



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAUDE**

**POLYANA CARLA DA SILVA COSTA CABRAL**

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAMPINA GRANDE-PARAÍBA NO CONVÍVIO  
FAMILIAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

**JOÃO PESSOA-PB  
2021**

**POLYANA CARLA DA SILVA COSTA CABRAL**

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAMPINA GRANDE-PARAÍBA NO CONVÍVIO  
FAMILIAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado em Saúde da Família (Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**Área de Concentração:** Saúde da Família

**Linha de Pesquisa:** Educação e Saúde

**Orientadora:** Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz

**Coorientadora:** Profa. Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva

**JOÃO PESSOA – PB  
2021**

**POLYANA CARLA DA SILVA COSTA CABRAL**

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAMPINA GRANDE NO CONVÍVIO FAMILIAR  
DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde da Família  
(Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção  
de Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

**COMISSÃO JULGADORA**

---

**Prof. Dra. Rilva Lopes Sousa Muñoz**  
**Presidente da Comissão (Orientadora)**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – UFPB**

---

**Prof. Dra. Gisetti Corina Gomes Brandão**  
**Membro Externo Titular**  
**Universidade Federal de Campina Grande-UFCG**

---

**Profa. Dra. Eleonora Ramos de Oliveira**  
**Membro Interno Titular**  
**Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – UFPB**

Dedico este momento a Deus, por ser essencial e soberano em minha vida, e encaminhar minha evolução como ser humano e profissional, encorajando minhas decisões e guiando minhas atitudes, colocando verdadeiros anjos na caminhada, e por me manter de pé até hoje, dia em que consegui realizar este grande feito em minha trajetória. Ao Espírito de Luz que sempre guiou meu caminho a buscar meu lugar e a Nossa Senhora por me fortalecer e encorajar a superar sempre.

A Ti, Meu Deus, elevo meu coração, elevo as minhas mãos, meu olhar, minha voz... eu quero oferecer meus passos e meu viver... meus caminhos... meu sofrer...

## **AGRADECIMENTOS**

**Aos meus filhos Pedro e Thiago, pelo amor, força e alegria que me fornecem diariamente, pelo ser humano que tenho me tornado por ser a Mãe deles, norteando a minha vida.**

**Ao meu esposo Eudo Júnior, por todo amor, companheirismo, apoio e compreensão em todos os momentos.**

**Aos meus pais Almir e Lêda, pelo exemplo e incentivo, por estarem presentes e apoiarem todas as etapas da minha vida.**

**Aos meus irmãos Juliana, Luciana e Almir Filho, cunhados Tulio, Leopoldo e Katiane, Tarsila e Elvis, meus sobrinhos Lara, Enzo, Tulio Filho, Maria Júlia e Gabriel, meus sogros Eudo e Fátima, pelo carinho, incentivo e apoio de sempre.**

**A minha orientadora professora Dra. Rilva, pelo olhar atento, pelo acolhimento, pelos ensinamentos, pela paciência, pela orientação e persistência de sempre.**

**À Dra. Ana Cristina e Dra. Elucyr pela oportunidade e confiança. O norte no meu percurso nesta etapa de conclusão, exemplo de determinação e dedicação aos propósitos pessoais e profissionais.**

**À banca de qualificação, nas pessoas das Professoras Dra. Eleonora e Dra. Gisetti pelas contribuições valiosas no meu trabalho e na vida.**

**À minha cuidadora Dona Nica (Ivani) por me ajudar diariamente a cuidar da minha família.**

**Aos professores do programa, pelos conhecimentos transmitidos, colaborando no meu aprendizado, crescimento profissional e pessoal.**

**Aos amigos do mestrado, pelos momentos e contribuições compartilhados, pelos desafios enfrentados juntos e pelos laços de amizade que sempre nos confortava.**

**À minha amiga Paula pelo incentivo e apoio na vida, no início e durante todo o mestrado, pela fidelidade do cuidado e carinho de sempre.**

**Aos residentes e internos que sempre aceitaram minhas ausências, me incentivaram a seguir e muito contribuíram na efetivação do processo na coleta de dados.**

**Às amigas Lorena e Lourdinha pelo afeto e incentivo e para que eu pudesse iniciar o mestrado.**

**Aos amigos do caminho Rafael e Wynne, mãos e olhos num contexto carinhoso e de muito incentivo. Gratidão!...**

“Nunca permita que a sua gratidão seja balizada pela quantidade. As mínimas porções se agigantam no coração que descobriu os benefícios de ser grato.”

(Pe. Fábio de Melo)

**CABRAL, Polyana Carla da Silva Costa. MEDIDAS DE PREVENÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE CAMPINA GRANDE NO CONVÍVIO FAMILIAR DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19. 2021. 114 f. (Dissertação) Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional- PROFSAUDE - Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, 2021.**

## **RESUMO**

Durante a pandemia da doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19), os profissionais de saúde lidam com uma infecção que ainda não conhecem inteiramente. Sem qualquer intervenção farmacêutica e vacinação durante o ano de 2020, a única forma de combater a COVID-19 foi retardar a propagação da doença mediante medidas não farmacológicas (MNF). Isolamento de pacientes, quarentena, distanciamento social, mudanças na prestação de cuidados de saúde e triagem em massa foram as MNF prioritárias para lidar com a pandemia. A COVID-19 colocou em risco, de forma particular, os profissionais da saúde. Nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), o cenário de incertezas também acometeu os profissionais de forma crucial. Neste contexto, a pandemia de COVID-19 e os bloqueios sem precedentes que se seguiram provocaram um impacto especial nos relacionamentos e na vida familiar. Acredita-se que muitos lares testemunharam mudanças significativas nos hábitos e nas relações da dinâmica familiar, e que aquelas foram mais intensas para os profissionais de saúde, pelo maior risco de contaminação e do medo de adoecer e de contaminar seus familiares. Portanto, compreender a adesão a MNF para prevenção da COVID-19 pelos profissionais de saúde da APS no âmbito de suas famílias é um problema de pesquisa relevante, pois existe escassez de suporte empírico em relação ao trabalho em saúde na APS no que concerne à prevenção da COVID-19 nos domicílios dos profissionais. Portanto, levantaram-se os seguintes questionamentos: Que MNF de prevenção contra a COVID-19 foram adotadas pelos profissionais de saúde da APS de Campina Grande-PB em seu ambiente domiciliar? Os profissionais aderiram ao isolamento da família para exercer seu trabalho? Quais são os principais fatores associados à adesão às medidas de prevenção no domicílio? Assim, esta pesquisa teve o objetivo de avaliar que MNF foram empregadas durante a pandemia de COVID-19 em 2020 pelos profissionais de saúde da APS do município de Campina Grande no ambiente familiar, assim como os fatores associados à não adesão a tais medidas. Para isso, realizou-se estudo observacional, de abordagem quantitativa, aplicando-se remotamente questionários aos profissionais de saúde da APS de Campina Grande, enfocando itens relacionados às referidas perguntas da pesquisa. Dois produtos decorreram desta dissertação: um artigo original resultante do mencionado estudo observacional e um vídeo instrucional intitulado “Como profissional da saúde da atenção básica, posso evitar que minha família seja contaminada durante a pandemia de COVID-19?” Os resultados do estudo observacional mostraram os seguintes achados: (1) as principais medidas não farmacológicas de prevenção, utilizadas no ambiente domiciliar pelos

profissionais da APS durante a pandemia da COVID-19 em 2020 foram higiene das mãos e limpeza do ambiente; (2) profissionais de saúde do sexo masculino e solteiros apresentaram menor chance de utilizar essas MNF preventivas contra a COVID-19 nos seus domicílios; (3) uma minoria dos profissionais adotou o isolamento de suas famílias (dentro do domicílio ou por mudança domiciliar) para exercer seu trabalho; e (4) a frequência de diagnóstico de COVID-19 entre os participantes foi de cerca de um terço da amostra, mas este diagnóstico não se associou ao cumprimento das principais MNF contra a doença no ambiente domiciliar. O vídeo instrucional versou sobre a transmissão da COVID-19 e medidas de prevenção no ambiente de saúde e no ambiente familiar. Acredita-se que o conteúdo elaborado em vídeo contribuirá para os treinamentos e educação permanente dos colaboradores da APS. Medidas como uso de máscara, higienização das mãos e distanciamento social devem ser mantidas, mas o uso de precauções adequadas no trabalho pode ajudar a minimizar o risco e a exposição a pacientes com COVID-19 e, por sua vez, pode proteger as famílias dos próprios profissionais.

**Palavras-Chave:** Profissionais de Saúde; COVID-19; Prevenção de doenças transmissíveis.



## ABSTRACT

*During the disease pandemic by the new coronavirus 2019 (COVID-19), healthcare professionals are dealing with an infection that they do not fully understand. Without any pharmaceutical intervention and vaccination during 2020, the only way to fight COVID-19 was to delay the spread of the disease through non-pharmacological measures (MNF). Isolation of patients, quarantine, social distancing, changes in health care delivery and mass screening were the priority MNFs for dealing with the pandemic. COVID-19 has placed health professionals at particular risk. In Primary Health Care (PHC) services, the uncertain scenario also affected professionals in a crucial way. In this context, the COVID-19 pandemic and the unprecedented blockages that followed had a special impact on relationships and family life. It is believed that many households witnessed significant changes in habits and relationships in family dynamics, and that those were more intense for health professionals, due to the greater risk of contamination and the fear of falling ill and contaminating their family members. Therefore, understanding adherence to MNF for the prevention of COVID-19 by PHC health professionals within their families is a relevant research problem, as there is a lack of empirical support in relation to health work in PHC with regard to prevention of COVID-19 in the homes of professionals. Therefore, the following questions were raised: What FFM prevention against COVID-19 were adopted by the health professionals of the PHC of Campina Grande-PB in their home environment? Did the professionals adhere to the isolation of the family to carry out their work? What are the main factors associated with adherence to prevention measures at home? Thus, this research aimed to assess which FFM were used during the COVID-19 pandemic in 2020 by health professionals from the PHC in the city of Campina Grande in the family environment, as well as the factors associated with non-adherence to such measures. For this, an observational study with a quantitative approach was carried out, remotely applying questionnaires to health professionals from the PHC of Campina Grande, focusing on items related to the aforementioned research questions. Two products resulted from this dissertation: an original article resulting from the aforementioned observational study and an instructional video entitled "As a primary care health professional, can I prevent my family from being infected during the COVID-19 pandemic?" The results of the observational study showed the following findings: (1) the main non-pharmacological preventive measures used in the home environment by PHC professionals during the COVID-19 pandemic in 2020 were hand hygiene and cleanliness of the environment; (2) male and single health professionals were less likely to use these preventive MNFs against COVID-19 in their homes; (3) a minority of professionals adopted isolation from their families (within the home or by moving their homes) to perform their work; and (4) the frequency of diagnosis of COVID-19 among the participants was about one third of the sample, but this diagnosis was not associated with compliance with the main NFM against the disease in the home environment. The instructional video was about the transmission of COVID-19 and prevention measures in the health and family environment. It is believed that the content created in video will contribute to the training and continuing education of APS employees. Measures such as use of a mask, hand hygiene and social distance should be maintained, but the use of*

*adequate precautions at work can help to minimize the risk and exposure to patients with COVID-19 and, in turn, can protect families from professionals themselves.*

**Key words:** *Health Professionals; COVID-19; Prevention of communicable diseases.*

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Frequências das medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 adotadas pelos profissionais de saúde no seu convívio familiar (n=229). Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020

Tabela 2- Associação de variáveis sociodemográficas e individuais com a higiene das mãos e limpeza do ambiente utilizadas no convívio familiar pelos profissionais de saúde contra a COVID-19, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020 (n=229).

Tabela 3- Associação de variáveis sociodemográficas e individuais com a higiene dos alimentos e uso de máscara de tecido utilizadas no convívio familiar pelos profissionais de saúde contra a COVID-19, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020 (n=229).

Tabela 4 - Razões de chances pela regressão logística para a limpeza do ambiente, higiene dos alimentos e uso de máscara de tecido, utilizadas no convívio familiar contra a COVID-19. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020.

## **LISTA DE QUADROS E FIGURAS**

Quadro 1- Conteúdo do roteiro original, segundo categorias de tópicos do vídeo e tomadas da filmagem.

Figura 1 – Fotografias de trechos do vídeo

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>APS</b>	<b>Atenção Primária à Saúde</b>
<b>DeCS</b>	<b>Descritores em Ciências da Saúde</b>
<b>eSF</b>	<b>Equipe de Saúde da Família</b>
<b>ESF</b>	<b>Estratégia de Saúde da Família</b>
<b>LILACS</b>	<b>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</b>
<b>MEDLINE</b>	<b><i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online;</i></b>
<b>OMS</b>	<b>Organização Mundial da Saúde</b>
<b>OPAS</b>	<b>Organização Panamericana de Saúde</b>
<b>N95</b>	<b>NIOSH-42CFR84</b>
<b>PAHO</b>	<b>Pan American Health Organization</b>
<b>PFF2</b>	<b>Peça Facial Filtrante - Máscara ABNT/NBR 13.698-2011 (Brasil) / FFP2 (EN 149-2001 - Europa)</b>
<b>PHEIC</b>	<b>Public Health Emergency of International Concern</b>
<b>PubMed</b>	<b>Biblioteca Nacional de Medicina dos EUA (<i>US National Library of Medicine</i>)</b>
<b>SciELO</b>	<b>Biblioteca Eletrônica Científica Online (<i>Scientific Electronic Library Online</i>)</b>
<b>SARS-CoV-2</b>	<b><i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i></b>
<b>SUS</b>	<b>Sistema Único de Saúde</b>
<b>UBS</b>	<b>Unidade Básica de Saúde</b>
<b>UFPB</b>	<b>Universidade Federal da Paraíba</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>22</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>22</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivos específicos</b>	<b>22</b>
<b>3</b>	<b>JUSTIFICATIVA</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b>	<b>25</b>
<b>4.1</b>	<b><i>Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)</i></b>	<b>25</b>
<b>4.2</b>	<b>Medidas Não Farmacológicas de Prevenção Contra a COVID-19</b>	<b>31</b>
<b>4.3</b>	<b>A Atenção Primária de Saúde no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19</b>	<b>36</b>
<b>4.4</b>	<b>Situação dos Profissionais de Saúde na Linha de Frente da Pandemia</b>	<b>41</b>
<b>4.5</b>	<b>Convívio Familiar dos Profissionais de Saúde durante a Pandemia</b>	<b>48</b>
<b>4.6</b>	<b>Conflito Trabalho-Família em Profissionais de Saúde</b>	<b>51</b>
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>54</b>
<b>5.1</b>	<b>ESTUDO DE CAMPO</b>	<b>54</b>
<b>5.1.1</b>	<b>Caracterização do Estudo</b>	<b>54</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>55</b>
<b>5.1.3</b>	<b>População e Amostra</b>	<b>56</b>
<b>5.1.4</b>	<b>Procedimentos de Coleta de Dados</b>	<b>57</b>
<b>5.1.4.1</b>	<b>Treinamento dos colaboradores da pesquisa</b>	<b>57</b>
<b>5.1.4.2</b>	<b>Instrumento de Coleta de Dados</b>	<b>57</b>
<b>5.1.4.3</b>	<b>Estratégias de Coleta de Dados</b>	<b>58</b>
<b>5.1.5</b>	<b>Análise dos Dados</b>	<b>59</b>
<b>5.1.6</b>	<b>Aspectos Éticos</b>	<b>60</b>
<b>5.2</b>	<b>Elaboração de Vídeo Educativo para Educação permanente em Saúde</b>	<b>60</b>
<b>6</b>	<b>Produto 1 - Artigo Medidas de prevenção da COVID-19 adotadas pelos profissionais de saúde no convívio familiar</b>	<b>63</b>
<b>7</b>	<b>Produto 2 - Produção técnica – Vídeo Instrucional</b>	<b>82</b>

<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>91</b>
<b>9</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>93</b>
<b>10</b>	<b>ANEXOS</b>	<b>103</b>
<b>10.1</b>	<b>ANEXO A- INSTRUMENTO DE COLETA</b>	<b>103</b>
<b>10.2</b>	<b>ANEXO B</b>	<b>108</b>
<b>10.3</b>	<b>ANEXO C</b>	<b>110</b>

## 1 INTRODUÇÃO

Em tempos normais, os limites entre as funções profissionais e não profissionais representam pontos de tensão potencialmente adoecedoras que muitas pessoas encontram em suas vidas diárias. Porém, o ano de 2020 não foi “normal”.

Há mais de um ano, um momento dramático desenrola-se na história global da saúde, da economia e da sociedade, onde uma infecção viral sob a forma de pandemia, e assim declarada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020a), ameaça a população em quase todos os países do mundo. Cientificamente, até o momento, não existem tratamentos eficazes para essa infecção e as medidas de contenção obrigam à mudança de hábitos de higiene pessoal, ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), ao distanciamento social e ao isolamento dos doentes, como as medidas mais indicadas para conter o avanço da pandemia. A infecção denomina-se de doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19), cujo agente etiológico é o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*.

O SARS-CoV-2 foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus. No dia seguinte, a primeira sequência do SARS-CoV-2 foi publicada por pesquisadores chineses. Em 16 de janeiro, foi notificada a primeira importação do novo agente viral em território japonês. No dia 21 de janeiro, os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado (LANA et al., 2020)

Croda et al. (2020) relatam que em 30 de janeiro de 2020, a COVID-19 foi declarada *Public Health Emergency of International Concern (PHEIC)*, ou Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, pela OMS. O Brasil declarou a COVID-19 como emergência de saúde pública (EPS) em 3 de fevereiro, e três dias depois, em 6 de fevereiro, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a lei nº 13.979 (“Lei de Quarentena”), com medidas destinadas a proteger a população e lidar com a ESP decorrente da SARS-CoV-2. Em 7 de fevereiro, havia nove casos em investigação no Brasil, mas sem registros de casos confirmados (LANA et al., 2020).



O primeiro caso de coronavírus no Brasil, e na América do Sul, foi registrado em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo: um homem de 61 anos com histórico de viagens para a região da Lombardia, Itália. O número de casos aumentou desde então no território nacional, enquanto várias medidas passaram a ser tomadas.

No dia 13 de março, o Ministério da Saúde (MS) e profissionais das secretarias estaduais de saúde do país anunciaram recomendações para prevenir a disseminação da doença, conforme previamente determinado no Decreto nº 356, de 11 de março. O MS reconheceu a transmissão comunitária no país no dia 20 de março, como uma medida estratégica para garantir um esforço coletivo de todos os brasileiros para reduzir a transmissão do vírus. Diante desta realidade foi necessária a implementação de medidas não farmacológicas, incluindo distanciamento físico, isolamento e quarentena, além da obrigatoriedade do uso de máscaras faciais em todo país.

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2021), até 25 de agosto de 2021 foram confirmados 213.290.562 casos de COVID-19 no mundo e 4.451.980 mortes, atingindo 236 países de todos os continentes. Nos Boletim Epidemiológico Especial 76, referente à semanas epidemiológicas 32 (final em 14 de agosto de 2021), o Brasil figurava como segundo colocado no *ranking* de mortalidade pela COVID-19 entre os países que compõem a OPAS. Em 25/08/2021, há 20.645.573 casos e 576.645 mortos por COVID-19, distribuídos heterogeneamente pelo território nacional (OPAS, 2021). Na região Nordeste, registraram-se 4.721.109 casos, e o estado da Paraíba ocupa o quarto lugar da classificação de número de casos registrados entre os estados nordestinos. Em 25/08/2021, a Paraíba totalizou 431.090 casos e 9.154 óbitos nos 223 municípios do estado. (BRASIL, 2021a; BRASIL, 2021b). Campina Grande, como segundo maior município do estado, registrou, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, 45.411 casos e 1053 mortos (25/08/2021).

A pandemia da COVID-19 afetou o trabalho, a família e a vida social de toda a população brasileira. Essas mudanças massivas podem ter acentuado mudanças na exposição ao conflito entre vida profissional e pessoal de muitas pessoas. Os profissionais de saúde, no centro dessa crise sem paralelos, enfrentam diversos desafios: reduzir a propagação da infecção; desenvolver estratégias adequadas em curto prazo e formular planos em médio e longo

prazos, considerando-se a ocorrência da síndrome pós-COVID-19, uma série de complicações decorrentes da doença e que podem surgir meses após resolvido o quadro agudo da infecção pelo SARS-CoV-2. Os profissionais da saúde também precisam continuar a tratar os pacientes acometidos dos outros agravos à saúde que não a COVID-19 e manter as responsabilidades pessoais, incluindo cuidar de suas famílias e de si próprios (SHREFFLER, 2020).

Nos meses iniciais de 2020, quando se reconheceu a existência da pandemia, os esforços para proteger adequadamente os profissionais de saúde - ou impedir que pudessem infectar suas famílias e pacientes -, ainda eram limitados pela escassez de dados sobre a transmissão da COVID-19 e pelos desafios associados ao treinamento de profissionais de saúde com EPI eficazes. Dezenas de profissionais de saúde adoeceram com a COVID-19, e muitos outros ainda estavam em quarentena após a exposição ao vírus, um fato esperado, mas preocupante, à medida que o sistema de saúde buscava enfrentar e impedir o aumento do número de casos (SHEREEN *et al.*, 2020).

Assim, os profissionais de saúde do mundo inteiro estão lidando com uma infecção que ainda não conhecem inteiramente. Sem qualquer intervenção farmacêutica e vacinação durante a maior parte do ano de 2020, a única forma de combater a COVID-19 era retardar a propagação da doença mediante adoção de medidas não farmacológicas (MNF) de saúde pública. Isolamento de pacientes, quarentena, distanciamento social, mudanças na prestação de cuidados de saúde e triagem em massa eram as MNF mais comuns para lidar com a epidemia. A partir do início de 2021, passaram a ser disponibilizadas medidas de imunização por meio de vacinas para a COVID-19.

As medidas não farmacêuticas de saúde pública incluem medidas de proteção pessoal, medidas ambientais, medidas de distanciamento social e medidas relacionadas com viagens. Estas medidas são ações ou providências tomadas por indivíduos, instituições, comunidades, governos locais e nacionais ou órgãos internacionais para reduzir a propagação de COVID-19 (PAHO, 2020), para retardar a transmissão e nivelar a curva epidêmica, evitando o colapso dos serviços de saúde e, conseqüentemente, salvando vidas.

A atual pandemia da COVID-19 também colocou em risco a vida desses profissionais. Os desafios, preocupações e frustrações com a escassez de EPI afetam o atendimento aos pacientes e a biossegurança desses profissionais, o

que constitui um importante problema a ser pesquisado neste momento. Enquanto o SARS-CoV-2 ainda circular na comunidade em taxas elevadas, os profissionais de saúde estão sujeitos a risco elevado e repetido de contato e transmissão de gotículas durante o seu trabalho diário.

Os sistemas de saúde em todo o mundo puderam operar em mais do que sua capacidade máxima, após terem sido equipados diante das novas necessidades, mas os profissionais de saúde não podem ser fabricados ou operados com 100% de sua capacidade por longos períodos. A segurança destes profissionais deve ser garantida globalmente, visto que atualmente eles são o recurso mais valioso de todos os países (LANCET, 2020).

Nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), o cenário de incertezas e apreensão generalizada também acometeu os profissionais de forma incisiva e abrupta, pois a acessibilidade e vinculação características destes serviços, favoreceram o aumento da demanda da população, que buscou ansiosamente por atendimentos e respostas, muitas vezes impelida por notícias falsas procedentes de diversas fontes, e sobrecarregando as unidades de saúde.

Nesse contexto, a pandemia de COVID-19 e os bloqueios sem precedentes que se seguiram supostamente provocaram um impacto abissal nos relacionamentos e na vida familiar de um modo geral. Acredita-se que muitos lares testemunharam mudanças significativas nos hábitos e nas relações da dinâmica familiar, e que estas foram mais intensas para os profissionais de saúde.

As questões do trabalho podem impactar as relações familiares, considerando que o tempo dedicado ao trabalho limita a atenção dada à família, sobretudo em uma pandemia e mais intensamente no caso de profissionais da linha de frente no combate à crise sanitária. Desse modo, as lutas no trabalho e na gestão familiar ocorrem quase que diariamente e têm consequências tanto para as atividades profissionais quanto para a vida pessoal (LEMOS *et al.*, 2021). Nesse contexto, o chamado conflito trabalho-família é definido como um conjunto de pressões ocorridas quando os papéis profissionais e pessoais são desempenhados de uma forma em que cumprir um papel torna difícil se ajustar ao outro (ZHAO *et al.*, 2021). De acordo com Kossek e Lee (2017, p. 2), o conceito de conflito trabalho-vida é uma extensão

do conflito trabalho-família, “que reflete a realidade de que a função do trabalho pode interferir em outras funções e interesses pessoais da vida dos indivíduos”. Pessoas que vivenciam altos níveis de conflito entre vida profissional e pessoal relatam que seu papel no trabalho as impede de se concentrarem em aspectos importantes em sua família ou vida pessoal (SCHIEMAN *et al.*, 2021).

Entre tais conflitos, os profissionais de saúde que estão na chamada “linha de frente” dessa pandemia global também têm lutado para não levar a infecção para suas próprias casas. Muitos se separaram deliberadamente de suas famílias, optando por deixar o espaço familiar compartilhado, isolando-se em outros locais ou mesmo ocupando um espaço separado dentro da sua própria moradia. A carga psicológica e o bem-estar geral dos profissionais de saúde apresentam abordagem crescente em publicações de notícias da mídia geral e em pesquisas acadêmicas (SHREFFLER, 2020).

Contudo, os estudos científicos relacionados a esse objeto de estudo ainda são incipientes em todo o mundo, considerando que este tópico de pesquisa seja de grande interesse, sobretudo sobre os conflitos trabalho-família considerando os profissionais de saúde em geral. Evidências sugerem que o adoecimento físico e mental da população de trabalhadores da saúde parece acontecer sem predileção específica pelo setor primário, secundário ou terciário de atenção (MACHE *et al.*, 2015).

Teixeira *et al.* (2020) ressaltam que a força de trabalho em saúde não é homogênea, apresentando diferenças de gênero, raça/cor e classe social, que são estruturantes para o acesso aos diversos níveis e cursos de formação profissional, bem como das oportunidades de inserção no mercado de trabalho. Tal demanda se reproduz no cotidiano das relações de trabalho no âmbito dos serviços de saúde. Essa heterogeneidade que caracteriza os contingentes da força de trabalho médica determina formas diferentes de exposição à COVID-19, tanto no que se refere ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho. Problemas como cansaço físico e estresse psicológico, insuficiência e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde desses profissionais não devem afetar do mesmo modo as diversas categorias profissionais da saúde, sendo necessário atentar para as especificidades de cada uma.

A adoção de comportamentos preventivos relacionados à COVID-19 ainda é relativamente desconhecida na literatura, inclusive na prática dos trabalhadores da saúde. Há evidências de que medidas preventivas em relação à COVID-19 tomadas por profissionais de saúde de outro país em desenvolvimento foram insuficientes, em vista da existência de múltiplas barreiras, como treinamento insuficiente em relação à pandemia, limitação de recursos e menor comprometimento dos próprios profissionais com as medidas de prevenção (BIRIHANE *et al.*, 2020).

Portanto, compreender a adesão a medidas não farmacológicas para prevenção da COVID-19 pelos profissionais de saúde de atenção primária no âmbito de suas famílias é essencial para avaliar o impacto neste ambiente. No estudo observacional que compõe esta dissertação, levantaram-se os seguintes questionamentos: Que medidas de prevenção contra a COVID-19 foram adotadas pelos profissionais de saúde da atenção primária de Campina Grande-PB em seu ambiente domiciliar? Os profissionais aderiram ao isolamento da família para exercer o seu trabalho? Quais são os principais fatores associados à adesão às medidas de prevenção no domicílio?

Assim, a principal hipótese de pesquisa é a de que profissionais de saúde da atenção primária de Campina Grande-PB empregariam as devidas medidas de proteção não farmacológicas necessárias para minimizar riscos à segurança de suas famílias. Uma outra hipótese, secundária, é a de que haveria associação entre o diagnóstico de COVID-19 nos profissionais e a adesão autorrelatada às medidas de prevenção contra a doença no seu ambiente domiciliar.

Desta forma, esta pesquisa teve como objetivo avaliar que medidas de prevenção foram empregadas durante a pandemia de COVID-19 em 2020 pelos profissionais de saúde da atenção primária do município de Campina Grande (PB) no ambiente familiar, assim como os fatores associados à não adesão a tais medidas. A possível contribuição dos resultados deste estudo é encontrar suporte empírico para uma questão ainda pouco explorada em relação ao trabalho em saúde na atenção primária no que concerne à COVID-19.

Esta dissertação, a ser apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/MPSF), da Universidade

Federal da Paraíba, em 28 de setembro de 2021, tem a seguinte configuração: todos os elementos preliminares do formato convencional de uma dissertação, mas contendo também textos sob a forma de dois produtos, um artigo e um produto técnico no formato de vídeo instrucional, que apresentam características de complementaridade entre si.

Assim, a dissertação terá cinco partes:

- (1) Introdução, Objetivos, Justificativa, Revisão da Literatura e Métodos, com as respectivas referências;
- (2) Artigo científico original: Resultados da pesquisa de campo, com o título de “Medidas de prevenção da COVID-19 adotadas pelos profissionais de saúde no convívio familiar”;
- (3) Produto técnico: Vídeo instrucional voltado ao público de estudantes de graduação e médicos residentes de Medicina de Família e Comunidade sobre medidas não farmacológicas de prevenção da infecção pelo novo coronavírus no ambiente familiar, com o título de “Como profissional da saúde da atenção básica, posso evitar que minha família seja contaminada durante a pandemia de COVID-19?”;
- (4) Considerações finais, para promover a integração dos conhecimentos produzidos por meio da dissertação como um todo, permitindo a análise de se as hipóteses estabelecidas foram ou não confirmadas e se os objetivos propostos foram alcançados, assim como sobre a produção do material audiovisual instrucional; e
- (5) Referências, com as referências utilizadas na dissertação, incluindo aquelas dos artigos. Para normatização das referências foram seguidas as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) em todo o trabalho, exceto no artigo, no qual se adotaram as normas editoriais da Revista Ana Nery de Enfermagem.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Avaliar que medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção, segundo autorrelato, foram empregadas durante a pandemia de COVID-19, em 2020, por profissionais de saúde da atenção primária do município de Campina Grande (PB) no seu ambiente familiar, assim como os fatores associados à não-adesão às MNF.

### **2.2 Específicos**

- Verificar a frequência de adoção das principais medidas não farmacológicas de prevenção no ambiente domiciliar pelos profissionais do estudo durante a pandemia da COVID-19 em 2020;
- Relacionar as medidas de prevenção adotadas com variáveis demográficas e ocupacionais dos participantes;
- Identificar se os profissionais adotaram o isolamento (intradomiciliar ou interdomiciliar) de suas famílias para exercer o trabalho;
- Verificar se na composição familiar dos participantes existem menores de 12 anos, idosos ou outras pessoas em grupos de risco residindo na mesma casa;
- Averiguar a frequência de diagnóstico de COVID-19 entre os participantes;
- Avaliar a associação de diagnóstico de COVID-19 entre os profissionais com a não adesão às medidas de prevenção contra a doença no ambiente domiciliar; e
- Produzir vídeo educativo sobre medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 no convívio familiar para internos de medicina, médicos residentes e equipes das UBS participantes do Programa de Residência de Medicina de família e comunidade.

### 3 JUSTIFICATIVA

O local considerado “lar” remete às referências afetivas de segurança, aconchego, “lugar sagrado”, ou seja, tido como protegido contra ameaças externas, ainda que possa ser um ambiente protetor ou não. Neste lugar se constrói a célula da família, como a menor unidade capaz de garantir o pertencimento de alguém a uma linhagem parental. Na convivência diária com a família se definem hábitos, costumes, culturas, afetuosidade, consciência e apego, de modo que se determinam as diferentes pessoas do mundo. A família constitui a unidade que forma a sociedade.

A pandemia adoeceu o mundo e traz com ela a limitação do saber técnico associado ao medo de adoecimento e de morte iminente para muitos. A possibilidade do contato nos ambientes com o novo vírus circulante, transmitido por meio de gotículas respiratórias ou por superfícies de contato, passou a ser uma sentença de vida ou morte trazida no toque, no abraço e no convívio e cuidado dos familiares. Tarefas cotidianas simples, como a lavagem das mãos, executadas por tantos anos, viraram rotina para todos, e se colocaram como determinantes do processo saúde-doença e da qualidade de vida de toda a população. Diante do medo e da desinformação, as incertezas transformaram esta, entre outras tarefas outrora essenciais e individuais para alguns, em medidas de prevenção a serem adotadas sistematicamente por toda a população.

A partir do momento que escolhi trabalhar com as pessoas, as famílias e a comunidade, desenvolvi a compreensão dos mais variados modelos, conformações e arranjos chamados de famílias, e passei a usar as ferramentas apreendidas na minha experiência e na minha formação para alcançar os objetivos dos cuidados em saúde ao longo de quase 20 anos de profissão. Convivo com a noção plasmada em meu ofício de que a maior parte das pessoas tem uma família e um lugar para chamar de seu, e que os protegem da melhor forma possível. Assim, também os profissionais de saúde, como pessoas que são, têm o seu lar e sua unidade de família, e protegê-los parece ser uma tarefa difícil nesta pandemia, onde não há experiência e nem precedentes que os façam ter convicção de estarem tomando as medidas mais apropriadas.



Com a elevação do número de casos e de mortes por COVID-19, as lutas travadas pelos profissionais de saúde para salvar vidas, o desconhecimento diante da virulência de uma doença nova, a exposição contínua ao vírus, o isolamento dos doentes e contactantes dentro de seu próprio lar e o distanciamento social exigido dos desconhecidos e dos familiares, tornaram este momento de adoecimento global da humanidade o pior momento de sofrimento psíquico, abalo financeiro e abismo social enfrentado neste século.

Diante da preocupação com as formas de transmissão da infecção, as medidas não farmacológicas se tornaram as atitudes aparentemente mais eficazes, como formas de precaução contra o novo coronavírus, o que é aplicável especialmente no ambiente domiciliar de profissionais de saúde. Acredita-se que as medidas não farmacológicas de higiene das mãos, a limpeza de superfícies, o distanciamento físico e o uso de máscaras tornaram-se as intervenções preventivas fundamentais para conter o avanço da epidemia.

Ao vivenciar as mudanças intensas na rotina de trabalho e o medo onipresente de “fazer adoecer” os familiares mais próximos, tornou-se imperativo para cada profissional de saúde procurar todas as maneiras de autoproteção, para continuar a atender e acolher o usuário e sua família, buscando evitar que eles se contaminem ao compartilhar suas rotinas diárias domiciliares.

Tendo em vista a exposição contínua dos profissionais de saúde da atenção primária ao vírus, devido ao manejo de pacientes com diagnóstico da doença ou não, a preocupação de autocontaminação e do risco de levar a doença à família, tornou-se uma preocupação constante. Portanto, faz-se necessário conhecer e identificar as medidas de prevenção contra a COVID-19 utilizadas pelos profissionais de saúde no ambiente domiciliar, uma vez que são responsáveis pela redução da taxa de transmissão dentro e fora do domicílio, assim como permitir o planejamento de estratégias e de ações com foco nas medidas não farmacológicas de prevenção nos diversos cenários dos sistemas de saúde para a garantia da proteção individual e coletiva.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*

A detecção e disseminação de todo novo patógeno respiratório é acompanhada por incertezas sobre suas principais características epidemiológicas, clínicas e virológicas e, em particular, sobre sua capacidade de propagação na população humana e sua virulência. Este também é o caso da doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19). O incipiente conhecimento científico sobre este vírus emergente, sua alta velocidade de disseminação e capacidade de provocar mortes em populações vulneráveis são fatores que ainda geram incertezas sobre quais seriam as melhores estratégias para o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A pandemia de COVID-19 tem se configurado uma grande crise humanitária pela sua alta transmissibilidade, diferentes formas de difusão, incertezas sobre respostas imunológicas, além dos impactos sociais e econômicos para a sociedade. As pesquisas científicas têm avançado rapidamente na caracterização do vírus, infecção e casos, nas vias de transmissão e medidas de prevenção, contenção e controle da doença. Entretanto, ainda existem lacunas em relação ao perfil epidemiológico dos casos e óbitos, assim como a ausência de uma terapêutica eficaz voltada ao agente etiológico da doença (SANTOS *et al.*, 2020).

A COVID-19 foi detectada em Wuhan, na província de Hubei, China, em dezembro de 2019, após relatos de casos de uma infecção grave que cursava com pneumonia e morte. Em 29 de dezembro de 2019, foi proposto pelo *Coronavirus Study Group (CSG)*, que um subtipo de coronavírus do gênero  $\beta$ -coronavírus era o responsável pela nova infecção observada na China. Em 9 de janeiro de 2020, o *Chinese Center for Disease Control and Prevention* relatou um novo coronavírus no clado filogenético como agente causador do surto. Diante desta situação, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou o agente viral de *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)*, e a doença, como COVID-19 (KUMAR, 2020).

Os coronavírus (CoVs) pertencem à família *coronaviridae*, ordem Nidovirales, e são vírus envelopados com um genoma de RNA de fita simples e

um nucleocapsídeo de simetria helicoidal. Os CoVs são divididos em Coronavírus  $\alpha$ ,  $\beta$ ,  $\gamma$  e  $\delta$  coronavírus; os  $\alpha$  e  $\beta$  coronavírus infectam apenas mamíferos. Em humanos, os diferentes CoVs são os  $\alpha$  coronavírus e os  $\beta$ -coronavírus, que causam síndrome respiratória aguda grave (SARS, em inglês). Há sete CoVs humanos conhecidos, entre eles o  $\beta$ -coronavírus SARS-CoV (que causa a SARS), o MERS-CoV (síndrome respiratória do Oriente Médio) e o SARS-CoV-2 (vírus identificado como agente etiológico da COVID-19). Antes do surgimento do  $\beta$ -coronavírus SARS-CoV-2 na atual pandemia emergente, os coronavírus eram a segunda principal causa do resfriado comum (após rinovírus) e, até as últimas décadas, raramente causavam doenças mais graves em humanos que o resfriado comum. Como a COVID-19 é causada por um vírus recentemente identificado, em 2020, ainda não existiam terapêuticas ou vacinas disponíveis, e se presume que não existia imunidade na população.

Acredita-se que o novo coronavírus tenha sido introduzido em populações humanas a partir do reino animal, porém a propagação passou a ser impulsionada pela transmissão de pessoa a pessoa. Em semanas, houve transmissão maciça em Wuhan, e as pessoas na cadeia de transmissão propagaram a infecção a partir de viagens nacionais e internacionais, que coincidiram com o Festival da Primavera Chinês, durante o qual cerca de três bilhões de viajantes passaram pela China, com 15 milhões de viajantes em Wuhan em 2020 (HEYMANN; SHINDO, 2020; ZHAO *et al.*, 2020). Em menos de um mês, houve o crescimento no número de casos, óbitos e outros países registraram casos da doença. Assim, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que o evento constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020 (WHO, 2020a).

No Brasil, a epidemia foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) em 3 de fevereiro de 2020 (BRASIL, 2020a). A ESPIN foi declarada pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria nº188/2020. Para isso, o ministério considerou a complexidade das situações causadas pela disseminação do SARS-CoV-2 e a necessidade de ações de resposta coordenadas em todos os sistemas de vigilância e atenção à saúde. Ou seja, a medida fundamentou todas as ações urgentes de prevenção e controle de risco à saúde pública. Portanto, considerando ter sido declarada a pandemia pela

COVID-19, passaram a vigorar as obrigações do Código Sanitário Internacional, bem como as dos Códigos Sanitários Nacional, Estaduais e Municipais. A OMS determinou que se estabeleçam normas e padrões na área da saúde e passou a prestar assistência técnica aos Estados-Membros para implementação das medidas de controle sanitário.

Com a notificação de mais de 110 mil casos e 4 mil óbitos em países de todos os continentes, a OMS declarou a COVID-19 como pandemia em 11 de março de 2020 (CRODA; GARCIA, 2020). Em 18 de março de 2021, após um ano da declaração da pandemia pela COVID-19, a doença contabilizou, em todo o mundo, 120.383.919 de casos e 2.664.386 de óbitos (WHO, 2021).

No Brasil, os desafios são ainda maiores, pois pouco se sabe sobre as características de transmissão da COVID-19 em um contexto de grande desigualdade social, com populações vivendo em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso sistemático à água e em situação de aglomeração (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A COVID-19 é uma doença infecciosa aguda, de elevada transmissibilidade e gravidade clínica, transmitida de pessoa para pessoa por meio de gotículas respiratórias, assim como por contato direto ou indireto com as membranas mucosas dos olhos, boca ou nariz. É importante considerar também o papel da transmissão por aerossóis, pelo contato com superfícies e objetos contaminados, onde o vírus pode permanecer viável por até 72 horas, além da via fecal-oral de disseminação (AQUINO *et al.*, 2020).

A transmissibilidade do SARS-CoV-2 é aumentada por causa do seu elevado tempo médio de incubação, de aproximadamente 5-6 dias (variando de 0 a 24 dias), com existência comum de pessoas contaminadas e assintomáticas, ou pré-sintomáticas, e com sintomas leves (AQUINO *et al.*, 2020). Evidências apontam para a alta transmissibilidade do vírus durante a doença leve e no período assintomático, uma vez que a carga viral em pacientes assintomáticos é semelhante à dos pacientes sintomáticos, o que pode contribuir significativamente para a rápida disseminação da doença pelo mundo (CAMPBELL, 2020; HU *et al.*, 2020).

Devido a essas características, as intervenções baseadas em sintomas não são suficientes para controlar a transmissão, o que difere do caso da epidemia de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) que ocorreu em

2002-2003. Durante as epidemias de SRAG, infecções assintomáticas eram incomuns e não pareciam ser um fator importante na transmissão, o que contribuiu para o sucesso da quarentena de pacientes sintomáticos e rastreamento de contato (LEE *et al.*, 2021).

Os sintomas clínicos da COVID-19 podem variar desde uma síndrome gripal comum, caracterizada pela presença de febre, coriza, tosse seca e fadiga, até uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). Esta representa um quadro grave, que ocorre em uma parcela menor dos pacientes, que desenvolvem pneumonia, insuficiência de múltiplos órgãos, choque séptico, insuficiência cardíaca, transtornos da coagulação sanguínea, lesão hepática, convulsões, acidente vascular encefálico, encefalite e morte (SOHRABI *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; FAN *et al.*, 2020). Em geral, esta forma grave atinge pessoas com presença de comorbidades e idosos. No entanto, devido às mutações virais ocorridas ao longo do tempo, adultos jovens também estão sendo afetados pelas formas graves da doença, com alto risco de hospitalização, necessidade de ventilação mecânica e morte subsequente (GUAN *et al.*, 2020; WU; MCGOONGAN, 2020).

Descrita de modo sintético, a resposta à pandemia da COVID-19 pode ser subdividida em quatro fases: contenção, mitigação, supressão e recuperação. A primeira fase, de contenção, inicia-se antes do registro de casos em um país ou região, e envolve principalmente o rastreamento ativo dos passageiros vindos do exterior e seus comunicantes, visando ao impedimento ou adiamento da transmissão comunitária do patógeno. A segunda fase, chamada de mitigação, inicia-se quando a transmissão sustentada da infecção já se instalou no país, com o objetivo de isolar os casos positivos identificados e diminuir a contaminação de grupos mais suscetíveis à forma grave da doença. Tais medidas, denominadas de “isolamento vertical”, levam a uma redução parcial de contatos sociais, incluindo cancelamento de eventos presenciais, além de suspensão de atividades escolares, fechamento de teatros, cinemas e *shoppings*, para a redução da circulação comunitária de pessoas. É o que se convencionou chamar coloquialmente de medidas para “achatamento da curva” da epidemia (WERNECK; CARVALHO, 2020).

A fase de supressão apresenta medidas mais radicais de distanciamento social de toda a população, quando as medidas de mitigação são consideradas

ineficazes, por implementação inadequada e redução insuficiente na transmissão para impedir o colapso no sistema de atenção à saúde. Na fase de supressão são implantadas medidas mais radicais de distanciamento social de toda a população (isolamento dito “horizontal”), com objetivo de postergar a explosão do número de casos por tempo suficiente para não colapsar a rede de assistência à saúde, para que procedimentos de testagem pudessem ser concretizados e as vacinas passassem a ser disponibilizadas e aplicadas em âmbito populacional.

A fase de recuperação, por sua vez, consiste na observação persistente da involução da epidemia, com número de casos considerado apenas residual, e quando se dá a reorganização da sociedade para alcançar a recuperação socioeconômica do país, com a necessária intervenção do Estado (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Em todas essas fases, o diagnóstico precoce é crucial para controlar a propagação de COVID-19. Os testes utilizados para a detecção podem ser agrupados em diferentes tipos (testes de ácido nucléico, sorológicos, antígenos e auxiliares), com desempenho e papéis distintos para aplicação em hospitais, pontos de atendimentos e testagem em massa da população (WEISSLEDER *et al.*, 2020).

A detecção molecular do ácido nucléico SARS-CoV-2, mediante teste RT-PCR (Reação em Cadeia da Polimerase de Transcrição Reversa), é o padrão-ouro para diagnóstico da COVID-19 (HU *et al.*, 2020). O RNA viral é detectável em amostras de esfregaço nasofaríngeo e orofaríngeo, bem como em secreções respiratórias durante a fase aguda da infecção (CHAU *et al.*, 2020).

Os testes sorológicos que detectam anticorpos podem ser utilizados como complementar ao diagnóstico molecular, particularmente nas fases tardias após o início da doença; no entanto, eles são menos complexos que os testes moleculares (ASSELAH *et al.* 2020). Como a extensão e a duração das respostas imunológicas ainda não são claras e as respostas orgânica dos anticorpos levam dias a semanas para serem detectadas laboratorialmente com precisão, sua utilidade para infecção aguda torna-se limitada. Apesar de serem testes mais baratos, de fácil utilização e com tempo de resposta rápida,

o resultado deste tipo de teste exige uma avaliação cuidadosa antes da sua aplicação (GUO *et al.*, 2020; LONG *et al.*, 2020).

Até o momento, não existem tratamentos específicos e eficazes para a COVID-19, embora ensaios clínicos sobre tratamentos tenham mostrado alguns benefícios em certas subpopulações de pacientes ou para desfechos específicos (LIU *et al.*, 2020). Tais ensaios clínicos ainda estão sendo conduzidos em larga escala para avaliar várias terapias propostas para a COVID-19. Medicamentos que interferem na inibição da entrada e replicação do vírus e terapias com agentes imunomoduladores podem ser considerados tratamentos potenciais para a doença. A cloroquina e a hidroxicloroquina foram drogas potencialmente consideradas como terapêutica medicamentosa, porém, atualmente, nenhum consenso científico foi alcançado sobre sua eficácia no tratamento da infecção (WANG *et al.*, 2020; YAO *et al.*, 2020). A falta de evidências científicas quanto à existência de tratamento eficaz, e mesmo com o surgimento de vacinas consideradas eficazes contra o vírus, o acesso e a disponibilidade desses insumos ainda não eram suficientes por muito tempo no âmbito populacional de países em desenvolvimento (LIU *et al.*, 2020).

Neste contexto, as medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção são as principais estratégias de saúde pública para conter o avanço da doença, diminuir a transmissibilidade e, conseqüentemente, diminuir e/ou postergar a ocorrência de picos na curva epidêmica (GARCIA; DUARTE, 2020). Ao utilizá-las, é possível reduzir a demanda por cuidados de saúde e mitigar as conseqüências da doença sobre a saúde das populações, incluindo a minimização da morbidade e da mortalidade associadas.

No Brasil, inicialmente adotaram-se medidas de vigilância sanitária para detectar, notificar e responder rapidamente aos possíveis casos da doença, além de preparar o sistema público de saúde para o tratamento de casos suspeitos e confirmados. Tais medidas consistiram em vigilância em portos, aeroportos e fronteiras, evitando-se, a princípio, medidas restritivas consideradas desproporcionais à situação epidemiológica do país (BARON *et al.*, 2020).

Duas semanas após o anúncio do primeiro caso, foi confirmada a transmissão comunitária da COVID-19 nas cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. Assim, medidas mitigatórias foram recomendadas pelo Ministério da

Saúde (BRASIL, 2020b): uso de etiqueta respiratória, isolamento domiciliar para casos sintomáticos ou confirmados, isolamento voluntário para pessoas que viajaram recentemente para o exterior e cancelamento ou adiamento de grandes eventos. Os estados brasileiros e o Distrito Federal têm autonomia para adotar medidas de contingência e, assim, alguns estados anunciaram intervenções específicas de mitigação, que incluem fechamento de escolas, suspensão de eventos presenciais, fechamento de lojas, centros de lazer e esportes, assim como de medidas específicas de segurança para operação de bares, restaurantes e praças de alimentação, com manutenção apenas dos serviços considerados essenciais (BARON *et al.*, 2020).

#### **4.2 Medidas Não Farmacológicas de Prevenção Contra a COVID-19**

Enquanto o mundo luta contra a pandemia de COVID-19, é fundamental que todos reconheçam, percebam e participem efetivamente, de forma responsável, das medidas de prevenção recomendadas pela OMS, a fim de conter a propagação do vírus SARS-CoV-2.

A busca de medidas de saúde pública que reduzam o ritmo de expansão da COVID-19 levou os órgãos competentes em cada país, estado e município a aprimorarem e reutilizarem ações de contenção aplicadas em epidemias anteriores. O termo contenção não é novo na vigilância epidemiológica de doenças transmissíveis, e diz respeito a medidas não farmacológicas historicamente consagradas para o controle de epidemias, em especial quando ainda não existem vacinas e medicamentos disponíveis. Destacam-se o isolamento, a quarentena, o distanciamento social e as medidas de contenção comunitárias (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

Os pesquisadores recomendaram que as medidas não farmacológicas baseadas no distanciamento espacial têm um forte potencial para reduzir a magnitude do pico epidêmico de COVID-19, reduzindo o número de casos e as demandas no sistema de saúde. A adesão aos protocolos de orientação é essencial, mas é fortemente influenciada pelo nível de compreensão das estratégias de mitigação do vírus. Em geral, os três pilares em torno dos quais as estratégias de contenção têm sido formuladas para mitigar qualquer pandemia, incluindo a COVID-19, são medidas para controlar as fontes de infecção, medidas para interromper rotas de transmissão e medidas para



proteger a população suscetível (SAHU; KUMAR, 2020). Além disso, proteção, identificação, diagnóstico e isolamento precoce são cruciais para combater a transmissão da COVID-19.

O isolamento é a separação das pessoas doentes daquelas não infectadas, com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença. Para ser efetivo, o isolamento dos doentes requer que a detecção dos casos seja precoce, e que a transmissibilidade viral daquelas pessoas assintomáticas seja baixa. No caso da COVID-19, em que existe um maior período de incubação, se comparado a outras viroses, a alta transmissibilidade da doença por assintomáticos torna o isolamento de casos como única ou principal medida de prevenção (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

De fato, há evidências de que indivíduos assintomáticos com SARS-CoV-2 têm carga viral semelhante à dos pacientes sintomáticos, o que é corroborado por evidências de transmissão por pessoas assintomáticas e com sintomas leves. Nas epidemias de SARS, como as de 2002-2003, as infecções assintomáticas eram incomuns e não pareciam ser um fator importante na transmissão do vírus, o que contribuiu para o sucesso da quarentena de pacientes sintomáticos e rastreamento de contato. Nesta atual pandemia, as intervenções baseadas em sintomas por si só não são suficientes para controlar a transmissão e, portanto, é importante encontrar combinações adequadas de diferentes medidas não farmacológicas (MNF) que possam controlar a propagação do SARS-CoV-2 (LEE *et al.*, 2021)

As MNF de prevenção são estratégias utilizadas para diminuir a propagação do vírus na população. O distanciamento social, a higiene das mãos e o uso de máscaras ou outros Equipamentos de Proteção Individual (EPI) são medidas preventivas simples e que podem ajudar na mitigação da doença (ODUSANYA *et al.*, 2020).

Em uma revisão sistemática de 172 estudos observacionais em ambientes assistenciais e não assistenciais em 16 países e seis continentes, Chu *et al.* (2020) incluíram pesquisas com COVID-19 e outras infecções emergentes como a SARS e a MERS, mostrando evidências disponíveis sobre o uso ideal de três intervenções não farmacológicas para ajudar a reduzir a taxa de infecção, incluindo mitigação de pandemia em ambientes não relacionados à saúde. O distanciamento físico de um metro ou mais foi

associado a um risco muito menor de infecção, assim como o uso de máscaras faciais (incluindo respiradores N95 ou similares e máscaras cirúrgicas ou similares [por exemplo, máscaras de algodão]) e proteção para os olhos (por exemplo, óculos de proteção ou protetores faciais). Benefícios adicionais podem estar presentes com o uso de respiradores N95, ou semelhantes, em comparação com máscaras cirúrgicas ou semelhantes. Em 24 estudos em configurações de cuidados de saúde e fora de ambientes de trabalho em saúde, a maioria das partes interessadas considerou essas estratégias de proteção pessoal aceitáveis, viáveis e tranquilizadoras, mas notou danos e desafios contextuais, incluindo desconforto frequente e lesões da pele facial, alto uso de recursos vinculados ao potencial para diminuir a equidade, maior dificuldade de comunicação clara e redução da empatia percebida dos prestadores de cuidados por aqueles de quem cuidam. Benefícios adicionais são prováveis com distâncias físicas ainda maiores (por exemplo, 2 metros ou mais) e com uso de máscaras N95, ou semelhantes, em comparação com máscaras médicas ou semelhantes (CHOU et al., 2020).

A quarentena é a restrição do movimento de pessoas que se presume terem sido expostas a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, ou porque não foram infectadas, ou porque ainda estão no período de incubação, ou mesmo porque, na COVID-19, permanecerão assintomáticas e, assim, geralmente não serão identificadas como fontes de contágio. Essa medida restritiva, que pode ser voluntária ou obrigatória, pode ser aplicada no âmbito individual ou de grupo, mantendo as pessoas que foram sabidamente expostas ao vírus nos próprios domicílios, em instituições ou outros locais especialmente designados. Durante a quarentena, todos os indivíduos devem ser monitorados quanto à ocorrência de quaisquer sintomas. Se tais sintomas aparecerem, as pessoas devem ser imediatamente isoladas e tratadas. A quarentena é mais bem-sucedida em situações nas quais a detecção de casos é rápida e os contatos podem ser identificados e rastreados em um curto espaço de tempo (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020). Na opção por MNF de contenção da pandemia, as pessoas ou grupos que entravam em quarentena, tiveram a atenção à saúde ofertada por mecanismos de telemedicina e uso de redes sociais eletrônicas para garantir o monitoramento dos casos.

A OMS recomenda que todos os contatos de casos confirmados ou prováveis de COVID-19 cumpram quarentena em um local designado ou em domicílio, por 14 dias a partir da última exposição (WHO, 2020b). No Brasil não foi diferente, onde equipes de saúde da atenção básica se somaram ao contingente da linha de frente nos setores de urgência e emergência, prestando atendimento, orientações e direcionamento das pessoas com potencial risco para os serviços de atendimento presencial nas unidades básicas de saúde (UBS) ou nos centros de atendimento específico para COVID-19, ou ainda encaminhando para os hospitais nos casos mais graves.

O distanciamento social envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, o que pode incluir pessoas infectadas ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade física para possibilitar o contágio, o distanciamento social permite reduzir a transmissão. Exemplos de medidas anteriormente mencionadas têm sido adotadas com essa finalidade, e incluem o fechamento de escolas e locais de trabalho, a suspensão de alguns tipos de comércio e o cancelamento de eventos para evitar aglomeração de pessoas. A implementação destas medidas de distanciamento espacial é particularmente útil em contextos com transmissão comunitária, em que as restrições impostas exclusivamente aos casos conhecidos, ou aos mais vulneráveis, são consideradas insuficientes para impedir novas transmissões.

O caso extremo de distanciamento social é a contenção comunitária ou bloqueio (em inglês, *lockdown*), que se refere a uma intervenção rigorosa aplicada a toda uma comunidade, cidade ou região, mediante proibição de que as pessoas saiam dos seus domicílios – exceto para a aquisição de suprimentos básicos ou a ida a serviços de urgência –, com o objetivo de reduzir de maneira drástica o contato social (WILDER-SMITH; FREEDMAN, 2020).

A elevada infectividade do SARS-CoV-2, associada a ausência de imunidade prévia na população humana, bem como o impacto das mutações virais detectadas até o momento, faz com que o crescimento do número de casos seja exponencial. Nesse contexto, são indicadas as medidas não farmacológicas (MNF), visando inibir a transmissão viral entre humanos,

desacelerar o espalhamento da doença e, conseqüentemente, diminuir e postergar o pico de ocorrência na curva epidêmica.

No Brasil, desde o início da pandemia, as MNF de prevenção adotadas incluem o isolamento dos sintomáticos, a quarentena domiciliar dos contatos de casos confirmados, o distanciamento social, o uso de máscaras faciais, a implementação da etiqueta respiratória, a higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel a 70%, o fechamento de escolas, a realização de testes diagnósticos e o rastreamento de contatos. Equilibrar as combinações de intervenções é um desafio para os formuladores de políticas públicas, pois eles tentam minimizar as interrupções sociais e manter a segurança da população, mas no caso da COVID-19, especificamente, é importante estudar qual combinação de MNF deve ser recomendada e quando, onde e em que grau as intervenções são necessárias para controlar a crise sanitária vigente.

Desde o final de fevereiro de 2020, após a conformação do primeiro caso de COVID-19 no Brasil, os governos subnacionais (estaduais e municipais) assumiram grande parte da tarefa de formular e implementar políticas de resposta à epidemia. Tais medidas, MNF, foram implementadas sob limitações de recursos e escassez de informações precisas (PETHERICK; KIRA, 2020). Embora tenha sido recomendação da OMS, atendida em grande número de nações para o combate à atual pandemia, o distanciamento social tem sido um dos grandes desafios no Brasil, segundo publicação do Senado Federal (2021). Ainda conforme a “Agência Senado”, a autonomia dos estados e municípios na escolha de medidas para o combate da pandemia atual foi assegurada pelo Supremo Tribunal federal, atendendo ao princípio tripartite do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual o governo federal exerce o papel de coordenador, enquanto as demais esferas governamentais atuam em atendimento às necessidades regionais e locais.

No momento, existe uma medida farmacológica específica disponível para conter a transmissão horizontal da SARS-CoV-2: a imunização populacional. O Ministério da Saúde (MS) passou a realizar a campanha nacional de vacinação contra a COVID-19, de forma gradual, iniciando o processo no final de janeiro de 2021, com vacinação de trabalhadores da saúde, pessoas idosas residentes em instituições de longa permanência, pessoas maiores de 18 anos com deficiência e institucionalizadas, assim como

indígenas vivendo em terras indígenas em conformidade com os cenários de disponibilidade da vacina (BRASIL, 2021c).

Portanto, a resposta de saúde pública mais eficaz para o surto em curso é implementar medidas não farmacológicas (MNF), além da identificação e isolamento precoce de casos, rastreamento de contato vigilante de casos secundários em potencial, restrições e proibições de viagens, reduções de contato rigorosas, distanciamento social, melhoria da higiene e lavagem regular das mãos (UDDIN *et al.*, 2020).

### **4.3 A Atenção Primária de Saúde no Enfrentamento à Pandemia de COVID-19**

O debate conceitual e reflexão sobre a atenção primária, ou atenção básica, à saúde, permanece atual, dada a incorporação da cobertura universal de saúde na Agenda 2030 como meta de um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (meta 3.8 do ODS 3 “Saúde e Bem-estar”), sendo a atenção primária preconizada como estratégia para a cobertura universal (GIOVANELLA, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como atributos essenciais a atenção no primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, como atributos derivados, a orientação familiar e comunitária, assim como a competência cultural (STARFIELD, 2002).

Como destacam Sarti *et al.* (2020), o lugar da APS no enfrentamento a esta pandemia é central, uma vez que os estudos indicam que cerca de 80% dos casos são leves e grande parte dos usuários com casos clínicos moderados procuram a rede básica de saúde como primeiro acesso na busca de cuidados. Os referidos autores destacam que “a alma da atenção primária” baseia-se no conhecimento do território, no acesso, no vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, na integralidade da assistência, no monitoramento das famílias vulneráveis e no acompanhamento aos casos suspeitos e leves, que constituem, portanto, estratégias fundamentais, tanto para a contenção da pandemia, quanto para conter o agravamento clínico das pessoas com a COVID-19.

À APS cabe também abordar problemas oriundos do isolamento social prolongado e da precarização da vida social e econômica, como transtornos

mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, que exigem cuidados integrados longitudinais. Ainda recorrendo aos mesmos autores, “a crise não se resume a uma questão sanitária, mas possui relação estreita com os campos político, social e econômico, que exigem um conjunto de medidas que vão além da imediata contenção da cadeia de transmissão do vírus” (SARTI *et al.*, p. 2).

A pandemia da COVID-19 instituiu mudanças no *status quo* de vários aspectos da vida da população. Houve ruptura na rotina da vida diária das pessoas, nas relações familiares, nos setores produtivo e econômico, nos sistemas de assistência à saúde, na maneira de executar o cuidado em saúde e, principalmente, nas relações interpessoais afetando diretamente o perfil psicossocioafetivo das pessoas no mundo inteiro.

A APS continua sendo a pedra angular da resposta à pandemia, por favorecer o acesso e a acessibilidade do usuário ao SUS. A APS tem se mostrado altamente adaptável às demandas específicas da pandemia, articulada com o Sistema de Vigilância em Saúde e com os níveis secundário e terciário do SUS, preparada para alimentar fluxos de informações, organizada com capilaridade suficiente para alcançar o usuário em seu domicílio, sendo capaz de executar com maestria o maior programa de imunização do mundo, o Programa Nacional de Imunização (PNI).

A APS é o primeiro ponto de contato dos usuários, famílias e comunidades com o sistema de saúde nacional, mas foi mal-informada pelos formuladores de políticas sobre como cumprir seu papel e mal equipada para fornecer cuidados de proteção da própria equipe de saúde e dos usuários do sistema contra a propagação da infecção (RAWAF *et al.*, 2020). Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o território nacional, o cuidado em saúde acontece por meio do trabalho das Equipes Básicas da Estratégia Saúde da Família (ESF), baseadas na multiprofissionalidade, na formação de vínculo, na longitudinalidade (continuidade dos cuidados), na adscrição da clientela, na atuação dos fatores determinantes do processo de saúde-doença, na pluralidade cultural e adscrição territorial, sem, no entanto, excluir a universalidade do acesso.

Em muitos países, a criatividade e as iniciativas de profissionais de saúde locais levaram à introdução ou extensão do uso de telefone, e-mail e

consultoria virtual, introduzindo também a triagem *on-line* dos casos suspeitos de COVID-19. Havia, entretanto, preocupações substanciais com a possível ocorrência de danos à saúde da população devido ao abandono ou adiamento dos cuidados presenciais de rotina (RAWAF *et al.*, 2020). As práticas de cuidado foram redefinidas, a assistência preventiva e longitudinal das doenças crônicas ficou temporariamente suspensa, a circulação pelo território ficou restrita e foram instituídos o distanciamento social, o isolamento domiciliar e a quarentena como medidas não farmacológicas para conter o avanço da infecção pela COVID-19.

O manejo da crise sanitária ocasionada pelo novo coronavírus no contexto da APS aconteceu de forma ininterrupta, aparelhado sob uma nova modalidade da continuidade do cuidado, mediado pelo uso da comunicação remota. Considerando a integralidade da assistência, a educação permanente e o encaminhamento/contrarreferência como estratégicos na implantação da gestão da COVID-19, para assegurar um atendimento qualificado. Nesse sentido, os profissionais da APS ajudam a retardar a disseminação da COVID-19. Ao identificar um caso positivo, a equipe de saúde busca reforçar o isolamento individual na família para conter a disseminação, direcionar a rede de apoio familiar, ou circunvizinha, para facilitar o acesso a suprimentos como alimentos e medicamentos. Na APS, os usuários e suas famílias recebem orientação sobre a limpeza do domicílio, assim como a limitação temporária da convivência com os moradores que sejam profissionais de saúde, sobretudo os familiares que tenham comorbidades, os idosos e os menores de 12 anos. Os usuários da APS recebem a orientação e responsabilização pelo uso adequado de máscaras e higienização das mãos, assim como sobre a qualidade da dieta, hidratação e medidas gerais para melhoria do estado geral de imunidade. Atestados médicos apropriados são fornecidos aos trabalhadores remunerados que apresentem suspeita e/ou diagnóstico de COVID-19, assim como seu acompanhamento.

A pandemia também alterou de forma inesperada a rotina das UBS, principais serviços da APS, onde o cenário de incerteza acometeu todo o fluxo de cuidados existente, enquanto os profissionais foram atingidos de forma incisiva, pois a acessibilidade e vinculação características destes serviços sobrecarregaram as unidades de saúde pela população, que se encontrava

ansiosa por informações sobre a pandemia e por atendimento de suas necessidades pré-existentes à COVID-19. Componentes psicossociais marcantes, como a ansiedade generalizada e a falta de condições de trabalho, assim como e o medo do contágio, mudaram radicalmente o *modus operandi* assistencial das UBS. Assim, as unidades de saúde precisaram sofrer certa descaracterização e adaptação do modelo vigente de cuidado em saúde, devido às restrições de circulação de pessoas, ao maior risco de contaminação e à mudança das necessidades do acesso para priorizar o atendimento às demandas da crise sanitária.

Outra mudança acrescentada foi a utilização de EPI como rotina obrigatória para os profissionais em todos os tipos de atendimentos dentro das unidades de saúde. A demanda acarretada pela obrigatoriedade do uso dos EPI não foi acompanhada da oferta necessária e, sendo assim, mais um motivo complicador foi inserido no contexto da pandemia nas UBS. Além da pequena disponibilidade dos equipamentos, a sua qualidade, muitas vezes questionada, e o seu uso correto, além do subsequente descarte adequado tornaram as rotinas de trabalho na APS ainda mais estressantes no dia-a-dia durante a maior parte dos meses do ano de 2020.

A escassez de EPI adequados nos meses iniciais da crise se somou à falta de equipamentos complementares para monitorização dos pacientes, como oxímetros, termômetros e medicamentos básicos, dificultando a qualidade do cuidado prestado e diminuindo o poder de resolutividade neste nível assistencial de baixa densidade tecnológica, porém de alta complexidade em termos de tecnologias leves. Com estas novas características na vigência da pandemia, as UBS seguiram seu atendimento diário à população, seja por necessidades sensíveis à interferência da atenção básica, seja por necessidades da crise sanitária da COVID-19. Desta forma, continuaram a ser atendidos pacientes assintomáticos, pouco sintomáticos e também aqueles muito sintomáticos com quadro compatível com COVID-19 que procuravam assistência na APS.

Em Campina Grande, maior cidade do interior do estado da Paraíba, com população estimada de 411.807 mil habitantes (IBGE, 2020), o cenário da pandemia não foi diferente do cenário descrito. Em 27 de março de 2020, o primeiro caso de um munícipe que apresentou teste positivo foi registrado, fato



que foi seguido pela disseminação por todo o território do município campinense.

O sistema de saúde ofertado na APS do município de Campina Grande existe mediante vários programas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com seis unidades funcionando com o “Saúde na Hora” e duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA). A APS em Campina Grande está organizada por sete distritos sanitários, com 81 UBS, nas quais trabalham 110 equipes de saúde, além dos seis Centros de Saúde e duas policlínicas, perfazendo uma força de trabalho que totalizava 4.859 profissionais de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2020c).

Novos fluxos assistenciais foram definidos para as UBS da cidade. A primeira mudança aconteceu na equipe técnica assistencial, por meio do Decreto Municipal 4463, de 16/03/2020, que orientou ajustes dos profissionais de saúde, baseados nas condições prévias individuais de maior risco de adoecimento grave. Desta forma, foram orientados a se afastarem as gestantes, os maiores de 60 anos, os portadores de doença respiratória crônica, assim como os que apresentavam doenças crônicas não transmissíveis. Portanto, houve redução do contingente de profissionais em diversas equipes, o que acarretou mudanças nos serviços prestados, aumento da sobrecarga profissional, com elevação da carga horária de trabalho para atender às demandas dos serviços.

A assistência à saúde durante a pandemia também sofre impacto das recorrentes notícias falsas (ou *fake news*) e informações sem comprovação científica. A pesquisa nacional “Os médicos e a pandemia de COVID-19, promovida pela Associação Médica Brasileira (AMB, 2021), com participação de 3.882 profissionais de medicina de todas as regiões do país, em janeiro de 2021, mostrou que 91,6% dos pesquisados mencionam interferência negativa das notícias falsas e a dificuldade de os pacientes aceitarem as decisões dos profissionais de saúde, assim como a preterição de medidas de isolamento e a pressão para que sejam prescritos medicamentos sem eficácia comprovada cientificamente.

#### **4.4 Situação dos Profissionais de Saúde na Linha de Frente da Pandemia**

O enfrentamento à atual pandemia da COVID-19 no Brasil tem contado com o trabalho do SUS e de seus trabalhadores, sobretudo dos profissionais que atuam na assistência direta à população na APS, nos hospitais e ambulatorios, representando um serviço de alto valor social (MACHADO, 2020). Na atual crise sanitária mundial imposta pelo SARS-CoV-2, o profissional da saúde possui, por princípio, uma missão especial que é instigado a reafirmar. Como acrescenta Machado (2020), os profissionais de saúde são um bem público, ou patrimônios no âmbito da saúde.

O principal problema que está afetando os profissionais de saúde envolvidos diretamente no enfrentamento da pandemia de COVID-19 é o risco de contaminação que tem gerado afastamento do trabalho, doença e morte, além de intenso sofrimento psíquico, que se expressa em transtornos de ansiedade generalizada, distúrbios do sono, medo de adoecer e de contaminar seus familiares (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Ainda que sejam submetidos a processos variados de capacitação condizente com a situação epidemiológica vigente, não é infrequente que os enfermeiros e os médicos descuidem da atenção à própria exposição durante o trabalho, sobretudo em momentos de estresse e exaustão, após longas jornadas de trabalho, o que pode aumentar o seu risco de contaminação.

A transmissão comunitária do SARS-CoV-2 é prevenida por medidas de saúde pública, enquanto a infecção pelo paciente ou contato do profissional de saúde é principalmente abordada por medidas de prevenção e controle de infecção baseadas nos serviços de saúde. No entanto, as fontes de infecção podem não ser claras, como mencionado anteriormente, mas será repetido para dar destaque a essa condição de medo e incerteza, com efeitos negativos na força de trabalho dos profissionais. Por outro lado, muitos profissionais de saúde contraem o SARS-CoV-2 por meio de interações com membros da família infectados ou outros contatos próximos, ou da comunidade em áreas com transmissão ativa e não mitigada (WÖLFEL *et al.*, 2020).

A Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA) declarou assertivamente o importante papel dos médicos de família, e da APS como um todo, na resposta à emergência de saúde diante da pandemia de COVID-19. Os médicos de família e comunidade estão na linha da frente dos cuidados

médicos - tanto na fase aguda como também no tratamento posterior das sequelas da doença (WONCA, 2020).

Trabalhar como profissional de saúde tratando doentes sempre teve riscos inerentes à função, e não apenas na atual era do novo coronavírus. Os agentes etiológicos da hepatite, tuberculose, infecções nosocomiais multirresistentes e da síndrome da imunodeficiência adquirida são apenas alguns dos agentes das inúmeras doenças infecciosas que podem ser citadas e às quais o profissional da saúde está exposto no seu trabalho. Como trabalhadores de serviços de saúde, eles estão cientes dos riscos inerentes à sua ocupação, e agora mais que nunca. Em outras epidemias anteriores de doenças altamente infecciosas, como a Doença pelo Vírus Ebola (EVD) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), esses profissionais correram um risco maior de infecção do que a população geral, devido ao contato próximo com pacientes infectados e doentes.

Houve reconhecimento pelo Superior Tribunal Federal (STF) de que a contaminação pelo novo Coronavírus em ambiente de trabalho configura doença ocupacional. Segundo a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ, 2020), no guia sobre trabalhadores que contraíram o novo coronavírus em decorrência de suas atividades laborais, é importante considerar a organização do trabalho (jornada, ritmo, distribuição de tarefas) e fatores psicossociais do trabalho (características da gestão; apoio ao trabalhador frente à pandemia; dificuldades enfrentadas no trabalho) e seu impacto na vida pessoal e familiar. A sistematização das informações obtidas a partir dessas diversas fontes (trabalhadores, familiares, investigação clínica epidemiológica da doença, inspeção nos locais de trabalho) deve ser suficiente para se estabelecer, ou não, o diagnóstico da relação entre COVID-19 e trabalho na maior parte dos casos.

A incidência de COVID-19 varia em todo o Brasil e o risco não é uniforme. Portanto, os elementos das orientações atualizadas destinam-se à interpretação e aplicação, dependendo da avaliação local do risco. De acordo com o que se sabe até o momento, o novo coronavírus pode ser enquadrado como agente biológico classe de risco 3 na Classificação de Risco dos Agentes Biológicos, ou seja, um agente de alto risco individual e de moderado risco para a comunidade. Esse agente representa risco se disseminado na comunidade e

no meio ambiente, podendo se propagar de pessoa a pessoa. Esta classificação tem como critérios a virulência, o modo de transmissão, a estabilidade do agente, a origem do material potencialmente infeccioso, a disponibilidade de medidas profiláticas eficazes, a disponibilidade de tratamento eficaz, a dose infectante e os fatores referentes ao trabalhador (BRASIL, 2017). Cabe ressaltar que os países possuem classificações diferentes, em virtude de fatores regionais específicos que irão influenciar na sobrevivência do agente biológico e na sua endemicidade.

Assim, na classificação de risco 3, o SARS-CoV-2 constitui um agente biológico com capacidade de transmissão por via respiratória e que causa doenças humanas ou animais potencialmente letais, e para as quais existem usualmente medidas de tratamento e/ou de prevenção, representando um risco maior se disseminados na comunidade e no meio ambiente, com propagação de pessoa a pessoa. Os profissionais de saúde podem adquirir o SARS-CoV-2 no trabalho por meio do contato direto ou indireto com pacientes infectados ou outros profissionais de saúde, ou como resultado de uma transmissão contínua na comunidade.

As precauções de contato por meio de equipamento de proteção individual (EPI) podem reduzir o risco de contaminação dos profissionais. Contudo, no trabalho de rotina destes profissionais, pode haver desafios para determinar se pacientes e indivíduos atendem à definição de caso de COVID-19. Em algumas situações, como nos procedimentos de geração de aerossóis e na proximidade de pessoas no contexto clínico, há grande risco de transmissão. Existem algumas características específicas da pandemia COVID-19 que aumentam o potencial de impacto na saúde física e mental dos diferentes profissionais envolvidos diretamente no combate às consequências da infecção pelo SARS-CoV-19 (KOCK, 2021).

No banco de dados de vigilância da OMS, o termo profissional de saúde inclui médicos, enfermeiros, profissionais de saúde associados (equipe de radiografia, laboratório, fisioterapeutas etc.) e pessoal administrativo e de apoio, como funcionários de limpeza e lavanderia, equipes de admissão/recepção, transporte de pacientes e refeitório (OPAS, 2020). Contudo, diferenças as especificidades das condições de trabalho das diversas categorias profissionais, especialmente a hierarquização, marcam as relações

técnicas e sociais entre esses profissionais (TEIXEIRA *et al.*, 2020), que não estão apenas expostos ao risco de infecção, mas também a outros problemas, como a já mencionada longa jornada de trabalho, assim como ao estresse emocional, fadiga, síndrome do esgotamento físico e mental ligado ao trabalho (síndrome de *burnout*), estigma social e violência psicológica (OPAS, 2020). Tais condições geradas pelo risco biológico, de saúde e psicossocial destacam a preocupação com a força de trabalho, que é vital para a capacidade de um país gerenciar os casos de COVID-19 de maneira eficaz. Os novos arranjos de trabalho, engendrados também em lições aprendidas com a epidemia anterior pelo SARS-CoV, vírus identificado em 2003 e que afetou 26 países, aparentemente de comportamento semelhante ao do SARS-CoV-2 (SIM, 2020).

A rápida disseminação mundial da infecção pelo SARS-CoV-2 e a gravidade de casos de COVID-19, que cursam com sepse e insuficiência respiratória, justificam o esforço global para identificar estratégias preventivas eficazes e gerenciamento ideal dos serviços, incluindo a proteção dos próprios profissionais de saúde que estão na assistência. Embora tenha havido notificação de casos e mortes em todo o mundo, com números ainda a serem definidos de forma mais precisa, o que é menos conhecido ainda é a contribuição para as estatísticas de morte de diferentes fatores de exposição no local de trabalho (SIFUENTES-RODRÍGUEZ; PALACIOS-REYES, 2020).

Os profissionais de saúde têm sido significativamente atingidos pela COVID-19 no Brasil. Em outros países, onde a pandemia atual chegou mais cedo, os profissionais de saúde sofreram uma parcela importante de contaminação e apresentaram testes positivos para a doença (WHO, 2020). O número de profissionais de saúde positivos na Itália, o epicentro da epidemia na Europa no início de 2020, foi de 10.627, com 34 óbitos até o dia 13/04/2020 (HERRON *et al.*, 2020; SIM *et al.*, 2020). No Brasil, a prevalência de COVID-19 entre médicos tem sido significativamente superior à da população geral: 23,4% dos médicos brasileiros tiveram diagnóstico da doença, em comparação com 4,3% da população brasileira em janeiro de 2021, conforme pesquisa da Associação Médica Brasileira (AMB, 2021). A distribuição das mortes causadas pela COVID-19 por tipo de ocupação revelou que dentre as declarações de óbitos que registraram essa informação, médicos representaram 2% do total de

mortes por COVID-19 em 2020, conforme dados sistematizados pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (MonitoraCovid-19) (FIOCRUZ, 2020).

Fatores organizacionais, como um clima de segurança positivo, estão associados ao aumento da adesão dos profissionais de saúde a precauções universais contra a transmissibilidade de infecções em serviços de saúde (MOORE *et al.*, 2005). Neste âmbito, o treinamento apropriado dos profissionais de saúde pode ser eficaz na mudança do comportamento dos profissionais de saúde, se o acompanhamento apropriado for aplicado. Portanto, adaptações nos fatores organizacionais e individuais podem explicar muitas das variações no comportamento de autoproteção nos serviços de saúde.

A falha na implementação das precauções de barreira apropriadas é responsável pela maioria das transmissões hospitalares. No entanto, a possibilidade de uma gradação de partículas infecciosas geradas por procedimentos de aerossol sugere que as medidas tradicionais de prevenção da transmissão de gotículas podem ser inadequadas em alguns ambientes. Pesquisas mais amplas são necessárias nesta área. Muitas perguntas e preocupações adicionais permanecem, especialmente em locais de alto risco e ambientes clínicos (ADAMS; WALLS, 2020).

Muitos profissionais de saúde têm condições que aumentam o risco de infecção grave ou morte se forem infectados pela COVID-19, portanto, as organizações dos serviços precisaram decidir se esses trabalhadores, incluindo médicos, devem ser reimplantados longe dos locais de maior risco. Não é possível eliminar completamente o risco, mas ajustes prudentes podem reduzi-lo. Novas modalidades de trabalho, que exigem conhecimentos de médicos e enfermeiros, incluindo serviços de telemedicina, linhas de aconselhamento ao paciente e sistemas de triagem por telefone, têm sido realizadas.

Segundo a Agência Senado (BRASIL, 2020), houve mortes de médicos e enfermeiros no Brasil pela COVID-19. Diante dos riscos, houve propostas para aumentar a segurança desses profissionais. O Projeto de Lei (PL) 1.195/2020 estabelece que, na vigência do estado de calamidade pública, os gestores locais de saúde adotarão medidas para garantir acomodação, como hospedagem em alojamentos alternativos ou hotéis com condições sanitárias

adequadas, para descanso dos trabalhadores da saúde que não possam retornar às suas residências, em virtude do risco de transmissão para familiares de maior vulnerabilidade. O referido PL estabelece que os órgãos e entidades do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como as entidades privadas prestadoras de serviços, adotem, em caráter prioritário, medidas para assegurar a aquisição e a distribuição de EPI enquanto durar o estado de calamidade pública (BRASIL, 2020).

Os direitos dos trabalhadores da saúde incluem que empregadores e gestores nas unidades de saúde assumam a responsabilidade de garantir que recebam informações, instruções e treinamento sobre segurança ocupacional, incluindo o treinamento de reciclagem em prevenção e controle de infecção, assim como o uso, colocação e descarte de EPI, além de fornecimento de suprimentos adequados (máscaras, luvas, óculos, aventais, desinfetante para as mãos, sabão e água) em quantidade suficiente para a assistência, de modo que os trabalhadores não incorram em despesas com segurança e saúde no trabalho. Os serviços de saúde deverão proporcionar também um ambiente sem culpabilidades para os trabalhadores relatarem incidentes, tais como exposições inadvertidas a fluidos do sistema respiratório, bem como aconselhamento aos trabalhadores na autoavaliação, relato de sintomas e para ficar em casa quando estiver doente, mantendo horas de trabalho adequadas com intervalos (WHO, 2020c).

A OMS também estabelece que o profissional não é obrigado a retornar a uma situação de trabalho em que haja perigo contínuo ou sério à vida ou à saúde, até que o empregador tome as medidas corretivas necessárias, permitindo que os trabalhadores exerçam o direito de se retirar de uma situação de trabalho que acreditar que represente perigo para sua vida ou saúde, sendo, neste caso, protegidos de quaisquer consequências indevidas (WHO, 2020). Ainda de acordo com a OMS, os serviços de saúde têm o dever de honrar o direito a tratamento, reabilitação, aconselhamento e acesso a recursos de saúde mental para os infectados pelo SARS-CoV-2 após exposição ocupacional no local de trabalho.

Além do risco de contágio e adoecimento grave dos profissionais de saúde outros aspectos do problema devem ser mencionados. Muitos profissionais de saúde estão enfrentando um dilema que gira em torno de uma

outra pergunta: Suas obrigações para com pacientes e colegas mudam quando a proteção insuficiente se cruza com a vulnerabilidade pessoal? Supõe-se que em muitos locais de trabalho, a segurança comprometida coloca os profissionais de saúde em maior risco. O contexto local é importante. As circunstâncias individuais são importantes. Classificar os riscos entre os profissionais de saúde e priorizar a proteção para os mais vulneráveis são tópicos que merecem estudo (SIM, 2020).

A OPAS (2020) emitiu orientação para que o profissional comunique à gestão sinais de estresse excessivo ou problemas de saúde mental, que necessitem de intervenções de suporte. Os profissionais de saúde devem seguir os procedimentos estabelecidos de segurança e saúde ocupacional, evitar expor outras pessoas a riscos de saúde, participar de treinamentos de segurança e saúde no trabalho, usar (portar, retirar e descartar) equipamentos de proteção individual (EPI) adequadamente, assim como monitorar sinais de doença em si e se auto isolar ou relatar a doença aos gestores, se ela ocorrer, assim como comunicar sinais de estresse indevido ou problemas de saúde mental que exijam intervenções de apoio.

A Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores, grupo técnico sobre direitos de profissionais com COVID-19 relacionada ao trabalho, lançou neste mês, uma nota técnica orientando os profissionais dos serviços de saúde sobre seus direitos enquanto grupo vulnerável prioritário na pandemia. O documento, assinado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2020) em conjunto com mais 22 entidades, enfatiza que nas profissões de saúde em que existe exposição ocupacional ao SARS-CoV-2, a doença deve ser considerada como “doença relacionada ao trabalho”.

O serviço de saúde local deve definir um Protocolo para orientar os profissionais de saúde sobre o uso, retirada, acondicionamento, avaliação da integridade, tempo de uso e critérios para descarte das máscaras N95/PFF2 ou equivalente. Este protocolo deve ser definido pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) em conjunto com as equipes das unidades assistenciais. Os procedimentos-padrão de controle de infecção estão em vigor, como as precauções de contato. Prevenção de infecção cruzada também é um aspecto que precisa ser mencionado. É vital lembrar que é fácil esquecer que o EPI é apenas uma parte de um sistema para evitar contaminação de



quem assiste pacientes com COVID-19, o que pode representar um risco para funcionários e pacientes.

A prevenção da infecção no local de trabalho requer uma abordagem multifacetada e integrada que inclui medidas de proteção individual e de saúde e segurança do trabalho (SST), além da adesão às medidas sociais e de saúde pública da comunidade (OPAS, 2020).

Por outro lado, na dimensão dos deveres dos profissionais, eles também devem cumprir os procedimentos de segurança e saúde ocupacionais estabelecidos, evitar expor outras pessoas aos riscos de saúde, além de participar de treinamentos sobre segurança ocupacional oferecidos pelos empregadores. O uso de precauções adequadas no trabalho pode ajudar a minimizar o risco e a exposição a pacientes com COVID-19 e, por sua vez, também pode proteger as famílias dos profissionais. O primeiro e provavelmente mais importante passo é o uso de medidas preventivas no local de trabalho. Estratégias claras para apoiar e gerenciar adequadamente os profissionais de saúde expostos são essenciais para gerar confiança no local de trabalho e também para proteger os familiares deles.

Os profissionais devem usar protocolos para avaliar, triar e tratar os pacientes, assim como monitorar-se de acordo com os sinais da doença, e caso ocorram, isolar-se e comunicar aos seus superiores hierárquicos (OPAS, 2020). Outro fator importante de enfrentamento é a integração da equipe de saúde, médico e enfermeiros principalmente, nas atividades de planejamento, para que as estratégias adotadas reflitam as boas práticas clínicas.

As medidas não farmacológicas foram sendo instituídas e determinantes para conter o contágio maciço. Embora outros trabalhadores tenham sido afetados pelo COVID-19, é altamente provável que os fatores acima tenham afetado desproporcionalmente os médicos (KOCK, 2020).

#### **4.5 Convívio Familiar dos Profissionais de Saúde durante a Pandemia**

Como menciona boletim da OMS (2020), os profissionais de saúde “[...] são a espinha dorsal dos sistemas de saúde em todo o mundo” (WHO, 2020d, *on-line*). A prestação de cuidados de qualidade depende da disponibilidade de um número suficiente de profissionais de saúde competentes, comprometidos e motivados, trabalhando em um sistema com recursos suficientes.

Os profissionais de saúde, que foram essenciais para a resposta à COVID-19, estão em maior risco de contrair o SARS-COV-2 e, portanto, de transmiti-lo subsequentemente para suas famílias. Estimar o risco nesta população é importante para orientar as medidas de saúde pública para proteger os profissionais e suas famílias, manter o sistema de saúde funcionando e controlar as taxas de transmissão na comunidade (SAHA, 2020).

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental não apenas no atendimento clínico dos pacientes, mas também em garantir que as medidas adequadas de prevenção e controle de infecções sejam aplicadas nas unidades de saúde. Uma vez que as atividades iniciais de vigilância se concentram principalmente em pacientes gravemente enfermos, o espectro clínico completo da doença não é conhecido imediatamente, particularmente a extensão e proporção de infecções benignas ou assintomáticas que não requerem atenção médica, e a extensão da doença (WHO, 2020).

A rotina pessoal e familiar destes profissionais foi alterada de maneira desproporcional à chegada de conhecimentos sobre a doença. A convivência familiar sofreu ajustes, rupturas, arranjos antes nunca vivenciados sobremaneira que, a volta para casa tornou-se mais um fator estressor para alguns. Os profissionais precisam cuidar de si, dos seus familiares além de cuidar dos que adoecem. O isolamento dentro do quarto, um hotel como lar temporário, dividir a moradia com outros colegas, não poder conviver ou abraçar seus familiares tornou-se uma constante na vida de muitos profissionais, e o efeito dessa mudança se tornou o foco de nosso estudo. O distanciamento social deve ser criterioso, pois é importante que os profissionais não se separem completamente de suas famílias, o que poderia não ser benéfico para sua saúde mental.

Acredita-se que há consciência do risco aumentado de infecção como parte da profissão escolhida, e acrescido a isto os profissionais tem a preocupação com a transmissão da família, especialmente envolvendo membros da família idosos, imunocomprometidos ou com condições médicas crônicas. Garantir o cuidado dos familiares dos profissionais de saúde aumentaria a confiança e a disponibilidade da força de trabalho, mas a viabilidade e a conveniência da prioridade da família ainda estão por ser determinadas.

O processo de trabalho e as condições de trabalho no cuidado de pessoas infectadas, como parte necessária de seu labor, uso e/ou fornecimento de EPIs inadequados e, conseqüentemente, exposição às diversas formas de transmissão do patógeno, podem levar ao adoecimento dos trabalhadores da saúde (DUARTE, 2020).

Os especialistas das comissões de infecção hospitalar e de setores de secretarias de saúde podem fornecer orientações sobre descontaminação da superfície da casa, incluindo produtos e técnicas eficazes. Podem incluir planejamento protetor para a casa, como separação de espaços e banheiros e quando essa separação deve ser implementada, os benefícios de tirar os sapatos, remover e lavar a roupa e tomar banho imediatamente. A troca de roupas pessoais por roupas hospitalares fornecidas na chegada ao trabalho e a troca de roupas pessoais para voltar para casa fazem parte desses cuidados.

Esses protocolos são opcionais porque as evidências não são claras, mas são mais sensatas. É necessário encontrar um equilíbrio, no entanto, porque essas idéias podem aumentar a ansiedade entre os cuidadores sobrecarregados de trabalho. Longas horas de trabalho tornam qualquer preparação adicional em casa e limpeza doméstica extra um desafio significativo. Por outro lado, pode ser sensato e seguro. O foco deve estar nas conversas de apoio, na orientação clara quando houver recomendações, nas tentativas de minimizar as informações erradas e nos esforços para reduzir a ansiedade dos trabalhadores da saúde (ADAMS; WALLS, 2020).

A disposição dos profissionais de saúde em trabalhar durante uma pandemia tem sido extensivamente estudada. Percepção de valor na resposta, crença no dever, disponibilidade de EPI e confiança no empregador são fatores que foram associados à disposição de trabalhar. Embora os profissionais de saúde tenham o dever de trabalhar, as organizações de assistência à saúde têm obrigações recíprocas de apoiar seus funcionários e voluntários. Tais medidas incluem comunicação regular e frequente aos profissionais de saúde sobre o que é esperado deles, como minimizar o risco pessoal por meio de medidas preventivas apropriadas e como acessar serviços de suporte; apoio pessoal adequado para permitir que os profissionais de saúde desempenhem suas funções, por exemplo, alimentos, descanso, transporte, atendimento familiar (para crianças, idosos, familiares doentes, animais de estimação);

recursos adequados, incluindo EPI; treinamento de habilidades para os deveres esperados e treinamento de resiliência; um ambiente seguro, incluindo segurança adequada (por exemplo, para aqueles que trabalham em serviços de urgência e emergência); e aconselhamento médico, por exemplo, triagem ao relatar serviço, avaliação de profissionais de saúde doentes, assim como aconselhamento e apoio psicológico.

#### **4.6 Conflitos Trabalho-Família em Profissionais de Saúde**

Este estudo é empírico e não testa nenhuma teoria; no entanto, o enquadramento teórico para o escopo delimitado nos objetivos do projeto também abrange aspectos relacionados à relação entre trabalho e família de profissionais de saúde, por se tratar de convívio familiar no contexto da pandemia. Grande parte desses profissionais têm ocupações caracterizadas por elevado comprometimento com o trabalho diretamente dedicado a pacientes com COVID-19.

Epidemias de doenças emergentes e reemergentes carregam profundas implicações éticas e legais, individual ou coletivamente, como a questão da vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde às doenças infecciosas e seus deveres como profissionais. Contudo, deve-se esperar um meio termo para expectativas razoáveis dos profissionais de saúde ao tratar doenças com sério risco de infecção como a COVID-19. Embora todos devam agir de acordo com a ética da beneficência, não podem ser “mártires da sociedade” (HSIN-CHEN; MACER, 2004).

Existe um campo de estudo da interface entre as esferas ocupacional e familiar dos trabalhadores e, mais especificamente, das incompatibilidades que podem emergir a partir das diferentes demandas advindas destes dois domínios da vida dos indivíduos. Esse campo enfoca as interações entre trabalho e família, e tem despertado interesse nos últimos anos, pois sua compreensão é importante para o bem-estar das famílias, das organizações e da sociedade como um todo. Além da psicologia, outras disciplinas têm se interessado por tal interface, que tem natureza multidisciplinar e multidimensional, a exemplo da sociologia, direito e gerontologia (AGUIAR, 2012).

A família, o trabalho e a saúde constituem as três áreas de maior relevo e importância na vida das pessoas, assumindo para os profissionais de saúde, especialmente para as mulheres, um valor particularmente proeminente pelos múltiplos papéis que desempenham conjuntamente no sistema laboral, familiar e sociedade atual (SIMÃES, 2016). Como afirmam Bandeira, Ferreira e Cabral (2019), a interação dessas dimensões pode ter três desfechos principais: conflito (interação negativa e incompatibilidade de papéis), transferência (interação equilibrada de experiências positivas e negativas) ou equilíbrio (capacidade de associar de forma harmônica demandas do trabalho e da família).

O conflito trabalho-família (CTF) é definido como um tipo de conflito entre papéis em que as pressões do trabalho e as da família não são compatíveis em algum aspecto, e que reflete em interesses pessoais da vida dos indivíduos (KOSSEK; LEE, 2017; MACHE *et al.*, 2015). Entretanto, a definição de CTF também implica uma relação bidirecional entre trabalho e vida familiar de tal forma que o trabalho pode interferir na vida familiar e a vida familiar pode interferir nas demandas de trabalho (ou seja, conflito família-trabalho: CFT). Assim, a literatura aponta que o conflito família-trabalho e o conflito trabalho-família são dois construtos diferentes, mas diretamente relacionados. As implicações do trabalho influenciam mais na dinâmica da família do que o contrário, e que o suporte familiar é mais positivo para o cotidiano do indivíduo em seu trabalho do que a relação inversa (PEREIRA *et al.*, 2017).

O termo conflito é utilizado aqui para tratar de impasses entre pessoas ou grupos, e não de conflitos intrapsíquicos ou de dilemas individuais. O trabalho e a família são dimensões que se influenciam reciprocamente, com interdependência em relação aos múltiplos contextos de vida do trabalhador, como condições materiais e de renda, saúde dos familiares, trabalho do(a) cônjuge, distância entre o trabalho e a residência, número e idade dos filhos, dentre outros (FEIJÓ *et al.*, 2017).

Para se ultrapassar o CTF não se pode exigir apenas aos médicos e enfermeiros que recorram a estratégias de adaptação individuais, pois existem várias medidas institucionais que poderão ser adotadas, embora esse tópico de pesquisa seja pouco explorado. Contudo, espera-se que os gestores de saúde

devem apresentar iniciativas que possam fortalecer o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal de seus funcionários (HARUN; MAHMOOD; SOM, 2020).

Outro antecedente de conflito trabalho-família pouco explorado é o papel de gênero no CTF, que se refere às crenças que os indivíduos têm sobre os papéis normais de homens e mulheres em responsabilidades familiares e de trabalho. Conceitualmente, o papel de gênero é visto como tradicional ou não, dependendo de os papéis dos homens e das mulheres serem vistos como distintos, caracterizados ou não pela partilha de funções entre homens e mulheres (SABILA *et al.*, 2016).

Com a atual pandemia, a carga de trabalho das equipes de saúde também aumentou significativamente. Mudanças sociais durante a pandemia de COVID-19 reconfiguraram as fronteiras entre o trabalho e não trabalho para muitos profissionais de saúde. Estes trabalhadores devem cuidar de si mesmos antes de poderem fornecer cuidados aos seus pacientes com ou sem diagnóstico de COVID-19. Dada a atual alta intensidade de trabalho, riscos de exposição no trabalho, diferentes estratégias de enfrentamento e isolamento de membros da família são empregadas pelos profissionais.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Estudo de Campo

#### 5.1.1 Caracterização do Estudo

Este estudo seguiu modelo transversal e descritivo, de abordagem quantitativa. O modelo transversal é definido como aquele em que uma pesquisa é realizada em um único momento, possibilitando a identificação da prevalência pontual de um determinado fenômeno de interesse (BASTOS; DUQUIA, 2007). O estudo de modelo descritivo permite a identificação de atributos de um determinado fenômeno ou a exploração da correlação entre duas ou mais características, sem manipulação de variáveis ou busca de relações de causa e efeito (HOCHMAN *et al.*, 2005; MARCONI; LAKATOS, 2003).

Este estudo fez parte de um projeto multicêntrico, intitulado “Efeitos e Consequências da Pandemia de COVID-19 entre Profissionais de Saúde”, cujo centro coordenador foi a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por meio da Profa. Dra. Elucir Gir.

Trata-se de um estudo realizado em duas etapas. A primeira visou realizar um diagnóstico situacional por meio de um estudo transversal sobre os efeitos da pandemia de COVID-19, exposição ao risco e adoecimento, adesão às normas de prevenção e problemas de saúde mental enfrentadas pelos profissionais de saúde em diferentes regiões do Brasil. Em cada centro participante local, os potenciais participantes do estudo foram identificados por amostragem não-probabilística.

A referida investigação apresentou como objetivo geral analisar os efeitos físicos, psicológicos e sociais decorrentes do enfrentamento da pandemia da COVID-19, vivenciados pelos profissionais no contexto da assistência direta à saúde, bem como construir e validar materiais educativos audiovisuais para prevenção e controle.

O presente projeto está aninhado dentro deste estudo de maior abrangência, multicêntrico, de âmbito nacional, em que Campina Grande constituiu um dos centros participantes. A coordenadora da pesquisa no estado da Paraíba é a Profa. Dra. Ana Cristina de Oliveira e Silva, do Centro de

Ciências da Saúde (Universidade Federal da Paraíba) e coorientadora desta dissertação.

A pesquisadora e autora da presente dissertação participou da coleta de dados em Campina Grande e realizou, por meio deste projeto, um recorte dos dados da pesquisa multicêntrica referentes aos profissionais de saúde da atenção primária da cidade para compor esta pesquisa. A coleta de dados ocorreu sob a coordenação desta pesquisadora e supervisão da coordenadora da pesquisa na Paraíba.

### **5.1.2 Local do Estudo**

O referido recorte do estudo foi desenvolvido no município de Campina Grande, no estado da Paraíba, na região Nordeste do Brasil. Os participantes que compuseram a amostra foram os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que preencheram os questionários on-line no período de 1º de outubro a 31 de dezembro de 2020. Os dados coletados e analisados constituíram os resultados deste estudo.

O município de Campina Grande está localizado no Estado da Paraíba, a cerca de 130 km da capital do Estado, João Pessoa. Segundo o IBGE (2020), Campina Grande é considerada capital regional B, categoria que caracteriza o município de acordo com o nível hierárquico na rede urbana do Estado da Paraíba. O município abrange uma área de aproximadamente 593,026 km<sup>2</sup> e uma população estimada em 411.807 habitantes (IBGE, 2020).

O município de Campina Grande dispõe de uma atenção básica à saúde composta por 110 equipes de Saúde da Família, que atendem em 81 Unidades Básicas de Saúde (UBS), distribuídas territorialmente por VII Distritos Sanitários de Saúde, os quais têm por objetivo organizar a rede de cuidados e ampliar o acesso da população à utilização dos serviços de saúde.

Diante da pandemia da COVID-19, o município aderiu à estratégia dos Centros de Atendimento de COVID-19 com a abertura de dois centros. Estes serviços estão ligados à Atenção Primária de Saúde (APS) compondo o fluxo de cuidado aos pacientes com sintomas leves da doença, testagem e identificação precoce de casos além do encaminhamento dos casos graves para os serviços de média ou alta complexidade (duas UPA e o Hospital Geral Municipal). Organizada desta forma, a secretaria de saúde objetivou diminuir os



impactos decorrentes da pandemia e garantir que as UBS continuassem com as suas atividades essenciais durante a vigência da pandemia.

### **5.1.3 População e Amostra**

A população-alvo deste estudo foi composta por profissionais de saúde atuantes na APS de Campina Grande. Participaram do estudo os indivíduos que atenderam ao seguinte critério de inclusão: ser profissional de saúde atuante em UBS do município de Campina Grande pelo menos nos últimos seis meses que antecederam o início da coleta dos dados. Foram excluídos do estudo aqueles profissionais de saúde que não aceitaram participar da pesquisa, os que não preencheram completamente o questionário enviado, além daqueles que estavam afastados das suas atividades laborais por um período superior a 15 dias por motivo de férias ou licença-maternidade.

Para a determinação do tamanho amostral da pesquisa multicêntrica, adotou-se um intervalo de confiança de 95%, uma margem de erro de 1% para mais ou para menos, obtendo-se uma amostra mínima de 5.079 indivíduos (total calculado para o projeto multicêntrico original). Entretanto, a fase de coleta implementada pela equipe técnica resultou em 2,76 vezes o tamanho calculado, resultando em 14.063 participantes. Decidiu-se, então, considerar este universo, mantendo-se, assim, o nível de confiança planejado.

O Centro de Saúde ou Unidade Básica de Saúde (UBS) é considerada toda unidade para realização de atendimentos de atenção primária e integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. Considerou-se como referência para consideração do poder estatístico do tamanho da subamostra de profissionais de saúde que atuam na APS no município de Campina Grande em setembro de 2020.

O quantitativo de profissionais desse universo, segundo Abrantes et al. (2020), a partir de dados do Departamento de Informática do SUS (BRASIL, 2019), na Macrorregião II de Saúde e em estabelecimentos do tipo Unidade Básica de Saúde que, em dezembro de 2019 era de 263 profissionais (49 cirurgiões dentistas, 98 médicos e 116 enfermeiros).

Tendo em conta que pesquisas de natureza epidemiológica, por razões estatísticas, recomenda-se a realização de um censo quando a população de

referência for inferior ou igual a 250 indivíduos (FARIAS et al., 2019). Assim, realizando uma estimativa de cálculo amostral de população finita com auxílio do software SPSS versão 20.0, considerando que a população de referência dos profissionais era de 263 e fixando uma precisão de 5%, o nível de confiança de 95% e a proporção esperada de 50% (estimativa conservadora), verifica-se os participantes da atenção primária incluídos na pesquisa multicêntrica mencionada pode ser considerada como o universo da população-fonte.

Para este estudo envolvendo apenas os profissionais que atuam na atenção primária no município de Campina Grande, considerou-se, a princípio a subamostra de 229 profissionais de saúde do universo amostral de todos os profissionais de saúde respondentes na pesquisa multicêntrica, que foram recrutados a partir de técnica de amostragem não probabilística do tipo de bola de neve, em que os indivíduos selecionados inicialmente indicaram novos participantes elegíveis da sua rede de colegas.

#### **5.1.4 Procedimentos de Coleta de Dados**

Os procedimentos de coleta de dados serão descritos, a seguir, considerando o projeto original da pesquisa multicêntrica, de escopo mais abrangente. O recorte feito para a presente dissertação consiste no estudo da subamostra de profissionais de saúde que trabalham na APS do município de Campina Grande.

##### **5.1.4.1 Treinamento dos colaboradores da pesquisa**

Todos os colaboradores do processo de coleta dos dados foram previamente treinados, sendo este um pré-requisito para a sua inclusão na equipe de trabalho. O treinamento foi realizado de forma remota, com resolução de dúvidas e/ou dificuldades relacionadas ao recrutamento dos potenciais participantes da pesquisa. Esta contou com coordenadores locais responsáveis por um determinado número de coletadores na Paraíba, entre os quais, a autora da presente dissertação.

##### **5.1.4.2 Instrumento de Coleta dos Dados**

O instrumento para esta pesquisa foi o questionário estruturado da pesquisa multicêntrica, que estava organizado em seções: SEÇÃO I: Dados sociodemográficos; SEÇÃO II: Questões sobre o ambiente familiar. SEÇÃO III: Medidas não farmacológicas de prevenção adotadas no domicílio. SEÇÃO IV: Diagnóstico (clínico e/ou laboratorial) de COVID-19. Desse questionário foram selecionados os itens que atendiam aos objetivos da pesquisa desta dissertação. Os itens que foram selecionados foram do 5 ao 14 e do 19 e 30 (ANEXO A). Neste Anexo figuram apenas os itens do questionário que fizeram parte do escopo dos dados compilados para o estudo envolvendo os profissionais de saúde de Campina Grande. O preenchimento do questionário de pesquisa completo pelos respondentes demorou um tempo médio de 15 a 20 minutos.

#### 5.1.4.3 Estratégias de Coleta de Dados

Os dados foram coletados de forma individual por meio do preenchimento do questionário on-line. A abordagem dos participantes foi feita inicialmente pelas mídias sociais digitais (WhatsApp®, Facebook®, Instagram®). Primeiro, estabeleceu-se contato prévio de apresentação e descrição dos objetivos da pesquisa, assim como declaração da valorização da importância do momento profissional e pessoal dos respondentes, antecedendo o envio do questionário e respeitando o tempo de resposta de cada profissional.

Em seguida, foi enviado um *link* para acesso ao instrumento e preenchimento on-line para a coleta de dados da pesquisa, por meio do aplicativo Google Docs®. Este instrumento preservou a condição de anonimato dos respondentes. O Google Forms é um serviço para *Web*, *Android* e *iOS* do tipo SaaS (*Software as a Service*).

Após o estabelecimento do contato, foi enviado um *link* aos participantes que, ao clicarem, eram direcionados à plataforma *SurveyMonkey* para o acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) on-line na primeira página. Os profissionais abordados que concordaram em compor o estudo, e assinaram eletronicamente o TCLE, foram direcionados à página das perguntas com os critérios de elegibilidade do estudo. Os que preencheram os critérios de inclusão e exclusão da pesquisa foram direcionados ao questionário de pesquisa. A assinatura eletrônica do Termo de Consentimento

Livre e Esclarecido, assim como dos critérios de elegibilidade, foram pré-requisitos para visualização e subsequente preenchimento do questionário pelos respondentes, que não se identificaram nominalmente.

A opção pelo uso do questionário virtual deu-se, principalmente, por proporcionar a participação de profissionais de todas as regiões e estados brasileiros, como também por considerar a própria recomendação quanto às medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19: o distanciamento social.

A coleta foi realizada de forma individual entre o coletador e o respondente. Muitas vezes os contatos chegaram a ser feitos por mais de três vezes para se obter o questionário respondido. A pesquisadora atuou como coordenadora local do grupo de 15 coletadores, que por meio da técnica de bola de neve, agregou sequencialmente novos e potenciais respondentes para o estudo.

#### **5.1.5 Análise dos Dados**

Como o objetivo deste estudo é descritivo, a análise estatística foi exploratória, com representação tabular e gráfica, assim como determinação de estimativas dos dados coletados. Como representação gráfica, foram apresentados sob a forma de gráficos de barras/colunas. Os dados contínuos que seguiram uma distribuição normal foram expressos como médias e desvios-padrão, enquanto dados nominais e ordinais foram apresentados como frequências simples e porcentagens.

Foi determinada a existência de associação entre variáveis por meio de *Odds Ratio* (OR) e consequente regressão logística múltipla. Foram consideradas significativas estatisticamente as associações que apresentaram nível de significância menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

Os dados coletados foram importados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), Chicago, IL, EUA, versão 2.0 para Windows, por meio do qual foi realizada a análise estatística.

### **5.1. 6 Aspectos Éticos**

O presente estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que normatiza os aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

O estudo multicêntrico, do qual o presente projeto representa um recorte, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP) em 04/09/2020, com parecer 4.258.366 (ANEXO B), tendo como proponente e pesquisadora responsável, a Profa. Dra. Elucir Gir, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil).

Foi submetida e aprovada uma emenda ao CEP do Centro de Ciências Médicas da UFPB, pois esta universidade foi informada como instituição coparticipante do protocolo de investigação, com coordenadora local e coorientadora da presente dissertação. A partir de réplica do projeto gerado pela aprovação no CEP do centro coordenador, uma emenda com os objetivos deste projeto tem a finalidade de agregá-lo ao cadastro raiz na Plataforma Brasil.

### **5.2 Elaboração de Vídeo Instrucional para Médicos Residentes e Graduandos da Saúde**

A partir dos resultados da pesquisa de campo contida na presente dissertação, foi possível apreender que os profissionais de saúde referiram adotar medidas não farmacológicas comportamentais de higiene e distanciamento físico com a intenção de minimizar a transmissão do SARS-CoV-2 para sua família. Os dados coletados na referida pesquisa constituem o primeiro produto desta dissertação. Algumas MNF, entretanto, parecem ter sido menos praticadas pelos participantes da pesquisa de campo incluída na presente dissertação. Assim, considerou-se apropriada a elaboração complementar de material no formato de vídeo instrucional para aumentar a sensibilização para a adoção das medidas de proteção.

Portanto, optou-se, como segundo produto de conclusão de curso no PROFSAÚDE, um trabalho técnico instrucional de natureza audiovisual para profissionais da saúde, médicos residentes e graduandos do internato médico que fazem parte do Programa de Residência de Medicina de Família e

Comunidade de Campina Grande, enquanto o estado de pandemia estiver vigente. Devido à rotatividade de profissionais e alunos do internato pelas UBS da cidade, a cada reinício de rodízio de estudantes e residentes, pode ser apresentado o material audiovisual produzido sobre como proteger a sua família durante a crise sanitária da COVID-19.

O vídeo instrucional é um instrumento que favorece o conhecimento e a promoção da saúde em vários contextos. Nesse sentido, as informações obtidas por meio de recursos tecnológicos têm assumido importante dimensão da educação profissional na saúde (ECHER, 2005). Ainda que este produto se destine a fins educativos, classifica-se como vídeo instrucional, que sugere a finalidade de treinamento, geralmente sem diálogo ou interação direta com o público-alvo, diferentemente do vídeo educativo/educacional/didático (GOMES, 2008).

Uma especificidade do mestrado profissional, como o PROFSAÚDE, que o difere do mestrado acadêmico, diz respeito ao produto final a ser desenvolvido com pré-requisito de conclusão de curso. Em seu caráter instrucional, este produto final também visa integrar teoria e prática, possibilitando a aproximação entre a produção científica e o desenvolvimento de tecnologia com produção e conteúdo. Trata-se, por outro lado, de um vídeo de intervenção social, pois tem local próprio para exibição, é destinado a grupos sociais específicos e em cuja produção buscou-se encaixar o devido rigor metodológico, com base em programas de saúde e publicações científicas (RODRIGUES JÚNIOR, 2017).

A formulação do vídeo foi desenvolvida em três fases: pré-produção (elaboração do conteúdo do roteiro do vídeo); produção do vídeo educativo; e pós-produção do vídeo educativo.

O estágio de pré-produção englobou desde o surgimento da ideia até a organização do roteiro para a gravação. Na primeira etapa, realizada entre janeiro e março de 2021, o levantamento do conteúdo do vídeo ocorreu por meio de revisão narrativa da literatura e dos resultados do estudo de campo sobre medidas não farmacológicas de prevenção empregadas por profissionais de saúde da atenção primária de Campina Grande-PB, que compuseram o artigo (seção 7 desta dissertação).

A revisão narrativa da literatura foi realizada a partir do levantamento bibliográfico apresentado na seção de revisão da literatura da monografia de conclusão de mestrado, assim como de busca de dados no site do Ministério da Saúde e de busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Google Acadêmico. A busca foi realizada em agosto de 2021 nas referidas bases de dados, a partir dos descritores “COVID-19”, “prevenção de doenças”, “profissionais de saúde” e “núcleo familiar”, reunidos pelo operador booleano “AND”.

O roteiro consistiu em um guia fundamentado na revisão da literatura realizada acerca do tema abordado, além de ter sido baseado também na experiência clínica da própria autora. O roteiro foi apresentado sob a forma de representação tabular, como quadro, dividido em duas colunas, contendo informações para o áudio e para o vídeo. As tomadas foram compostas por cinco momentos, com narrativas correspondentes aos seguintes tópicos: (1) Apresentação; (2) Conceitos e Transmissão; (3) Medidas de Prevenção; (4) Ambiente do Sistema de Saúde, Ambiente Domiciliar de Convivência Familiar; e (5) Considerações finais.

Em seguida, na fase de produção, foi realizada a gravação das imagens em vídeo e áudio referentes às falas da apresentadora (mestranda e autora desta dissertação). Por fim, na pós-produção, realizou-se a edição das imagens e sons gravados para a finalização da primeira versão do vídeo. Uma vez finalizado o roteiro e selecionadas imagens, o material foi encaminhado à equipe técnica de criação multimídia contratada para a etapa de produção. Nesta, foi realizada a filmagem das cenas descritas na pré-produção, com narração feita pela pesquisadora, nas dependências do Laboratório de Anatomia da Universidade Norte do Paraná (Unopar), polo de Campina Grande. As filmagens do vídeo foram realizadas em 13 de setembro de 2021 por um *videomaker* de agência audiovisual terceirizada.

A última fase, a pós-produção, contemplou a edição das cenas gravadas e do áudio, assim como a inserção de imagens capturadas em *sites* sem restrições autorais. Após edição, o vídeo ainda não foi submetido à validação por profissionais da saúde nem pelo público-alvo. A avaliação será feita pela banca examinadora como parte do exame desta dissertação, pelas sugestões e considerações críticas antes da finalização do produto.

## 6 PRODUTO 1: ARTIGO ORIGINAL

### **Medidas de prevenção da COVID-19 adotadas pelos profissionais de saúde no convívio familiar**

*Preventive Measures of the COVID-19 adopted by the health Professional in the family coexistence*

*Medidas preventivas del COVID-19 adoptadas por el profesional de la salud en la convivencia familiar*

Polyana Carla da Silva Costa Cabral  
Rilva Lopes de Sousa Muñoz  
Ana Cristina de Oliveira e Silva  
Wynne Pereira Nogueira  
Robson Arruda Souza  
Fabiola Moreira Casimiro de Oliveira  
Elucir Gir

### **RESUMO**

**Objetivo:** Analisar as medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 adotadas pelos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) no convívio familiar. **Método:** estudo transversal e analítico realizado com 229 profissionais de saúde da APS no período de outubro a dezembro de 2020. Os dados foram coletados por meio de um questionário virtual na plataforma *Survey Monkey*. A análise de dados foi realizada pelo Teste Qui-Quadrado, exato de Fisher e regressão logística. **Resultados:** a maioria dos profissionais utilizou medidas como higiene das mãos, limpeza de ambiente, higiene dos alimentos, uso de máscaras de tecido e distanciamento físico dos familiares. Profissionais de saúde do sexo masculino e solteiros/divorciados tem uma menor chance para adotar a limpeza do ambiente, higiene dos alimentos e uso de máscaras de tecido como medidas preventivas da COVID-19 no convívio familiar. **Conclusão:** a adoção das medidas não farmacológicas contra a COVID-19 pelos profissionais de saúde em seu convívio familiar é fundamental para a diminuição do risco de contágio entre seus familiares e no seu domicílio. **Implicações para a prática:** o fortalecimento da educação permanente e continuada entre os profissionais de saúde permitirá mudanças de comportamentos frente as práticas preventivas não farmacológicas contra a COVID-19.

**Palavras-chave:** Profissionais de Saúde; COVID-19; Prevenção de doenças transmissíveis.

### **ABSTRACT**

**Objective:** analyse non-pharmacological measures of prevention of the COVID-19 adopted by health professionals in the Primary Attention to Health (PAH) in family coexistence. **Method:** Transversal and analytical study performed with 229 health professionals of the PAH from October to December 2020. Data were collected through a virtual questionnaire in the platform *SurveyMonkey*. The data analysis was performed by the Chi-Square Test, exact of Fisher and logistic regression. **Results:** Most of the professionals used hygiene measures of hands, environment cleaning, food



hygiene, use of tissue masks and physical distancing of relatives. Male single/divorced health professionals have smaller chance to adopt environment cleaning, food hygiene and use of tissue masks as preventive measures of COVID-19 in family coexistence. **Conclusion:** the adoption of non-pharmacological measures against COVID-19 by health professionals in family coexistence is essential for reducing contamination risk among their relatives in their residence. **Implication for the practice:** The strength of the permanent and continuous education among health professionals will allow changes of behaviour regarding to the non-pharmacologic preventive practices against the COVID-19.

**Keywords:** Health Professional; COVID-19; Communicable Disease Prevention.

## **RESUMEN**

**Objetivo:** analizar las medidas no farmacológicas de prevención del COVID-19 adoptadas por los profesionales de salud en la Atención Primaria de Salud (APS) en la convivencia familiar.

**Método:** Estudio transversal y analítico realizado con 229 profesionales de salud de APS de octubre-diciembre de 2020. Los datos fueron recolectados con el cuestionario virtual en la plataforma SurveyMonkey. El análisis de datos se realizó mediante el Test Chi-Cuadrado, exacto de Fisher y regresión logística. **Resultados:** la mayoría de los profesionales utilizó medidas de higiene de manos, limpieza ambiental, higiene alimentaria, uso de mascarillas de tejido y distanciamiento físico de familiares. Los profesionales de la salud varones solteros / divorciados tienen menos posibilidades de adoptar la limpieza ambiental, la higiene alimentaria y el uso de mascarillas de tejido como medidas preventivas del COVID-19 en convivencia familiar. **Conclusión:** la adopción de medidas no farmacológicas frente al COVID-19 por profesionales de salud en la convivencia familiar es fundamental para reducir la contaminación entre sus familiares en su residencia. **Implicación para la práctica:** la fortaleza de la educación permanente y continua entre profesionales de la salud permitirá cambios de comportamiento en las prácticas preventivas no farmacológicas frente al COVID-19.

**Descriptores:** Profesional de la Salud; COVID-19; Prevención de enfermedades transmisibles

## **INTRODUÇÃO**

Uma doença emergente e altamente infecciosa, a doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19), cujo agente etiológico é o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), tem representado uma ameaça sem precedentes à saúde global. Com surgimento na China, em dezembro de 2019, disseminou-se rapidamente para todos os continentes do mundo, tornando-se uma pandemia. Em 30 de janeiro de 2020, a COVID-19 foi declarada Emergência de Saúde Pública de Interesse

Internacional pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 3 de fevereiro de 2020 no Brasil.<sup>1</sup>

Até 15 de setembro de 2021, a região Nordeste do país havia registrado 4.766.609 casos, com o estado da Paraíba na quarta colocação em número de casos de COVID-19 (436.645 casos).<sup>2</sup> Campina Grande, como segundo maior município do estado, registrou 47.656 casos e 1.074 óbitos.<sup>3</sup> Desde a declaração da pandemia, os governos estaduais da Paraíba e municipal de Campina Grande<sup>4</sup> declararam situação de emergência no estado e promulgaram medidas para redução da mobilidade dos cidadãos. As mudanças ainda permanecem significativas até setembro de 2021, com medidas de distanciamento social, uso de máscaras e proibição de eventos públicos.

Sabe-se que os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde (APS) são fundamentais para os cuidados de saúde e para a prática clínica da população.<sup>5</sup> Eles possuem a responsabilidade profissional de fornecer serviços de saúde abrangentes com uma ampla gama de recursos. Portanto, a pandemia de COVID-19 representa um grande desafio na APS e exige que os profissionais estejam cientes das recentes atualizações, medidas preventivas, tendências epidemiológicas e modalidades de tratamento disponíveis para orientar seus pacientes e esclarecer as preocupações imediatas de outros prestadores de cuidados.

Ademais, a pandemia da COVID-19 afetou o trabalho, a família e a vida social de toda a população brasileira, acentuando pontos de conflito entre vida profissional e pessoal. Os profissionais de saúde, em especial, enfrentam diversos desafios, tais como aprender a lidar com a nova doença enquanto cuidam dos pacientes infectados, conviver com as limitações e novos hábitos impostos pela crise sanitária, continuar a tratar os pacientes novos hábitos impostos pela crise sanitária, continuar a tratar os pacientes

acometidos dos outros agravos à saúde que não a COVID-19 e manter suas responsabilidades pessoais, incluindo cuidar de suas famílias e de si próprios.<sup>6</sup>

A família, o trabalho e a saúde constituem as três áreas de maior importância na vida das pessoas, com valores particularmente relevantes para profissionais de saúde, pelos múltiplos papéis que desempenham conjuntamente no sistema laboral, familiar e na sociedade.<sup>7</sup> Desta forma, a diminuição do risco de contágio no ambiente domiciliar e a proteção da família tornou-se uma preocupação entre os profissionais de saúde, o que impôs a mudança de rotinas, de hábitos e a adesão as principais medidas de prevenção contra a COVID-19 em seu domicílio.

Diante da inexistência de tratamentos farmacêuticos e da limitação de vacinas para a população mundial, a principal estratégia de saúde pública para retardar a propagação da COVID-19 foi o uso de Medidas Não Farmacológicas (MNF). As MNF têm alcance individual, ambiental e comunitário. Dentre as principais, estão: a higiene das mãos, uso de máscaras, limpeza de superfícies e objetos, isolamento de pacientes, quarentena, distanciamento social, mudanças na prestação de cuidados de saúde, triagem em massa e conselhos para viagens.<sup>8</sup> Nesse contexto, a adoção de tais medidas tem impactos importantes nas atividades diárias, na vida das pessoas e na sociedade.

Portanto, conhecer e apresentar as MNF adotadas no convívio domiciliar pelos profissionais de saúde da APS que atuaram na assistência direta ao indivíduo, pode favorecer a proteção da sua família e tornar o ambiente domiciliar um “lócus” de cuidado e proteção contra a COVID-19. Sendo assim, o estudo tem como objetivo analisar as medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção da COVID-19 adotadas pelos profissionais de saúde da atenção primária à saúde no convívio familiar.

## MÉTODO

Estudo transversal e analítico, tipo inquérito on-line, realizado no período de 01 de outubro a 31 de dezembro de 2020 no município de Campina Grande, no estado da Paraíba. Este estudo seguiu as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) e norteou-se pelo *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES).

Ressalta-se que a presente pesquisa faz parte do Projeto Multicêntrico relacionado a efeitos e consequências da pandemia da COVID-19 entre os profissionais de saúde no Brasil. O município de Campina Grande constituiu um dos centros participantes deste projeto multicêntrico.

Participaram do estudo 229 profissionais de saúde atuantes na atenção primária à saúde (APS) da referida cidade e que atenderam ao seguinte critério de inclusão: ser profissional de saúde atuante na APS do município de Campina Grande nos últimos seis meses que antecederam o início da coleta dos dados. Foram excluídos profissionais que estavam afastados de suas atividades durante o período de coleta.

Os dados foram coletados de forma individual por meio do instrumento de pesquisa aplicado por meio de plataforma virtual, *Survey Monkey*. O instrumento de coleta de dados foi construído e validado por quinze experts na temática de doenças infectocontagiosas ou controle de infecções relacionadas à assistência à saúde.

Os profissionais foram recrutados utilizando uma adaptação do método *Respondent Driven Sampling* (RDS) ao ambiente virtual. Nesse método, o participante é incentivado a recrutar outros indivíduos da mesma categoria que a sua, por meio das redes sociais. Para esta pesquisa foram selecionados pesquisadores de todas as regiões do Brasil que atuaram na etapa de coleta de dados. Estes, por sua vez,

passaram por um treinamento prévio de quatro horas de duração de como realizar inquérito *online* no contexto da pandemia da COVID-19.

Desse modo, para esta pesquisa foram selecionados 12 pesquisadores que atuaram na etapa de coleta de dados. Cada pesquisador identificou profissionais de saúde que atendessem aos critérios de inclusão do estudo e, a partir dos primeiros profissionais elegíveis, outros profissionais foram identificados. Cada pesquisador possuía o controle de seus respondentes e periodicamente o número de entrevistados era avaliado pelo coordenador de coleta de dados do município.

A abordagem dos participantes foi feita inicialmente pelas mídias sociais digitais (WhatsApp®, Facebook®, Instagram®). Após o estabelecimento do contato, foi enviado um link, via WhatsApp® aos participantes que, ao clicarem, eram direcionados à plataforma digital para o acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) on-line na primeira página e ao questionário. Os profissionais abordados que concordaram em compor o estudo, e assinaram eletronicamente o TCLE, foram direcionados à página das perguntas com os critérios de elegibilidade do estudo. Os que preencheram os critérios de inclusão da pesquisa foram direcionados ao questionário de pesquisa.

O instrumento é constituído por questões de múltipla escolha, sendo algumas delas obrigatórias para prosseguir, dividido em informações profissional, tipo de assistência prestada, variáveis referentes às medidas de prevenção adotadas no convívio familiar e sobre o diagnóstico da COVID-19 entre os profissionais de saúde da APS. Os instrumentos preenchidos foram hospedados em um *software*, *Survey Monkey*, que permitia um único envio do formulário por IP (Protocolo de internet), objetivando a segurança das informações coletadas.

Neste estudo foram consideradas medidas de prevenção contra a COVID-19 no ambiente familiar, as medidas não farmacológicas de prevenção contra a COVID-19 definidas pelo *Centers for Disease Control and Prevention (CDC)*<sup>9</sup>, sendo elas a higiene de mãos, uso de máscaras, distanciamento familiar, entre outros.

Os dados coletados foram exportados e analisados no software estatístico R, versão 4.0.4. Para caracterização dos participantes, utilizou-se a análise estatística descritiva com medidas de frequência absoluta e relativa. As variáveis consideradas dependentes foram as MNF mais autorreferidas: higiene das mãos, limpeza do ambiente, higiene dos alimentos e uso de máscara de tecido. As variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, região, categoria profissional, estado conjugal, convivência com menores de 12 anos no ambiente domiciliar, convivência com idosos e pessoas de grupos de risco no ambiente domiciliar, diagnóstico da COVID-19 e se prestou assistência em hospital de campanha para a COVID-19.

O teste de Qui-quadrado e exato de Fisher foram utilizados para examinar as associações entre as variáveis independentes e dependentes. Para estimar a razão de chances ou *Odds Ratio (OR)*, utilizou-se o modelo regressão logística. O nível de confiança adotado em todas as análises foi de 95%. Foram consideradas estatisticamente significativas as associações que apresentaram nível de significância menor que 5% ( $p < 0,05$ ).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa (CEP) sob parecer número 4.258.366, no ano de 2020. CAAE 33539820.3.0000.5393. Todos os aspectos éticos foram contemplados para sua realização segundo as Resoluções 466/2012 e 510/2016.

## RESULTADOS

Participaram deste estudo 229 profissionais de saúde da APS do município de Campina Grande, Paraíba. A maioria é profissional de enfermagem (97/42,3%), do sexo feminino, (173/65,5%), na faixa etária de 31 a 59 anos (141/61,6%), solteiros ou divorciados (121/52,8%) e com pós-graduação (141/61,6%). O diagnóstico de COVID-19 foi referido por 54 participantes (23,6%). Observou-se que 40,6% da amostra referiram morar com idosos ou familiares de outros grupos de risco para a COVID-19 e crianças menores de 12 anos.

Quanto as medidas de prevenção contra a COVID-19 utilizadas no ambiente domiciliar, 218(95,2%) profissionais de saúde relataram utilizá-las. Dentre as medidas de prevenção autorreferidas, a higiene das mãos obteve a maior frequência, 214 (93,4%). Seguida da limpeza do ambiente, 194(84,7%), higiene dos alimentos, 168(73,4%), uso de máscaras de tecido, 125 (54,6%) e o distanciamento físico dos familiares, 120 (52,4%). Ressalta-se que outras medidas foram utilizadas em menor frequência, sendo a separação dos utensílios domésticos, 35 (15,3%) e isolamento domiciliar, 33 (14,4%). (Tabela 1).

**Tabela 1.** Frequências das medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 adotadas pelos profissionais de saúde no seu convívio familiar (n=229), Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020

Variáveis	Frequências	
	<i>f</i>	%
<b>Higiene das mãos</b>		
Sim	214	93,4
Não	15	6,6
<b>Limpeza do ambiente</b>		
Sim	194	84,7
Não	35	15,3
<b>Higiene dos alimentos</b>		
Sim	168	73,4
Não	61	26,6
<b>Uso de máscaras de tecido</b>		
Sim	125	54,6
Não	104	45,4
<b>Distanciamento físico dos familiares</b>		
Sim	120	52,4

Não	109	47,6
<b>Uso de máscaras N-95</b>		
Sim	39	17,0
Não	190	83,0
<b>Separação dos utensílios domésticos</b>		
Sim	35	15,3
Não	194	84,7
<b>Isolamento domiciliar</b>		
Sim	33	14,4
Não	196	85,6
<b>Mudança de domicílio</b>		
Sim	21	9,2
Não	208	90,8
<b>Total</b>	<b>229</b>	<b>100,0</b>

Na análise de associação entre as medidas preventivas mais autorreferidas pelos profissionais de saúde, observa-se que a higiene das mãos apresentou associação estatisticamente significativa com o estado conjugal ( $p=0,030$ ) e a limpeza do ambiente esteve associada com o sexo ( $p=0,020$ ) e estado conjugal ( $p=0,040$ ). (Tabela 2)

**Tabela 2.** Associação de variáveis sociodemográficas e individuais com a higiene das mãos e limpeza do ambiente utilizadas no convívio familiar pelos profissionais de saúde contra a COVID-19, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020 (n=229)

Variáveis	Higiene das mãos		$p^*$	Limpeza do ambiente		$p^*$
	Sim $f$ (%)	Não $f$ (%)		Sim $f$ (%)	Não $f$ (%)	
<b>Sexo</b>			0,201			<b>0,020**</b>
Masculino	50 (89,3)	6 (10,7)		42 (75,0)	14 (25,0)	
Feminino	164 (94,8)	9 (5,2)		152 (87,9)	21 (12,1)	
<b>Faixa etária</b>			0,141			0,230
18 a 30 anos	74 (89,2)	9 (10,8)		68 (79,5)	17 (20,5)	
31 a 59 anos	135 (95,7)	6 (4,3)		123 (87,2)	18 (12,8)	
≥ 60 anos	5 (100,0)	0 (0,0)		5 (100,0)	0 (0,0)	
<b>Estado conjugal</b>			<b>0,030**</b>			<b>0,040**</b>
Solteiro/Divorciado	102 (90,1)	12 (9,9)		97 (80,2)	24 (19,8)	
Casado/União Estável	105 (97,2)	3 (2,8)		97 (89,8)	11 (10,2)	
<b>Categoria profissional</b>			0,451			0,640
Médico	75 (89,3)	9 (10,7)		71 (84,5)	13 (15,5)	
Profissional de enfermagem	93 (95,9)	4 (4,1)		81 (83,5)	16 (16,5)	
Fisioterapeuta	37 (94,9)	2 (5,1)		35 (89,7)	4 (10,3)	
Psicólogo	1 (100,0)	0 (0,0)		1 (100,0)	0 (0,0)	
Odontólogo	2 (100,0)	0 (0,0)		2 (100,0)	0 (0,0)	
Outro	6 (100,0)	0 (0,0)		4 (66,7)	2 (33,3)	
<b>Moradia com idosos ou pessoas em grupo de risco para COVID-19</b>			0,553			0,404
Sim	88 (94,6)	5 (5,4)		81 (87,1)	12 (12,9)	
Não	126 (92,6)	10 (7,4)		113 (83,1)	23 (16,9)	
<b>Diagnóstico de COVID-19</b>			0,352			0,101
Sim	49 (90,7)	5 (9,3)		42 (77,8)	12 (22,2)	



Não	165 (94,3)	10 (5,7)	152 (86,9)	23 (13,1)
-----	------------	----------	------------	-----------

\*Teste Qui-Quadrado de Pearson; \*\* $p \leq 0,05$

A higiene dos alimentos obteve associação com sexo ( $p < 0,001$ ), estado conjugal ( $p < 0,001$ ) e categoria profissional ( $p = 0,031$ ). A utilização de máscaras de tecido apresentou associação apenas com a variável sexo ( $p < 0,001$ ). Ademais, em uma análise de frequência, observa-se que os profissionais de enfermagem adotaram com maior frequência a higiene dos alimentos quando comparada as outras categorias profissionais. (Tabela 3).

**Tabela 3.** Associação de variáveis sociodemográficas e individuais com a higiene dos alimentos e uso de máscara de tecido utilizadas no convívio familiar pelos profissionais de saúde contra a COVID-19, Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020 (n=229).

Variáveis	Higiene dos alimentos		$p^*$	Uso de máscara de tecido		$p^*$
	Sim <i>f</i> (%)	Não <i>f</i> (%)		Sim <i>f</i> (%)	Não <i>f</i> (%)	
<b>Sexo</b>			<b>0,001**</b>			<b>0,001**</b>
Masculino	31 (55,4)	25 (44,6)		22 (39,3)	34 (60,7)	
Feminino	137 (79,2)	36 (20,8)		103 (59,5)	70 (40,5)	
<b>Faixa etária</b>			0,092			0,157
18 a 30 anos	55 (66,3)	28 (33,7)		39 (47,0)	44 (53,0)	
31 a 59 anos	108 (76,6)	33 (23,4)		82 (58,2)	59 (41,8)	
$\geq 60$ anos	5 (100,0)	0 (0,0)		4 (80,0)	1 (20,0)	
<b>Estado conjugal</b>			<b>0,001**</b>			0,105
Solteiro/Divorciado	79 (65,3)	42 (34,7)		60 (49,6)	61 (50,4)	
Casado/União Estável	89 (82,4)	19 (17,6)		65 (60,2)	43 (39,8)	
<b>Categoria profissional</b>			<b>0,031**</b>			0,090
Médico	61 (72,6)	23 (27,4)		39 (46,4)	45 (53,6)	
Profissional de enfermagem	78 (80,4)	19 (19,6)		59 (60,8)	38 (39,2)	
Fisioterapeuta	24 (61,5)	15 (38,5)		24 (61,5)	15 (38,5)	
Psicólogo	1 (100,0)	0 (0,0)		1 (100,0)	0 (0,0)	
Odontólogo	0 (0,0)	2 (100,0)		0 (0,0)	2 (100,0)	
Outro	4 (66,7)	2 (33,3)		2 (33,3)	4 (66,7)	
<b>Moradia com idosos/pessoas em grupo de risco para COVID-19</b>			0,945			0,733
Sim	68 (73,1)	25 (26,9)		52 (55,9)	41 (44,1)	
Não	100 (73,5)	36 (26,5)		73 (53,7)	63 (46,3)	
<b>Diagnóstico prévio de COVID-19?</b>			0,200			0,631
Sim	36 (66,7)	18 (33,3)		31 (57,4)	23 (42,6)	
Não	132 (75,4)	43 (24,6)		94 (53,7)	81 (46,3)	

\*Teste Qui-Quadrado de Pearson; \*\* $p \leq 0,05$

Na modelo de regressão logística, conforme mostra a Tabela 4, a variável sexo permaneceu associada com limpeza do ambiente, higiene dos alimentos e uso de máscara de tecido. Assim, profissionais de saúde do sexo masculino e solteiros ou divorciados apresentaram menor chance de utilizar essas MNF preventivas contra a COVID-19 nos seus domicílios. A variável estado civil também permaneceu associada com higiene dos alimentos, ou seja, profissionais de saúde solteiros/divorciados apresentaram chance menor de praticar higienização dos alimentos como forma de prevenção contra a COVID-19 em seus domicílios.

**Tabela 4.** Razões de chances pela regressão logística para a limpeza do ambiente, higiene dos alimentos e uso de máscara de tecido, utilizadas no convívio familiar contra a COVID-19. Campina Grande, Paraíba, Brasil, 2020

Variáveis	Limpeza do ambiente		Higiene dos alimentos		Uso de máscara de tecido	
	OR IC95%	<i>P</i>	OR IC95%	<i>P</i>	OR IC95%	<i>P</i>
<b>Sexo masculino</b>	0,45		0,37		0,46	
	0,21-0,97	<b>0,040*</b>	0,19-0,71	<b>0,003*</b>	0,24-0,85	<b>0,010*</b>
<b>Solteiros/divorciados</b>	0,50		0,42		0,70	
	0,23-1,08	0,080	0,22-0,80	<b>0,008*</b>	0,41-1,20	0,190

OR: *odds ratio*; IC95%: Intervalo de confiança de 95%; \* $p \leq 0,05$

## DISCUSSÃO

Este estudo buscou avaliar as medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção da COVID-19 empregadas pelos profissionais de saúde da APS no convívio familiar, assim como fatores associados à adesão a estas medidas no primeiro ano da atual pandemia no Brasil.

Observou-se que as principais MNF de prevenção utilizadas no convívio familiar pelos profissionais de saúde da APS foram higiene das mãos, limpeza do ambiente, higiene dos alimentos e uso de máscaras de tecido. Uma minoria adotou o isolamento físico no contexto familiar (dentro do domicílio ou por mudança domiciliar) para

exercer seu trabalho. Em relação ao diagnóstico de COVID-19, um terço da amostra apresentou a infecção, mas este diagnóstico não se associou com as MNF de prevenção contra a doença no ambiente domiciliar.

Na ausência de tratamento eficaz ou a indisponibilidade de vacinas para toda população, as MNF tornaram-se a base da resposta ao controle da pandemia de COVID-19. O isolamento social, o uso de máscaras e a lavagem das mãos estão entre as medidas que visam reduzir a transmissão do vírus.<sup>10</sup> Observou-se, na presente pesquisa, que a maioria dos profissionais referiu adesão as principais MNF de prevenção para a COVID-19.

Salienta-se que embora a adesão autorreferida às MNF tenha sido a resposta de mais de 90% dos profissionais, não incluiu, 100% dos 229 respondentes. Um percentual de quase 5% dos participantes mencionou não ter aderido às MNF preventivas. Esse achado ainda é maior quando comparado a um estudo realizado com 183 profissionais de saúde na Etiópia, o qual mostrou que a prática preventiva geral em relação à COVID-19 foi de 68,3%.<sup>11</sup>

Ademais, esse aspecto é mais relevante quando se consideram evidências inquietantes sobre os riscos da COVID-19 entre os trabalhadores de saúde e suas famílias nos primeiros meses de 2020, havendo um risco estimado três vezes maior de COVID-19 entre os membros da família de trabalhadores da linha de frente, em análises ajustadas por sexo, idade, cor/raça, classe socioeconômica e comorbidades.<sup>12</sup> Um estudo<sup>13</sup> destaca a importância e a necessidade de intervenções voltadas à melhora da resiliência e saúde mental dos profissionais de saúde, envolvendo a comunicação com familiares, fortalecimento de medidas de proteção, desenvolvimento de normas, redução da sobrecarga de trabalho, oficinas e educação em saúde que integrem comportamentos

de controle, estabelecimento de metas e tomadas de decisão, a fim de abrandar a vivência estressante da pandemia.

Uma pesquisa<sup>14</sup> com uma amostra nacionalmente representativa de trabalhadores canadenses, mostrou que conflitos trabalho-família durante a pandemia foram menores quando não havia crianças em casa. Porém, não foi possível observar a relação entre prática de MNF na amostra da presente pesquisa com a existência de crianças na moradia e/ou pessoas do grupo de risco.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos participantes, observou-se o predomínio de mulheres adultas, profissionais de enfermagem, solteiras ou divorciadas e com pós-graduação. Os dados do perfil profissional convergem com resultados de pesquisa de âmbito nacional, em que na área da saúde a maioria dos trabalhadores são mulheres.<sup>15</sup>

Destaca-se então a questão da feminilização da força de trabalho em saúde, especialmente o fato de que o maior contingente de profissionais e trabalhadores do setor é composto por mulheres, que acumulam jornadas de trabalho e estão sujeitas a condições de maior exposição ao risco de contaminação pela COVID-19, pela própria natureza do trabalho que exercem junto aos pacientes internados em hospitais.<sup>16</sup>

A maior parte dos estudos tem se concentrado em problemas que atingem os profissionais de saúde que atuam no nível hospitalar, negligenciando a importância dos serviços de atenção primária que, como “porta de entrada” dos pacientes ao sistema de saúde, possibilita que os profissionais da APS se exponham ao risco de contaminação pelo novo coronavírus. Ainda que no momento inicial da pandemia os serviços hospitalares tenham adquirido maior visibilidade, por atenderem os pacientes em estado grave, não se pode deixar de levar em conta a importância dos serviços ambulatoriais e de atenção primária.<sup>16</sup>

Em relação as MNF, a higiene das mãos foi a mais praticada, segundo o autorrelato dos profissionais. Essa é considerada um dos procedimentos mais eficazes, simples e de baixo custo contra a transmissão cruzada de COVID-19, seja em ambiente doméstico ou no âmbito do serviço de saúde, apesar de ainda ser uma prática negligenciada em todo o mundo.<sup>17-18</sup>

Apesar das recomendações claras, constatou-se que a adesão à higiene das mãos é baixa entre os profissionais de saúde em países em desenvolvimento como a Nigéria, por motivos que incluem a ausência de estações de lavagem das mãos ou a indisponibilidade de produtos para as mãos à base de álcool.<sup>8</sup> APS é o cenário ideal para as campanhas de educação em saúde sobre higiene e transmissibilidade das doenças como a COVID-19, pois no momento que os próprios profissionais promovem estas ações, eles fortalecem também sua prática domiciliar. A adesão à lavagem das mãos depende de considerações comportamentais complexas que ainda não foram devidamente avaliadas, considerando que parte deste comportamento é automático, habitual, cultural ou determinado por estímulos diversos.<sup>19</sup> O mesmo também pode ser atribuído a limpeza do ambiente.

Observou-se que os profissionais de saúde da APS também adotaram com maior frequência a limpeza do ambiente como MNF. A recomendação é de que a limpeza e a desinfecção de superfícies ou ambientes sejam realizadas rotineiramente, principalmente em domicílios que residam indivíduos com diagnóstico da COVID-19 e das pessoas que são expostas cotidianamente ao SARS-CoV-2, como os profissionais de saúde, ou que tenham pessoas de grupo de risco, como idosos.<sup>20</sup> Tal justificativa refere-se à permanência ativa do SARS-CoV-2 por dias em superfícies como plástico e metais.<sup>21</sup>

A estratégia de distanciamento social também tem sido apontada como a mais importante intervenção para o controle da COVID-19. No entanto, para os profissionais que trabalham nos serviços de saúde, especialmente aqueles profissionais que estão no cuidado direto de pacientes com suspeita ou diagnóstico confirmado de COVID-19 em serviços de atenção primária, ou na rede hospitalar, a recomendação de isolamento social não é completamente aplicável.<sup>22</sup>

De modo similar ao comportamento adotado pelos respondentes do presente estudo, uma pesquisa<sup>23</sup> mostrou que profissionais de saúde americanos adotaram precauções para proteger os indivíduos com quem viviam, incluindo precauções necessárias de isolamento em relação às outras pessoas do convívio familiar, que foi, entretanto, mais frequente que o percentual observado na nossa amostra (57%).

A análise dos dados demonstrou que ser profissional de saúde do sexo masculino e solteiro/divorciado está associado a uma menor chance de adotar medidas de limpeza do ambiente domiciliar e de higiene dos alimentos, implicando em maior probabilidade de exposição do ambiente familiar à contaminação pelo novo coronavírus. Considera-se que fatores relacionados ao trabalho e à família diferem entre homens e mulheres,<sup>24</sup> o que torna o gênero um fator importante na prevenção da COVID-19.

Outra medida não farmacológica de prevenção associada ao sexo foi a adoção do uso de máscara de tecido no convívio familiar. Apesar de a máscara de tecido não ser indicada para profissionais de saúde no contexto clínico, o uso no ambiente doméstico é recomendado, exceto para indivíduos sintomáticos, nos quais se recomenda a utilização da máscara cirúrgica. A menor adesão ao uso de máscaras de tecido pelos homens no seu domicílio também foi observada em uma pesquisa<sup>25</sup> que mostrou menor adesão ao uso de máscara por indivíduos entre 18 e 24 anos em todos os ambientes.

Estudo<sup>26</sup> mostra que a transmissão dentro das famílias continua sendo uma preocupação, uma vez que 66% dos casos diagnosticados em Hong Kong foram transmitidos entre membros da família. No Brasil, a determinação governamental do uso de máscaras pelo público dependeu do comportamento epidemiológico da COVID-19 de cada região e conforme a realidade de cada estado e município, segundo recomendação do Ministério da Saúde.<sup>27</sup>

Sabe-se também que o uso de precauções adequadas no trabalho pode ajudar a minimizar o risco e a exposição a pacientes com COVID-19 e, por sua vez, também pode proteger as famílias dos profissionais de saúde. Atenta-se também que um pouco de distanciamento social criterioso, no entanto, é importante, mas sem a separação completa das famílias, o que não é algo que seja necessário, nem saudável para a saúde mental das pessoas. Em tempos de pandemia, a família de um profissional de saúde é a chave para manter a saúde mental preservada enquanto se enfrenta a incerteza que cerca a crise da COVID-19 no sistema de saúde.

A limitação do presente estudo relaciona-se a coleta de dados *on-line* que pode trazer dificuldades, uma vez que potenciais participantes podem ter restrição quanto ao acesso e utilização da internet. Entretanto, este problema não interferiu nos resultados, já que o estudo conseguiu incluir um número representativo de profissionais de saúde da atenção primária da região.

## **CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

Os dados encontrados indicam que as principais medidas não farmacológicas de prevenção utilizadas no ambiente domiciliar pelos profissionais da atenção primária durante a pandemia da COVID-19 foram a higiene das mãos e a limpeza do ambiente. Profissionais de saúde do sexo masculino e solteiros/divorciados apresentaram menor chance de utilizar essas MNF preventivas contra a COVID-19 nos seus domicílios.

Desta forma, o fortalecimento da educação permanente e da educação continuada é essencial em todos os níveis de atenção à saúde, especialmente no âmbito da atenção primária, a fim de aprimorar as informações e o desenvolvimento de potencialidades para uma mudança de atitudes e comportamentos entre os profissionais de saúde diante das principais estratégias não farmacológicas de prevenção contra a COVID-19, principalmente, dentro do seu ambiente familiar. Além disso, recomenda-se o desenvolvimento de programas de apoio aos profissionais de saúde e suporte emocional para as suas famílias a fim de diminuir as consequências negativas como o medo da contaminação, ansiedade e incertezas

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. IHR procedures concerning public health emergencies of international concern (PHEIC). [Internet]. Geneva: WHO, 2020 [citado 2021 set 1] Disponível em: <http://www.who.int/ihr/procedures/pheic/en/>
2. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus Brasil. Painei Coronavírus [Internet]. 2021 [citado em 2021 set 15]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
3. Coordenação de Comunicação de Campina Grande (CODECOM). Boletim da COVID-19 de 15 de setembro de 2021 em Campina Grande, Paraíba. [Internet]. PMCG: Campina Grande, 2021. [citado 2021 set 15]. Disponível em: <https://campinagrande.pb.gov.br/boletim-atualizado-da-covid-em-campina-grande-15-de-setembro-de-2021/>
4. Decreto nº 40.122 de 13 de março de 2020. Declara situação de emergência no estado da Paraíba. Diário oficial do estado da Paraíba (PB). [Internet]. 13 mar 2020 [citado 2021 ago 12]. Disponível em: <https://auniao.pb.gov.br/servicos/arquivo-digital/doi/janeiro/marco/diario-oficial-14-03-2020.pdf/>
5. Sahu KK, Kumar R. Preventive and treatment strategies of COVID-19: from community to clinical trials. J Family Med Prim Care. 2020;9(5):2149-57. [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_728\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_728_20)
6. Shreffler J, Petrey J, Huecker M. The Impact of COVID-19 on healthcare worker wellness: a scoping review. West J Emerg Med. 2020;21(5):1059-66. <https://doi.org/10.5811/westjem.2020.7.48684>
7. Simões C. Conflito trabalho-família em profissionais de saúde: teoria, investigação e intervenção. In Bartholomeu D, Montiel JM, Machado AA, Gomes AR, Couto G,



Cassep-Borges V. Relações interpessoais: concepções e contextos de intervenção e avaliação. São Paulo: Vetor, 2016, p. 205-34.

8. Odusanya OO, Odugbemi BA, Odugbemi TO, Ajisegiri WS. COVID-19: a review of the effectiveness of non-pharmacological interventions. Niger Postgrad Med J. 2020;27(4):261-7. [https://doi.org/10.4103/npmj.npmj\\_208\\_20](https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_208_20)

9. Centers for Disease Control and Prevention. How COVID-19 Spreads [internet]. CDC, 2020 [citado 2021 Set 8]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>

10. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Considerations relating to social distancing measures in response to COVID-19 – second update. [Internet]. Stockholm: ECDC; 2020. [citado 2021 set 1]. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-relating-social-distancing-measures-response-covid-19-second>

11. Birihane BM, Bayih WA, Alemu AY, Belay DM. Perceived barriers and preventive measures of COVID-19 among healthcare providers in debretabor, North Central Ethiopia, 2020. Risk Manag Healthc Policy. 2020; 13:2699-2706. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S287772>

12. Shah ASV, Wood R, Gribben C, Caldwell D, Bishop J, Weir A et al. Risk of hospital admission with coronavirus disease 2019 in healthcare workers and their households: nationwide linkage cohort study. BMJ 2020;371:m3582. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3582>

13. Orfão N, Ferreira M, Souza G, Martins L, Feitosa V. COVID-19: estratégias de enfrentamento e comportamentos adaptativos adotados por profissionais de saúde durante a pandemia. Rev epidemiol controle infecç. [Internet] 2020 [citado 2021 set 6]; 10(4). Disponível em: <https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/15462>

14. Schieman S, Badawy PJ, A. Milkie M, Bierman A. Work-Life Conflict During the COVID-19 Pandemic. Socius. 2021. <https://doi.org/10.1177/2378023120982856>

15. Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Socioeconômicos. Boletim Emprego em Pauta. [Internet]. 2021 [citado 2021 set 10]. Disponível em: [https://www.dieese.org.br/boletimempregoempauta/2021/boletimEmpregoEmPauta\\_20.html](https://www.dieese.org.br/boletimempregoempauta/2021/boletimEmpregoEmPauta_20.html)

16. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LRA et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. Ciênc saúde coletiva 2020; 25(9):3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>


17. Center for Disease Control and Prevention. Hand hygiene in healthcare settings. [Internet]. 2020 [citado 2021 set 10]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/handhygiene/index.html>
18. Lotfinejad N, Peters A, Pittet D. Hand hygiene and the novel coronavirus pandemic: the role of healthcare workers. *J Hosp Infect.* 2020;105(4):776-7. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.03.017>
19. Seale H, Dyer CEF, Abdi I, Rahman KM, Sun Y, Qureshi MO et al. Improving the impact of non-pharmaceutical interventions during COVID-19: examining the factors that influence engagement and the impact on individuals. *BMC Infect Dis* 2020; 20: 607. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-05340-9>
20. Tonin L, Lacerda MR, Caceres NTG, Hermann AP. Recommendations in covid-19 times: a view for home care. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Supl 2):e20200310. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0310>
21. Kampf G, Todt D, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *J Hosp Infect.* 2020 Mar;104(3):246-51. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>
22. Souza WM, Buss LF, Candido DS, Carrera JP, Li S, Zarebski AE. Epidemiological and clinical characteristics of the COVID-19 epidemic in Brazil. *Nat Hum Behav.* 2020;4:856–65. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0928-4>
23. Firew T, Sano ED, Lee JW, Flores S, Lang K, Salman K et al. Protecting the front line: a cross-sectional survey analysis of the occupational factors contributing to healthcare workers' infection and psychological distress during the COVID-19 pandemic in the USA. *BMJ Open.* 2020; 10(10). <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2020-0427522>
24. Beutell N, O'Hare M. Work Schedule and Work Schedule Control Fit: Work-Family Conflict, Work-Family Synergy, Gender, and Satisfaction. [Internet]. 2018. [citado 2021 set 15]. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3105671>
25. Pereira-Ávila FMV, Lam SC, Góes FGB, Gir E, Caldeira NMVP, Teles SA et al. Factors associated with the use and reuse of face masks among Brazilian individuals during the COVID-19 pandemic. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2020;28:e3360. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4604.3360>
26. Cheng H, Jian S, Liu D, Ng TC, Huang WT, Lin HH et al. Contact tracing assessment of COVID-19 transmission dynamics in Taiwan and risk at different exposure periods before and after symptom onset. *JAMA Intern Med.* 2020;180(9):1156–63. 10.1001/jamainternmed.2020.2020
27. Croda J, Oliveira WK, Frutuoso RL, Mandetta LH, Silva DCB, Sousa JDB et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020;53. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020>

## 7 PRODUTO 2: PRODUÇÃO TÉCNICA – VÍDEO INSTRUCIONAL

O vídeo produzido, enquanto tecnologia instrucional audiovisual, foi intitulado “Como profissional da saúde da atenção básica, posso evitar que minha família seja contaminada durante a pandemia de COVID-19?”. A duração foi de 26 minutos, em arquivo MP4 *Full HD* (1920x1080) para compartilhamento.

O roteiro original formulado está apresentado no Quadro 1. Este roteiro apresentou ajustes na narrativa e na inserção de imagens na fase de produção, que tornaram o resultado final do material audiovisual diverso em vários pontos do vídeo em sua versão final, mantendo-se, contudo, o mesmo sentido pretendido no roteiro inicialmente formulado, exceto nas tomadas finais da narrativa.

**Quadro 1.** Conteúdo do roteiro original, segundo categorias de tópicos do vídeo e tomadas da filmagem

TOMADAS - ÁUDIO	IMAGENS/ FIGURAS
<p><b>1- APRESENTAÇÃO</b></p> <p><b>1.1 – Tomada 1 - autoapresentação</b> Olá!... Sou Polyana, filha, mãe e esposa, além de médica de família e comunidade e preceptora da Residência nesta área, atualmente concluinte do Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE -, no polo da Universidade Federal da Paraíba, <i>Campus I</i>, em João Pessoa, Paraíba.</p> <p><b>1.2 – Tomada 2 – Público-alvo</b> Este produto do mestrado que estou concluindo foi preparado no formato de vídeo para integrar o acervo da educação permanente em saúde das unidades básicas de saúde onde atuo como preceptora de estudantes do internato e médicos residentes. O público-alvo deste vídeo são, portanto, os profissionais e estudantes destas unidades básicas de saúde, que são cenários de formação do programa de Residência de Família e Comunidade na cidade de Campina Grande, Paraíba. Na dimensão formativa da nossa UBS, a rotatividade de graduandos dos internatos da área da saúde - a cada seis semanas -, dos médicos residentes – anualmente - e mesmo de muitos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, me motivou a desenvolver este vídeo instrucional para informar e reforçar sistematicamente a atenção a aspectos práticos sobre as medidas de prevenção em relação ao contágio pelo novo coronavírus 2019, o SARS-CoV-2, no convívio familiar dos estudantes e profissionais, como</p>	 <p>Narradora no laboratório de aulas práticas da Unopar - Campina Grande, PB</p>

desdobramento da minha pesquisa de campo enfocando esse tópico, na vigência da pandemia da doença pelo coronavírus, a COVID-19.

### 1.3 – Tomada 3 - Premissas

A família, o trabalho e a saúde são três áreas da maior importância na vida das pessoas. No que se diz respeito aos profissionais da saúde, devido aos papéis que desempenham como trabalhadores da saúde e componentes de uma família nuclear, cuja convivência é simultânea ao trabalho, e diária; sendo assim, a manutenção da saúde representa um objetivo cotidiano, considerando que é a interface que permeia o dia a dia desses trabalhadores, tanto na promoção da saúde dos usuários e da comunidade a que servem, como na preservação da saúde dos familiares com quem convivem; portanto, protegê-los de adoecer pelo vírus SARS-COV-2 parece ser mais uma tarefa difícil na atual pandemia. Por isso, pergunto: Como profissional da saúde da atenção básica, de que maneira posso evitar que minha família seja contaminada durante a pandemia de COVID-19?

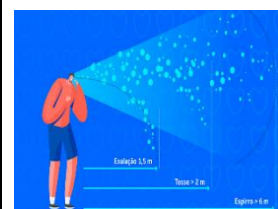
## 2- CONCEITOS E TRANSMISSÃO

### 2.1- Tomada 4 - Conceito

A COVID-19, uma síndrome respiratória aguda grave, é uma doença altamente infecciosa, causada por um novo vírus, o SARS-CoV-2, que trouxe uma ameaça sem precedentes à saúde global. Descrito pela primeira vez na China, em dezembro de 2019, posteriormente se espalhou para todos os continentes, como pandemia declarada no início do ano de 2020.

### 2.2- Tomada 5 - Transmissão

A COVID-19 é transmitida por portadores sintomáticos ou assintomáticos, principalmente por meio de contato direto ou indireto, transmissão por gotículas respiratórias e transmissão por aerossol. O vírus é expelido nas gotículas infectadas quando uma pessoa tosse, espirra, fala ou canta. As pessoas que estão em contato próximo desprotegido (a menos de um metro de distância) de uma pessoa infectada podem se contagiar quando essas gotículas infecciosas atingirem sua boca, nariz ou olhos. A transmissão por contato direto envolve, por exemplo, um aperto de mão. O contato indireto envolve tocar superfícies ou objetos contaminados. As gotículas em aerossol podem permanecer suspensas no ar por longos relativamente períodos de tempo. Embora não esteja claramente explicitado, outros fluidos corporais como sangue, fezes, vômitos e urina podem colocar o profissional em risco. A transmissão na fase pré-sintomática ocorre quando uma pessoa infectada espalha o vírus até cinco dias antes de desenvolver os sintomas. Por outro lado, a transmissão direta assintomática ocorre quando uma pessoa que nunca desenvolveu os sintomas infecta outra pessoa. O potencial de transmissão ambiental também existe, a partir de relatos de que o vírus pode sobreviver por até três dias em alguns tipos de



superfícies.

O período de incubação do vírus é de 2 a 14 dias e precisa do homem como hospedeiro para replicação e transmissão.



### 2.3- Tomada 6 - Sintomas e Tratamento

Uma diversidade de sintomas inclui febre, tosse seca, rinorreia, dor torácica, dispneia, dor de garganta, diarreia, anosmia, ageusia, mialgias, assim como manifestações de arritmias, distúrbios de coagulação, entre outros tem sido descritos na literatura, podendo causar morte.

A falta de evidências científicas quanto à existência de tratamento eficaz, e mesmo o surgimento de vacinas consideradas eficazes na prevenção contra o vírus, é importante que ainda sejam mantidas as medidas não farmacológicas de prevenção.

#### Sintomas da covid-19\*

Sintomas mais comuns



## 3- MEDIDAS DE PREVENÇÃO

### 3.1- Tomada 7 - Prevenção

A prevenção, desde a proposição de Leavell e Clark, compreende três níveis: primária, secundária e terciária. A prevenção primária compreende medidas gerais, educativas, para orientar, melhorar as condições e o bem-estar geral dos indivíduos para que resistam às agressões dos agentes que podem afetar sua saúde, dos quais, muitos provêm do ambiente externo, como microrganismos infectantes.

### 3.2- Tomada 8 - Medidas não farmacológicas

No caso da COVID-19, as medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção são as principais estratégias de saúde pública para conter o avanço da doença, diminuir a sua transmissibilidade e, conseqüentemente, diminuir ou postergar a ocorrência de picos na curva epidêmica. Ao utilizá-las, é possível reduzir a demanda por cuidados de saúde e mitigar as conseqüências da doença sobre a saúde das populações, incluindo a minimização da morbidade e da mortalidade.

As MNF podem ser consideradas de higiene e de comportamento, ou seja, adotar a etiqueta respiratória, o distanciamento social, o uso máscaras faciais para indivíduos sintomáticos e assintomáticos, isolamento de indivíduos doentes e quarentena para pessoas contactantes de casos positivos.

As medidas não farmacológicas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde incluem a higiene das mãos, uso de máscaras faciais para indivíduos sintomáticos e assintomáticos, isolamento de indivíduos doentes, limpeza de superfícies e objetos e conselhos para realização eventual de viagens.

São atitudes aparentemente eficazes contra a contaminação, e devem ser adotadas rotineiramente no ambiente de trabalho e



#### COMO SE PREVENIR CONTRA O CORONAVÍRUS:



#### ETIQUETA RESPIRATÓRIA





especialmente no ambiente domiciliar de profissionais de saúde.

Para esta pandemia vários estudos comprovam que a combinação de medidas demonstrou maior controle da transmissão da COVID-19, e que se não fossem adotadas as MNF o surto seria cerca de 67 vezes maior (1).

### **3.3- Tomada 9 – Etiqueta respiratória**

Usar a etiqueta respiratória é importante e deve continuar a ser promovida. Ao tossir ou espirrar as pessoas devem se proteger com lenços de papel ou com o cotovelo dobrado e cobrindo a área do rosto, em vez de usar as palmas das mãos. É uma medida que potencialmente contribui para evitar a disseminação do vírus no ambiente.

### **3.4- Tomada 10 – Distanciamento físico**

O distanciamento físico é a manutenção do espaço entre as pessoas fora do domicílio, com uma distância de 2 m de outras pessoas, evitando estar em grupos ou grandes aglomerados, pode-se reduzir o risco de transmissão direta da COVID-19. O distanciamento físico deve ser seguido, tanto para contato com colegas, durante reuniões, refeições, nos ambulatórios e enfermarias, quanto com familiares. Dada a eficácia desta medida, é importante considerar que seja mantida. No convívio familiar o distanciamento deve ser de 1 metro.

Como algumas pessoas infectadas podem não estar ainda apresentando sintomas ou os sintomas podem ser leves, manter uma distância física de todos é uma necessidade que deve ser constantemente atendida.

### **3.5- Tomada 11 - Quarentena**

A OMS recomenda que o contato próximo com pessoas com infecção confirmada pelo vírus da COVID-19 seja colocado em quarentena por 14 dias, contados a partir do momento mais recente de exposição ao caso confirmado. As instalações de quarentena seriam, de preferência, quartos individuais bem ventilados, com móveis e equipamentos normais para a vida cotidiana.

A quarentena doméstica é eficaz se as condições citadas puderem ser atendidas. Além disso, será necessário evitar espaços compartilhados e manter uma distância mínima de um metro de outros membros da família. Aqueles em quarentena devem ser monitorados quanto ao desenvolvimento de sintomas para que o tratamento precoce possa ser instituído. As pessoas em quarentena e as pessoas que cuidam delas devem ser bem treinadas em medidas de prevenção e controle, e como realizar a desinfecção adequada e regular do ambiente de quarentena.

### **3.6- Tomada 12 – Uso de máscaras**

O uso correto e consistente de máscaras faciais se tornou uma das intervenções para controlar a COVID-19. Quando o distanciamento físico não é possível, o uso de uma máscara de tecido também é uma medida importante para proteger os outros. As máscaras funcionam como uma forma de controle

das pessoas infectadas, mas também é um modo de os cidadãos assumirem a responsabilidade por sua saúde e pela saúde dos demais durante a pandemia.

Máscaras faciais são recomendadas no ambiente domiciliar, no transporte público (ônibus, avião ou trem) e em condições de trabalho específicas que colocam o funcionário em contato próximo com outras pessoas. Contudo, a máscara oferece proteção limitada contra a doença se não for acompanhada de outras medidas.

Em serviços de saúde, o mascaramento deve ser universal, o que significa que todos os profissionais de saúde e visitantes devem usar máscaras dentro das instalações do hospital e das unidades de saúde. Em ambientes de saúde, máscaras de tecido não são adequadas. As máscaras cirúrgicas ou máscaras de procedimento e respiradores, como o respirador N95, devem ser adotadas segundo a estratégia de mascaramento universal ou o uso de máscaras médicas contínuas direcionadas, ou seja, usadas por todas as pessoas em áreas clínicas durante o tempo todo. Quando disponíveis, os respiradores N95, estes são recomendados para fornecer cuidados a pacientes com COVID-19 e são obrigatórios durante procedimentos de geração de aerossóis.

### **3.7 – Tomada 13 – Lavagem das mãos**

A lavagem das mãos é uma MNF simples, de baixo custo, altamente recomendada e de fácil compreensão e adoção pela comunidade em geral. A higiene das mãos é uma das principais medidas promovidas pela OMS e outros especialistas em saúde para conter a COVID-19, com possível redução de 90% na contaminação das mãos e em até 20% as doenças respiratórias em geral (2).

Recomenda-se que a lavagem frequente, completa e rigorosa das mãos aconteça com sabão e água corrente por pelo menos 20 segundos, e seja orientada e promovida na comunidade. Na ausência de sabão ou se as mãos não estiverem visivelmente sujas, pode-se usar um desinfetante para as mãos à base de álcool a 70% em gel. Este proporciona uma evaporação mais lenta e higieniza com maior segurança, porém o álcool líquido a 70% também é indicado, mesmo apresentando uma evaporação um pouco mais rápida.

A higiene das mãos também é importante em ambientes de saúde para prevenir a transmissão nosocomial. Em ambientes clínicos, os momentos para a higiene das mãos são cinco: antes de tocar em um paciente; antes de procedimentos limpos ou assépticos; após a exposição a fluidos corporais; após tocar um paciente; e após o contato com superfícies próximas ao paciente.

Apesar das recomendações claras, constatou-se em pesquisas que a adesão à higiene das mãos é baixa entre os profissionais de saúde (3). Mas é muito importante lembrar que praticar a higiene das mãos é importante em todos os momentos e é a melhor maneira de proteger aos outros e a si mesmo.

## 4- AMBIENTE DO SISTEMA DE SAÚDE

### 4.1- Tomada 14 – Mudanças nos serviços de saúde

Os sistemas de saúde em todo o mundo foram obrigados a se adequarem à pandemia por meio de planejamento e estratégias para operar em mais do que sua capacidade máxima de atendimento, após terem sido equipados diante das novas necessidades emergentes com a COVID-19.

Nas unidades Básicas de Saúde, a exposição contínua dos profissionais acontece devido às características de local de primeiro acesso ao sistema, vínculo, integralidade do cuidado, convivência diária com a equipe e com os usuários. Estas características de cuidado longitudinal facilitam o contato com o vírus e aumentam a preocupação e o medo de autocontaminação.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde passou por mudanças inesperadas e rápidas, necessitando de adaptação individual e coletiva para se adequarem ao novo modo de cuidar. As mudanças incluem novas técnicas e procedimentos, novos arranjos de turnos de trabalho e nova maneira de se relacionar dentro e fora do ambiente de trabalho. Mudaram-se hábitos, rotinas e surgiram novos fatores estressantes no dia a dia.



### 4.2– Tomada 15 - Segurança dos Profissionais de saúde

Nesse contexto, a segurança dos profissionais deve ser prioridade no trabalho e na convivência familiar, visto que são o recurso mais valioso no combate à crise sanitária. Desse modo, a prevenção no trabalho tem sido a medida mais eficaz para evitar o adoecimento dos profissionais de saúde que necessitam atuar neste momento crítico.

O uso de equipamentos de proteção individual – EPIs - específicos como máscaras N-95 ou PFF2, *Face Shields*, toucas, óculos, aventais, macacões, luvas e calçados apropriados, passaram a ser usados sistematicamente nos diferentes ambientes onde se prestam assistência à saúde, para prevenir a contaminação pelo vírus SARS-CoV-2.



## 5- AMBIENTE DOMICILIAR DE CONVIVÊNCIA FAMILIAR

### 5.1- Tomada 16 - Ambiente familiar

O local considerado “lar” remete às referências afetivas de segurança, aconchego, “lugar sagrado”, ou seja, um lugar protegido contra ameaças externas. Neste lugar se constrói a célula da família, como a menor unidade capaz de garantir o pertencimento de alguém a uma linhagem parental.

Os profissionais de saúde têm mais uma tarefa difícil nesta pandemia, que é proteger sua família, e não há experiência e nem precedentes que os façam ter convicção de estar tomando as medidas mais apropriadas. Nesse contexto, o equilíbrio entre trabalho e família tornou-se um desafio para os profissionais tendo em vista que a contaminação pode





acontecer diariamente ao se exercer sua ocupação.

### 5.3- Tomada 17 - Medidas de higiene no domicílio

As medidas não farmacológicas de higiene no domicílio são a higiene das mãos, o uso de álcool a 70%, a limpeza de superfícies e objetos de uso individual, a higiene de roupas e calçados, o uso de máscaras e o distanciamento físico.

As superfícies e objetos podem ser facilmente limpas com desinfetantes domésticos comuns. Não se sabe ao certo quanto tempo o vírus que causa a COVID-19 sobrevive em superfícies, mas o comportamento é similar ao de outros coronavírus. Estudos sugerem que os coronavírus podem persistir nas superfícies por algumas horas ou até vários dias (4). Esse período de tempo pode variar conforme diferentes condições, como por exemplo, tipo de superfície, temperatura ou umidade do ambiente.

Quando há dúvida que uma superfície ou ambiente pode estar infectada, é preciso limpar com um desinfetante comum. Estas orientações são válidas também para embalagens de alimentos.

A orientação sobre roupas, calçados, bolsas e utensílios usados nos ambientes de trabalho seguem a mesma lógica, porém recomenda-se que as roupas usadas em ambientes supostamente contaminados devem ser retiradas e acondicionadas em embalagens, separando-as de outros objetos, ainda dentro do próprio serviço. Elegar sapatos para o ambiente de trabalho e não entrar no domicílio com eles parece evitar a transmissão de vários microrganismos. A retirada dos sapatos usados no trabalho e na rua é prática e recomendável não apenas por causa do risco de contágio pelo novo coronavírus, mas também como uma medida higiênica geral.

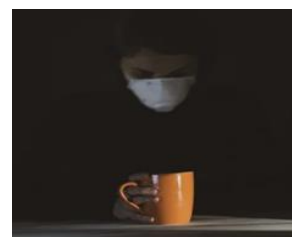
Limpar e acondicionar adequadamente os objetos de uso técnico no atendimento em saúde, além de celulares e aparelhos eletrônicos, parece ser uma medida auxiliar à higiene das mãos.

O primeiro e provavelmente mais importante passo, além do que os profissionais fazem quando chegam em casa, é o que eles estão fazendo no trabalho no sentido da tomada das devidas precauções ao atender os pacientes e se proteger no serviço de saúde onde trabalham.

### 5.4 – Tomada 17 – Distanciamento físico sem mudança de domicílio

O distanciamento físico criterioso é importante no domicílio, mas sem a separação completa das famílias, o que não é algo que seja estritamente necessário nem saudável para a saúde mental das pessoas. Durante esses tempos difíceis, a família de um profissional de saúde é a chave para manter sua saúde mental preservada enquanto enfrenta a incerteza que cerca a crise da COVID-19 no sistema de saúde e na sociedade em geral.

Quarentenas e isolamentos precisam ter atenção especial quando são adotados por profissionais de saúde. Dependendo do tempo e do grau de isolamento ou distanciamento necessário, algumas consequências negativas geralmente



acontecem conjuntamente e devem ser gerenciadas com cuidado. As consequências negativas surgem da perda de liberdade e perturbação da vida rotineira, assim como afastamento dos familiares, o que pode comprometer a dimensão psicoemocional dos trabalhadores e da sua família. Pesquisas realizadas entre pessoas que tiveram que ficar em quarentena ou isolamento encontraram alta prevalência de exaustão, depressão, irritabilidade, ansiedade, insônia e baixo rendimento no trabalho.



#### **5.5- Tomada 18 – Familiares em grupos de risco**

As pessoas consideradas grupo de risco para agravamento da COVID-19 são os portadores de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, câncer, doença renal crônica em grau avançado, obesidade, além de indivíduos fumantes, pessoas acima de 60 anos, pessoas com deficiência, gestantes e puérperas, assim como crianças menores de cinco anos. Familiares nestes grupos de risco devem ser protegidos com cuidado especial. Entretanto, tem havido uma mudança no perfil dos pacientes com COVID-19 a partir do surgimento das novas variantes, após a primeira onda, quando jovens estão adoecendo e se hospitalizando mais com a forma grave da doença, mesmo sem comorbidades aparentes. Portanto, as medidas preventivas devem ser universais.

Para pessoas com deficiência, é importante se certificar de que os produtos assistivos, se forem usados, sejam desinfetados com frequência; estes incluem cadeiras de rodas, bengalas, andadores, macas, bengalas brancas ou qualquer outro item que seja manuseado com frequência e usado em espaços públicos.

#### **6- Tomada 19 - CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A adesão aos protocolos de orientação é essencial no combate à COVID-19, mas é fortemente influenciada pelo nível de compreensão e adequação das estratégias para controlar as fontes de infecção. As medidas para interromper rotas de transmissão e as medidas para proteger a população suscetível, inclusive o domicílio dos profissionais, são fortemente recomendadas e precisam estar no rol dos temas da educação permanente das unidades básicas de saúde, assim como na educação em saúde da comunidade assistida.

Como profissionais de saúde, precisamos proteger nossa família. Cuide-se e cuide de quem você ama!...



Narradora finaliza o vídeo

Fonte: A autora

A figura 1 mostra fotografias de trechos do vídeo selecionadas aleatoriamente com finalidade ilustrativa.



Figura 1 – Fotografias de trechos do vídeo

Fonte: A autora

O vídeo instrucional produzido, como segundo produto que compõe esta dissertação, foi enviado para a banca examinadora por meio de *link* compartilhável do aplicativo *WeTransferPro*.

Acredita-se que o conteúdo elaborado em formato de vídeo contribuirá para os treinamentos e educação permanente dos colaboradores da APS. Pretende-se validar este produto técnico para fazer parte de capacitações de graduandos do internato de medicina e médicos residentes que estagiam na APS de Campina Grande.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dois produtos compuseram a presente dissertação: (1) um artigo original resultante de estudo observacional, submetido ao periódico Revista Ana Nery de Enfermagem; e (2) um produto técnico instrucional sob o formato de vídeo, intitulado “Como profissional da saúde da atenção básica, posso evitar que minha família seja contaminada durante a pandemia de COVID-19?”.

Por meio do artigo, foram apresentados os resultados do estudo realizado a partir da aplicação de questionários enviados remotamente para profissionais da atenção primária em saúde da cidade de Campina Grande, com o objetivo geral de avaliar que medidas não farmacológicas de prevenção foram empregadas durante a pandemia de COVID-19, em 2020, no seu ambiente familiar, assim como os fatores associados à não-adesão às MNF.

Os resultados do estudo mostraram os seguintes achados: (1) as principais medidas não farmacológicas de prevenção utilizadas no ambiente domiciliar pelos profissionais da atenção primária durante a pandemia da COVID-19 em 2020 foram higiene das mãos e limpeza do ambiente; (2) profissionais de saúde do sexo masculino e solteiros apresentaram menor chance de utilizar essas MNF preventivas contra a COVID-19 nos seus domicílios; (3) uma minoria dos profissionais adotou o isolamento de suas famílias (dentro do domicílio ou por mudança domiciliar) para exercer seu trabalho; e (4) a frequência de diagnóstico de COVID-19 entre os participantes foi de cerca de um terço da amostra, mas este diagnóstico não se associou ao cumprimento das principais medidas de prevenção contra a doença no ambiente domiciliar.

O segundo produto, um vídeo instrucional intitulado “Como profissional da saúde da atenção básica, posso evitar que minha família seja contaminada durante a pandemia de COVID-19?”. A duração do vídeo foi de 26 minutos, em arquivo MP4 para compartilhamento, com narrativas correspondentes aos seguintes tópicos: (1) Apresentação; (2) Conceitos e Transmissão; (3) Medidas de Prevenção; (4) Ambiente do Sistema de Saúde, Ambiente Domiciliar de Convivência Familiar; e (5) Considerações finais. Acredita-se que o conteúdo elaborado em formato de vídeo contribuirá para os treinamentos e educação permanente dos colaboradores da APS. Pretende-se validar este produto

técnico para fazer parte de capacitações de graduandos do internato de medicina e médicos residentes que estagiam na APS de Campina Grande.

Medidas como uso de máscara, higienização das mãos e distanciamento social devem ser mantidas. Sabe-se também que o uso de precauções adequadas no trabalho pode ajudar a minimizar o risco e a exposição a pacientes com COVID-19 e, por sua vez, também pode proteger as famílias dos próprios profissionais. Contudo, o primeiro e provavelmente mais importante passo, além do que os profissionais fazem quando chegam em casa, é o que eles estão fazendo no trabalho no sentido da tomada das devidas precauções ao atender os pacientes e se proteger. Também pode ser apropriado mencionar que um pouco de distanciamento social criterioso, no entanto, é importante, mas sem a separação completa das famílias, o que não é algo que seja necessário, nem saudável para a saúde mental das pessoas. Durante esses tempos difíceis, a família de um profissional de saúde é a chave para manter a saúde mental preservada enquanto se enfrenta a incerteza que cerca a crise da COVID-19 no sistema de saúde.

## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, R. S. *et al.* Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 5, e20200128, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672020001700178&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001700178&lng=en&nrm=iso)
- ABRASCO. Frente Ampla em Defesa da Saúde dos Trabalhadores. **Nota Técnica Conjunta: Orientação sobre Direitos de Trabalhadoras e Trabalhadores dos Serviços de Saúde, enquanto Grupo Vulnerável Prioritário na Pandemia da Covid-19.** Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/gtsaudedotrabalhador/wp-content/uploads/sites/22/2020/04/Nota-T%C3%A9cnica-da-FRENTE-AMPLA-DIREITOS-TRABALHADORES-07-04-20.pdf> Acesso em: 16 mar. 2021.
- ADAMS, J. G.; WALLS, R. M. Supporting the Health Care Workforce During the COVID-19 Global Epidemic. **JAMA.**, v. 23, n. 15, p.1439-1440, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763136> Acesso em: 16 mar. 2021.
- AGUIAR, C, V. L. **Conflito Trabalho-Família e Comprometimento Organizacional: Um Estudo com Trabalhadores de Diferentes Segmentos Produtivos.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Bahia, 2012. Disponível em: [https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/carolina\\_aguiar.pdf](https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/carolina_aguiar.pdf) Acesso em: 10 mar. 2021.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciê. saúde coletiva.*, v. 25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-1232020256.1.10502020> Acesso em: 10 mar. 2021.
- BANDEIRA, E. L.; FERREIRA, V. C.; CABRAL, A. C. A. Conflito Trabalho-Família: A Produção Científica Internacional e a Agenda de Pesquisa Nacional. *REAd. Rev. eletrôn. adm. (Porto Alegre)*, v. 25, n. 1, p. 49- 82, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-2311.232.87660> Acesso em: 15 mar. 2021.
- BARON, M. V. *et al.* Containment, mitigation, and suppression in the fight against the COVID-19 pandemic: survey and analysis. *Saúde Coletiva.*, v. 10, n. 54, p. 2657-2660, 2020. Disponível em: <http://www.revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/734/850> Acesso em: 14 mar. 2021.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. *Scientia Medica*, Porto Alegre, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007. Disponível em:



<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-707300> Acesso em: 2 abr. 2021.

BIRIHANE, B. M. *et al.* Perceived Barriers and Preventive Measures of COVID-19 Among Healthcare Providers in Debretabor, North Central Ethiopia, 2020. **Risk Manag. Healthc. Policy.**, v. 13, p. 2699-2706, 2020. Disponível em: <https://www.dovepress.com/perceived-barriers-and-preventive-measures-of-covid-19-among-healthcar-peer-reviewed-fulltext-article-RMHP#> Acesso em: 16 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020.** Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Diário Oficial da União, Brasília (DF). 2020a. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-188-de-3-de-fevereiro-de-2020-241408388> Acesso em: 27 mar. 2021.

BRASIL. **Portaria No 356, 11 de Março de 2020.** Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). 2020q. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 22 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus.** 2021a. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/> Acesso em: 25 ago. 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial 76. Doença pelo Novo Coronavírus COVID-19. 2021b. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/20/boletim\\_epidemiologico\\_covid\\_76-final20ago.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/agosto/20/boletim_epidemiologico_covid_76-final20ago.pdf)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19.** 2021c. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informe\\_Tecnico\\_Vacina\\_COVID-19.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/01/Informe_Tecnico_Vacina_COVID-19.pdf). Acesso em: 30 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico do coronavírus (COVID-19) na atenção primária à saúde.** Versão 9. 2020b. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422\\_ProtocoloManejo\\_ver08.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/20200422_ProtocoloManejo_ver08.pdf) Acesso em: 25 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Estabelecimentos por tipo. Brasília: Ministério da Saúde; 2020c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/estabbr.def> Acesso em: 30 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Departamento do Complexo Industrial e Inovação em Saúde. Classificação de risco dos agentes biológicos.** 3. ed. – Brasília: Ministério

da Saúde, 2017. Disponível em:

[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao\\_risco\\_agentes\\_biológicos\\_3ed.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/classificacao_risco_agentes_biológicos_3ed.pdf) Acesso em: 1 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). DATASUS. Recursos humanos: profissionais. Indivíduos segundo CBO 2002. Brasília: Ministério da Saúde; 2020. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defthtm.exe?cnes/cnv/prid02br.def> Acesso em: 1 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Cadastro Nacional de Recursos Humanos - Profissionais – Indivíduos- Paraíba** [Internet] Brasília (DF); 2020. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02PB.def>. Acesso em 20 abr. 2021.

CAMPBELL, R. G. SARS-CoV-2 and the nose: Risks and implications for primary care. **Aust. J. Gen. Pract.**, v. 49, n. 11, p. 728-732, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33123703/> Acesso em: 27 mar. 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 2019 Novel coronavirus, Wuhan, China. 2020. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/summary.html> Acesso em: 30 Jul 2021.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC).

Characteristics of Health Care Personnel with COVID-19 — United States, February 12–April 9, 2020. **MMWR.**, v. 69, n. 15, 2020. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6915e6.htm> Acesso em: 8 ago. 2021.

CHAU, C. H. et al. COVID-19 Clinical Diagnostics and Testing Technology. **Pharmacotherapy.**, v. 40, n. 8, 2020. Disponível em:

<https://accpjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/phar.2439> Acesso em: 17 mar. 2021.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, v. 29, n. 1, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000100021> Acesso em: 27 mar. 2021.

CRODA J, OLIVEIRA WK, FRUTUOSO RL, MANDETTA LH, BAIÁ-DA-SILVA DC, BRITO-SOUSA JD, ET AL. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Rev Soc Bras Med Trop.* 2020;53:e20200167. <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020> » <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0167-2020> Acesso em: 24 Ago 2021

DOREMALEN, N. et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *N. Engl. J. Med.*, v. 382, n. 16, p. 1564-1567, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmc2004973> Acesso em: 15 mar. 2021.



FAN, S. *et al.* A Preventive and Control Strategy for COVID-19 Infection: An Experience From a Third-Tier Chinese City. **Front. Public Health**, 2020; Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.562024/full> Acesso em: 13 mar. 2021.

FARIAS, L. *et al.* Atitudes e práticas de profissionais atuantes na Estratégia Saúde da Família quanto à abordagem aos usuários de drogas no município de Campina Grande, Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v.24, n.10, p. 3867-3878, 2019. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232019001003867&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001003867&lng=en&nrm=iso)

FEIJÓ, M. R. *et al.* Conflito Trabalho-família: Um Estudo sobre a Temática no Âmbito Brasileiro. **Pensando Fam.** v. 21, n. 1, p. 105-119, 2017. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v21n1/v21n1a09.pdf> Acesso em: 20 mar. 2021.

FUCK, M.P.; VILHA, A.M. Inovação tecnológica: da definição à ação. **Contemporâneos: Revista de Artes e Humanidades** [online], v.9, p.1-21, 2011

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Coordenação Geral de Pessoas. Centro de Saúde do Trabalhador. **Emissão de comunicação de acidente de trabalho (CAT) para trabalhadores que contraíram o novo coronavírus (COVID-19) em decorrências de suas atividades laboratoriais: diante da pandemia da doença pelo SARS-CoV-2 (COVID-19)**. Rio de Janeiro, 2020. p. 16 Disponível em: [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/43175/2/documento\\_st\\_cat\\_covid-19\\_julho.2020\\_final.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/43175/2/documento_st_cat_covid-19_julho.2020_final.pdf) Acesso em: 20 mar. 2021.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200009> Acesso em: 24 mar. 2021.

GIACOMELLI, A. *et al.* Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. **Clin. Infect. Dis.**, v. 71, p. 889-890, 2020;71:889–890. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32215618/> Acesso em: 25 mar. 2021.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cad. Saúde Pública.**, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00029818> Acesso em: 20 mar. 2021.

GOMES, L. F. Vídeos didáticos: uma proposta de critérios para análise. *Revista Bras. Est. pedagógica*. Brasília, v.89, n.223, p.477-492, 2008.

GUAN, W. J. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **N. Engl. J. Med.**, v. 382, n. 18, p. 1708-1720, 2020. Disponível em

<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/nejmoa2002032> Acesso em: 10 mar. 2021.

HARUN, I.; MAHMOOD, R; SOM, H. Role stressors and turnover intention among doctors in Malaysian public hospitals: work–family conflict and work engagement as mediators. **PSU Research Review**, 2020. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/PRR-08-2020-0025/full/pdf?title=role-stressors-and-turnover-intention-among-doctors-in-malaysian-public-hospitals-workfamily-conflict-and-work-engagement-as-mediators> Acesso em: 21 mar. 2021.

HEYMANN, D. L.; SHINDO, N. COVID-19: what is next for public health? **The Lancet**, v. 395, n. 10224, p. 542-545, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30374-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30374-3/fulltext) Acesso em: 20 mar. 2021.

HOCHMAN, B. *et al.* Desenhos de pesquisa. **Acta Cir. Bras.**, v. 20, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/acb/v20s2/v20s2a02.pdf> Acesso em: 3 abr. 2021.

HSIN-CHEN, D.; MACER, D. R. J. Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers. **J. Infect.**, v. 49, n. 3, 2004. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15337337/> Acesso em: 23 mar. 2021.

IBGE. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. Projeção da população do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade para o período 2000-2030. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2020. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/projpopuf.def> Acesso em: 15 set. 2020.

KAMPF, G. *et al.* Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **J. Hosp Infect.**, v. 104, n. 3, p.246-251, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32035997/> Acesso em: 30 jul. 2021.

KOSSEK, E. E; LEE, K. H. Work-Family Conflict and Work-Life Conflict. Oxford Research Encyclopedia of Business and Management, 2017. Disponível em: <https://oxfordre.com/business/view/10.1093/acrefore/9780190224851.001.0001/acrefore-9780190224851-e-52> Acesso em: 3 mar. 2021.

LEE, S. *et al.* COVID-19 pandemic response simulation in a large city: impact of nonpharmaceutical interventions on reopening society. **Med. Decis. Making**, 2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272989X211003081> Acesso em: 2 abr. 2021.

LEMOS, A. H. C.; BARBOSA, A. O.; MONZATO, P. P. Women in Home Office during the COVID-19 Pandemic and the Work-Family Conflict Configurations. **Rev. adm. empres.**, v. 60, n. 6, p. 388-399, 2021. Disponível

em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003475902020000600388&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475902020000600388&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 3 mar. 2021.

LI, Q. *et al.* Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected pneumonia. **N. Engl. J. Med.** v. 382, n. 13, p. 1199-1207, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa2001316> Acesso em: 3 mar. 2021.

LI, H. *et al.* Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. *Int. J. Antimicrob. Agents.*, n. 20, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951> Acesso em: 30 out. 2020.

LIU, X. *et al.* COVID-19: Progress in diagnostics, therapy and vaccination. **Theranostics**, v. 10, n. 17, p. 7821-7835, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7359073/> Acesso em: 18 mar. 2021.

LOTFINEJAD, N.; PETERS, A.; PITTET, D. Hand hygiene and the novel coronavirus pandemic: the role of healthcare workers. *Hosp Infect.*, v. 105, n. 4, p. 776-777, 2020. Disponível em: doi: 10.1016/j.jhin.2020.03.017 Acesso em: 30 out. 2020.

MACHE, S. *et al.* Managing work-family conflict in the medical profession: working conditions and individual resources as related factors. **BMJ Open**, 2015. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/4/e006871.full.pdf> Acesso em: 4 mar. 2021.

MACINTYRE, C. R.; CHUGHTAI, A. A. A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients. *Int. J. Nurs. Stud.*, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7191274/> Acesso em: 30 out. 2020.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, M. V. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5a ed. Ed. Atlas; 2003. 311 p.

MOORE, D. *et al.* Protecting health care workers from SARS and other respiratory pathogens: organizational and individual factors that affect adherence to infection control guidelines. **Am. J. Infect. Control.**, v. 33, n. 2, p. 88-96., 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15761408/> Acesso em: 29 mar. 2021.

ODUSANYA, O.O.; ODUGBEMI, B.A.; ODUGBEMI, T.O.; AJISERGIRI, W.S. COVID-19: a review of the effectiveness of non-pharmacological interventions. *Niger Postgrad Med J.* 2020; 27(4):261-7.. [https://doi.org/10.4103/npmj.npmj\\_208\\_20](https://doi.org/10.4103/npmj.npmj_208_20)

ONG, S. W. *et al.* Air, Surface Environmental, and Personal Protective Equipment Contamination by Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARSCoV-2) From a Symptomatic Patient. *JAMA.*, v. 323, n. 16, p. 1610-

1612, 2020. Disponível em:

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762692> Acesso em: 14 mar. 2021.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Surto da doença coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos trabalhadores da saúde, incluindo as principais considerações sobre segurança e saúde ocupacional**. Orientação provisória 19 de março de 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51988/OPASBRACOV1920033\\_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51988/OPASBRACOV1920033_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 14 mar. 2021.

PETHERICK, A.; KIRA, B. As medidas governamentais adotadas em resposta ao COVID-19 no Brasil atendem aos critérios da OMS para flexibilização de restrições? OxCGRT Brazil subnational codersBSG-WP-2020/033, 2020. Disponível em: <https://www.bsg.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-06/BSG-WP-2020-033-PT.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PEREIRA, A. M. *et al.* Burnout e interação trabalho-família em enfermeiros: Estudo exploratório com o Survey Work-Home Interaction Nijmegen (SWING). **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** v. 11, p. 24-30, 2014. Acesso em: 17 mar. 2021.

RODRIGUES JUNIOR, J. C. *et al.* Development of an educational video for the promotion of eye health in school children. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. v. 26, n. 2, e06760015, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0104-07072017006760015>>.

SABILA, F. *et al.* **Identifying Work-Family Conflict among Nurses: A Qualitative Study**. 3rd International Conference on Business and Economics, 2016. Disponível em: [https://www.europeanproceedings.com/files/data/article/47/1397/article\\_47\\_1397\\_pdf\\_100.pdf](https://www.europeanproceedings.com/files/data/article/47/1397/article_47_1397_pdf_100.pdf) Acesso em: 17 mar. 2021.

SAHU, K. K.; KUMAR, R. Preventive and treatment strategies of COVID-19: From community to clinical trials. **J. Family Med. Prim. Care.**, v. 9, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7380756/#!po=54.7619> Acesso em: 10 mar. 2021.

SANTOS, K. O. B. *et al.* Trabalho, saúde e vulnerabilidade na pandemia de COVID-19. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0102-311x00178320> Acesso: 18 abr. 2021.

SARTI, T. D. *et al.* What is the role of Primary Health Care in the COVID-19 pandemic? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ress/v29n2/2237-9622-ress-29-02-e2020166.pdf> Acesso em: 16 mar. 2021.

SCHIEMAN, S. *et al.* Work-Life Conflict During the COVID-19 Pandemic. **Socius.**, v. 7, p. 6-19, 2021. Disponível em:

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2378023120982856> Acesso em: 5 mar. 2021.

SENADO FEDERAL. Agência Senado. **Falta de normas claras e de ações coordenadas para distanciamento social prejudica combate à Covid.** 2021. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2021/04/falta-de-normas-claras-e-de-acoes-coordenadas-para-distanciamento-social-prejudica-combate-a-covid>. Acesso em: 01 set. 2021.

SHEREEN, M. A. *et al.* COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. **J Adv Res.**, v. 24, p. 91-98, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005> Acesso em: 5 mar. 2021.

SIFUENTES-RODRÍGUEZ, E.; PALACIOS-REYES, D. COVID-19: The outbreak caused by a new coronavirus. COVID-19: la epidemia causada por un nuevo coronavirus. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.*, v. 77, n. 2, p. 47-53, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.24875/bmhim.20000039> Acesso em: 10 mar. 2021.

SIM, M. R. The COVID-19 pandemic: major risks to healthcare and other workers on the front line. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 77, p. 281-282, 2020. Disponível em: <https://oem.bmj.com/content/77/5/281.info> Acesso em: 25 mar. 2021.

SIMÃES, C. Conflito trabalho-família em profissionais de saúde: teoria, investigação e intervenção. In: Bartholomeu, D, Montiel, J. M., Machado, A. A. *et al.* (Ed.). **Relações interpessoais: Concepções e contextos de intervenção e avaliação**, p. 205-234. São Paulo: Vetor, 2016.

SOHRABI, C. *et al.* World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). **Int. J. Surg.**, v. 76, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743919120301977?via%3Dihub> Acesso em: 2 mar. 2021.

SOUADKA A, ESSANGRI H, BENKABBOU A, AMRANI L, MAJBAR MA. COVID-19 and Healthcare worker's families: behind the scenes of frontline response (letter). *EClinicalMedicine* 2020; 23:doi100373. em 16 08 2021

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura / Ministério da Saúde; 2002.

TEIXEIRA, C. F. S. *et al.* The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. **Ciên. Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v25n9/1413-8123-csc-25-09-3465.pdf> Acesso em: 5 mar. 2021.

WANG, W. *et al.* Detection of SARS-CoV-2 in Different Types of Clinical Specimens. *JAMA.*, v. 323, n. 18, 2020. Disponível em:



<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762997> Acesso em: 5 mar. 2021.

WANG, Y. *et al.* Unique epidemiological and clinical features of the emerging 2019 novel coronavirus pneumonia (COVID-19) implicate special control measures. **J. Med. Virol.** 2020. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jmv.25748> Acesso em: 5 mar. 2021.

WEISSLEDER, R. *et al.* COVID-19 diagnostics in context. **Sci. Transl. Med.**, v. 12, n. 546, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32493791/> Acesso em: 17 mar. 2021.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.5, 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada> Acesso em: 6 mar. 2021.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **J. Travel. Med.**, v. 27, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32052841/> Acesso em: 14 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION & Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). **Plan nacional de despliegue y vacunación frente a la COVID-19: proceso de presentación y revisión**, 29 de enero de 2021. Organización Mundial de la Salud. 2021. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340283>. Acesso em: 7 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 Dashboard. Geneva: WHO, 2021. Disponível em: <https://covid19.who.int/> Acesso em: 16 abr. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: World Health Organization; 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)) Acesso em: 7 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19: interim guidance, 30 October 2020b. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336265> Acesso em: 12 mar. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus Disease (Covid-19) Outbreak: Rights, Roles and Responsibilities of Health Workers, Including Key Considerations for Occupational Safety and Health. 2020c. Disponível em: [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401\\_](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-rights-roles-respon-hw-covid-19.pdf?sfvrsn=bcabd401_) Acesso em: 9 mar. 2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 highlights nurses' vulnerability as backbone to health services worldwide. 2020d. Disponível em: <https://news.un.org/en/story/2020/04/1061232>. Acesso em: 20 abr. 2021.

WÖLFEL, R. *et al.* Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature.*, v. 581, n. 7809, p. 465-469, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2196-x> Acesso em: 30 mar. 2021.

WU, Z.; MCCOOGAN, J. M. Characteristics of and Important Lessons from the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72 314 Cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA.*, v. 323, n. 13, p. 1239-1242, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130> Acesso em: 6 mar. 2021.

YAO, X. *et al.* In Vitro Antiviral activity and projection of optimized dosing design of Hydroxychloroquine for the treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). *Clin. Infect. Dis.*, v. 71, n. 15, p. 732-739, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32150618/> Acesso em: 14 mar. 2021.

ZHAO, Y. *et al.* Parent's shift work in connection with work-family conflict and mental health: examining the pathways for mothers and fathers. *Journal of Family Issues*, v. 42, n. 2, p. 445–473, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0192513X20929059> Acesso em: 1<sup>o</sup> abr. 2021.

ZHEN, J *et al.* . Transmission of respiratory viruses when using public ground transport: A rapid review to inform public health recommendations during the COVID-19 pandemic. *SAMJ, S. Afr. med. j.*, Pretoria , v. 110, n. 6, p. 478-483, June 2020 . Available from <[http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0256-95742020000600024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0256-95742020000600024&lng=en&nrm=iso)>. access on 12 Aug. 2021. <http://dx.doi.org/10.7196/SAMJ.2020.v110i6.14751>.

## 10 ANEXOS

### 10.1 ANEXO A- INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS (PARCIAL)

Você está sendo convidado para participar deste estudo que tem como objetivo analisar os efeitos físicos, psicológicos e sociais decorrentes da pandemia da COVID-19. Você não será identificado em nenhum momento. Solicitamos a sua valiosa colaboração em responder os itens que seguem. O tempo médio previsto para responder é 10 minutos. Muito obrigada!

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:

<https://www.dropbox.com/s/7um6z3vv0mcqd1I/TCLE.pdf?dl=0>

#### 1. Você concorda em participar da pesquisa?

( ) Sim ( ) Não

2. Você é profissional da saúde?

Sim

Não. Agradecemos sua participação

\* 3. Você atua na assistência?

Sim

Não. Agradecemos sua participação

\* 4. Para que tipos de pessoas você presta assistência?

Com COVID (suspeita ou confirmado)

Em geral

Ambos



**\* 5. Categoria profissional**

Médico

Enfermeiro

Técnico de Enfermagem

Auxiliar de Enfermagem

Fisioterapeuta

Psicólogo

Fonoaudiólogo

Terapeuta ocupacional

Odontólogo

Outro

**\* 6. Idade****\* 7. Estado****\* 8. Cidade****\* 9. Sexo**

Masculino

Feminino

**\* 10. Cor da pele**

Branca

Preta

Parda

Amarela

Vermelha

---

\* 11. Estado conjugal

- Solteiro
- Casado
- Divorciado/separado
- União estável/morando junto
- Viúvo

\* 12. Religião

- Católico
- Evangélico
- Espírita
- Não tem
- Outra

\* 13. Praticante

- Sim
- Não

\* 14. Escolaridade

- Ensino Médio
- Superior
- Pós-graduação

\* 15. Especialidade que atua

- Infectologia
- Clínico geral
- Ginecologia e obstetrícia
- Cirurgia
- Terapia intensiva
- Psiquiatria
- Urgência e Emergência
- Não se aplica
- Outra

16. Caso tenha respondido a opção "outra", especificar

17. Setor (es) de atuação

- Ambulatório
- Unidade de Terapia Intensiva
- Enfermaria
- Centro cirúrgico
- Unidade de Pronto Atendimento
- Unidade de Emergência
- Unidade Básica de Saúde
- Consultório particular
- Hospital de campanha para assistência a pacientes com COVID-19
- Outro

\* 18. Tipo de instituição onde trabalha

- Privada
- Pública
- Filantrópica

\* 19. Você prestou assistência em hospital de campanha para a COVID-19?

- Sim
- Não

\* 20. Tempo de experiência na função (em anos).

\* 21. Tempo de formado (em anos).

\* 22. Você tem filhos?

- Sim
- Não

---

\* 23. Teve que se afastar dos filhos, família para exercer a profissão?

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

24. Quantas pessoas residem na mesma casa (incluindo você)?

\* 25. Há crianças menores de 12 anos que moram na mesma casa com você?

- Sim  
 Não

\* 26. Há idosos ou pessoas em grupo de risco para COVID-19 que moram com você?

- Sim  
 Não

\* 27. Você adota medidas de prevenção e controle da COVID-19 no seu convívio familiar?

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

\* 28. Quais medidas você adota para prevenir a COVID-19 no seu convívio familiar (assinale mais de uma opção)?

- Uso de máscara de tecido  
 Uso de máscara N95  
 Higiene das mãos  
 Limpeza do ambiente do domicílio  
 Distanciamento físico dos familiares  
 Separação dos utensílios domésticos  
 Isolamento domiciliar  
 Mudança de domicílio  
 Higiene dos alimentos  
 Não se aplica  
 Nenhuma  
 Outra

\* 29. Você teve diagnóstico de COVID? (clínico ou laboratorial)

- Sim  
 Não

\* 30. Na pandemia ficou isolado por um período da família?

- Sim  
 Não  
 Não se aplica

\* 31. Você recebeu alguma capacitação ou curso sobre o COVID-19?

- Sim  
 Não

\* 32. A instituição que você trabalha forneceu EPI suficiente para o uso?

- Sim  
 Não  
 Em parte

## 9.2 ANEXO B- PARECER DE APROVAÇÃO NO CEP (Pesquisa Multicêntrica “raiz”) – [em três laudas]

### 9.3 ANEXO C

#### NORMAS DE PUBLICAÇÃO DA REVISTA ANA NERY DE ENFERMAGEM

Escola Anna Nery Revista de Enfermagem  
Secretaria Administrativa  
Escola de Enfermagem Anna Nery / UFRJ  
Rua Afonso Cavalcanti, 275, Cidade Nova  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil  
CEP 20.211-110  
Tel.: + 55 (21) 3938-0952  
Tel.: + 55 (21) 3938-0941  
E - mail: [annaneryrevista@gmail.com](mailto:annaneryrevista@gmail.com)

*Redação científica.* Os manuscritos deverão ser redigidos na ortografia oficial, em espaço duplo, fonte *Times New Roman* tamanho 12, layout de página em tamanho A4 (21cm x 29,7cm). Os manuscritos deverão ser submetidos em português, inglês ou espanhol, exclusivamente. Os manuscritos submetidos na versão português e espanhol, após sua aprovação deverão ser traduzidos para a versão em inglês, por um dos tradutores credenciados pela revista. O custo da tradução é de inteira responsabilidade de seus autores. Após a tradução, os autores deverão encaminhar o artigo conforme as Instruções sobre o Fluxo de Publicação enviado pela Secretaria da Revista, quando de sua aprovação, por meio do Sistema de Submissão acompanhado de carta (ou certificado ou declaração), de proof reader do tradutor e revisor gramatical.

*Título:* Apresentar o título do manuscrito nos três idiomas, com no máximo 16 palavras.

#### **Conteúdo do artigo:**

(a) *Introdução:* apresentar o problema de estudo, destacar sua importância e lacunas de conhecimento; objetivos e outros elementos necessários para situar o tema da pesquisa.

(b) *Revisão da literatura:* selecionar a literatura relevante que serviu de base à investigação da pesquisa proposta de modo a proporcionar os antecedentes para a compreensão do conhecimento atual sobre o tema e, evidenciar a importância do novo estudo. Quando não for necessário criar um capítulo para a Revisão da Literatura, em consideração à extensão histórica do assunto, o mesmo poderá ser inserido na Introdução.

(c) *Método:* incluir de forma objetiva e completa a natureza/tipo do estudo; dados sobre o local onde foi realizada a pesquisa; população/sujeitos do estudo e seus critérios de seleção; material; equipamentos; procedimentos técnicos e métodos adotados para a coleta de dados; tratamento estatístico/categorização dos dados; informar a aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, a data e o número do protocolo.

(d) *Resultados:* os resultados devem ser apresentados de maneira clara, objetiva e em sequência lógica, utilizando ilustrações quando necessário.

(e) *Discussão*: pode ser redigida SEPARADAMENTE dos resultados. Deve destacar a compatibilidade entre os achados que resultaram da análise e a literatura relevante ressaltando os aspectos novos e/ou fundamentais. Demonstrar que as referências adotadas para a discussão dos achados são pertinentes e adequadas à geração do conhecimento novo, enfatizando o diálogo com a comunidade científica internacional.

(f) *Conclusões e implicações para a prática*: apresentar considerações significativas fundamentadas no conhecimento novo gerado que atendam aos objetivos do estudo, sem repeti-los textualmente. Destacar as limitações do estudo e a indicação de necessidade de novas pesquisas. Indicar quais são as implicações desses achados para a prática (ensino, pesquisa ou assistencial) de saúde e de enfermagem.

## **Formatação**

*Citações no texto*. As citações de autores no texto precisam estar em conformidade com os exemplos sugeridos e elaborados segundo o estilo "Vancouver" (em anexo) e apresentar o número da referência da qual foram subtraídas, sem o nome do autor, de acordo com a ordem em que foram citados no texto. Os números que identificam os autores devem ser indicados sobrescritos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1</sup>

Em caso de citações sequenciais, deverão ser indicadas o primeiro e o último número, separados por hífen, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1-5</sup>

Quando houver necessidade de citações intercaladas, os números deverão ser separados por vírgula, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades.<sup>1-3,6</sup>

Na transcrição "ipsis literes" de citações, exige-se a indicação a página da referência adotada cujo número da página deve localizar-se após o número da referência seguido de dois pontos, conforme exemplo a seguir:

As ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser "vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades".<sup>3:16-18</sup>

O autor(es) deverá observar também os seguintes critérios:

Até três linhas de citação, usar aspas na sequência do texto normal, conforme exemplo a seguir:

Para efeito de exemplo da aplicação das instruções aos autores, o manuscrito destaca a contribuição das "ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades". **3:16-18**

Mais de três linhas de citação, destacá-la em nova linha, em bloco próprio distinto do texto normal, sem aspas, com espaço simples e recuo de 3 espaços da margem esquerda, conforme exemplo a seguir:

Destacar a contribuição das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, em suas várias dimensões, podem ser vivenciadas mais plenamente entre profissionais e famílias, quando se considera a dinâmica interna de múltiplas atividades. **3:16-18**

Os fragmentos de dados empíricos de pesquisas qualitativas devem ser apresentados em nova linha, em bloco próprio, distinto do texto normal, em itálico, sem aspas, com espaço simples e recuo de 2cm da margem esquerda. Esses dados devem estar identificados por siglas, letras, números ou outra forma de manutenção do anonimato aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, ou equivalente para outros países, como o exemplo a seguir:

[...] os usuários desse serviço de saúde são bastante conscientes da necessidade do próprio envolvimento no tratamento de sua doença para um resultado mais satisfatório [...] (E2).

*Notas de rodapé:* deverão ser indicadas por letras, sendo no máximo três. As notas de rodapé, quando imprescindíveis, serão indicadas como se segue: a, primeira nota; b, segunda nota e c, terceira nota.

*Resumos:* Quaisquer modalidades de manuscritos (pesquisa original, estudos de reflexão, relato de experiência, revisão sistemática, ensaio ou Essay) devem conter até 200 palavras, nas três versões: português/resumo, (espanhol/*resumen*) e inglês/*abstract*). O conteúdo dos resumos deve ser informativo e registrado nos itens correspondentes: **Objetivos, método, resultados, conclusão e implicações para a prática**. O resumo deve apresentar todas as partes do texto de maneira sintética.

*Palavras-chave:* São termos fundamentais para a classificação da temática abordada no manuscrito em bases de dados nacionais e internacionais. Serão aceitos entre 03 e 05 palavras-chave em português, espanhol (palabras clave) e inglês (keywords) selecionadas pelo(s) autor(es) no endereço eletrônico <http://decs.bvs.br> (Descritores em Ciências da Saúde- criado por BIREME) ou Mesh (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>).

*Referências:* A apresentação das referências deve ter espaço simples e fonte Times New Roman tamanho 12, sem parágrafos e recuos, e numeradas de acordo com sua ordem de citação no texto, de acordo com as normas do International Committee of Medical Journal Editors que está disponível



em [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)), conhecidas como "Normas de Vancouver". A veracidade das referências é de responsabilidade do(s) autor(es).