

Agentes Comunitárias de Saúde na pandemia de Covid-19: *scoping review*

Community Health Workers in the Covid-19 pandemic: scoping review

Lívia Milena Barbosa de Deus e Mélllo¹, Romário Correia dos Santos¹, Paulette Cavalcanti de Albuquerque¹

DOI: 10.1590/0103-11042022E125

RESUMO Este artigo teve por objetivo sistematizar e analisar a literatura que aborda o trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) no enfrentamento da pandemia de Covid-19. Trata-se de uma revisão de escopo, realizada na Embase, Lilacs, SciELO, Medline e Cochrane Library. Envolve publicações no período de janeiro a dezembro de 2020, tendo os estudos selecionados sido submetidos à análise, considerando as seguintes categorias: práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade. Foram incluídos 29 estudos na revisão cujo cenário de atuação das ACS foram países da África, América do Sul, América do Norte, Ásia e Europa. Os resultados revelaram enfoques diversificados de práticas nos países estudados que envolvem ações de cuidado, vigilância, comunicação e educação em saúde, práticas administrativas, articulação intersetorial e mobilização social. A formação recebida parece não corresponder ao rol de práticas e impacto esperado do trabalho das ACS. As condições de trabalho continuam precarizadas com alguns incentivos extras sendo ofertados em diferentes cenários. O reconhecimento e a legitimidade perante as autoridades sanitárias revelam a disputa em torno do próprio rumo dos modelos de atenção à saúde e abrangência dos sistemas de proteção social nos diversos países.

PALAVRAS-CHAVE Agentes Comunitários de Saúde. Infecções por coronavírus. Saúde pública. Saúde global.

ABSTRACT *This paper aimed to systematize and analyze the literature that addresses the role of Community Health Workers (CHWs) in addressing the Covid-19 pandemic. This scoping review was conducted in the Embase, Lilacs, SciELO, Medline, and Cochrane Virtual Libraries databases. It includes publications from January to December 2020, and the selected studies were submitted to analysis, considering the following categories: practices, training, working conditions, and legitimacy. Twenty-nine studies were included in the review whose CHW performance backdrops were African, South American, North American, Asian, and European countries. The results revealed diversified approaches to practice in the countries studied that involve care, surveillance, health communication, education, administrative, intersectoral articulation, and social mobilization actions. The training received does not seem to correspond to the list of practices and expected impact of the CHWs. Working conditions remain substandard, with some extra incentives offered in different backdrops. The recognition and legitimacy before the health authorities reveal the dispute over the direction of health care models and the scope of social protection systems in different countries.*

KEYWORDS *Community Health Workers. Coronavirus infections. Public health. Global health.*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) – Recife (PE), Brasil.
liviamilenamello@gmail.com



Introdução

Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) são profissionais que oferecem educação em saúde e encaminhamentos para uma ampla gama de serviços, fornecendo apoio e assistência a comunidades, famílias e indivíduos com medidas preventivas e de acesso a serviços sociais e de saúde adequados¹.

Muitas evidências demonstraram resultados positivos do trabalho que estas desenvolvem em países de baixa, média e alta renda, assim como as lacunas e barreiras que permanecem e precisam ser superadas quanto aos rumos dessas trabalhadoras nos diversos sistemas de saúde²⁻⁴.

No que diz respeito à atuação em resposta aos contextos de crises sanitárias, a literatura elucida que elas trazem contribuições eficientes e efetivas, a exemplo da atuação nas epidemias de HIV, dengue, zika e ebola^{5,6}.

O Regulamento Sanitário Internacional (2005), as Diretrizes para otimização de programas de ACS (2018) e a Estratégia Global para Influenza 2019-2030 (2019), publicados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), são acúmulos e orientações aos países para melhor prevenir, proteger e controlar a propagação internacional de doenças, considerando a importância do envolvimento de ACS e das comunidades⁷⁻⁹.

Na pandemia de Covid-19, entendida como um evento crítico de saúde, faz-se fundamental colocar no centro da análise não apenas o corpo orgânico, mas também o sujeito humano, a sociedade, o ambiente e a cultura. Assim, desvela-se a importância de respostas que envolvem tanto fármacos e serviços hospitalares quanto medidas complexas, que têm a Atenção Primária à Saúde (APS) integrada à Vigilância Epidemiológica, lugar de destaque^{10,11}. Nessa perspectiva, as ACS estão em posição estratégica, promovendo reorientação de práticas para enfrentamento e mitigação dos efeitos da pandemia.

Este artigo tem como objetivo sistematizar e analisar a literatura que aborda o trabalho

das ACS no enfrentamento da pandemia de Covid-19, considerando recomendações, práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade.

Material e métodos

Trata-se de um *Scoping Review*, conforme o método de revisão proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI). Esse método permite mapear os principais conceitos, clarificar áreas de pesquisa e lacunas do conhecimento, além de sintetizar diferentes tipos de estudos sobre políticas para melhorar resultados de saúde¹².

Para a construção da pergunta de pesquisa, utilizou-se a estratégia Population, Concept e Context (PCC)¹², sendo: P – ACS; C – trabalho; e C – pandemia de Covid-19. Com base nessas definições, a questão norteadora desta revisão foi assim definida: como as ACS trabalharam no enfrentamento da pandemia de Covid-19, considerando recomendações, práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade?

Foi realizada uma pesquisa eletrônica, entre 1º e 20 de fevereiro de 2021, nas Bibliotecas Virtuais Bireme, para acesso à Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e Scientific Electronic Library Online (SciELO); PubMed, para acesso aos estudos publicados na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (Medline); Cochrane Library/ Cochrane Database of Systematic Reviews; e na base de dados Excerpta Medica Database (Embase).

Na estratégia de busca, foram utilizados os descritores e operadores booleanos¹³ “Agente Comunitário de Saúde” AND “Infecções por coronavírus”, cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Headings (MeSH). Foram identificados os termos relacionados com “Agente Comunitário de Saúde” na literatura^{4,14-17} que também foram buscados a partir da utilização dos operadores booleanos AND e OR, um a um, conforme detalhado no exemplo abaixo.

Na Medline, por meio da PubMed, a busca ocorreu no dia 20 de fevereiro de 2020 seguindo a estratégia: “Community Health Workers” AND “Coronavirus Infections”; “Frontline health workers” AND “Coronavirus Infections”; “Lay Health Workers” AND “Coronavirus Infections”; “Close-to-community providers” AND “Coronavirus Infections”; “Anganwadi Worker” OR “Accredited Social Health Activist” OR “Auxiliary Nurse Midwife” AND “Coronavirus Infections”; “Gizi” OR “Kesehatan” OR “KB” AND “Coronavirus Infections”; “Community Health Agent” AND “Coronavirus Infections”; “Family Welfare Assistant” AND “Coronavirus Infections”; “Shasthya Shebika” AND “Coronavirus Infections”; “Health Assistant” AND “coronavirus infections”; “Community-Based Skilled Birth Attendant” AND “coronavirus infections”; “Community Health Care Provider” AND “Coronavirus Infections”; “Health Extension Worker” AND “coronavirus Infections”; “Health Development Army Teams” AND “Coronavirus Infections”; “Lady Health Worker” AND “Coronavirus Infections”; “Village Health Worker” AND “Coronavirus Infections”; “Village Health Teams” AND “Coronavirus Infections”; “Village Health Volunteer” AND “Coronavirus Infections”; “Home-Based Carer” AND “Coronavirus Infections”; “Lay Counselor” OR “Adherence Counselor” AND “Coronavirus Infections”; “Female Community Health Volunteer” AND “Coronavirus Infections”; “Maternal Child Health Worker” AND “Coronavirus Infections”; “Behvarz” AND “Coronavirus Infections”; “Brigadista” AND “Coronavirus Infections”; “Volunteer Midwives” OR “Volunteer Collaborators” AND “Coronavirus Infections”; “Health Promoters” AND “Coronavirus Infections”; “Community Health Volunteer” AND “Coronavirus Infections”; “Community Health Assistant” AND “Coronavirus Infections”; “Community Based Agent” AND “Coronavirus Infections”; “Health Surveillance Assistant” AND “Coronavirus Infections”; “Agentes

Polivalentes Elementares” AND “Coronavirus Infections”; “Community health representatives” AND “Coronavirus Infections”; “Aboriginal health workers” AND “Coronavirus Infections”; “Community health aides” AND “Coronavirus Infections”; “Community navigators” AND “Coronavirus Infections”; “Health trainers” AND “Coronavirus Infections”; “Paraprofessional home visitors” AND “Coronavirus Infections”; “Community nutrition workers” AND “Coronavirus Infections”; “Barangay Health Workers” AND “Coronavirus Infections”.

Posteriormente, filtraram-se os estudos em línguas inglesa, espanhola e portuguesa, publicados entre 1º de janeiro de 2020 e 31 de dezembro de 2020.

As estratégias de busca foram efetuadas individualmente pelos revisores, tendo como critérios de inclusão: estudos com foco principal no trabalho das ACS na pandemia de Covid-19; estudos publicados no ano de 2020; estudos nos idiomas português, espanhol ou inglês. Já os critérios de exclusão: estudos que não citam objetivamente a atuação das ACS na pandemia; estudos que, embora mencionem as ACS, não trazem qualquer informação que responda à pergunta condutora e às categorias analíticas; estudos cujo descritor é sinônimo para ACS, mas o profissional objeto do estudo é outro ator.

A pesquisa foi realizada em três fases por dois avaliadores (L.M e R.C), sendo os desacordos de inclusão ou exclusão dos estudos resolvidos com discussão e busca de consenso. Caso os desacordos não fossem resolvidos, uma terceira revisora foi consultada (P.C). A primeira etapa de identificação dos estudos foi realizada por intermédio da busca nas bases de dados utilizando os descritores e operadores booleanos já mencionados, seguido de busca de estudos nas suas referências bibliográficas, para novas inclusões, com posterior eliminação dos duplicados. A segunda etapa consistiu na seleção dos estudos após avaliação dos títulos e resumos, chegando à definição dos estudos para leitura na íntegra. A terceira etapa envolveu análise dos textos completos e eleição dos

que seriam incluídos na revisão, a partir dos critérios de inclusão e exclusão.

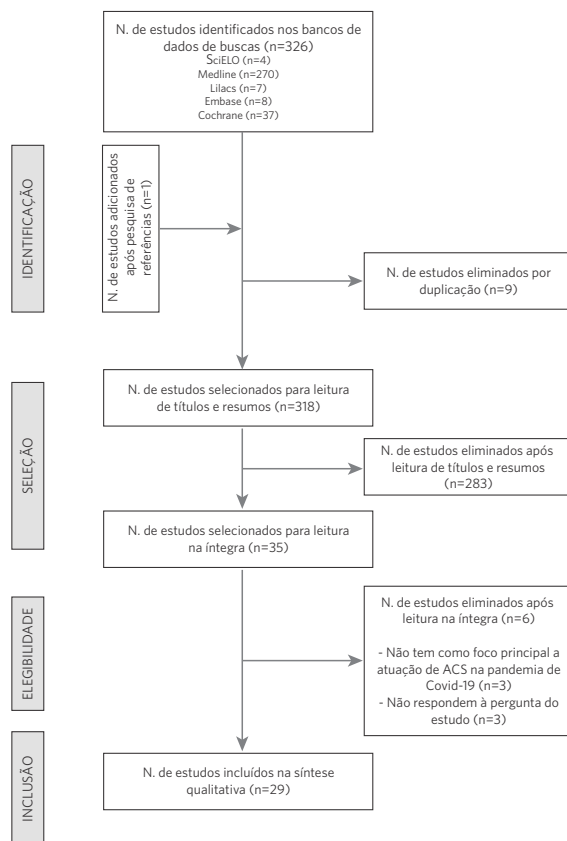
Após a formação do *corpus* desta revisão, todos os estudos incluídos foram sistematizados em um formulário padrão no Excel®, estratificando-os em categorias predefinidas de forma indutiva¹⁸, quais sejam: práticas, formação, condições de trabalho e legitimidade. Ao longo do processo de leitura e sistematização, foram sendo delimitadas subcategorias que são apresentadas nos *quadros 2 e 3*.

Resultados

O processo de busca e seleção dos estudos seguiu as recomendações da JBI e *checklist*

adaptado do Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Prisma)¹². Foram identificados 326 estudos, sendo 4 indexados na SciELO, 270 na Medline, 7 na Lilacs, 8 na Embase e 37 na Cochrane. Uma nova inclusão foi realizada a partir da triagem manual da lista de referências nos estudos eleitos (1), seguida de eliminação dos estudos duplicados (9). Foram selecionados 318 estudos para leitura de títulos e resumos, a partir da qual foram eliminados 238 estudos, ficando 35 estudos para leitura na íntegra. Foram eliminados 6 estudos por não atenderem aos critérios de inclusão, apresentando as devidas justificativas. Por fim, foram incluídos 29 estudos nesta revisão de escopo (*figura 1*).

Figura 1. Fluxograma indicando o processo de seleção dos estudos adaptado do Prisma



Fonte: elaboração própria.

O quadro 1 apresenta o resumo das informações dos 29 estudos incluídos, em que se verificou a seguinte distribuição quanto aos países/cenário de atuação das ACS: sete na África (África do Sul, Libéria, Nigéria e Zâmbia), quatro na América do Sul (Brasil e Peru), nove na América do Norte (Estados

Unidos da América – EUA), quatro na Ásia (Índia, Filipinas e Vietnã), um na Europa (Inglaterra) e quatro sem cenário especificado.

A revisão de escopo incluiu estudos de revisão de literatura (3), pesquisas qualitativas (13), estudos transversais (1), assim como artigos de opinião em revistas acadêmicas (12).

Quadro 1. Características gerais dos estudos incluídos na revisão sistemática da literatura

| Autores | País/Cenário | Tema | Tipo de Estudo |
|---|---------------------|---|-----------------------|
| Recomendações | | | |
| Akseer et al. ¹⁹ | Não Especificado | Saúde materno-infantil | Revisão de literatura |
| Ballard et al. ²⁰ | Não Especificado | Roteiro de ação rápida de enfrentamento da pandemia de Covid-19 | Artigo de opinião |
| Bhaumik et al. ²¹ | Não Especificado | Principais problemas, barreiras e facilitadores na pandemia de Covid-19 | Revisão de literatura |
| Corburn et al. ²² | Não Especificado | Atuação em populações vulneráveis | Artigo de opinião |
| Maciel et al. ²³ | Brasil | Processo de trabalho das ACS | Revisão de literatura |
| Naylor; Hirschman; Mccauley ²⁴ | EUA | Saúde do idoso | Artigo de opinião |
| Haines et al. ²⁵ | Inglaterra | Propor um programa de ACS | Artigo de opinião |
| Relatos de Experiências | | | |
| Nepomnyashchiy et al. ²⁶ | África | Importância das ACS em pandemias | Artigo de opinião |
| Brey et al. ²⁷ | África do Sul | Entrega de medicação em domicílio | Pesquisa qualitativa |
| Mash; Goliath; Perez ²⁸ | África do Sul | Reorganização de serviços de Atenção Primária à Saúde | Pesquisa qualitativa |
| David; Mash ²⁹ | África do Sul | Triagem e testagem comunitária | Pesquisa qualitativa |
| Omoronyia et al. ³⁰ | Nigéria | Avaliação de conhecimentos e práticas | Estudo transversal |
| Sham; Ciccone; Patel ³¹ | Zâmbia | Cuidados de paciente com epilepsia | Pesquisa qualitativa |
| Lotta et al. ³² | Brasil | Atuação geral das ACS | Artigo de opinião |
| Duarte et al. ³³ | Brasil | Atuação com enfermeiras | Pesquisa qualitativa |
| Reinders et al. ³⁴ | Peru | Saúde materno-infantil | Pesquisa qualitativa |
| Mayfield-Johnson et al. ³⁵ | EUA | Atuação geral das ACS | Pesquisa qualitativa |
| Logan; Castañeda ³⁶ | EUA | Comparar atuação das ACS | Pesquisa Qualitativa |
| Katzman et al. ³⁷ | EUA | Educação permanente | Pesquisa Qualitativa |
| Peretz; Islam; Matiz ³⁸ | EUA | Determinantes de saúde | Pesquisa Qualitativa |
| Kerkhoff et al. ³⁹ | EUA | Modelo de testagem e cuidado na pandemia | Pesquisa Qualitativa |
| Waters ⁴⁰ | EUA | Atuação geral das ACS | Artigo de opinião |
| Rosenthal; Menking; Begay ⁴¹ | EUA | Atuação em comunidade indígena | Pesquisa Qualitativa |
| Nanda et al. ⁴² | Índia | Oportunidades a partir da pandemia | Artigo de opinião |
| Chatterjee et al. ⁴³ | Índia | Atuação geral das ACS | Pesquisa Qualitativa |

Quadro 1. (cont.)

| Autores | País/Cenário | Tema | Tipo de Estudo |
|--|--------------|--|-------------------|
| Relatos de Experiências com Recomendações | | | |
| Wiah et al. ⁴⁴ | Libéria | Propor um programa de ACS | Artigo de opinião |
| Tran et al. ⁴⁵ | Vietnã | Atuação geral das ACS | Artigo de opinião |
| Palafox et al. ⁴⁶ | Filipinas | Importância das ACS em países de baixa e média renda | Artigo de opinião |
| Goldfield et al. ⁴⁷ | EUA | Oportunidades a partir da pandemia | Artigo de opinião |

Fonte: elaboração própria.

Práticas abrangentes e diversificadas na pandemia de Covid-19

Segundo a literatura aqui revisada, as ACS realizaram práticas diversificadas, variando de acordo com os cenários e perfis profissionais preexistentes (*quadro 2*). As práticas de cuidado na pandemia envolveram a continuidade ou o restabelecimento de programas de apoio à saúde sexual e reprodutiva, assim como aos cuidados materno-infantis^{19,20,33,34,36,42,43}.

A gestão integrada de casos de doenças infecciosas como malária e tuberculose, assim como de condições crônicas preexistentes como hipertensão, diabetes, HIV, epilepsia e deficiências, foram registradas na literatura, sendo muitas destas consideradas fatores de risco para o agravamento da Covid-19^{20,22,23,28,31,33,36,43,44}. Nesse sentido, a entrega de medicamentos em domicílio passou a ser uma prática das ACS em alguns países, minimizando o deslocamento desses grupos aos serviços e o risco de contrair o novo coronavírus^{23,27,28,31,43}.

O monitoramento e o apoio em saúde mental àqueles que sofrem de transtornos por abusos de substâncias, depressão, ansiedade e sofrimento em decorrência do luto envolveram ações como facilitação para renovação de prescrição, agendamento de consultas com prestadores de cuidados primários e de saúde mental, assim como visitas domiciliares, monitoramento telefônico e uso da cura tradicional, no caso das comunidades indígenas^{21,23-25,34,36,40,41,46}.

As visitas domiciliares ou peridomiciliares, para acompanhamento de doentes, foram interpretadas como um dilema, com alguns países mantendo-as, outros reduzindo-as ou interrompendo-as, com substituição por tele monitoramento^{21,23,31,32,34}.

Intervenções de apoio diagnóstico com aferição de temperatura, pressão arterial e oximetria foram sugeridas na Inglaterra²⁵, que vem discutindo uma proposta de implantação de ACS no seu sistema de saúde. No Brasil, apesar de tais práticas serem previstas, só serão implantadas mediante treinamento, disponibilidade de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e de equipamentos²³.

No que diz respeito à introdução de vacinas e aos eventuais tratamentos que surjam para Covid-19, a literatura recomenda que as ACS contribuam na preparação dos sistemas de saúde e das comunidades^{20,23,33,44}.

As práticas de vigilância em saúde envolveram realização de rastreamento de contato, isolamento, quarentena e toques de recolher, a partir de mandatos tribais^{20-23,25,26,28,29,33,36,41-43,45,47}, assim como o monitoramento de pacientes e cuidadores quanto à deterioração clínica da Covid-19^{20,22-25,33,38,40,44}. Não foi relatado em nenhum estudo a realização de testes por parte das ACS.

A vigilância ambiental, utilizando abordagens de saúde única²¹, foi recomendada, com relatos de rastreamento de icterícia, aconselhamento sobre água potável e distribuição de solução de cloro⁴³, além do apoio à desinfecção de superfícies em comunidades^{20,22,44} e atuação em barreiras sanitárias⁴¹.

Vários estudos também mencionaram o papel das ACS na coleta de dados, visando compreender o impacto da pandemia^{21,23,25,43,46,47}, o que sugere a importância, de magnitude local e nacional, dessas trabalhadoras para diagnósticos mais próximos da realidade.

Outro papel de grande destaque diz respeito às práticas de educação e comunicação em saúde sobre sinais, sintomas e rotas de transmissão do vírus^{20,22,23,28,33,34,39,42,43,46,47}, agindo como ponte para acesso ao sistema formal de saúde e à telemedicina^{20,22,23,33,36,38,46,47}.

No âmbito da comunicação social, muitos estudos mencionaram a importância no combate à desinformação, às *fake news*, ao medo, estigma com pessoas adoecidas e desconfiança em relação ao sistema de saúde e às vacinas^{20,23,33,36,42-44,47}. Foram desenvolvidas estratégias, tanto em áreas urbanas como nas áreas rurais, incluindo impressão de folhetos educativos e disponibilização em locais de permanente circulação, grafia de instruções sobre lavagem das mãos nas paredes, postagens nas redes sociais, veiculação de informações em bicicleta ou carros de som, rádios e jornais comunitários^{23,36,43}.

Um papel diferenciado na dimensão comunicativa diz respeito à tradução linguística e cultural de protocolos da saúde e seu papel de intérprete para médicos em países com grande quantidade de imigrantes^{36,38,41,47} ou grande diversidade de dialetos³¹. Internamente aos serviços de APS, organizaram fluxos de atendimento de modo a evitar aglomerações²³.

Muitos estudos descreveram o papel de ações intersetoriais e mobilização social, tais como entrega de alimentos, material de limpeza, EPI e apoio social para acesso a renda, moradia e emprego^{20,22-25,33,36,38,39,41,42,43-45}.

Identificar e articular apoio em situações de violência doméstica também foi registrado nos estudos revisados, visto que, comumente, a ACS é o primeiro contato em casos de assédio no lar^{36,40,43}. Nos EUA, conectaram clientes com assistência jurídica, incluindo serviços de assessoria para regularizar a situação de imigração, além de explicarem requisitos complexos de elegibilidade para vários programas governamentais, ressaltando a *advocacy* como uma prática essencial das ACS^{36,38}.

Quadro 2. Práticas desenvolvidas pelas ACS na pandemia de Covid-19, 2020

| Práticas | |
|--|---|
| Práticas de Cuidado | País/Cenário |
| 1. Restabelecimento de programas de apoio à saúde materno-infantil à saúde sexual e reprodutiva ^{9,20,33,34,36,42,43} | Brasil (33), EUA (36), Índia (42, 43), Peru (34) |
| 2. Gestão integrada de doenças transmissíveis e cuidados para condições crônicas ^{20,22-24,28,33,36,43,44} | África do Sul (28), Brasil (23, 33), EUA (24, 36), Índia (43), Libéria (44) |
| 3. Entregar medicamentos em domicílio ^{27,23,28,31,43} | África do Sul (27, 28), Brasil (23), Índia (43), Zâmbia (31) |
| 4. Monitoramento e apoio em Saúde Mental e a membros da comunidade enlutados ^{21,23-25,36,40,41,45,46} | Brasil (23), EUA (24, 36, 40, 41), Filipinas (46), Inglaterra (25), Vietnã (45) |
| 5. Realizar visitas domiciliares ou peridomiciliares para acompanhamento de doentes ^{21,23,31,32,34,35,40} | EUA (40), Zâmbia (31), Peru (34), Brasil (19, 23) |
| 6. Avaliação de temperatura, pressão arterial e oximetria ^{23,25} | Brasil (23), Inglaterra (25) |
| 7. Apoiar introdução de vacinas e tratamentos para Covid-19 ^{20,23,33,44} | Brasil (33), Libéria (44) |
| Práticas de Vigilância em Saúde | País/Cenário |
| 8. Apoio à realização de testes, condução de rastreamento de contato, isolamento e quarentena ^{20-23,25,26,28,29,33,36,41-43,45,47} | África do Sul (28, 29), Brasil (23, 33), EUA (36, 41), Índia (42, 43), Inglaterra (25), Vietnã (45) |

Quadro 2. (cont.)

| Práticas | |
|--|---|
| 9. Monitorar pacientes e cuidadores quanto à deterioração clínica da Covid-19 e apoiar encaminhamentos ^{20,22-25,33,38,40,44} | Brasil (23, 33), EUA (24, 38, 40), Inglaterra (25), Libéria (44) |
| 10. Vigilância ambiental com abordagens de saúde única e desinfecção de superfícies ^{20-22,43,44} | Índia (43), Libéria (44) |
| 11. Atuar em barreiras sanitárias e toques de recolher ⁴¹ | EUA (41) |
| 12. Coletar dados para compreender o impacto da pandemia ^{21,23,25,43,46,47} | Brasil (23), Filipinas (46), Índia (43), Inglaterra (25) |
| Práticas de Educação e Comunicação em Saúde | País/Cenário |
| 13. Educar as comunidades e populações em risco sobre sinais, sintomas e rotas de transmissão ^{20,22,23,28,33,34,39,42,43,46,47} | África do Sul (28), Brasil (23, 33), EUA (39), Filipinas (46), Índia (42, 43), Peru (34) |
| 14. Agir como ponte para acesso ao sistema formal de saúde e à telemedicina ^{20,22,23,33,36,38,46,47} | Brasil (23, 33), EUA (36, 38, 47), Filipinas (46) |
| 15. Organizar postos de higiene das mãos ^{20,44} | Libéria (44) |
| 16. Combater a desinformação, o medo e a desconfiança ^{20,23,33,36,42-44,47} | Brasil (23, 33), EUA (36, 47), Índia (42, 43), Libéria (44) |
| 17. Desenvolver estratégias de comunicação diversas ^{23,36,43} | Brasil (23), EUA (36), Índia (43) |
| 18. Atuar como tradutor linguístico e cultural ^{31,36,38,41,47} | EUA (36, 38, 41, 47), Zâmbia (31) |
| Práticas Administrativas | País/Cenário |
| 19. Organização do fluxo de atendimento nos serviços de APS ²³ | Brasil (23) |
| Articulação Intersectorial e Mobilização Social | País/Cenário |
| 20. Entrega de alimentos, material de limpeza e apoio social a pacientes que testaram positivo e suas famílias ^{20,22-25,33,36,38,39,41-45} | Brasil (23, 33), EUA (24, 36, 38, 39, 41), Índia (42, 43), Inglaterra (25), Libéria (44), Vietnã (45) |
| 21. Identificar e articular apoio em situações de violência doméstica ^{36,40,43} | EUA (36, 40), Índia (43) |
| 22. Facilitar acesso a assistência jurídica ^{36,38,45} | EUA (36, 38), Vietnã (45) |

Fonte: elaboração própria.

Qualificação profissional para novas necessidades socio sanitárias

Nove estudos recomendaram formação para qualificar a atuação das ACS na pandemia de Covid-19^{19-25,45,46}, 16 mencionam experiências concretas de qualificação realizadas nos diversos países^{26,27,30-37,40-44,47}, enquanto 4 estudos não mencionaram qualquer tipo de formação ofertada^{28,29,38,39} (quadro 3).

Um estudo sugere treinamento contínuo, compartilhamento de informações e atualizações, mediante meios diversos, considerando

mudanças frequentes dos protocolos no decorrer da pandemia²⁰. A formação em serviço envolveu profissionais da APS na Índia, no Brasil e no Peru^{33,34,43}, assim como treinadores locais e nacionais no Vietnã⁴⁵. A oferta de cursos por instituições de ensino especializadas na área foi recomendada na Inglaterra²⁵ e realizada pela Universidade do Novo México nos EUA³⁷.

Grande parte dos estudos sugere o uso de ensino on-line^{20,25,37,42} como alternativa, sendo mencionada a experiência indiana de uma nova Plataforma de Governo Integrada para treinamento on-line⁴².

A literatura revisada apresenta objetivos e conteúdos a serem considerados, tais como

aquisição de conhecimentos e habilidades para prevenir, detectar e controlar a infecção por coronavírus^{20,22,31,34,36,46,47}; uso da internet e aplicativos²³; avaliações de déficits cognitivos, físicos e emocionais de idosos pós-hospitalização por Covid-19²⁴; primeiros socorros e avaliação de emergências²⁵; mitos e verdades em torno do teste e tratamento para Covid-19^{36,37}; e uso adequado de EPI³⁷.

Uma questão importante a observar é a falta de padronização mínima quanto à formação prévia e geral dessas trabalhadoras. Na Filadélfia, EUA, exige-se diploma de ensino médio e personalidade empática, além de ofertarem um mês de treinamento em habilidades como entrevista motivacional⁴⁰. Em Indiana, EUA, existe um curso de nove meses para se tornar uma ACS, seguida de certificação³⁶. Na Nação Navajo, nos EUA, todos são auxiliares de enfermagem são certificados, sendo treinados como ACS no Departamento de Saúde do Novo México⁴¹.

É importante ressaltar que a falta de treinamento foi apontada como uma barreira significativa para a prestação de serviços eficazes em outras epidemias²¹, o que parece se repetir na pandemia atual. No Brasil, estima-se que apenas 9% das ACS tenham recebido formação após quatro meses da pandemia³², enquanto na Nigéria, uma avaliação dos conhecimentos e práticas relacionadas com a Covid-19 revelou defasagens que sugerem negligência na qualificação dessas profissionais³⁰.

Condições de trabalho na pandemia de Covid-19

Foram identificados cinco estudos (*quadro 3*) que mencionam a precarização das condições de trabalho das ACS no contexto da pandemia^{20,26,32,34,42}, incluindo insuficiência de EPI^{20,26,32,34,42}, baixos salários³² ou mesmo atrasos no pagamento, preconceitos, alta carga de trabalho e falta de atenção psicossocial⁴². Consequentemente, alerta-se para o fato de que muitas ACS podem não querer ou serem

incapazes de assumir tarefas adicionais durante a pandemia⁴⁶.

Na Índia e na África, as experiências revelaram uma infraestrutura carente e suprimentos básicos insuficientes para que as ACS atuassem de forma satisfatória na pandemia, prejudicando a segurança dessas profissionais e tornando-as vulneráveis ao contágio^{26,42}. Por outro lado, as experiências do Vietnã³¹ e da Libéria⁴⁴ revelam que suas ACS tiveram acesso a EPI adequados^{31,44} e treinamento para seu uso⁴⁴.

A forma de pagamento ao redor do mundo variou de bolsistas³⁹, salários⁴², pagamento por desempenho²⁰, a voluntariado^{19,21}. A literatura sugere que a remuneração deve ser implementada^{19,35} e que outros benefícios devem ser considerados, como fornecimento de subsídios à moradia, treinamentos²¹, transporte para áreas remotas^{21,30}, sendo fundamental que as ACS, durante a pandemia, tenham flexibilidade para atender às suas necessidades pessoais e folga remunerada³⁵.

As más condições de trabalho das mulheres também foram descritas e analisadas como um problema preexistente e intensificado. Por tratar-se de uma categoria feminilizada, fica sujeita a um maior volume de trabalho doméstico na pandemia e às violências de gênero^{21,30,42}, como sequestros e estupros registrados em áreas rurais da Nigéria³⁰ e outros preconceitos de gênero na Índia⁴².

A institucionalização das ACS no mundo é variável e inespecífica segundo os resultados desta revisão, podendo estar vinculadas às Organizações Não Governamentais (ONG) na África do Sul²⁹, aos hospitais, clínicas, organizações comunitárias ou serviços de saúde indígena nos EUA^{36,38,40,41}, aos sistemas locais ou nacionais de saúde na África do Sul²⁸, Brasil³³, Índia⁴³ e Vietnã⁴⁵.

O processo de trabalho pode ser multiprofissional em âmbito hospitalar³⁸ ou de APS^{33,47}. Podem acompanhar quantidades de famílias que variam de 40 na Zâmbia³¹, 60-100 na Índia⁴³, a 250 domicílios na África do Sul²⁷. A coordenação e/ou supervisão desses

profissionais pode ser realizada por meio de lideranças tribais locais⁴¹, enfermeiros^{27-29,33,44} ou assistentes sociais^{39,40}.

Legitimidade ante as comunidades, equipes de saúde e autoridades nacionais e internacionais

A confiança na atuação e nas práticas das ACS nos territórios, nas comunidades e na sua interlocução com os sistemas nacionais, subnacionais e serviços de saúde foi a principal característica de legitimidade evidenciada nos estudos encontrados^{21,22,26,35,36,38,42,44,47}. Isso torna a ACS uma trabalhadora importante na construção de estratégias de enfrentamento da Covid-19, sobretudo em regiões de vulnerabilização social^{22,26,47} (quadro 3).

No entanto, identificam-se desafios na legitimidade das ACS em contextos de oposição política de autoridades nacionais às recomendações da OMS, como é o caso do presidente da república do Brasil³². Além disso, há registros de assaltos às ACS na África do Sul, devido à crescente falta de renda e à insegurança alimentar da população²⁹.

A isso, somam-se os temores de que os profissionais de saúde estejam espalhando Covid-19^{26,42} e outros estigmas sociais como conhecimentos limitados das ACS na Zâmbia³¹. Na Índia, há registros de reconhecimento das

autoridades de saúde, seja com felicitações públicas, seja com aprovação de legislação contra atos de violência aos profissionais de saúde e campanhas antiestigma⁴².

Outro aspecto que interfere na legitimação das ACS diz respeito aos diferentes sistemas de crença na qual estão inseridas, incluindo cenários de atenção às populações indígenas, rurais e imigrantes^{30,31,34,36,39,41}, o que sugere levar em conta uma identidade cultural prévia no momento da seleção e qualificação profissional para uma melhor aceitabilidade da comunidade. Em países de alta renda, com crescente imigração, como é o caso dos EUA, fica evidente a importância do domínio da língua e origem étnica das ACS, tendo sido relatados casos de maior confiança e vínculo com ACS que dominam o espanhol e reconhecem os problemas decorrentes da imigração pela população latina atendida^{36,39}.

Em março de 2020, uma coalizão global de 16 organizações que trabalham com governos do Haiti, Mali e Nepal emitiu um documento de posição e oferecimento de recursos técnicos para orientar os governos que buscam envolver as ACS no combate à Covid-19⁴⁴. Convergindo para o que parece ser um movimento global, senadores dos EUA propuseram a criação de uma Força Nacional de Saúde para recrutar, treinar e empregar centenas de milhares de ACS⁴⁰, enquanto na Inglaterra, discute-se a viabilidade de implantar um programa cujo custo estimado seria de £ 2,2 bilhões por ano para 100 mil ACS²⁵.

Quadro 3. Características da formação, condições de trabalho e legitimidade das ACS na pandemia de Covid-19, 2020

| Formação | |
|---|---|
| Responsáveis pela Formação | País/Cenário |
| Profissionais dos serviços de Atenção Primária à Saúde, com treinadores locais e nacionais ^{33,34,43,45} | Índia (43), Brasil (33), Peru (34), Vietnã (45) |
| Instituições de ensino especializadas na área ^{25,37} | Inglaterra (25), EUA (37) |
| Modalidade de Ensino | País/Cenário |
| Modalidade de Ensino On-line ^{20,25,37,42} | Inglaterra (25), EUA (37), Índia (42) |

Quadro 3. (cont.)

| Formação | |
|--|--|
| Objetivos e Conteúdos | País/Cenário |
| Conhecimentos e habilidades para prevenir, detectar e controlar a infecção por coronavírus ^{20,22,31,34,46} | Peru (34), Zâmbia (31) |
| Uso de internet e aplicativos ²³ | Brasil (23) |
| Avaliações e intervenções em déficits cognitivos, físicos e emocionais de idosos pós-hospitalização ²⁴ | EUA (24) |
| Primeiros socorros ou avaliação de emergências médicas ²⁵ | Inglaterra (25) |
| Mitos e verdades sobre testes e tratamento para Covid-19 ³⁷ | EUA (37) |
| Uso adequado de EPIs ³⁷ | EUA (37) |
| Condições de Trabalho | |
| Insuficiência de EPIs ^{20,26,32,34,42} | Brasil (32), Índia (42), África (26) e Peru (34) |
| Baixos salários, atrasos no pagamento, alta carga de trabalho e falta de atenção psicossocial ^{32,42} | Brasil (32) e Índia (42) |
| Pagamento por meio de bolsas, salário, por desempenho ou voluntariado ^{19-21,39,42} | EUA (39) e Índia (42) |
| Vínculos com ONGs, organizações comunitárias, hospitais, clínicas, sistemas locais e nacionais de saúde ^{28,29,33,36,38,40,41,43,45} | África do Sul (29, 28), Brasil (33), EUA (36, 38, 40, 41), Índia (43) e Vietnã (45) |
| Processo de trabalho multiprofissional em hospital ou na Atenção Primária à Saúde ^{33,38,47} | Brasil (33), EUA (38, 47) |
| Coordenação e/ou supervisão por enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos ou lideranças tribais ^{25,27-29,33,39-41,44} | África do Sul (27, 28, 29), Brasil (33), EUA (39, 40, 41), Inglaterra (25), Libéria (44) |
| Legitimidade | |
| Indicador de Baixa Legitimidade | País/Cenário |
| Assaltos, sequestros, estupro, preconceitos de gênero e da baixa formação profissional ^{29-31,42} | África do Sul (29), Índia (42), Nigéria (30), Zâmbia (31) |
| Temores que os profissionais estejam espalhando a Covid-19 ^{26,42} | Índia (42), África (26) |
| Indicador de Ganho de Legitimidade | País/Cenário |
| Recomendações de fortalecimento ou implantação de programas nacionais de ACS ^{19,25,36,40,44} | EUA (36, 40), Inglaterra (25) |
| Felicitações públicas, legislação contra violência aos profissionais de saúde e campanhas antiestigma por autoridades ⁴² | Índia (42) |
| Reconhecimento dos diferentes sistemas de crenças das populações atendidas pelas ACS ^{30,34,36,39,41,44} | EUA (36, 39, 41), Nigéria (30), Peru (34), Libéria (44) |

Fonte: elaboração própria.

Discussão

Os estudos desta revisão apresentaram diferentes abordagens, práticas, características e desafios das ACS no contexto da pandemia de Covid-19. Porém, os resultados destacam a alta produção científica nos EUA, enquanto países

de baixa e média renda, com grande tradição de programas de ACS¹⁵, publicaram pouco ou não publicaram, denotando uma desigualdade estrutural no desenvolvimento científico e educacional entre os países.

A pandemia rerepresentou a importância das ACS na garantia de uma APS integral,

de base comunitária, integrada à vigilância ativa e à proteção social abrangente, ao mesmo tempo que revelou a distância entre o ideal e o real. Isso se expressa na grande quantidade de atribuições, que deveriam ser executadas por equipes interprofissionais, nem sempre garantidas pelos sistemas de saúde, além das relações precárias de trabalho, o que revela que as ACS fazem parte de uma estratégia de APS seletiva⁴⁸.

Nesta revisão, chama atenção a pouca especificidade dos estudos no que diz respeito à realização de testes para Covid-19, aferição de temperatura e oximetria pelas ACS, reafirmando a centralidade de suas práticas no cuidado não biomédico, baseado na educação, promoção da saúde, articulação intra e intersectorial.

Apesar de alguns estudos mencionarem a coleta de dados como prática das ACS, estas não refletem sobre a capacidade profissional de processá-los e interpretá-los para conduzir, com inteligência, o passo seguinte de vigilância ativa e participativa nas comunidades.

O deslocamento de ACS para atividades administrativas no interior dos serviços ou para barreiras sanitárias, fora do seu território de abrangência, precisa ser refletido criticamente na medida em que pressupõem diminuir a relação com a comunidade em tempos nos quais se espera maior contato e empatia, gerando confiança e legitimidade.

As práticas de educação e comunicação em saúde foram desafiadas a responder ao contexto de infodemia e *fake news*⁴⁹, assim como às desigualdades de acesso às tecnologias da informação nos diversos países, singularizando as pandemias deste século e a necessidade de desenvolvimento de novas habilidades pelas ACS.

Poucos estudos desta revisão apresentaram o papel das ACS na facilitação de acesso às vacinas contra a Covid-19 ou de formações específicas para melhor atuarem diante dos movimentos antivacinas, o que se justifica pelo período do estudo que não abrangeu a fase de vacinação da população mundial, iniciada em dezembro de 2020 no Reino Unido. Da mesma forma, a abordagem às sequelas pós-covid e

ao adoecimento mental também carecem de maiores investigações, especialmente sobre como podem ser realizadas pelas ACS.

É notória a quantidade de experiências de articulação intersectorial e mobilização comunitária desenvolvidas pelas ACS nos processos de enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença. Isso nos leva a refletir não somente sobre a solidariedade caritativa, mas também sobre a importância de pautar nos Estados nacionais e organismos internacionais políticas públicas de segurança alimentar e renda básica universal de curto, médio e longo prazo. Nesse quesito, ressaltamos as práticas de *advocacy*, assumida pelas ACS em alguns países, que podem ser mais bem investigadas como categoria analítica em outros estudos comparativos.

Diferentemente dos rumos de outras categorias da saúde, o trabalho das ACS, no geral, não caminhou no sentido da profissionalização, o que esbarra significativamente em baixa definição quanto aos currículos de sua formação geral⁸. Apesar da crise sanitária se colocar como uma oportunidade de maior abertura para tais investimentos, a literatura revisada trouxe poucos elementos quanto aos processos formativos oferecidos, carecendo de mais estudos para entender o caráter e o impacto das formações desenvolvidas nas respostas à pandemia.

Somadas a isso, a origem popular, a feminização, e as más condições de trabalho são marcas das ACS em muitos contextos, refletindo a realidade das comunidades onde estão inseridas por um lado e a divisão social e sexual do trabalho presente no setor saúde em muitos países por outro⁵⁰. Tal realidade aponta a importância de conjugar lutas políticas por melhores condições de vida nas comunidades, com lutas por melhores condições trabalhistas, em especial, nos contextos pandêmicos.

Considerações finais

Os achados desta revisão apresentam-se como um subsídio aos formuladores e

implementadores de políticas de saúde, mas também aos trabalhadores que precisam de evidências para melhor fundamentarem suas agendas de negociação. Apresenta relevância também aos pesquisadores da área, por apontar lacunas que precisam ser mais bem exploradas em futuros projetos de pesquisa.

Como limite deste estudo, houve pouca contextualização histórica da institucionalização das ACS e o cenário da pandemia em cada país, tendo em vista a abrangência do escopo. Sugere-se a realização de estudos avaliativos quanto à eficácia e efetividade das ACS, que poderiam melhor subsidiar os tomadores de decisão para cenários de pandemia que tendem a ser frequentes.

Em última instância, ressaltamos que o futuro das ACS está inserido na disputa de rumos do próprio modelo de atenção à saúde em cada país e abrangência dos sistemas de proteção social, na medida em que a efetividade de suas ações dependem de retaguarda econômica, social e política, conquistadas com lutas amplas e gerais no seio da sociedade.

Colaboradores

Mélio LMBD (0000-0001-5737-751X)*, Santos RC (0000-0002-4973-123X)* e Albuquerque PC (0000-0001-8283-5041)* contribuíram igualmente para a elaboração do manuscrito. ■

Referências

1. International Labour Office. International Standard Classification of Occupations 2008 (ISCO-08): structure, group definitions and correspondence tables. [Local desconhecido]: International Labour Office; 2012.
2. Perry H. Health for the people: National community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe. Washington, DC: USAID; 2020.
3. Lu C, Palazuelos D, Luan Y, et al. Development assistance for community health workers in 114 low- and middle-income countries, 2007-2017. *Bull World Health Organ.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 98(1):30-39. Disponível em: doi: 10.2471/BLT.19.235499.
4. Najafizada SA, Bourgeault IL, Labonte R, et al. Community health workers in Canada and other high-income countries: A scoping review and research gaps. *Can J Public Health.* 2015 [acesso em 2021 fev 2]; 106(3):e157-64. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26125243/>.
5. Silva NHLP, Cardoso CL. Agentes comunitários de saúde: sentidos acerca do trabalho em HIV/AIDS. *Psicol. Soc.* 2008 [acesso em 2021 fev 2]; 20(2):257-266. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/PtFfb38XDv7jnZThz3qgdDP/?lang=pt>.
6. Boyce MR, Katz R. Community Health Workers and Pandemic Preparedness: Current and Prospective Roles. *Front Public Health.* 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 7:62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6443984/>.
7. World Health Organization. International health regulations (2005). [Local desconhecido]: World Health Organization; 2005.

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

8. World Health Organization. WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. [Local desconhecido]: World Health Organization; 2018.
9. World Health Organization. Global influenza strategy 2019-2030. [Local desconhecido]: World Health Organization; 2019.
10. Almeida Filho ND. Modelagem da pandemia Covid-19 como objeto complexo (notas samajianas). *Estud. Av.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 34(99):97-118. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/PYKMh83rMm77yFnjxCWzLMY/?lang=pt>.
11. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, et al. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab. Educ. Saúde.* 2021 [acesso em 2021 fev 2]; 19:e00310142. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/CJX9Rs5gSBJmsMrfwhkdJrL/>.
12. Joanna Briggs Institute. Methodology for JBI Scoping Reviews - Joanna Briggs 2015. Australia: JBI; c2015. [acesso em 2021 jul 11]. Disponível em: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf><https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>.
13. Santos CM, Pimenta CA, Nobre MR. A estratégia PICO para construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2007 [acesso em 2021 fev 2]; 15(3):508-11. Disponível em: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf><https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt>.
14. Queiros AALD. A prática dos agentes comunitários de saúde na América Latina: origem, contradições e desafios para o cuidado em saúde no começo do século XXI. [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2015. 143 p.
15. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health.* 2014 [acesso em 2021 fev 2]; 35:399-421. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24387091/>.
16. Mallari E, Lasco G, Sayman DJ, et al. Connecting communities to primary care: a qualitative study on the roles, motivations and lived experiences of community health workers in the Philippines. *BMC Health Serv Res.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 20(1):860. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05699-0>.
17. Henderson S, Kendall E. ‘Community navigators’: making a difference by promoting health in culturally and linguistically diverse (CALD) communities in Logan, Queensland. *Aust J Prim Health.* 2011 [acesso em 2021 fev 2]; 17(4):347-54. Disponível em: <https://www.publish.csiro.au/py/py11053>.
18. Galiazzi MC, Sousa RS. A dialética na categorização da análise textual discursiva: o movimento recursivo entre palavra e conceito. *Rev. Pesquisa Qualit.* 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 7(13):1-22. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/227>.
19. Akseer N, Kandru G, Keats EC, et al. Covid-19 pandemic and mitigation strategies: implications for maternal and child health and nutrition. *Am J Clin Nutr.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(2):251-256. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559276/>.
20. Ballard M, Bancroft E, Nesbit J, et al. Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Glob Health.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 5(6):e002550. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002550>.
21. Bhaumik S, Moola S, Tyagi J, et al. Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Glob Health.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 5(6):e002769. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/6/e002769>.
22. Corburn J, Vlahov D, Mberu B, et al. Slum Health: Arresting Covid-19 and Improving Well-Being in Urban Informal Settlements. *J Urban Health.* 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 97(3):348-357. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32559276/>.

- [tps://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00438-6](https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-020-00438-6). Erratum in: *J Urban Health*. 2021 Feb 11.
23. Maciel FBM, Santos HLPD, Carneiro RADS, et al. Community health workers: reflections on the health work process in Covid-19 pandemic times. *Ciênc. Saúde Colet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 25(supl2):4185-4195.
 24. Naylor MD, Hirschman KB, McCauley K. Meeting the Transitional Care Needs of Older Adults with Covid-19. *J Aging Soc Policy*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 32(4-5):387-395. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/08959420.2020.1773189>.
 25. Haines A, Barros EF, Berlin A, et al. National UK programme of community health workers for Covid-19 response. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 395(10231):1173-1175. Disponível em: 10.1016/S0140-6736(20)30735-2.
 26. Nepomnyashchiy L, Dahn B, Saykpah R, et al. Covid-19: Africa needs unprecedented attention to strengthen community health systems. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 396(10245):150-152. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31532-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31532-4/fulltext).
 27. Brey Z, Mash R, Goliath C, et al. Home delivery of medication during Coronavirus disease 2019, Cape Town, South Africa: Short report. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(1):e1-e4. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32501022/>.
 28. Mash R, Goliath C, Perez G. Re-organising primary health care to respond to the Coronavirus epidemic in Cape Town, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(1):e1-e4. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/PHCFM/article/view/2607>.
 29. David N, Mash R. Community-based screening and testing for Coronavirus in Cape Town, South Africa: Short report. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 12(1):e1-e3. Disponível em: <https://phcfm.org/index.php/PHCFM/article/view/2499>.
 30. Omoronyia O, Ekpenyong N, Ukweh I, et al. Knowledge and practice of Covid-19 prevention among community health workers in rural Cross River State, Nigeria: implications for disease control in Africa. *Pan Afr Med J*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 37:50. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33209177/>.
 31. Sham L, Ciccone O, Patel AA. The Covid-19 pandemic and Community Health Workers: An opportunity to maintain delivery of care and education for families of children with epilepsy in Zambia. *J Glob Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 10(2):020329. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33110529/>.
 32. Lotta G, Wenham C, Nunes J, Pimenta DN. Community health workers reveal COVID-19 disaster in Brazil. *Lancet*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 396(10248):365-366. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31521-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31521-X/fulltext).
 33. Duarte RB, Medeiros LMF, Araújo MJADM, et al. Agentes Comunitários de Saúde frente à Covid-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Enferm. foco*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 11(1): 252-256.
 34. Reinders S, Alva A, Huicho L, et al. Indigenous communities' responses to the COVID-19 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a qualitative study based on routine programme supervision. *BMJ Open*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 10(12):e044197. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/12/e044197>.
 35. Mayfield-Johnson S, Smith DO, Crosby SA, et al. Insights on Covid-19 From Community Health Worker State Leaders. *J Ambul Care Manage*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 43(4):268-277. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32858726/>.

36. Logan RI, Castañeda H. Addressing Health Disparities in the Rural United States: Advocacy as Caregiving among Community Health Workers and Promotores de Salud. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 17(24):9223. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9223>.
37. Katzman JG, Tomedi LE, Thornton K, et al. Innovative Covid-19 Programs to Rapidly Serve New Mexico: Project ECHO. *Public Health Rep*. 2021 [acesso em 2021 fev 2]; 136(1):39-46. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33216679/>.
38. Peretz PJ, Islam N, Matiz LA. Community Health Workers and Covid-19 - Addressing Social Determinants of Health in Times of Crisis and Beyond. *N Engl J Med*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 383(19):e108. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2022641>.
39. Kerkhoff AD, Sachdev D, Mizany S, et al. Evaluation of a novel community-based Covid-19 'Test-to-Care' model for low-income populations. *PLoS One*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 15(10):e0239400. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239400>.
40. Waters R. Community Workers Lend Human Connection to Covid-19 Response. *Health Aff (Millwood)*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 39(7):1112-1117. Disponível em: <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2020.00836>.
41. Rosenthal EL, Menking P, Begay MG. Fighting the Covid-19 Merciless Monster: Lives on the Line-Community Health Representatives' Roles in the Pandemic Battle on the Navajo Nation. *J Ambul Care Manage*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 43(4):301-305. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32858729/>.
42. Nanda P, Lewis TN, Das P, et al. From the frontlines to centre stage: resilience of frontline health workers in the context of Covid-19. *Sex Reprod Health Matters*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 28(1):1837413. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1837413>.
43. Chatterjee PK. Community preparedness for Covid-19 and frontline health workers in Chhattisgarh. *Indian J Public Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 64:S102-S104. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32496236/>.
44. Wiah SO, Subah M, Varpilah B, et al. Prevent, detect, respond: how community health workers can help in the fight against covid-19. *BMJ*. 2020. [acesso em 2021 fev 2]. Disponível em: <https://blogs.bmj.com/bmj/2020/03/27/prevent-detect-respond-how-community-health-workers-can-help-fight-covid-19/>.
45. Tran BX, Phan HT, Nguyen TPT, et al. Reaching further by Village Health Collaborators: The informal health taskforce of Vietnam for Covid-19 responses. *J Glob Health*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 10(1):010354. Disponível em: <https://www.jogh.org/documents/issue202001/jogh-10-010354.pdf>.
46. Palafox B, Renedo A, Lasco G, et al. Maintaining population health in low- and middle-income countries during the Covid-19 pandemic: Why we should be investing in Community Health Workers. *Trop Med Int Health*. 2021 [acesso em 2021 fev 2]; 26(1):20-22. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32985024/>.
47. Goldfield NI, Crittenden R, Fox D, et al. Covid-19 Crisis Creates Opportunities for Community-Centered Population Health: Community Health Workers at the Center. *J Ambul Care Manage*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 43(3):184-190. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32467431/>.
48. Giovanella L, Mendonça MHM, Buss PM, et al. From Alma-Ata to Astana. Primary health care and universal health systems: an inseparable commitment and a fundamental human right. *Cad. Saúde Pública*. 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 35(3):e00012219. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdy8ZTJMmPMH/?lang=pt>.
49. The Lancet Infectious Diseases. The Covid-19 infodemic. *Lancet Infect Dis*. 2020 [acesso em 2021 fev 2]; 20(8):875. Disponível em: <https://www>.

[thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30565-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30565-X/fulltext).

50. Shannon G, Minckas N, Tan D, et al. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. *Hum Resour He-*

alth. 2019 [acesso em 2021 fev 2]; 17(1):72. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31623619/>.

Recebido em 15/04/2021
Aprovado em 25/01/2022
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve