algo na saída do metrô, em alguma praça, distribuindo folhetos” (GFB2).

“Não sei se é questão de protocolo, mas no começo da pandemia muitas atividades pararam, seja no município, no estado, no país, mas a nossa não parou. Continuamos com as visitas, tendo ainda mais cobranças, mas sem ter orientação nenhuma” (OS2).

“Na minha CAP não há nenhum diálogo com relação a isso. O funcionário é mandado para as ruas e é cobrado. Apenas isso. Não há cuidado nem conosco” (OS7).

“A gente tá na ponta da lança. As cobranças são só em cima da gente. Eu nesses 10 anos que vou fazer de prefeitura, a CAP ou a gerência nunca nos chamou pra uma reunião com o intuito de saber se temos alguma ideia pra melhorar alguma coisa, fazer algo diferente, escutar nossas cobranças. Pelo contrário, só recebemos cobrança. Quem conhece os problemas dos territórios no Rio de Janeiro são os ACEs, mas a CAP nunca chegou perguntando sobre o que dá pra fazer nos nossos territórios ou o que os moradores cobram” (GFA1).

Embora os ACEs conheçam bem seu território e os seus atores sociais, falta autonomia para atuação no território. A organização burocrática das atividades dos ACEs distribuída em

funções e metas específicas, engessam a atuação em conjunto com os atores do território. Em algumas CAPs os ACEs têm mais autonomia, já que existem mecanismos de comunicação, mas ainda assim a atuação de mobilização do ACE fica limitada.

“Com relação a autonomia, é complicado, porque podemos estar fazendo alguma coisa que consideramos certo e que pode surtir algum efeito, mas a CAP fica com o pé atrás, achando que estamos querendo nos sobressair, mostrar mais conhecimento do que as pessoas que ficam no escritório só dando ordens, mas que não sabem se aquilo que eles nos mandam fazer vai realmente surtir efeito, porque tem cada coisa que nós, que estamos na linha de frente, observamos que é descabível, mas precisamos cumprir quando recebemos a tarefa, já que se não fizermos, seremos vistos como rebeldes. Então nossa opinião de campo, de visitas, de caminhadas lidando com a população, que também nos é cobrado, achando que podemos resolver alguma coisa, sendo que não está no nosso alcance, encaminhamos as problemáticas e é arquivado. Então sofremos uma pressão de dentro pra fora e de fora pra dentro, e precisamos articular bem isso por estarmos na linha de frente, porque os moradores nos cobram, a associação de moradores nos cobram e também nossas lideranças nos pressionam” (GFA2).

“Tem horas que vem mil ideias na cabeça, do que poderíamos fazer ou não... mas precisamos tentar fazer outras ações[...]. Estamos ajudando na vacinação, mas o nosso trabalho em si, desculpa aos colegas, mas eu acho “enxuga gelo”, não vejo coisas de sentar com CAP, com lideranças, pra pensar o que podemos fazer de melhor, porque potencial todos nós temos. O negócio é colocarmos nosso potencial pra funcionar, a prefeitura deixar fazermos um trabalho melhor no nosso território. Fico desanimado com meu trabalho” (GFA1).

“Essa questão da autonomia, temos zero. Na minha clínica sempre fizemos ações em escolas, uma vez por mês fazendo palestras sobre arboviroses para as crianças, que são o melhor público que existe, já que fixam a informação, passam para os pais[...] Mas autonomia não temos” (OS2).

7) Percepção dos ACEs durante a pandemia.

Durante a pesquisa foram investigadas percepções e sensações dos ACEs durante a pandemia da Covid-19 e a convivência na moradia com pessoas que pertencem ao grupo de risco.

“No território onde trabalho, a condição que temos é não trabalhar internamente os imóveis, mas apenas a parte externa, até por conta do contágio. Então como fazer vistoria sem adentrar o imóvel, colocar o morador em risco? Como resolver o problema? Com ações educativas, conscientizando, informando, conversando com o morador” (GFB1).

“Com relação a recusa de muitos moradores, quando eles querem se proteger, acabam também nos protegendo. Lembro-me que íamos em algumas casas e as pessoas tomavam certos cuidados. Ao se protegerem, estavam também nos protegendo e achei muito legal a conduta deles, seja oferecendo álcool em gel, oferecendo a casa para lavar as mãos[...]” (GFB6).

“[...]Há também outros que se cuidam, como por exemplo quando cheguei à casa de uma idosa e fui impedido de entrar na residência pela cuidadora, que até se assustou por me ver trabalhando em meio a pandemia. Então orientei ela na porta mesmo da casa, sinalizei como recusa e segui o trabalho[...]” (GFB3).

• Possibilidade de Epidemia de arbovirose na pandemia da Covid-19

Quanto à possibilidade de ocorrência de epidemia de arboviroses (dengue, zika, chikungunya) durante a pandemia da Covid-19, 80% dos ACEs acreditam que é possível que aconteça e 20% opinaram negativamente (Tabela 14).

Tabela 14. Percepções dos ACEs durante a pandemia da Covid-19.

| Percepções dos ACEs na pandemia | % |
|--|----------|
| Possibilidade de ter epidemia de arbovirose (Dengue, Zika, Chikungunya) durante a pandemia da Covid-19 | |
| • Sim | 80,0 |
| • Não | 10,0 |
| • Não sabe informar | 10,0 |
| Pessoas de grupo de risco que moram com ACEs | |
| • Não | 46,7 |
| • Sim, especifique: - idosos (10), hipertensos (5), diabéticos (4), com câncer (2), portadores de necessidades especiais (2), com alergia crônica (1) | 53,3 |
| Qualidade do sono dos ACEs durante a pandemia da Covid-19 * | |
| • Não foi modificado, continuo dormindo bem | 36,7 |
| • Comecei a ter problemas de sono | 26,7 |
| • Continuo com os mesmos problemas de sono | 20,0 |
| • Tenho problemas de sono e pioraram durante a pandemia | 13,3 |
| • Tenho problemas de sono e diminuíram durante a pandemia | 3,3 |

Emoções dos ACEs durante a pandemia da Covid-19*

| | |
|--|------|
| • Angustiado/ansioso | 63,3 |
| • Inseguro | 56,7 |
| • Com medo | 40,0 |
| • Mais irritado | 33,3 |
| • Com dificuldade para manter a concentração | 26,7 |
| • Triste | 20,0 |
| • Desamparado (sozinho) | 13,3 |
| • Me sinto igual, como antes da pandemia | 23,3 |
| • Outros: | 3,3 |
| <hr/> | |
| - Mais observador, atento, precavido, diria com medo controlado (3,3%) | |

** Pergunta de múltipla escolha*

Fonte: Elaboração Própria.

Nos grupos focais foram relatados que, depois que começou a pandemia da Covid-19, sumiram a dengue, a zika e a chikungunya. Foi mencionado que poderia ter sido uma coincidência não ter tido casos de arboviroses, e que se aconteceram, a notificação não chegou por algum motivo. Os próprios ACEs se perguntaram se o sumiço da dengue foi por subnotificação ou se dado que as pessoas estão mais tempo em casa voluntariamente, elas estão conseguindo cuidar melhor do ambiente onde moram. Os ACEs acreditam que nos serviços de saúde se dá prioridade ao que é emergente, no caso a Covid-19, é o que está na moda. O que é sazonal é relegado a segundo plano.

Houve depoimentos refletindo sobre o sumiço da dengue e se seria por falta de diagnóstico já que os sintomas das arboviroses (dengue, chikungunya, zika) são parecidos aos da Covid-19. Febre, dor de cabeça, hoje é visto como Covid, já que o foco é Covid. O diagnóstico tende a ser repetido, isto é, se dá o mesmo diagnóstico a todos os que são atendidos nas unidades de saúde, seja na emergência internacional como a Covid-19 ou no caso de uma emergência nacional de uma arbovirose. Na epidemia da dengue, tudo era dengue. Os médicos tendem a dar o mesmo diagnóstico a todos os pacientes nessas situações. Sendo doenças parecidas não se investiga a possibilidade de ocorrer uma arbovirose durante a pandemia da Covid-19.

A infestação do mosquito continua no território, então o problema é o diagnóstico na unidade de saúde. Quando uma pessoa sintomática testa negativo para Covid, os ACEs se perguntam se é realizado outro exame para diagnosticar outra doença como arbovirose. E acrescentam que devido que a testagem da Covid-19 melhorou, deve melhorar também o diagnóstico do que não é Covid. Os ACEs alertaram que as arboviroses não sumiram e que se deve estar atento a março que começa o período de chuvas.

“Eu até brinco aqui em casa e com os colegas. Quando aparece uma doença nova, a antiga “tira” umas férias. Quando entrei na prefeitura em 2012, estava no auge da dengue. Na Clínica da Família, quando chegava alguém espirrando, era diagnosticado com dengue, ou quando chegava com dor de barriga, era diagnosticado com dengue. Infelizmente, no meu ponto de vista, a pessoa chegou no médico e deu uma tossida, diagnosticam com Covid-19. A pessoa já está com esse protocolo na cabeça, que agora é a Covid-19 que está em alta, então não há outras doenças. De certa forma, se colocarmos os sintomas febre, dor de cabeça e dor no corpo, é o mesmo sintoma das arboviroses, mas hoje em dia é tudo Covid-19. Eu penso que não é que acabou as doenças, mas agora a doença da moda é a Covid-19” (GFA1).

“Que o vírus existe e muitas pessoas estão sendo infectadas e morrendo, isso eu acredito, claro que está acontecendo. Agora eu acredito que nos serviços de saúde está sendo priorizado o que é emergente, que no caso é o novo coronavírus, e o que é sazonal está sendo renegado em segundo plano, porque é o que está na moda, é a coisa do momento” (GFA7).

- **Percepção sobre o Processo Saúde Doença da Covid-19**

“[...] O vírus existe? É claro que existe, mas varia de imunidade pra imunidade. Minha esposa é do grupo de risco, e eu e ela fomos infectados. Os sintomas dela foram mais brandos que o meu. Minha preocupação era só pelo fato de eu ser fumante, então fiquei acompanhando minha respiração pra ver se teria falta de ar, mas graças a Deus só fiquei três ou quatro dias com sintomas e não tive mais. Tomei a medicação certinha e fiquei bem. Com relação a população, o que vi foi medo. A mídia colocava todo dia nas pessoas medo. No meu território via medo no olhar das pessoas quando eu batia e abriam, ou então em outros casos as pessoas nem abriam’ (GFA1).

“[...] O que eu procurava era ter mais cuidado, porque como meus pais são mais idosos, procurava ter um cuidado maior para não levar a doença pra eles. Mas aconteceu uma situação diferente que foi a volta da minha mãe ao trabalho como empregada doméstica, dois meses e meio depois do início da pandemia, e ela se contaminou na casa dos patrões. Então eu sempre conversava com minha irmã sobre ter sabedoria e coerência, porque a gente pode sim contaminá-los, mas eles continuavam tendo a possibilidade de se contaminar de outras maneiras. Essa relação de medo, de pânico, não tivemos em nossa família. Tivemos sim cuidado porque reconhecemos o potencial de riscos e de morte da doença, mas pânico não, porque já vivenciamos essa situação de medo por outras questões” (GFA3).

“[...] Há muitas pessoas morrendo por Covid-19, e as vezes a pessoa teve sintoma de alguma coisa ou estava acometido por alguma doença

que nem sabia que tinha... a Covid-19, claro, piora a situação. Duzentas e poucas mil mortes: eu não acredito que todas foram por Covid-19. Claro, a doença pode ter piorado a situação imunológica da pessoa, ou a pessoa já tinha uma doença e acabou piorando devido ao vírus e veio a óbito. Porém acho que os casos precisam ser estudados, independentemente se deu positivo ou negativo, precisa ser analisado. Claro que em meio a pandemia, a prioridade está sendo dada ao vírus, mas uns exames podem ser feitos” (GFA1).

Neste item serão abordados, além de algumas percepções sobre o processo saúde doença resgatadas das narrativas dos ACEs nos grupos focais e na oficina de sistematização, as emoções e a qualidade do sono dos ACEs durante a pandemia e o risco de contágio aos familiares dos ACEs.

Quanto à percepção sobre o processo saúde doença no caso da Covid-19, os ACEs manifestaram que o adoecimento depende muito da imunidade da pessoa, da presença de comorbidade e dos cuidados preventivos adotados para não se contaminar com o SARS-CoV-2. Assinalaram também que as novas variantes irão ocorrer com frequência como aconteceu com a influenza.

Pelo fato da Covid-19 ser doença nova, o uso da máscara como método preventivo para se proteger da contaminação pelo SARS-CoV-2 não foi nada fácil para os ACEs. Eles tiveram, ao início da pandemia, o dilema de como entrar na casa do morador estando de máscara:

“Em muitas casas, na área de comunidade, os moradores nos recebem sem máscara, e as vezes me sinto um E.T, porque chego no território todo equipado com EPIs enquanto os moradores circulam normalmente como se nada estivesse acontecendo” (GFB2).

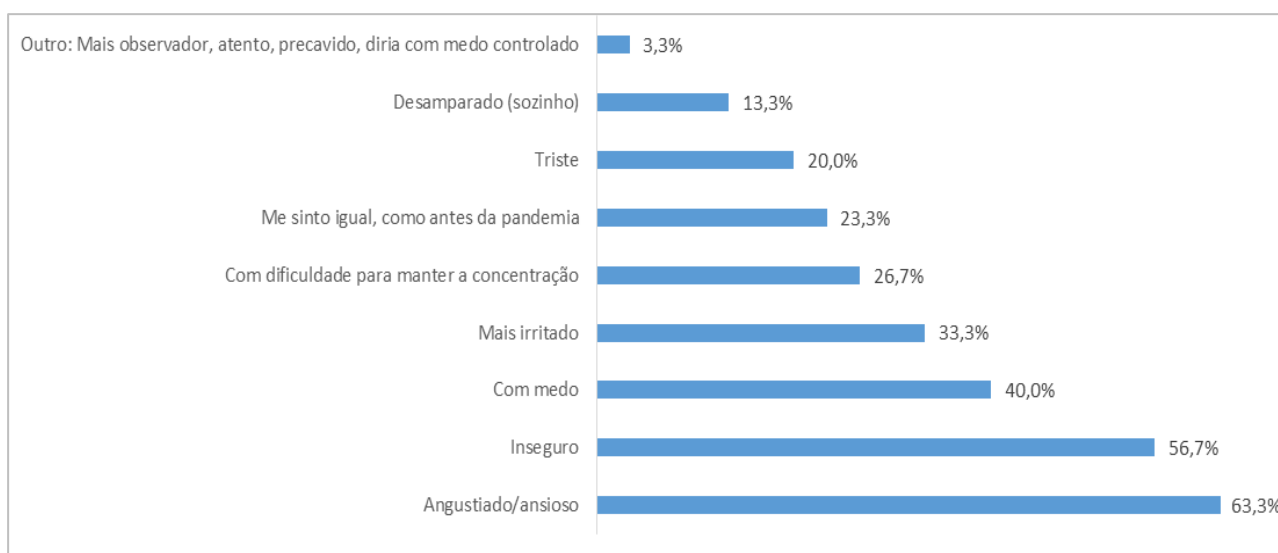
Alguns ACEs tiveram a percepção, tanto no território, como com amigos e com eles mesmos, da necessidade de procurar tratamento psicológico e psiquiátrico devido ao abalo emocional causado pela pandemia e as perdas das pessoas queridas como familiares e amigos. Referiram que muitas pessoas estão fazendo análise.

“Uma percepção que tive no território, no âmbito familiar e de amigos, foi o aumento da busca por tratamentos psicológicos diante da pandemia, porque não é somente a pandemia que está afetando em termos de contágio, mas também há um abalo emocional porque as pessoas estão perdendo muitos entes queridos. Então é um lado que precisa ser visto, porque isso aumentou e muito a procura por atendimento psicológico. O meu filho mesmo e meus sobrinhos, todos jovens, estão em tratamento psicológico porque ficaram com os nervos aflorados em meio à pandemia” (GFB9).

No questionário foram exploradas as emoções dos ACEs durante a pandemia. Foram mencionados diversos tipos de emoções negativas (Gráfico 17) como sentir-se angustiado/ansioso (63,3%), inseguro (56,7%), com medo (40%), mais irritado (33,3%). Outras emoções ou problemas relatados foram dificuldade para manter a concentração (26,7%), tristeza (20%), desamparo (13,3%). Alguns ACEs (23,3%) (Tabela 14) responderam sentir-se igual como antes da pandemia. Houve também resposta de ter ficado ‘mais observador, atento, precavido, diria com medo controlado’ (3,3%) indicando que apesar das dificuldades enfrentadas durante a pandemia da Covid-19, uma emoção negativa como o medo, isto é, a angústia devido à percepção de um perigo, esta pode ser transformada, aumentando a consciência e ajudando a focar no problema.

O predomínio das emoções negativas nos ACEs, emoções que provocam estresse e angústia, era de se esperar devido que os ACEs trabalham no território, diretamente com a população, e estão expostos cotidianamente ao risco de contágio com um vírus novo, pouco conhecido, que pode causar sintomas graves e levar ao óbito. Além disso, contribuíram para o aumento do medo e da angústia: a saturação dos serviços de saúde, sobretudo das UTIs, a não existência de medicamentos para um tratamento eficaz e a não disponibilidade de vacinas em 2020 (o questionário foi aplicado em dezembro 2020).

Gráfico 17. Emoções dos ACEs durante a pandemia da Covid-19.



É importante destacar que houve depoimento de não sentir medo em relação à Covid-19 pelo fato de morar em comunidade. O medo que foi sentido foi um medo catalogado como ‘normal’ ou ‘medo que se tem todos os dias’. Esse medo, quando não é por uma doença, é ocasionado pela violência no território.

“Em relação ao risco, para quem mora no Rio de Janeiro e mora numa comunidade que era minha situação até agosto do ano passado, o risco é iminente, existe todo o tempo. Quando não é por uma doença, é pela violência, então para ser bem sincera, relativo à Covid, eu não tive medo, a não ser medo normal o que se tem todos os dias” (GFA3).

Os ACEs tiveram consciência e responsabilidade de que indo para a rua podiam contaminar o outro, caso fossem assintomáticos, e também se contaminar e levar a doença para dentro do próprio domicílio. Muitos ACEs manifestaram alívio de não ter transmitido para ninguém o novo coronavírus, senão a culpa seria deles. Por conta disso, alguns ACEs fizeram teste por conta própria. No território, as pessoas jovens não tinham tantos cuidados preventivos para a Covid-19, mas as pessoas com mais idade sim mostraram esses cuidados. Os moradores, em geral, não negavam a existência do vírus, porém não demonstravam medo.

No questionário foram explorados os grupos de risco nos familiares que moram com o ACE. Mais da metade (53,3%) dos familiares pertencem ao grupo de risco, sendo que a maioria é composta por idosos, seguidos por hipertensos e diabéticos. Em menor número estão as pessoas com câncer, portadores de necessidades especiais e com alergia crônica (Tabela 14).

“Então, com relação a Covid-19, não tive muito medo. O que eu procurava era ter mais cuidado, porque como meus pais são mais idosos, procurava ter um cuidado maior para não levar a doença pra eles” (GFA3).

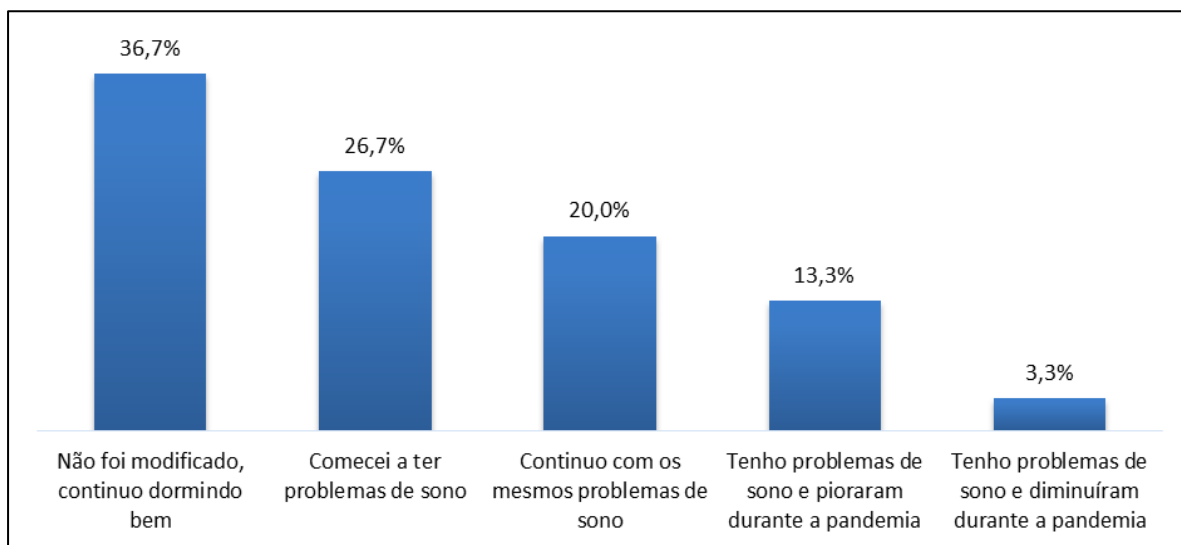
“Trabalhávamos todos os dias com medo, até porque na minha turma tem dez pessoas e a maioria contraiu o vírus ano passado, sendo quatro no início da pandemia, outro colega que contraiu, não soube inicialmente e acabou contraindo para os pais, que eram idosos e faleceram. Esse colega, inclusive, é diabético e hipertenso, e foi conversar com o apoio para ver a situação dele e não teve retorno favorável, já que ele tinha duas opções dentro do grupo de risco: ou ele trabalhava ou ficava em casa com as reduções de salário e benefícios. Ele então optou por trabalhar” (GFA5).

Pelo fato de muitos familiares serem do grupo de risco, a preocupação dos ACEs ao sair para as ruas e fazer as visitas domiciliares foi grande. No entanto, deve ser destacado que houve depoimento de não ter medo, nem pânico na relação com os familiares do grupo de risco no mesmo domicílio, devido a que foram tomadas todas as precauções para prevenir a Covid-19 e diminuir os riscos de transmissão do SARS-CoV-2.

“Essa relação de medo, de pânico, não tivemos em nossa família. Tivemos sim cuidado porque reconhecemos o potencial de riscos e de morte da doença, mas pânico não, porque já vivenciamos essa situação de medo por outras questões” (GFA3).

A qualidade do sono foi também analisada na pesquisa. Mais da metade (56,7%) dos ACEs referiram não ter modificado o padrão do sono, seja porque continuam dormindo bem (36,7%) ou porque continuam com os mesmos problemas de sono de antes da pandemia (20%) (Gráfico 18) (Tabela 14). Percentual significativo (40%) mencionou ter piorado a qualidade do sono, seja porque os problemas de sono começaram durante a pandemia (26,7%) ou já tendo problemas de sono estes pioraram na pandemia (13,3%). Uma minoria mencionou que os problemas de sono diminuíram nesse período (3,3%).

Gráfico 18. Qualidade do sono dos ACEs durante a pandemia da Covid-19.



Fonte: Elaboração Própria.

Outro tema que surgiu nos grupos focais foi o desemprego. Muitos familiares e amigos dos ACEs perderam os empregos durante a pandemia e quando há desemprego não há ninguém sadio, mencionaram. As dívidas se acumulam e afeta o lado psicológico e ficam fragilizados.

“A questão colocada é bem importante, porque muitas pessoas ficaram desempregadas, e com o desemprego as pessoas acabam ficando psicologicamente abaladas. Há a questão emocional como eu já citei. Então é um acúmulo de coisas que vieram com a pandemia. Meu marido ficou desempregado durante a pandemia e está voltando a trabalhar agora, e por isso passamos por algumas dificuldades financeiras e isso afeta no nosso psicológico, assim como nos meus familiares, como citei, e nas pessoas do território também” (GFB9).

“Fazendo mais uma observação aqui, que interessa a nós profissionais de saúde da prefeitura: além da questão do desemprego, de impacto econômico, inflação, e nós que estamos com salários congelados e sem reajuste, ainda surge o aumento da alíquota do nosso desconto para previdência. Então no meio de um turbilhão de coisas com a situação de risco de aumento de demanda com uma nova doença, ainda vem a preocupação com o nosso provento. Por isso, acho que a questão da pandemia transcende a questão física, tem muito a questão emocional e de medo com o futuro, porque não sabemos o que vai acontecer. Se o nosso salário não tem reajuste, se não progredimos com o nosso triênio, os preços se elevam e aumenta o desconto, como vamos às ruas trabalhar diante de todos esses riscos, preocupações e ainda aumentando a cobrança por informações que não tivemos qualificação?” (GFB7).

VI. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A realização da pesquisa durante a pandemia da Covid-19, nos anos 2020 a 2021, foi um grande desafio. A existência de meios de comunicação virtual atenuaram as dificuldades, mas ainda assim, processos que poderiam ser solucionados em pouco tempo ficaram complexos com a pandemia e o tempo consumido foi maior. Houve que lidar não só com os problemas da pesquisa em si, mas com os desafios que a própria pandemia trouxe para toda a população, incluindo a doença de alguns membros da equipe e seus familiares.

Os relatos dos ACEs mostram as diferentes etapas da pandemia, desde o momento inicial, onde houve caos, confusão e pânico generalizado, passando pela flexibilização das medidas, a chegada dos testes e vacinas. Os depoimentos retratam a situação vivenciada nas favelas e o seu entorno, durante a pandemia e antes do início dela. Os problemas relatados têm ligação com a pandemia em si, mas muitos estão relacionados ao processo e gestão do trabalho antes da pandemia. Assim, as sugestões e recomendações que surgiram na pesquisa servem para o período pandêmico e pós-pandêmico. Os problemas mencionados pelos ACEs e as sugestões de mudanças propostas são apresentados ao final no formato de tabela para facilitar a leitura.

Sobre o Perfil:

Os resultados da pesquisa mostram que os ACEs vinculados à Prefeitura do Rio de Janeiro e que trabalham em favelas, são força de trabalho qualificada com muitos anos de experiência no território de atuação e nas atividades que desenvolvem. Mais da metade (56,7%) são maiores de 40 anos, e os maiores de 50 anos, representam 30%. Quase um terço dos participantes (30%) trabalha há mais de 10 anos no cargo de ACE. Quanto à escolaridade, 50% possuem nível superior, 3,3% pós-graduação e 46,7% nível médio. Embora o cargo de ACE tenha como exigência apenas a conclusão do ensino médio (BRASIL, 2018a), observa-se que os participantes da pesquisa são trabalhadores qualificados e que possuem também a habilitação como Técnicos de Vigilância em Saúde. A longa permanência nas suas atividades é possível pelo fato de todos serem servidores da Prefeitura

Território e Saneamento

Quanto ao território, os dados da pesquisa apontam a precariedade das condições das moradias nas comunidades estudadas e as dificuldades que a população tem para realizar o

distanciamento social como medida de prevenção ou para isolar pessoas com Covid-19. Em relação ao saneamento, na maioria dos territórios pesquisados existe rede de abastecimento de água (96,7%), entretanto, durante a pandemia, especificamente na área de atuação dos ACEs, 43,3% dos domicílios não são ligados à rede de abastecimento de água. Nas moradias que possuem rede, em 40% o fornecimento de água é de forma intermitente. Quanto ao uso de água, 30% dos moradores utilizaram maior quantidade de água e um quarto da população (23,3%) passou a comprar garrafas ou galões de água nesse período.

Os moradores continuam armazenando água nas favelas devido ao saneamento precário, tanto na área peridomiciliar (66,7%), isto é, frente, lados, fundo de quintal ou terreno, como no intradomicílio (46,7%). Os recipientes de armazenamento continuam os mesmos, sendo a água armazenada de maneira inadequada em 41,4% só considerando a área peridomiciliar. Nessa área encontram-se também objetos que podem acumular água (83,3%) como artigos religiosos, itens de decoração, pneus, vasos de plantas e outros.

Os dados são preocupantes já que além das condições de saneamento precárias nas favelas, a pandemia agudizou a necessidade de armazenamento de maior quantidade de água devido que a higienização de mãos, corpo, roupa, deve ser feita com maior frequência. Por outro lado, quase 50% dos moradores armazenam água no intradomicílio, local onde o ACE não consegue fazer controle vetorial durante a pandemia. Dessa maneira, o intradomicílio pode constituir-se em risco para a proliferação de criadouros de mosquitos, entre eles do *Aedes aegypti*, transmissor da dengue, zika e chikungunya, caso o armazenamento de água não seja realizado de forma adequada, por isso a importância da execução das atividades de informação, comunicação e educação em saúde realizadas pelos ACEs de forma contínua.

A pandemia mostrou a importância de ter acesso a serviços essenciais como é o saneamento ambiental e moradia. No início da pandemia (abril 2020), aproximadamente 80 entidades da sociedade civil, redes, coletivos e movimentos elaboraram documento político com propostas concretas de ações imediatas e estratégicas para o enfrentamento da Covid-19 na perspectiva do direito à cidade e da justiça social. As propostas estão voltadas para periferias urbanas, favelas e populações vulneráveis, e são mencionadas diversas áreas prioritárias entre elas o saneamento ambiental e a moradia (FÓRUM NACIONAL DE REFORMA URBANA, 2020). Quanto ao saneamento é mencionado a necessidade de “assegurar água de forma regular, em quantidade suficiente e com qualidade adequada ... visando garantir disponibilidade de água com pressão necessária para todos os moradores dessas localidades 24h por dia” (O COMBATE, 2020, p.5). Incluem-se também propostas de tratamento de esgoto doméstico e

coleta de lixo, bem como de melhorias habitacionais de emergência, centradas na adequação das condições de salubridade dos imóveis.

O fato de as autoridades não terem atendido essas demandas pode ter potencializado à disseminação do SARS-CoV-2 e contribuído com o maior número de casos nessas populações. Perdeu-se assim, a oportunidade de implementar medidas eficazes para a prevenção da Covid-19 e a oportunidade de prover serviços essenciais, ou melhorá-los, para a população de baixa renda. Com isso, além de não melhorar a qualidade de vida e as condições de saúde da população, perdeu-se também a oportunidade de enfrentar os determinantes que estão na base de muitas outras doenças, entre elas as arboviroses.

Processo de Trabalho dos ACEs

Visitas Domiciliares

A pandemia da Covid-19 pegou de surpresa a toda a população brasileira e aos profissionais de saúde em particular, sobretudo aqueles que tinham que lidar com a Covid-19. Embora os primeiros casos da Covid-19 tenham sido registrados em Wuhan, na China, em 31 de dezembro de 2019 e o novo coronavírus (SARS-Cov-2) tenha se espalhado por diversos países em vários continentes nos primeiros meses de 2020, as autoridades brasileiras não estavam preparadas para enfrentar essa nova doença. Assim, quando se registra o primeiro caso de Covid-19 em São Paulo, em 26 de fevereiro de 2020, todas as instituições incluindo o setor saúde estavam órfãs de regulamentações, normas e protocolos de atuação, bem como houve falta de insumos como EPI, ventiladores mecânicos, oxigênio, álcool 70°, entre outros.

Os relatos dos ACEs constituem testemunhos excepcionais e preciosos de quem vivenciou as diferentes etapas da pandemia da Covid-19 como trabalhadores da saúde no campo, isto é nas ruas, nos domicílios dos moradores, nos serviços de saúde. Os relatos mostram as diferentes etapas da pandemia, desde o momento inicial onde houve caos, confusão e pânico generalizado, passando pela flexibilização das medidas, a falta de testes, a chegada das vacinas, até o primeiro semestre de 2021. Os depoimentos retratam também a situação vivida nas favelas e o seu entorno durante a pandemia e antes dela.

Uma das principais atividades realizadas pelos ACEs nas favelas é a visita domiciliar e foi nessa atividade que se vivenciou a confusão e a falta de normas ao início da pandemia. Ninguém sabia como lidar com a pandemia. Cada CAP atuou de forma diferenciada, seja mantendo as atividades de maneira normal, algumas indicaram restrição de atividades e outras

aumento das mesmas. Nos locais onde o trabalho foi normal houve muita recusa de parte de moradores e os ACEs tentaram reduzir a carga horária. Todos começaram sem saber o que fazer e só com o passar do tempo foram sendo esclarecidos os processos. As notas técnicas com recomendações aos ACEs para adequação do trabalho da vigilância, tanto do Ministério da Saúde como da Prefeitura do Rio de Janeiro, só foram publicadas um mês após o início da pandemia (26 e 27 de março de 2020, respectivamente).

Em se tratando das visitas domiciliares, houve relato que a CAP só informou aos ACEs da mudança da visita domiciliar para o peridomicílio ao final de 2020, isto é, meses depois das notas técnicas do Ministério da Saúde e da Prefeitura do Rio de Janeiro terem sido publicadas em março 2020. Essa informação coincide com os dados do questionário que mostra que não houve mudança na realização das visitas domiciliares em 13,8% dos ACEs, no entanto 82,8% indicaram que realizam visitas peridomiciliares. A informação corrobora também os relatos que mencionam que ‘cada CAP é uma prefeitura’, isto é, que cada CAP atua de maneira diferenciada. E embora cada território tem a sua especificidade, a realização da visita no intradomicílio colocou em risco desnecessário aos ACEs diante de um vírus novo e doença desconhecida.

Ainda com a orientação da nota técnica de realizar trabalho só no peridomicílio, cada ACE teve que criar a sua própria norma de conduta ou comportamento para a realização das visitas e ficou ao critério de cada um a necessidade de proteger-se a si mesmo e proteger ao outro. Devido ao distanciamento social ser uma das medidas preventivas para evitar o contágio com o SARS-CoV-2, muitos moradores por medo à contaminação com o novo vírus, recusaram as visitas dos ACEs, já que estes poderiam transportar o vírus da unidade de saúde, local considerado insalubre. Outro motivo para a recusa foi a violência no território durante a pandemia.

É importante destacar que os ACEs também tiveram muito medo de ir ao campo, seja porque podiam ser contagiados pelos moradores pelo alto volume de visitas realizadas durante o dia, ou porque eles mesmos podiam ser assintomáticos e levar o vírus ao morador. O agente de endemias se encontrou no dilema de como fazer a vistoria sem entrar nos imóveis, em diminuir o risco da infecção por parte do agente e do morador, e optou pela conscientização por meio da atividade educativa.

Nos territórios onde não houve problema na realização da visita domiciliar, a facilidade de acesso ocasionou outros transtornos já que a população não se preocupou em manter os métodos profiláticos quanto à Covid-19. Assim, o morador por estar na casa dele, muitas vezes

recebia ao ACE sem máscara, ou quando tinha máscara, a tirava para tossir ou espirrar, aumentando as possibilidades de contaminação ao ACE, caso o morador estivesse infectado.

Ao início da pandemia, os ACEs iam a trabalhar sem máscaras. Depois receberam orientação de ir a trabalhar usando máscaras, mas não as receberam devido à escassez das mesmas e a unidade de saúde priorizou a distribuição para os profissionais que atendiam diretamente pacientes suspeitos de Covid-19. Isso gerou muito medo nos ACEs e teve alguns que foram trabalhar com visera, óculos e máscara e mesmo assim foram contagiados com o novo coronavírus.

É importante salientar que na nota informativa Nº 8, de 26 de março de 2020, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020f), nota que orientou a realização das atividades dos ACEs no campo, como a visita no peridomicílio, não menciona a obrigatoriedade do uso da máscara no território (só de luvas no manuseio de utensílios com focos larvários), nem o isolamento social dos grupos de risco por doença e maiores de 60 anos.

No geral, os ACEs continuaram realizando as mesmas atividades que desenvolviam antes da pandemia durante a visita domiciliar. A totalidade deles realizou ações de educação como orientação aos moradores. 90% realizam controle físico (mecânico) como eliminação dos focos de mosquitos, 56,7% realizam controle químico com agrotóxicos/inseticidas e 20% controle biológico com bactérias, larvicidas e outros. No caso das atividades coletivas (escolas, serviços de saúde, comércio, indústrias, igrejas, praças, ruas, terrenos baldios) houve redução em 63,3% e suspensão das mesmas em 26,7%.

Uso de Agrotóxico/inseticida durante a pandemia

Os resultados da pesquisa indicam que mais da metade dos ACEs (56,7%) manipularam agrotóxicos/inseticidas durante a pandemia da Covid-19. Vários estudos têm apontado a relação entre imunossupressão induzida por agrotóxicos e o aumento de infecções em humanos, mas ainda existe situação de incerteza e ausência de provas científicas suficientes de imunotoxicidade dos agrotóxicos na saúde humana (CORSINI, 2013). Por essa razão, deve primar o uso do Princípio de Precaução que é uma diretriz na saúde coletiva que tem o propósito de orientar medidas em situações onde o conhecimento científico tem incertezas. Apela à contenção da exposição ao risco para proteger a saúde dos trabalhadores sob risco. A medida chave proposta requer de uma “ação imediata” face ao perigo assumido, antes da prova científica do mesmo (LIEBER, 2008).

Augusto e Freitas (1998) assinalam que a toxicidade crônica de algumas substâncias nem sempre tem relação com as propriedades tóxicas agudas da mesma substância e que podem existir múltiplas e inesperadas interações, as quais se tornam, muitas vezes, incompreensíveis e invisíveis aos seres humanos em curto prazo. Mencionam, também, que os acontecimentos bio-socioambientais são fenômenos complexos e possuem mais incerteza do que se suspeita.

Os autores destacam que para os casos de substâncias em que é possível antecipar danos irreversíveis à saúde e ao ambiente e em ausência de provas científicas suficientes quanto aos danos potenciais, “a aplicação do Princípio da Precaução coloca a necessidade de parar a produção e o manuseio até que se desenvolvam conhecimentos suficientes sobre a inocuidade do produto” (AUGUSTO; FREITAS, 1998, p. 87).

Meirelles e colaboradores (2022), assinalam, citando vários autores, que os ACEs são um grupo de risco potencial para a Covid-19 e a transmissão do SARS-CoV-2, devido que essa população tem maior susceptibilidade a infecção pelo novo coronavírus pelo fato de serem imunocomprometidos devido ao manuseio de agrotóxicos, situação que é agravada pela insalubridade e precarização dos locais de trabalho no campo (MEIRELLES et. al., 2022).

Durante a pandemia da Covid-19, os ACEs não só estão expostos ao risco de contaminação pelo SARS-Cov-2 durante suas atividades cotidianas. O risco procedente da exposição aos agrotóxicos/inseticidas poderia potencializar o aumento de imunotoxicidade ocasionando aumento de infecções diversas, entre eles com novo coronavírus. É por isso que o princípio de precaução deve ser aplicado para conter a exposição ao risco, suspendendo o manuseio desses produtos e deve ser privilegiado o manejo integrado de vetores (MIV), sobretudo no que tange aos componentes de educação e comunicação em saúde e o uso de meios não químicos para o controle vetorial como o controle biológico, que nos dados da pesquisa, são utilizados em 20% das moradias durante a pandemia.

LIRAA

O Ministério da Saúde, em Nota Informativa nº 9/2020/CGARB/DEIDT/SVS/MS de 31 de março de 2020 (BRASIL, 2020d), suspendeu a realização do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) durante a pandemia da Covid-19. Na opinião dos ACEs, a suspensão foi benéfica já que não faz muita diferença essa atividade quando se conhece o território. Nos lugares problemáticos devem ser intensificadas as visitas e o tratamento. Quanto aos índices entomológicos gerados no levantamento, mencionaram que o trabalho com armadilhas semanalmente, supriria os índices de infestação. Em algumas CAPs se trabalha com

ovitrampas, mas também se utiliza outros meios de controle no território como UBV, fumacê. Segundo os agentes de endemias, os levantamentos de índices junto com o tratamento contínuo seriam as ações mais efetivas no território, sendo o LIRAA mais para superiores e autoridades. Houve também depoimento que o LIRAA seria mais uma ‘enxugação de gelo’.

Dentre as diversas metodologias de trabalho para o controle do vetor no município do Rio de Janeiro, seguindo o Plano municipal de contingência para as três arboviroses que atualmente acometem a população, dengue, zika e chikungunya, o LIRAA, e o monitoramento por ovitrampas são os mais utilizados (SMS, 2018).

A pesquisa larvária é o principal método de investigação no Plano Nacional de Controle (PNCD), e embora seja uma importante ferramenta de alerta de risco para epidemias, a efetividade do LIRAA é questionada, sobretudo quanto à associação entre índices larvários com níveis de transmissão de dengue, já que os índices de infestação são parte do componente da equação que promove a transmissão, o que torna o método pouco sensível. Outros problemas relatados são, a impossibilidade de acesso a determinados criadouros e a não autorização da entrada de agentes para vistoria do imóvel, além da contabilização de larvas de oviposição de outros períodos, que não apresenta a forma real da infestação vigente (RUEDA, 2009; MORATO, 2005).

Rueda (2009), sugere a utilização das armadilhas de oviposição em conjunto com a pesquisa larvária para aprimorar o monitoramento entomológico (RUEDA, 2009). Segundo Oliveira et al., (2016), o monitoramento por ovitrampas possui maior sensibilidade ao *Ae. aegypti* do que armadilhas para os mosquitos adultos, indicando a necessidade da ampliação de medidas para o controle do vetor (OLIVEIRA, 2016).

O monitoramento entomológico no município do Rio de Janeiro é realizado por meio do LIRAA e, por ovitrampas, como estratégia complementar (SMS, 2018). A incorporação das ovitrampas nas rotinas de monitoramento entomológico, por se tratar de um método simples e sensível para detectar presença de *Ae. aegypti* em áreas urbanas, possui potencial para discriminar áreas mais receptivas à infestação e assim poder realizar ações precoces visando o controle (SILVA; LIMONGI, 2018).

Percepção da Comunidade

No entanto a maioria dos ACEs tentava se cuidar para não ser contaminado e cuidar do outro para não contaminá-lo, caso fosse assintomático, a população não mantinha os mesmos cuidados. O distanciamento social foi praticado pelos moradores em 58,6%, o uso correto da

máscara em 34,5% e o que chama a atenção, e é preocupante, é que mais de um terço da população (37,9%) não adotaram nenhuma medida de proteção durante a visita domiciliar dos ACEs.

A vida nas comunidades durante a pandemia foi praticamente normal e as pessoas saíram para fazer compras sem cuidados e sem máscaras. Existem comunidades mais difíceis que outras e ainda que com número elevado de óbitos (durante a época da pesquisa), a grande maioria da população não usava máscaras. O ACE chegava no território todo equipado com EPIs, enquanto os moradores circulavam normalmente, fazendo que o ACE se sintam um E.T.

Mais da metade da população (60%) reconhece a necessidade do distanciamento social, mas apresenta dificuldade para realizá-lo, confirmando que as dificuldades que apresenta a população para realizar a proteção e prevenção da Covid-19, é devido às condições precárias das moradias e saneamento. Na visão dos ACEs, para 16,7% da população nas favelas, nunca houve distanciamento social, e condicente com isso, 20% não reconhece a necessidade do distanciamento e não realiza. Os dados apontam o elevado risco de contaminação pelo novo coronavírus que apresentam os ACEs no seu processo de trabalho e a atenção minuciosa que deve ter o ACE no momento da visita domiciliar e na rua para ele se resguardar tomando as medidas de precaução cabíveis.

Deslocamento

Um risco adicional para os ACEs foi a utilização cotidiana de meios de transporte coletivo, tanto para ir ao trabalho, como para o retorno ao domicílio. Desconsiderando os ACEs que se deslocaram em carro próprio ou bicicleta, pode se estimar que mais da metade utilizou transporte público coletivo, considerado como uma das principais fontes de contaminação durante a pandemia da Covid-19, devido à impossibilidade de realizar distanciamento físico pela lotação dos mesmos, somado ao fato que muitos usuários utilizavam máscaras de forma incorreta ou não utilizavam as mesmas, ou não houve cuidado com a etiqueta estipulada ao tossir ou espirrar.

Mas recentemente, em abril 2021, foi reconhecida pela OMS que a transmissão por aerossóis constitui a principal forma de contágio pelo SARS-CoV-2, podendo o vírus ser transmitido pelo simples ato de falar ou respirar entre pessoas que estão a distância curta, geralmente a menos de um metro de distância. Os aerossóis são partículas de menor tamanho que as gotículas, sendo definidos como menores de 5 μm , embora tenha sido sugerido que a divisão entre partículas de aerossóis e gotículas é de 100 μm . O vírus pode propagar-se por

espaços interiores mal ventilados e/ou lotados, como é o caso do transporte coletivo público, devido que os aerossóis podem ficar suspensos no ar ou viajar a distâncias superiores a um metro (longo alcance) (OMS, 2021; WANG, 2021).

Gestão do Trabalho

No que tange à gestão do trabalho dos ACEs durante a pandemia, os processos estão diretamente ligados à forma de gestão adotada pela SMS/RJ antes da pandemia. Segundo relatos dos ACEs, ao início da pandemia houve muita confusão. A Prefeitura não teve plano de ação para atendimento das pessoas na clínica da família e da mesma forma, não teve plano de ação, protocolos e direcionamento para atuação do ACE no território. Os ACEs não sabiam se ir para as ruas, nem como proceder nas ruas, nos domicílios. A Nota Técnica S/SUBPAV/SVS Nº 07/2020, do Anexo I da Resolução SMS Nº 4341, de 25 de março de 2020, publicada em 27 de março (RIO DE JANEIRO, 2020b), que orienta a realização das visitas no peridomicílio, foi emitida tardiamente, um mês após a chegada do primeiro caso de Covid-19 ao Brasil. Essa nota não menciona a necessidade do afastamento dos grupos de risco, a obrigatoriedade do uso de máscaras, nem a necessidade do distanciamento social.

Deve ser destacado, que o Ministério da Saúde que ‘é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltadas para a promoção, a prevenção e a assistência à saúde dos brasileiros’ (BRASIL, s.d.) também emitiu tardiamente, em 26 de março de 2020, a Nota Informativa Nº 8/2020 - CGARB/DEIDT/SVS/MS (BRASIL, 2020f) que orienta a realização das visitas domiciliares pelos ACEs só na área peridomiciliar.

No primeiro mês e nos meses seguintes houve muita confusão e desorganização nos serviços, além de muito temor por estar lidando com um vírus novo e uma doença desconhecida que ocasiona doença grave e óbitos. Conhecia-se pouco sobre os modos de transmissão e a fisiopatologia da doença, os testes eram limitados, diversos medicamentos estavam sendo testados em ensaios clínicos e não existiam vacinas.

Os relatos apontam que houve distanciamento entre as diretrizes da Coordenação de nível central e a operacionalização nas CAPs. Faltaram também orientações sobre a forma de agir ou se comportar no campo, diante de situações imprevistas durante as visitas domiciliares, como morador que atende sem máscara, ou usa a máscara incorretamente, ou não realiza distanciamento social, entre outras. Cada ACE foi levado a criar a sua conduta de trabalho durante as visitas para se proteger e proteger ao outro.

Os ACEs estão submetidos à racionalidade gerencial hegemônica na saúde e sofrem as consequências da complexidade da gestão do trabalho com múltiplas instituições (SMS/RJ, RioSaúde, OSS). Nas unidades de saúde a gestão é da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RioSaúde, vinculada à SMS/RJ e que atua exclusivamente no âmbito do SUS. É sociedade anônima de capital fechado, com capital 100% integralizado pelo Município do Rio de Janeiro (RIO DE JANEIRO (RJ), s.d.). A RioSaúde contrata profissionais para trabalharem nas unidades de saúde como médicos, enfermeiros, ACSs e outros, sendo os ACEs praticamente os únicos servidores da SMS/RJ nas unidades básicas de saúde (UBS).

Os fluxos no organograma da SMS são complexos para os ACEs e são diferenciados do fluxo do ACS, por exemplo. Os ACEs são subordinados à UBS (Clínica da Família, Centro Municipal de Saúde, Policlínica) porque fazem parte da ESF. Mas na prática, estão também, subordinados à Divisão de Vigilância em Saúde que depende de cada Coordenadoria Geral de Atenção Primária das Áreas Programáticas, isto é, de cada uma das 10 CAPs. Esta coordenadoria e a Superintendência de Vigilância em Saúde dependem da Subsecretaria de Promoção, Atenção e Vigilância em Saúde (SUBPAV). Esta subsecretaria tem sob seu comando a Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde e esta por sua vez à Gerência de Fatores de Riscos Biológicos e a Subgerência da Dengue. Existe ainda um outro fluxo para os ACEs que realizam trabalho com controle de zoonoses (Anexo 11).

O fluxo no organograma da ESF, por outro lado, é mais explícito e simples. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), ao igual que os outros membros da ESF como técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e outros profissionais ligados a RioSaúde, estão subordinados diretamente à UBS (Clínica da Família, Centro Municipal de Saúde, Policlínica) que por sua vez está subordinada à Coordenadoria Geral de Atenção Primária das Áreas Programáticas nas 10 CAPs, e estas por sua vez dependem da SUBPAV (Anexo 12)

A complexidade dos fluxos para os ACEs, e a diferenciação dos mesmos em relação aos ACS e outros profissionais, se deve à incorporação dos ACE na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes da ESF em 2010, por meio da Portaria Nº 1.007 (BRASIL, 2010). Esse procedimento teve como pressuposto a reorganização de processos de trabalho com integração das bases territoriais dos ACS e ACE e a supervisão dos ACE pelos profissionais de nível superior da equipe de Saúde da Família. A incorporação dos ACEs se deu sem ter analisado as especificidades das duas categorias de agentes, seus processos de trabalho e os impactos que tal integração produziria. Em territórios de municípios de pequeno porte a integração tem sido facilitada, no entanto em municípios de grande porte, como é o caso do Rio de Janeiro, diversos problemas têm impedido a efetiva integração.

Embora todos os ACEs sejam servidores públicos, essa condição os fragiliza na UBS onde são minoria, não sendo contemplados nas reuniões da equipe da ESF ou se são chamados a participar, a temática do enfrentamento das arboviroses não é incluída. Isso por um lado, reflete a não consideração com a categoria dentro da ESF, e por outro, a não importância da temática ou o desconhecimento da mesma. Dada a divisão das atividades e programas, é plausível que tanto a posição de invisibilidade dos ACEs dentro das unidades de saúde como a negação da abordagem da temática arboviroses e controle vetorial se deva mais à visão e ao conhecimento fragmentado da ‘atenção primária’ por um lado, ligado ao atendimento das pessoas, ao cuidado e à cura, e por outro lado, da ‘vigilância em saúde’, vinculado prioritariamente à saúde ambiental e a vigilância em saúde como um todo (vigilâncias epidemiológica, ambiental, sanitária, de saúde do trabalhador). Ultrapassar as barreiras das duas áreas e constituir trabalho conjunto interdisciplinar, é um desafio para a integração dos ACEs e ACSs.

Os problemas apontados pelos ACEs durante a pesquisa, ultrapassam o período pandêmico e devem ser considerados na pós-pandemia. Mudanças no processo de trabalho dos ACEs, necessariamente devem contemplar transformações na gestão do trabalho. Wagner (2010), considera o trabalho em saúde uma práxis, e como em toda práxis um novo modo de agir deve operar com um saber prévio acumulado, como no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito e da cultura. E menciona que no caso de uma epidemia de dengue, as estratégias deverão ser modificadas de acordo com as particularidades do território, adaptando o saber tecnológico ao contexto singular (WAGNER, 2010).

Wagner defende “a necessidade de se respeitar essa característica estrutural do trabalho em saúde a práxis, buscando-se modelos de gestão que combinem autonomia, necessária para a práxis, com controle sobre o trabalho, considerando-se o saber estruturado, valores políticos e direitos dos usuários” (WAGNER, 2010, p.2341). A prática em saúde, segundo o autor, assemelha-se ao trabalho artesanal, um neoartesanato, devido que se exige improvisação e criatividade em ato, diante do singular.

O autor sugere reformas organizacionais e do processo de trabalho para ampliar a democracia institucional como a adoção de sistema de cogestão e de apoio institucional para viabilizar formas de poder compartilhado entre gestor e equipe, entre os profissionais da equipe, entre profissionais e usuários. Um dos arranjos organizacionais seria combinar graus de autonomia dos profissionais com definição da responsabilidade sanitária. Nessa lógica, a construção de diretrizes, protocolos, o planejamento, a avaliação e eventuais contratos de metas

deveriam ser feitos de modo participativo e com apoio institucional, buscando estratégias de diálogo e busca de consenso e envolvimento das equipes (WAGNER, 2010).

As reflexões e sugestões de Wagner são fundamentais para pensarmos em processos de trabalho para o ACE com maior autonomia e responsabilidade sanitária, previamente pactuados com as chefias e gerências em processos dialógicos e com apoio institucional dos gestores da SMS, da CAP e da UBS. Essas pactuações poderiam permitir, entre outras, maior autonomia para realizar a mobilização social com as organizações e movimentos sociais do território de atuação, facilitar ações de comunicação e educação em saúde, o trabalho em rede com diferentes organizações e usuários, bem como possibilitar maior articulação intersetorial para benefício da população. Essa autonomia permitiria que o ACE consiga atuar no campo da vigilância em saúde como um todo, com maior flexibilidade e criatividade, e implementar planos de trabalho específicos de acordo com a situação de cada território.

Deve ser salientado que, embora os ACEs reclamaram de maior autonomia para o desenvolvimento das atividades com a população nas atividades cotidianas pré-pandemia, durante a pandemia da Covid-19, reclamaram da falta de protocolos de conduta e comportamento para a realização das atividades, sobretudo às relacionadas com as visitas domiciliares. Entende-se essa aparente contradição pelo fato da Covid-19 ser doença nova e o SARS-CoV-2 um vírus desconhecido. Os ACEs tiveram que improvisar e criar em ato, diante do singular - a emergência sanitária internacional, exercendo como diria Wagner, a práxis. Encontrar o equilíbrio entre autonomia e responsabilidade sanitária dos ACEs e dos diferentes atores, é um desafio que deverá ser construído dialogicamente ainda nesta pandemia, bem como para o trabalho pós-pandemia e eventuais emergências sanitárias que poderão vir no futuro.

Produtividade

A cobrança da produtividade durante a pandemia da Covid-19 é um dos temas que surgiu espontaneamente nos grupos focais e foi objeto de muita polêmica. Os relatos assinalam que houve diferenças quanto à organização e planejamento de atividades dependendo da CAP, evidenciando segundo os ACEs que cada CAP é uma prefeitura diferente. Em algumas CAPs a produtividade foi mantida durante todo o período da pandemia, em outras houve redução das visitas domiciliares ao início da mesma. Em algumas CAPs a pressão ficou ainda maior e os ACEs relutaram para reduzir a carga horária e a quantidade de imóveis visitados, mas ao diminuir a produção, continuaram as cobranças. Houve reflexões sobre a contradição de manter o número de visitas domiciliares e a qualidade que é possível oferecer à população, somado ao

fato das condições de trabalho durante a pandemia, entre elas a falta de EPIs para evitar o contágio.

A racionalidade construída pelo pensamento gerencial dominante, ligada à ideologia do gerencialismo na saúde (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012; CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2014), se apresenta de modo pragmático e operacional com a finalidade de obter resultados determinados pela produtividade, pelo cumprimento de metas. O trabalho estaria subordinado a modos de funcionamento padronizados a priori, por meio de protocolos que definem condutas e comportamentos adequados que seriam, ao mesmo tempo, instrumentos disciplinares de controle sobre o trabalho e em particular sobre os trabalhadores. Existiria uma centralização normativa e uma descentralização executiva. Nessa racionalidade, o ser humano seria incapaz de funcionar de forma autônoma quando inserido nos processos coletivos de trabalho (WAGNER, 2010).

É importante destacar que a padronizado no processo de trabalho dos ACEs não é novidade. As organizações às quais os ACEs estiveram vinculados ao longo do tempo se baseavam em estruturas fortemente hierarquizadas e remontam aos inícios do século passado e ganham força em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). São heranças dessa época a utilização de termos militares como “combate”, “erradicação”, “guarda de endemias”, sendo as relações baseadas em subordinação entre guardas, chefes, supervisores, superintendentes (BATISTELLA, 2013).

O processo de trabalho do ACE tem como característica a gestão verticalizada, com determinação de objetivos e metas quantificáveis traduzidos em produtividade e formulários a serem preenchidos, bem como protocolos bem definidos das ações a realizar no campo. São trabalhadores com sobrecarga de trabalho, são colocados na posição de invisibilidade pela população e pela própria unidade de saúde e não são reconhecidos como profissionais que estão na linha de frente no território da APS.

Em pesquisa realizada com ACEs em Belo Horizonte, Matos e colaboradores assinalam que “Os relatos dos ACE sugerem que a exclusão e a desigualdade de tratamento fazem parte do seu contexto de trabalho, sendo percebidas como os aspectos mais difíceis de lidar e que produzem maior sofrimento” (MATOS, et.al., 2020, p.4). Evangelista e colaboradores (2019) assinalam que não obstante as normativas e portarias ressaltem a importância dos ACEs para a implantação e desenvolvimento do trabalho na ESF, é patente a sua desvalorização (EVANGELISTA et.al., 2019). Matos e colaboradores apontam também o risco da violência no território que é percebida como ameaça à saúde e a integridade física e mental. As autoras concluem que é necessário desenvolver o poder de agir dessa categoria profissional, bem como

incentivar sua autonomia e criatividade para atingir os objetivos de prevenção e controle das doenças (MATOS et.al, 2020).

Dados preliminares da pesquisa desenvolvida na Fiocruz “Os trabalhadores invisíveis da Saúde: condições de trabalho e saúde mental no contexto da Covid-19 no Brasil”, coordenada por Maria Helena Machado, e realizada com 21.480 trabalhadores de 2.395 municípios, mostram que existem muitos trabalhadores invisíveis no setor saúde tais como maqueiros, condutores de ambulância, pessoal da manutenção, de apoio operacional, equipe da limpeza, da cozinha, da administração e gestão dos estabelecimentos, que nem são considerados profissionais da saúde. A lista inclui também aos técnicos e auxiliares de enfermagem, de saúde bucal, de radiologia, de laboratório e análises clínicas, agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias (LEONEL, 2022).

Esses trabalhadores são invisibilizados pela gestão, por suas chefias imediatas, pela equipe de saúde e as vezes até pela população que busca atendimento, assistência, isto é, cuidados da saúde. A pesquisa segundo a coordenadora “evidencia uma invisibilidade assustadora e cruel nas instituições, cujo resultado é o adoecimento, o desestímulo em relação ao trabalho e a desesperança” (LEONEL, 2022).

Os dados da presente pesquisa corroboram as informações de invisibilidade em relação aos ACEs, invisibilidade existente antes da pandemia, mas que se acentua com a pandemia devido ao descaso com o fornecimento de EPI, falta de acesso aos testes de Covid-19, não serem considerados trabalhadores da ponta, isto é, da linha de frente e serem esquecidos na lista de vacinação dos profissionais da saúde, entre outras.

Grupos de Risco – Afastamento

Dos ACEs, 46,7% mencionaram pertencer ao grupo de risco. Deste grupo, a grande maioria (71,4%) continuou realizando sua rotina de trabalho normalmente, já que somente os maiores de 60 anos conseguiram afastamento. Os demais, ainda os que apresentavam comorbidades como hipertensão arterial, diabetes, obesidade, nem todos conseguiram afastamento. Mas, os ACEs que se afastaram tiveram descontos salariais, e muitos pediram para voltar a trabalhar. Os relatos dos ACEs assinalam que essas perdas foi somente com os servidores, já que os profissionais que são contratados, por exemplo pela RioSaúde, não tiveram essas perdas.

As notas técnicas emitidas com recomendações para adequação das ações de vigilância e controle de zoonose durante a pandemia da Covid-19, tanto do Ministério da Saúde - Nota

informativa Nº 8/2020-CGARB DEIDT/SVS/MS (BRASIL, 2020f), quanto da Prefeitura do Rio de Janeiro - Nota Técnica S/SUBPAV/SVS Nº 07/2020, do Anexo I da Resolução SMS Nº 4341, de 25 de março de 2020, publicada em 27 de março (RIO DE JANEIRO, 2020b), não fazem menção à necessidade de afastamento dos grupos de risco de ACE, seja por idade ou comorbidade, para a realização das atividades de rotina. Isso demonstra a pouca atenção que foi dispensada às atividades de campo da vigilância em saúde nos territórios da APS durante a pandemia, já que o foco de atenção foi o atendimento aos casos de Covid-19 nas UBS. A falta de normatividade, ocasionou a exposição desnecessária ao contágio dos ACEs com o novo coronavírus, em particular, aos pertencentes ao grupo de risco.

Equipamentos de Proteção Individual – EPI

Quanto aos equipamentos de proteção individuais (EPI) e produtos de higienização distribuídos aos ACEs, 73,3% assinalaram ter recebido álcool gel, 60% máscaras, 30% luvas e um quarto dos ACEs (23,3%) não receberam esses produtos. As máscaras distribuídas foram do tipo cirúrgica em 43,3%, de tecido 30%, N95 em 20%. No início da pandemia houve escassez de máscaras cirúrgicas e outros insumos e equipamentos no Brasil como um todo e foi regularizando-se com o passar dos meses. Inicialmente foram priorizados a distribuição de máscaras para os profissionais da saúde que atendiam pacientes nas UBS. Os depoimentos dos ACEs retratam essas fases da pandemia e a superação do período crítico, ainda que em algumas CAPs o fornecimento continuou deficiente.

Pesquisa realizada no município do Rio de Janeiro com técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos da ESF e Unidades de Pronto Atendimento (UPA), ACEs vinculados à ESF e psicólogos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) revelou que 78,1% receberam EPI (Nogueira et.al., 2021), evidenciando que houve falta de EPI para todas as categorias profissionais durante a pandemia.

O uso de máscaras é um dos itens individuais fundamentais para evitar o contágio com o SARS-CoV-2. Além do tipo de máscara de acordo com a atividade desenvolvida, essencial para que a proteção contra o novo coronavírus seja eficaz, é necessário que a máscara seja usada de forma correta e respeitar o tempo de uso da mesma. Recomenda-se que as máscaras cirúrgicas sejam trocadas a cada 4 horas ou quando estiverem úmidas ou danificadas. Os dados da pesquisa sobre o uso das máscaras pelos agentes de endemias indicam que 40% utilizam as máscaras fora do padrão recomendado, correndo risco de contaminação.

Nos grupos focais, os ACEs manifestaram que há muita desinformação sobre o uso da máscara, nem todos têm utilizado e ainda negam a importância da mesma ou a utilizam de forma inadequada. Quanto à higienização das mãos, os ACEs utilizam mais o álcool 70° pela praticidade de levar na bolsa/mochila, sendo o lavado com água e sabão limitado devido à falta de água nas moradias das favelas.

Diante da falta de planejamento e das limitações na distribuição de máscaras e álcool 70° por parte da prefeitura, os ACEs se encontraram com o problema da manutenção da produtividade. Cobrança pela quantidade de visitas domiciliares vs. qualidade do trabalho com segurança foi o dilema enfrentado pelos ACEs na pandemia.

É importante destacar que a Nota informativa N° 8/2020 do Ministério da Saúde, de 26 março de 2020 (um mês após o registro do primeiro caso no Brasil), que recomenda as adequações das ações de vigilância e controle de zoonose durante a pandemia da Covid-19, não faz menção do uso de máscaras nem do da necessidade do distanciamento social. Só assinala o uso de luvas de látex quando há necessidade do tratamento de criadouros (BRASIL, 2020f).

Já a SMS Rio de Janeiro, na Nota Técnica S/SUBPAV/SVS N° 07/2020, do Anexo I da Resolução SMS N° 4341, de 25 de março de 2020, publicada em 27 de março (RIO DE JANEIRO, 2020b), que orienta a realização das visitas peridomiciliares para as atividades de rotina, recomenda “Utilizar os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) próprios de cada atividade desenvolvida pelo AVS” (ACE). E em seguida há uma observação: “A indicação de uso máscara cirúrgica e luvas de procedimento é apenas para o profissional da saúde no atendimento ao paciente doente”. Não há indicação na nota técnica sobre a necessidade de distanciamento social.

A não explicitação de quais os EPI próprios de cada atividade realizada pelo ACE e a indicação do uso de máscara cirúrgica só para os profissionais que atendem pacientes doentes com Covid-19, gerou muita confusão, e alguns interpretaram que não era obrigatório o uso de máscara, já que por outro lado, não foram distribuídos EPI para os ACEs no período inicial da pandemia. A mesma confusão aconteceu com a falta de orientação sobre a necessidade de distanciamento social. Essas orientações essenciais para os ACEs irem ao campo, seriam também de fundamental importância para que os agentes transmitissem para os moradores.

Trabalho com ACS durante a pandemia

Quanto à inserção dos ACEs na Estratégia de Saúde da Família (ESF), 86,7% responderam que estão inseridos na equipe, mas só um terço atua em conjunto com os Agentes

Comunitários de Saúde (ACS). Durante a pandemia, diminuiu o compartilhamento de conhecimentos e ações no território entre os agentes (26,7%). Nos grupos focais os participantes relataram que a relação com ACS acontece mais na informalidade e por amizade e inclui troca de informação. O ACE forma parte da ESF, mas operacionalmente é do combate à dengue. A integração entre ambos agentes não é fomentada na unidade básica de saúde e existe também falta de integração nas coordenações no nível central. Os ACEs reconhecem a importância da integração entre as duas categorias, mas acreditam que a integração não é fomentada pela diferença no modelo de trabalho, já que os ACEs ficam mais na rua do que na unidade de saúde. No organograma da SMS Rio de Janeiro, os fluxos de ambas as categorias são também diferentes, conforme assinalado no item Gestão do Trabalho (Ver anexos 11 e 12).

Embora os critérios de regulamentação e incorporação do ACE na APS se deu em 2010, Portaria nº 1.007/GM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), diversas experiências mostram que a articulação entre ACE e ACS na prática, evidencia falta de esclarecimento sobre a proposta de integração e inexistência de momentos de aproximação entre ambas as categorias profissionais. Uma das maiores insatisfações apontadas pelos agentes nesse processo é a não existência de uma supervisão que responda sobre a integração, bem como a falta de educação permanente para enfrentar esse desafio (PESSOA et.al., 2016).

A integração é dinâmica e exige reflexão sobre o processo de trabalho que envolve a integração de sujeitos, saberes e práticas diferenciados, sendo indispensável que exista definição de fluxos, competências e responsabilidades nesse processo (LIBANIO et. al., 2014). Mas deve ser ressaltado que é o ACE quem sofre mais nesse movimento: “a integração é vivenciada com mais intensidade pelos ACE, até porque são eles os incorporados em outro contexto, ou seja, incluídos na atenção primária, em especial na ESF” (PESSOA et.al., 2016, p. 2336).

Numa análise do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante a pandemia da Covid-19 (abril e junho 2020), realizado no Brasil todo, Fernandez e colaboradores (2021), por meio de inquérito on-line e netnografia, apontam a intensificação do trabalho, sobretudo administrativa e a “descaracterização da rotina de trabalho com a suspensão das atividades em grupo, de visitas domiciliares e do aumento do tempo interno na Unidade Básica de Saúde” (FERNANDEZ et. al., 2021, p.10). E em depoimentos citados pelos ACSs é possível identificar falas como “Não podemos ter contato físico, entrar nos domicílios, ficamos internos nas unidades por falta de EPIs” (p.10) e “A técnica de trabalho foi diminuída em consequência do risco de contágio” (p.11).

A pesquisa realizada por Nogueira e colaboradores, (2020) com ACSs nos meses de abril e maio, mostra no município do Rio de Janeiro, que houve suspensão de visitas domiciliares em 24,2%, redução de atividades das visitas domiciliares em 66,8%, em 2% o número de visitas aumentou e não houve mudança em 7% (NOGUEIRA et. al., 2020). Já no relatório da pesquisa “Desafios da atenção básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS - estado do Rio de Janeiro”, organizado pela Rede de Pesquisa em APS-ABRASCO, somente 12% dos ACS do estado estavam atuando prioritariamente nos territórios e apenas 8,5% no município do Rio de Janeiro (dados coletados maio e junho 2020) (LIMA et.al. 2020).

No início da pandemia da Covid-19, os ACS foram incorporados nas equipes de fast track nas UBS, segundo consta no Protocolo do Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020g, Anexo 1). Fast track é uma ferramenta de fluxo rápido de triagem e atendimento de casos de Covid-19. Assim, o ACS seria o primeiro contato nessa triagem, teria que dar as primeiras orientações de cuidado aos pacientes que chegam à UBS e preencher um formulário específico.

Os ACSs foram, desse modo, desviados de sua função durante a pandemia da Covid-19, impedidos de ir ao campo ou diminuíram consideravelmente as atividades nessa área. Já os ACEs, pelo contrário, foram todos ao campo, sendo no Rio de Janeiro, os únicos profissionais que desenvolveram atividades no território de atenção primária durante o início da pandemia, correndo risco de contágio, quando não existiam normas para uso de EPI e nem disponibilidade de máscaras, bem como inexistência de normas e protocolos para a realização das visitas domiciliares para o controle das arboviroses. Na época tudo era incerto, e nem as chefias sabiam como proceder. Nesse caos, os ACEs foram os únicos que atuaram na linha de frente no território, continuaram realizando as atividades de rotina como se não tivesse pandemia e ainda foram cobrados por produtividade.

A gestão nas unidades de saúde é da Empresa Pública de Saúde do Rio de Janeiro – RioSaúde, vinculada à SMS/RJ e que atua exclusivamente no âmbito do SUS. A RioSaúde contrata profissionais para trabalharem nas unidades de saúde (médicos, enfermeiros, ACSs e outros), sendo os ACEs praticamente os únicos servidores da SMS/RJ nas unidades básicas de saúde (UBS). As reuniões da ESF são para tratar cuidados, algumas doenças, mas não as arboviroses, nem visitas domiciliares e na maioria das unidades as reuniões são separadas. São poucos os territórios onde o ACS e ACE fazem trabalho conjunto. Segundo os relatos nos grupos focais, durante a pandemia, o pessoal da RioSaúde, entre eles os ACS, não foram mais as residências dos moradores, no entanto os ACEs estiveram sob pressão para realizar as visitas

peridomiciliares. Com a chegada das vacinas para Covid-19, os ACEs estão trabalhando em conjunto com a ESF na campanha de vacinação.

Pelos relatos dos ACEs foi possível identificar as dificuldades da categoria no processo de integração com os ACS e a equipe da ESF e que, somado aos fluxos complexos do ACE que dependem tanto da Coordenação de Dengue (Superintendência da Vigilância em Saúde) quanto da UBS (Coordenadoria Geral da Atenção Primária), ocasionam muita confusão e a sensação de não pertencimento ‘formal’ à equipe e o descaso por parte das chefias. Concordamos, nesse sentido, com Pessoa e colaboradores que assinalam que nessa integração, o ACE vivencia o processo com maior intensidade e sofrimento, porque são eles os incorporados em outro contexto (PESSOA et.al., 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011) evidencia a base territorial organizativa do SUS, dado que reconhece e incorpora múltiplas dimensões da vida (geográfica, política, econômica, demográfica, epidemiológica, cultural e ambiental) para compreensão do processo saúde-doença-cuidado, por meio do reconhecimento e identificação de problemas, vulnerabilidades e necessidades de saúde de populações, para propor estratégias de ação na perspectiva da integralidade do cuidado (BRASIL, 2006).

Do mesmo modo, a Política Nacional de Vigilância em Saúde (BRASIL, 2018b) realça a importância do território como locus de práticas integradas de saúde, cuja materialidade deve ocorrer pela identificação e localização de potencialidades, riscos, causas, danos e vulnerabilidades do lugar, mediada e qualificada com a participação e mobilização da comunidade das áreas de abrangência das equipes de ABS/ESF.

A pesquisa aponta dificuldades interpostas ao trabalho dos Agentes de Combate as Endemias (ACE), em função da pandemia, mas também em momentos anteriores, decorrentes de arranjos organizacionais dos processos de trabalho que, ao mesmo tempo, designam esses agentes da saúde como profissional da ABS/ESF, não oferecem mecanismos de vinculação e pertencimento, que permitam acionar, simultaneamente, responsabilidade sanitária e satisfação laboral, em suas atividades no território junto às equipes de saúde e a comunidade.

O território é matéria prima do trabalho vivo da Atenção Básica e da Vigilância em Saúde. Para Ceccim (2005) “... o território é de inscrição de sentidos no trabalho, por meio do trabalho, para o trabalho (p. 983)”. Nessa perspectiva, o ACE é o profissional de saúde que deve estabelecer, junto com o Agente Comunitário de Saúde (ACS), relações de confiança e reciprocidade junto a população de sua área de atuação, para construção de processos de aprendizagem significativa, onde o papel do território é central, pois, ao tempo em que oferece dispositivos para o cuidado em saúde, aponta os seus limites e abertura à sua superação.

Acesso aos Testes e Vacinas

O acesso aos testes para diagnóstico da Covid-19 foi difícil para todas as categorias. Durante os grupos focais houve reclamação dos ACEs quanto ao direito à realização dos testes para o diagnóstico da Covid-19 nas UBS. Teve ocasião, ao início da pandemia, que foram realizados testes para os trabalhadores na clínica da família, mas os ACEs não foram informados pela gestão da unidade. Souberam indiretamente por um ACS. Alguns agentes se contaminaram com o novo coronavírus e não tiveram direito ao teste.

Da mesma forma, quando começou a vacinação de profissionais de saúde no município do Rio de Janeiro, em janeiro de 2021, teve unidade de saúde onde os ACEs não constavam na lista de vacinação, segundo os ACEs, pelo fato de não serem trabalhadores da RioSaúde. Houve necessidade de ligar para a CAP onde foi informado que poderiam incluir aos ACEs na lista, conforme orientação do secretário de saúde. Em algumas UBS houve dúvidas se os ACEs faziam parte da linha de frente. Os ACEs lamentaram que sejam ‘agentes invisíveis’ e fiquem esquecidos nas unidades de saúde. Esse acontecimento mostra a necessidade de aprimorar a comunicação entre a coordenação da SMS, CAP e UBS e a dificuldade na gestão de pessoas com vínculos da SMS, da RioSaúde e da OS.

A maioria dos participantes ressaltou a importância da vacinação, mas houve depoimento no sentido de ser impelido pelos colegas para ser vacinado, já que não faria questão de receber a vacina. E o receio é porque a vacina foi desenvolvida em pouco tempo, ser muito recente e que seria prudente esperar um tempo.

Segundo depoimento dos ACEs, pelo fato dos profissionais das unidades de saúde serem quase todos da RioSaúde (médicos, enfermeiros, técnicos, ACS) e os ACEs serem praticamente os únicos que têm vínculo com a SMS, estes são esquecidos dos repasses das informações nas UBS. O modelo de Organizações Sociais na administração da atenção primária na cidade do Rio de Janeiro não indica, segundo alguns estudos, eficiência na organização do trabalho e na redução de indicadores (RAMOS & SETA, 2019). E mais recentemente o investimento na empresa pública RioSaúde tornou-se uma outra forma de organização do trabalho, que com a Administração Direta, coabitam a contratualização dos trabalhadores da saúde. Os relatos apontam para uma confusa organização do trabalho no que tange ao acesso de informação, e uma assimetria no cuidado e proteção do trabalhador, observado no afastamento dos grupos de risco, na informação da disponibilidade de testes e na priorização na vacinação.

Informação, Comunicação e Educação em Saúde

Ação educativa e informação

A principal ação desempenhada pelos ACEs durante a pandemia foi a atividade educacional (100%) realizada durante a visita domiciliar. As atividades educacionais grupais não aconteceram em 79,3% dos territórios, devido à possibilidade de contágio com o novo coronavírus. Houve redução das atividades em grupo em 13,8% e também alteração na realização dessa atividade que aconteceu no formato virtual (13,8%).

Durante as visitas domiciliares, as informações solicitadas pelos moradores aos ACEs estiveram relacionadas à chegada da pandemia, evento novo, inusitado, que modificou a vida da população. Assim as dúvidas referentes à Covid-19 (66,7%) e ao novo coronavírus (SARS-CoV-2) (40%) foram as mais frequentes. As pessoas continuaram perguntando sobre os vetores (30%) e as arboviroses (23,3%), mas em menor proporção. Quando indagados os agentes de endemias sobre os problemas em repassar informações sobre a Covid-19 e o novo coronavírus, 60% responderam que têm facilidade para repassar essas informações, mas 30% tiveram dificuldade e 10% referiram não informar à população.

Os meios de comunicação mais adequados para informar à população sobre arbovirose e Covid-19 durante a pandemia, segundo 80% dos ACEs são as redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter), seguidos do Whatsapp (76,3%). Foi destacado que essas novas tecnologias são muito importantes, mas que nem toda a população tem acesso as mesmas. Outros meios de informação assinalados pelos ACEs foram carro de som (53,3%) e folder (50%). Destacaram também os programas de vídeos e rádio (40% e 36,7%, respectivamente) e cartilhas (33,3%).

O Documento denominado “O Combate à Covid 19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis: Propostas imediatas e estratégias de ação na perspectiva do direito à Cidade e da justiça social”, assinado por mais de 80 Coletivos, Sindicatos, Movimentos sociais e Associações de moradores, destaca a importância da realização de medidas educativas dirigidas sobretudo às populações vulneráveis. O documento menciona a importância de uma ampla campanha de informação para a prevenção da Covid-19, sendo fundamental materiais didáticos em diversas linguagens (pequenos vídeos, panfletos, cartilhas etc.), voltados para grupos sociais específicos como moradores de favelas, pessoas em situação de rua, trabalhadores informais e que levem em conta as diferentes culturas regionais (O COMBATE, 2020).

Assinala também, a importância das tecnologias digitais e as formas de comunicação verbal como rádios comunitárias, alto falantes, colagens em muros e projeções em fachadas de prédios em locais de aglomeração. Destaca a necessidade de informar claramente que a Covid-

19 é diferente de outras doenças, criar rede de comunicação com apoio técnico das instituições de saúde para filtrar e verificar em tempo real as informações compartilhadas em redes sociais para as periferias e obrigar as empresas provedoras de fibra ótica a garantia de acesso livre e universal à internet (O COMBATE, 2020).

Quanto ao acesso de informações de moradores com Covid-19 ou seus contatos no território de atuação, mais da metade de ACEs respondeu que não recebem informações (65,5%). A informação de domicílios com casos positivos procede da população em 20,7%, do ACS em 17,2% e da UBS em 13,8%. Já em relação às arboviroses (dengue, zika, chikungunya) no território, 70% responderam ter informação a partir do local do trabalho.

Os dados retratam que são os setores ligados à vigilância em saúde, em particular as vigilâncias ambiental e epidemiológica que informam aos ACEs da existência de doentes com arboviroses no seu território de atuação. No entanto, os ACEs têm poucas informações sobre os casos da Covid-19, dados que estão ligados diretamente à assistência. Nesse cenário, os moradores do território são a principal fonte de informação de casos da Covid-19. Nos grupos focais os ACEs referiram que não existem ou não são disponibilizados mapas do território com as pessoas que têm doenças infecciosas e pertencem ao grupo de risco devido à pouca articulação com os ACSs. Em consequência, o processo de trabalho do ACE se torna mais complexo e com maiores probabilidades de exposição ao contágio durante as atividades efetuadas na pandemia.

Qualificação dos ACE durante a pandemia

A grande maioria dos agentes de endemias (93,3%) não recebeu capacitação sobre Covid-19 durante a pandemia. Os ACEs tiveram que procurar informação por conta própria, sendo os principais meios de comunicação a televisão (83,3%) e sites ou blogs na web (73,3%). Outros meios consultados foram jornais (43,3%), seguidos das redes sociais (Facebook, Instagram, Twitter) com 36,7%, rádio (33,37%), Whatsapp (30%) e Youtube (26,7%). Os ACEs mencionaram que houve muitas informações divergentes entre o governo e a mídia e que a prefeitura além de não oferecer capacitação, não forneceu orientação nem informativos.

Os principais temas e/ou conteúdos que os ACEs gostariam de aprofundar sobre a pandemia durante as capacitações foram: Sinais e sintomas da Covid-19 (93,3%), cuidados específicos para pessoas do grupo de risco (90%), cuidados domiciliares durante o isolamento social, formas de transmissão da Covid-19, tempo de sobrevivência do novo coronavírus nas diversas superfícies e no ar, estes 3 últimos temas com 86,7%, Rede de atendimento do SUS

para os casos da Covid-19 (83,3%), Formas de prevenção da Covid-19 (80%), Cuidados no uso do transporte público (73,3%).

Em momentos de emergência sanitária internacional, como foi o caso da Covid-19, tanto a capacitação como o material informativo poderiam ter facilitado e qualificado a atuação dos ACEs nos territórios, bem como diminuído a apreensão sobre como lidar com uma doença nova. Mas os ACEs não foram os únicos que não receberam capacitação sobre Covid-19. Pesquisa realizada com profissionais de saúde da atenção básica mostra que 50,2% dos profissionais que responderam a questionário on-line receberam capacitação sobre Covid-19, no estado do Rio de Janeiro, e no Brasil o percentual foi de 54,2% (LIMA et.al., 2020). Os dados indicam que quase a metade dos profissionais da atenção básica, incluindo os que prestam atenção direta a pacientes com Covid-19, não tiveram capacitação, o que mostra o despreparo que houve por parte das autoridades em todas as instâncias para enfrentar uma crise sanitária mundial.

Em relação à capacitação dos ACS, pesquisa no município do Rio de Janeiro, revelou que só 10,5% receberam capacitação adequada, 31% tiveram capacitação insuficiente e 58,5% não receberam qualificação (NOGUEIRA et.al., 2020). Esses dados contrastam com os dados da presente pesquisa na qual 93,3% dos ACEs não receberam capacitação. Embora os ACEs formem parte da equipe da ESF ao igual que os ACS, os dados indicam que os ACS receberam capacitação por estarem ligados a área de atenção, mas que os ACEs não foram considerados na qualificação devido que são considerados da área da vigilância em saúde.

Mobilização Social e Intersetorialidade

Da mesma forma que as ações educacionais em grupo foram suspensas, na sua grande maioria no território, para evitar o contágio com o novo coronavírus e a propagação da Covid-19, as atividades de mobilização para o controle das arboviroses junto às organizações da sociedade civil (movimentos sociais, associação de moradores, ONG, lideranças, outros) não foram efetuadas em 93,1% durante a pandemia. Nos grupos focais foi relatado que durante a pandemia houve mobilização no território, partindo de atores locais, para fins de arrecadação de alimentos e distribuição de quentinhas.

A pandemia fortaleceu laços comunitários no tocante a solidariedade, a cooperação e o trabalho comunitário entre a população em vulnerabilidade, principalmente entre as classes populares, por conta da crise sanitária, econômica e social. Perante o sofrimento causado pela pandemia, as comunidades revelaram uma grande capacidade para se organizarem em

condições mais adversas, de modo a garantir a proteção minimamente eficaz de seus membros (SANTOS, 2021).

A mobilização social no enfrentamento das arboviroses é uma ação que está dentro do escopo do trabalho do ACE e é realizada no cotidiano das ações no território. Tem um caráter formal associado às ações de educação e comunicação em saúde, organizadas no interior da secretária municipal de saúde e realizadas principalmente em períodos de campanha e alta de casos. Também há a mobilização social em um caráter da prática e da política, onde o ACE é um ator político nos territórios de atuação e precisa estar em constante relação com outros atores como lideranças comunitárias, coletivos, trabalhadores de outros setores de governo, associações comerciais, etc.

E embora os ACEs conheçam bem seu território e são atores do mesmo, falta autonomia para atuação. A organização burocrática das atividades dos ACEs distribuída em funções e metas específicas, engessam a atuação em conjunto com os atores do território. Em algumas CAPs os ACEs têm mais autonomia, já que existem mecanismos de comunicação, mas ainda assim a atuação de mobilização do ACE fica limitada. Desde antes da pandemia os ACEs manifestaram que existe muita cobrança pelo seu trabalho já que é um profissional da linha de frente. Além da cobrança de dentro do setor saúde, existe a cobrança por parte da associação de moradores, dos próprios moradores e das lideranças.

Quanto ao trabalho intersetorial para o enfrentamento das arboviroses e da Covid-19, quase a totalidade dos ACEs (96,6%) assinalaram que, durante a pandemia, não realizaram trabalho com outros setores do governo como educação, cultura, meio ambiente, limpeza urbana e outros. Uma minoria (3,4%) apontou articulação com a Companhia Municipal de Limpeza Urbana (Comlurb) e com a Companhia Estadual de Águas e Esgotos (CEDAE). Embora o contato oficial com o órgão seja feito pela CAP, o contato inicial é feito, de maneira informal, com os trabalhadores da companhia com os quais se têm laços de amizade no território. Porém, é também destacado, que ainda existe muita dificuldade nas interações com os setores/companhias que atendem às necessidades primordiais, sejam da própria prefeitura ou de setores privados.

Nos grupos focais os ACEs referiram que a intersetorialidade acontece só no papel, que é uma utopia. Há muita dificuldade de articular com os diferentes setores. Tenta-se coordenar por meio dos movimentos sociais, mas estes também têm dificuldades na articulação com os setores.

O território é um espaço definido e delimitado por e através de relações de poder (SOUZA, 2006). Poder é o conceito chave para entender o significado de território. Expressa a

possibilidade de exercer mando, julgo ou imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos, instituições. Tem sido exercitado, para além da sua contribuição na definição do Estado, como característica singular de todos os atores sociais que usam e disputam ideias, intenções e desejos no espaço coletivo ou particular (FERNANDES et al., 2018). O ACE é um ator social nessa arena onde as relações de poder são materializadas no território, e sua ação, ou seja, colocar em evidência os riscos e vulnerabilidades para intervenção do setor saúde, materializado na promoção à mobilização social ou ao trabalho intersetorial, necessita entrar em disputa com os diversos interesses sociais.

Fernandes e colabores (2017) ao refletirem sobre o processo comunicacional da Vigilância em Saúde com a sociedade no território e a observância dos princípios de democracia e participação que pautam o campo, enfatizam que os programas e ações de Vigilância em Saúde devem ser permeados e renovados pelos princípios da mobilização e participação plena desde a concepção, implementação, monitoramento e avaliação para conseguir superar a atuação episódica durante as crises sanitárias. Ressaltam que é necessária a identificação de grupos e ações de comunicação no território para legitimar os saberes locais e que a mobilização deve ser pensada como um fluxo de diálogos. Assim, todas as vozes do território devem ser valorizadas para alcançar objetivos em comum, sendo fundamental o empoderamento da população na tomada de decisões. Apontam também o desafio da incorporação de novas tecnologias de informação para o enfrentamento das emergências sanitárias e da vigilância em saúde (FERNANDES et. al., 2017).

A proposta de Vigilância em Saúde incorpora a horizontalidade de saberes e práticas, e imprime novas formas de relação no âmbito do trabalho em saúde (FERNANDES et. al., 2017; MONKEN; BARCELLOS, 2007). As ações de vigilância em saúde desenvolvidas pelos ACEs no território, pressupõem atividades onde o diálogo com a população (associação de moradores, movimentos sociais, ONG, lideranças, moradores) e, com outros setores, é fundamental para a identificação das necessidades de saúde, para o planejamento de ações e o enfrentamento das arboviroses como um todo.

O trabalho do ACE em territórios, quando articulado aos de outros profissionais de saúde, aponta a possibilidade de estruturar redes colaborativas comunitárias, com foco na territorialização, como processo de aprendizagem sobre condições de vida e situação de saúde. A perspectiva da pedagogia do território, apreendida e ensinada no cotidiano do trabalho dos ACE, só poderá ser consolidada se estes profissionais, portadores de habilidades e competências singulares, receberem apoio, respeito e credibilidade de gestores e da população para

implementação ações de vigilância, promoção e proteção da saúde (GONDIM; MONKEN, 2018; GONDIM; MONKEN, 2009; GONDIM et al 2008).

É tarefa relevante e primordial dos ACE identificar redes sociais e atores locais no território para consolidar a vigilância em saúde como ação de saúde pública, que exige cooperação e mobilização social, de modo a incorporar, no âmbito do setor saúde e em particular da ABS/ESF, práticas e tecnologias advindas de vivências/experiência comunitárias, ampliando a comunicação entre população, profissionais de saúde, gestores e academia, para assegurar maior resolutividade e integralidade às intervenções em saúde.

Em relação ao desafio das novas tecnologias, Silveira e colaboradores, realizaram estudo, em Minas Gerais, que envolveu o processo de elaboração de uma plataforma virtual, numa proposta de mobilização social que envolveu a criação de comitês populares nos territórios para o enfrentamento da dengue, zika e chikungunya. A plataforma virtual representou uma forma de concretizar o discurso da promoção da saúde e a discussão da saúde enquanto produto social. Os resultados apontaram a plataforma virtual como uma ferramenta que pode contribuir com a comunicação e informação em saúde na Proposta de Vigilância Comunitária em Saúde, visando à mobilização social no enfrentamento das arboviroses (SILVEIRA et. al., 2021).

Percepção dos ACEs durante a pandemia

Possibilidade de Epidemia de arbovirose na pandemia da Covid-19

Quanto à possibilidade de ocorrência de epidemia de arboviroses (dengue, zika, chikungunya) durante a pandemia da Covid-19, 80% dos ACEs acreditaram que era possível que aconteça e 20% opinaram negativamente. Os ACEs relataram que poderia ter sido uma coincidência não ter tido casos de arboviroses, e que se aconteceram, a notificação não chegou por algum motivo, levando à subnotificação. Foi cogitado também que como as pessoas estão mais tempo em casa voluntariamente, talvez estejam cuidando melhor do ambiente de moradia. Os ACEs acreditam que nos serviços de saúde se dá prioridade ao diagnóstico do que é emergente, no caso a Covid-19, que é o que está 'na moda'. O que é sazonal é relegado a segundo plano. Houve reflexão no sentido que poderia ter acontecido falta de diagnóstico já que os sintomas das arboviroses, tanto da dengue, chikungunya e zika, são parecidos aos da Covid-19. Febre, dor de cabeça, hoje é visto como Covid, já que o foco é Covid, e o diagnóstico tende a ser repetido para todas as pessoas com as mesmas sintomatologias. Sendo doenças

parecidas não se investiga a possibilidade de ocorrer uma arbovirose durante a pandemia da Covid-19.

A infestação do mosquito continua no território, então o problema é o diagnóstico na unidade de saúde. Quando uma pessoa sintomática testa negativo para Covid, os ACEs se perguntam se é realizado outro exame para diagnosticar outra doença como arbovirose. Os ACEs alertaram que as arboviroses não sumiram e que se deve estar atento ao início do período de chuvas.

No Brasil, durante a e pandemia da Covid-19, não houve epidemia de arboviroses nos anos 2020 e 2021. No caso da dengue, em 2020, os casos começaram a diminuir na semana epidemiológica (SE) 12 (15/03 a 21/03/2020) (Figura 1) (BRASIL, 2020b). Essa diminuição coincide com o diagnóstico do primeiro caso de Covid-19 no Brasil (26/02/2020) e a circulação do vírus no Brasil. Em relação à dengue, até a SE 53 foram notificados 987.173 casos prováveis (taxa de incidência de 469,8 casos/ 100 mil hab.). A região Centro-Oeste apresentou a maior incidência com 1.212,1 casos/ 100 mil hab.) (BRASIL, 2021j).

Ainda em 2020, em relação à chikungunya, até a semana 53, foram notificados 82.419 casos prováveis (taxa de incidência de 39,2 casos/ 100 mil hab.), sendo a maior quantidade de casos registrada na região Nordeste (taxa de incidência de 103,4 casos /100 hab.). Os casos notificados da Zika até a SE 51 foram 7.387 casos prováveis (taxa de incidência de 3,5 casos /100 mil hab.). A região mais atingida foi o Nordeste com taxa de incidência de 9,2 casos/ 100 mil hab.) (BRASIL, 2021j).

Em 2021, houve redução de casos de dengue registrados em 42,6% em relação ao mesmo período de 2020 (Figura 2) (BRASIL, 2022). Até a semana 52, houve 544,460 casos prováveis (taxa de incidência de 255,2 casos por 100 mil hab.). A região Centro Oeste apresentou a maior taxa de incidência com 639,5 casos /100 mil hab.

Já em relação à chikungunya, houve aumento no número de casos de janeiro a dezembro de 2021, o que representa um aumento de 32,7% em relação ao mesmo período de 2020. Ocorreram 96.288 casos prováveis (taxa de incidência de 45,1 casos/100 mil hab.). A região Nordeste teve a maior incidência (115,7 casos/100 mil hab.) (BRASIL, 2022). Quanto à zika, houve diminuição de 12% de casos em relação a 2020. Ocorreram 6.483 casos prováveis (taxa de incidência de 3 casos/ 100 mil hab.) (BRASIL, 2022).

A diminuição de casos observada a partir da SE 12 de 2020 em diante, pode ser atribuída, segundo o Ministério da Saúde, à mobilização que as equipes de vigilância epidemiológica estaduais fizeram diante do enfrentamento da emergência da pandemia do coronavírus, ocasionando um atraso ou subnotificação dos casos das arboviroses. Outro fator

importante estaria associado ao temor da população de procurar atendimento nas unidades de saúde (BRASIL, 2020b, BRASIL, 2021j).

A SMS do Rio de Janeiro enfrentou os mesmos problemas apontados pelo Ministério da Saúde e a SES RJ quanto à produção de dados durante a pandemia. Dessa maneira, a cidade do Rio de Janeiro, em 2020, notificou apenas 1.206 casos de dengue, no entanto em 2019 foram 17.731 casos registrados. Em 2021 houve ainda outra diminuição, sendo 932 os registros de casos e houve 1 óbito (SMSRJ, 2019; SMSRJ, 2020c; SMSRJ, 2021; SMSRJ, 2022b).

Diversos autores têm explicado a não ocorrência da epidemia das arboviroses durante a pandemia da Covid-19. Nacher e colaboradores (2020) manifestam que com as medidas de bloqueio (lockdown)/ distanciamento social as pessoas têm ficado no domicílio e o risco de infecção por dengue pode ter aumentado, mas as pessoas não solicitaram atendimento por medo ao contágio com o SARS-CoV-2 nas unidades de saúde. E acrescentam que estudos de modelagem sugerem que o aumento dos movimentos populacionais pode aumentar o risco de epidemia de dengue. Nesse sentido, com as medidas de relaxamento do distanciamento social durante a pandemia pode ser acelerada ainda mais a circulação dos vírus da dengue pelos mosquitos, podendo causar impactos epidêmicos difíceis de prever (NACHER, et. al., 2020).

Nicolelis e colaboradores (2020) por outro lado, observaram irregularidades na evolução temporal da forma como a Covid-19 se espalhou pelas regiões brasileiras que não seguiam o padrão de propagação espacial esperado seguindo o fluxo de tráfego da cidade de São Paulo, considerada a ‘superespalhadora’ da doença. Após descartarem uma série de fatores, levantaram a hipótese que o vírus SARS-CoV-2 e DENV competem pelo mesmo pool de susceptíveis. Nessa competição, o novo coronavírus teria uma clara vantagem competitiva já que se dissemina mais rapidamente porque se transmite de pessoa a pessoa é infecta maior número de susceptíveis, em territórios maiores, sobretudo nas grandes cidades. Inversamente, em cidades médias e pequenas, o vírus da dengue, que depende de um vetor que vive sobre certas condições climáticas, pode infectar grande proporção de população susceptível, e de acordo com a hipótese, pode proteger de adquirir Covid-19. Os autores sugerem que essa seria a primeira evidência imunológica de um potencial genuíno de reatividade cruzada (heteróloga) entre os vírus DENV e SARS-CoV-2 e que um único episódio de dengue poderia ser suficiente para gerar algum nível de imunidade cruzada, de longo prazo, mediada por IgG com Covid-19 (NICOLELIS et. al., 2020).

Existem também evidências de coinfeção de Covid-19 com arboviroses. O primeiro caso relatado de coinfeção foi em outubro de 2020, em Brasília, e foi feito com RT-qPCR para diagnosticar SARS-CoV-2 (Covid-19) e com exames específicos para diagnosticar dengue

como RT-qPCR para DENV, NS1 e anticorpos IgM e IgG para dengue. O caso mostra que em época de pandemia, ter o diagnóstico de uma infecção não exclui a possibilidade de ter concomitantemente outra infecção. Ressalta-se também a importância de um diagnóstico preciso e oportuno, com investigação laboratorial completa, tanto para dengue quanto para Covid-19, em territórios onde há circulação do vírus da dengue (BICUDO et.al., 2020).

Em revisão sistemática de 13 artigos de estudos de caso realizada durante 2020, Tsheten e colaboradores assinalam que a coinfeção por Covid-19 e Dengue está associada a uma doença grave com consequências mortais e enfatizam a importância de um diagnóstico preciso e oportuno utilizando testes específicos para vírus. E acrescentam que América Latina tem probabilidade de ser uma das regiões do mundo onde a coinfeção por dengue e SARS-CoV-2 represente importante ameaça à saúde pública (TSHETEN et. al., 2021).

Percepção sobre o Processo Saúde Doença da Covid-19

Quanto à percepção sobre o processo saúde doença no caso da Covid-19, os ACEs manifestaram que o adoecimento depende muito da imunidade da pessoa, da presença de comorbidade e dos cuidados preventivos adotados para não se contaminar com o SARS-CoV-2, mas enfatizaram também que a mídia teve um papel importante gerando muito medo nas pessoas. Além disso, assinalaram que as novas variantes irão ocorrer com frequência como aconteceu com a influenza.

Pelo fato da Covid-19 ser doença nova, o uso da máscara como método preventivo para se proteger da contaminação pelo SARS-CoV-2 não foi nada fácil para os ACEs, já que a população brasileira, a diferença de outros países, como no Oriente, não está acostumada a seu uso. Eles tiveram, ao início da pandemia, o dilema de entrar no território e na casa do morador estando de máscara, já que o morador o recebia sem máscara, e o ACE, além da máscara, as vezes ia todo paramentado com luvas, face shield e se sentia como um ET.

No questionário foram mencionados diversos tipos de emoções negativas durante a pandemia, como sentir-se angustiado/ansioso (63,3%), inseguro (56,7%), com medo (40%), mais irritado (33,3%). Outras emoções ou problemas relatados foram dificuldade para manter a concentração (26,7%), tristeza (20%), desamparo (13,3%). Alguns ACEs (23,3%) responderam sentir-se igual como antes da pandemia. O predomínio das emoções negativas que provocam estresse e angústia, era de se esperar nos ACEs como foi na população em geral. No caso dos ACEs essas emoções negativas acentuam-se pelo fato de ter que trabalhar no território de favelas, diretamente com a população que não se protege adequadamente, estando assim

expostos, cotidianamente, ao risco de contágio com um vírus novo, pouco conhecido, que pode causar sintomas graves e levar ao óbito. A saturação dos serviços de saúde, sobretudo das UTIs, a não existência de medicamentos e a não disponibilidade de vacinas em 2020 (o questionário foi aplicado em dezembro 2020) aumentaram também o medo e a angústia.

Houve também resposta de ter ficado ‘mais observador, atento, precavido, diria com medo controlado’ (3,3%) indicando que apesar das dificuldades enfrentadas durante a pandemia da Covid-19, uma emoção negativa como o medo, isto é, a angústia devido à percepção de um perigo, esta pode ser transformada, aumentando a consciência e ajudando a focar no problema. É importante destacar que houve depoimentos de não sentir medo, nem pânico, em relação à Covid-19 pelo fato de morar em comunidade e que o importante é tomar todas as precauções para não ser contaminado. O medo que foi sentido foi um medo catalogado como ‘normal’ ou ‘medo que se tem todos os dias’. Esse medo, quando não é por uma doença, é ocasionado pela violência no território.

Os ACEs tiveram consciência e responsabilidade de que indo para a rua podiam contaminar o outro, caso eles fossem assintomáticos, e também se contaminar e levar a doença para dentro do próprio domicílio. Muitos ACEs manifestaram alívio de não ter transmitido para ninguém o novo coronavírus, senão teriam sentimento de culpa. Mais da metade dos agentes de endemias (53,3%) moram com familiares que pertencem ao grupo de risco, sobretudo idosos, hipertensos, diabéticos.

Em relação à qualidade do sono, mais da metade (56,7%) assinalaram não ter modificado o padrão do sono, mas percentual significativo (40%) mencionou ter piorado a qualidade do sono.

Nogueira e colaboradores (2021) identificaram em pesquisa feita no Rio de Janeiro, entre abril e outubro de 2020, com técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, ACEs e psicólogos que trabalham na ESF, UPA e CAPS (Centro de Atendimento Psicossocial) que 85,9% tiveram algum sentimento/emoção considerado como abalo emocional devido à pandemia, sendo a tristeza (65,4%) a mais prevalente (Nogueira et.al, 2021).

A pandemia da Covid-19 tem ocasionado problemas de saúde mental à população como um todo e em particular aos profissionais de saúde que estão na linha de frente dos cuidados. A criação de estratégias visando a promoção da saúde mental, o acolhimento das demandas desses profissionais e o fornecimento de apoio emocional por longos períodos têm se tornado urgente durante a pandemia. E nesse sentido, gestores de instituições de saúde articulados com os níveis governamentais devem procurar soluções que minimizem o desgaste psicossocial dos profissionais da saúde (DANTAS, 2021).

É importante destacar que houve depoimentos nos grupos focais onde é possível identificar a resiliência psicológica, isto é, a superação de situações complexas ou de risco, no caso o medo e a angústia ao contágio pelo novo coronavírus, com desenvolvimento saudável, mostrando a adaptação da pessoa à presença de estressores. É importante destacar que a resiliência abrange mecanismos emocionais, cognitivos e socioculturais (DANTAS, 2021). Nos depoimentos alguns ACEs relataram a compreensão dos fatores de risco e a vulnerabilidade vivenciada nas favelas, não só os vinculados à Covid-19, mas, sobretudo os relacionados à violência cotidiana, a falta de infraestrutura sanitária, e aos riscos psicossociais ligados às condições e organização do processo de trabalho como o cumprimento da produtividade durante a pandemia quando não eram fornecidos EPI aos ACEs e os moradores os recebiam sem máscaras nas visitas domiciliares.

Outro tema que surgiu nos grupos focais foi o desemprego. Muitos familiares e amigos dos ACEs perderam os empregos durante a pandemia e quando há desemprego não há ninguém sadio, mencionaram. As dívidas se acumulam e afeta o lado psicológico e ficam fragilizados. Alguns ACEs tiveram a percepção, tanto no território, como com amigos e com eles mesmos, da necessidade de procurar tratamento psicológico e psiquiátrico devido ao abalo emocional causado pela pandemia e as perdas das pessoas queridas como familiares e amigos. Referiram que muitas pessoas estão em tratamento fazendo análise.

Também foi mencionado no grupo focal que além do desemprego, do impacto econômico, da inflação, dos salários congelados sem reajuste, houve, em plena pandemia, aumento na alíquota de desconto da previdência para os servidores, impactando nos proventos. E foi acrescentada que a pandemia transcende a questão física, tem muito a questão emocional e de medo do futuro por não saber o que vai acontecer. O trabalhador se pergunta como desenvolver suas atividades no dia a dia diante de tantos riscos econômicos, biológicos, psicológicos e ainda com aumento da cobrança por informações sem ter recebido qualificação.

Alguns cientistas defendem que a Covid-19 não é uma pandemia e sim uma Sindemia. Na pandemia, a estratégia tem sido cortar as vias de transmissão do SARS-CoV-2, mas a Covid-19 tem mostrado ser uma doença mais complexa e essa abordagem é limitada para deter o avanço da doença. Em publicação de setembro de 2020, Horton, editor-chefe da revista Lancet assinala que a Covid-19 é uma Sindemia (HORTON, 2020). O termo ‘Sindemia’ foi cunhado pelo antropólogo médico americano Merrill Singer nos anos 90 para explicar que duas ou mais doenças interagem de tal forma que se potencializam e causam maiores danos do que a soma dessas doenças e que esse impacto é também facilitado pelas condições sociais e ambientais que tornam a população mais vulnerável ao impacto (PLITT, 2020).

Horton menciona que na sindemia da Covid-19, as duas categorias que estariam interagindo dentro de populações específicas seriam a infecção pelo SARS-CoV-2 e uma série de doenças não transmissíveis, como hipertensão, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas, câncer (HORTON, 2020). Mendenhall (2020) acrescenta que nos Estados Unidos, o racismo sistêmico, a desconfiança na ciência e na liderança, e o sistema de saúde fragmentado tem impulsionado a disseminação e interação com o vírus (MENDENHALL, 2020). É importante destacar, que no caso do Brasil, vários autores apontam os riscos do negacionismo científico como causante do aumento de casos, de óbitos e de subnotificação (CAPONI, 2020), além de impedir o consenso por parte da população sobre a necessidade do distanciamento social, fechamento de negócios, uso de EPI, sobretudo nas populações de baixa renda (ROSÁRIO et al, 2021).

Em 2017, Singer e colaboradores, assinalaram que entre as interações adversas na sindemia encontram-se doenças de todo tipo como as doenças infecciosas em geral, além das crônicas não transmissíveis, problemas de saúde mental, condições comportamentais, exposições tóxicas e desnutrição. Elas são mais prováveis de emergir em condições de desigualdade em saúde causadas pela pobreza, estigmatização, estresse ou violência estrutural que aumentam as vulnerabilidades (SINGER et al., 2017).

Singer em entrevista da BBC News Mundo (2020) assinalou: “Se realmente queremos acabar com esta pandemia cujos efeitos têm sido devastadores nas pessoas, na saúde, na economia ou com futuras pandemias de doenças infecciosas (vimos uma após a outra cada vez mais frequente: Aids, ebola, Sars, zika e Covid-19) a lição é que temos que lidar com as condições subjacentes que tornam uma sindemia possível”. E acrescenta “Temos que lidar com os fatores estruturais que dificultam o acesso dos pobres à saúde ou a uma alimentação adequada” (PLITT, 2020). Horton, por outro lado, assinala que “a menos que governos elaborem políticas e programas para reverter profundas disparidades sociais, nossas sociedades nunca estarão verdadeiramente protegidas da Covid-19” (HORTON, 2020).

É importante destacar também, que Singer (2017), alertou sobre o potencial de desenvolvimento global de sindemias de arboviroses devido à propagação do vírus Zika (SINGER, 2017). Tanto a Covid-19 como as arboviroses são consideradas sindemias e compartilham, conseqüentemente, as mesmas condições para o seu desenvolvimento, propagação e agravamento. Além do mais, o diagnóstico diferencial entre essas doenças é difícil de ser realizado já que os sintomas clínicos e os achados laboratoriais são semelhantes, mas tem manejo clínico diferenciado. Diversos estudos têm alertado sobre a possibilidade de ocorrência da circulação simultânea do SARS-CoV-2 e do vírus da dengue e os impactos nos frágeis

sistemas de saúde, na saúde pública e nas populações mais vulneráveis, tanto durante a pandemia da Covid-19 como em situação endêmica (RIBEIRO; TELLES; TUON, 2020; NACHER et.al, 2020).

Os ACEs, durante a pandemia, atuaram no enfrentamento de várias sindemias simultaneamente, a Covid-19 e as arboviroses. Muitos pertencem aos grupos de risco por idade e/ou comorbidade e estiveram expostos ao risco de contágio pelo SARS-CoV-2, sem segurança, nas atividades cotidianas das visitas domiciliares, nas ruas e no transporte, sofrendo medo e estresse, além de estarem expostos aos agrotóxicos. Essas condições adversas colocam os ACEs como grupo vulnerável durante a pandemia.

VII. PROBLEMAS E SUGESTÕES APONTADOS PELOS ACES DURANTE A PRÉ-PANDEMIA E PANDEMIA DA COVID-19

A seguir serão apresentados os principais problemas e sugestões apontados pelos ACEs durante os grupos focais e a oficina de sistematização de informações e elaboração de sugestões. Os problemas e recomendações listados pelos ACEs, abrangem os períodos pré-pandemia e pandemia (2020 – 2021) da Covid-19. Analisar o período pré-pandemia é necessário para a compreensão da gestão e processo de trabalho no cotidiano desses trabalhadores. A análise da gestão e o processo de trabalho dos ACEs na pré-pandemia são necessários para compreender o cotidiano desses trabalhadores e os desafios e situações vivenciados durante a pandemia.

| PRÉ-PANDEMIA (COTIDIANO) | |
|---|---|
| Problemas | Sugestões |
| Gestão e Processo de Trabalho | |
| <ul style="list-style-type: none"> -Não valorização do trabalho do ACE; -Insatisfação e desânimo pela rotina de trabalho e sensação de ‘enxugar gelo’; -Iniciativas dos ACEs não são consideradas, são cortadas. | <ul style="list-style-type: none"> -Gestores devem propiciar mudanças no processo de trabalho com participação dos ACEs na sua implementação e desenvolvimento; -Organização de espaço de cogestão coletiva entre Coordenação SMS/CAP/UBS e ACEs; -Refletir e propiciar o estabelecimento de novas estratégias de gestão, novas estruturas organizacionais e novas concepções sobre as práticas em saúde pública, em particular para os ACEs; -Desenvolvimento de atividades para além das visitas domiciliares e controle dos mosquitos, aproveitando a capacitação técnica recebida em vigilância em saúde; -Fomentar o manejo integrado de vetores (MIV); -Valorização do trabalho do ACE pela UBS/CAP; -Ênfase nas atividades educativas, de mobilização social e articulação intersetorial no território; -Consideração às iniciativas propostas pelos ACEs -Educação permanente para aprimoramento do trabalho |

| | |
|---|--|
| Não reconhecimento do saber dos ACEs sobre o território | -Valorização do ACE e reconhecimento do saber e do trabalho do ACE sobre o território -Participação na gestão do cotidiano das atividades em saúde com a finalidade de tomar decisões coletivas para resolução dos problemas no território -Realização de atividades educativas relacionadas aos riscos, vulnerabilidades e outras doenças, além das arboviroses |
| Falta de insumos para enfrentamento das arboviroses | Recebimento contínuo de ferramentas/insumos para o enfrentamento das arboviroses no campo |
| -Não há trabalho em equipe na ESF -Não integração ACE/ACS -Relação ACE e ACS no território de maneira informal ou por amizade | Fomentar a consolidação da ESF com a integração ACS e ACE de forma gradual e dialógica |
| Falta de articulação entre Coordenação SMS/CAP/UBS e ACEs | -Aprimorar ações comunicativas entre prefeitura, CAP e UBS; -Fomentar reuniões para solucionar problemas no processo de trabalho dos ACEs |
| -Chefias e fluxos diferenciados para ACE e profissionais da RioSaúde (ACS e outros) -Fluxos de trabalho complexos e com várias chefias para os ACEs; -ACE forma parte da ESF, mas operacionalmente é do combate à dengue.; -Falta de integração de setores ligados à vigilância em saúde (dengue) com setores ligados à atenção/assistência à saúde. | -Aprimorar articulação e comunicação Coordenação SMS/CAP/UBS – ESF; -Fomentar reuniões para aprimorar articulação entre Coordenadoria Geral de Atenção Primária de cada uma das CAPs com a Superintendência de Vigilância em Saúde e Coordenação de Vigilância Ambiental em Saúde. -Fomentar reuniões de articulação entre UBS e Divisão de Vigilância em Saúde em cada uma das CAPs |
| Falta de reuniões entre ACE e equipe ESF | Fomentar reuniões de intercâmbio de saberes e práticas entre as categorias profissionais |
| Gestão diferenciada SMS e RioSaúde | -Propiciar o estabelecimento de novas estratégias de gestão, novas estruturas organizacionais e novas concepções sobre as práticas em saúde pública sem diferenciação de vínculos. |
| Cada CAP é uma prefeitura diferente | Manter unidade de ação considerando a diversidade das CAPs |
| Saneamento | |
| População acumula água porque pode faltar em algum momento | Melhorias na infraestrutura de saneamento para a população obter abastecimento contínuo de água 24h por dia. |
| Novas formas de armazenamento de água pela população (cisterna no subsolo da moradia) com presença de focos de mosquitos | Reforçar a educação e comunicação em saúde sobre formas de manutenção da cisterna da água com apoio intersetorial da empresa de abastecimento de água |
| Mobilização Social | |
| -Cobrança do trabalho do ACE por parte dos moradores, associação de moradores, além da CAP; -Resistência da população em algumas comunidades. | Melhorar comunicação com moradores, associação de moradores, entidades civis e grupos organizados explicitando processo de trabalho dos ACEs e a importância do enfrentamento das arboviroses |
| Iniciativas cortadas - falta de autonomia | -Análise do processo de trabalho do ACE por parte da coordenação SMS/CAP/UBS para possibilitar autonomia do ACE com responsabilidade e possibilitar empoderamento dos moradores para o enfrentamento das arboviroses -Autonomia de equipes de ACEs e pactuação com a gestão do serviço (CAP/UBS) -Autonomia individual dentro de projeto coletivo |

| | |
|---|--|
| Falta de intersetorialidade e impossibilidade do ACE de facilitar contatos com outros setores | Fomentar trabalho intersetorial e integração entre ACEs e trabalhadores de outros setores. |
|---|--|

| PANDEMIA DA COVID-19 | |
|---|--|
| Problemas/Impactos | Sugestões |
| Gestão do Trabalho | |
| -Nota informativa sobre Covid-19 tardia (um mês após o início da pandemia); -Falta de plano de ação para ACE durante a pandemia; -Distanciamento entre diretrizes e operacionalização. | -Acompanhamento de epidemias/pandemias para elaborar notas técnicas e planos de ação, em tempo oportuno, para os ACEs e outros profissionais da saúde; -Coerência entre diretrizes e operacionalização das atividades. |
| Afastamento diferenciado entre servidores SMS e terceirizados RioSaúde | Padronização no afastamento dos grupos de risco na pandemia da Covid-19 |
| Não afastamento de ACEs menores de 60 anos com comorbidade | Garantir afastamento de ACEs maiores de 60 anos, com comorbidades |
| Afastamento com perda salarial durante a pandemia | Não redução salarial aos ACEs do grupo de risco que não conseguem realizar trabalho de campo durante a pandemia |
| Processo de Trabalho | |
| Visita Domiciliar | |
| -Início da pandemia confuso; -Visita domiciliar sem máscaras no início da pandemia; -Falta de orientação para o comportamento no campo; -Orientações da nota informativa para realizar só visita peridomiciliar chegou um mês depois e em algumas CAPs ao final de 2020; -Medo e incertezas nas ruas, visita domiciliar e transporte público; -Continuam utilizando agrotóxicos para o controle vetorial | -Orientações claras e precisas para atuação nas visitas domiciliares, nas ruas e no transporte público; -Compromisso dos gestores em comunicar conteúdo das notas informativas em tempo oportuno aos ACEs para evitar contaminação com novo coronavírus; -Suspensão imediata do uso de agrotóxicos pelos ACEs, conforme princípio de precaução; -Fomentar o manejo integrado de vetores (MIV) sem uso de produtos químicos. |
| ACEs foram os únicos a realizar trabalho de campo no território da APS | -Reconhecimento do trabalho no território de APS; -Valorização com a categoria dos ACEs -Melhorar condições de biossegurança no campo |
| Falta de orientação unificada entre as CAPs. Em algumas CAPs a visita intradomiciliar foi realizada até final do segundo semestre de 2020. | -Padronização de atividades entre as CAPs; -Não realização de visita intradomiciliar durante a pandemia |
| Recusa de moradores | Comunicação oficial aos moradores quanto à necessidade do controle das arboviroses durante a pandemia |
| Produtividade | |
| Diferentes abordagens na produtividade segundo CAP | Necessidade da padronização de atividades durante a pandemia |
| Ênfase na quantidade de visitas domiciliares (metas de quantidade de visitas) prejudicando a 'qualidade' (biossegurança dos ACEs) durante as visitas domiciliares | -Utilização de outras formas de controle vetorial, além da necessidade da visita domiciliar mais espaçada; -Privilegiar orientações de forma virtual aos moradores; -Ênfase no autocuidado do morador e da vistoria domiciliar feita pelo próprio morador. |
| EPI | |
| -Ao início da pandemia ACE saíram ao campo sem máscaras; -Faltam máscaras cirúrgicas e álcool 70°; | Assegurar o fornecimento de EPI de acordo com as normas de biossegurança |

| | |
|---|--|
| -Contaminação de ACE por Covid-19 no local de trabalho por falta de EPI. | |
| -Resistência de alguns ACEs na utilização de máscaras e nos cuidados preventivos -Trabalho cotidiano com risco elevado de contaminação com SARS-CoV-2 por falta de EPI e comportamento da população; -Sensação do ACE de ser 'ET' ao usar EPI no território e a população circula normalmente como se nada acontecesse. | Esclarecimento à população e profissionais da saúde quanto ao uso de EPI e necessidade de distanciamento social como formas de evitar a disseminação do SARS-CoV-2 |
| Testes | |
| -Dificuldade de acesso aos testes nas UBSs; -Falta de testes para ACEs com sintomas de Covid-19 | Os ACEs são profissionais da saúde e devem ser priorizados no acesso aos testes para Covid-19 |
| Muitos falsos negativos nos testes | Disponibilizar testes com maior sensibilidade |
| Vacinas | |
| -ACEs fora da lista de vacinação na UBS; -ACEs são agentes invisíveis para UBS; -Dúvida na UBS se ACE era profissional da linha de frente | -Melhorar gestão/articulação/comunicação entre coordenação SMS/CAP/UBS; -Valorização do trabalho do ACE na APS; -Reconhecimento que os ACEs são profissionais da linha de frente |
| Minoria de profissionais não quer receber vacina | Esclarecimento de parte das autoridades sobre a segurança e eficácia das vacinas e a necessidade dos profissionais da saúde se vacinarem |
| Território, Saneamento | |
| -Violência no território é risco adicional à Covid-19; -Intermitência no fornecimento de água nas moradias; -Armazenamento precário da água | -Implantação de planos de saneamento ambiental e segurança pública nas favelas -Disseminação de planos para prevenir a Covid-19 e no cuidado dos doentes. |
| -Falta de informação de moradores com Covid-19 no território; -Ausência de mapas com identificação de domicílios /moradores com doenças infecciosas (Covid-19 e outras doenças) | Disponibilizar mapa territorial de domicílios/moradores com comorbidades incluindo moradores com Covid-19 |
| Ausência de articulação entre ACE e ACS | Articulação urgente entre ACE e ACS em tempos de pandemia no território |
| Ação Comunicativa e Educativa no Território | |
| Falta de orientação educativa sobre Covid-19 para os moradores | -SMS deve produzir informativos sobre Covid-19 para a população; -Distribuição de Folhetos informativos: nas praças, nas saídas do metrô; -Reativação de cartilhas antigas; -Atividades educativas na entrada da clínica da família ou na sala de espera; -Utilização de rádios comunitárias; -Priorizar métodos virtuais de comunicação e redes sociais. |
| -Ausência de capacitação aos ACEs sobre SARS-CoV-2 e Covid-19; -Moradores perguntam aos ACEs sobre temas relacionados à pandemia da Covid-19; | Necessidade de capacitação formal sobre Covid-19 e SARS-CoV-2 por parte da SMS com informação científica atualizada |
| -Meios de comunicação produzem informação de forma rápida e dinâmica, com informações divergentes; -Muitas informações são fake news | -A SMS deve fornecer informação científica atualizada para a população; -Criação de redes comunitárias virtuais com entidades da sociedade civil, unidades de saúde e moradores para realizar ações educativas para multiplicadores na comunidade; |

| | |
|---|---|
| | -Utilização de rádios comunitárias para divulgação de informações e número de casos de Covid-19 que ocorrem no território |
| Falta orientação educativa para uso de transporte público e evitar aglomerações | -Orientação sobre uso de EPI no transporte público e manter distanciamento social -Solicitar ao poder público manter/aumentar frequência da frota de transporte público para evitar aglomeração durante a pandemia |
| Mobilização Social | |
| Ausência de atividades de mobilização durante a pandemia | Privilegiar comunicação virtual, rádio comunitária para que moradores façam prevenção e controle das arboviroses nos seus domicílios e entorno. |
| Conhecimento dos ACEs sobre arboviroses, Covid-19 e população de favelas | |
| Arboviroses na pandemia da Covid-19 | |
| -Só se diagnostica Covid-19 durante a pandemia, já que os sintomas das arboviroses e Covid-19 são parecidos; -Subnotificação das arboviroses; -Falta de investigação das arboviroses | -Melhorar a investigação das arboviroses durante a pandemia; -Estar ciente que as arboviroses não sumiram durante a pandemia e que devem ser notificadas |
| Covid-19 e SARS-CoV-2 - Impactos | |
| Riscos da Covid-19 com surgimento de novas variantes | -Atualização constante para conhecer os riscos com as novas variantes; -Continuar com as medidas de biossegurança |
| -Muito medo e abalo emocional nos ACEs; -Qualidade do sono alterada; -Necessidade de tratamento psicológico; -Perda de familiares e amigos; -Desemprego nos familiares; -Salário defasado | Apoio psicológico para os ACEs na pandemia |
| Minoria de ACEs nega medidas de prevenção | Necessidade de esclarecimento de parte das autoridades sobre a segurança e eficácia das vacinas e a necessidade de vacinação dos profissionais da saúde e da população em geral. |
| Comportamento da população durante a pandemia | |
| -Falta de informação sobre medidas de prevenção; -População em geral não usa máscaras ou usa de forma inadequada; -Muitos não fazem distanciamento social; - Ausência do medo do vírus; -Comportamento da população 'vida praticamente normal', igual que antes da pandemia; -Muitos negam medidas de prevenção; -Reconhecimento população da necessidade de isolamento social, mas apresentam dificuldades para sua realização; -Dificuldade no isolamento de pessoas do grupo de risco. | -Enfatizar a necessidade de utilização de EPI, distanciamento social e a necessidade da vacinação para prevenir a Covid-19; -Comunicação para a população deve ser de forma simples e direta; -Autoridades devem fornecer facilidades para que moradores realizem isolamento social sobretudo para grupos de risco. |

VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 continua após dois anos do surgimento dos primeiros casos. Novas variantes têm aparecido ao longo dos anos, podendo surgir outras, e espera-se que os casos possam diminuir paulatinamente e seja alcançado o estado endêmico. Os avanços tecnológicos, como o desenvolvimento das vacinas, têm possibilitado a diminuição da ocorrência de casos graves de Covid-19, de internações e de óbitos.

As arboviroses, por outro lado, não sumiram durante a pandemia, embora não se tenham casos expressivos da dengue em relação aos anos anteriores, houve aumento de casos de chikungunya em 2021 em relação a 2020. Diversos fatores como a mobilização das equipes de vigilância epidemiológica estaduais para o enfrentamento da pandemia da Covid-19, o não diagnóstico das arboviroses na pandemia, o difícil diagnóstico da coexistência de Covid-19 e arboviroses, têm ocasionado subnotificação de casos de arboviroses. O mosquito *Aedes aegypti* continua presente nos territórios e novas epidemias de arboviroses surgirão.

A pandemia da Covid-19 teve várias etapas, sendo o momento inicial o mais crítico. Os ACEs foram quase os únicos profissionais de saúde, no Rio de Janeiro, que realizaram trabalho de campo no território da APS durante toda a pandemia, incluindo na etapa inicial. As notas técnicas do Ministério da Saúde e da Prefeitura do Rio de Janeiro orientando sobre a realização da visita peridomiciliar só foram publicadas um mês após o início da pandemia, e em algumas CAPs continuaram realizando visitas intradomiciliares até finais de 2020, colocando em risco desnecessário aos ACEs. Sendo profissionais das UBS, não foram considerados de ponta, e sofreram consequências como não serem considerados prioritários para testagem da Covid-19, não receberam EPIs ao início da pandemia, não estiveram na lista de vacinação das UBS, não receberam capacitação sobre a nova doença, entre outras, os colocando na posição de invisibilidade dentre os profissionais da saúde.

Os ACEs atuaram no enfrentamento de várias sindemias simultaneamente, a Covid-19 e as arboviroses, e estiveram expostos ao contágio pelo SARS-CoV-2, sem segurança, e aos agrotóxicos para o controle de vetores. Além de muitos moradores terem recebido os ACEs, nos seus domicílios, sem máscaras, os agentes desconheciam as moradias onde existiam pessoas com Covid-19, aumentando a possibilidade de contágio. Não houve normatividade para afastar os grupos de risco e os ACEs se encontraram no dilema de serem cobrados pela quantidade de visitas realizadas (produtividade) e a realização do trabalho com qualidade, mas sem segurança para o trabalhador. Os ACEs sofreram estresse emocional e mental nas ruas, nos domicílios dos moradores e no transporte público e, no caso do grupo de risco, houve desconto

salarial por não realizar trabalho de campo. Essas condições adversas colocam os ACEs como grupo vulnerável durante a pandemia.

Nas favelas, não foram feitas melhorias no saneamento básico, na coleta de resíduos sólidos, nem nas moradias para atenuar a pandemia, melhorias que teriam impacto também na ocorrência das arboviroses. A pandemia exacerbou a invisibilidade da categoria ACE na UBS, a falta de planos para a atuação no campo e a falta de integração com os ACS e os outros membros da equipe da ESF. E fato contraditório, por serem quase os únicos servidores nas UBS, sofreram segregação por não pertencerem ao quadro de trabalhadores contratados pela empresa RioSaúde.

Durante a pandemia da Covid-19, perdeu-se a oportunidade de modificar o processo de trabalho dos ACEs, como trabalhar com atividades de mobilização social, educação e comunicação em saúde de forma virtual, suspender o manuseio dos agrotóxicos conforme princípio de precaução e intensificar as formas de controle vetorial que não utilizem meios químicos. O manejo integrado de vetores deve ser implementado de forma ampla num futuro próximo, incluindo as ações de intersetorialidade. As arboviroses são doenças negligenciadas, produzidas socialmente, e estão relacionadas com fatores socioeconômicos e ambientais. Nas favelas há forte desigualdade na prestação de serviços coletivos, entre eles o saneamento, sendo essencial que o poder público tome providências para o abastecimento contínuo de água potável de qualidade. A atuação intersetorial e investimento na infraestrutura de serviços básicos nas favelas são fundamentais para melhorar as condições de vida da população e dessa maneira, melhorar a efetividade das ações de enfrentamento das arboviroses.

Também é necessário estabelecer o diálogo entre os gestores das diferentes instâncias (coordenação SMS, CAP, UBS) com os ACEs para melhorar os fluxos de trabalho, definir novas formas de atuação da categoria no território de APS, que incluam maior autonomia nas decisões, atividades de planejamento, mobilização social e articulação intersetorial, além das atividades de educação e comunicação em saúde e melhor definição da integração com a ESF e os ACS. Todas as atividades devem ser pactuadas e ao mesmo tempo, devem ser definidos limites e responsabilidades de atuação.

Essas mudanças poderiam possibilitar um trabalho mais flexível e criativo, a valorização do trabalhador, bem como atenuaria a insatisfação e o desânimo da categoria, necessários para o enfrentamento de qualquer outra doença emergente, além das permanentes, durante a pandemia atual e na pós-pandemia. Os ACEs merecem respeito e valorização de seu trabalho por parte de gestores, profissionais da saúde e da sociedade como um todo. Os ACEs são protagonistas da história da saúde pública brasileira, em particular da vigilância em saúde, há

mais de um século, são profissionais que produzem conhecimento no território da APS, têm amplos saberes e experiências sobre o mesmo, e contribuem com a melhoria da saúde da população atuando no enfrentamento de endemias e epidemias diversas.

Na pandemia, durante as visitas domiciliares ou nas ruas, os moradores solicitaram aos ACEs informações sobre Covid-19, sobretudo aspectos relacionados aos modos de transmissão e à prevenção e os ACEs forneceram essas informações. Os ACEs poderiam ter colaborado de forma diferenciada no enfrentamento da Covid-19 nos territórios da APS, mas não houve orientação específica nesse sentido, nem tiveram capacitação técnica sobre aspectos ligados ao novo coronavírus SARS-CoV-2 e nem a doença Covid-19, doença desconhecida que causava doença grave e óbitos.

A realização da pesquisa de forma virtual em tempos de pandemia da Covid-19 foi um desafio. Os ACEs manifestaram que a pesquisa foi uma oportunidade para ter uma reunião de compartilhamento de informações com os trabalhadores das diferentes CAPs, conhecer os desafios e os problemas vivenciados durante a pandemia e visualizar possibilidades de mudanças no processo de trabalho na pandemia e na pós-pandemia. Possibilitar a fala dos ACEs foi fundamental na pesquisa e aponta a necessidade do diálogo e pactuação entre gestores e ACEs, como processo primordial para lograr as mudanças sugeridas.

A pandemia da Covid-19 deixou explícita a necessidade de mudanças no modelo de desenvolvimento brasileiro para minimizar o aparecimento de novas doenças e o agravamento dos mesmos:

A pandemia também deixa clara a necessidade de repensarmos o modelo de desenvolvimento que tem sido implementado no mundo globalizado, ambientalmente insustentável, socialmente desigual e produtor de desastres que cada vez mais recorrentes e com consequências-globais, especialmente em países periféricos e cada vez mais dependentes, como o Brasil (O COMBATE, 2020, p. 3)

As mudanças climáticas têm aumentado a insegurança hídrica alterando as condições ecológicas dos vetores que podem gerar o aumento de doenças emergentes e reemergentes. As arboviroses são doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado -DRSAI (COSTA, DIAS, OLIVEIRA, no prelo), por tanto, para o seu enfrentamento é necessário a atuação intersetorial para melhorar o saneamento ambiental com investimento em políticas públicas habitacionais e de desenvolvimento urbano.

A experiência aqui relatada mostra que a pandemia da Covid-19 impactou de forma diferenciada os profissionais da saúde e moradores dos territórios da APS. Os planos para o enfrentamento da Covid-19 ficaram focalizados no atendimento nas UBS e não no território

onde o processo saúde doença é produzido. E da mesma forma, o enfrentamento de outras doenças, como as arboviroses, ficaram segregadas, bem como os profissionais que atuam para seu enfrentamento, como é o caso dos ACEs.

As falas dos ACE participantes da pesquisa, apresentam um conjunto de vulnerabilidades no processo de trabalho em que estão imersos, dificultando a realização de ações promotoras e protetoras de saúde, relacionados tanto no âmbito individual, quanto coletivo. A pandemia da Covid-19, além das incertezas advindas de lacunas do conhecimento científico no momento inicial, acerca da etiologia e o desenvolvimento da doença, trouxe o medo, a desproteção e a interdição de ir ao território, provocando desterritorialização e estranhamento junto à população (HAESBARERT, 2020; HAESBARERT, 2004).

No momento em que o SUS e suas estruturas operacionais (Redes e Estabelecimentos Assistências de Saúde) sofrem desmonte e fragilização, é urgente ressignificar o trabalho no território, torná-lo visível, potente, propulsor de mudanças, e imprescindível para o fortalecimento de vínculo, ampliação da integralidade e longitudinalidade. O diálogo permanente e a interação entre todos os sujeitos da saúde – (profissionais, equipes, gestores, população) permitem propostas de intervenção que incidam radicalmente no processo de produção social de saúde, a partir da compreensão da determinação social e seus determinantes (GONDIM, 2020; MACIEL et al, 2020).

Ampliar e transformar a comunicação, participação e mobilização social nos territórios de atuação do SUS, vai exigir esperança, perseverança, criatividade, solidariedade e escuta qualificada, junto a população e aos profissionais da saúde, que no cotidiano cuidam, sofrem e são expostos aos problemas existentes nos serviços de saúde. Urge reconstruir a confiança e credibilidade no sistema e em seus trabalhadores como necessidade radical para uma nova vigilância em saúde, ancorada na ciência, mas de braços dados com o povo – indivíduos, grupos, comunidade: Vigilância em Saúde de base territorial e comunitária, comprometida e implicada com a vida dos territórios (GONDIM, 2020; BINDA, 2013; MARTINS, 2008).

A divulgação e compartilhamento de experiências do enfrentamento da Covid-19, e de outras doenças que aconteceram concomitantemente no território da APS, é essencial para enfrentar futuras emergências sanitárias e tomar as precauções e as providências preventivas com a maior prontidão, que incluam mobilização e participação da comunidade com empoderamento da população para a tomada de decisões e identificação e fortalecimento de redes colaborativas comunitárias, com foco na territorialização, visando maior resolutividade e integralidade às intervenções em saúde.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA A.S.; MEDRONHO R.D.A.; VALENCIA L.I.O. *Spatial analysis of dengue and the socioeco-nomic context of the city of Rio de Janeiro (Southeastern Brazil)*. Rev Saúde Pública 2009; 43:666-73.

ANDRADE JN, PEIXOTO TM, COELHO MMP. Visita do Agente de Combate às Endemias frente pandemia por Covid-19: desafios e perspectivas. REVISIA. 2020; 9(4): 709-16. Doi: <https://doi.org/10.36239/revisa.v9.n4.p709a716>

ANDRUS, J.K. , T. EVANS-GILBERT, J.I. SANTOS, M.G. GUZMAN, P.J. ROSENTHAL, C. TOSCANO, M.T. VALENZUELA, M. SIQUEIRA, C. ETIENNE, J.G. BREMAN, Perspectives on battling COVID-19 in countries of Latin America and the Caribbean, Am. J. Trop. Med. Hyg. 103 (2020) 593–596, <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0571>.

AUGUSTO, L.G.S.; FREITAS, C.M. O Princípio da Precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 85-96, 1998.

BARBOSA I.C.; GONDIM G.M.M.; OLIVEIRA M.S. Histórico e contexto atual dos agentes de vigilância em saúde no Brasil. In: BORNSTEIN V.J. (org.). *Formação em educação popular para trabalhadores da saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017, p. 45-54. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/publicacao/livro/formacao-em-educacao-popular-para-trabalhadores-da-saude> Acessado em 28/05/2020

BARCELLOS, C.; ZALUAR, A. (2015) Homicídios e disputas territoriais nas favelas do Rio de Janeiro. Revista de Saúde Pública. 48 (1). <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004822>

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2016. 3ª reimpressão da 1ª ed.

BATISTELLA, C.E.C. *Qualificação e identidade profissional dos trabalhadores técnicos da vigilância em saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos*. In: MOROSINI, M. V.G. et al. (org.). *Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p.316-390.

BICUDO, N.; BICUDO, E.; COSTA, J.D.; CASTRO, J.A.L.P.; BARRA, G.B. *Co-infection of SARS-CoV-2 and dengue virus: a clinical challenge*. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, 2020, 24(5): 452-454. DOI: 10.1016/j.bjid.2020.07.008

BINDA, J et al. O trabalho dos agentes comunitários de saúde em evidência: uma análise com foco na atividade. Saúde Soc. São Paulo, v.22, n.2, p.389-402, 2013

BRASIL, 2006. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Política Nacional de Atenção Básica. Diário Oficial da União. 26 Mar 2006. Revogada pela PRt GM/MS 2.488 de 21 outubro 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html

BRASIL, 2010. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 1.007, de 4 de maio de 2010*. Define critérios para regulamentar a incorporação do Agente de Combate às Endemias - ACE, ou dos agentes que desempenham essas atividades, mas com outras denominações, na atenção primária à saúde para fortalecer as ações de vigilância em saúde junto às equipes de Saúde da Família. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html. Acesso em: 29/05/2020

BRASIL, 2011. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 2.488, de 21 outubro de 2011*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html

BRASIL, 2018a. Presidência da República. Lei Nº 13.595, DE 5 DE JANEIRO DE 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13595.htm#art8. (Acessado em 16/09/2021)

BRASIL, 2018b. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 588, de 12 de julho de 2018. Institui a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS). Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/36469447/do1-2018-08-13-resolucao-n-588-de-12-de-julho-de-2018-36469431

BRASIL, 2019. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde, Volume 3. Brasília/DF.

BRASIL, 2020a. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica - Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019. COE/SVS/MS: 2020. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/April/07/GuiaDeVigiEpidemC19-v2.pdf> (Acessado em 11/Jun/2020).

BRASIL, 2020b. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika), semanas epidemiológicas 01 a 52, 2019. Boletim Epidemiológico 2; volume 51. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos> (acessado em 20/Maio/2020).

BRASIL, 2020c. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika), semanas epidemiológicas 01 a 22, 2020. Boletim Epidemiológico 23; volume 51. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos> (acessado em 10/jun/2020).

BRASIL, 2020d. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa Nº 9/2020 – CGARB/DEIDT/SVS/MS de 31/03/2020 que orienta sobre a suspensão da realização do 2º Levantamento Entomológico (LIRAA e LIA) do ano de 2020 em decorrência da pandemia causada pelo Coronavírus (COVID-19).

BRASIL, 2020e. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa N° 13/2020 – CGARB/DEIDT/SVS/MS de 06/05/2020. Recomendação de suspensão temporária do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA e LIA) do ano de 2020 em decorrência da pandemia causada pelo Coronavírus (COVID – 19).

BRASIL, 2020f. Ministério da Saúde. Nota informativa N° 8/2020-CGARB DEIDT/SVS/MS. Recomendações aos Agentes de Combate a Endemias (ACE) para adequação das ações de vigilância e controle de zoonoses frente à atual situação epidemiológica referente ao Coronavírus (COVID-19). 26 de Março de 2020. Brasília – DF. Versão 2.

BRASIL, 2020g. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde. Versão 7. Brasília – DF. Abril de 2020. Pag. 27- 29. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/manejo-clinico-e-tratamento>. Acesso em: 24/abril/2020

BRASIL, 2020h. Ministério da Saúde. Lei n° 14.023, de 8 de julho de 2020. Lista os profissionais de saúde considerados essenciais no enfrentamento ao coronavírus, que deverão ter prioridade nos testes diagnósticos para a Covid-19. Brasília – DF. Julho de 2020.

BRASIL, 2021i. LEI N° 14.128, DE 26 DE MARÇO DE 2021. Secretaria de Vigilância em Saúde/ Ministério da Saúde. Compensação financeira a ser paga pela União aos profissionais e trabalhadores de saúde que, durante o período de emergência de saúde pública de importância nacional decorrente da disseminação do novo coronavírus (SARS-CoV-2).

BRASIL, 2021j. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika), semanas epidemiológicas do ano 2020*. Boletim Epidemiológico 03; volume 52, jan 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_3.pdf (Acessado em 10/jun/2021).

BRASIL, 2021k. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito Aedes (dengue, Chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 41, 2021*. Boletim Epidemiológico 38; volume 52, out. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/outubro/22/boletim_epidemiologico_svs_38-para-resumo.pdf (Acessado em 25/out/2021).

BRASIL, 2021l. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Doença pelo novo Coronavírus – COVID-19. Boletim Epidemiológico Especial 93. Semana Epidemiológica 51. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_93.pdf/view (Acessado em 19/02/2022)

BRASIL, 2022. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas causados por vírus transmitidos pelo mosquito Aedes (dengue, Chikungunya e zika), semanas epidemiológicas 1 a 52, 2021*. Boletim Epidemiológico 01; volume 53, jan. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2022/boletim-epidemiologico-vol-53-no1.pdf/view> (Acessado em 19/02/2022).

BRASIL, s.d. Ministério da Saúde. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/institucional>. (acessado em 21/set/2021).

CAMPOS G.W.S. *Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia*. Ciência & Saúde Coletiva, 2010. 15(5):2337-2344. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. ESTUDOS AVANÇADOS, 34 (99), 2020, p. 209-223. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>

CHEN N.; ZHOU M.; DONG X.; et al. *Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study*. Lancet: 2020; 395:507–13.

CHIAVEGATO FILHO, L.G.; NAVARRO, V.L *A ideologia gerencialista no Sistema Único de Saúde (SUS): a organização do trabalho de médicos*. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, abr. 2014, v. 20, n. 1, p. 96-115. DOI - 10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p96

CHIAVEGATO FILHO, L.G.; NAVARRO, V.L. *A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista*. Revista Pegada. Dez 2012, vol. 13 n.2 67-82. DOI: <https://doi.org/10.33026/peg.v13i2.2023>

CECCIM, RB. Educação Permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidades pedagógicas na saúde. Ciência& Saúde Coletiva, 10(4), 975-986, 2005.

CORSINI, E. *et al*. Pesticide induced immunotoxicity in humans: A comprehensive review of the existing evidence. Toxicology, [S. l.], v. 307, p. 123–135, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.tox.2012.10.009>

COSTA, A.M.; DIAS, A.P.; OLIVEIRA, R.F. Doenças relacionadas ao saneamento ambiental inadequado. In: GOMES, U.A.F.; PENA, J.L.; QUEIROZ, J.T.M. de (Org.). Dicionário de saneamento básico [livro eletrônico]: pilares para uma gestão participativa nos municípios. Belo Horizonte, MG: Projeto SanBas, no prelo.

COSTA, N.R.; BELLAS, H.; SILVA, P.R.F.; CARVALHO, P.V.R. et. al. Community health workers' attitudes, practices and perceptions towards the COVID-19 pandemic in brazilian low-income communities. Work. 2021;68(1):3-11. doi: 10.3233/WOR-205000. PMID: 33427724.

DANTAS E.S.O. *Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19*. Interface (Botucatu). 2021; 25(Supl. 1): e200203 <https://doi.org/10.1590/Interface.200203>

DOCILE, T.; FIGUEIRÓ, R.; MIYASHIRO, G.M.; DIAS, A.P.; OLIVEIRA, R.F. Manejo Integrado de Vetores. In: GOMES, U.A.F.; PENA, J.L.; QUEIROZ, J.T.M. de (Org.). Dicionário de saneamento básico [livro eletrônico]: pilares para uma gestão participativa nos municípios. Belo Horizonte, MG: Projeto SanBas, no prelo.

DONALISIO M.R.; FREITAS A.R.R.; PAULA A.; ZUBEN A.P.B.V. *Arboviroses emergentes no Brasil: desafios para a clinica e implicações para a saúde pública*. Rev Saúde Pública. 2017; 31(50):1–6.

DONATELI C.P.; EINLOFT A.B.N.; COUTINHO JUNIOR A.L.; COTTA R.M.M; COSTA G.D. *Endemic Disease Control Agents' perception on the fight against Aedes aegypti and the laprevention of arbovirus infections in Brazil*. PLoS Negl Trop Dis 13(10): e0007741. 2019.

EVANGELISTA, J.G.; FLISCH, T.M.P.; VALENTE, P.A.; PIMENTA, D.N. *Agentes de combate às endemias: construção de identidades profissionais no controle da dengue*. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, 2019; 17(1):e0017303. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sol00173>

FANG L.; KARAKIULAKIS G.; ROTH M. *Are patients with hypertension and diabetes mellitus at increased risk for COVID-19 infection?* Lancet 2020. <https://doi.org/10.1016/>

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. *Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 19, 2021, p. 1-20. e00321153. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00321

FERNANDES, V.R. et al. *Desnaturalizar as 'endemias de estimação': mobilização social em contextos das arboviroses no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018. p. 1-20

FERNANDES V.R., PROFETA Z.L., AMORIM, A.C. et al. *O lugar da vigilância no SUS: entre os saberes e as práticas de mobilização social*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 3173-3181, out. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.1772017> (Acessado em 30/3/2021).

FLAUSINO R.F.; SOUZA-SANTOS R.; OLIVEIRA R.M. *Indicadores socioambientais para vigilância da dengue em nível local*. Saúde Soc 2011; 20:225-40.

FOLHA BV. *Sem EPI, Sindicato dos Agentes de Combate às Endemias ameaça paralisar*. 25/03/2020. Disponível em: <https://folhabv.com.br/noticia/CIDADES/Capital/-Sem-EPIs--Sindicato-dos-Agentes-de-Endemias-ameaca-paralisar-/64150> (Acessado em 28/04/ 2020)

FIOCRUZ, 2020a. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. *Qual a origem desse novo coronavírus?* 24/06/2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/pergunta/qual-origem-desse-novo-coronavirus> (acessado em 10/Julho/2020).

FIOCRUZ, 2020b. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. *Covid-19 nas Favelas*. Boletim Epidemiológico 01. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_socioepidemiologicos_covid_nas_favelas_1.pdf (acessado em 16/jun/2021).

FIOCRUZ, 2020c. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. *Covid-19 nas Favelas*. Boletim Epidemiológico 02. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim2_covid19_favelas.pdf (acessado em 16/jun/2021).

FIOCRUZ, 2021. Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde. *Covid-19 nas Favelas*. Boletim Epidemiológico 03. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/covid19nasfavelas_ed3.pdf (acessado em 16/jun/2021).

FÓRUM NACIONAL DE REFORMA URBANA. *Redes e entidades nacionais lançam documento político unificado com propostas imediatas e estratégicas de ação de combate ao COVID-19 na perspectiva do direito à Cidade e da justiça social*. 24 de abril de 2020. Disponível em: <https://forumreformaurbana.org.br/2020/04/24/redes-e-entidades-nacionais-lancam-documento-politico-unificado-com-propostas-imediatas-e-estrategias-de-acao-de-combate-ao-covid-19-na-perspectiva-do-direito-a-cidade-e-da-justica-social/> (acessado em 14/out/2021)

GONDIM, G.M.M. Decifra-me ou Te devoro: enigmas da Vigilância em Saúde na pandemia Covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 18, n. 3, 2020, e00296128. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00296

GONDIM, G.M.M e MONKEN, M. O Uso do Território na Atenção Primária à Saúde. In: MENDONÇA, M.H.M et al. (orgs). *Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

GONDIM, G. M. de M.; MONKEN, M. *Territorialização em saúde*. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, 2009.

GONDIM, G. M. de M. et al. O território da saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. C. de et al. (Org.). *Território, Ambiente e Saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 237-255.

GUBLER D.J. *Resurgent vector-borne diseases as a global health problem*. *Emerging Infectious Diseases*, v. 4, p. 442-449, 1998.

GUIDA HS, SOUZA KR, SANTOS MBM, SILVA SMCL, SILVA VP. As Relações entre Saúde e Trabalho dos Agentes de Combate às Endemias da Funasa: a perspectiva dos trabalhadores. *Saúde Soc. São Paulo*. 2012;., 21(4): 858-70.

HAESBAERT, R. Reflexões geográficas em tempos de pandemia. *Espaço e Economia* [Online], 18 | 2020, posto online no dia 17 abril 2020, consultado o 20 maio 2020. URL : <http://journals.openedition.org/espacoeconomia/11826> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia>

HAESBAERT, R. O mito da desterritorialização. Do “fim dos territórios” à multiterritorialidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

HALSTEAD S.B. *Pathogenesis of dengue: Challenges to molecular biology*. *Science*, v. 239, p. 479-481, 1988.

HELLER L. “*Melhoramento dos serviços de água e saneamento é a resposta*”, apontam especialistas da ONU. <http://acnudh.org/pt-br/home-2/> (acessado em 09/Jun/2020).

HORTON R. COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*. Vol. 396, Sep 26, 2020, p. 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

IBGE (2018) Aglomerados subnormais. O que é? <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-doterritorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=o-que-e>

IERVOLINO, S.A.; PELICIONI, M.C.F. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev. Esc. Enf. USP. V. 35, n.2, p. 115-21, jun.2001. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342001000200004&script=sci_arttext&tlng=pt . (Acessado em 15/Jun/2020).

IPCC, 2021: Climate Change 2021: The Physical Science Basis. Contribution of Working Group I to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on

Climate Change [Masson-Delmotte, V., P. Zhai, A. Pirani, S.L. Connors, C. Péan, S. Berger, N. Caud, Y. Chen, L. Goldfarb, M.I. Gomis, M. Huang, K. Leitzell, E. Lonnoy, J.B.R.

Matthews, T.K. Maycock, T. Waterfield, O. Yelekçi, R. Yu, and B. Zhou (eds.)]. Cambridge University Press, Cambridge, United Kingdom and New York, NY, USA, 2391 pp. doi:10.1017/9781009157896.

JOHANSEN I.C.; CARMO R.L.; ALVES L.C.; Bueno MCD. Environmental and demographic de-terminants of dengue incidence in Brazil. Rev Salud Pública 2018; 20:346-51.

LANCMAN S, et al. Repercussões da violência na saúde mental de trabalhadores do Programa Saúde da Família. Rev Saúde Pública.2009; 43(4): 682-8.

LEONEL F. Pandemia reafirma invisibilidade de 2 milhões de trabalhadores da área da Saúde. Agência Fiocruz de Notícias. 10 de fevereiro de 2022. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/pandemia-reafirma-invisibilidade-de-2-milhoes-de-trabalhadores-da-area-da-saude> (Acessado em 10/02/2022)

LIBANIO K.R.; FAVORETO C.A.O.; PINHEIRO R. *Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família: impacto nos saberes e práticas dos agentes comunitários de saúde*. Physis. Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 24 [1]: 147-163, 2014.

LIEBER RR. O princípio de precaução e saúde no trabalho. Saúde Soc. São Paulo, v. 17, n. 4, p: 124-134, 2008.

LIMA-CAMARA T.N. *Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil*. Rev Saude Publica. 2016; 50(0):1–7.

LIMA JG; GIOVANELLA L; BOUSQUAT A; MOTA PHS et. al. *Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa: Estado do Rio de Janeiro*. USP, Fiocruz, UFBA, UFPEL, OPAS Brasil. Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco. Rio de Janeiro: Rede de Pesquisa em APS Abrasco. Agosto de 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/2020/11/30/desafios-da-atencao-basica-no-enfrentamento-da-pandemia-da-covid-19-no-sus-resultados-para-o-estado-do-rio-de-janeiro/> (Acessado em 02/10/2021).

LOPES N.; NOZAWA C.; LINHARES R.E.C. *Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil*. Revista Pan-Amazônica de Saúde 2014; 5:55-64.

LORENZ C.; AZEVEDO T.S.; CHIARAVALLOTTI-NETO F.. *COVID-19 and dengue fever: A dangerous combination for the health system in Brazil*. Travel Medicine and Infectious Disease, 2020 Apr 9 : 101659. doi: 10.1016/j.tmaid.2020.101659.

LUSTIG, Y., S. KELER, R. KOLODNY, N. BEN-TAL, D. ATIAS-VARON, E. SHLUSH, M. GERLIC, A. MUNITZ, R. DOOLMAN, K. ASRAF, L.I. SHLUSH, A. Vivante, Potential antigenic cross-reactivity between SARS-CoV-2 and dengue viruses, Clin. Infect. Dis. (2020), <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1207>.

MACIEL, FBM et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(Supl.2):4185-4195, 2020

MARTINS JT. Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: estratégias defensivas. [Tese-Doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da USP; 2008.

MATOS, G.C.R.; SILVA, J.M.; SILVEIRA, A.M. Trabalho e saúde: a perspectiva dos agentes de combate a endemias do município de Belo Horizonte, MG. *Rev Bras Saude Ocup* 2020; 45: e15. ISSN: 2317-6369 (online) <http://dx.doi.org/10.1590/2317-6369000031117>

MEIRELLES L. C., CARVALHO L. V. B., SANTOS M. V. C. et. al. Agentes de combate às endemias: uma população em risco no enfrentamento da Covid-19. In: PORTELA M. C., REIS L. G. C., and LIMA S. M. L., eds. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, 2022, pp. 321-333. Informação para ação na Covid-19 series. ISBN: 978-65-5708-123-5. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0022>.

MENDENHALL, E. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. *The Lancet*. Correspondence. Vol 396, November 28, 2020, p. 1731. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32218-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32218-2)

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abraco, 1992.

MINAYO, M.C.S.; SOUZA, E.R.S.; CONSTANTINO, P.; SANTOS, N.C. *Métodos, técnicas e relações em triangulação*. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E.R, Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2005, p.71-104.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. O. Território na Promoção e Vigilância em Saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. D'A. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 177-224

MORATO, V. C. G. et al. *Infestation of Aedes aegypti estimated by oviposition traps in Brazil*. São Paulo, v. v. 39, n. n. 4, p. 553-558, ago 2005.

NACHER, M.; DOUINE, M.; GAILLET, M.; FLAMAND, C. et. al. *Simultaneous dengue and COVID-19 epidemics: Difficult days ahead?* PLoS Negl Trop Dis. 2020 Aug; 14(8): e0008426. doi: [10.1371/journal.pntd.0008426](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0008426)

NAVARRO, J.C. et. al. *COVID-19 and dengue, co-epidemics in Ecuador and in others countries of Latin America: Pushing strained health care system over the edge.* *Travel Medicine and Infectious Disease.* April 2020. doi:101656. 10.1016/j.tmaid.2020.101656.

NICOLELIS, M.A.L.; RAIMUNDO, R.L.G.; PEIXOTO, P.S.; ANDREAZZI, C.S. *How super-spreader cities, highways, hospital bed availability, and dengue fever influenced the COVID-19 epidemic in Brazil.* medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.19.20197749>

NOGUEIRA, M.L.; BORGES, C.F.; LACERDA, A.; FONSECA, A. F. et.al *1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde e contribuições ao processo de trabalho e à formação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde em tempos de Covid-19.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz. Agosto, 2020. 68 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/42709> (Acessado em 02/Out/2021)

NOGUEIRA, M.L.; SILVA, L.B.; REIS, R. S.; CRUZ, R. P. et. al. *1º Boletim da Pesquisa Monitoramento da saúde, acesso à EPIs de técnicos de enfermagem, agentes de combate às endemias, enfermeiros, médicos e psicólogos, no município do Rio de Janeiro em tempos de Covid-19.* Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. Fevereiro 2021. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/46369> (Acessado em 02/Out/2021)

O COMBATE à covid-19 nas periferias urbanas, favelas e junto aos grupos sociais vulneráveis: propostas imediatas e estratégicas de ação na perspectiva do direito à cidade e da justiça social. [24 abril 2020]. Disponível em: https://aa59985d-8abd-4c0b-b836-ee66741e80a4.filesusr.com/ugd/9fc67a_ec9f0c27a653492484d40d56ca45d4d7.pdf (acessado em 14/out/2021).

OLIVEIRA, S. DE S. *Análise espacial e temporal da infestação por Aedes aegypti mensurada por ovitrampas para geração de alerta precoce de dengue no município do Rio de Janeiro.* 2016.

OPAS, 2020a. *OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus.* Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS: 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6100:oms-declara-emergencia-de-saude-publica-de-importancia-internacional-em-relacao-a-novo-coronavirus&Itemid=812 (Acessado em 11/Jun/2020).

OPAS, 2020b. *OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.* Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS: 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:omsafirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812 (Acessado em 11/Jun/2020).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2021a. *¿Cómo se propaga la COVID-19 entre las personas?* Actualizado al 30 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-how-is-it-transmitted>. (Acessado em 13/09/2021).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), 2021b. *OMS anuncia nomenclaturas simples e fáceis de pronunciar para variantes de interesse e de preocupação do SARS-CoV-2*. 01 jun 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/1-6-2021-oms-anuncia-nomenclaturas-simples-e-faceis-pronunciar-para-variantes-interesse-e>. (Acessado em 14/09/2021).

PEDROSA C.S.G.; SOUZA L.R.Q.; LIMA C.V.F.; et al. *The cyanobacterial saxitoxin exacerbates neural cell death and brain malformations induced by Zika vírus*. PLoS Negl Trop Dis 2020; 14:e0008060.

PEREIRA A.G.L. et al. (2015) Distribuição espacial e contexto socioeconômico da tuberculose, Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Saúde Pública, 49. <https://www.scielosp.org/article/rsp/2015.v49/48/pt/>

PERISSÉ et al 2020. Nota técnica: COVID-19 E VULNERABILIDADES - CONSIDERAÇÕES SOBRE PROTEÇÃO SOCIAL NAS FAVELAS1. Comitê FIOCRUZ Covid-19 nas favelas

PESSOA, J.P.M.; OLIVEIRA, E.S.F.; TEIXEIRA, R.A.G.; LEMOS, C.L.S.; BARROS, N.F. *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):2329-2338, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015218.05462016

PLITT, L. "El covid-19 no es una pandemia": los científicos que creen que el coronavirus es una sindemia (y qué significa esto para su tratamiento). BBC News Mundo. 9 de octubre 2020. Disponível em : <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54386816> (Acessado em 22/09/2021)

RAMOS, A.L.P., SETA, M.H. Atenção primária à saúde e Organizações Sociais nas capitais da Região Sudeste do Brasil: 2009 e 2014. Cad. Saúde Pública 35 (4) • 2019

RIBEIRO, M.S. *Análise comparativa entre as metodologias de monitoramento da infestação do Aedes aegypti, associadas à transmissão da dengue nos municípios de Itaboraí e Guapimirim, Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, V.S.T.; TELLES, J.P.; TUON, F.F. *Arboviral diseases and COVID-19 in Brazil: Concerns regarding climatic, sanitation, and endemic scenario*. J Med Virol. 2020, Nov; 92 (11):2390-2391. doi: 10.1002/jmv.26079.

RIO DE JANEIRO (RJ), 2020a. Ato da Secretária. Resolução SMS N° 4341 de 25 de março de 2020.

RIO DE JANEIRO (RJ), 2020b. Resolução SMS N° 4341, de 25de março de 2020. Anexo I. Nota Técnica S/SUBPAV/SVS N° 07/2020. *Recomendação para manutenção de atividades de rotina, dos agentes de vigilância em saúde (AVS), que podem ser executadas, sem a necessidade de entrada no interior das residências visitadas, para a prevenção e controle das arboviroses, no contexto da pandemia de covid-19*. (Publicado em DOM n° 11, de 27/03/2020, pág. 07 e 08.)

RIO DE JANEIRO (RJ). Decreto Nº 48644 de 22 de março de 2021. Institui medidas emergenciais, de caráter excepcional e temporário, destinadas ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, e dá outras providências.

RUEDA, B. Z. Comparação da eficácia dos métodos “Índice de Breteau” e Armadilha de Oviposição (ovitrampa) na obtenção dos índices de infestação de *Aedes (stegomyia) aegypti* e *Aedes (stegomyia) albopictus* no município de Botucatu, SP. Tese (Doutorado)-Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências. Botucatu. 2009.

RIO DE JANEIRO (RJ), s.d. Conheça a RioSaúde. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/riosauade/conheca-a-riosauade> (Acessado em: 21/09/2021).

RODRIGUEZ-MORALES A.J.; GALLEGOS V.; ESCALERA-ANTEZANA J.P., MÉNDEZ C.A., ZAMBRANO L.I.; FRANCO-PAREDES C.; et al. COVID-19 in Latin America: the implications of the first confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis* 2020;101613.

RODRIGUEZ-MORALES A.J., VILLAMIL-GOMEZ W.E.; FRANCO-PAREDES C. *The arboviral burden of disease caused by co-circulation and co-infection of dengue, chikungunya and Zika in the Americas*. *Travel Med Infect Dis* 2016; 14:177-9.

SANTOS, B.S. O futuro começa agora: da pandemia à utopia. Boitempo: São Paulo. 2021

SANTOS, F. M. dos. Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin. Resenha de: [BARDIN, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2011, 229p.] *Revista Eletrônica de Educação*. São Carlos, SP: UFSCar, v.6, no. 1, p.383-387, mai. 2012. Disponível em: <http://www.reveduc.ufscar.br>.

SAWAYA, A.L. et al. (2003) Os dois Brasis: quem são, onde estão e como vivem os pobres brasileiros. *Estudos Avançados*. 17(48). <https://doi.org/10.1590/S0103-40142003000200003>

SES RJ, 2020. Informe Epidemiológico 001/2020: Divisão de Dados Epidemiológicos e Ambientais. Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro - Subsecretaria de Vigilância em Saúde - Superintendência de Gestão da Vigilância em Saúde: 2020.

SES RJ, 2022. Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Cenário Epidemiológico: Arboviroses urbanas (dengue, chikungunya e zika) no estado RJ. Ano de 2021. Boletim Epidemiológico Arboviroses Nº 001/2022. Disponível em: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=NDc2MDI%2C> (acessado em 19/02/2021).

SILVA, C. E.; LIMONGI, J. E. Avaliação comparativa da eficiência de armadilhas para a captura e coleta de *Aedes aegypti* em condições de campo *. **Cadernos Saúde Coletiva**, v. 26, p. 241–248, 23 ago. 2018.

SILVA SJR, MAGALHÃES JJF, PENA, L. Simultaneous Circulation of DENV, CHIKV, ZIKV and SARS-CoV-2 in Brazil: an Inconvenient Truth. *One Health*, Volume 12, 2021, 100205, ISSN 2352-7714, <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100205>.

SILVEIRA D.C., CARMO, R.F., MENEZES, F.C. et al. O uso de uma plataforma virtual para mobilização social no enfrentamento de arboviroses e controle do *Aedes aegypti*. *Reciis* –

Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 187-200, jan./mar. 2021 [www.reciis.icict.fiocruz.br] e-ISSN 1981-6278 <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i1.1994> (Acessado em 30/03/2021)

SINDICATO DOS TRABALHADORES NO COMBATE ÀS ENDEMIAS NO RJ - SINTSAÚDERJ. **Vergonha* *Prefeitura de Nova Iguaçu Recorre ao TJRJ para Não Entregar EPI aos Trabalhadores em Combate as Endemias**. 27/04/2020. Disponível em: <https://pt-br.facebook.com/sintsauderj/photos/pb.1581646895404044.-2207520000../2644420659126657/?type=3&theater> (Acessado em 28/Abril/2020)

SINGER. M. *The spread of Zika and the potential for global arbovirus syndemics*. Global Public Health, 2017, 12:1, 1-18, DOI: 10.1080/17441692.2016.1225112

SINGER, M.; Nicola Bulled, N.; Ostrach, B.; Mendenhall, E. *Syndemics and the biosocial conception of health*. The Lancet. 2017. Vol 389 March 4, p. 941-50. DOI:[10.1016/S0140-6736\(17\)30003-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30003-X)

SMS. **Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2018-2021** Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/7677780/4225104/PMS2018_VersaoPreliminar.pdf (Acesso em: 7 jan. 2021).

SMSRJ, 2019. Coordenadoria Geral de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde - CGVS. Número de Casos de Dengue* por mês, Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros, Município do Rio de Janeiro – 2019. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/10829614/4297803/Dengue2019mes.pdf> (Acessado em 19/02/2022)

SMSRJ, 2020a. *Levantamento de Índice Rápido para Aedes aegypti (LIRAA)*. Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/lira> (Acessado em 11/Jun/2020).

SMSRJ, 2020b. *Tabela de dados dengue do município do Rio de Janeiro*. Disponível em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/dengue> (Acessado em 15/jun/2021).

SMSRJ, 2020c. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Número de Casos de Dengue* por mês, Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros, Município do Rio de Janeiro – 2020. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/13480419/4338312/Dengue_2020mes.pdf (Acessado em 19/02/2022).

SMSRJ, 2021. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Número de Casos de Dengue* por mês, Áreas de Planejamento, Regiões Administrativas e Bairros, Município do Rio de Janeiro – 2021, Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/13480420/4338321/Dengue_2021mes.pdf (Acessado em 19/02/2022).

SMSRJ, 2022a. Centro de Operações de Emergência. Covid-19. Boletim Epidemiológico. 2020-2022. Atualizado em 11/01/2022. Disponível em: <https://coronavirus.rio/wp->

[content/uploads/2022/01/Boletim-epidemiologico-COVID_12jan2021_compressed-1.pdf](#)
(Acesado em 19/02/2022).

SMSRJ, 2022b. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. Número de Óbitos por Dengue** por Ano do Óbito e Áreas de Planejamento Município do Rio de Janeiro, 2000 a 2022. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/10829673/4338327/Dengue_obitosCAP.pdf
(Acessado em 19/02/2022).

SNOW G.E.; HAALAND B.; OOI E.E.; GUBLER D.J. *Research on Dengue during World War II Revisited*. Am J Trop Med Hyg. 2014. Dec 3; 91(6): 1203–1217. doi: 10.4269/ajtmh.14-0132

SOARES S.R.A.; BERNARDES R.S.; CORDEIRO NETTO O.M. *Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento*. Cad. Saúde Pública [online]. 2002. vol.18, n.6, pp.1713-1724.

SOMMERFELD J.; KROEGER A. *Eco-bio-social research on dengue in Asia: a multicountry study on ecosystem and community-based approaches for the control of dengue vectors in urban and peri-urban Asia*. Pathog Glob Health 2012; 106:428-35.

SOUZA, M.F.de; MENDONÇA, A.V.M. *Pesquisa qualitativa em saúde: ensaio para tempos de pandemia*. In: Mendonça, A.V.M.; Souza, M.F.de (org.). Métodos e técnicas de pesquisa qualitativa em saúde [livro eletrônico] : volume 1 /1. ed. -- Brasília, DF : ECoS, 2021. PDF. p:17-30.

SOUZA, M. L. O território: sobre espaço e poder, autonomia e desenvolvimento. In: CASTRO, I. E.; GOMES, P. C. C.; CORRÊA, R. L (orgs.). Geografia: conceitos e temas. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2008

TSHETEN, T.; CLEMENTS, A.C.A.; GRAY, D.J. et al. *Clinical features and outcomes of COVID-19 and dengue co-infection: a systematic review*. BMC Infect Dis **21**, 729 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06409-9>

VILANI R.M.; MACHADO J.S.; ROCHA E.T.S. *Saneamento, dengue e demandas sociais na maior favela do Estado do Rio de Janeiro: a Rocinha*. Vigil Sanit Debate 2014; 3:18-29.

WANG ET AL., *Airborne transmission of respiratory viruses*. Science 373, 981 (2021) 27 August 2021, p. 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.abd9149> (Acessado em 13/09/2021).

WEAVER S.C.; COSTA F.; GARCIA-BLANCO M.A.; et al. Zika virus: history, emergence, biology, and prospects for control. Antiviral Res 2016; 130:69-80.

WHO, World Health Organization. *Global Strategic Framework for Integrated Vector Management*. 2004. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68624/WHO_CDS_CPE_PVC_2004_10.pdf?sequence=1. (Acessado em 03/jun/20).

WHO, World Health Organization. *Handbook for integrated vector management*. Geneva: WHO, 2012. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44768> (Acessado em 04/10/2021)

WHO, World Health Organization. United Nations Children's Fund. *Joint monitoring program for water supply and sanitation*. Progress on drinking water and sanitation. Update 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.

WHO, World Health Organization. *Informações da doença COVID-19*. Disponível em <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019> (Acessado em 11/Jun/2020).

YAN G.; LEE C.K.; LAM L.T.; YAN B.; CHUA Y.X; LIM A.Y.; et al. *Covert COVID-19 and false-positive dengue serology in Singapore*. *Lancet Infect Dis* 2020; 10:1016.

X. ANEXOS

ANEXO 1



Autorização para participar da pesquisa EPSJV/Fiocruz – Enfrentamento das Arboviroses

Perguntas Respostas 30

Autorização para participar da pesquisa EPSJV/Fiocruz – Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da Covid-19 - RCLE do Questionário

Prezado(a),

Leia em detalhe o Registro de Consentimento (RCLE) do Questionário. Após a leitura, se concordar em participar da pesquisa, por favor preencha seu e-mail, nome e RG no local correspondente. Para finalizar coloque a data e clique em "Enviar". Após recebermos o RCLE, este será assinado pela Coordenadora da Pesquisa e enviado para seu e-mail.

Atenciosamente,
Coordenação da pesquisa

Endereço de e-mail *

Texto de resposta curta

Título da imagem



REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RCLE QUESTIONÁRIO

Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

A pesquisa tem por objetivo conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelos ACE/AVS no controle das arboviroses (dengue, chikungunya, zika) no território da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, durante a pandemia de Covid-19, visando fornecer subsídios para a promoção da saúde e assegurar o manejo integrado de arboviroses de forma efetiva e com segurança para a saúde do trabalhador.

Sua participação consistirá em responder um questionário que contém informações sobre o território de atuação, processo de trabalho, segurança, saúde de trabalhador e informação, comunicação e educação em saúde, sendo todos os temas relacionados ao atual contexto da pandemia da Covid-19. O preenchimento do questionário levará aproximadamente de 20 a 30 minutos. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e o questionário serão enviados por e-mail ou whatsapp. A ciência de participação na pesquisa e a devolução do questionário respondido serão feitas pelo mesmo meio.

A pesquisa apresenta riscos considerados mínimos podendo ocasionar algum desconforto ou sensibilização ao momento do preenchimento do questionário. Informamos que não há questões de resposta obrigatória no questionário, podendo deixar sem marcar a resposta, caso não se sinta a vontade de respondê-la. Caso tenha problemas de acesso à internet, de preenchimento do questionário ou outra dificuldade, favor entrar em contato com a coordenação da pesquisa.

Sobre os benefícios, espera-se com os resultados da pesquisa identificar formas inovadoras e complementares para o enfrentamento das arboviroses com segurança para o trabalhador durante a pandemia da Covid-19, bem como necessidades de qualificação para o aprimoramento do processo de trabalho nesse período.

O questionário é anônimo (não será identificado pelo nome), sendo todas as informações confidenciais. As informações serão analisadas em grupo, em conjunto com outros questionários, sem mencionar nomes, garantindo o sigilo das informações fornecidas pela sua pessoa durante todas as fases da pesquisa. O mesmo procedimento será utilizado na divulgação dos resultados da pesquisa, garantindo dessa forma, o sigilo dos participantes. Informamos também que você terá garantia de acesso aos resultados da pesquisa. Os questionários contendo dados e informações da pesquisa serão mantidos sob guarda e responsabilidade da coordenadora da pesquisa, em arquivos físicos e digitais, por um período de cinco anos, após este período todo o material será destruído.

Esta pesquisa foi direcionada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – CEP/EPSJV/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Salientamos que sua participação não é obrigatória, você tem a garantia plena de decidir sobre a sua participação e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição. Você terá acesso ao registro do consentimento livre e esclarecido sempre que solicitado. Esclarecemos ainda que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Proponente: CEP/EPSJV/Fiocruz - Avenida Brasil, 4365 – Contêiner 7 da EPSJV/Fiocruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21.040-360 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br, telefone: (21) 3865-9809.

Coparticipante: CEP/SMS Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga, 16, 4° andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20.031-040 / e-mail: cepmsrj@yahoo.com.br, telefone (21)2215-1485



Eu (nome completo) *

Texto de resposta longa

RG nº *

Texto de resposta curta

declaro ter conhecimento do documento e concordo em participar da pesquisa.

Já eu, Gladys Miyashiro Miyashiro, coordenadora da pesquisa, declaro que estou cumprindo todas as determinações expostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde prevalecendo os princípios éticos contidos na Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, bem como todos os termos do presente RCLE.

Gladys Miyashiro Miyashiro
Coordenadora da pesquisa

Professora-pesquisadora/Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde
LAVSA/EPSJV/Fiocruz
Av. Brasil, 4365, sala 319 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-360.
e-mail: gladys.miyashiro@fiocruz.br
Tel: (21) 3865-9770 / 9772.
Cel (21) 98117-6424

Data: Rio de Janeiro, *

Mês, dia, ano



ANEXO 2

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RCLE QUESTIONÁRIO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“Enfrentamento das arboviroses na pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades de atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)”**. Você foi selecionado para participar da pesquisa por ser egresso ou atual estudante do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

A pesquisa tem por objetivo conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelos ACE/AVS no controle das arboviroses (dengue, chikungunya, zika) no território da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, durante a pandemia de Covid-19, visando fornecer subsídios para a promoção da saúde e assegurar o manejo integrado de arboviroses de forma efetiva e com segurança para a saúde do trabalhador.

Sua participação consistirá em responder um questionário que contém informações sobre o território de atuação, processo de trabalho, segurança, saúde de trabalhador e informação, comunicação e educação em saúde, sendo todos os temas relacionados ao atual contexto da pandemia da Covid-19. O preenchimento do questionário levará aproximadamente de 20 a 30 minutos. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) e o questionário serão enviados por e-mail ou *whatsapp*. A ciência de participação na pesquisa e a devolução do questionário respondido serão feitas pelo mesmo meio.

A pesquisa apresenta riscos considerados mínimos podendo ocasionar algum desconforto ou sensibilização ao momento do preenchimento do questionário. Informamos que não há questões de resposta obrigatória no questionário, podendo deixar sem marcar a resposta, caso não se sinta a vontade de respondê-la. Caso tenha problemas de acesso à internet, de preenchimento do questionário ou outra dificuldade, favor entrar em contato com a coordenação da pesquisa.

Sobre os benefícios, espera-se com os resultados da pesquisa identificar formas inovadoras e complementares para o enfrentamento das arboviroses com segurança para o trabalhador durante a pandemia da Covid-19, bem como necessidades de qualificação para o aprimoramento do processo de trabalho nesse período.

O questionário é anônimo (não será identificado pelo nome), sendo todas as informações confidenciais. As informações serão analisadas em grupo, em conjunto com outros questionários, sem mencionar nomes, garantindo o sigilo das informações fornecidas pela sua pessoa durante todas as fases da pesquisa. O mesmo procedimento será utilizado na divulgação dos resultados da pesquisa, garantindo dessa forma, o sigilo dos participantes. Informamos também que você terá garantia de acesso aos resultados da pesquisa. Os questionários contendo dados e informações da pesquisa serão mantidos sob guarda e responsabilidade da coordenadora da pesquisa, em arquivos físicos e digitais, por um período de cinco anos, após este período todo o material será destruído.

Nome/Assinatura do Participante

Esta pesquisa foi direcionada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – CEP/EPSJV/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Salientamos que sua participação não é obrigatória, você tem a garantia plena de decidir sobre a sua participação e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição. Você terá acesso ao registro do consentimento livre e esclarecido sempre que solicitado. Esclarecemos ainda que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Proponente: CEP/EPSJV/Fiocruz - Avenida Brasil, 4365 – Contêiner 7 da EPSJV/Fiocruz, Manginhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21.040-360 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br, telefone: (21) 3865-9809.

Coparticipante: CEP/SMS Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20.031-040 / e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br, telefone (21)2215-1485

Diante dos esclarecimentos acima,

Eu, DIOGO DE LIMA WAGNER

RG nº 132184920 declaro ter conhecimento do documento e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante

Já eu, Gladys Miyashiro Miyashiro, coordenadora da pesquisa, declaro que estou cumprindo todas as determinações expostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde prevalecendo os princípios éticos contidos na Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, bem como todos os termos do presente RCLE.

Nome/Assinatura do Participante

Gladys Miyashiro Miyashiro
Coordenadora da pesquisa

Professora-pesquisadora/Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde
LAVSA/EPSJV/Fiocruz
Av. Brasil, 4365, sala 319 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-360.
e-mail: gladys.miyashiro@fiocruz.br
Tel: (21) 3865-9770 / 9772.
Cel (21) 98117-6424

Data: Rio de Janeiro, 16/12/2020

Nome/Assinatura do Participante

ANEXO 3

Questionário _ 1ª Parte: Pesquisa Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da COVID-19: Desafios e Possibilidades de Atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Laboratório de Educação Profissional de Vigilância em Saúde

***Obrigatório**

****** Você recebeu este questionário porque autorizou sua participação na pesquisa e concedeu ciência por meio do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) do questionário. Esta é a 1ª Parte do questionário, que apresenta 38 questões (Blocos I, II e III). Ao final de cada bloco, existem dois botões: clicar em 'Voltar' para revisar as respostas do bloco anterior e 'Próxima' para prosseguir com o preenchimento do bloco seguinte. Ao finalizar o preenchimento do questionário, revise suas respostas e, na última página, clique em 'Enviar'. A 2ª Parte do questionário, com 27 questões (Bloco IV), será enviada em seguida por um outro e-mail.

1. Nº do questionário: *(O número foi enviado por e-mail. O questionário só poderá ser enviado após o preenchimento desse número) *

Bloco I - Características do entrevistado

2. 1_ Qual é a sua idade?

Marcar apenas uma oval.

- 18 a 19 anos
- 20 a 29 anos
- 30 a 39 anos
- 40 a 49 anos
- 50 a 59 anos
- 60 anos ou mais

3. 2 - Quantos anos você atua como ACE?

Marcar apenas uma oval.

- Menos de 1 ano
- 1 a 5 anos
- 6 a 10 anos
- 11 a 15 anos
- 16 a 20 anos
- 21 a 25 anos
- 26 a 30 anos
- Mais de 30 anos

4. 3 - Qual é o seu vínculo trabalhista?

Marcar apenas uma oval.

- Municipal
- Estadual
- Federal
- Celetista

5. 4 - Qual é o seu grau de escolaridade?

Marcar apenas uma oval.

- Nível Médio
- Nível Superior
- Pós-graduação

Bloco II – Sobre o Território de Atuação durante a pandemia da Covid-19

6. 5 - Você trabalha em área de favela?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

7. 6 - Em que bairro você trabalha?

8. 7 - Você está inserido na Estratégia de Saúde da Família (ESF)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

9. 8 - Você atua com o ACS no território?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

10. 9 - Na área que você trabalha, a população tem acesso à: (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Rede de Abastecimento de água
- Rede de Esgotamento sanitário
- Coleta de resíduos sólidos
- Pavimentação das ruas
- Energia elétrica
- Sinal de telefone
- Internet
- Transporte

11. 10 - Como é a topografia/forma do terreno onde você trabalha? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Área de baixada
- Área alta do morro
- Encosta
- Margem de rio/canal

12. 11 - Existem domicílios em sua área de atuação que não são ligados à Rede de Abastecimento de água?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe informar

13. 12 - Com relação aos domicílios que possuem Rede de Abastecimento de água, a maioria tem acesso à água de forma contínua?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não tem Rede de Abastecimento de água
- Não sabe informar

14. 13 - Com a pandemia da Covid-19, se tornou necessária a higienização das mãos, corpo e roupas com maior frequência. Você sabe se a maioria dos moradores de seu território de atuação estão utilizando maior quantidade de água que o habitual?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe informar

15. 14 - Como os moradores estão conseguindo mais água durante a pandemia da Covid-19? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Compram água do caminhão-pipa
- Compram garrafas ou galões de água
- Colocaram bica comunitária
- Há doações de garrafas de água
- Não houve mudança

Outro: _____

16. 15 - Os moradores de seu território de atuação estão armazenando água durante a pandemia?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe informar

17. 16 - Durante a pandemia da Covid-19, em que local do domicílio a população do seu território está armazenando água? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Intradomicílio (dentro de casa)
- Área peridomiciliar (frente, lados, fundo de quintal ou terreno)
- Não armazena água
- Não sabe informar

18. 17 - Quais os principais recipientes de armazenamento de água usados pela população de seu território durante a pandemia da Covid-19? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Tonéis
- Caixa d'água
- Baldes
- Garrafas
- Latas
- Potes
- Não armazena água
- Não sabe informar

Outro: _____

19. 18 - Como está sendo feito o armazenamento de água pela maioria da população de seu território?

Marcar apenas uma oval.

- Adequado
- Inadequado
- Não armazenam água
- Não sabe informar

20. 19 - Há coleta regular de resíduos sólidos ("lixo") no seu território de atuação neste período da pandemia da Covid-19?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe informar

21. 20 - Com que frequência é realizada a coleta de resíduos sólidos ("lixo") no seu território de atuação?

Marcar apenas uma oval.

- Uma vez por semana
- Duas vezes por semana
- Três vezes por semana
- Todos os dias
- Pontos de coleta (caçamba) regularmente
- Não sabe informar
- Outro: _____

22. 21 - Qual a proximidade e espaço entre a maioria das construções no seu território de atuação?

Marcar apenas uma oval.

- Os domicílios estão muito próximos
- Os domicílios estão afastados
- Os domicílios estão em um distanciamento intermediário

23. 22 - Quais as condições de moradia da maioria da população do seu território de atuação? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Precária
- Semiprecária
- Adequada

24. 23 - Quantas pessoas, em média, vivem no mesmo domicílio no seu território de atuação?

Marcar apenas uma oval.

- 1 - 2 pessoas
- 3 - 4 pessoas
- 5 - 6 pessoas
- 7 ou mais pessoas
- Não sabe informar

25. 24 - Em seu território de atuação, os domicílios possuem em média quantos cômodos? (Considerar como cômodo: banheiro, cozinha, quarto, sala, entre outros). (Não considerar como cômodo: quintal, varanda, corredor).

Marcar apenas uma oval.

- Um cômodo
- Dois cômodos
- Três cômodos
- Quatro cômodos
- Cinco ou mais cômodos
- Não sabe informar

26. 25 - Quantos dormitórios têm a maioria dos domicílios de seu território de atuação?

Marcar apenas uma oval.

- Um dormitório
- Dois dormitórios
- Três dormitórios ou mais
- Não sabe informar

27. 26 - Em seu território de atuação, a maioria dos domicílios possui banheiro?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe informar

28. 27 - Durante a pandemia, você tem observado nos domicílios de seu território de atuação a presença de objetos que possam acumular água (artigos religiosos, itens de decoração, pneus, plantas, vaso com plantas etc.)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe informar

29. 28 - Diante da necessidade de isolamento social durante a pandemia da Covid-19, como você avalia o comportamento da maioria das pessoas em seu território de atuação?

Marcar apenas uma oval.

- Reconhece a necessidade de isolamento e não apresenta dificuldade para realizá-lo
- Reconhece a necessidade de isolamento, mas apresenta dificuldade para realizá-lo
- Não reconhece a necessidade de isolamento e não realiza
- Nunca houve isolamento social
- Não sabe informar

30. 29 - As pessoas pertencentes ao grupo de risco necessitam realizar o isolamento social. O isolamento social do grupo de risco é realizado no seu território de atuação? (Considerar como grupo de risco os idosos, pessoas com doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes, asma, em tratamento com quimioterápicos; gestantes; outros).

Marcar apenas uma oval.

- O isolamento de pessoas do grupo de risco é realizado
- O isolamento de pessoas do grupo de risco não é realizado
- O isolamento de pessoas do grupo de risco é parcialmente realizado
- Não sabe informar

Bloco III - Informação, Comunicação e Educação em Saúde sobre o novo coronavírus SARS-CoV-2 e a Covid-19.

31. 30 - Quais meios de informação você utiliza para se atualizar sobre o novo coronavírus (Sars-CoV-2) e a Covid-19? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Jornais
- Revistas
- Televisão
- Rádio
- Sites ou blogs na Web
- Podcast
- YouTube
- Redes Sociais (Facebook, Instagram, Twitter, outras)
- WhatsApp
- E-mail
- Não me atualizo

Outro: _____

32. 31 - Você acha que é possível ter epidemia de alguma arbovirose (Dengue, Zika, Chikungunya) neste período de pandemia da Covid-19?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não sabe informar

33. 32 - Durante a pandemia, quais as informações que são solicitadas pela população do seu território? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Sobre arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)
- Sobre controle de vetores
- Sobre Covid-19
- Sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2)
- Não solicita informações

34. 33 - Em relação às informações repassadas por você à população sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e a Covid-19, assinale uma das opções abaixo:

Marcar apenas uma oval.

- Tenho facilidade para informar
- Tenho dificuldades para informar
- Não informo a população

35. 34 - Durante a pandemia da Covid-19, na sua opinião, quais seriam os meios de comunicação mais adequados para informar à população sobre as arboviroses e a Covid-19? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Cartilha
- Folder
- Vídeos
- Podcasts
- Carro de Som
- Programa de Rádio
- Esquetes teatrais gravadas
- WhatsApp
- Redes Sociais (Facebook, Instagram, Twitter, outras)
- Sites e blogs da Web

Outro: _____

36. 35 - Você recebeu em seu local de trabalho algum material informativo para atuação junto à população no território durante a pandemia? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Sobre arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya)
- Sobre o controle de vetores
- Sobre Covid-19
- Sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2)
- Não recebi material informativo

37. 36 - Durante a pandemia da Covid-19, houve capacitações relacionadas à algum dos temas a seguir?

Marcar apenas uma oval.

- Houve capacitações apenas sobre Covid-19
- Houve capacitações sobre o controle das arboviroses no contexto da pandemia da Covid-19
- Não houve capacitação sobre Covid-19

38. 37 - Os conteúdos dessa capacitação foram suficientes para a atuação no território durante a pandemia da Covid-19?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Não recebeu capacitação sobre Covid-19

39. 38 - Quais temas e/ou conteúdos sobre o Sars-CoV-2 e a Covid-19 você acha importante para serem aprofundados nas capacitações durante a pandemia? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Como o novo coronavírus age no corpo
 - Cuidados domiciliares durante o isolamento social
 - Cuidados específicos para pessoas do grupo de risco
 - Formas de prevenção da Covid-19
 - Formas de transmissão da Covid-19
 - Tempo de sobrevivência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) nas diversas superfícies e no ar
 - Redes de atendimento do SUS para os casos da Covid-19
 - Sinais e sintomas da Covid-19
 - Cuidados no uso do transporte público
 - Tipos de material informativo para comunicar à população sobre arboviroses relacionado à pandemia da Covid-19
 - Educação e comunicação para atuar junto à população sobre arboviroses durante a pandemia da Covid-19
 - Estratégias de controle das arboviroses no contexto da pandemia da Covid-19
- Outro: _____

ANTES DE FINALIZAR, REVISE SUAS RESPOSTAS CLICANDO NA OPÇÃO "VO DISPONÍVEL NO FINAL DE CADA BLOCO. APÓS CONCLUIR A REVISÃO, CLIQUE NO BOTÃO "ENVIAR" PARA REGISTRAR SUAS RESPOSTAS E FINALIZAR O QUESTIONÁRIO.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO 4

Questionário _ 2ª Parte: Pesquisa Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da COVID-19: Desafios e Possibilidades de Atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Laboratório de Educação Profissional de Vigilância em Saúde

*Obrigatório

****** Você recebeu este questionário porque autorizou sua participação na pesquisa e concedeu ciência por meio do Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) do questionário. Esta é a 2ª Parte do questionário, que apresenta 27 questões (Bloco IV); iniciando na questão nº 39 e terminando na questão nº 65. Ao finalizar o preenchimento do questionário, revise suas respostas e, na última página, clique em 'Enviar'.

1. Nº do questionário: *(O número foi enviado por e-mail. O questionário só poderá ser enviado após o preenchimento desse número) *

Bloco IV - Processo de Trabalho, Segurança e Saúde do Trabalhador no enfrentamento das arboviroses na pandemia da Covid-19

2. 39 _ Houve alguma mudança em relação às visitas domiciliares no seu trabalho?
(Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Não houve mudanças
- Suspensão das visitas domiciliares
- Redução das visitas domiciliares
- Aumento das visitas domiciliares
- Alteração das visitas domiciliares (realizadas apenas no peridomicílio: laterais, frente ou fundos da casa)

3. 40 - Com qual periodicidade você visita o mesmo domicílio (retorno), para controle das arboviroses, durante a pandemia da Covid-19?

Marcar apenas uma oval.

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- A cada dois meses
- A cada três meses
- A cada seis meses
- Não realiza
- Outro: _____

4. 41 _ Houve alguma mudança em relação às atividades nos territórios (escolas, serviços de saúde, comércio, indústrias, igrejas, praças, ruas, terrenos baldios, cemitérios, etc.)?

Marcar apenas uma oval.

- Não houve mudanças
- Suspensão das atividades nos espaços coletivos do território
- Redução de atividades nos espaços coletivos do território
- Aumento das atividades nos espaços coletivos do território

5. 42 - Houve alguma mudança em relação às atividades educativas nos territórios? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Não houve mudanças
- Suspensão das atividades educativas com grupos
- Redução das atividades educativas com grupos
- Aumento das atividades educativas com grupos
- Alteração de atividades educativas com grupos (formato remoto)

6. 43 - Em relação ao controle das arboviroses nos cemitérios durante a pandemia da Covid-19, assinale uma das alternativas abaixo:

Marcar apenas uma oval.

- Houve aumento do controle
- Houve diminuição do controle
- Não houve alteração
- Não sabe informar

7. 44 - Quais as ações que você realiza no controle das arboviroses durante a pandemia? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Controle Químico (Ex.: agrotóxicos/inseticidas)
 Controle Físico (Ex.: eliminação de focos)
 Controle Biológico (Ex.: bactérias, peixes)
 Ações Educacionais (Ex.: orientação aos moradores)

Outro: _____

8. 45 - Quais os EPIs e produtos de higienização (como álcool em gel, por exemplo) que você recebeu para a prevenção da Covid-19 na realização do seu trabalho? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Face Shield (protetor facial de acetato)
 Máscaras
 Luvas
 Álcool em gel
 Toucas de cabelo
 Não recebi EPI nem produtos de higienização

Outro: _____

9. 46 - Você recebe EPI adequado para realizar a manipulação de produtos (agrotóxicos/inseticidas) para controle das arboviroses durante a pandemia da Covid-19?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não manipulo agrotóxicos/inseticidas durante a pandemia da Covid-19

10. 47 - Quais tipos de máscara para prevenção da Covid-19 foram entregues pelo local de trabalho? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Máscara N95
 Máscara cirúrgica
 Máscara de tecido
 Não recebi máscara

Outro: _____

11. 48 - Com qual frequência ocorre a troca das máscaras durante o dia de trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- 1 vez ao dia
 2 vezes ao dia
 3 vezes ao dia
 Mais de 3 vezes ao dia
 Quando está úmida ou danificada
 Não realiza a troca da máscara

12. 49 - Durante o processo de trabalho, com qual frequência você utiliza o álcool 70° para higienização das mãos ao longo do dia? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- 1 vez ao dia
 2 vezes ao dia
 3 vezes ou mais
 A cada contato com superfícies ou pessoas
 Depois de cada visita no domicílio/peridomicílio
 Não realiza a desinfecção com álcool 70°

13. 50 - Em relação à higienização das mãos com água e sabão durante a realização do seu trabalho, assinale uma das alternativas abaixo:

Marcar apenas uma oval.

- Faço higienização 1 vez ao dia, ao final do expediente
- Faço higienização sempre que possível
- Depois de cada visita domiciliar/peridomiciliar
- Não realizo a lavagem com água e sabão durante o trabalho

14. 51 - Onde é feita a higienização das mãos com água e sabão durante seu expediente de trabalho? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Domicílio no território
- Ponto de apoio
- UBS
- CAP
- Não realiza
- Outro: _____

15. 52 - Onde fica localizado seu ponto de apoio (PA) durante a pandemia?

Marcar apenas uma oval.

- UBS
- Escola
- Associação de moradores
- Igreja
- Outro: _____

16. 53 - O seu PA tem estrutura que facilita a higienização e cuidado pessoal, bem como o armazenamento e a higienização de materiais e equipamentos?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não
- Parcialmente

17. 54 - Você teve a sua rotina de trabalho alterada por ser do grupo de risco?

Marcar apenas uma oval.

- Não pertenço ao grupo de risco
- Integralmente, por atividade remota
- Parcialmente, por rodízio
- Parcialmente, por atividade remota
- Não houve alteração

18. 55 - Você realizou algum exame de Covid-19 em seu trabalho?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
- Não

19. 56 - Durante esta pandemia, você tem trabalhado com alguma atividade de mobilização para o controle das arboviroses junto às organizações da sociedade civil (movimentos sociais, associação de moradores, ONG, lideranças, outros)?

Marcar apenas uma oval.

- Sim (§)
- Não
- Não existe nenhuma organização da sociedade civil no território

20. (§) Caso tenha marcado "Sim" como alternativa na questão anterior, explicita com qual(ais) organização(ões) da sociedade civil tem realizado alguma atividade. Caso não tenha marcado essa opção, siga para a próxima questão.

21. 57 - Você realiza algum tipo de trabalho com outros setores do governo (educação, cultura, meio ambiente, limpeza urbana e outros) no enfrentamento das arboviroses e da Covid-19?

Marcar apenas uma oval.

- Sim (§)
- Não

22. (§) Caso tenha marcado "Sim" como alternativa na questão anterior, explicita com qual(ais) setor(es) do governo tem trabalhado. Caso não tenha marcado essa opção, siga para a próxima questão.

23. 58 - Os moradores adotam alguma medida de proteção no momento em que você realiza as visitas domiciliares? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

Adotam o uso de máscara corretamente

Mantém o distanciamento social

Não adotam nenhuma medida

Outro: _____

24. 59 - Como ocorre a sua atividade de trabalho com o ACS durante a pandemia?

Marcar apenas uma oval.

Cada um desenvolve sua atividade isoladamente

Partilhamos conhecimentos e ações no território

Não há formalização de trabalho conjunto no território

Não se aplica

25. 60 - Como recebe informação sobre domicílios que tem morador com Covid-19?
(Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Por meio da UBS
 Por meio do ACS
 Por meio da população
 Não recebo informação

Outro: _____

26. 61 - Durante a pandemia, você tem informação a partir do seu local de trabalho acerca dos casos de arboviroses (Dengue, Zika, Chikungunya) que ocorrem no seu território?

Marcar apenas uma oval.

- Sim
 Não
 Não sabe informar

27. 62 - Durante a pandemia, como você se desloca de sua casa para o trabalho e vice-versa? (Pode marcar mais de uma opção).

Marque todas que se aplicam.

- Ônibus
 Trem
 Metrô
 BRT
 Carro próprio
 Carro carona
 Taxi/aplicativo
 Bicicleta
 Transporte alternativo (Van, Moto-taxi, Kombi)
 Caminha

Outro: _____

28. 63 - Você mora com pessoas do grupo de risco?

Marcar apenas uma oval.

Sim (§)

Não

29. (§) Caso tenha marcado "Sim" como alternativa, explicita o grupo de risco da(s) pessoa(s) com a(s) qual(ais) você mora. Caso não tenha marcado essa opção, siga para a próxima questão.

30. 64 - Em relação à qualidade do sono durante a pandemia da Covid-19, assinale:

Marcar apenas uma oval.

Não foi modificado, continuo dormindo bem

Comecei a ter problemas de sono

Continuo com os mesmos problemas de sono

Tenho problemas de sono e pioraram durante a pandemia

Tenho problemas de sono e diminuíram durante a pandemia

31. 65 - Como você se sente nesta pandemia da Covid-19? (Pode marcar mais de uma opção)

Marque todas que se aplicam.

- Angustiado/ansioso
- Com medo
- Triste
- Com dificuldade para manter a concentração
- Mais irritado
- Inseguro
- Desamparado (sozinho)
- Me sinto igual, como antes da pandemia

Outro: _____

ANTES DE FINALIZAR, REVISE SUAS RESPOSTAS. APÓS CONCLUIR A REVISÃO, CLIQUE NO BOTÃO "ENVIAR" PARA REGISTRAR SUAS RESPOSTAS E FINALIZAR O QUESTIONÁRIO.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

ANEXO 5

Roteiro para realização do Grupo Focal

Pesquisa: Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da Covid-19: Desafios e possibilidades de atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)

A) Processo de trabalho, saúde do trabalhador e segurança do ACE

- 1) O que mudou no processo de trabalho dos ACE na pandemia, inclusive para aqueles que são grupo de risco, e como vocês pensam que deva ser o trabalho do ACE durante e pós pandemia?**
- 2) Como foi a distribuição e uso de EPI e material de higienização na pandemia e o trabalho junto ESF e os ACS no território?**

OBS: guia complementar

- O que mudou no processo de trabalho dos ACEs com a pandemia? (Explorar: visita domiciliar, espaços públicos, pontos estratégicos e pontos críticos, outros)

- Como vocês acham que deve ser o trabalho do ACE durante a pandemia da COVID-19? (Deixar em aberto)

Explorar questões relacionadas ao trabalho do ACE:

- É suficiente a realização da visita peridomiciliar? É feita em domicílios que tem moradores maiores de 60 anos? E domicílios que tem moradores em grupos de risco? Tem critérios para selecionar domicílios em risco?
- É possível deixar de fazer as visitas no peridomicílio durante a pandemia?
- Como você se relaciona com os moradores nesta pandemia? Quais são as estratégias de abordagem e de mediação, tranquilização, orientação e de convencimento dos moradores sobre ações de enfrentamento das arboviroses?
- Em tempo de Covid-19 como você concilia ações de rotina voltadas para controle de vetores, com ações voltadas para grupos vulneráveis (idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, outros). Como sabe se tem idoso ou morador do grupo de risco no domicílio?
- Como se faz a visita nos domicílios de pessoas que tem arbovirose? A nota diz que tem que ser avaliado caso a caso, mas pode ingressar no domicílio se a pessoa não tiver Covid-19. Tem tido algum caso?
- Quais os benefícios/prejuízos da recomendação da suspensão temporária do LIRAA durante 2020, conforme nota informativa do Ministério da Saúde?

- Os EPI e material de higienização estão sendo distribuídos em quantidade suficiente? (Explorar: qualidade, sensação de segurança utilizando EPI. Sugestões para melhorar a segurança do trabalhador durante a pandemia).

- Entre os trabalhadores ACEs, quais os Grupos de Risco para Covid-19 que estão afastados de sua atividade? Existem particularidades, especificidades de grupos de risco dentro dos ACEs? (Explorar doenças crônicas, idade, gestantes, exposição a agrotóxicos, outros).

- Tem feito trabalho articulado com a ESF? E com o ACS no território?

B) Saneamento

3) Em territórios que não tem abastecimento de água contínuo como vocês realizam o controle vetorial junto as moradias e como é feita a visita peridomiciliar?

OBS: guia complementar

- Qual é a melhor estratégia para o controle vetorial nas favelas que não possuem água ou tem fornecimento intermitente? É suficiente a visita peridomiciliar? Os moradores mudaram os recipientes e formas de armazenamento de água? Tem alguma sugestão?
- Tem sugestões para que os moradores de seu território possam ter água de forma emergencial nesta pandemia? E para melhorar a coleta de resíduos sólidos?

C) Informação, comunicação, educação em saúde para a população e necessidades de qualificação dos ACEs

4) Como vocês vem desenvolvendo as ações educativas e de promoção da saúde e quais ferramentas/meios utilizam para efetuar a comunicação/informação junto aos moradores e na comunidade durante a Pandemia em relação a arboviroses, a Covid 19 e os grupos de risco para a doença?

OBS: guia complementar

- Como tem sido o trabalho dos ACEs em relação às ações de informação, comunicação, educação em saúde para a população? É possível fazer essas atividades durante a pandemia da Covid-19? Como melhorar essas ações? (Explorar: desafios no domicílio e outros locais, formas novas de realizar essas ações, informações remotas-virtuais)
- Além das informações sobre as arboviroses, têm repassado informações sobre o novo coronavírus e a COVID-19? Quais informações? Tem tido problemas em repassar essas informações diante das crenças e do saber popular dos moradores?
- Têm recebido capacitação sobre o novo coronavírus SARS-CoV-2 e sobre a COVID-19? É suficiente? Quais os temas/conteúdos que gostaria de aprofundar?

D) Mobilização Social

5) Na pandemia foi possível realizar ações de mobilização social nos territórios relacionadas às arboviroses e também à Covid 19?

OBS: guia complementar

- Durante a pandemia, quais os desafios para realizar mobilização social para o enfrentamento das arboviroses com a população no território? É possível planejar ações com a comunidade neste momento?
- Quais as sugestões para melhorar a mobilização social no enfrentamento das arboviroses durante a pandemia?

E) Concepção Saúde-Doença e Aspectos Psicossociais

- 6) Como vocês percebem a pandemia e o entendimento da doença Covid-19 como trabalhadores da vigilância em saúde e como cidadãos?**
- 7) Vocês têm condições de fazer vigilância/controlar das arboviroses e, ao mesmo tempo, orientar sobre a Covid-19?**

OBS: guia complementar

- Qual a relação saúde e doença na pandemia da Covid-19? O que é estar sadio nesta pandemia? E estar doente? (Explorar determinantes biológicos, ambientais, socioeconômicos, culturais).
- Como se sentem fazendo o controle das arboviroses durante a pandemia? É possível enfrentar uma doença (dengue, por exemplo) e não a Covid-19? É possível a coexistência de uma epidemia de dengue com a pandemia da Covid-19 no mesmo território?
- Como é realizar o trabalho de controle das arboviroses durante a pandemia da Covid-19? Vocês ou seus colegas têm sentido medo, sofrimento, infelicidade, terror, durante a pandemia da Covid-19, seja no território, nas visitas domiciliares, no transporte público, ao sair e chegar em casa? (Explorar se tem pessoas em risco em casa, medo de transmitir Covid-19, mudanças na rotina da família).
- Além das atividades que desempenham no enfrentamento das arboviroses, quais outras atividades poderiam ser realizadas durante a pandemia da Covid-19?

F) Sugestões Finais

- 8) E para finalizar, gostariam de fazer algum outro comentário?**

ANEXO 6



Autorização para participar da pesquisa EPSJV/Fiocruz - RCLE Grupo Focal

Perguntas Respostas 15

Autorização para participar da pesquisa EPSJV/Fiocruz – Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da Covid-19 - RCLE

Prezado(a),

Favor ler em detalhe o Registro de Consentimento

LE do Grupo Foca . Após a leitura,

se concordar em participar da pesquisa, por favor preencha seu e-mail, nome e RG no local correspondente.

Para finalizar coloque a data e clique em “Enviar”.

Após recebermos o RCLE do Grupo Focal, este será assinado pela Coordenadora da Pesquisa e enviado para seu e-mail.

Atenciosamente,

Coordenação da pesquisa

Endereço de e-mail *

Texto de resposta longa

Insira aqui uma imagem



O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Enfrentamento das arboviroses na pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades de atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)”. Você foi selecionado para participar da pesquisa por ser egresso ou atual estudante do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

A pesquisa tem por objetivo conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelos ACE/AVS no controle das arboviroses (dengue, chikungunya, zika) no território da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, durante a pandemia de Covid-19, visando fornecer subsídios para a promoção da saúde e assegurar o manejo integrado de arboviroses de forma efetiva e com segurança para a saúde do trabalhador.

Sua participação consistirá em fazer parte de um Grupo Focal que é uma técnica de pesquisa qualitativa que obtém dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o tema proposto. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) será enviado por e-mail ou whatsapp. A ciência de participação na pesquisa será feita pelo mesmo meio.

Por ser uma reunião centrada na interação do grupo, a pesquisa apresenta riscos como constrangimento do participante, ao dar depoimento ou fazer considerações, ao compartilhar suas opiniões com os outros participantes.

A equipe que conduzirá a pesquisa adotará todas as medidas de precaução e prevenção para atenuar os riscos e mediar os desconfortos e constrangimentos que possam aparecer durante o grupo focal. Ao início da reunião os participantes serão informados da necessidade do sigilo das informações que serão compartilhadas no grupo focal. O participante que sentir algum constrangimento poderá solicitar retirar-se do grupo focal a qualquer momento. Caso os pesquisadores percebam possibilidade de dano ao participante decorrente da participação no grupo focal, será discutida com os participantes as providências cabíveis que pode incluir o encerramento da atividade.

Sobre os benefícios, espera-se com os resultados da pesquisa identificar formas inovadoras e complementares para o enfrentamento das arboviroses com segurança para o trabalhador durante a pandemia da Covid-19, bem como necessidades de qualificação para o aprimoramento do processo de trabalho nesse período.

As falas no grupo focal serão gravadas e transcritas sem identificação dos participantes. A análise das informações será realizada em conjunto, sem mencionar nomes, garantindo o sigilo das informações fornecidas, tanto da pessoa como do grupo de pesquisa, durante todas as fases da pesquisa. O mesmo procedimento será utilizado na divulgação dos resultados da pesquisa, garantindo dessa forma, o sigilo dos participantes. Informamos também que você terá garantia de acesso aos resultados da pesquisa. As gravações e transcrições serão armazenadas em arquivos digitais que serão mantidos sob guarda e responsabilidade da coordenadora da pesquisa por um período de cinco anos, após este período todo o material será destruído.

Devido à restrição das atividades presenciais durante a pandemia da Covid-19, o grupo foca virtual. Contudo, se as condições de flexibilização do distanciamento social permitirem, as oficinas poderão ser presenciais. Nesse caso, serão utilizadas as instalações da EPSJV/Fiocruz e serão tomadas todas as providências para minimizar os riscos e evitar contágio com o novo coronavírus (SARS-CoV-2), respeitando as recomendações sanitárias e o Plano de Contingência da Fiocruz.

Durante o grupo focal serão feitas imagens dos participantes para fins exclusivos da pesquisa como comprovação da realização dessa atividade. De modo a preservar a sua identidade, as imagens não serão divulgadas com os resultados da pesquisa.

Esta pesquisa foi direcionada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - CEP/EPSJV/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Salientamos que sua participação não é obrigatória, você tem a garantia plena de decidir sobre a sua participação e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição. Você terá acesso ao registro do consentimento livre e esclarecido sempre que solicitado. Esclarecemos ainda que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa



CEP: 21.040-360 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br, telefone: (21) 3865-9809.

Coparticipante: CEP/SMS Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20.031-040 / e-mail: cepmsrj@yahoo.com.br, telefone (21)2215-1485

Diante dos esclarecimentos acima,

Eu *

Texto de resposta longa

RG nº *

Texto de resposta curta

Título

declaro ter conhecimento do documento e concordo em participar da pesquisa.

Já eu, Gladys Miyashiro Miyashiro, coordenadora da pesquisa, declaro que estou cumprindo todas as determinações expostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde prevalecendo os princípios éticos contidos na Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, bem como todos os termos do presente RCLE.

Gladys Miyashiro Miyashiro

Coordenadora da pesquisa

Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde

LAVSA/EPSJV/Fiocruz

Av. Brasil, 4365, sala 319 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-360.

e-mail: gladys.miyashiro@fiocruz.br

Tel: (21) 3865-9770 / 9772.

Cel (21) 98117-6424

Data: Rio de Janeiro, *

Mês, dia, ano



ANEXO 7

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RCLE GRUPO FOCAL

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Enfrentamento das arboviroses na pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades de atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)**”. Você foi selecionado para participar da pesquisa por ser egresso ou atual estudante do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

A pesquisa tem por objetivo conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelos ACE/AVS no controle das arboviroses (dengue, chikungunya, zika) no território da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, durante a pandemia de Covid-19, visando fornecer subsídios para a promoção da saúde e assegurar o manejo integrado de arboviroses de forma efetiva e com segurança para a saúde do trabalhador.

Sua participação consistirá em fazer parte de um Grupo Focal que é uma técnica de pesquisa qualitativa que obtém dados a partir de reuniões em grupo com pessoas que representam o tema proposto. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) será enviado por e-mail ou *whatsapp*. A ciência de participação na pesquisa será feita pelo mesmo meio.

Por ser uma reunião centrada na interação do grupo, a pesquisa apresenta riscos como constrangimento do participante, ao dar depoimento ou fazer considerações, ao compartilhar suas opiniões com os outros participantes.

A equipe que conduzirá a pesquisa adotará todas as medidas de precaução e prevenção para atenuar os riscos e mediar os desconfortos e constrangimentos que possam aparecer durante o grupo focal. Ao início da reunião os participantes serão informados da necessidade do sigilo das informações que serão compartilhadas no grupo focal. O participante que sentir algum constrangimento poderá solicitar retirar-se do grupo focal a qualquer momento. Caso os pesquisadores percebam possibilidade de dano ao participante decorrente da participação no grupo focal, será discutida com os participantes as providências cabíveis que pode incluir o encerramento da atividade.

Sobre os benefícios, espera-se com os resultados da pesquisa identificar formas inovadoras e complementares para o enfrentamento das arboviroses com segurança para o trabalhador durante a pandemia da Covid-19, bem como necessidades de qualificação para o aprimoramento do processo de trabalho nesse período.

As falas no grupo focal serão gravadas e transcritas sem identificação dos participantes. A análise das informações será realizada em conjunto, sem mencionar nomes, garantindo o sigilo das informações fornecidas, tanto da pessoa como do grupo de pesquisa, durante todas as fases da pesquisa. O mesmo procedimento será utilizado na divulgação dos resultados da pesquisa, garantindo dessa forma, o sigilo dos participantes. Informamos também que você terá garantia de acesso aos resultados da pesquisa. As gravações e transcrições serão armazenadas em arquivos digitais que serão mantidos sob guarda e responsabilidade da coordenadora da pesquisa por um período de cinco anos, após este período todo o material será destruído.

Devido à restrição das atividades presenciais durante a pandemia da Covid-19, o grupo focal será

realizado de forma virtual. Contudo, se as condições de flexibilização do distanciamento social permitirem, as oficinas poderão ser presenciais. Nesse caso, serão utilizadas as instalações da EPSJV/Fiocruz e serão tomadas todas as providências para minimizar os riscos e evitar contágio com o novo coronavírus (SARS-CoV-2), respeitando as recomendações sanitárias e o Plano de Contingência da Fiocruz.

Durante o grupo focal serão feitas imagens dos participantes para fins exclusivos da pesquisa como comprovação da realização dessa atividade. De modo a preservar a sua identidade, as imagens não serão divulgadas com os resultados da pesquisa.

Esta pesquisa foi direcionada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – CEP/EPSJV/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Salientamos que sua participação não é obrigatória, você tem a garantia plena de decidir sobre a sua participação e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição. Você terá acesso ao registro do consentimento livre e esclarecido sempre que solicitado. Esclarecemos ainda que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Proponente: CEP/EPSJV/Fiocruz - Avenida Brasil, 4365 – Contêiner 7 da EPSJV/Fiocruz, Manginhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21.040-360 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br, telefone: (21) 3865-9809.

Coparticipante: CEP/SMS Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20.031-040 / e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br, telefone (21)2215-1485

Diante dos esclarecimentos acima,

Eu _____

RG nº _____ declaro ter conhecimento do documento e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante

Nome/Assinatura do Participante

Já eu, Gladys Miyashiro Miyashiro, coordenadora da pesquisa, declaro que estou cumprindo todas as determinações expostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde prevalecendo os princípios éticos contidos na Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, bem como todos os termos do presente RCLE.

Gladys Miyashiro Miyashiro

Coordenadora da pesquisa

Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde

LAVSA/EPSJV/Fiocruz

Av. Brasil, 4365, sala 319 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-360.

e-mail: gladys.miyashiro@fiocruz.br

Tel: (21) 3865-9770 / 9772.

Cel (21) 98117-6424

Data: Rio de Janeiro, ___/02/2021

Nome/Assinatura do Participante

ANEXO 8

Pesquisa: Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia de Covid-19: desafios e possibilidades de atuação dos agentes de combate às endemias (ACE)

Coordenação: Gladys Miyashiro

Oficina de Sistematização de Informações e
Elaboração de sugestões para a APS
17/04/2021

Equipe de Pesquisa:

- Alexandre Pessoa
- Ana Cláudia Vasconcellos
- Ana Paula Caetano
- Bárbara Valente
- Edilene Pereira
- Felipe Bagatoli
- Gladys Miyashiro
- Grácia Gondim
- Juliana Valentim
- Lásaro Stephanelli
- Leila Beato
- Marta Gomes
- Maurício Monken
- Priscila Almeida
- Raiane Oliveira
- Rodolfo Pereira
- Samuel Monteiro
- Tatiana Docile

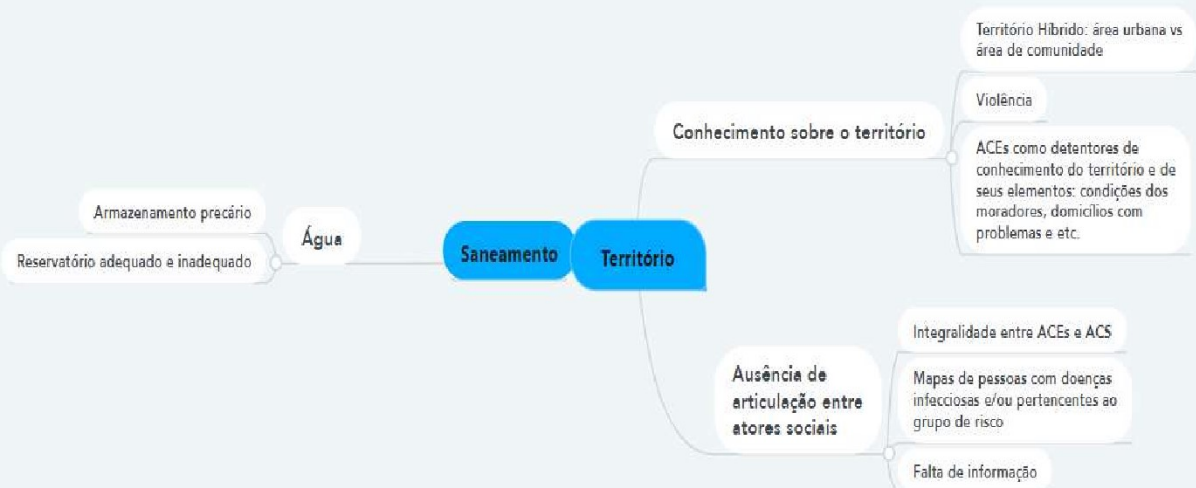
Eixo 1 Processo de Trabalho



Eixo 2 Gestão do Trabalho



Eixo 3 Território

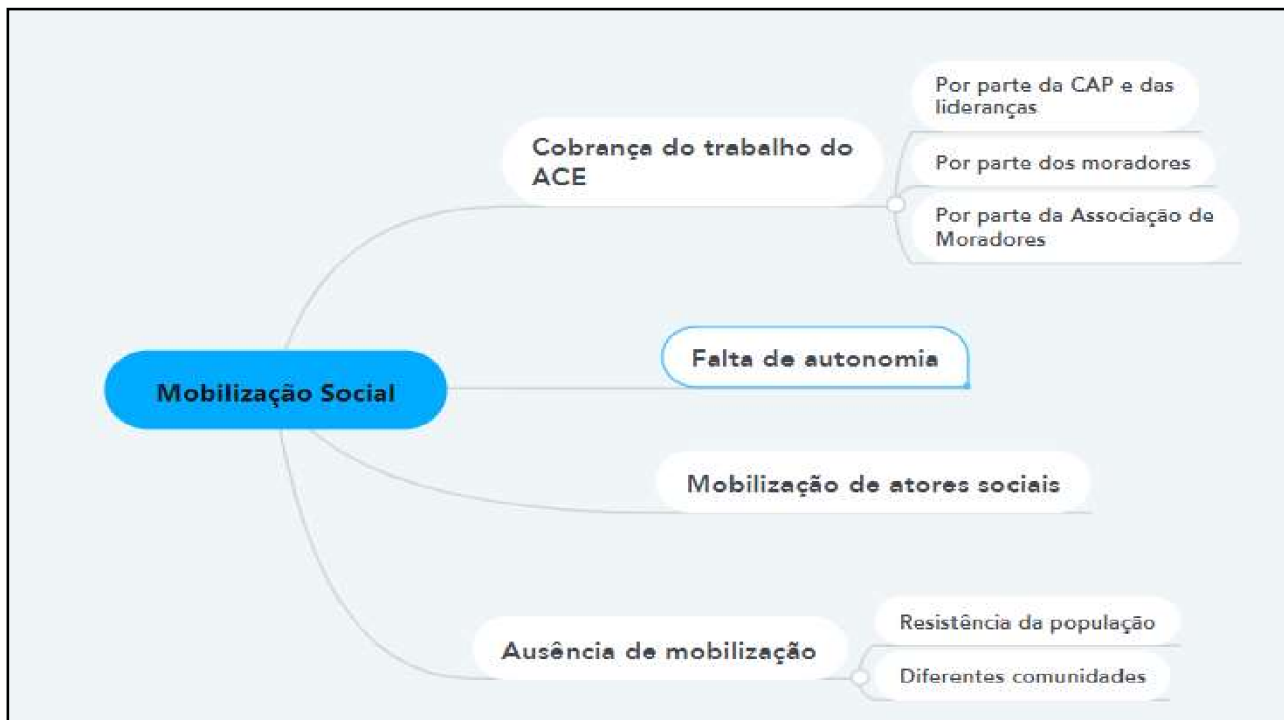


Eixo 4

Ação Comunicativa e Educativa no Território



Eixo 5 Mobilização Social



Eixo 6 Conhecimento



Eixo 7 Sugestões e Expectativas



ANEXO 9



Autorização para participar da pesquisa EPSJV/Fiocruz - RCLE Oficina de Sistematização

Perguntas Respostas 11

Autorização para participar da pesquisa EPSJV/Fiocruz – Enfrentamento das Arboviroses na Pandemia da Covid-19 - RCLE da Oficina de Sistematização

Prezado(a),

Favor ler em detalhe o Registro de Consentimento Livre e Esclarecido – RCLE da Oficina de Sistematização. Após a leitura, se concordar em participar da pesquisa, por favor preencha seu e-mail, nome e RG no local correspondente. Para finalizar coloque a data e clique em “Enviar”.

Após recebermos o RCLE da Oficina de Sistematização, este será assinado pela Coordenadora da Pesquisa e enviado para seu e-mail.

Atenciosamente,

Coordenação da pesquisa

Endereço de e-mail *

Texto de resposta longa

Título da imagem



REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RCLE OFICINA DE SISTEMATIZAÇÃO

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Enfrentamento das arboviroses na pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades de atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)”. Você foi selecionado para participar da pesquisa por ser egresso ou atual estudante do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

A pesquisa tem por objetivo conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelos ACE/AVS no controle das arboviroses (dengue, chikungunya, zika) no território da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, durante a pandemia de Covid-19, visando fornecer subsídios para a promoção da saúde e assegurar o manejo integrado de arboviroses de forma efetiva e com segurança para a saúde do trabalhador.

Sua participação consistirá em fazer parte de um grupo que colaborará na Oficina de sistematização de informações da pesquisa e elaboração de recomendações de atuação dos ACEs durante a pandemia da Covid-19. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) será enviado por e-mail ou whatsapp. A ciência de participação na pesquisa será feita pelo mesmo meio.

Por ser uma reunião centrada na interação do grupo, a pesquisa apresenta riscos como constrangimento do participante, ao dar depoimento ou fazer considerações, ao compartilhar suas opiniões com os outros participantes.

A equipe que conduzirá a pesquisa adotará todas as medidas de precaução e prevenção para atenuar os riscos e mediar os desconfortos e constrangimentos que possam aparecer durante o desenvolvimento das oficinas. Ao início da reunião os participantes serão informados da necessidade do sigilo das informações que serão compartilhadas nas oficinas. O participante que sentir algum constrangimento poderá solicitar retirar-se das oficinas a qualquer momento. Caso os pesquisadores percebam possibilidade de dano ao participante decorrente da participação nas oficinas, será discutida com os participantes as providências cabíveis que pode incluir o encerramento da atividade.

Sobre os benefícios, espera-se com os resultados da pesquisa identificar formas inovadoras e complementares para o enfrentamento das arboviroses com segurança para o trabalhador durante a pandemia da Covid-19, bem como necessidades de qualificação para o aprimoramento do processo de trabalho nesse período.

As falas nas oficinas serão gravadas e transcritas sem identificação dos participantes. A análise das informações será realizada em conjunto, sem mencionar nomes, garantindo o sigilo das informações fornecidas, tanto da pessoa como do grupo de pesquisa, durante todas as fases da pesquisa. O mesmo procedimento será utilizado na divulgação dos resultados da pesquisa, garantindo dessa forma, o sigilo dos participantes. Informamos também que você terá garantia de acesso aos resultados da pesquisa. As gravações e transcrições serão armazenadas em arquivos digitais que serão mantidos sob guarda e responsabilidade da coordenadora da pesquisa por um período de cinco anos, após este período todo o material será destruído.

Devido à restrição das atividades presenciais durante a pandemia da Covid-19, as oficinas serão realizadas de forma virtual. Contudo, se as condições de flexibilização do distanciamento social permitirem, as oficinas poderão ser presenciais. Nesse caso, serão utilizadas as instalações da EPSJV/Fiocruz e serão tomadas todas as providências para minimizar os riscos e evitar contágio com o novo coronavírus (SARS-CoV-2), respeitando as recomendações sanitárias e o Plano de Contingência da Fiocruz.

Durante a oficina de sistematização serão feitas imagens dos participantes para fins exclusivos da pesquisa como comprovação da realização dessa atividade. De modo a preservar a sua identidade, as imagens não serão divulgadas com os resultados da pesquisa.

Esta pesquisa foi direcionada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio CEP/EPSJV/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Salientamos que sua participação não é obrigatória, você tem a garantia plena de decidir sobre a sua participação e a



Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:
Proponente: CEP/EPSJV/Fiocruz - Avenida Brasil, 4365 – Contêiner 7 da EPSJV/Fiocruz, Mangueiras, Rio de Janeiro, RJ.
CEP: 21.040-360 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br, telefone: (21) 3865-9809.
Coparticipante: CEP/SMS Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20.031-040 /
e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br, telefone (21)2215-1485

Diante dos esclarecimentos acima,

Eu *

Texto de resposta longa

RG nº *

Texto de resposta curta

Sem título

declaro ter conhecimento do documento e concordo em participar da pesquisa.

Já eu, Gladys Miyashiro Miyashiro, coordenadora da pesquisa, declaro que estou cumprindo todas as determinações expostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde prevalecendo os princípios éticos contidos na Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, bem como todos os termos do presente RCLE.

Gladys Miyashiro Miyashiro
Coordenadora da pesquisa
Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde
LAVSA/EPSJV/Fiocruz
Av. Brasil, 4365, sala 319 - Mangueiras, Rio de Janeiro - RJ, 21040-360.
e-mail: gladys.miyashiro@fiocruz.br
Tel: (21) 3865-9770 / 9772.
Cel (21) 98117-6424

ANEXO 10

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – RCLE OFICINAS

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**Enfrentamento das arboviroses na pandemia da Covid-19: desafios e possibilidades de atuação dos Agentes de Combate às Endemias (ACEs)**”. Você foi selecionado para participar da pesquisa por ser egresso ou atual estudante do Curso Técnico de Vigilância em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

A pesquisa tem por objetivo conhecer o processo de trabalho desenvolvido pelos ACE/AVS no controle das arboviroses (dengue, chikungunya, zika) no território da Atenção Primária em Saúde do município do Rio de Janeiro, durante a pandemia de Covid-19, visando fornecer subsídios para a promoção da saúde e assegurar o manejo integrado de arboviroses de forma efetiva e com segurança para a saúde do trabalhador.

Sua participação consistirá em fazer parte de um grupo que colaborará na Oficina de sistematização de informações da pesquisa e elaboração de recomendações de atuação dos ACEs durante a pandemia da Covid-19. O Registro de Consentimento Livre e Esclarecido

(RCLE) será enviado por e-mail ou *whatsapp*. A ciência de participação na pesquisa será feita pelo mesmo meio.

Por ser uma reunião centrada na interação do grupo, a pesquisa apresenta riscos como constrangimento do participante, ao dar depoimento ou fazer considerações, ao compartilhar suas opiniões com os outros participantes.

A equipe que conduzirá a pesquisa adotará todas as medidas de precaução e prevenção para atenuar os riscos e mediar os desconfortos e constrangimentos que possam aparecer durante o desenvolvimento das oficinas. Ao início da reunião os participantes serão informados da necessidade do sigilo das informações que serão compartilhadas nas oficinas. O participante que sentir algum constrangimento poderá solicitar retirar-se das oficinas a qualquer momento. Caso os pesquisadores percebam possibilidade de dano ao participante decorrente da participação nas oficinas, será discutida com os participantes as providências cabíveis que pode incluir o encerramento da atividade.

Sobre os benefícios, espera-se com os resultados da pesquisa identificar formas inovadoras e complementares para o enfrentamento das arboviroses com segurança para o trabalhador durante a pandemia da Covid-19, bem como necessidades de qualificação para o aprimoramento do processo de trabalho nesse período.

As falas nas oficinas serão gravadas e transcritas sem identificação dos participantes. A análise das informações será realizada em conjunto, sem mencionar nomes, garantindo o sigilo das informações fornecidas, tanto da pessoa como do grupo de pesquisa, durante todas as fases da pesquisa. O mesmo procedimento será utilizado na divulgação dos resultados da pesquisa, garantindo dessa forma, o sigilo dos participantes. Informamos também que você terá garantia de acesso aos resultados da pesquisa. As gravações e transcrições serão armazenadas em arquivos digitais que serão mantidos sob guarda e responsabilidade da

Nome/Assinatura do Participante

coordenadora da pesquisa por um período de cinco anos, após este período todo o material será destruído.

Devido à restrição das atividades presenciais durante a pandemia da Covid-19, as oficinas serão realizadas de forma virtual. Contudo, se as condições de flexibilização do distanciamento social permitirem, as oficinas poderão ser presenciais. Nesse caso, serão utilizadas as instalações da EPSJV/Fiocruz e serão tomadas todas as providências para minimizar os riscos e evitar contágio com o novo coronavírus (SARS-CoV-2), respeitando as recomendações sanitárias e o Plano de Contingência da Fiocruz.

Durante a oficina de sistematização serão feitas imagens dos participantes para fins exclusivos da pesquisa como comprovação da realização dessa atividade. De modo a preservar a sua identidade, as imagens não serão divulgadas com os resultados da pesquisa.

Esta pesquisa foi direcionada para o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – CEP/EPSJV/Fiocruz. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma, o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto, de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade.

Salientamos que sua participação não é obrigatória, você tem a garantia plena de decidir sobre a sua participação e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a instituição. Você terá acesso ao registro do consentimento livre e esclarecido sempre que solicitado. Esclarecemos ainda que não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa:

Proponente: CEP/EPSJV/Fiocruz - Avenida Brasil, 4365 – Contêiner 7 da EPSJV/Fiocruz, Manguinhos, Rio de Janeiro, RJ. CEP: 21.040-360 / e-mail: cep.epsjv@fiocruz.br, telefone: (21) 3865-9809.

Coparticipante: CEP/SMS Rio de Janeiro – Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar, Centro, Rio de Janeiro, RJ. CEP 20.031-040 / e-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br, telefone (21)2215-1485

Diante dos esclarecimentos acima,

Eu ANDRÉ LUIZ MARTINS LOMBA

RG nº 092614155 declaro ter conhecimento do documento e concordo em participar da pesquisa.

Assinatura do Participante

Nome/Assinatura do Participante

Já eu, Gladys Miyashiro Miyashiro, coordenadora da pesquisa, declaro que estou cumprindo todas as determinações expostas nas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde prevalecendo os princípios éticos contidos na Resolução 510/2016 que dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, bem como todos os termos do presente RCLE.

Gladys Miyashiro Miyashiro

Coordenadora da pesquisa

Professora-pesquisadora do Laboratório de Educação Profissional em Vigilância em Saúde

LAVSA/EPSJV/Fiocruz

Av. Brasil, 4365, sala 319 - Manguinhos, Rio de Janeiro - RJ, 21040-360.

e-mail: gladys.miyashiro@fiocruz.br

Tel: (21) 3865-9770 / 9772.

Cel (21) 98117-6424

Nome/Assinatura do Participante

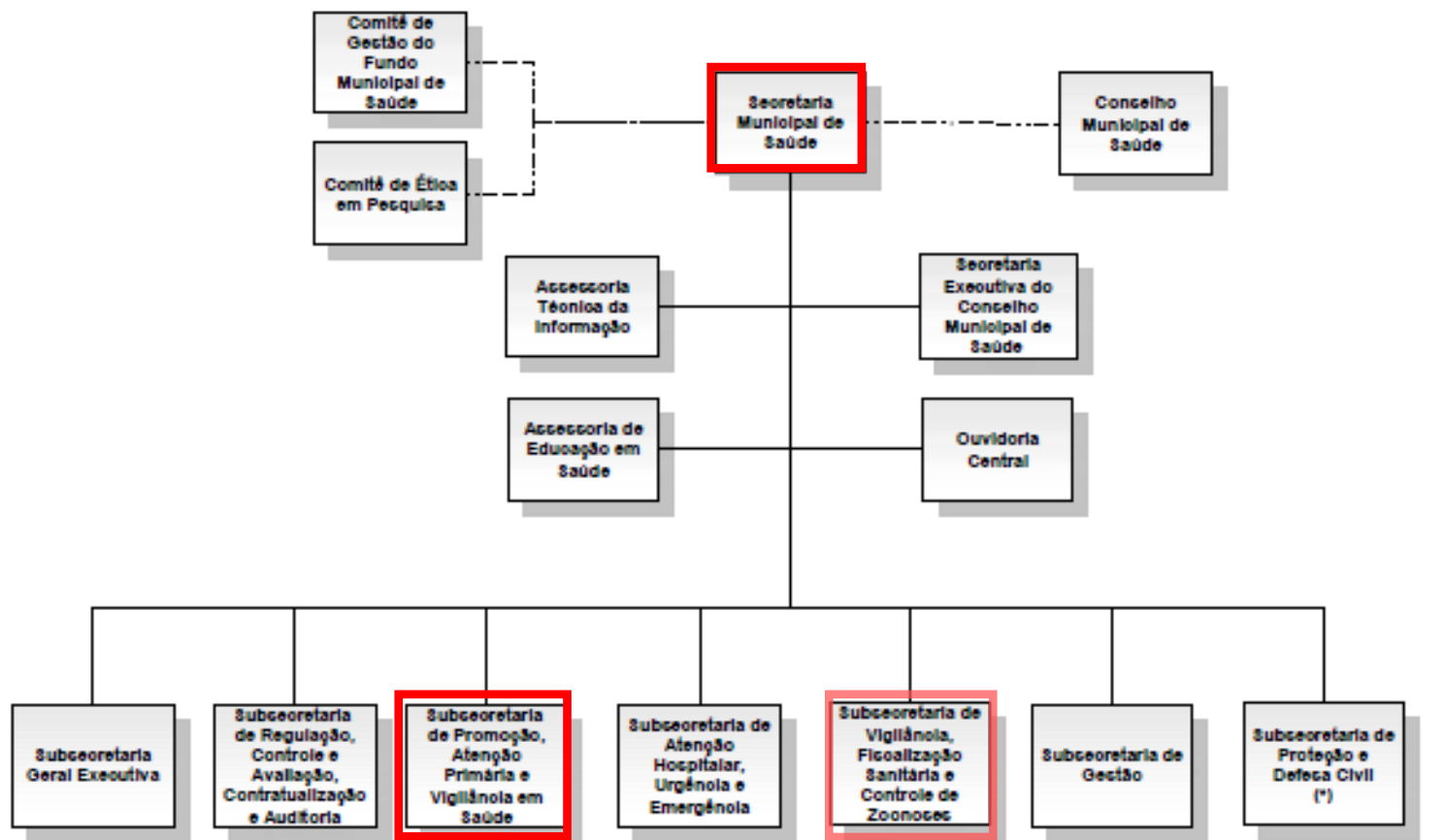
Data: Rio de Janeiro, __/03/2021

Anexo 11: Organograma SMS-Rio - ACE



Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal da Casa Civil
Subsecretaria de Serviços Compartilhados
Coordenadoria Geral de Gestão Institucional

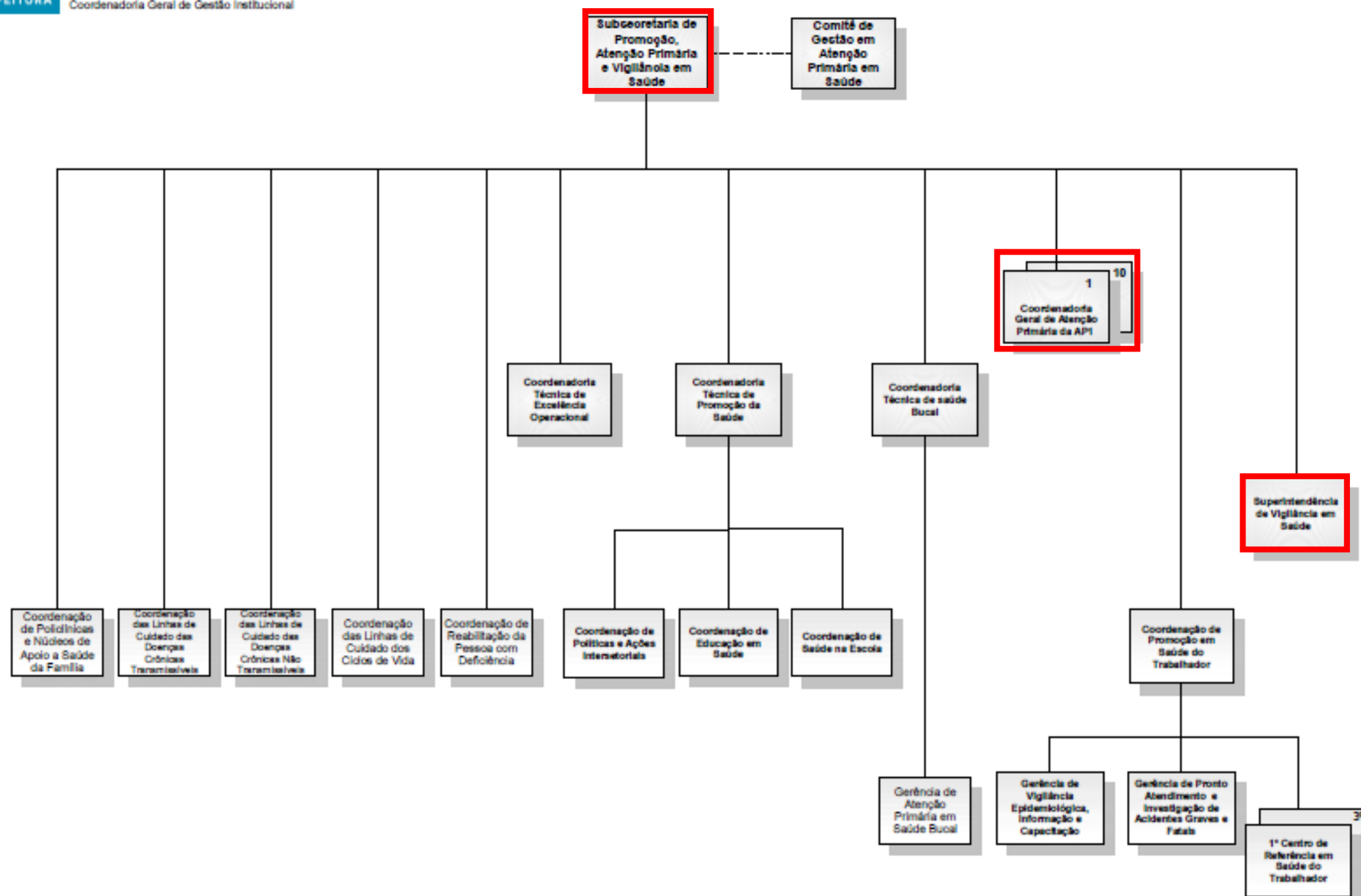
Secretaria Municipal de Saúde - SMS

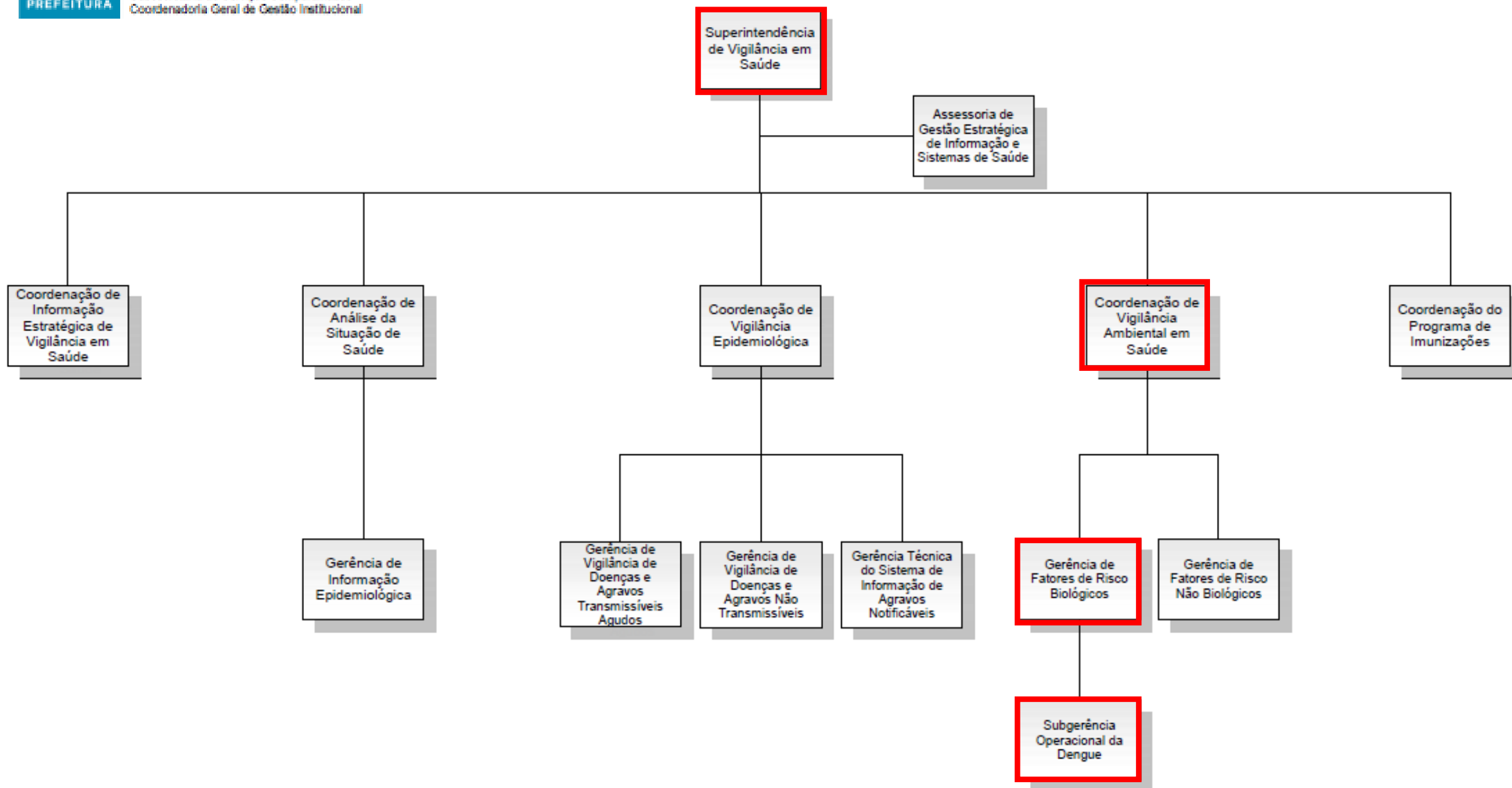


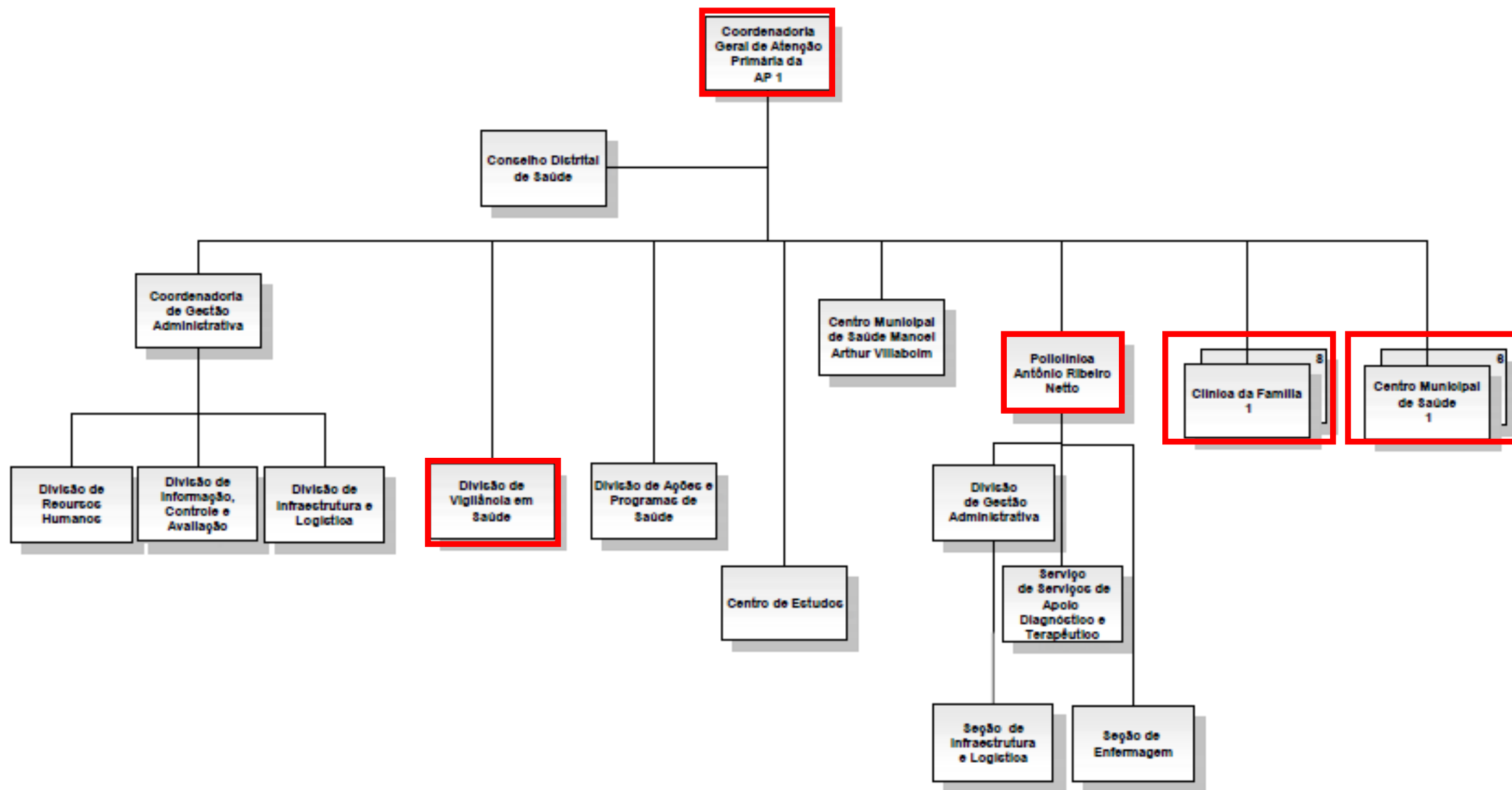
(*)Delegado à SEOP

Órgão vinculado:

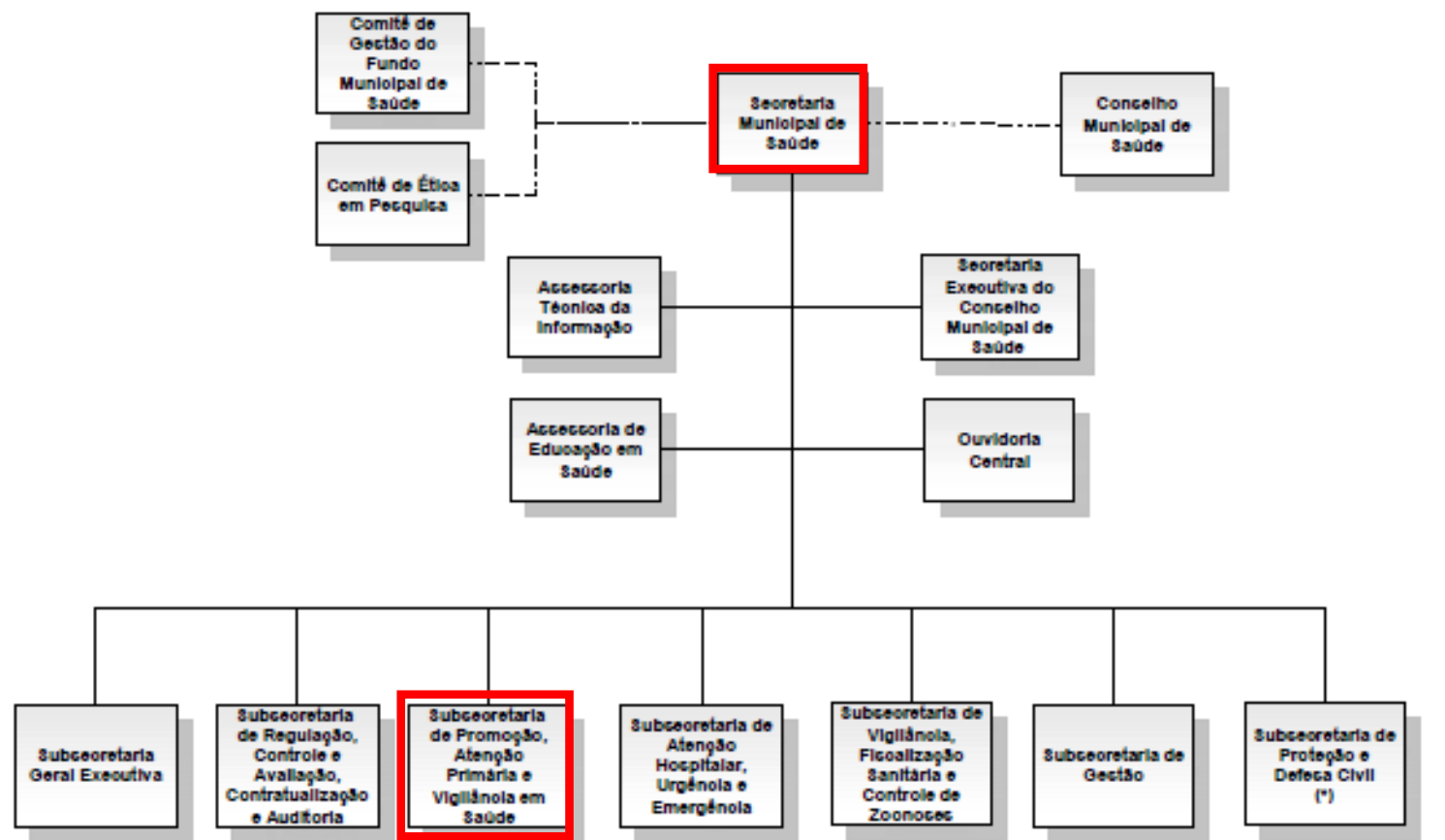








Anexo 12: Organograma SMS-Rio - ACS



(*)Delegado à SEOP

Órgão vinculado:

