



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA, PÓS-
GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO PROFISSIONAL EM REDE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
PROFSAÚDE/FIOCRUZ/UFMA



Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas do cotidiano das orientações médico-científicas pela população de um território de abrangência da Atenção Primária à Saúde no município de Zé Doca, Estado do Maranhão.

EMANNUEL PAULLINO SOUSA MORAIS

Zé Doca - MA
2022

EMANNUEL PAULLINO SOUSA MORAIS

Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas do cotidiano das orientações médico-científicas pela população de um território de abrangência da Atenção Primária à Saúde no município de Zé Doca, Estado do Maranhão.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família, da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria do Rosário da Silva Ramos Costa

Coorientadora: Prof^a. Dr^a Ivone Lima Santana

Linha de Pesquisa: Informação e Saúde

Zé Doca
2022

MORAIS, Emannuel Paullino Sousa.

Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas do cotidiano das orientações médico-científicas pela população de um território de abrangência da Atenção Primária à Saúde no município de Zé Doca, Estado do Maranhão. São Luís, 2022.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria do Rosário da Silva Ramos Costa.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Ivone Lima Santana

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação) - do Mestrado Profissional em Rede de Saúde da Família da UFMA/FIOCRUZ, São Luís, Maranhão, 2022.

1. COVID-19. 2. práticas. 3. comunidade. I. Costa, Maria do Rosário da Silva Ramos.
II. Título.

CDD:

EMANNUEL PAULLINO SOUSA MORAIS

Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas do cotidiano das orientações médico-científicas pela população de um território de abrangência da Atenção Primária à Saúde no município de Zé Doca, Estado do Maranhão.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família

Área de concentração: Informação e Saúde

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria do Rosário da Silva Ramos Costa – Orientadora
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho
Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Marcos Antônio Barbosa Pacheco
Universidade CEUMA

Zé Doca
2022

“Por maior que tenha sido meu empenho, com certeza nem sempre fui bem-sucedido. Mas, honestamente, tentei.”

(Laurentino Gomes)

Agradecimentos

Agradeço a Fundação Oswaldo Cruz e a Universidade Federal do Maranhão pela oportunidade de estar em seus quadros no desenvolvimento da ciência e na contribuição para o crescimento e desenvolvimento da saúde coletiva em nosso país.

Agradecer também ao Município de Zé Doca, através de sua gestora municipal, Maria Josenilda Cunha Rodrigues, que não somente concedeu a autorização para participação das equipes municipais na pesquisa, mas também ofereceu sempre palavras de motivação nos momentos cruciais para o andamento do projeto.

A toda equipe da Unidade de Saúde da Família Eudineia Alves Veras Cutrim, em especial a Enfermeira-Chefe da USF, Elenilde Pinheiro Santos, e a todos os Agentes Comunitários de Saúde que nos apoiaram na busca-ativa e na abordagem dos participantes da pesquisa.

Agradecimentos Especiais

Ao Deus de minha criação pelo dom da vida, a força e a coragem para prosseguir no caminho de paz e luz, o discernimento e a sabedoria para não desistir e chegar até aqui.

Aos meus familiares, em especial a minha mãe e as minhas avós que ao longo dos anos me deram a motivação necessária para persistir em minha caminhada acadêmica.

Ao grande amigo Francisco Barros Lima (*in memoriam*) que foi um grande incentivador do desenvolvimento da saúde pública no município de Zé Doca e que me apoiou diretamente em todas as fases do processo seletivo do Mestrado, além de estar pessoalmente empolgado com os objetivos do projeto mas que infelizmente não teve a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento, sendo uma das mais de 600 mil vítimas da COVID-19 no Brasil. Francisco, esse trabalho é dedicado a todo seu esforço em garantir mais qualidade e acesso a saúde para os zedoquenses. Obrigado por tudo.

As minhas amigas, Magna Protásio, Mellina Lima e Palena Pinto, que colaboraram comigo nos momentos de maior nervosismo e insegurança, contribuindo para o desenvolvimento do trabalho que se apresenta. Sem vocês não sei até onde conseguiria ter chegado.

A minha orientadora, Prof. Dra. Maria do Rosário da Silva Ramos Costa, por todos os conselhos, pela paciência e pela doçura com o que me ajudou a atravessar este período de formação, e também a minha coorientadora, Prof. Dra. Ivone Lima Santana, que já de tão longe me acompanha e por tão pacientemente me ajudar a alcançar o nível de excelência que as instituições formadoras esperam de nós. As duas, minha eterna admiração e gratidão.

A minha colega de curso, a mestrande Eline Maria Santos de Sousa, por me acompanhar no desafio que foi a realização deste trabalho, oferecendo sempre um outro olhar e o apoio necessário para a manutenção do foco e do equilíbrio que possibilitaram esta produção científica.

RESUMO

A doença do novo coronavírus (COVID-19), causada pelo segundo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), foi decretada em fevereiro de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia. Os desafios impostos pela pandemia do Coronavírus foi acrescida por um conjunto de informações médico-científicas, muitas vezes estranhas ao universo relacional das comunidades. O objetivo deste trabalho é analisar como a população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde (APS) percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19. O estudo teve abordagem quanti-qualitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados na comunidade de um território de Atenção Primária no município de Zé Doca, Estado do Maranhão, além de ser um recorte de projeto de pesquisa multicêntrico, de abrangência nacional. Foram aplicados 74 questionários na primeira etapa e na segunda etapa foram entrevistadas 14 pessoas dentre as que tinham respondido o questionário da etapa inicial. Na primeira etapa detectou-se um aumento na quantidade de indivíduos recebendo benefícios sociais em relação ao período anterior da pandemia. Na segunda etapa, para a maioria, apesar da infodemia e de aspectos como desinformação e informações falsas veiculadas principalmente pela internet, os profissionais de saúde são a fonte mais confiável de informação sobre o Coronavírus, cuja doença causada por ele é muito grave e o uso de máscaras, o distanciamento social e a lavagem das mãos, além da vacinação, são a forma mais eficiente de se prevenir contra a infecção pelo SARS-COV-2. A utilização destas medidas preventivas e o reconhecimento da Unidade Básica de Saúde como centro de comunicação em saúde no território demonstraram a importância do trabalho das equipes de saúde da família na prevenção da infecção pelo coronavírus. É essencial para as equipes de saúde da família a absorção das novas tecnologias a sua incorporação nas estratégias de educação em saúde.

Palavras-chave: COVID-19. Práticas. Comunidade.

ABSTRACT

The novel coronavirus disease, caused by the second severe acute respiratory syndrome coronavirus, was declared in February 2020 by the World Health Organization as a pandemic. The challenges posed by the Coronavirus pandemic were amplified by a set of medical-scientific information, often foreign to the relational universe of communities. The aim of this work is to analyze how the population of the territories covered by Primary Health Care perceive and translate COVID-19 prevention and control measures into everyday practices at the individual, family and collective levels. The study had a quantitative-qualitative, cross-sectional approach, designed to understand the meanings of human phenomena that are part of the social reality of the subjects studied in the community of a Primary Care territory in the municipality of Zé Doca, State of Maranhão, in addition to being a cross-section of a multicenter research project, with a national scope. 74 questionnaires were applied in the first stage and in the second stage, 14 people were interviewed among those who had answered the questionnaire in the initial stage. In the first stage, an increase in the number of individuals receiving social benefits was detected in relation to the previous period of the pandemic. For the majority, healthcare professionals are the most reliable source of information about the Coronavirus, which illness caused by it is very serious, and the use of masks, social distancing, and hand washing. In addition to vaccination, they are the most efficient way to prevent infection by SARS-COV-2. The use of these preventive measures and the recognition of the Primary Care Units as a health communication center in the territory demonstrated the significance of the work of Family Health Teams in preventing infection by the coronavirus. It is essential for family health teams to absorb new technologies and incorporate them into health education strategies.

Keywords: COVID-19. Practices. Community

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização da amostra de usuários(as) entrevistado(as) por sexo, raça/cor e idade em Zé Doca, (MA).....	26
Tabela 2. Estrutura dos domicílios da amostra pesquisada em Zé Doca (MA)....	28
Tabela 3. Relação da amostra pesquisada com o mercado de trabalho em Zé Doca (MA).....	29
Tabela 4. Recebimento de benefícios sociais antes e depois da declaração de Pandemia do SARS-COV-2 na amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	30
Tabela 5. Sensação de informação por fontes específicas de origem na amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	32
Tabela 6. Percepções sobre risco de contaminação e gravidade da infecção pelo SARS-COV-2 na amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	33
Tabela 7. Importância das medidas de proteção contra o Coronavírus na amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	34

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1. Distribuição da escolaridade na amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	27
Gráfico 2. Rendimento mensal do lar da amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	28
Gráfico 3. Percepção da comunidade sobre ações de combate e prevenção do Coronavírus pela ESF no território da amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	31
Gráfico 4. Confiança na efetividade das medidas preventivas e protetivas contra o Coronavírus adota na amostra pesquisada em Zé Doca (MA).....	31
Figura 1. Classificação Hierárquica Descendente das entrevistas realizadas na segunda etapa.....	35
Quadro 1. Classificação e categorização das entrevistas da segunda etapa.....	39
Figura 2. Nuvem de palavras das respostas dadas pelos entrevistados da segunda etapa no município de Zé Doca (MA), 2021.....	40
Figura 3. Análise de Similitude das respostas dadas pelos entrevistados da segunda etapa. Zé Doca, 2021.....	41

DEFINIÇÃO DE TERMOS E ABREVIATURAS

APS – Atenção Primária em Saúde

AS – Análise de Similitude

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CHD – Classificação Hierárquica Descendente

COVID-19 – *Coronavirus Disease 2019* (Doença do Coronavírus 2019)

ESF – Estratégia Saúde da Família

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

NP – Nuvem de Palavras

OMS – Organização Mundial de Saúde

PROFSAÚDE – Mestrado Profissional em Saúde na Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SARS-COV-2 – *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (Síndrome Respiratória Aguda Grave do Coronavírus 2)

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	15
3 OBJETIVOS	16
4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
5 METODOLOGIA	21
6 RESULTADOS	26
7 DISCUSSÃO	42
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	49
ANEXO A – APRESENTAÇÃO DA PESQUISA AO PARTICIPANTE	54
ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DA PLATAFORMA GOOGLE FORMS® UTILIZADO NA 1ª ETAPA DA PESQUISA	56
ANEXO D – ROTEIRO DA ENTREVISTA DIALOGADA (2ª ETAPA)	62

1 INTRODUÇÃO

A doença do novo coronavírus (COVID-19), causada pelo coronavírus tipo 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), foi decretada em fevereiro de 2020 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma pandemia. Desta forma tem sido mobilizado em todo o mundo recursos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais para o enfrentamento da pandemia.

A pandemia de COVID-19 expôs os sistemas de saúde ao limite de suas capacidades e testou diversos fatores como a organização gerencial, o potencial de adaptabilidade e a saúde financeira dos sistemas ao redor do planeta. (NORONHA *et al.*, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil é organizado de forma tripartite, com cada esfera do poder tendo sua atribuição definida nas leis e portarias que regulam o SUS. Esta característica muitas vezes acaba gerando distorções na condução de algumas políticas de saúde, fato que ficou claro durante a Pandemia da COVID-19, onde governo federal, estaduais e municipais nem sempre falaram uma mesma língua em relação as ações de enfrentamento. (LIMA *et al.*, 2020).

Muitos fatores podem afetar a rapidez com que práticas eficazes de controle de doenças são implementadas, como campanhas de informação, práticas locais de saúde, comportamento social e sistema de crenças. (LIMA *et al.*, 2020).

É interessante, portanto, entender que cada território de saúde possui uma ordem local que é fruto da interação social no cotidiano, da copresença, da vizinhança, da intimidade, emoção, cooperação e da interdependência e da contiguidade e que todos esses fatores podem influenciar na elaboração, execução e avaliação das ações de saúde, especialmente no que tange as ações de vigilância em saúde de um ou mais agravos específicos. (FERNANDES *et al.*, 2017).

O presente estudo busca conhecer e compreender melhor as práticas do enfrentamento da pandemia pela população brasileira, em especial a população do Estado do Maranhão, ajudando equipes, gestores e políticas públicas nas

orientações médico-científicas de prevenção e controle da COVID-19. Desta forma foi escolhido o município de Zé Doca, situado na microrregião de Pindaré, mesorregião do Oeste Maranhense, as margens da BR 316, a 310 km de São Luís, capital do Estado.

Este trabalho se propõe a analisar como a população dos territórios de abrangência da Atenção Primária em Saúde (APS) percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle do COVID-19 no município de Zé Doca – MA, captando grau de satisfação dos usuários com a condução das ações, sua percepção sobre o alcance das mesmas e analisar a participação desses atores no planejamento, execução e avaliação das ações.

Este projeto é um recorte de pesquisa multicêntrica, de abrangência nacional, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e as demais Instituições de Ensino e Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A equipe da pesquisa é composta por uma coordenação nacional; por coordenadores(as) locais da pesquisa, sendo estes(as), os (as) coordenadores(as) e docentes do PROFSAÚDE nas Instituições de Ensino e Pesquisa; bem como por mestrandos e mestrandas do curso.

2 JUSTIFICATIVA

Os desafios impostos pela pandemia do Coronavírus, reforçam a luta cotidiana das populações pela sobrevivência que é acrescida por um conjunto de informações médico-científicas, muitas vezes estranhas ao seu universo relacional, advindas de dados epidemiológicos, decretos, portarias e recomendações que geram múltiplos significados às vezes, divergentes e contraditórias sobre os modos de proceder, determinando conflitos entre o “dever ser” e o “possível”. Diante disso as pessoas desenvolvem traduções, interpretações e adaptações para a realidade local, corroborando o pressuposto que a eficácia comunicativa das informações e a efetividade das ações de prevenção e controle depende dos arranjos que a comunidade elabora.

A pandemia se configura em Emergência de Saúde Pública de interesse internacional, apresentando risco elevado para países com sistemas de saúde

vulneráveis (WHO, 2020a), crescimento contínuo no número de infectados, hospitalizados e mortos (OPAS BRASIL, 2020).

Considerando esta realidade, a eficiência das medidas e estratégias de prevenção e controle dependem de processos voltados para educar plenamente o público em geral sobre a seriedade do COVID-19 e da sua responsabilidade na prevenção e propagação (WHO, 2020b). Neste contexto, as equipes de Saúde da APS exercem papel fundamental, pois compreendem elementos culturais e sociais presentes nas comunidades sob sua responsabilidade, capazes de estabelecer ações educativas, sociais e assistenciais que podem alcançá-las tanto em termos de capilaridade quanto de adequação da informação técnico-científica para a diversidade do território.

Desta forma, o presente projeto possui como escopo o aprimoramento de tecnologias leves e relacionais presentes no encontro entre indivíduos e serviços de saúde, por meio da compreensão das dinâmicas, das linguagens e dos modos como as pessoas interpretam, traduzem e aplicam no seu cotidiano as orientações médico-científicas. Essa compreensão é fundamental para orientar as ações das equipes da saúde na família, melhorar a comunicação e o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários, construindo vínculos, confiança e compromisso.

O resultado esperado é que o conhecimento das compreensões e das práticas dos modos de enfrentamento da pandemia pela população nas diferentes regiões do Brasil, possam contribuir com as equipes, gestores e políticas públicas para as orientações médico-científicas de prevenção.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO PRINCIPAL

Analisar como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Dimensionar o universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias;

Identificar as estratégias utilizadas pela população adstrita à Unidade Básica de Saúde e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco para a prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientam;

Conhecer o grau de credibilidade que a população adstrita à Unidade Básica de Saúde e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco atribuem às informações de prevenção e controle da COVID-19.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na tentativa de conter uma pandemia, comunicação pode ser a chave para o sucesso ou para o fracasso. Informações fragmentadas podem afetar as percepções e comportamentos das pessoas, especialmente em tempos de má comunicação governamental, potencialmente minando os seus esforços colaborativos para impedir a disseminação da doença. (MELO; CABRAL, 2020).

A escalada da infodemia durante a pandemia de Covid-19 se deu, em muito, pelo *boom* das mídias sociais, que hoje fazem parte da vida de bilhões de pessoas pelo mundo. A comunidade internacional está se mobilizando para abordar e controlar este fenômeno que tomou dimensões inéditas em nossa sociedade. A enxurrada de desinformação está dificultando que fontes idôneas e orientações baseadas em evidências sejam encontradas pelas pessoas que buscam informação e mina a resposta à Covid-19. Com o novo normal, surgem novas formas de comunicar riscos e novos desafios a enfrentar. (DOMINGUES, 2021).

Um estudo realizado em abril de 2020 por Costa *et. al.*, utilizando questionário *online*, demonstrou que apesar da enorme disseminação de *fake news* e diversos tipos de desinformação nas redes sociais, a maioria absoluta dos entrevistados tinha noção da gravidade da doença e a percepção de que ela poderia atingir qualquer pessoa independente de sua classe social. Este mesmo estudo revelou também que, naquele momento, apenas 8% dos entrevistados

confiavam em informações de fontes alternativas àquelas difundidas por profissionais da saúde e autoridades sanitárias.

Diversos países implementaram uma série de intervenções para diminuir o impacto da pandemia sobre suas sociedades e sistemas de saúde, entre elas a conscientização da população, como por exemplo o apelo para que permanecessem em casa e o incentivo ao distanciamento social. (AQUINO *et. al.*, 2020).

O avanço de uma epidemia viral está correlacionado com a velocidade em que as populações desenvolvem e mantêm um comportamento de saúde adequado para cada surto (LODGE *et. al.*, 2021). Apesar de medidas de controle como vacinas já façam parte da existência humana, ideias, sentimentos ou informação também podem ser contagiosas. Situações onde ambos os tipos de contágio (biológico e social) estão atrelados um ao outro (uma doença infecciosa disseminada por contágio biológico e um contágio social relacionado a doença) oferecem desafios científicos únicos e seu desenrolar é muito importante para a saúde pública. (BAUCH; GALVANI, 2013).

A Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada do SUS, apresentando-se como a coordenadora do cuidado em saúde e o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Acrescenta-se ainda que a APS deve ser desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, por estar localizada o mais próximo possível do território onde a comunidade está inserida. (BARRETO *et. al.*, 2019).

Uma estratégia a ser priorizada na APS nesse momento é a educação em saúde, uma vez que se percebe elevada propagação de informações falsas (*fake news*) acerca da doença, das formas de contágio, bem como do seu tratamento. Neste sentido, o contato da equipe de saúde com os usuários por meio de aplicativos de mensagens e telefone pode auxiliar na disseminação de orientações adequadas em conformidade com as autoridades sanitárias, pautada em protocolos científicos validados. (DE MELO CABRAL *et. al.*, 2020).

A educação em saúde, embora possua métodos e segmentos distintos, não se limita apenas a transmitir conhecimento à comunidade, mas estabelece vínculos entre assistidos e profissionais, e promove a participação ativa da comunidade, a inclusão social e constantes remodelagens conceituais destes

indivíduos, quanto a hábitos que comprometam a saúde e a qualidade de vida daquela população. (JANINI *et. al.*, 2015).

Práticas de Educação em Saúde, de um modo geral, têm como finalidade a autonomia dos sujeitos, sendo a APS um ambiente com grande potencialidade para o desenvolvimento das ações intersetoriais, participação popular, e empoderamento individual e/ou coletivo (BARRETO *et. al.*, 2019), além de objetivar a transformação das práticas, partindo da reflexão crítica pelos profissionais sobre as demandas de saúde da população, de modo a buscar soluções conjuntas para as dificuldades encontradas. (RIOS *et. al.*, 2020).

Em meio a pandemia, as plataformas *online* podem ser largamente utilizadas como ferramentas para relembrar a população sobre a manutenção do distanciamento social, melhorar o conhecimento sobre higiene pessoal, uso correto de máscaras, lavagem de mãos e sobre a importância de uma boa ventilação dos espaços, além de prover aconselhamento psicológico em tempo adequado e apoiar a comunidade para conter o medo e o pânico. (LI, 2020).

Amplamente divulgadas, as recomendações dos órgãos de saúde para conter o avanço da epidemia no Brasil têm enfrentado resistência e revelado muitos limites e desafios para profissionais de saúde, sobretudo em relação às práticas de educação em saúde. Essas ainda se encontram fortemente marcadas por concepções tradicionais e verticalizadas, e têm se revelado de forma pontual e fragmentada nas ações de assistência e vigilância à saúde. Ademais, a massiva veiculação de informações falsas ou divergentes daqueles oficiais tem comprometido a adesão da população às recomendações de prevenção à COVID-19. (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

No campo da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) é essencial que todos os atores envolvidos no processo estejam participando. No que se refere ao usuário, o próprio Sistema em sua criação assumiu que o indivíduo é um “ser social”, com histórias de vida recobertas por preocupação, frustrações, anseios, questionando o então modelo assistencial biomédico existente, centrado no problema de saúde sem correlacioná-lo com as particularidades do ser humano que o carrega. (CUNHA *et al.*, 2016).

Enfrentar uma epidemia exige que se associe à atenção individual o cuidado centrado na comunidade, requerendo uma abordagem populacional. Essa junção é essencial para se combater a crise sanitária e humanitária atual.

Sistemas de saúde fortemente baseados na Atenção Primária à Saúde (APS) podem ofertar esse cuidado integral e articulado, respondendo de melhor maneira às emergências. (GIOVANELLA *et. al.*, 2020).

A atenção primária à saúde tem papel crucial nessa necessária abordagem comunitária e de vigilância em saúde. A atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família, com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial e que apresenta ao longo do tempo impactos positivos comprovados na saúde da população, pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado. (GIOVANELLA *et. al.*, 2020).

O município de Zé Doca, Estado do Maranhão, possui 51.714 habitantes segundo estimativa do IBGE (2020) e notificou até a data deste levantamento (21 de abril de 2022), 5.968 casos de COVID-19 e 74 óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021a), sendo o 12º município do Estado em número de casos, mas apenas o 19º em número de óbitos totais. (COTA, 2021). O município conta com uma rede de atenção à saúde composta por 17 Unidades Básicas de Saúde onde trabalham 25 equipes da Estratégia Saúde na Família. Além disso, possui também 01 hospital geral, 01 Centro de Atenção Psicossocial tipo 02 e durante o ano de 2020 manteve também em funcionamento 01 hospital de campanha para enfrentamento da COVID-19. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022a).

No que se refere a escolaridade, o município possui, segundo o censo do IBGE de 2010, uma taxa de analfabetismo de 24,5%, renda média *per capita* de R\$ 253,98 com 68,69% da população vivendo com menos de meio salário-mínimo por mês. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021b). Vale ressaltar que os dados apresentados podem apresentar uma defasagem relacionada ao ano do último censo, que ocorreu há 11 anos. O município apresentou também 30,46% das internações por condições sensíveis a atenção primária e uma taxa de mortalidade infantil de 27,93 a cada mil nascidos vivos. (PNUD, 2017).

A comunidade da Vila Barroso, localizada na zona urbana do município de Zé Doca está situada na área de abrangência da UBS Eudineia Alves Veras Cutrim, que possui 3.246 usuários ativos, 100% de cobertura de Atenção Primária e, segundo relatório do cadastro individual da equipe de saúde, atende

139 diabéticos, 372 hipertensos, 39 domiciliados, 14 acamados, e cerca de 50 gestantes, além de usuários de outros grupos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022b).

5 METODOLOGIA

a. Tipo de Estudo:

Estudo com abordagem quanti-qualitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados.

b. Local do Estudo:

O estudo é um recorte de projeto de pesquisa multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo inicialmente, 88 municípios e 134 Equipes da Saúde da Família (ESF).

O universo da pesquisa local compreendeu, na primeira etapa, 70 famílias adscrita na Equipe de Saúde da Família da Vila Barroso como participantes do projeto dos territórios adstritos à Unidade de Saúde da Família Eudineia Alves Veras Cutrim, no município de Zé Doca, Estado do Maranhão.

c. Participantes do Estudo:

A amostra é de conveniência por inclusão das famílias de usuários(as) cadastrados(as) que frequentaram a Unidade de Saúde da Família (USF) nos 90 dias precedentes à pesquisa. Na segunda etapa, 20% das famílias participantes da etapa anterior responderam à entrevista agendada e gravada em áudio, seguindo o critério de saturação. Foram critérios de inclusão dos usuários(as), serem maiores de 18 anos, cadastrados(as) que tenham frequentado a USF nos 90 dias precedentes à pesquisa, possuam telefone celular e se disponham a participar) e de não inclusão os usuários(as) sem acesso à *internet*, sem cadastro nas USF e que após três tentativas de envio, com intervalo de uma semana, ou que após busca ativa não responderam à solicitação de participação na pesquisa). Um total de 74 indivíduos foram

entrevistados na primeira etapa e na segunda etapa foram entrevistados 14 indivíduos, o que correspondeu a 14% da amostra.

d. Coleta de Dados:

As etapas de coleta dos dados primários aconteceram entre 08 de março e 30 de junho de 2021, onde teve-se como desfecho primário: compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados por meio da análise de como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Foi realizado um pré-teste pela coordenação nacional do projeto para a validação dos instrumentos que ocorreu segundo previsto em cronograma do projeto nacional.

Na primeira etapa, a amostra foi definida por conveniência, a partir da inclusão das famílias de usuários(as) cadastrados que frequentaram a USF de modo permanente nos 90 dias precedentes à pesquisa e que foram apresentados aos objetivos da pesquisa (Anexo A) e responderam a um questionário *online* (Anexo C) pela plataforma *Google Forms*, com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, com três núcleos de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a USF e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID 19. Apenas um membro da família pôde responder o questionário.

e. Procedimentos de Coleta de Dados:

- ✓ No primeiro momento, o pesquisador apresentou à coordenação da USF a Carta de Anuência do município, e assim discutiu a melhor estratégia para a realização da pesquisa;

- ✓ Posteriormente, o pesquisador procedeu a seleção dos(as) usuários(as) que foram convidados a participar da pesquisa, obedecendo aos critérios de inclusão.
- ✓ Feita a seleção dos(as) usuários(as), os(as) mesmos(as) puderam ser convidados(as) a participar por meio de contato telefônico através dos dados constantes nos prontuários ou abordagem na USF, buscando sempre incluir pessoas com características distintas como gestantes, idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas, acompanhantes de crianças e outras características apropriadas para manter a diversificação da amostra;
- ✓ Ao convidar os usuários(as), explicou-se os objetivos do estudo e o que se esperava, bem como a forma de coleta das informações por meio de um questionário autoaplicável que foi disponibilizado impresso ou através de um *link*, enviado por *e-mail* ou *WhatsApp*, de acordo com a preferência do participante. Importante ressaltar que a participação foi voluntária e regida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B), documento que assegura confidencialidade e sigilo dos dados do participante, bem como toda a assistência necessária, caso incidam efeitos adversos sobre ele.
- ✓ Para aqueles usuários(as) que preferiram responder presencialmente ao questionário com auxílio, o pesquisador agendou a aplicação dele na própria USF ou na residência dos usuários.

Para o preenchimento do questionário, após a realização dos procedimentos descritos acima, o *link*, referente à Região Nordeste (<https://forms.gle/62zD3aZdafLZZ1vY6>) foi enviado ao usuário(a) que aceitou participar da pesquisa e preferiu responder de forma remota. Como é imprescindível o fornecimento do *e-mail* para responder ao questionário (Anexo A), o usuário que não tinha *e-mail* foi orientado a utilizar o *e-mail* de algum familiar para responder ao questionário.

Na segunda etapa foram seguidas pelo pesquisador as orientações e os protocolos dos Planos de Contenção ao novo coronavírus do município. Ressalta-se que o pesquisador negociou com os seus coordenadores nas USF para realizar a pesquisa no período indicado no cronograma.

1. Nessa etapa foram realizadas entrevistas dialogadas, mediadas por um roteiro (Anexo D) sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Para tanto, foram definidos aleatoriamente 20% das famílias participantes da etapa anterior com os quais foram realizadas entrevistas de forma presencial ou por telefone (apenas um membro da família pôde ser entrevistado), sendo gravadas em áudio e seguindo o critério de saturação, sob a condução do pesquisador;

2. Após agendada a entrevista, quando presencial, os espaços de sala de espera ou outro local da Unidade foram utilizados, assim como as visitas domiciliares da equipe também foram recursos importantes para a coleta. Foram selecionados locais que permitiram a produção de áudios com qualidade, fator imprescindível para o trabalho de transcrição. A gravação começa com o pesquisador informando o nome do(a) entrevistado(a), data, local e hora;

3. Quanto às transcrições das entrevistas gravadas, estas foram realizadas na íntegra e de forma literal, e feitas pelo próprio entrevistador, considerando a fidelidade e qualidade dos dados produzidos, uma vez que ele conhece bem o contexto da realização da entrevista;

4. Após coleta das informações e transcrição, o pesquisador encaminhou os áudios e as transcrições das entrevistas para o coordenador local da pesquisa, e este para o e-mail pesquisa.profsaude@gmail.com com o assunto “Pesquisa COVID-19 PROFSAÚDE”, para formação de banco de dados nacional. Cada entrevista transcrita estava em um documento, identificada por um cabeçalho com nome da USF, município, nome do entrevistador e do entrevistado.

f. Aspectos Éticos da Pesquisa:

Os riscos ao participar desta pesquisa incluíram possíveis constrangimentos ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar estes riscos o questionário pôde ser respondido de modo privado e, no momento e local de preferência do participante. Um outro risco é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a participação neste estudo foi mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas no estudo. Os dados foram armazenados em um computador e o nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Tem-se a garantia de que a pesquisa foi realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos.

Os benefícios em participar desta pesquisa inclui o retorno social para as equipes de saúde da família por meio de maior entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros.

g. Análise de Dados:

Foram realizadas oficinas para a análise. A análise teve um agendamento específico por meio de grupos de trabalho, de acordo com cada etapa da pesquisa, sendo na primeira etapa, através da plataforma *Google Forms*, a produção de percentuais, gráficos e tabelas que descreveram a situação por meio de dados agregados e locais e, na segunda etapa, a análise dos áudios transcritos, em seu conteúdo e categorização segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação. (MINAYO, 2012; BARDIN, 2011).

Para a segunda etapa, utilizou-se o *software* IRAMUTEQ para análise qualitativa do conteúdo das entrevistas. O IRAMUTEQ é um software gratuito, desenvolvido pela lógica do *open source* e que se ancora no ambiente estatístico do *software* R e na linguagem *python*. Este programa possibilita diferentes tipos de análise de dados textuais, organizando a distribuição do vocabulário de forma compreensível e visualmente clara. (CAMARGO *et. al.*, 2013).

Neste trabalho, com auxílio do IRAMUTEQ, utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a Análise de Similitude (AS) e a Nuvem de Palavras (NP) como ferramentas de análise.

A CDH visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e diferente dos segmentos de texto das outras classes, realizando análises quantitativas desses textos inseridos em seus múltiplos contextos e por classes de conteúdo, pois considera que palavras utilizadas em contexto similar, estão associadas ao mesmo mundo léxico, compondo mundos mentais específicos ou contextos semânticos de uma mesma expressão. (OLIVEIRA *et. al.*, 2021).

A Análise de Similitude, que toma por base a teoria dos grafos, possibilita identificar as coocorrências entre palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo do corpus textual. Delineada sob o formato de árvore de coocorrências, apresenta-se por uma imagem contendo nuvens coloridas interligadas por vértices, representando os grupos de palavras mais associadas entre si, que variam em tamanho e posição, e anunciam diferentes graus de interconexão de subtemas. (FARIAS, *et. al.*, 2020).

A nuvem de palavras as agrupa e as organiza graficamente em função da sua frequência. É uma análise lexical mais simples, porém graficamente bastante interessante, na medida em que possibilita rápida identificação das palavras-chave de um corpus. (CAMARGO *et. al.*, 2013).

Para a obtenção destes resultados, as entrevistas foram organizadas em um *corpus* textual onde cada entrevista representou um segmento de texto analisado, tendo como variável apenas uma numeração atribuída a cada entrevista para identificá-la e separá-la das demais e a indicação do sexo do entrevistado. Os resultados foram exportados em imagens e analisados.

6 RESULTADOS

Na primeira etapa da pesquisa foram entrevistados 74 usuários que se encaixaram nos critérios de inclusão do estudo. A média de idade dos entrevistados foi de 44 anos, sendo o mais jovem com 19 anos e o mais idoso com 94 anos. A proporção entre os sexos dos entrevistados foi de 86% do sexo feminino e 14% do sexo masculino, com a maioria dos participantes (78,38%) se declarando parda em relação a sua raça/cor. A Tabela 1 mostra o perfil da amostra da primeira etapa conforme as variáveis citadas:

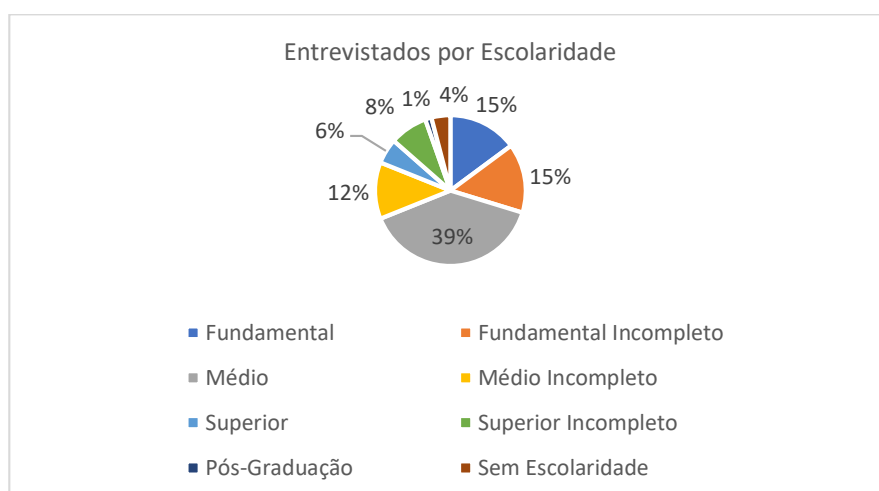
Tabela 1. Caracterização da amostra de usuários(as) entrevistados(as), por sexo, raça/cor e idade – Zé Doca, (MA).

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	64	86,49
Masculino	10	13,51
Raça/Cor		
Branca	10	13,51
Indígena	1	1,35
Parda	58	78,38
Preta	5	6,76
Idade		
18 e 19	2	2,70
20 a 29	11	14,86
30 a 39	15	20,27
40 a 49	18	24,32
50 a 59	20	27,03
60 a 69	4	5,41
70 a 79	3	4,05
80 a 89	0	0,00
90+	1	1,35

Fonte: Própria autoria

No que se refere à escolaridade, observa-se que a maior parte possui o ensino médio completo (39%). O Gráfico 1 traz a proporção entre escolaridades pesquisadas.

Gráfico 1. Distribuição da escolaridade na amostra pesquisada – Zé Doca (MA).



Fonte: Própria autoria

Sobre a estrutura dos domicílios dos participantes da pesquisa, 68% afirmaram possuir pelo menos um banheiro em casa, mesmo percentual obtido para os que responderam ser água encanada a principal fonte de abastecimento hídrico das residências. A maioria (92%) afirmou possuir fossa, embora também tenha sido citada vala (5%) como destinação do esgoto. A rede de esgoto só foi citada por 2,7% dos entrevistados como destinação final dos resíduos. A Tabela 2 traz o detalhamento destes dados:

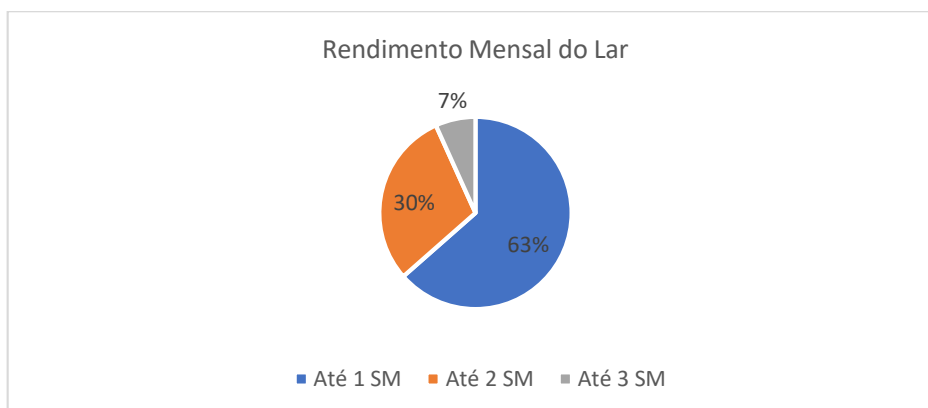
Tabela 2. Estrutura dos domicílios da amostra pesquisada – Zé Doca (MA).

Variável	n	%
Quantidade de Banheiros em casa		
1	50	67,57
2 ou mais	23	31,08
Nenhum	1	1,35
Fonte de água do domicílio		
Água Encanada	50	67,57
Carro Pipa	1	1,35
Poço Artesiano	11	14,86
Poço Cacimbão	3	4,05
Poço Comum	1	1,35
Poço Nascente	7	9,46
Reservatório	1	1,35
Destinação do Esgoto		
Fossa	68	91,89
Vala	4	5,41
Rede de Esgoto	2	2,70

Fonte: Própria autoria

Sobre o rendimento mensal do lar, na amostra pesquisada, a renda média não ultrapassou a marca de até 3 salários-mínimos, tendo a maioria dos entrevistados (63%) afirmado receber até 1 salário-mínimo, conforme demonstrado no Gráfico 2.

Gráfico 2. Rendimento mensal do lar da amostra pesquisada – Zé Doca (MA).



Fonte: Própria autoria

Quando analisada a relação dos participantes da pesquisa com o mercado de trabalho, observou-se que antes da pandemia, a maioria se declarava apenas Dono(a) de Casa (43%), e que 47% afirmaram que não trabalhavam antes e continuaram sem trabalhar depois de declarada a pandemia. Dos que trabalharam em atividade considerada essencial (11%), todos declararam exercer esta atividade no campo da saúde, como demonstra a Tabela 3, que também traz o detalhamento de outros dados relacionados a situação no mercado de trabalho.

Tabela 3. Relação da amostra pesquisada com o mercado de trabalho – Zé Doca (MA)

Variável	n	%
Ocupação antes da pandemia		
Aposentado(a)	9	12,16
Dono(a) de Casa	32	43,24
Empregado(a) do setor público (inclusive empresas de economia mista)	7	9,46
Empregado(a) sem carteira de trabalho	9	12,16
Empregado(a) sem carteira de trabalho, Dono(a) de Casa	1	1,35
Empregado(a) sem carteira de trabalho, trabalhava por conta própria	1	1,35
Estudante	1	1,35
Não trabalhava por outro motivo	4	5,41
Trabalhava por conta própria	8	10,81
Trabalhava por conta própria, Dono(a) de Casa	1	1,35
Trabalhava sem remuneração, Dono(a) de Casa	1	1,35
Influência da Pandemia sobre a ocupação		
Afastado do trabalho por ser do grupo de risco	1	1,35

Comecei a trabalhar durante a pandemia	1	1,35
Continuei trabalhando	22	29,73
Continuei trabalhando, mas em casa (home office)	8	10,81
Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar	35	47,30
Perdi o emprego	6	8,11
Tive férias remuneradas	1	1,35
Campo de atuação durante a Pandemia		
Assistência à saúde (atendimento direto à população)	8	10,81
Não trabalhei em atividade essencial	66	89,19

Fonte: Própria autoria

Em relação as políticas de distribuição de renda, quando questionados sobre o recebimento de benefícios sociais antes da pandemia, 44% afirmou que já recebia o Bolsa Família, enquanto 36% afirmaram que não recebiam nenhum benefício. Este resultado se alterou quando questionados sobre a situação pós-pandêmica, onde 67% dos entrevistados afirmou receber pelo menos o Auxílio Emergencial do Governo Federal, com 4% inclusive afirmando receber mais algum outro tipo de auxílio além deste. A Tabela 4 demonstra a situação pré e pós declaração da pandemia em relação ao recebimento de benefícios sociais na amostra pesquisada.

Tabela 4. Recebimento de benefícios sociais antes e depois da declaração de pandemia do SARS-COV-2 na amostra pesquisada – Zé Doca (MA).

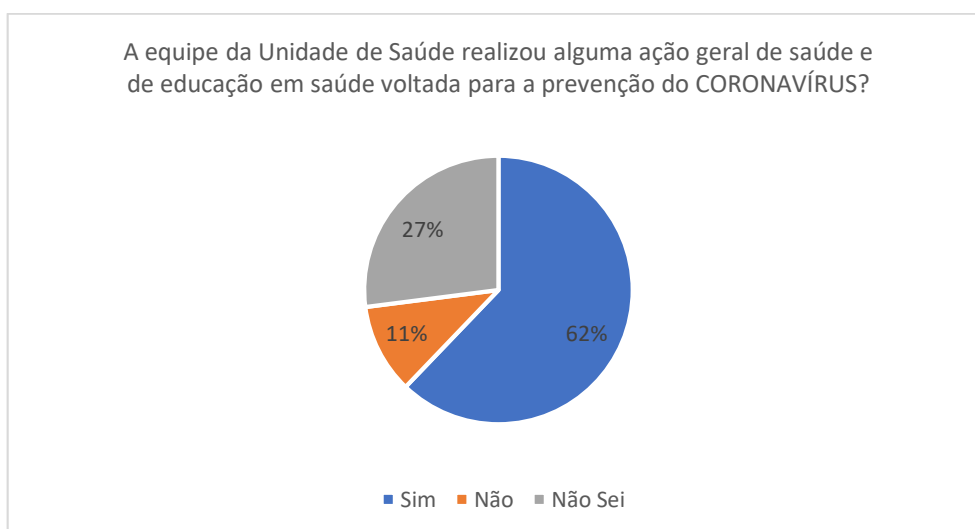
Variável	n	%
Recebimento de benefícios sociais pré-pandemia		
Não	27	36,49
Sim, aposentadoria	11	14,86
Sim, benefício de prestação continuada	2	2,70
Sim, bolsa defeso	1	1,35
Sim, bolsa família	33	44,59
Recebimento de benefícios sociais pós-pandemia		
Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação)	1	1,35
Auxílio emergencial do governo federal	47	63,51
Auxílio emergencial do governo federal, Auxílio de Igreja	1	1,35
Auxílio emergencial do governo federal, Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação)	1	1,35
Não recebemos nenhum auxílio	24	32,43

Fonte: Própria autoria

Outro dado importante reflete a dependência dos usuários entrevistados em relação ao SUS, uma vez que praticamente a totalidade dos indivíduos não possuía plano de saúde privado (99%).

Também foram questionados aspectos relacionados ao trabalho da Equipe de Saúde da Família no território pesquisado. A maioria dos participantes perceberam ações de saúde voltadas para a prevenção ou combate ao Coronavírus no território, como demonstra o Gráfico 3.

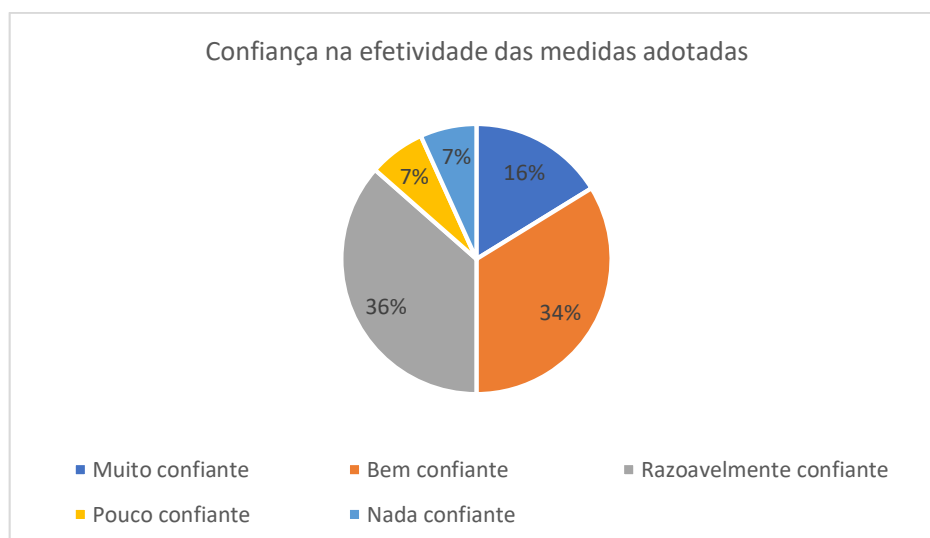
Gráfico 3. Percepção da comunidade sobre ações de combate e prevenção do Coronavírus pela ESF no território da amostra pesquisada – Zé Doca (MA)



Fonte: Própria autoria

Quando questionados se as medidas preventivas e protetivas contra o Coronavírus eram suficientes para proteger a si próprios e as suas famílias, 36% respondeu que estava razoavelmente confiante e 34% disse estar bem confiante, conforme descrito no gráfico 4.

Gráfico 4. Confiança na efetividade das medidas preventivas e protetivas contra o Coronavírus adotada na amostra pesquisada – Zé Doca (MA).



Fonte: Própria autoria

Os participantes da pesquisa também foram perguntados sobre a principal fonte de informação sobre o Coronavírus e, a maioria (76%) dos entrevistados afirmaram que se informam através dos profissionais de saúde, inclusive os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), entre outras fontes, e 72% também citaram os profissionais de saúde entre as fontes mais confiáveis de informação.

Esta confiança na informação dada pelos profissionais de saúde fica ainda mais evidente quando os participantes foram questionados sobre como se sentiam a respeito das informações prestadas por algumas fontes específicas, conforme detalhado na Tabela 5. É interessante notar que a avaliação positiva da informação quando a origem são os profissionais de saúde, é maior entre todas as fontes pesquisadas, se consideramos a resposta “Muito bem informado” e “Bem informado”.

Tabela 5. Sensação de informação por fontes específicas de origem na amostra pesquisada – Zé Doca (MA).

Variável	n	%
Meios de Comunicação (Jornais, TV, Rádio)		
Muito bem informado	26	35,14
Bem Informado	28	37,84
Razoavelmente Informado	17	22,97
Mal Informado	1	1,35
Sem Informação	2	2,70
Comunidade		
Muito bem informado	13	17,57

Bem Informado	25	33,78
Razoavelmente Informado	21	28,38
Mal Informado	4	5,41
Sem Informação	11	14,86
Redes Sociais (Facebook, WhatsApp, Instagram)		
Muito bem informado	16	21,62
Bem Informado	29	39,19
Razoavelmente Informado	18	24,32
Mal Informado	2	2,70
Sem Informação	9	12,16
Profissionais de Saúde		
Muito bem informado	22	29,73
Bem Informado	36	48,65
Razoavelmente Informado	12	16,22
Mal Informado	1	1,35
Sem Informação	3	4,05

Fonte: Própria autoria

Os participantes também foram perguntados sobre qual seria a possibilidade de eles próprios ou alguém de suas famílias serem contaminados pelo Coronavírus, e 39% respondeu que seria razoavelmente alta, enquanto 85% disse considerar a infecção pelo SARS-COV-2 muito grave, conforme demonstra a Tabela 6.

Tabela 6. Percepções sobre risco de contaminação e gravidade da infecção pelo SARS-COV-2 na amostra pesquisada – Zé Doca (MA).

Variável	n	%
Probabilidade de Infecção pelo SARS-COV-2		
Muito Alta	10	13,51
Alta	16	21,62
Razoavelmente Alta	29	39,19
Baixa	14	18,92
Muito baixa	5	6,76
Gravidade da infecção pelo SARS-COV-2		
Muito Grave	63	85,14
Grave	11	14,86

Fonte: Própria autoria

Em relação a percepção acerca da importância das medidas de proteção contra o Coronavírus, todas as medidas questionadas foram tidas como muito importantes pela maioria dos entrevistados, como mostram os dados da Tabela 7. Quando perguntados sobre qual ação seria a mais importante para se prevenir do Coronavírus, 68% dos entrevistados apontaram o uso da máscara quando tem que sair de casa. Dos participantes da pesquisa, 63% afirmam terem sido contaminados pelo Coronavírus ou ter alguém na família que foi contaminado.

Tabela 7. Importância das medidas de proteção contra o Coronavírus na amostra pesquisada – Zé Doca (MA).

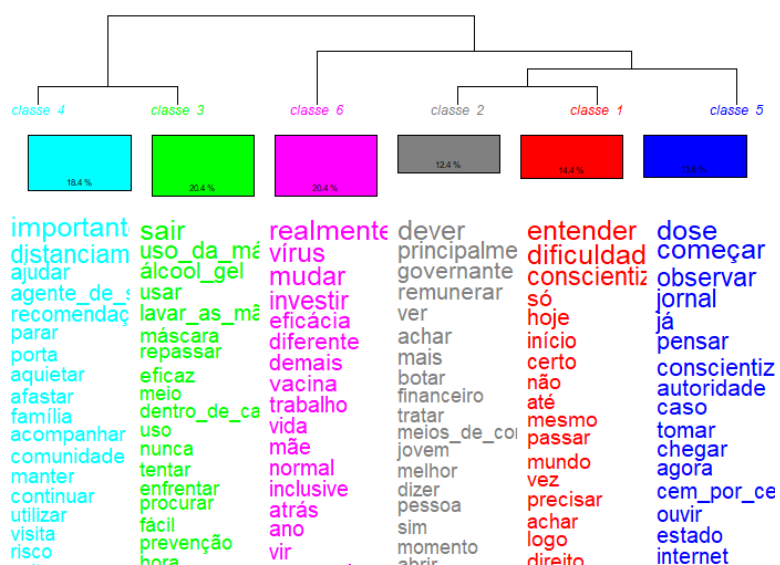
Variável	n	%
Isolamento e distanciamento social		
Muito importante	43	58,11
Importante	24	32,43
Razoavelmente importante	1	1,35
Pouco importante	1	1,35
Nada importante	5	6,76
Uso de máscara		
Muito importante	50	67,57
Importante	21	28,38
Razoavelmente importante	1	1,35
Pouco importante	0	0,00
Nada importante	2	2,70
Higienização das mãos (lavagem/ uso de álcool)		
Muito importante	55	74,32
Importante	15	20,27
Razoavelmente importante	2	2,70
Pouco importante	0	0,00
Nada importante	2	2,70
Evitar Aglomerações		
Muito importante	52	70,27
Importante	19	25,68
Razoavelmente importante	3	4,05
Qual das ações citadas é a mais importante?		
Isolamento parcial	13	17,57
Isolamento social total	8	10,81
Uso de álcool gel	2	2,70
Uso de máscara quando tenho que sair de casa	51	68,92
Contaminação pelo Coronavírus por si ou por alguém da família		
Não	12	16,22

Não sei	4	5,41
Não desejo responder	11	14,86
Sim	47	63,51

Fonte: Própria autoria

Foi utilizado o *software* IRAMUTEQ versão 0.7 *alpha* 2 para a análise qualitativa das respostas obtidas nas entrevistas da segunda etapa da pesquisa. O IRAMUTEQ processou o *corpus* inicial e o dividiu em 231 segmentos de texto, contendo 815 formas ativas, 77 formas suplementares e dos quais 201 segmentos de texto foram aproveitados para análise, com um percentual de aproveitamento de 87,01%, gerando 6 classes. Em um primeiro momento o IRAMUTEQ dividiu o *corpus* textual originando, de um lado as classes 1, 2, 5 e 6 e, do outro lado as classes 3 e 4. Após, o *software* realizou uma segunda partição, separando e isolando as classes 3 e 4 e dividindo a classe 6 das classes 1, 2 e 5. Em seguida o sistema realizou mais uma partição, isolando a classe 5 das classes 1 e 2. Após foram divididas as classes 1 e 2 quando então o IRAMUTEQ se tornou estável e encerrou as partições. O sistema também destacou as palavras mais significativas numa Classificação Hierárquica Descendente (CHD), conforme a figura 1.

Figura 1. Classificação Hierárquica Descendente (CHD) das entrevistas realizadas na segunda etapa – Zé Doca (MA), 2021.



Fonte: Própria autoria

A classe 4 (fator 1), com 18,41% de representatividade do *corpus*, evidenciou a importância ($x^2=40,94$; $p<0,0001$) dada pelos entrevistados ao distanciamento social ($x^2=29,54$; $p<0,0001$) entre outras medidas de redução das interações sociais dentro do território, como demonstra o trecho a seguir:

Estamos nos virando como podemos, mantendo o distanciamento, a higienização das mãos, uso da máscara, porque eu já perdi um parente com essa doença, então já tínhamos a preocupação de nos contaminar [...] (Entrevistado 8)

A importância do papel do agente comunitário de saúde no processo de acompanhamento das famílias durante o período de confinamento também foi apontada nesta classe, como demonstram os trechos:

As visitas da agente de saúde foram muito importantes porque elas vieram na nossa casa, disseram como é que tinha que ser feito com pessoas que têm doenças crônicas [...] (Entrevistado 2)

[..] o que eu preciso eu solicito a minha agente de saúde pra estar me orientando as coisas que eu preciso [...] (Entrevistado 2)

A agente de saúde, sempre ela visitava lá em casa, ela não deixou de visitar e dando conselho para evitarmos e ter muito cuidado, sempre elas pediram e estavam andando dentro do bairro, que era para a pessoa ter muito cuidado, e se aquietar nas suas casas e isso foi suficiente [...] (Entrevistado 11)

Dito isto, pode-se denominar esta classe como “importância do distanciamento social como medida preventiva contra o coronavírus e seus impactos sobre o acompanhamento das famílias no território”.

A classe 3 (fator 2), com 20,4% de representatividade do *corpus*, trouxe os principais métodos de prevenção da infecção pelo coronavírus que estão sendo utilizados pelos entrevistados ao sair de casa ($x^2=66,76$; $p<0,0001$), sendo estes o uso da máscara ($x^2=37,75$; $p<0,0001$), o álcool gel ($x^2=33,65$; $p<0,0001$) e a lavagem das mãos ($x^2=23,02$; $p<0,001$). Pode-se então denominar esta classe como “medidas preventivas contra a infecção do coronavírus na comunidade e no âmbito familiar”.

A Classe 6 (fator 3), teve também 20,4% de representatividade no *corpus* e demonstrou a constatação feita pelos entrevistados de que o vírus ($x^2=27,22$; $p<0,001$) representou uma mudança ($x^2=27,04$; $p<0,001$) na forma de entender a doença e as suas formas de enfrentamento, principalmente com foco na

prevenção por meio de vacinas, com palavras como investir ($x^2=24,14$; $p<0,001$) e eficácia ($x^2=15,94$; $p<0,001$), exemplos:

[...] investir mais na vacina imediatamente, a gente não sabe mais o que vai surgir, que é tanta coisa desse vírus, é vacina! Precisamos da vacina pra nos prevenir! (Entrevistado 2)

Eu acho que quanto mais se investir em tecnologia e ciência, trazendo, realmente a vacina para o povo, melhor pra população que ficará mais segura, também porque a eficácia maior de tudo é a vacina [...] (Entrevistado 4)

Com isso, pode-se denominar esta classe como “prevenção da contaminação pelo coronavírus através da imunização”.

Analisando as classes 3, 4 e 6, entende-se que ambas poderiam ser subcategorias de uma categoria maior denominada “Métodos de prevenção da infecção pelo coronavírus”.

A classe 5 (fator 4), apresentou uma representatividade no *corpus* de 13,9% e revelou a relação entre o entrevistado e as informações que ele recebia, indicando os jornais ($x^2=24,85$; $p<0,001$) como sendo a fonte confiável principal:

[...] principalmente porque nós já assistimos muito o jornal e nos jornais sempre aparecem as notícias, como é que está o nosso Estado, o país, então sempre tivemos informação [...] (Entrevistado 8)

Em relação as atitudes da comunidade frente as informações, tem-se o termo “observar” ($x^2=25,22$; $p<0,001$) indicando situações transmitidas pelos meios de comunicação que contradiziam o senso comum e levavam a população a questionar as informações repassadas por outros meios, e como após esta observação muitas pessoas compreendiam as formas corretas de lidar com o coronavírus:

Eu observei através dos meios de comunicação o uso de medicamentos inadequados que muita gente passou a se conscientizar e nem chegou a usar porque não tinha efeito mesmo. (Entrevistado 13)

Outro termo que surge com bastante significância é “pensar” ($x^2=20$; $p<0,001$) no sentido de achar que a doença se comportaria de uma forma diferente da que foi observada na realidade, muitas vezes influenciados por desinformação e informações falsas espalhadas por outros meios de comunicação:

Recebi muitas informações que não acreditei, na verdade a fonte era a internet, os vídeos, as pessoas caindo no meio da rua e dentro do metrô, então é uma coisa que de uma hora para outra começou a surgir e trouxe pânico não só pra mim, mas pra toda população que viu aquele tipo de situação, pensando que era daquele jeito ali, depois fomos observar que não tinha nada a ver uma coisa com a outra [...] (Entrevistado 4)

Por fim, nesta classe, “conscientizar” ($x^2= 18,67$; $p<0,001$) surge indicando a compreensão final adequada que a comunidade passou a ter depois de se deparar com a realidade da doença, mas também apontando que este é um dos maiores desafios dentro do território:

[...] o pessoal já se conscientizou mais a respeito, pensaram quais são os cuidados que tem que tomar. (Entrevistado 4)

As principais dificuldade que encontramos foi a conscientização de todo mundo, porque falamos que é para fazer só que não conseguimos as vezes ter o domínio em todo mundo [...] (Participante 9)

Denominamos esta classe como “reação da comunidade diante das informações sobre a pandemia do coronavírus”.

A classe 2 (fator 5), com 12,4% de representatividade no *corpus*, trouxe o entendimento de que é dever ($x^2=43,01$; $p<0,001$) dos governantes ($x^2=21,88$; $p<0,001$) remunerar ($x^2=21,44$; $p<0,001$) melhor os trabalhadores envolvidos no enfrentamento à pandemia, no que se chamou esta classe de “valorização do profissional de saúde durante a pandemia do coronavírus”.

Por fim, a Classe 1 (fator 6), representando 14,4% do *corpus* textual, traz as dificuldades ($x^2=28,65$; $p<0,001$) dos entrevistados e questões sobre conscientização ($x^2=24,21$; $p<0,001$) das pessoas acerca das medidas de prevenção. Além também de mostrar a importância do correto entendimento ($x^2=30,41$; $p<0,001$) das pessoas sobre estes métodos: por isso denominou-se esta classe “desafios da comunidade no enfrentamento ao coronavírus”. Por suas similaridades, as classes 1 e 5 poderiam ser classificadas como subcategorias de uma categoria maior denominada “impacto da pandemia do coronavírus sobre o cotidiano comunitário”.

A CHD, portanto, revelou 6 classes que foram ordenadas em 3 categorias principais que geraram, por sua vez, 5 subcategorias, como disposto no Quadro 1.

Quadro 1. Classificação e categorização das entrevistas da segunda etapa – Zé Doca (MA), 2021.

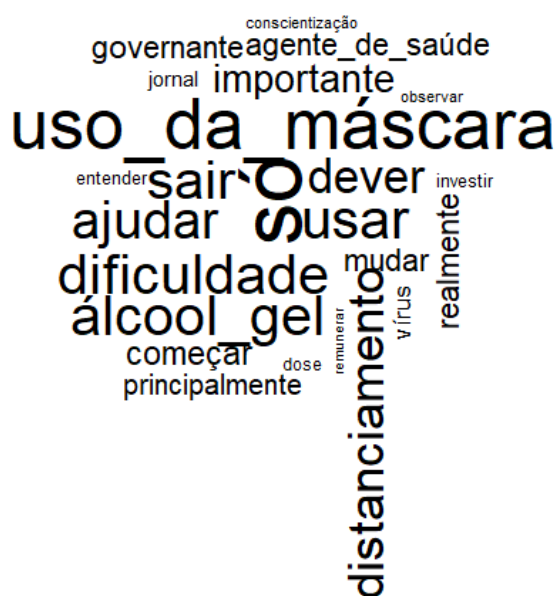
CLASSES	SUBCATEGORIAS	CATEGORIAS
Classe 4	Importância do distanciamento social como medida preventiva contra o coronavírus e seus impactos sobre o acompanhamento das famílias no território	Métodos de prevenção da infecção pelo coronavírus
Classe 3	Medidas preventivas contra a infecção do coronavírus na comunidade e no âmbito familiar	
Classe 6	Prevenção da contaminação pelo coronavírus através da imunização	
Classe 5	Reação da comunidade diante das informações sobre a pandemia do coronavírus	Impacto da pandemia do coronavírus sobre o cotidiano comunitário
Classe 1	Desafios da comunidade no enfrentamento ao coronavírus	

Classe 2		Valorização do profissional de saúde durante a pandemia do coronavírus
----------	--	--

Fonte: Própria autoria

O IRAMUTEQ também elaborou uma nuvem de palavras, com o tamanho de cada uma proporcional a quantidade de ocorrência no *corpus* analisado, como demonstra a figura 2.

Figura 2. Nuvem de palavras das respostas dadas pelos entrevistados da segunda etapa do município de Zé Doca (MA), 2021.



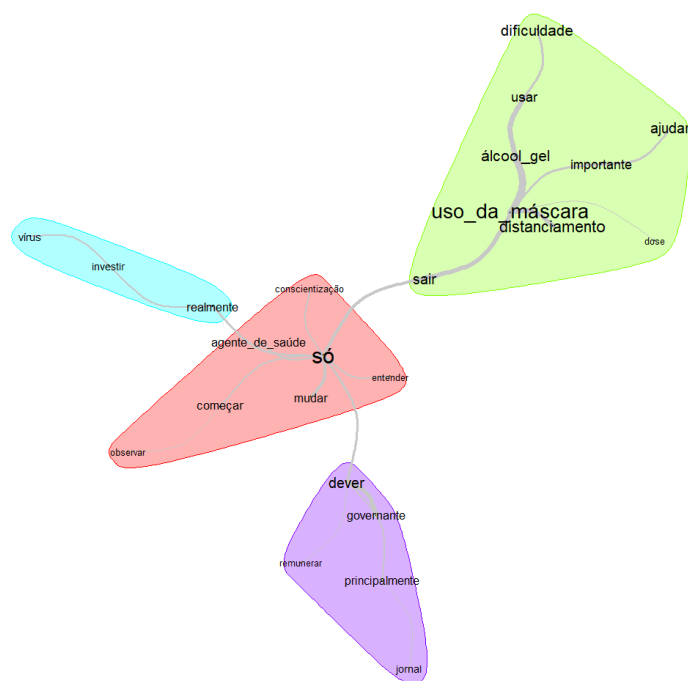
Fonte: Própria autoria

Foram incluídos nesta nuvem todas as palavras que apresentaram significância estatística ($p < 0,0001$) e que foram listadas até a quarta linha da CHD. É possível observar que as palavras “só”, “dificuldade”, “uso_de_máscara” e “álcool_gel” são mais preponderantes. Isso se dá pelo modo como as perguntas foram construídas, o que levava os entrevistados geralmente a citar quais métodos de prevenção estava usando, como o uso de máscara ($f=36$) e o álcool gel ($f=27$), muitas vezes ressaltando que por causa da pandemia

estavam realizando com mais frequência. A ocorrência da palavra “dificuldade” (f=27) teve uso misto, hora para ressaltar que a família não havia tido nenhuma dificuldade em entender a importância dos métodos de prevenção, ou como usá-los, hora para descrever como a necessidade da manutenção do uso desses métodos se tornou uma dificuldade no cotidiano familiar e comunitário. A palavra “só” (f=44), teve alta frequência, e esteve frequentemente ligada a sensação de solidão causada pela pandemia ou diretamente referindo-se a necessidade de “ficar só” como método de distanciamento social.

Com a Análise de Similitude foi possível observar, além da ocorrência, as conexões entre as palavras. Para esta análise foi utilizado o mesmo princípio da nuvem de palavras, ou seja, significância estatística ($p < 0,0001$) e ocorrência até a quarta linha de cada classe da CHD. Nesta análise observou-se que os termos se organizaram em quatro núcleos, com destaque para os termos “uso_da_máscara”, “mais”, “já” e “só”, como demonstrado na Figura 3.

Figura 3. Análise de Similitude das respostas dadas pelos entrevistados da segunda etapa. Zé Doca, 2021.



Fonte: Própria autoria

A análise de similitude possibilitou a ampliação da compreensão das respostas a partir da observação das ramificações e núcleos gerados a partir das palavras centrais.

A utilização do *software* IRAMUTEQ para análise da etapa qualitativa desta pesquisa foi de grande valia, pois garantiu uma análise estatisticamente mais apurada das entrevistas e possibilitou a organização dos dados de modo a facilitar a compreensão pelo leitor.

7 DISCUSSÃO

A pandemia do coronavírus trouxe uma nova forma da comunidade se relacionar com a informação, principalmente quando essas informações são relacionadas a questões sanitárias, fazendo emergir nas entrevistas a subcategoria “reação da comunidade diante das informações sobre a pandemia de coronavírus”. O questionário aplicado na comunidade revelou que os participantes da pesquisa se consideravam, em geral, bem informados sobre a pandemia por todas as variáveis pesquisadas (meios de comunicação, comunidade, redes sociais e profissionais de saúde), no entanto os maiores percentuais da população que considerava como confiáveis as informações prestadas, foram observados quando a fonte eram os profissionais de saúde. Isso foi confirmado durante as entrevistas, com o termo “agente de saúde” muitas vezes relacionado a comunicação, como nos trechos a seguir:

Eu sempre foquei nas informações que vieram das pessoas mesmo, das agentes de saúde, dos jornais, eu não me foquei muito nessas informações de internet. (Entrevistado 3)

A agente de saúde, sempre ela visitava lá em casa, ela não deixou de visitar e dando conselho para evitarmos e ter muito cuidado, sempre elas pediram e estavam andando dentro do bairro, que era pra pessoa ter muito cuidado, e se aquietar nas suas casas e isso foi suficiente [...] (Entrevistado 11)

A visita dos agentes de saúde, explicando tudo direitinho foi muito importante. [...] Os agentes de saúde estão acompanhando sempre. (Entrevistado 14)

Os trechos acima demonstram a importância do papel do ACS como veículo comunicador dentro do território. É importante ressaltar que pelo duplo

papel desempenhado por esse profissional, sendo ele tanto membro da comunidade como membro da equipe de saúde, as informações que são transmitidas por eles acabam por chegar até os usuários de uma forma mais compreensível e adaptada ao vocabulário cultural do território, bem como a compreensão e as práticas utilizadas pela população, chegam traduzidas de forma compreensível aos profissionais de saúde que muitas vezes não são membros da comunidade onde trabalham.

Além dos agentes de saúde, outros profissionais da equipe de atenção primária também foram reconhecidos não só como fonte confiável de informação, mas também como atores importantes no processo de cuidado da comunidade durante a pandemia. Esta informação corrobora com o observado por Costa et. al. (2020) em seu estudo quantitativo também utilizando um questionário *online* onde os autores observaram que os participantes tinham consciência da enorme quantidade de notícias falsas relacionadas a pandemia veiculadas por múltiplas fontes, mas que confiavam nas informações repassadas pelos profissionais de saúde. É interessante também considerar o fato de que a comunicação durante a pandemia no município de Zé Doca ocorreu de variadas formas. A Secretaria Municipal de Saúde realizou campanhas informativas através das rádios locais, nas redes sociais e através de carros de som, veículo de comunicação ainda muito utilizado na região. Essa comunicação foi citada pelos participantes, como segue:

É uma coisa que na verdade nem esperávamos, mas dentro do protocolo que vemos, a saúde sempre diretamente informando, temos lidado com isso dessa forma, que temos sempre que nos proteger, nos resguardar e seguindo sempre o protocolo [...] (Entrevistado 4)

Em todos os momentos eu acreditei nas informações que recebi principalmente das profissionais de saúde, que sempre orientavam na questão de uso da máscara, se proteger e ficar em casa. (Entrevistado 3)

Além disso, a comunidade também entendeu bem as limitações impostas aos processos de trabalho das equipes:

Toda equipe aqui do posto, agente de saúde, guarda de endemias nos acompanhou. Devido não poder fazer aglomeração, impediu muito de fazer algumas ações [...] (Entrevistado 1)

Apesar destas limitações, foi expressivo (62%) o quantitativo de participantes da primeira etapa que perceberam ações de educação em saúde voltadas para a prevenção do coronavírus na comunidade. Nas entrevistas pode-se perceber que estas ações foram, em sua maioria, o próprio trabalho de campo dos agentes comunitários de saúde e ações como a testagem em massa ofertada desde o início da pandemia, a distribuição de medicamentos de forma descentralizada pelas UBS e o monitoramento dos pacientes sintomáticos realizado por uma central de monitoramento de pacientes suspeitos ou confirmados com COVID-19, como expresso:

Eu pela enfermeira, nós sempre conversávamos. Eu fui a primeira a adoecer e sempre ela me deu a orientação. Quando eu senti, comecei logo a dizer pra ela "eu estou sentindo isso" e todos os dias ela me ligava e perguntava o que eu estava sentindo, o que que tinha aumentado e que que tinha diminuído, se eu melhorei [...] (Entrevistado 10)

Domingues (2021) fez uma reflexão sobre os impactos da infodemia relacionada a COVID-19 e, explorou os desafios dos serviços de saúde em comunicar informações cientificamente embasadas em meio a enxurrada de ideias e opiniões que foram despejadas nas comunidades pelos meios modernos de circulação de notícias, especialmente pelas redes sociais. Esses desafios foram percebidos nas entrevistas, como segue:

Recebi muitas informações que não acreditei, na verdade a fonte era a internet, os vídeos, as pessoas caindo no meio da rua e dentro do metrô, então é uma coisa que de uma hora para outra começou a surgir e trouxe pânico não só pra mim mas pra toda população que viu aquele tipo de situação [...]. Acreditamos porque estava surgindo de uma forma tão rápida que ela se proliferou no mundo, a internet mostrou aquilo, as redes sociais mostrando os vídeos. (Entrevistado 4)

Durante a pandemia vem muita notícia, às vezes *fake news*, que nem o povo fala, ficamos na dúvida, mas eu sempre procuro me informar direitinho para saber como funciona. Essas *fake news* eram mais em redes sociais. (Entrevistado 14)

Eu acredito que o que atrapalhou muitas vezes, muitas informações, excesso de informação, todos os dias querem dizer muita coisa. (Entrevistado 10)

Importante observar que 76% dos participantes entrevistados, na primeira etapa do estudo, apontaram que se informavam através dos profissionais de saúde, o que demonstra como a APS realmente funciona como um centro de

comunicação dentro dos territórios, fato que já havia sido citado por um estudo conduzido por Barreto e colaboradores (2019).

As entrevistas também revelaram que os participantes do estudo não tiveram dificuldades na compreensão das informações sobre a pandemia, essas dificuldades surgiram na adaptação deles e de seus familiares e conhecidos na adoção das medidas de prevenção:

Teve dificuldade no começo porque você passar a viver com uma máscara, não é fácil! Lavar as mãos já é para fazer mesmo desde quando nasceu e o distanciamento que não tem, então existe algumas dificuldades, não foi fácil para nós a máscara vinte e quatro horas [por dia], não tem condição um negócio desse, não é fácil! (Entrevistado 2)

As dificuldades foram essas, dessa mudança na nossa rotina, que não tínhamos esse costume de chegar e tá higienizando saco de açúcar, ter um cuidado maior, tanto com as coisas que entram na casa, como com as coisas que vão sair também, e essa questão de ter que ficar menos perto, tá sentando mais longe um do outro mesmo dentro de casa, manter esse distanciamento, isso foi difícil. (Entrevistado 3)

[...] porque essas informações tínhamos, então a dificuldade é seguir, por que saber, todo mundo sabe, o que é certo para fazer, só que não pratica. (Entrevistado 9)

Lima *et al.* (2020) citam que o comportamento social pode afetar a rapidez com que práticas eficazes de controle são implementadas, e Aquino *et al.* (2020), citaram o apelo que países e governos fizeram no início da pandemia para que a população permanecesse em casa e implementasse o distanciamento social. Isso foi observado nas entrevistas pela ocorrência da palavra “conscientização”, que frequentemente estava ligada a estes apelos pela tomada de medidas individuais de caráter protetivo coletivo:

Então a parte deles de conscientização eles tão fazendo, só que eles não podem obrigar as pessoas a entenderem isso, então também nós temos que fazer a nossa parte, que é o principal, eu acho. (Entrevistado 3)

[...] porque tem gente que repassa coisas erradas e se você for botar para sua vida a conversa de povo, você vai ficar doido, você não vai mais nem usar a máscara, porque eles dizem que não adianta, então cabe a nós se conscientizar que é importante os cuidados, porque com os cuidados eu já me contaminei, imagina sem os cuidados? Eu já tava era morta agora! (Entrevistado 9)

A principal dificuldade que encontramos foi a conscientização de todo mundo, porque falamos que é para fazer só que não conseguimos as vezes ter o domínio em todo mundo [...] (Entrevistado 9)

Por esse motivo é importante perceber que apesar dos participantes possuírem o conhecimento necessário para a sua proteção e a de sua família, e de considerarem a doença como muito grave (85%), existe um consenso em torno das dificuldades da efetiva implementação destas práticas, especialmente porque elas requerem uma mobilização coletiva, o que muitas vezes representa uma enorme dificuldade no cotidiano comunitário. Isto reforça o já apontado por Lodge *et al.* (2021) em artigo que avaliou como o comportamento das populações interferiu no avanço de três epidemias (inclusive duas dessas de coronavírus) e constataram que o comportamento coletivo está diretamente ligado a velocidade de avanço destas doenças.

A análise das entrevistas fez emergir também uma categoria denominada “métodos de prevenção da infecção pelo coronavírus”, composta de três subcategorias que em geral revelaram que o distanciamento social, as medidas individuais de proteção no âmbito familiar e a imunização foram percebidas como as formas mais efetivas de proteção contra a infecção do coronavírus.

O distanciamento social, apesar de ser apontado como “muito importante” (58,11%) ou “importante” (32,43%), pela maioria absoluta dos entrevistados na primeira etapa, foi citado também como uma ação de prevenção com dificuldade considerável para implementação:

O distanciamento foi o mais difícil porque a gente faz o distanciamento, mas as outras pessoas não fazem, então é muito complicado. (Entrevistado 2)

[...] e essa questão de ter que ficar menos perto, tá sentando mais longe um do outro, mesmo dentro de casa, manter esse distanciamento, isso foi difícil. (Entrevistado 3)

É difícil um pouco essa questão do distanciamento porque em tudo temos que estar nos relacionando com as pessoas, não só da família, mas também de fora, como trabalhamos na área da saúde e também no ambiente de atendimento, ficou até difícil pra manter esse distanciamento [...] (Entrevistado 4)

No âmbito familiar, os participantes apontaram o “uso da máscara”, “álcool gel” e “lavar as mãos” como um modo eficaz de se proteger, principalmente quando foi necessário sair de casa. Os participantes também apontaram essas medidas como as mais seguidas por todos:

Em primeiro lugar é aquela questão dos protocolos, tudo seguindo o uso da máscara, álcool gel, distanciamento, temos feito isso [...] manter o distanciamento, a proteção através do uso da máscara, o álcool gel, fazer a assepsia das mãos, então isso foi realmente aquilo que mostrou uma eficácia muito grande [...] (Entrevistado 4)

Antes saíamos a vontade, qualquer hora, não usava máscara, não tinha de ficar em casa. Agora é não sair, uso da máscara, lavar as mãos de vez em quando, usar o álcool gel. (Entrevistado 5)

Interessante aliar a esses relatos os dados levantados na primeira etapa da pesquisa, onde apenas um entrevistado revelou não ter banheiro em sua residência, todos revelaram possuir acesso à água potável, sendo que 67% afirmaram que este acesso era via água encanada. Estes dados revelam que os participantes portanto não possuíam dificuldades em manter as medidas básicas de higiene, para prevenção da contaminação pelo coronavírus.

Outro dado que emergiu das entrevistas foi a preocupação dos usuários com a valorização dos profissionais de saúde, que atuaram no combate a pandemia em suas diversas frentes. Esse reconhecimento, na percepção de muitos entrevistados, deveria vir principalmente financeiramente, o que fez surgir a categoria “valorização do profissional de saúde durante a pandemia do coronavírus”, como exemplo:

Eu acho que os governantes deveriam pagar melhor o pessoal da saúde, porque quando o profissional é bem remunerado, ele se esforça mais, ele tem mais prazer, eu não estou querendo dizer que o pessoal da saúde não tem esse prazer de trabalhar, eu sei que eles têm, mas eu acho que quando eles recebem melhor, tem mais incentivo. Eu acho que o incentivo melhor é quando o profissional é bem remunerado, que não é isso que nós sabemos que eles são. (Entrevistado 8)

Esses dados reforçam a preocupação dos entrevistados com a aplicação dos recursos da saúde, inclusive na melhor remuneração dos profissionais de saúde. Além disso, os participantes também revelaram certa preocupação com a correta destinação dos recursos, com a fiscalização dos recursos destinados para o enfrentamento da pandemia e também com algumas outras medidas que visaram reduzir o impacto financeiro dela, demonstrando que o coronavírus afeta a população não apenas no aspecto biológico, mas também socioeconômico:

Eu acho que o que os governantes deveriam fazer é isso que eles já estão fazendo, tá auxiliando, porque eu acho que nesse momento foi muito difícil, principalmente pra classe mais pobre, eu digo isso por mim porque só em você se ver desempregado, faltar o alimento na sua casa [...] (Entrevistado 3)

Acredito que os governantes deveriam utilizar de uma maneira bem clara os recursos que foram liberados porque foi liberado alguns recursos e não foram empregados para o combate à doença, ouvimos falar de desvio, de tantas outras coisas. (Entrevistado 6)

Acredito que os governantes fizeram muita coisa, em ajudar com esse auxílio emergencial, investir na saúde, fizeram muita coisa. Agora o que eu queria mesmo que eles fizessem mais era fiscalizar realmente a verba que foi liberada. (Entrevistado 10)

É importante ressaltar que 63% dos entrevistados, na primeira etapa da pesquisa, receberam o auxílio emergencial do governo federal, ou seja, tiveram contato direto com as políticas de compensação financeira implementadas pelo governo federal durante a pandemia e que o governo municipal organizou pontos de apoio na zona urbana e rural para auxiliar os cidadãos na solicitação dos benefícios de auxílio emergencial via aplicativos de celular. Esse apoio foi fundamental na manutenção da segurança econômica e alimentar, principalmente quando observa-se que a maioria dos entrevistados possuía baixa escolaridade e rendimento mensal do lar de até um salário mínimo. Esse poderia ser um dos motivos que elevaram a percepção sobre a correta aplicação dos recursos e também sobre o apoio dos governantes, mas esta correlação carece de mais estudos para ser estabelecida.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo indicou que a mediação realizada pela equipe de saúde do território, acerca das informações sobre as medidas de prevenção da infecção pelo coronavírus, foi compreendida pela população como a fonte mais confiável de informação, o que reforça a importância do vínculo equipe-comunidade e do estabelecimento da Unidade Básica de Saúde como centro de comunicação em saúde do território, especialmente em situações de emergência sanitária. Este vínculo não foi quebrado mesmo com a quantidade de informações trazidas pelas novas tecnologias de disseminação de notícias, especificamente a internet e as redes sociais. Ainda assim é muito relevante que as equipes da Estratégia

de Saúde da Família compreendam a importância desses novos canais de comunicação e se apropriem deles, utilizando-os sempre que possível como catalizadores no processo de educação em saúde, em momentos onde o contato presencial não seja possível.

A pandemia de coronavírus também trouxe para o debate comunitário a importância de medidas simples de manutenção da saúde, como ações básicas de higiene, o respeito ao distanciamento social, o uso de máscara em locais de grande circulação de pessoas, a lavagem frequente de mãos e a higienização de alimentos e outros itens que chegam dos pontos de comercialização e adentram o seio familiar. Uma maior adesão a estas práticas sanitárias devem diminuir a ocorrência de algumas doenças no curto, médio e longo prazo. Fato que deve ser verificado por novos estudos.

Ficou evidente também a consciência coletiva de que pandemias, como a do coronavírus, estão intimamente ligadas também ao aspecto econômico e, impactam diretamente sobre a renda das famílias. Este aspecto deve suscitar novas questões, como por exemplo a percepção de que plano de enfrentamento de emergências sanitárias de interesse internacional deve contemplar também o aspecto econômico.

Outro fator interessante é o reconhecimento coletivo de que os profissionais de saúde, envolvidos no enfrentamento ao coronavírus, devem ser mais bem remunerados e ter seu trabalho reconhecido financeiramente.

Novos estudos que explorem a influência da campanha de vacinação contra a COVID-19, sobre essas mesmas percepções, serão muito relevantes, bem como, continuar monitorando a continuidade das ações básicas de prevenção no médio e longo prazo, além de avaliarem a influência do uso da internet e das redes sociais como mais uma ferramenta de educação em saúde. Não só em momentos pandêmicos, mas no dia a dia das equipes, como uma forma cada vez mais veloz e moderna de comunicação com a comunidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, Jessica de Souza; OLIVEIRA, Maria Inês Couto de; RITO, Rosane Valéria Viana Fonseca. Orientações sobre amamentação na atenção básica de

saúde e associação com o aleitamento materno exclusivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1077-1088, 2018.

AQUINO, Estela ML *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423-2446, 2020.

BARRETO, Ana Cristina Oliveira, *et al.* "Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde." **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, p. 266-273, 2019.

BARRETO, Mauricio Lima *et al.* O que é urgente e necessário para subsidiar as políticas de enfrentamento da pandemia de COVID-19 no Brasil? **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, Rio de Janeiro. 2020.

BAUCH, Chris T.; GALVANI, Alison P. Social factors in epidemiology. **Science**, v. 342, n. 6154, p. 47-49, 2013.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013.

COTA, Wesley. **Monitoramento do número de casos confirmados de Covid-19 no Brasil**, 2021, Página Inicial. Disponível em <https://covid19br.wcota.me/>. Acesso em 26 jun. de 2021.

COSTA, Nilson do Rosário Costa *et al.* **As Medidas de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil na Percepção da População Atual nas Mídias Sociais**. Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, São Paulo, 2020

CUNHA, Jenane Topanotti da *et al.* A percepção dos usuários de um Centro de Atendimento vinculado ao SUS: enfoque fonoaudiológico baseado na promoção da saúde. *In: CoDAS*. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2016. p. 417-428.

DE BRITO CHAGAS, Roginaldo *et al.* Prevenção ao Contágio Por Covid-19 em bairros distrito Ssnitário Cabula-Beiru: Estratégias de ações que propiciaram isolamento social. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, v. 2, p. e10258-e10258, 2021.

DE MELO CABRAL, Elizabeth Regina *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **Interamerican Journal of medicine and health**, v. 3, p. 1-12, 2020.

DOMINGUES, Larissa. Infodemia: uma ameaça à saúde pública global durante e a pós a pandemia de Covid-19. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v.15, n.1, p. 12-17, jan/mar. 2021.

FARIAS, Andreia Chaves *et al.* Itinerário terapêutico de famílias de crianças com deficiência à luz do modelo teórico dos sistemas de cuidados à saúde. **New Trends in Qualitative Research**, v. 3, p. 359-371, 2020.

FERNANDES, Valcler Rangel *et al.* O lugar da vigilância no SUS—entre os saberes e as práticas de mobilização social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 3173-3181, 2017.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde Debate**, v. 44, Rio de Janeiro, n° 4, p. 161-176, 2020.

GOES, Emanuelle Freitas; DE OLIVEIRA RAMOS, Dandara; FERREIRA, Andrea Jacqueline Fortes. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020.

GOMES, Laurentino. **Escravidão—Vol. 1: Do primeiro leilão de cativos em Portugal até a morte de Zumbi dos Palmares**. Globo Livros, 2019.

JANINI, Janaina Pinto; BESSLER, Danielle; VARGAS, Alessandra Barreto de. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, v. 39, p. 480-490, 2015.

LI, Donald Kwok Tung; ZHU, Shanzhu. Contributions and challenges of general practitioners in China fighting against the novel coronavirus crisis. **Family medicine and community health**, v. 8, n. 2, 2020.

LIMA, Danilo Lopes Ferreira *et al.* COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1575-1586, 2020.

LIMA, Luciana Dias de *et al.* Descentralização e regionalização: dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 1903-1914, 2012.

LODGE, Evans K.; SCHATZ, Annakate M.; DRAKE, John M. Protective population behavior change in outbreaks of emerging infectious disease. **BMC infectious diseases**, v. 21, n. 1, p. 1-7, 2021.

MELO, Carolina; CABRAL, Sandro. Pandemias e comunicação: uma avaliação experimental. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, p. 735-757, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Covid-19 no Brasil**, 2021a. Página Inicial. Disponível em: https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 26 jun. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Taxa de Analfabetismo – Maranhão**. 2021b. Página Inicial. Disponível em

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=7276981>>. Acesso em 26 jun. de 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. 2022a. Página Inicial. Disponível em <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp?search=ZE%20DOCA>>. Acesso em 12 maio de 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **e-SUS PEC**. 2022a. Versão 4.3.10. Relatório Consolidado de Cadastro Individual. Disponível em <<https://sisaps.saude.gov.br/esus/>>. Acesso em 12 maio de 2022.

NETO, Mercedes *et al.* Fake news no cenário da pandemia de Covid-19. **Cogitare Enfermagem**, v. 25, 2020.

NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza *et al.* Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00115320, 2020.

OLIVEIRA, Anderson Milfont Feitosa de *et al.* Análise da integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021.

PALÁCIO, Maria Augusta Vasconcelos; TAKENAMI, Iukary. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Revista Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PNUD. **ATLAS BRASIL**, 2017. Página Inicial. Disponível em <<http://www.atlasbrasil.org.br/>>. Acesso em 26 jun. 2021.

RATTAY, P. *et al.* (2021) **Differences in risk perception, knowledge and protective behaviour regarding COVID-19 by education level among women and men in Germany. Results from the COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO) study**. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0251694>. Acesso em: 13 dez. 2021.

RIOS, Amora Ferreira Menezes *et al.* Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 246-51, 2020.

SOUZA, Elizabeth Cristina Fagundes de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s100-s110, 2008.

World Health Organization. **Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**, Genebra, 2020a.

World Health Organization. **WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19** - 5 March 2020 [Internet]. World Health Organization; 2020b.

ANEXO A**Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas adotadas pelos moradores de uma comunidade do município de Zé Doca**

Bem-vindo(a) à pesquisa "Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde". A sua participação consiste no preenchimento de um questionário e levará em torno de quinze minutos. As informações fornecidas serão totalmente confidenciais e, analisadas em conjunto com as respostas dos outros participantes. Abaixo segue o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), dispositivo que assegura a confidencialidade e o sigilo quanto aos seus dados e participação, bem como toda a assistência necessária, caso lhe ocorram efeitos adversos em razão da pesquisa. Com este estudo espera-se conhecer e compreender melhor as práticas do enfrentamento da pandemia pela população brasileira, ajudando equipes, gestores e políticas públicas nas orientações médico-científicas de prevenção e controle da COVID-19.

Endereço de e-mail:

Nome Completo:

ANEXO B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas do cotidiano das orientações médico-científicas pela população de um território de abrangência da Atenção Primária à Saúde no município de Zé Doca, Estado do Maranhão.”. Essa pesquisa tem por objetivo analisar como a população dos territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle do novo Coronavírus (COVID-19). Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário sobre as suas percepções em relação à epidemia por COVID-19 no Brasil. Existem também questões sobre dados socioeconômicos e familiares. O tempo estimado para responder o questionário é de 15 minutos. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. A sua participação neste estudo é voluntária e os pesquisadores responsáveis estão à disposição para esclarecimentos e dúvidas.

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido. *

() Sim

() Não

ASSINATURA

ANEXO C
QUESTIONÁRIO ONLINE GOOGLE FORMS

PERFIL DO ENTREVISTADO

Estado: _____
Município: _____
Bairro/área/localidade _____
USF: _____

Data de nascimento: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

Cor/raça/etnia autorreferida: () Branca () Preta () Parda () Indígena
() Amarela

Estado Civil: () Casado () Solteiro () Divorciado () Viúvo () Vive junto

Nível de Escolaridade: () Sem Escolaridade () Fundamental incompleto ()
Fundamental () Médio incompleto () Médio () Superior incompleto ()
Superior () Pós-graduação

Quantas pessoas moram com você? () 0 () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 ()
mais de 10

Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para
dormir inclui quartos e sala): () 1 () 2 () 3 () 4 a 5 () 6 a 8 () mais
de 8

Quantos banheiros existem na sua casa? () Nenhum () 1 () 2 ou mais

Infraestrutura do domicílio (Acesso à água)

() Água encanada () Poço artesiano () Reservatório ()

Outro: _____

Infraestrutura do domicílio: * (Esgotamento)

() Rede de esgoto () Fossa () Vala (rio, igarapé, riacho)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

11. Rendimento mensal do lar (em salários mínimos contando todos os
moradores) *

() Até 1 SM – R\$1.045,00

() Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00

- () Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00
- () Até 4 SM– de R\$3.135,00 a R\$4.180,00
- () Mais de 4 SM – R\$4.180,00 ou mais

12. Qual era a sua ocupação/ trabalho principal antes do início da pandemia do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta) *

- () Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho
- () Empregado(a) sem carteira de trabalho
- () Empregado(a) do setor público (inclusive empresas de economia mista)
- () Trabalhava por conta própria
- () Cooperativado(a)
- () Trabalhava sem remuneração
- () Bolsista
- () Estudante
- () Aposentado(a)
- () Dono(a) de Casa
- () Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar
- () Procurava, mas não encontrava trabalho
- () Não trabalhava por outro motivo

Outro: _____

12.1. Como a pandemia do CORONAVÍRUS afetou sua ocupação/trabalho? *

- () Continuei trabalhando
- () Continuei trabalhando, mas em casa (home office)
- () Comecei a trabalhar durante a pandemia
- () Tive férias remuneradas
- () Perdi o emprego
- () Estava de licença maternidade
- () Afastado do trabalho por ser do grupo de risco
- () Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar

12.2. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, você trabalhou em algum serviço considerado essencial? (admite mais de uma resposta) *

- () Assistência à saúde (atendimento direto à população)

Saúde Segurança Transporte Serviço bancário Não trabalhei em atividade essencial

Outro: _____

12.3. Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar durante a pandemia do CORONAVÍRUS? *

0 1 2 3 a 4 5 e mais

13. Antes da pandemia, o/a Sr(a) recebia algum benefício social? *

Sim, benefício de prestação continuada

Sim, aposentadoria

Sim, bolsa família

Sim, bolsa defeso

Não

Outros: _____

14. O/a Sr(a) tem plano de saúde? *

Sim Não

II- COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE O CORONAVÍRUS

15. Quais as informações que o/a Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS? (admita mais de uma resposta)

Isolamento social total

Lavagem frequente das mãos

Uso de álcool gel

Isolamento parcial

Uso de máscara para quando tenho que sair de casa

Outro: _____

16. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (admita mais de uma resposta)

Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)

WhatsApp Facebook Instagram

Televisão Jornais na TV e/ou na internet

Rádio Religião Amigos/vizinhos/parentes da comunidade

() Governantes (prefeito, governador, presidente)

Outro: _____

17. Dessas fontes citadas quais delas confia mais? (admite mais de uma resposta)

() Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)

() WhatsApp () Facebook () Instagram

() Televisão () Jornais na TV e/ou na internet

() Rádio () Religião () Amigos/vizinhos/parentes da comunidade

() Governantes (prefeito, governador, presidente)

Outro:

18. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS? *

	Muito bem informado	Bem informado	Razoavelmente informado	Mal informado	Sem informação
Pelos meios de comunicação (TV, rádio ou jornal)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pela comunidade (religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pelos profissionais de saúde do seu território	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III- MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CORONAVÍRUS

19. O(a) Sr(a) está confiante que as medidas de prevenção e proteção ao CORONAVÍRUS adotadas pelo senhor e sua família são suficientes para proteger vocês?

() Muito confiante () Bem confiante () Razoavelmente confiante

() Pouco confiante () Nada confiante

20. Qual a possibilidade do(a) Sr(a) ou sua família serem contaminados pelo CORONAVÍRUS?

() Muito alta () Alta () Razoavelmente alta () Baixa () Muito baixa

21. Na sua opinião, a doença provocada pelo CORONAVÍRUS é:

() Muito grave () Grave () Razoavelmente Grave () Pouco Grave () Não é Grave

22. Na sua opinião, qual o grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao CORONAVÍRUS: *

	Muito importante	Importante	Razoavelmente importante	Pouco importante	Nada importante
Isolamento e distanciamento social	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uso de máscara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Higienização das mãos (lavagem/ uso de álcool em gel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evitar aglomerações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. A equipe da Unidade de Saúde realizou alguma ação geral de saúde e de educação em saúde voltada para a prevenção do CORONAVÍRUS?

() Sim () Não () Não Sei

24. Se sim, quais ações o/a Sr(a) identificou? (Em caso de não ou não sei, escreva não identifiquei)

25. Quais das seguintes ações o(a) Sr(a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)

() Isolamento social total () Isolamento parcial () Lavagem frequente das mãos () Uso de álcool gel () Uso de máscara para quando tenho que sair

de casa ()

Outro: _____

26. Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais importante para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS?

- () Isolamento social total () Isolamento parcial
() Lavagem frequente das mãos () Uso de álcool gel
() Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
() Outro:

27. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio?

- () Sim () Não

28. Qual o tipo de auxílio o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam ou estão recebendo durante a pandemia do CORONAVÍRUS? (admita mais de uma resposta)

- () Auxílio emergencial do governo federal
() Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação)
() Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação)
() Auxílio de instituições de caridade
() Auxílio de ONGs
() Auxílio da própria comunidade
() Auxílio de Igreja
() Auxílio de amigos/parentes
() Não recebemos nenhum auxílio
() Outro:

29. O(a) Sr (a) ou algum membro da sua família já recebeu o diagnóstico de alguma das doenças abaixo? (admita mais de uma resposta)

- () Diabetes () Hipertensão () Problemas Cardíacos () Asma () Câncer () HIV

() Problemas relacionados à saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, esquizofrenia, abuso de álcool e outras drogas, etc)

Nenhuma das opções anteriores

30. O/a Sr(a) ou alguém da sua família teve CORONAVÍRUS?

- () Sim () Não () Não sei () Não desejo responder

ANEXO D

ROTEIRO DA ENTREVISTA DIALOGADA (2ª ETAPA)

Sobre as mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias:

- 1) Como o senhor (e família) lidaram ou estão lidando para o enfrentamento do CORONAVÍRUS?
- 2) No período do CORONAVÍRUS o Sr (a) teve alguma dificuldade em relação ao sustento da casa? Que tipo de ajuda recebeu para suprir sua necessidade?
- 3) O que mudou na sua vida com o CORONAVÍRUS?

Sobre as informações recebidas:

- 1) Durante a epidemia do CORONAVÍRUS o Sr (a) recebeu alguma informação na qual não acreditou? Seria possível identificar a fonte?
- 2) O Sr (a) acha que as informações foram suficientes para se prevenir do CORONAVÍRUS? Quais achou mais eficazes?
- 3) Que orientação foi difícil fazer? E Por que?
- 4) Tem alguma informação que o senhor acha que atrapalhou no combate do CORONAVÍRUS?

Sobre as estratégias da família e da comunidade:

- 1) O que o Sr (a) e sua família fizeram ou vem fazendo para se protegerem da contaminação do CORONAVÍRUS?
- 2) Quais foram as medidas adotadas em sua comunidade (ou bairro, ou cidade), que entende que foram importantes para manter a saúde das pessoas durante a epidemia do CORONAVÍRUS?
- 3) Que ações o Sr (a) e a sua família desenvolveram para auxiliar outras pessoas no período do CORONAVÍRUS?

Sobre as ações dos serviços de saúde:

- 1) Quais serviços de saúde acompanhou e tem acompanhado o senhor e sua família durante o CORONAVÍRUS?
- 2) O que mais poderia ter feito pela equipe da Unidade de Saúde na sua comunidade para prevenção do CORONAVÍRUS?
- 3) Quais são as principais dificuldades que o Sr (a) e sua família enfrentaram para seguir as recomendações da Equipe de Saúde para prevenção da contaminação pelo CORONAVÍRUS?

Sobre os governos:

- 1) Na sua opinião, o que os governantes deveriam fazer para enfrentar a pandemia do CORONAVÍRUS?