



Matheus Ribeiro dos Santos

Prevenção e Controle da Covid-19: percepções e práticas da população dos territórios de abrangência da APS para o enfrentamento da pandemia em um município do Sul da Bahia

Porto Seguro

2022

Matheus Ribeiro dos Santos

Prevenção e Controle da Covid-19: percepções e práticas da população dos territórios de abrangência da APS para o enfrentamento da pandemia em um município do Sul da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Lina Rodrigues de Faria

Porto Seguro

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade Federal do Sul da Bahia
Sistema de Bibliotecas

S237p Santos, Matheus Ribeiro dos. -
Prevenção e Controle da Covid-19: percepções e práticas da
população dos territórios de abrangência da APS para o enfrentamento da
pandemia em um município do Sul da Bahia / Matheus Ribeiro dos Santos.
Teixeira de Freitas, 2022 -
174 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Sul da Bahia,
Campus Paulo Freire, Programa de Pós-Graduação em Saúde da
Família, 2022.

Orientador: Prof. Dra. Lina Rodrigues de Faria.

1. Cuidados primários de saúde. 2. COVID 19 (Doença).

I. Título. II. Faria, Lina Rodrigues de.

CDD – 614.021

Bibliotecária: Amanda Luiza de S. Mattioli Aquino - CRB 5/1956

Matheus Ribeiro dos Santos

Prevenção e Controle da Covid-19: percepções e práticas da população dos territórios de abrangência da APS para o enfrentamento da pandemia em um município do Sul da Bahia

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE, vinculado ao Polo da Universidade Federal do Sul da Bahia, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em:

Banca Examinadora



Profa. Dra. Waneska Alexandra Alves – Membro Externo
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)



Prof. Dr. Márcio Florentino Pereira – Membro Interno
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)



Antônio José Costa Cardoso

Prof. Dr. Antônio José Costa Cardoso – Membro Interno
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)



Profa. Dra. Lina Rodrigues de Faria – Orientadora
Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB)

Porto Seguro

2022

Dedico este trabalho às vítimas da covid-19, seus familiares e às pessoas que tiveram suas vidas fragilizadas pela pandemia. Dedico a todos os profissionais da saúde que de forma corajosa e muitas vezes em meio a precariedade do trabalho, não mediram esforços no enfrentamento à pandemia.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe e ao meu pai (i.m.), pela luta diária enfrentada para que eu e meu irmão pudéssemos ter acesso e nos dedicar aos estudos e formação educacional; pelo suporte nos momentos mais difíceis, e pelo amor e presença, para compartilharmos os momentos de alegrias.

Ao meu irmão Erick, pela parceria e ajuda em diversos momentos.

Às amigas, aos amigos e afins pelo afeto, pelo incentivo, pela escuta, pelos conselhos. A pandemia foi um tempo de intenso afastamento físico, nossos contatos ao longo desses anos sempre me deram ânimo e esperança.

À minha orientadora, Lina, pela paciência, pela disponibilidade e dedicação, pelo aprendizado, pela parceria e pela confiança. Por me guiar nessa ainda recente trajetória no mundo acadêmico.

Às professoras e aos professores que contribuíram na minha formação até aqui, especialmente no PROFSAÚDE (Tom, Rocio, Jane, Márcio e Luis). As/os que convivi em sala de aula presencial, as que pude ouvir em salas virtuais, e aos informais, que a gente vai conhecendo pela vida.

Aos colegas da turma de mestrado (Conceição, Tamine, Eugênia, Dandara, Genilson, Luciano, Pedro e Sérgio), pelo compartilhamento de alegrias e desesperos; pelo enfrentamento coletivo, ainda que de maneira remota, dos desafios que foram colocados para nós durante o curso, desenvolvido durante o período pandêmico. Espero que sigamos parceiros nessa jornada pela saúde pública.

Aos colegas e amigos de trabalho (Carol, José, Anne e outros), que em inúmeras ocasiões compartilharam a realização de atividades e deram apoio para seguir na dupla jornada de trabalho e estudo.

À UFSB e ao PROFSAÚDE, pela oportunidade de realizar um mestrado implicado com o meu trabalho e na região em que cresci e decidi atuar.

RESUMO

Introdução: O surgimento de um novo Coronavírus em 2019 gerou inúmeras preocupações no mundo devido a sua rápida disseminação. Inicialmente, os conhecimentos sobre a doença eram escassos, mas com o transcorrer da pandemia foram se multiplicando junto às crenças e *fake news*. A Organização Mundial da Saúde fez alertas sobre a gravidade do SARS-CoV-2 e sobre a necessidade de intervenções. Entretanto, a complexidade da pandemia produziu repercussões nos territórios que vão além dos aspectos biológicos e epidemiológicos, causando impactos na saúde e em outras dimensões sociais da vida. A Atenção Primária à Saúde (APS) destaca-se neste contexto como potente ferramenta para o enfrentamento ao vírus. **Objetivo:** analisar as percepções e práticas da população dos territórios de abrangência de duas equipes da Estratégia Saúde da Família sobre o enfrentamento da pandemia em Porto Seguro – Ba. **Método:** Trata-se de um estudo transversal com integração metodológica (abordagem quantitativa e de caráter exploratório, desenvolvido com a população dos territórios de abrangência de duas Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) de Porto Seguro -BA. A coleta de dados foi realizada por meio de um questionário estruturado (dados sociodemográficos, relação com a ESF e fontes de informação, percepções e práticas de prevenção e controle da Covid-19) e por entrevistas dialogadas (que abordaram o enfrentamento, informações e impactos da pandemia). A análise de dados quantitativos e qualitativos foi realizada com apoio dos softwares SPSS e IRAMUTEC, respectivamente. **Resultados e Discussão:** Foram aplicados 144 questionários, com participação predominantemente feminina (75,7%), parda (55,6%) e renda familiar de um salário-mínimo (52,8%). As entrevistadas (90%) receberam informações sobre lavagem de mãos (93,1%), uso de álcool em gel (96,5%) e uso de máscara (96,5%). Os profissionais de saúde do território foram a principal fonte de informação (76,3%) e a mais confiável (74,3%) com associação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre uso da máscara e indivíduos que se informam por meio de profissionais de saúde. A análise textual com a Classificação Hierárquica Descendente identificou sete classes que formaram três categorias: 1) “As medidas de prevenção da Covid-19 e o Universo Informacional”, em que as estratégias de proteção são utilizadas em diferentes níveis, maior dificuldade para realização do distanciamento, sentimento de confusão com o excesso de notícias e necessidade de checagem da veracidade das informações; 2) “(Sobre)vivendo à pandemia: aspectos psicossociais relacionados à Covid-19”, em que as mudanças promovidas pela pandemia resultaram em sofrimento psíquico, relacionado ao luto, infodemia e isolamento social e precarização da vida, ligada principalmente a perda do emprego; 3) “O enfrentamento à pandemia: as políticas de governo e o papel da APS”, em que é atribuído aos governantes a responsabilidade na efetivação das medidas de controle do coronavírus, baixa credibilidade às falas de agentes públicos e a importância da ESF na assistência à saúde nos territórios em meio a pandemia. **Considerações finais:** As percepções das entrevistadas não se limitam às medidas de prevenção, mas envolveram questões políticas, econômicas e subjetivas. O caráter indissociável de tais temáticas indica que a abordagem do setor saúde no enfrentamento à pandemia deve englobar as questões sociais, uma vez que são essenciais na superação das iniquidades em saúde agravadas pela Covid-19.

Palavras-chave: Covid-19; Atenção Primária à Saúde; Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde

ABSTRACT

Introduction: The emergence of a new Coronavirus in 2019 has generated numerous concerns in the world due to its rapid spread. Initially, knowledge about the disease was scarce, but over the course of the pandemic, beliefs and fake news multiplied. The World Health Organization has issued warnings about the severity of SARS-CoV-2 and the need for interventions. However, the complexity of the pandemic produced repercussions in territories that go beyond the biological and epidemiological aspects, causing impacts on health and other social dimensions of life. Primary Health Care (PHC) stands out in this context as a powerful tool for fighting the virus. **Objective:** to analyze the perceptions and practices of the population in the territories covered by two Family Health Strategy teams on coping with the pandemic in Porto Seguro - Ba. **Method:** This is a cross-sectional study with methodological integration (quantitative and qualitative approach) and of an exploratory nature, developed with the population of the territories covered by two Family Health Strategy Teams (FHS) in Porto Seguro -BA. Data collection was carried out using a structured questionnaire (sociodemographic data, relationship with the ESF and sources of information, perceptions and practices of prevention and control of Covid-19) and through dialogue interviews (which addressed the confrontation, information and impacts of the pandemic). Quantitative and qualitative data analysis was performed with the support of SPSS and IRAMUTEC software, respectively. **Results and Discussion:** 144 questionnaires were applied, with predominantly female participation (75.7%), brown (55.6%) and family income of one minimum wage (52.8%). The interviewees (90%) received information about hand washing (93.1%), use of alcohol gel (96.5%) and mask use (96.5%). Health professionals in the territory were the main source of information (76.3%) and the most reliable (74.3%) with a statistically significant association ($p < 0.05$) between mask use and individuals who get information through of health professionals. The textual analysis with the Descending Hierarchical Classification identified seven classes that formed three categories: 1) "Covid-19 prevention measures and the Informational Universe", in which protection strategies are used at different levels, greater difficulty in carrying out the distance, feeling confused by the excess of news and the need to check the veracity of the information; 2) "(About)living the pandemic: psychosocial aspects related to Covid-19", in which the changes promoted by the pandemic resulted in psychic suffering, related to grief, infodemic and social isolation and precariousness of life, mainly linked to job loss ; 3) "Dealing with the pandemic: government policies and the role of PHC", in which government officials are given responsibility for implementing measures to control the coronavirus, low credibility in the speeches of public agents and the importance of the FHS in care to health in the territories in the midst of the pandemic. **Final considerations:** The perceptions of the interviewees are not limited to preventive measures, but involve political, economic and subjective issues. The inseparable nature of such themes indicates that the health sector's approach to confronting the pandemic must encompass social issues, since they are essential in overcoming health inequities aggravated by Covid-19.

Keywords: Covid-19; Primary Health Care; Knowledge, Attitudes and Practice in Health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Figura 1 – Área de abrangência das ESF Isaltino Bispo I e ESF Eliezer Vieira no território da cidade de Porto Seguro, Novembro de 2022. | 33 |
| Figura 2 - Percurso Metodológico | 34 |
| Figura 3 - Diagrama de Classes proveniente da análise do corpus textual do IRAMUTEC. | 52 |
| Figura 4 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente proveniente da análise do corpus textual no IRAMUTEC..... | 53 |
| Figura 5 – Árvore ilustrativa da análise de similitude do corpus textual | 62 |
| Figura 6 - Índice de Isolamento Social do Município de Porto Seguro – BA, do período de março de 2020 à março de 2021. | 65 |

LISTA DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 - Casos e óbitos confirmados de Covid-19, por data de notificação (período de 2 semanas). Bahia, até 18/03/2022. | 111 |
| Gráfico 2 - Óbitos por 100 mil habitantes nos estados brasileiros até 02/11/2022. | 112 |
| Gráfico 3 - Casos confirmados de Covid-19, por data de notificação em Porto Seguro - Bahia, até 02/11/2022. | 115 |
| Gráfico 4 - Óbitos confirmados de Covid-19, em Porto Seguro - Bahia, até 02/11/2022. | 115 |
| Gráfico 5 - Evolução temporal do quantitativo de novos casos e óbitos por mês e vigência de medidas restritivas e/ou relaxamento no enfrentamento à Covid-19 de acordo com as publicações do Diário Oficial, em Porto Seguro- BA, nos anos de 2020 e 2021. | 116 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|----|
| Quadro 1 –Classes e categorias da análise de conteúdo temática do corpus textual das respostas dos participantes..... | 53 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização das ESF Isaltino Bispo I e ESF Vereador Eliezer Vieira quanto ao número de indivíduos cadastrados, famílias, ACS e hipertensos e diabéticos em Novembro de 2022. | 32 |
| Tabela 2 - Seleção dos cruzamentos de variáveis para verificação de associações e suas respectivas questões, com base no questionário da fase quantitativa..... | 37 |
| Tabela 3 - Características sociodemográficas dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Eliezer Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144). | 39 |

| | |
|---|----|
| Tabela 4 - Análise descritiva do domínio de Características sociodemográficas relacionadas a ocupação e ao recebimento de auxílios dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144)..... | 41 |
| Tabela 5 - Análise do domínio de Comunicação e Informação sobre o coronavírus dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144). | 42 |
| Tabela 6- Medidas de Prevenção e Controle do Coronavírus dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144)..... | 44 |
| Tabela 7- Medidas de Prevenção e Controle do Coronavírus, relacionadas as ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde e contaminação pelo coronavírus dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144). | 45 |
| Tabela 8- Variáveis analisadas que apresentaram associação, com base nas respostas dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021. | 46 |
| Tabela 9- Cruzamento das variáveis Nível Educacional e o modo como as pessoas se informam acerca do coronavírus. | 47 |
| Tabela 10- Tamanho de efeito e p-valor do ruzamento das variáveis Nível Educacional e o modo como as pessoas se informam acerca do coronavírus. | 47 |
| Tabela 11- Cruzamento das variáveis Meios de informação sobre o coronavírus com a medida de proteção Uso de máscara..... | 48 |
| Tabela 12- Cruzamento das variáveis como se sente informado por Profissionais de saúde em relação ao Uso de máscaras ao sair..... | 48 |
| Tabela 13- Cruzamento das variáveis Confiança nas medidas de proteção ao coronavírus e a prática do Isolamento parcial. | 49 |
| Tabela 14- Cruzamento das variáveis Confiança nas medidas de proteção ao coronavírus e a autoavaliação acerca da possibilidade de serem contaminados com coronavírus. | 49 |
| Tabela 15- Cruzamento das variáveis realização de ações pela Unidade de Saúde e o tipo de prática de prevenção ao coronavírus Isolamento total..... | 50 |
| Tabela 16- Cruzamento das variáveis Efeito da pandemia sobre a ocupação e Recebimento de algum tipo de auxílio. | 50 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agentes Comunitários de Saúde
AE - Auxílio Emergencial
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP - Comitê de Ética e Pesquisa
CEPAL - Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CHD - Classificação Hierárquica Descendente
CIDACS - Centro Integrado de Dados e Conhecimentos para Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
COE- COVID-19 - Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
COSEMS/BA - Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DO - Diário Oficial
DPOC - Doença Crônica Pulmonar Obstrutiva
ESF - Estratégia de Saúde da Família
IBP - Índice Brasileiro de Privação
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IDS - Índice de Desigualdades Sociais para Covid-19
II VIGISAN - II Inquérito Nacional Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IRaMuTeQ - Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires
IVS - Índice de Vulnerabilidade Social
LACEN - Laboratório Central de Saúde Pública
MCS - Modelo de Crenças em Saúde
MM - Média Móvel
MS - Ministério da Saúde
OIT - Organização Internacional do Trabalho
OMS - Organização Mundial da Saúde
OTB - Observatório do Turismo da Bahia
PIB per capita - Produto Interno Bruto per capita
SARS-CoV-2 - Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
ST - Segmentos de texto
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
USF - Unidades de Saúde da Família

APRESENTAÇÃO

A decisão de cursar um mestrado profissional teve como principais motivações, sanar o pouco conhecimento sobre saúde pública que obtive durante a graduação e, conseqüentemente, obter subsídios para o trabalho na saúde indígena. A experiência na Atenção Primária Indígena foi uma das mais transformadoras nos meus seis anos como cirurgião-dentista e fez emergir a necessidade de buscar novos conhecimentos. A aprendizagem no contexto do trabalho, proporcionado pelo Profsaúde naquele momento, permitiria como dizem Ceccim e Ferla (2008) atravessar fronteiras entre os problemas do território e o que pode ser feito no cotidiano do trabalho em saúde para superá-los.

Nesse contexto, apresentei inicialmente um projeto atrelado aos desafios dos trabalhadores de saúde na Atenção Primária Indígena. Contudo, a pesquisa com população indígena requer protocolos e cuidados éticos que inviabilizaram a realização no prazo do mestrado. Apesar da frustração, a nova realidade imposta pela pandemia demonstrou a necessidade de novos conhecimentos sobre o coronavírus e suas conseqüências para o cuidado em saúde. As oportunidades no âmbito do mestrado permitiram o desenvolvimento desta pesquisa em espaços do território de Porto Seguro que já me eram familiares.

A participação no Projeto Multicêntrico de prevenção e controle da Covi-19, a qual a pesquisa deste trabalho está vinculada, apresentou o desafio de produzir pesquisa em meio às ondas letais da Covid-19. A gravidade da situação exigiu a busca de formas alternativas para a coleta de dados, uma vez que os pesquisadores não estavam inseridos no território pesquisado. A aproximação dos profissionais, a utilização de ferramentas tecnológicas e a devolutiva dos dados coletados para as equipes serviram de motivação para superar os desafios que surgiram no caminho.

Diante dos quase três anos de pandemia, a nova realidade foi ao encontro da necessidade de ampliar e compartilhar reflexões e experiências do cotidiano. Os encontros durante o mestrado, que ocorreram de forma remota foram uma grata alternativa não apenas para o acesso às aulas, mas para sanar dúvidas e compartilhar os anseios que surgem da experiência do mestrado.

Após dois anos, o tão almejado aperfeiçoamento profissional está prestes a ser concluído, mas a descoberta de uma nova possibilidade de aprender, produzir e compartilhar saberes em um processo de pesquisa guiado pelos encontros, são os frutos que levo deste trabalho e do Profsaúde naUFSB.

SUMÁRIO

| | | |
|----------|---|----|
| 1. | INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 2. | OBJETIVOS..... | 20 |
| 2.1. | OBJETIVO GERAL..... | 20 |
| 2.2. | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 20 |
| 3. | MARCO TEÓRICO | 20 |
| 3.1. | A adoção de medidas preventivas contra a Covid-19 e o Modelo das Crenças em Saúde (MCS) | 20 |
| 3.2. | A Sindemia de Covid-19 e o agravamento das vulnerabilidades sociais | 22 |
| 4. | METODOLOGIA..... | 30 |
| 4.1. | CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO | 30 |
| 4.3. | CAMPO DO ESTUDO | 31 |
| 4.4. | PARTICIPANTES DO ESTUDO | 33 |
| 4.5. | PERCURSO METODOLÓGICO | 33 |
| 4.5.1. | COLETA DE DADOS | 35 |
| 4.5.1.1. | PRIMEIRA ETAPA | 35 |
| 4.5.1.2. | SEGUNDA ETAPA | 35 |
| 4.5.2. | ANÁLISE DE DADOS | 36 |
| 4.5.2.1. | ANÁLISE QUANTITATIVA..... | 36 |
| 4.5.2.2. | ANÁLISE QUALITATIVA..... | 38 |
| 4.6. | ASPECTOS ÉTICOS | 39 |
| 4. | RESULTADOS | 39 |
| 4.1. | DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E ANÁLISE DESCRITIVA | 39 |
| 4.2. | ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE VÁRIAVEIS..... | 46 |
| 4.3. | ANÁLISE DE DADOS PROVENIENTES DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS | 50 |
| 4.3.1. | CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CDH)..... | 51 |
| 4.3.2. | ANÁLISE DE SIMILITUDE..... | 61 |
| 5. | DISCUSSÃO | 62 |
| 5.1. | AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 E O UNIVERSO INFORMACIONAL..... | 62 |
| 5.1.1. | A manutenção das medidas preventivas contra à Covid-19 | 63 |
| 5.1.2. | Medidas de Prevenção e credibilidade das fontes de informação | 72 |

| | |
|--|-----|
| 5.2. (SOBRE)VIVENDO À PANDEMIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À COVID-19 | 81 |
| 5.2.1. Luto, Isolamento Social e Saúde Mental | 81 |
| 5.2.2. Precarização da vida e as mudanças no cotidiano | 90 |
| 5.3. O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA: AS POLÍTICAS DE GOVERNO E O PAPEL DA APS | 101 |
| 5.3.1. O (des)governo e a gestão da pandemia de covid-19 | 101 |
| 5.3.2. A Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia | 124 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 131 |
| REFERÊNCIAS | 134 |
| APÊNDICE A – Artigo “A pesquisa científica no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: relato de experiência”. | 156 |
| ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)..... | 166 |
| ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética..... | 168 |
| ANEXO C – Questionário da 1º Etapa | 170 |
| ANEXO D – Roteiro para Entrevista Semiestruturada | 174 |

1. INTRODUÇÃO

A doença provocada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) ocasionou em todo o mundo uma grave crise de saúde pública, com impacto econômico, social e político. A infecção foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019. No início de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que se tratava de uma emergência de saúde pública de importância internacional e foi declarada a situação epidemiológica de pandemia em março do mesmo ano (WHO, 2020).

Nesse contexto, a pandemia do Sars-CoV-2 passou a imprimir à humanidade novas normas de viver e trabalhar, interpretadas como obstáculo ou oportunidade para o enfrentamento das consequências, com a imposição do isolamento e/ou distanciamento social. Foram exigidas adaptações às novas realidades e rotinas que intensificaram sentimentos de angústia, medo e incertezas, especialmente entre populações mais vulneráveis e fragilizadas (MORIN, 2020; SCHWEICKARDT et al. 2020).

De um lado, as autoridades de saúde pública ao redor do mundo adotaram medidas de contenção da doença e estratégias de comunicação que dessem resposta ao quadro de catástrofe sanitária e ajudassem a melhorar as práticas de disseminação de informações às pessoas. Por outro lado, as políticas públicas enfrentavam o estado de urgência com ações que visavam contemplar, especialmente, os aspectos sociais e sanitários, mas, também, ações que amenizassem os efeitos da pandemia no período pós Covid-19, em nível local, territorial, regional, nacional e global (SEGARINI RAAMKUMAR; TAN; WEE, 2020).

Em termos prescritivos, os relatórios da OMS e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) de 2020 e 2021 anteciparam a situação, denunciando ao mundo pontos críticos, tais como a dificuldade de acesso aos serviços de saúde e a discriminação e estigma que sofrem os grupos mais vulneráveis. Apontaram direções para que as populações pudessem enfrentar carências de políticas públicas por meio de ações coletivas de solidariedade e medidas claras de restrição para conter novos casos e mortes. Chamaram atenção para a implantação de medidas voltadas para a humanização e compartilhamento de informações, bem como a produção de vacinas eficazes (OPAS/OMS, 2020, 2021). Contudo, os processos reais de trabalho em vários países demonstraram conflitos de normas em vários níveis, contribuindo para a disseminação da doença pelo mundo.

O crescente número de casos de infectados, hospitalizados e mortes pelo SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) mobilizou em todo o mundo, recursos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais. Segundo Pan e colaboradores (2022), a principal forma de transmissão da COVID-19 ocorre por meio de gotículas respiratórias presentes no ar, principalmente quando a distância da fonte de infecção é curta, geralmente dentro de um raio de dois metros. Também pode haver transmissão por contato.

Estudos demonstram que o vírus permanece viável por pelo menos três horas nos aerossóis, o que torna possível sua transmissão por meio do ar, podendo ainda se dispersar em ambientes não ventilados. Já em locais com baixa ventilação as gotículas de aerossóis têm a capacidade de permanecer por mais tempo antes de serem inaladas ou de caírem no chão, o que pode resultar na transmissão por meio de fômites. Em áreas fechadas, baixa umidade, ar condicionado e baixa irradiação de luz ultravioleta (UV) há maior chance de sobrevivência das partículas virais. Ambientes ao ar livre, por sua vez, tem menos superfícies disponíveis ao toque, abrigando parcamente os vírus nesses locais. A luz UV proveniente da sol diminui em dez vezes a sobrevivência do vírus em superfícies (TABATABAEIZADEH, 2021; BULFONE *et al.*, 2021).

Pan e colaboradores (2022) demonstram ainda que o SARS-CoV-2 pode sobreviver ao menos três horas em aerossóis, quatro horas em superfície de cobre, vinte e quatro horas em superfície de papelão e por dois a três dias em superfície de aço inoxidável e em material plástico de polipropileno. No entanto, é sensível aos raios ultravioletas e ao calor, podendo ser efetivamente inativado por aquecimento a 56o C durante 30min. ou pela exposição a solventes como o éter, etanol 75%, desinfetante contendo cloro, ácido peroxiacético e clorofórmio, exceto clorexidina.

A covid-19 causa uma série de sintomas respiratórios, além de febre, fadiga, tosse seca e dispneia. Pode ocasionar complicações como pneumonia grave e morte. Idosos e pessoas com condições crônicas como doenças cardíacas, diabetes, hipertensão e asma possuem maior vulnerabilidade e risco de agravamento (TADESSE *et al.* 2020).

Para enfrentar a pandemia causada pela COVID-19, governos de todo o mundo emitiram recomendações sobre a restrição da mobilidade, higiene pessoal, uso de máscara e distanciamento social (WHO, 2020). As fortes restrições, como o distanciamento físico, a interrupção de atividades não essenciais e a limitação do fluxo de pessoas, culminaram no movimento extremo de isolamento total, conhecido mundialmente como “*lockdown*”. Tais medidas continuam sendo de grande importância na contenção da disseminação

viral, embora tenham gerado diversas consequências, como o impacto na dinâmica econômica, social, política e cultural da população mundial, pondo à prova governos e agências internacionais, evidenciando os limites da globalização (MATTA et al, 2021; SARTI et al., 2020).

É consenso entre os organismos internacionais a importância das medidas de prevenção e controle individuais e coletivas no enfrentamento ao vírus, “a fim de conter a infecção de novos indivíduos e reduzir a sobrecarga social da doença e sua mortalidade” (SARTI et al., 2020).

No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria MS nº 188, o Ministério da Saúde (MS) declarou Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional. Tal Portaria também criou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19) como instância de gestão em âmbito nacional, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde. A partir daí, foi construído um sistema de vigilância para registro de casos e óbitos de COVID-19, tendo também organizado a rede de laboratórios de referência. (SOUZA *et al.*, 2020). No mês de março de 2022, o Brasil declarou a situação de transmissão comunitária em todo o território nacional por meio da Portaria nº 454 de 20/03/2020 e, com isso, as medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social foram se tornando consistentes e reais.

De acordo com Oliveira et al. (2020), as orientações iniciais do MS para a população tiveram o objetivo de reforçar a importância das medidas de prevenção da transmissão do SARS-CoV-2, entre elas: a higienização das mãos com água e sabão ou álcool 70% em gel; a “etiqueta respiratória”, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir; o distanciamento social; o não compartilhamento de objetos de uso pessoal; a ventilação nos ambientes; e o uso de máscaras como barreira à propagação do SARS-CoV-2 em âmbito populacional.

Apesar das medidas adotadas, o Brasil é o quinto país com mais casos de Covid-19 no mundo e o segundo em óbitos. Com base nos dados informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde ao MS, de fevereiro de 2020 a outubro de 2022, foram contabilizados 34.746.462 infectado e 687.144 óbitos (OUR WORLD IN DATA, 2022).

Tal cenário é fruto das respostas governamentais, principalmente da velocidade de implementação de ações para evitar o adoecimento e da estruturação dos serviços de saúde. Tais medidas sofreram ao longo da pandemia impacto direto do posicionamento do Presidente da República Jair Bolsonaro, que negou em inúmeras ocasiões a gravidade da pandemia e foi responsável pela extrema morosidade nas respostas do governo federal.

A defesa da “imunidade de rebanho” como modo de superar a Covid-19 e do setor da economia tornou-se prioridade no discurso e nas poucas medidas adotadas (CAMPOS, 2020). A desorganização e a insensibilidade com aumento do número de óbitos fizeram os governos estaduais e municipais assumirem a responsabilidade e o protagonismo no enfrentamento à pandemia. De forma complementar, o papel da mídia e das várias iniciativas da sociedade civil organizada foram essenciais na divulgação de orientações e no apoio as populações em situação de vulnerabilidade.

Apesar dos esforços e da obrigatoriedade das medidas de proteção, a adesão da população foi variável. O desinteresse e o não cumprimento das recomendações evidenciou a desvalorização do risco de contágio pelo SARS-CoV-2, diante dos esforços e das estratégias para amenizar a transmissão do vírus e das várias campanhas para educação e conscientização da população (ABUD; SOUZA, 2020). Entre os fatores que contribuíram para o descrédito e não adesão às medidas de prevenção está o que Yabrude e colaboradores (2020) chamam de infodemia, definida pelos autores como a grande quantidade de informações no decorrer da pandemia e seu fluxo intenso por mídias sociais. A infodemia gera o risco de acesso à fontes não confiáveis, uma vez que as notícias falsas ou *fake news*, atingem grande alcance em redes sociais como *WhatsApp* e *facebook* (BARCELOS *et al.* 2021).

Somada à desinformação, em uma sociedade com tamanha exposição aos determinantes econômicos a pandemia promoveu o aumento das vulnerabilidades e desigualdades, agravadas por questões como a perda de emprego, aumento das taxas de trabalho informal e diminuição da renda familiar, principalmente em periferias (FARIAS *et al.*, 2021). Santos (2021) destaca que as indicações da OMS para trabalhar em casa e manter o isolamento físico foram impraticáveis para a maioria da população mundial, uma vez que em cenários de pouco ou nenhum acesso a políticas de proteção social, os trabalhadores foram obrigados a escolher entre ficar em casa e passar fome ou sair para ganhar o pão diário.

As agências internacionais e a literatura especializada recomendaram, ainda no início da pandemia, a criação de uma linha de cuidado em Covid-19 para o enfrentamento da fase aguda da doença e para o cuidado das possíveis sequelas (POSSA *et al.* 2020). No cenário brasileiro Henrique e Vasconcelos (2020) destacam o importante papel do Sistema Único de Saúde (SUS) no enfrentamento à doença, apesar da centralidade das iniciativas de enfrentamento terem sido baseadas no cuidado individual de casos graves

com a criação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e hospitais de campanha (GIOVANELLA, 2020).

Enquanto as recomendações mundiais pautavam-se na combinação do isolamento imediato dos casos, triagem rápida e monitoramento dos contatos dos indivíduos infectados (YABRUDE et al., 2020), o SUS, por meio da Atenção Primária à Saúde (APS) e apesar da desestruturação que vem sofrendo nos últimos anos, buscou em muitos locais realizar o cuidado em saúde articulado e integrado a dimensões que pudessem garantir proteção as pessoas em situação de vulnerabilidade, como os residentes em instituições de longa permanência, comunidades de baixa renda, moradores de rua, refugiados e nômades (LIMA et al., 2020).

No Brasil, assiste-se à redução de investimentos em ações sanitárias, sociais e educacionais, o que aprofunda as desigualdades sociais, a pobreza, as violências e o atraso de vacinas que possam proteger a população dos quadros graves da doença. Nesse contexto, as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) assumem importante papel no desenvolvimento de ações educativas, sociais e assistenciais, pois compreendem as especificidades sociais e culturais das comunidades onde atuam (SCHWEICKARDT *et al.* 2020). A APS também será responsável pelos diversos problemas decorrentes do isolamento e da precarização da vida em aspectos sociais e econômicos, “como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, exigindo cuidados integrados e longitudinais” (SARTI *et al.* 2020).

Nesse contexto, as equipes da APS exercem papel essencial, pois compreendem elementos culturais e sociais presentes nas comunidades pelas quais se responsabilizam, sendo 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.

Os desafios impostos pela pandemia 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. Essas, ocasionalmente, aparecem divergentes e contraditórias sobre os modos de proceder, determinando conflitos entre o que deve ser feito pela população e o que é possível. Diante desse cenário, as pessoas desenvolvem traduções, interpretações e adaptações para a realidade local, corroborando com o pressuposto de que a eficácia comunicativa das

informações e a efetividade das ações de prevenção e controle dependem dos arranjos que a comunidade elabora. Entender esse aspecto pode ajudar gestores, profissionais de saúde e coletividades a agir de forma mais efetiva contra a COVID-19 (SCHWEICKARDT *et al.* 2020).

Considerando a magnitude da pandemia, estudos que analisem as percepções individuais e coletivas sobre o enfrentamento ao coronavírus nos diferentes territórios, bem como os fatores que afetam a adesão às diretrizes de prevenção recomendadas são cada vez mais necessários. No âmbito da APS estes estudos podem fornecer subsídios para elaboração ou adaptação de estratégias de educação em saúde e identificação grupos mais vulneráveis.

Dessa forma, a rede PROFSAÚDE que envolve Instituições de Ensino Superior e de pesquisas vinculadas ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família, sob a direção da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), propôs a realização do estudo: 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 relevância desta pesquisa está na abordagem de um problema que representa o maior desafio da atualidade em diversas áreas do conhecimento, que é a pandemia de COVID-19. Como resultados esperados, as implicações da presente pesquisa para o campo de prática e políticas de saúde serão relevantes. Determinar o conhecimento, as atitudes, as percepções e as práticas das pessoas poderá fornecer novos conhecimentos com o objetivo de reduzir a disseminação e propagação do vírus da COVID-19 e de outros possíveis surtos. É preciso destacar também que o impacto regional e local da crise sanitária pela COVID-19 é altamente heterogêneo, com implicações significativas para a gestão de crises e as respostas políticas e populacionais, daí a relevância do estudo para compreender as particularidades que podem ser encontradas em cada região, cada estado, cada cidade e em cada território. Nessa perspectiva, o presente estudo busca responder algumas perguntas norteadoras: Quais as percepções da população sobre o enfrentamento à pandemia em Porto Seguro – BA? Como a população dos territórios de abrangência da APS em Porto Seguro se informou à respeito da Covid-19? Quais os principais impactos da pandemia em suas vidas?

Espera-se com essas indagações e considerando o contexto estudado, fornecer subsídios para o aperfeiçoamento de políticas públicas voltada para a melhor gestão da informação e educação em saúde nos territórios, valorização da APS e elaboração de

estratégias que visem a redução das iniquidades e desigualdades sociais agravadas pela pandemia.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções e práticas da população para o enfrentamento da pandemia nos territórios de abrangência de duas equipes da Estratégia Saúde da Família de Porto Seguro – Ba.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Dimensionar o universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias;
- b) Identificar as estratégias utilizadas pela população para a prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientem;
- c) Conhecer o grau de credibilidade que a população atribui às informações de prevenção e controle da COVID-19.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. A adoção de medidas preventivas contra a Covid-19 e o Modelo das Crenças em Saúde (MCS)

Sabe-se que a transmissão do coronavírus acontece por meio da interação entre pessoas, principalmente pelo contato com gotículas provenientes das vias oral e nasal de indivíduos infectados, sintomáticos ou não. A elevada transmissibilidade do SARS-CoV-2 ocorreu principalmente devido à ausência de imunidade prévia no início da pandemia, fazendo com que fossem necessárias medidas de proteção individuais e coletivas. Neste sentido, as recomendações voltadas para a proteção e não disseminação da doença envolveram sobretudo medidas não farmacológicas como o distanciamento físico, a proteção das vias respiratórias com o uso de máscaras e a frequente higienização das mãos. Para pessoas que testaram positivo para o SARS-CoV-2 e contactantes é indicado ainda o isolamento domiciliar (GARCIA; DUARTE, 2020; ORTELAN *et al.* 2021).

Estudos comprovam a efetividade de tais medidas para evitar a infecção pelo coronavírus. Leung e colaboradores (2020) demonstraram que a máscara cirúrgica reduz a detecção do vírus em partículas de aerossol de 40% para 0%. Medidas como o

isolamento social e quarentena mostraram-se eficazes para a desaceleração das taxas de crescimento de casos de Covid-19 em diversos países (ANTUNES *et al.* 2020). Ao avaliar a efetividade das medidas de proteção Chu e colaboradores (2020) observaram que a manutenção do uso de máscara, protetor ocular e distanciamento mínimo de 1 metro reduziram significativamente a contaminação. Aquino *et al.* (2020) apontaram que medidas de isolamento, quarentena e distanciamento físico possuem o potencial de conter a transmissão da doença.

Apesar da importância de tais medidas preventivas, as taxas de infecção e mortes por covid-19 aumentaram consideravelmente entre os anos de 2020 e 2021, indicando que apenas as medidas adotadas naquele momento não eram suficientes para o controle da infecção. Entretanto, a efetividade das medidas também estava ligada ao comportamento de adesão pela população. Nesse sentido, apesar do risco de ser contaminado pela Covid-19 existir, as pessoas tomam decisões diversas e percebem o risco de forma diferente.

Para Xie e colaboradores (2020) a adesão a medidas como o distanciamento social é influenciada pela percepção de risco da Covid-19 pela população. A compreensão do risco e da gravidade da doença possuem uma associação positiva com a adesão a comportamentos de distanciamento social, sendo um importante mediador em relação as medidas contra o contágio. A compreensão do risco ou da ameaça consiste em estimar o risco de contrair uma doença (susceptibilidade percebida) e a gravidade de uma doença (gravidade percebida) (BRUG; ARO; RICHARDUS, 2009). Nesse sentido, a percepção de risco desenvolvida pelas pessoas pode influenciar no desenvolvimento de epidemias, pois influenciam o comportamento e confiança para adesão ou não as medidas de prevenção, que em fases iniciais de uma possível epidemia, são muitas vezes os únicos meios para conter a propagação da doença (SHAHIN; HUSSIEN, 2020).

Neste sentido, torna-se importante compreender como e quais medidas a população coloca em prática no seu cotidiano e a credibilidade que atribuem a cada uma delas, visto que as medidas de proteção individual são de extrema importância no controle da disseminação do vírus. De forma que Anderson *et al.* (2020) consideraram a prática das medidas de prevenção pela população tão importantes quanto as ações do governo.

Além de apontar quais medidas as pessoas colocam ou não em prática, é importante compreender quais os determinantes que levam as pessoas a apresentar resistência às medidas de prevenção. Neste sentido, o Modelo das Crenças em Saúde (MCS) pode auxiliar na compreensão desse comportamento (COSTA, 2020).

O MCS procura medir conhecimentos, atitudes, valores e crenças em relação à saúde, ligados ao comportamento do indivíduo frente a determinados problemas, ou seja, explicar o comportamento dos pacientes frente a uma doença ou ao risco de adoecer. Publicado em 1966 por Rosenstock, o modelo tenta explicar o comportamento humano no processo de saúde, com base na ideia de que para o indivíduo emitir um comportamento preventivo em relação a uma determinada doença, é preciso que este acredite na sua susceptibilidade àquela doença e que sua ocorrência poderá ter, ao menos, moderada seriedade em algum aspecto da sua vida. Para a adoção de medidas preventivas ou mudança de comportamento, é preciso que o indivíduo acredite no benefícios da mudança e que as medidas sejam capazes de reduzir sua suscetibilidade ou gravidade (ROSENSTOCK, STRECHER, BECKER, 1988; MOREIRA; SANTOS; CAETANO, 2009).

De acordo com o modelo, a adoção de recomendações de saúde em relação a uma determinada doença depende da: a) Percepção quanto ao nível de suscetibilidade à doença; b) Grau de gravidade da doença e os impactos negativos em sua vida; c) benefícios da adoção de determinadas medidas para redução da suscetibilidade ou gravidade da doença; d) Sobrepor barreiras físicas, psicológicas e financeiras para manter o comportamento desejado (ROSENSTOCK, STRECHER, BECKER, 1988; KNOPLICK, 1993; COSTA, 2020).

3.2. A Sindemia de Covid-19 e o agravamento das vulnerabilidades sociais

Proposto na década de 1990 pelo antropólogo médico Merrill Singer, o termo sindemia é definido como “um conjunto de problemas de saúde intimamente interligados e mútuos que afetam significativamente o estado geral de saúde de uma população dentro de um contexto que perpetua condições sociais nocivas”. As circunstâncias de criação de tal conceito estavam ligadas ao argumento de que o abuso de substâncias químicas, a violência e o HIV/AIDS em cidades Porto-riquenhas seriam melhor compreendidos a partir das suas interconexões e não como coisas separadas. De acordo com o autor, o termo epidemia não era adequado para descrever a crise de saúde, caracterizada por um conjunto de condições endêmicas e epidêmicas intimamente inter-relacionadas (HIV, tuberculose, hepatite, mortalidade infantil, abuso de drogas, suicídio), influenciados e sustentados por um conjunto de fatores político-econômicos e sociais, com altas taxas de

desemprego, pobreza, falta de moradia, nutrição inadequada, inequidades na assistência a saúde, ausência de redes de apoio social e atividade das gangues (SINGER, 1996).

O conceito de sindemia vai além dos conceitos médicos comuns de comorbidade e multimorbidade porque engloba as consequências da interação das doenças quanto aos fatores sociais, ambientais e econômicos que agrupados as doenças moldam sua interação. De acordo com Mendenhall (2017), o conceito de sindemia possui três principais características: 1) envolve o agrupamento de duas ou mais doenças dentro de uma população; 2) a interação biológica, social e psicológica dessas doenças; 3) as forças sociais em larga escala que promovem a coocorrência dessas doenças. Nesse sentido, sindemias envolvem a interação de doenças de todos os tipos e mais prováveis de acontecerem em condições de iniquidades de saúde causados pela pobreza, estresse, violência estrutural, xenofobia e racismo. Assim, a teoria sindêmica tenta fornecer uma estrutura para a análise das conexões biossociais, que incluem as causas e consequências do bem estar da população (SINGER *et. al.*, 2017).

Singer e Clair (2003) apontam que a sindemia pode ser analisada a partir de três dimensões: biológica, populacional e social. No contexto biológico os autores consideram que em situações onde coexistem duas ou mais doenças é provável que aconteça uma interação biológica entre elas, podendo ser direta (como alterações estruturais entre os agentes, ex. mutações) ou indiretas (onde uma pode promover condições ou danos biológicos que favoreçam o outro agente). No nível populacional é importante destacar o aumento na incidência de doenças, gravidade dos casos e repercussões para a comunidade. No nível social, apontam a importância das condições de vida na determinação da saúde dos indivíduos, uma vez que o contexto social pode ser mais importante no desfecho das doenças do que a condição física da pessoa ou a natureza do patógeno.

Além do modelo inicial proposto por Singer (1996) para evidenciar a interação entre HIV/AIDS, violência e abuso de substâncias, o modelo sindêmico foi aplicado em diversos contextos para melhor compreender a dinâmica da saúde de alguns grupos. Mendenhall e colaboradores (2015) utilizaram o conceito para analisar a relação entre diabetes, depressão e doenças infecciosas em mulheres quenianas, em que os problemas sociais eram causa e consequência do sofrimento psicológico e físico. González-Guarda *et. al.* (2011) abordaram a sindemia no contexto de disparidades de saúde entre hispânicos e a complexa interação entre o crescente abuso de substâncias químicas, infecção por HIV/AIDS, violência de parceiros íntimos e saúde mental. Kline (2013) lança mão da

teoria sindêmica para mostrar como a pobreza, a insegurança alimentar e o acesso limitado aos cuidados odontológicos atuam sinergicamente para exacerbar as más condições de saúde em agricultores migrantes na Flórida.

Segundo Almeida-Filho (2021), o conceito de sindemia é proposto como base para explicar a coocorrência de processos epidêmicos. A pandemia da Covid-19 é analisada pelo autor como uma sindemia resultante da interação entre grupos de doenças (doenças crônicas não transmissíveis, doenças infecciosas e parasitárias e problemas de saúde mental) e o contexto socioeconômico (as iniquidades sociais e as condições de vulnerabilidade das populações afetadas pela pobreza, pela exclusão social, violência estrutural e outros fatores) que potencializa as consequências da Covid-19.

No início da crise socio sanitária Richard Horton, professor honorário da London School of Hygiene and Tropical Medicine e editor-chefe da *The Lancet* (2020) chamou a atenção da comunidade internacional dos efeitos ampliados sobre o nível de saúde das populações em função da interação da infecção pelo coronavírus com uma série de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e, também, os contextos social, econômico e ambiental, que determinam as condições de vida das populações. Segundo Horton, “Covid-19 não é pandemia, mas sindemia” e nessa perspectiva científica deve mudar a forma como conduzir a crise sanitária tendo como parâmetro o contexto econômico e ambiental, caracterizado por profunda inequidade social. Essas condições, argumenta Horton, exacerbam o impacto das pandemias.

Neste sentido, é preciso considerar que a sindemia não se caracteriza apenas pela coocorrência de Covid-19 e outras doenças, mas pelo sinergismo da interação entre elas que fazem aumentar as incidências e potencializam os efeitos clínicos e sociais (BISPO JUNIOR; SANTOS, 2021).

Diversos estudos têm demonstrado os impactos negativos dessa convergência de enfermidades, visto que seus fatores de risco comportamentais e metabólicos podem agravar os casos, aumentar o tempo de internação e as taxas de mortalidade. Fronteira e colaboradores (2021) trazem evidências da natureza sindêmica da pandemia de SARS-CoV-2, uma vez que está se sobrepõe a diversas doenças endêmicas (DCNT, malária, esquistossomose, tuberculose, hepatite C, HIV, dengue e outras doenças tropicais negligenciadas), doenças sazonais (gripe e outras doenças respiratórias) e a uma série de determinantes sociais e culturais (racismo, gênero e inequidades sociais).

Tais resultados corroboram com metanálises publicadas ainda no início da pandemia que constatavam o agravamento da Covid-19 em pacientes com comorbidades:

Wang *et al.* (2020) observaram que pacientes com Doença Crônica Pulmonar Obstrutiva (DPOC) possuíam um risco 5,9 vezes maior de agravamento do que pacientes sem a DPOC. Além disso, identificaram um risco aumentado de agravamento em indivíduos que possuem hipertensão, diabetes, doença cardiovascular ou cerebrovascular; Gold *et al.* (2020) revelaram uma maior prevalência de comorbidades entre casos graves e fatais de Covid-19. A hipertensão, diabetes e as doenças respiratórias foram significativamente mais prevalentes nestes casos.

Yadav e colaboradores (2020) apontam que a Covid-19 e as DCNT possuem efeito recíproco uma sobre a outra: as DCNT aumentam a vulnerabilidade à Covid-19 e a Covid-19 aumenta os fatores de risco relacionados às DCNT. O Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças apontou ainda em 2020 que a taxa de mortalidade de pessoas que possuem algum tipo de comorbidade é muito maior. De acordo com os autores, a taxa de mortalidade bruta foi de 2,3%, enquanto em pessoas com doenças cardiovasculares a taxa foi de 10,5%, para diabetes foi de 7,3%, para doenças respiratórias 6,3%, para hipertensão 5,6% e para câncer 5,6%. Malta e colaboradores (2021) identificaram na Itália que 96,2% das pessoas que morreram por Covid-19 apresentavam hipertensão (69,2%), Diabetes Mellitus (31,8%), doenças cardíacas (28,2%) Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (16,9%) e câncer (16,3%). No Brasil, Souza e colaboradores (2021) indicam que dos 371.678 óbitos analisados, 61,3% apresentavam alguma comorbidade, sendo a cardiopatia, diabetes e obesidade as mais prevalentes.

Para além da mortalidade, os quadros clínicos causados pela Covid-19 demonstram que a presença de DCNT como a Diabetes *Mellitus* e outras doenças associadas como a obesidade, hipertensão e doenças cardiovasculares representam os principais fatores de risco e prognóstico (PITITTO *et al.* 2020). Palmer *et al.* (2020) relata que a infecção pelo SARS-CoV-2 também pode afetar a progressão das DCNT pré-existentes. O perigo da sinergia entre essas doenças está ligado não apenas aos processos patológicos, mas também aos impactos promovidos pelas medidas de prevenção na rotina de acompanhamento dessas DCNT, como a redução de atividade física e aumento do estilo de vida não saudável (que aumentam os fatores de risco de DCNT), a não realização de consultas médicas para acompanhamento e a aquisição e adesão ao uso de medicamentos.

Utilizando como exemplo a Diabetes *Mellitus*, Ibarra (2020) aponta que a evolução negativa da Covid-19 em pacientes diabéticos está relacionada a idade avançada, a inflamação crônica, ao aumento da atividade de coagulação, a resposta imune

prejudicada e ao possível dano pancreático provocado pelo SARS-CoV-2. Considerando o impacto direto e indireto das medidas de isolamento sobre pacientes diabéticos, Barone e colaboradores (2020) observaram que os hábitos desses pacientes foram alterados, o que afetou sua glicemia e o potencial risco de maior mortalidade em caso de contaminação por Covid-19. Segundo os autores 95,1% dos entrevistados saíram menos de casa, 59,4% experimentou aumento da glicemia, 38,4% adiaram consultas médicas e/ou exames de rotina e 59,5% reduziram a realização de atividade física.

A natureza da sindemia da Covid-19 não está restrita a interação com DCNT. Alguns autores chamam a atenção para os impactos da Covid-19 em comunidades onde outras doenças de interesse da saúde pública são endêmicas. Chaumont e colaboradores (2020) alertam para o impacto da crise do SARS-CoV-2 no tratamento das doenças tropicais negligenciadas como esquistossomose, filariose, helmintíases, oncocercose e tracoma. De acordo com os autores, essas doenças exigem tratamento anual em massa e com alta cobertura para que se alcance a redução das taxas de infecção. Neste sentido, a maior preocupação expressa no contexto pandêmico está relacionada ao atraso nas campanhas de administração das drogas em massa e a falta de recursos, ameaçando os ganhos obtidos pelos programas nos últimos anos.

Cruz e colaboradores (2020) alertaram para o risco de sindemia de Covid-19 e Dengue no México. As zonas do Pacífico e do Golfo do México viveram uma epidemia de dengue e também foram severamente afetadas pela Covid-19. Considerando que as duas doenças compartilham algumas manifestações clínicas, os autores relatam a necessidade de um correto diagnóstico, com necessidade de exames laboratoriais confirmatórios. Somada a dificuldade de diagnóstico está a sobrecarga dos sistemas de saúde que podem colapsar, visto que as condições geográficas, ambientais e climáticas da região favorecem a rápida propagação da dengue e da Covid-19. No Brasil, pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz advertem sobre a concomitante pandemia de Covid-19 e da tripla epidemia arboviral de dengue, zika e chikunguya (SILVA; MAGALHÃES; PENA, 2021), fenômeno abordado anteriormente por Carlson e Mendenhall (2019) para alertar sobre a emergência de doenças infecciosas e a utilização do modelo sindêmico para compreendê-las.

No que tange a relação entre Covid-19 e saúde mental, Holmes e colaboradores (2020) apontam a necessidade de uma abordagem multidisciplinar para a pesquisa sobre a pandemia de Covid-19, devido aos seus impactos na saúde mental da população mundial. Os autores alertam para os efeitos da Covid-19 no aumento de casos de

ansiedade, depressão, suicídio e automutilação. O agravamento de tal condição está associado tanto ao isolamento social e a solidão, como as consequências da recessão econômica (estresse financeiro, desemprego, falta de moradia).

Além dos fatores biológicos que envolvem as complicações e óbitos provenientes do sinergismo entre essas doenças, é necessário considerar o peso que as condições de vida e o acesso aos serviços de saúde possuem na determinação do adoecimento em todas as situações relatadas (BISPO JUNIOR; SANTOS, 2021). Yadav e colaboradores (2020) consideram que a pandemia de Covid-19 se transformou em uma sindemia devido a fatores sociais como condições precárias de transporte e habitação, solidão, incertezas, má nutrição e falta de acesso a serviços de saúde, que geraram depressão, suicídio, violência doméstica e aumento de doenças psiquiátricas. Os determinantes sociais da saúde como pobreza, inequidade, estigma social e outros podem acarretar a intensidade da sindemia. Neste sentido, a proposição de Allen e Feigl (2017) de “Condições Socialmente Transmitidas” para caracterizar doenças (sejam infecciosas ou DCNT) impulsionadas pela urbanização, industrialização e pobreza se adequa ao conceito de sindemia utilizado no contexto da Covid-19.

Portanto, as sindemias têm como característica a interação biológica e social que pode aumentar a susceptibilidade de uma pessoa e piorar seu estado de saúde. O principal aspecto ao considerar a natureza sindêmica da Covid-19 é seu caráter social, uma vez que condições de inequidades (sejam elas econômicas, políticas e culturais) são associadas a doenças infecciosas sobrepostas e podem promover mais sofrimento e mortes (ALMEIDA-FILHO, 2021). A vulnerabilidade social torna-se então elemento essencial no estudo da pandemia.

Ao analisar a relação entre vulnerabilidade social e a sindemia de doenças crônicas e Covid-19 nos EUA, Islam e colaboradores (2021) observaram que estados com alto índice de desigualdade social apresentavam o dobro de casos e mortes quando comparados a estados com população menos vulnerável. A vulnerabilidade também foi associada a prevalência das principais doenças crônicas. De acordo com os autores, a inequidade social está fortemente relacionada com precárias condições de habitação, redução da oferta de emprego, condições de trabalho precárias e dificuldade de acesso a serviços de saúde, fatores que podem exacerbar a disseminação e a evolução de diversas doenças infecciosas. Estas populações também estão mais propensas a sofrer de doenças crônicas (problemas cardíacos, obesidade, diabetes), que são fatores de risco para a gravidade da infecção por Covid-19. Neste sentido, fica evidente que a combinação da

vulnerabilidade social juntamente com a epidemia de doenças crônicas impulsionaram o impacto desproporcional da Covid-19 nestas populações.

A natureza sindêmica da ameaça que enfrentamos exige não apenas tratar cada aflição, mas também abordar urgentemente as desigualdades sociais subjacentes que as afetam, ou seja, a pobreza, a moradia, a educação e a raça, que são fatores determinantes poderosos da saúde. (HORTON *apud* BOTALLO, 2020).

A vulnerabilidade enquanto conceito “identifica as suscetibilidades, fragilidades e condições precárias de vida dos indivíduos em situação de perigo”, devendo ser compreendida em associação aos diferentes contextos histórico-sociais (FARIA; CASTRO SANTOS; ALVAREZ, 2022). Neste sentido, as vulnerabilidades acentuadas pela Covid-19, possuem de acordo com Boaventura de Souza Santos (2021) raízes nos três pilares principais da dominação moderna: o capitalismo, o colonialismo e o patriarcado.

O sofrimento humano causado pela exploração desses três pilares promoveu ao longo da história enorme inequidade e discriminação, que resultaram, segundo Santos (2007), na criação de uma linha abissal que divide a humanidade em “seres plenamente humanos” e “seres sub-humanos”, inferiores e descartáveis. Para estes últimos, a pandemia foi mais um fator de inequidade, ou seja, a vulnerabilidade que já possuíam foi agravada.

Segundo Santos (2020) essas abissais inequidades têm relação direta com a fragilidade das políticas públicas e dos pactos sociais. Nas suas palavras, “à medida que o neoliberalismo se foi impondo como a versão dominante do capitalismo e este se foi sujeitando mais e mais à lógica do setor financeiro - o mundo tem vivido em permanente estado de crise” (p. 1).

Ao refletir, portanto, sobre as exclusões provocadas por esta lógica do neoliberalismo e acentuada pela pandemia da Covid-19, o autor identifica os grupos com especial vulnerabilidade durante a crise sanitária, organizando-os de acordo com a linha abissal que os separam (SANTOS, 2021):

- **As linhas abissais com predominância econômica**, em que as inequidades decorrem principalmente da exploração da força de trabalho. Dentre as dimensões da vulnerabilidade, estão os grupos que não puderam cumprir as medidas de distanciamento recomendadas pela OMS, que sem o apoio governamental foram obrigados a escolher entre o isolamento e a necessidade de manter o sustento da família; Deste lado estão os trabalhadores informais, com vínculos precários ou autônomos, os desempregados, trabalhadores de rua, moradores das periferias pobres, favelas e moradores de rua.

- **As linhas abissais com predominância racista-colonialista**, em que povos indígenas, populações de matriz africana/negras/quilombolas, ciganos, refugiados e imigrantes sofrem com as consideráveis taxas de internação e morte, além do preconceito no acesso aos serviços de saúde.

- **As linhas abissais com predominância sexista**, em que a discriminação por gênero ou orientação sexual, faz com que mulheres estejam sujeitas a condições de trabalho mais precárias, possuam dupla ou tripla carga de trabalho com o cuidado doméstico e dos filhos, resultando na propensão ao estresse, além de problemas psicológicos e risco de sofrer algum tipo de violência.

Corroborando com os dados discutidos por Boaventura, foram observados como efeitos da pandemia o aumento do desemprego, da insegurança alimentar, redução da renda e a dificuldades de acesso à políticas públicas, ou seja, a interrelação entre inequidades sociais e Covid-19, que afetaram os grupos mais vulneráveis, que historicamente sofrem com a privação dos seus direitos básicos (SCHAPPO, 2020). De forma semelhante, Bamba e colaboradores (2020), ao analisarem as implicações da pandemia de Covid-19 para as inequidades em saúde e as evidências históricas das desigualdades em pandemias passadas, desconstroem a falácia de que a doença é socialmente neutra e não discrimina grupos populacionais. De acordo com Santos (2021), o vírus enquanto nosso contemporâneo

Comporta-se como o 1% mais rico da população mundial, um senhor todo poderoso [...] sem limites éticos. É tão democrático quanto a sociedade que permite tal concentração de riqueza. Ao contrário do que quer muito o discurso oficial, não ataca indiscriminadamente. Prefere as populações empobrecidas, vítimas de fome, de falta de cuidados médicos, de condições de habitabilidade, de proteção no trabalho, de discriminação sexual ou etnoracial. (SANTOS, 2021, p. 43)

Dessa forma, as desigualdades sociais, as iniquidades em saúde e as dificuldades de acesso aos serviços têm impacto direto nos óbitos entre os mais pobres, especialmente negros com menor escolaridade e revela o caráter discriminatório do vírus. Ainda no contexto da Covid-19, o editorial da *The Lancet* “*Redefining vulnerability in the era of Covid-19*” de abril de 2020 questiona: “O que significa ser vulnerável?” e propõe que na era do coronavírus a vulnerabilidade torna-se dinâmica, uma vez que as consequências da perda repentina de renda ou do acesso ao apoio social, podem tornar vulnerável uma pessoa não considerada vulnerável no início da pandemia. Ou seja, pessoas de diferentes grupos socioeconômicos estão sujeitas a precarização da vida, face à luta financeira, mental ou física para lidar com a Covid-19.

Nessa perspectiva os “vulnerabilizados” vão além dos grupos definidos como de risco (idosos e portadores de doenças crônicas), mas englobam os que devido a pandemia ingressaram na dinâmica da vulnerabilização. A lógica estritamente biológica utilizada na definição do risco os tornam invisibilizados frente à sociedade e ainda mais carentes de mecanismos de proteção social (MORENO; MATA, 2021).

4. METODOLOGIA

4.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo transversal com integração metodológica (abordagem quantiquantitativa) e de caráter exploratório, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. As diferentes perspectivas complementam-se no estudo do tema, visto que as possíveis lacunas deixadas na utilização de um dos métodos isoladamente, podem ser melhor contempladas (FLICK, 2009; ALMEIDA-FILHO, 2003).

4.2. 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 APS

O estudo possui abordagem quali-quantitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. Possui abrangência nacional, envolvendo 88 municípios e 134 Equipes de Saúde da Família, o que corresponde ao número de alunos que fazem parte do PROFSAÚDE. O universo da pesquisa compreende 106.200 famílias dos territórios adstritos às UBS nas quais alunos do PROFSAÚDE estão vinculados, distribuídos nos 88 municípios.

Na primeira etapa a amostra para o Brasil será de 8.781 famílias distribuídas nas 128 ESF participantes do projeto. Isso equivale a 70 famílias entrevistadas por equipe em média. A amostra é de conveniência por inclusão das famílias de usuários cadastrados que tenham frequentado a UBS nos 90 dias precedentes à pesquisa, possuam telefone celular e se disponham a participar. Na segunda etapa foram definidos aleatoriamente 20% das famílias participantes da etapa anterior.

Para o estudo, a amostra foi calculada levando em consideração os seguintes parâmetros:

- Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp (N): 106.200;

- Frequência % hipotética do fator do resultado na população (p): 50% +/-1

- Limites de confiança como % de 100 (absoluto +/-%)(d): 1%

- Efeito do desenho (para inquéritos em grupo-EDFF): 1

- Tamanho da amostra (n) para vários Níveis de Confiança:

95% - 8808

80% - 3954

90% - 6359

97% - 10599

99% - 14347

99,9% - 21571

99,99% - 27908

Fonte: Resultados do OpenEpi, versão 3, calculadora de código aberto – SSPropor.

A amostra será de 8808 famílias distribuídas nas 134 ESF, em 88 municípios participantes do projeto. Isso equivale a 70 famílias entrevistadas por equipe.

4.3. CAMPO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de Porto Seguro, localizado na região Extremo Sul da Bahia, limitando-se ao norte com Santa Cruz Cabrália, ao sul com Prado e Itamaraju e a oeste com Eunápolis, Itabela e Guaratinga. Possui extensão territorial de 2.408,327 km² e uma população estimada de 152.529 habitantes (IBGE, 2022).

Em relação a economia do município, em 2019 o Produto Interno Bruto *per capita* (PIB *per capita*) foi de R\$ 22.727,56, ocupando a 33^o posição no ranking do PIB da Bahia. Dentre as riquezas produzidas no município em 2016, 89,1% foi proveniente do setor de comércio e serviços, 8,3% do setor de indústria e 2,6% da agropecuária. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é de 0,678 em 2010, ocupando a 2.524^o posição no país e 20^o posição no estado, refletindo importantes inequidades sociais (IBGE, 2022).

O território apresenta uma população com variados níveis socioeconômicos e marcante vulnerabilidade social. A existência de um turismo de entretenimento e ecológico como forte indutor da economia local, contrasta com uma população de migrantes das regiões circunvizinhas que buscam oportunidades e são cerceados pela baixa qualificação profissional. Em 2020 apenas 23,4% da população possuía emprego formal e o salário médio mensal era de 1,7 salários mínimos (IBGE, 2022).

O turismo de massa desenvolvido ao logo da história do município promoveu um acelerado crescimento urbano, com inúmeras consequências negativas para a região:

a favelização, crescimento da violência local, ausência de saneamento básico, precarização dos serviços públicos e aumento da exclusão social (MARTINS, 2019).

No que tange à organização dos serviços de saúde, o município possui cobertura de 99,77% da Estratégia de Saúde da Família, 71,93% de Saúde Bucal e 95,52% de Agentes Comunitários de Saúde. A APS é estruturada em 29 Unidades Básicas de Saúde, com 43 Equipes da ESF, 252 Agentes Comunitários de Saúde e 31 Equipes de Saúde Bucal (BRASIL, 2019).

Tendo em consideração a complexidade territorial e distribuição populacional do município, a APS está organizada em quatro distritos sanitários em consonância com bairros e localização geográfica: Centro, Frei Calixto, Litoral Sul e Rural. Esses distritos possuem características sociais, econômicas e demográficas que diferem entre si.

A pesquisa foi realizada nos territórios de abrangência de duas Equipes da Estratégia Saúde da Família localizadas nos bairros Cambolo (ESF Isaltino Bispo I) e Mirante (ESF Vereador Eliezer Vieira) (Figura 01). Apesar de fazerem parte do Distrito do Centro, os bairros são periféricos e possuem características semelhantes ao Distrito Frei Calixto. O Distrito do Centro é formado por um conjunto de bairros na região central e adjacências, com restaurantes, comércio e pontos turísticos, composto por famílias de renda média e alta. O Distrito Frei Calixto é formado por vários bairros periféricos, composto predominantemente por indivíduos de classe de renda baixa e de extrema pobreza, marcada por vulnerabilidades sociais importantes. As ESF estão caracterizadas no quadro abaixo (Tabela 01).

Tabela 1 - Caracterização das ESF Isaltino Bispo I e ESF Vereador Eliezer Vieira quanto ao número de indivíduos cadastrados, famílias, ACS e hipertensos e diabéticos em Novembro de 2022.

| | ESF Isaltino Bispo I | ESF Vereador Eliezer Vieira |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|
| Indivíduos cadastrados | 2.299 | 2.055 |
| Famílias | 797 | 869 |
| Nº de Hipertensos | 356 | 322 |
| Nº de Diabéticos | 146 | 118 |
| Nº de ACS | 6 | 7 |

Fonte: Cidade Saudável (2022)

Figura 1 – Área de abrangência das ESF Isaltino Bispo I e ESF Eliezer Vieira no território da cidade de Porto Seguro, Novembro de 2022.



Fonte: *Google Maps*, 2022. Marcações e legendas próprias.

4.4. PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes selecionados para o estudo foram os usuários de duas Unidades de Saúde da Família (USF). A amostra foi selecionada por conveniência, com inclusão das famílias de usuários(as) cadastrados(as) que frequentaram as USF nos 90 dias precedentes à pesquisa. Puderam representar suas famílias indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos e que possuíssem acesso a telefone fixo ou celular. Foram excluídas as famílias de usuários que não teriam acesso a telefone, que não frequentaram as USF de referência do estudo e que não apresentavam condições cognitivas ou de saúde para responder ao questionário.

4.5. PERCURSO METODOLÓGICO

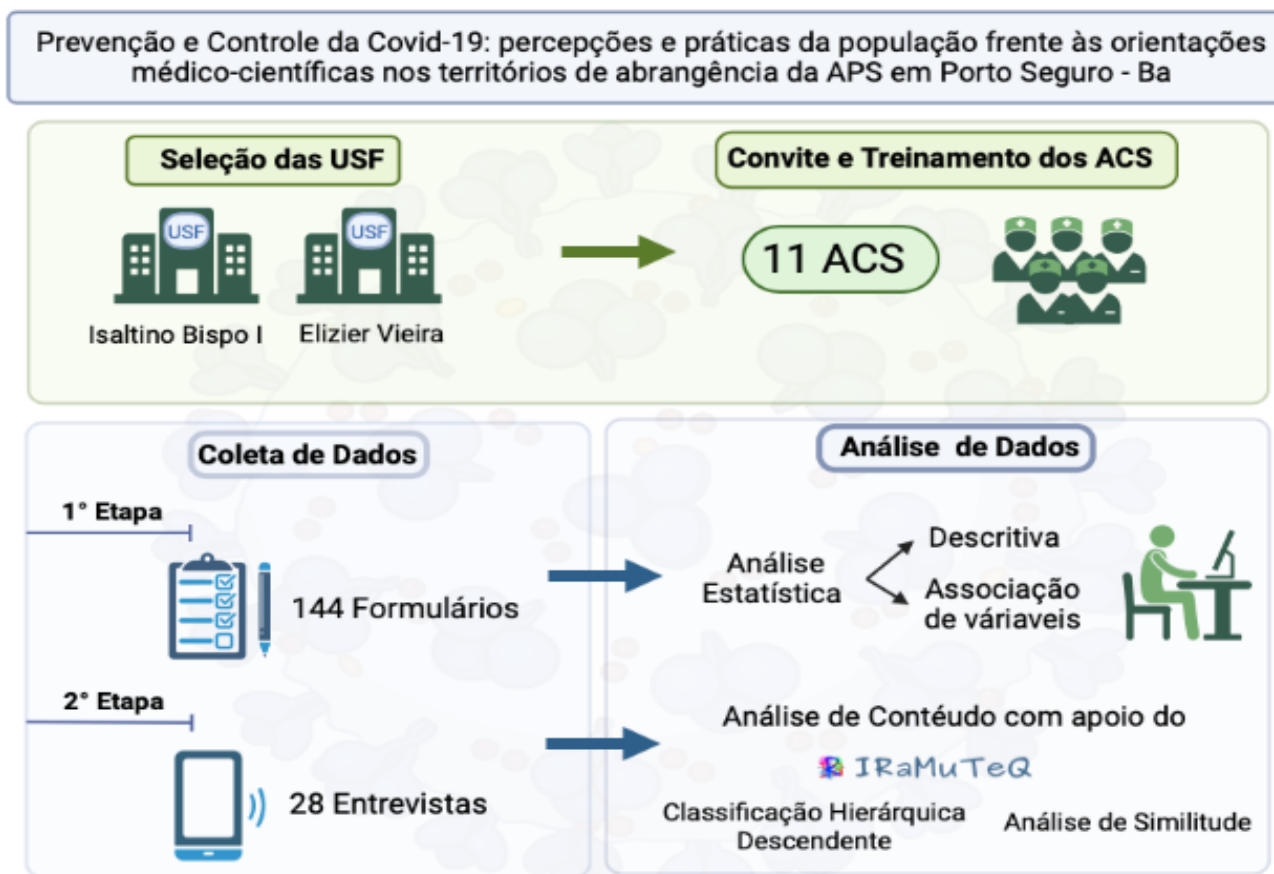
A metodologia proposta pela Comissão Nacional do Estudo Multicêntrico de Prevenção e Controle da Covid-19 foi dividida em duas etapas de coleta de dados. Na primeira etapa foi aplicado um questionário estruturado (ANEXO C) aos usuários da APS e na segunda etapa foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 20% dos participantes da primeira etapa, com apoio de um roteiro de perguntas (ANEXO D). Nesse sentido, o percurso metodológico desta pesquisa no Município de Porto Seguro será descrito em etapas, de forma a descrever a coleta e análise técnica dos dados.

O contexto de pandemia decretado em março de 2020 pela Organização Mundial de Saúde (OMS; OPAS, 2020) modificou a rotina e o cotidiano da população e dos

profissionais de saúde da APS. Nesse sentido, as medidas de distanciamento e isolamento físico foram recomendadas (SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO, 2020), com grande impacto no processo de trabalhos das equipes da ESF. Diante desse cenário e da impossibilidade de os pesquisadores estarem em campo, a coleta de dados envolveu diferentes tecnologias e também a participação dos ACS. A experiência com estes profissionais e o percurso dos pesquisadores junto à rede de saúde para concretização da pesquisa estão relatados no artigo “A pesquisa científica no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: relato de experiência” (APÊNDICE A) publicado na Revista de APS (SANTOS, BADARÓ e FARIA, 2021).

Após a aprovação do projeto pela secretária de saúde do município e pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), foram selecionadas 2 USF para a coleta de dados oficiais da pesquisa. Os pesquisadores entraram em contato com os profissionais responsáveis pelas USF participantes e foram realizadas reuniões de alinhamento com os ACS para apresentação da proposta da pesquisa, convite, critérios de seleção dos usuários participantes, questões éticas e treinamento para o preenchimento do formulário (Figura 02).

Figura 2 - Percurso Metodológico



4.5.1. COLETA DE DADOS

4.5.1.1. PRIMEIRA ETAPA

Na primeira etapa da coleta de dados foi aplicado aos participantes do estudo um questionário estruturado e organizado em três núcleos de informação: Características sociais, demográficas e econômicas; Relação com a Unidade Básica de Saúde e utilização dos serviços; Fontes de informação, percepções e práticas decorrentes das recomendações/informações das medidas de prevenção e controle da Covid-19 (ANEXO C). O quantitativo de participantes foi preestabelecido pela Comissão Nacional do projeto, sendo a amostra constituída por 144 pessoas, divididos igualmente entre as duas ESF (72 cada).

Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2021 e aconteceu com apoio dos ACS, que utilizaram *tablets* cedidos pela Secretária de Saúde, com o software Cidade Saudável. Participaram da coleta de dados 11 ACS, que durante a realização das visitas domiciliares fizeram a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A) e aplicação do questionário aos usuários de seus territórios. Os dados gravados nos *tablets* foram consolidados pelos pesquisadores em planilha Excel, através do acesso a plataforma de gestão do Cidade Saudável e compartilhados com a Comissão Nacional por meio do preenchimento de formulários *Google forms*.

4.5.1.2. SEGUNDA ETAPA

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, no período de abril a julho de 2021, seguindo roteiro semiestruturado, contendo 09 perguntas discursivas. Foram abordadas as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19, abrangendo questões relativas às informações recebidas e suas fontes, estratégias de enfrentamento a nível individual e comunitário, ações dos serviços de saúde e impacto da pandemia na vida das pessoas e famílias (ANEXO D).

Nesta etapa foram selecionados de forma aleatória 20% dos participantes da primeira etapa, totalizando 28 indivíduos entrevistados. Os participantes foram contatados via telefone (presente no cadastro da USF ou fornecido na primeira etapa), momento em que os pesquisadores retomaram os objetivos da pesquisa e o termo de consentimento e após concordar em participar da segunda etapa foi agendado, conforme

disponibilidade do participante, o melhor momento para novo telefonema e realização da entrevista. De forma a registrar os dados e posteriormente realizar a transcrição dos mesmos, as entrevistas foram gravadas por meio do aplicativo de celular “Gravador”, da *Apple Store*[®].

As transcrições das entrevistas foram realizadas na íntegra considerando a fidelidade dos dados fornecidos, mantendo as informações e identidades em sigilo. As transcrições foram realizadas de forma manual pelo próprio pesquisador, compiladas em um único documento, e identificadas por cabeçalho com nome da USF, iniciais dos(as) entrevistados(as).

4.5.2. ANÁLISE DE DADOS

4.5.2.1. ANÁLISE QUANTITATIVA

Para análise dos resultados coletados, os dados foram tabelados no Microsoft Excel[®]. Foi realizada a Análise descritiva e inferencial dos dados, com o uso do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 23. Especificamente para caracterização da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas, com ênfase nas frequências e porcentagens de respostas acerca das informações.

Testes Qui-quadrado de Pearson ou o teste exato de Fisher foi aplicado para verificar as hipóteses de associação entre duas variáveis categóricas. Uma associação foi considerada estatisticamente significativa quando o p-valor foi menor do que 0,05 (p-valor < 0,05). Para identificar a associação significativa entre categorias de duas variáveis categóricas diferentes foi avaliado o valor residual ajustado > 1,96 (SHARPE, 2015). Para avaliar a força de associação entre as variáveis foi calculado o V de Cramer¹ (AKOGLU, 2018).

Foram testadas associações entre as variáveis indicadas na Tabela 2. Devido a grande quantidade de questões e o grande quantitativo de cruzamento de variáveis possíveis, foram selecionadas apenas aquelas de maior interesse para os pesquisadores. É importante considerar que muitas questões do questionário diziam respeito a como a família do participante se informa ou coloca em prática medidas de prevenção à COVID-19. Foram testadas associações entre essas variáveis e o nível educacional.

¹ De acordo com Akoglu (2018) o V de Cramer é uma medida da força de uma associação entre duas variáveis categóricas para tabelas maiores que a tabulação 2x2. O V de Cramer varia entre 0 e 1 sem valores negativos. A força da associação é indicada pelos valores: >0,25 (muito forte), >0,15 (forte), >0,10 (moderado), >0,05 (fraco) e >0 (Não existe associação ou é muito fraca).

Assim sendo, foram testadas as associações possíveis entre as variáveis: Nível educacional; Fontes de informação; Nível de informação; Quantidade de pessoas em casa; Quantidade de pessoas que saem de casa para trabalhar; Confiança nas medidas de prevenção; Possibilidade de contaminação; Contaminação; Gravidade da doença; Medidas adotadas; Nível de informação pelos profissionais da saúde; Realização de ações pela equipe de saúde; Presença/Ausência de comorbidades.

Tabela 2 - Seleção dos cruzamentos de variáveis para verificação de associações e suas respectivas questões, com base no questionário da fase quantitativa.

| Relacionadas às fontes de informação dos participantes | | | | |
|--|--|---|---|-------------|
| Q. 21 | Fontes de Informação | x | Nível Educacional | Q.5 |
| | | | Confiança nas medidas de prevenção | Q.24 |
| | | | Medidas adotadas | Q.28 |
| Q.23 | Nível de informação (diferentes meios de informação) | x | Gravidade da doença | Q.26 |
| | | | Medidas adotadas | Q.28 |
| Q. 22 | Confiança nos meios de informação | x | Medidas adotadas | Q.28 |
| | | | Confiança nas medidas de prevenção | Q.24 |
| Q.23 | Nível de informação pelos profissionais | x | Realização de ações pelas equipes de saúde | Q.30 |
| Relacionadas às medidas de prevenção da Covid-19 | | | | |
| Q. 24 | Confiança nas medidas de prevenção | x | Quantidade de pessoas em casa | Q.6 |
| | | | Quantidade de pessoas que saem de casa para trabalhar | Q.15 |
| | | | Medidas adotadas | Q.28 |
| | | | Possibilidade de contaminação | Q.25 |
| Q. 28 | Medidas adotadas | x | Presença/Ausência de Comorbidades | Q.32 |
| | | | Realização de ações pelas equipes de saúde | Q.30 |
| Relacionadas à Possibilidade de infecção pelo coronavírus | | | | |
| Q.33 | Contaminação | x | Possibilidade de contaminação | Q.25 |
| | | | Quantidade de pessoas que saem de casa para trabalhar | Q.15 |
| | | | Quantidade de pessoas em casa | Q.6 |
| Q.25 | Possibilidade de contaminação | x | Quantidade de pessoas que saem de casa para trabalhar | Q.15 |

| | | | |
|---------------|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| | | Quantidade de pessoas em casa | Q.6 |
| Outras | | | |
| Q.11.1 | Efeito da pandemia sobre a ocupação | x | Recebimento de algum tipo de auxílio Q.27 |

Legenda: Q (Questão)

4.5.2.2. ANÁLISE QUALITATIVA

A análise dos dados qualitativos foi realizada por meio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ). O software tem como principal objetivo analisar a estrutura e a organização do discurso, possibilitando informar as relações entre os mundos lexicais que são mais frequentemente enunciados pelos participantes da pesquisa (CAMARGO e JUSTO, 2013). Foram realizadas três análises textuais:

(1) **Análises lexicográficas clássicas** para verificação de estatística de quantidade de segmentos de texto (ST), evocações e formas;

(2) **Classificação Hierárquica Descendente (CHD)**, para o reconhecimento do dendograma com as classes que surgiram, sendo que quanto maior o χ^2 , mais associada está a palavra com a classe e foram desconsideradas as palavras com $\chi^2 < 3,80$ ($p < 0,05$). Essa análise obtém classes de seguimentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e diferentes dos segmentos de texto das outras classes. Os textos são considerados em seus múltiplos contextos e divididos por classes de conteúdo, pois considera que palavras utilizadas em contexto similar, estão associadas ao mesmo mundo léxico, compondo contextos semânticos de uma mesma expressão (OLIVEIRA *et al.*, 2021);

(3) **Análise de Similitude**, que possibilita identificar as ocorrências entre as palavras. Seu resultado traz indicações da conexidade entre as palavras e da estrutura do conteúdo do *corpus* textual. Elaborada sob a forma de árvore de coocorrências, é apresentada em uma imagem que contém nuvens coloridas interligadas por vértices, que representam os grupos de palavras mais associadas entre si, que variam em tamanho e posição, e enunciam diferentes graus de interconexão de subtemas (FARIAS, *et al.*, 2020).

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

Nesta pesquisa foram respeitados todos os preceitos da Bioética estabelecidos pela Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e define os procedimentos para a submissão de protocolos de pesquisa à revisão ética. O trabalho foi aprovado sob o protocolo CAAE 37269320.4.2008.8467 e parecer 4.467.287 (ANEXO B).

Neste sentido, a coleta de dados teve início após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia (CEP/UFSB). Os participantes da pesquisa foram informados sobre todos os riscos ao participar da pesquisa, bem como as formas de assistência em caso de dano. O aceite para participação foi formalizado por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) disponibilizado via online/impreso (ANEXO A).

4. RESULTADOS

4.1. DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA E ANÁLISE DESCRITIVA

A descrição dos participantes do estudo na primeira etapa se deu por meio da análise dos questionários aplicados a 144 indivíduos que se encaixaram nos critérios de inclusão. Os dados sociodemográficos dos entrevistados, demonstraram que a maioria foi formada por mulheres (75,7%), da raça parda (55,6%), casadas (44,4%), com nível de escolaridade médio (31,9%) e renda familiar de 1 salário-mínimo (52,8%), conforme Tabela 3.

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144).

| Características Sociodemográficas | Frequência (%) |
|--|-----------------------|
| 1. Idade | 42(32-56) |
| 2. Sexo | 144 |
| Feminino | 109(75,7) |
| Masculino | 35(24,3) |
| 3. Cor/Raça autorreferida | 144 |
| Branca | 26(18,1) |
| Preta | 34(23,6) |
| Parda | 80(55,6) |
| Amarela | 4(2,8) |

| | |
|---|------------|
| 4. Estado Civil | 144 |
| Solteiro | 41(28,5) |
| Casado | 64(44,4) |
| Divorciado | 5(3,5) |
| Viúvo | 9(6,3) |
| Vive junto | 25(17,4) |
| 5. Nível Educacional | 144 |
| Sem escolaridade | 11(7,6) |
| Fundamental incompleto | 17(11,8) |
| Fundamental | 33(22,9) |
| Médio incompleto | 13(9,0) |
| Médio | 46(31,9) |
| Superior Incompleto | 4(2,8) |
| Superior | 12(8,3) |
| Pós-graduação | 8(5,6) |
| 6. Quantas pessoas moram com você | 144 |
| 0 | 5(3,5) |
| 1 a 3 | 93(64,6) |
| 4 a 7 | 43(29,9) |
| 8 a 10 | 3(2,1) |
| 7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? | 144 |
| 1 | 14(9,7) |
| 2 | 53(36,8) |
| 3 | 33(22,9) |
| 4 a 5 | 32(22,2) |
| 6 a 8 | 11(7,6) |
| Mais de 8 | 1(0,7) |
| 8. Quantos banheiros existem na sua casa? | 144 |
| 1 | 105(72,9) |
| 2 ou mais | 39(27,1) |
| 9. Infraestrutura do domicílio (acesso à água) | 144 |
| Água encanada | 126(87,5) |
| Poço artesiano | 16(11,1) |
| Reservatório | 2(1,4) |
| 10. Infraestrutura do domicílio (esgotamento) | 144 |
| Rede de esgoto | 108(75,0) |
| Fossa | 36(25,0) |
| 11. Rendimento mensal do lar | 144 |
| Até 1 SM – R\$1.045,00 | 76(52,8) |
| Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00 | 47(32,6) |
| Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00 | 6(4,2) |
| Até 4 SM – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00 | 7(4,9) |
| Mais de 4 SM – R\$4.180,00 ou mais | 8(5,6) |

A Tabela 4 traz informações relacionadas à ocupação dos participantes. O que se pode verificar é que 26,4% das pessoas trabalhavam por conta própria antes da pandemia. Ao considerar o efeito da pandemia sobre sua ocupação/trabalho 28,5% continuaram trabalhando, entretanto 30,6% relataram que não trabalhavam antes e

continuaram sem trabalhar e 20,8% perderam o emprego. Na maioria dos domicílios ao menos 1 pessoa saía diariamente para trabalhar (56,3%) e não recebiam nenhum benefício social (70,8%). Durante a pandemia 61,1% dizem ter recebido algum tipo de auxílio, sendo em 57,6% dos casos o “Auxílio emergencial”.

Tabela 4 - Análise descritiva do domínio de Características sociodemográficas relacionadas a ocupação e ao recebimento de auxílios dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144).

| Características sociodemográficas de ocupação e recebimento de auxílios | Frequência (%) |
|--|-----------------------|
| 12. Qual era a sua ocupação/trabalho principal antes do início pandemia do coronavírus? | 144 |
| Setor privado com carteira | 16(11,1) |
| Setor privado sem carteira | 20(13,9) |
| Setor público | 26(18,1) |
| Trabalhava por conta própria | 38(26,4) |
| Cooperativa | 0(0,0) |
| Trabalhava sem remuneração | 0(0,0) |
| Bolsista | 0(0,0) |
| Estudante | 4(2,8) |
| Aposentado | 11(7,6) |
| Dono(a) de casa | 23(16,0) |
| Militar | 0(0,0) |
| Procurava mas não encontrava | 3(2,1) |
| Não trabalhava por outro motivo | 20(13,9) |
| 13. Como a pandemia do Coronavírus afetou sua ocupação/trabalho? | 144 |
| Continuei trabalhando | 41(28,5) |
| Continuei trabalhando, mas em casa (home office) | 15(10,4) |
| Comecei a trabalhar durante a pandemia | 3(2,1) |
| Tive férias remuneradas | 3(2,1) |
| Perdi o emprego | 30(20,8) |
| Afastado do trabalho por ser do grupo de risco | 8(5,6) |
| Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar | 44(30,6) |
| 14. Durante a pandemia do Coronavírus, você trabalhou em algum serviço considerado essencial? | 144 |
| Assistência à saúde (atendimento direto à população) | 11(7,6) |
| Saúde | 4(2,8) |
| Segurança | 1(0,7) |
| Transporte | 5(3,5) |
| Não trabalhei em atividade essencial | 120(83,3) |
| Outros | 3(2,1) |
| 15. Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar durante a pandemia do coronavírus? | 144 |
| 0 | 18(12,5) |
| 1 | 81(56,3) |
| 2 | 38(26,4) |
| 3 a 4 | 6(4,2) |

| | |
|--|------------|
| 5 e mais | 1(0,7) |
| 16. Antes da pandemia, o/a Sr(a) recebia algum benefício social? | 144 |
| Sim, benefício de prestação continuada | 3(2,1) |
| Sim, aposentadoria | 14(9,7) |
| Sim, bolsa família | 23(16,0) |
| Não | 102(70,8) |
| Outros | 2(1,4) |
| 17. O/a Sr(a) tem plano de saúde? | 144 |
| Não | 138(95,8) |
| 18. Durante a pandemia do coronavírus, o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio? | 144 |
| Não | 56(38,9) |
| Sim | 88(61,1) |
| 19. Qual o tipo de auxílio o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo? | 144 |
| Auxílio emergencial | 83(57,6) |
| Auxílio do estado | 0(0,0) |
| Auxílio do município | 1(0,7) |
| Auxílio Inst. Caridade | 1(0,7) |
| Auxílio de ONG | 1(0,7) |
| Auxílio Comunidade | 1(0,7) |
| Auxílio Igreja | 2(1,4) |
| Auxílio Amigos/parentes | 4(2,8) |
| Não recebi | 55(38,2) |

A Tabela 5 traz informações relacionadas à comunicação e informação sobre o coronavírus. O que se pode verificar é que mais de 90% das pessoas receberam informação sobre Lavagem de mãos (93,1%), Uso de álcool em gel (96,5%) e Uso de máscara ao sair (96,5%). Em relação à obtenção de informações a respeito do Coronavírus, a maior parte dos entrevistados diz se informar por meio de “profissionais de saúde do território” (76,4%), Televisão (66,7%) e Jornais na TV/Internet (59,7%). Quanto a confiança nas fontes de informação, a maior parte das pessoas confia ” (74,3%) nos “profissionais de saúde do território, além de se sentirem muito bem informadas por eles (45,8%). As demais informações sobre “Comunicação e informação sobre o coronavírus” estão na Tabela 4.

Tabela 5 - Análise do domínio de Comunicação e Informação sobre o coronavírus dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144).

| Comunicação e informação sobre o coronavírus | Frequência (%) |
|--|-----------------------|
| 20. Quais as informações que o Sr(a) recebeu a respeito do coronavírus? | 144 |
| Isolamento total | 81(56,3) |
| Lavagem das mãos | 134(93,1) |
| Uso do álcool em gel | 139(96,5) |

| | |
|--|------------|
| Isolamento parcial | 97(67,4) |
| Uso de máscara ao sair | 139(96,5) |
| 21. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do Coronavírus? | 144 |
| Profissionais de saúde do território | 110(76,4) |
| WhatsApp | 53(36,8) |
| Facebook | 39(27,1) |
| Instagram | 34(23,6) |
| Televisão | 96(66,7) |
| Jornais na TV/internet | 86(59,7) |
| Rádio | 33(22,9) |
| Religião | 20(13,9) |
| Amigos/vizinhos/parentes | 37(25,7) |
| Governantes | 31(21,5) |
| 22. Dessas fontes citadas quais delas confia mais? | 144 |
| Profissionais de saúde do território | 107(74,3) |
| WhatsApp | 14(9,7) |
| Facebook | 16(11,1) |
| Instagram | 8(5,6) |
| Televisão | 52(36,1) |
| Jornais na TV/internet | 76(52,8) |
| Rádio | 15(10,4) |
| Religião | 13(9,0) |
| Amigos/vizinhos/parentes | 16(11,1) |
| Governantes | 16(11,1) |
| 23. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do Coronavírus? | |
| Pelos meios de comunicação | 144 |
| Muito bem informado | 15(10,4) |
| Bem informado | 31(21,5) |
| Razoavelmente informado | 72(50,0) |
| Mal informado | 7(4,9) |
| Sem informação | 19(13,2) |
| Pela Comunidade | 144 |
| Muito bem informado | 15(10,4) |
| Bem informado | 31(21,5) |
| Razoavelmente informado | 72(50,0) |
| Mal informado | 7(4,9) |
| Sem informação | 19(13,2) |
| Pelas redes sociais | 144 |
| Muito bem informado | 13(9,0) |
| Bem informado | 29(20,1) |
| Razoavelmente informado | 61(42,4) |
| Mal informado | 17(11,8) |
| Sem informação | 24(16,7) |
| Pelos profissionais de saúde do seu território | 144 |
| Muito bem informado | 66(45,8) |
| Bem informado | 47(32,6) |
| Razoavelmente informado | 22(15,3) |
| Mal informado | 2(1,4) |
| Sem informação | 7(4,9) |

A Tabela 6 traz informações relacionadas às medidas de Prevenção e Controle do Coronavírus. A maioria das pessoas avaliou como sendo “muito importante” a adoção de práticas de combate ao coronavírus como “Isolamento social” (66,7%), “Uso de

máscaras” (73,6%), “Higienização das mãos” (71,5%) e “evitar aglomerações” (75,7%). Apesar da importância atribuída e da confiança com as medidas adotadas pelas famílias (20,8%+ 25,7%+ 34,7%), os participantes acreditam que a possibilidade dessas famílias serem contaminadas é “razoavelmente alta” (42,4%). Dentre as medidas adotadas o “Uso da máscara ao sair” foi predominante (89,6%) e a considerada mais importante (44,4%). O “Isolamento total” foi a medida menos adotada (37,5%) e o “Uso do álcool em gel” apesar de ter sido amplamente adotado (86,1%) foi a medida a qual os participantes menos atribuíram importância (4,2%). As demais informações sobre esse domínio estão na Tabela 5.

Tabela 6- Medidas de Prevenção e Controle do Coronavírus dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144).

| Medidas de prevenção e controle do coronavírus | Frequência (%) |
|--|-----------------------|
| 24. 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? | 144 |
| Muito confiante | 30(20,8) |
| Bem confiante | 37(25,7) |
| Razoavelmente confiante | 50(34,7) |
| Pouco confiante | 18(12,5) |
| Nada confiante | 9(6,3) |
| 25. Qual a possibilidade do(a) Sr(a) ou sua família serem contaminados pelo coronavírus? | 144 |
| Muito alta | 19(13,2) |
| Alta | 19(13,2) |
| Razoavelmente alta | 61(42,4) |
| Baixa | 38(26,4) |
| Muito baixa | 7(4,9) |
| 26. Na sua opinião, a doença provocada pelo coronavírus é | 144 |
| Muito grave | 115(79,9) |
| Grave | 23(16,0) |
| Razoavelmente grave | 4(2,8) |
| Não é grave | 2(1,4) |
| 27. Na sua opinião, qual o grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao coronavírus | |
| Isolamento social | 144 |
| Muito importante | 96(66,7) |
| Importante | 29(20,1) |
| Razoavelmente Importante | 18(12,5) |
| Pouco Importante | 1(0,7) |
| Uso de máscara | 144 |
| Muito importante | 106(73,6) |
| Importante | 28(19,4) |
| Razoavelmente Importante | 9(6,3) |
| Pouco Importante | 1(0,7) |
| Higienização das mãos (lavagem/uso de álcool em gel) | 144 |
| Muito importante | 103(71,5) |

| | |
|--|------------|
| Importante | 33(22,9) |
| Razoavelmente Importante | 8(5,6) |
| Evitar aglomerações | 144 |
| Muito importante | 109(75,7) |
| Importante | 28(19,4) |
| 28. Quais as seguintes ações o(a) Sr.(a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo coronavírus? | 144 |
| Isolamento total | 54(37,5) |
| Isolamento Parcial | 87(60,4) |
| Lavagem das mãos | 124(86,1) |
| Uso de álcool em gel | 124(86,1) |
| Uso da máscara ao sair | 129(89,6) |
| 29. Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr.(a) considerou a mais importante para se prevenir da contaminação pelo coronavírus? | 144 |
| Isolamento total | 33(22,9) |
| Isolamento Parcial | 27(18,8) |
| Lavagem das mãos | 14(9,7) |
| Uso de álcool em gel | 6(4,2) |
| Uso da máscara ao sair | 64(44,4) |

A Tabela 7 traz informações relacionadas as ações realizadas pelas Unidades de saúde, comorbidades e infecção pelo coronavírus. A maioria das pessoas (53,5%) informou que a equipe da Unidade de Saúde realizou alguma ação voltada para a prevenção do coronavírus, entretanto quando os pesquisadores solicitaram que indicassem uma ação, 62% “Não identificaram” ou não souberam dizer. Dentre as comorbidades, as mais frequentes entre os entrevistados e seus familiares foram a Hipertensão (47,2 %) e o Diabetes (29.2%). Com relação a contaminação pelo coronavírus, 54,2% informaram que alguém da família se infectou.

Tabela 7- Medidas de Prevenção e Controle do Coronavírus, relacionadas as ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde e contaminação pelo coronavírus dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021 (n=144).

| Ações realizadas pelas equipes de saúde e infecção pelo coronavírus | Frequência (%) |
|---|-----------------------|
| 30. A equipe da Unidade de Saúde realizou alguma ação geral de saúde e de educação em saúde voltada para a prevenção do coronavírus? | 144 |
| Não | 25(17,4) |
| Sim | 77(53,5) |
| 31. Quais ações o/a Sr.(a) identificou? (Em caso de não ou não sei, escreva não identifiquei. | 144 |
| Orientação/Palestra | 31(21) |
| Visita Domiciliar pelo ACS | 19(13) |
| Testes | 6(4) |
| Não identifiquei | 91(62) |

| | |
|--|------------|
| 32. O(a) Sr.(a) ou algum membro da sua família já recebeu o diagnóstico de alguma das doenças abaixo? | 144 |
| Diabetes | 42(29,2) |
| Hipertensão | 68(47,2) |
| Problemas cardíacos | 15(10,4) |
| Asma | 10(6,9) |
| Câncer | 8(5,6) |
| HIV | 0(0,0) |
| Problema Saúde Mental | 6(4,2) |
| Nenhum | 59(41,0) |
| 33. O(a) Sr(a) ou alguém da sua família teve coronavírus? | 144 |
| Não | 57(39,6) |
| Sim | 78(54,2) |
| Não sei | 5(3,5) |
| Não desejo responder | 4(2,8) |

4.2. ANÁLISE DE ASSOCIAÇÃO ENTRE VÁRIÁVEIS

Entre as possibilidades de cruzamento de variáveis propostas na metodologia, verificou-se associação entre as questões abaixo (Tabela 8); nos demais cruzamentos não foram verificadas associações.

Tabela 8- Variáveis analisadas que apresentaram associação, com base nas respostas dos entrevistados na fase quantitativa das USF Isaltino Bispo I e Vereador Elizier Vieira, Porto Seguro (BA), janeiro a março de 2021.

| Relacionadas as fontes de informação dos participantes | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|------|
| Q. 21 | Fontes de Informação | x | Nível Educacional | Q.5 |
| | | | Medidas adotadas | Q.28 |
| Q.23 | Nível de informação (diferentes meios de informação) | x | Medidas adotadas | Q.28 |
| Relacionadas as medidas de prevenção à Covid-19 | | | | |
| Q. 24 | Confiança nas medidas de prevenção | x | Medidas adotadas | Q.28 |
| | | | Possibilidade de contaminação | Q.25 |
| Q. 28 | Medidas adotadas | x | Realização de ações pelas equipes | Q.30 |
| Outras | | | | |
| Q.11.1 | Efeito da pandemia sobre a ocupação | x | Recebimento de algum tipo de auxílio | Q.27 |

Legenda: Q (Questão)

Na Tabela 9 e 10, estão a verificação da hipótese de associação entre o níveis educacionais das pessoas e como elas se informaram sobre o coronavírus. Houve associação significativa para os modos de comunicação por WhatsApp com nível médio ($p < 0,001$), Facebook com nível superior ($p = 0,007$), Instagram com nível superior ($p = 0,018$), TV/Internet com nível superior ($p = 0,018$) e Religião com superior incompleto ($p = 0,042$). Todas as associações significativas apresentaram o V de Cramer superior a 0.25, ou seja, possuem associação muito forte.

Tabela 9- Cruzamento das variáveis Nível Educacional e o modo como as pessoas se informam acerca do coronavírus.

| Meios de informação | Sem Escolaridade | Fundamental Incompleto | Fundamental | Médio Incompleto | Médio | Superior Incompleto | Superior | Pós Graduação | P-valor |
|--------------------------------------|------------------|------------------------|-------------|------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------|---------|
| Profissionais de saúde do território | 10(90,9) | 11(64,7) | 25(75,8) | 10(76,9) | 38(82,6) | 3(75,0) | 7(58,3) | 6(75,0) | 0,537 |
| WhatsApp | 3(27,3) | 6(35,3) | 5(15,2) | 0(0,0) | 23(50,0) ¹ | 2(50,0) | 7(58,3) | 7(87,5) | <0,001* |
| Facebook | 1(9,1) | 2(11,8) | 7(21,2) | 2(15,4) | 13(28,3) | 1(25,0) | 7(58,3) ¹ | 6(75,0) | 0,007* |
| Instagram | 1(9,1) | 2(11,8) | 5(15,2) | 1(7,7) | 13(28,3) | 1(25,0) | 7(58,3) ¹ | 4(50,0) | 0,018* |
| Televisão | 5(45,5) | 8(47,1) | 22(66,7) | 11(84,6) | 33(71,7) | 4(100,0) | 8(66,7) | 5(62,5) | 0,232 |
| TV/Internet | 4(36,4) | 7(41,2) | 21(63,6) | 4(30,8) | 30(65,2) | 3(75,0) | 11(91,7) ¹ | 6(75,0) | 0,018* |
| Rádio | 0(0,0) | 1(5,9) | 10(30,3) | 3(23,1) | 11(23,9) | 2(50,0) | 5(41,7) | 1(12,5) | 0,082 |
| Religião | 0(0,0) | 0(0,0) | 7(21,2) | 0(0,0) | 7(15,2) | 2(50,0) ¹ | 3(25,0) | 1(12,5) | 0,042* |
| Amigos/Vizinhos/ Parentes | 3(27,3) | 3(17,6) | 9(27,3) | 4(30,8) | 10(21,7) | 2(50,0) | 5(41,7) | 1(12,5) | 0,679 |
| Governantes | 2(18,2) | 2(11,8) | 8(24,2) | 2(15,4) | 7(15,2) | 1(25,0) | 7(58,3) | 2(25,0) | 0,120 |

* $p < 0,05$; ¹associação significativa indicada pelo valor residual ajustado. Todas as comparações foram realizadas pelo Teste exato de Fisher.

Tabela 10- Tamanho de efeito e p-valor do cruzamento das variáveis Nível Educacional e o modo como as pessoas se informam acerca do coronavírus.

| Meios de informação | Tamanho de efeito* | P-valor |
|--------------------------------------|--------------------|---------|
| Profissionais de saúde do território | 0,200 | 0,537 |
| WhatsApp | 0,454 | <0,001* |
| Facebook | 0,378 | 0,007* |
| Instagram | 0,348 | 0,018* |
| Televisão | 0,259 | 0,232 |
| TV/Internet | 0,338 | 0,018* |
| Rádio | 0,284 | 0,082 |
| Religião | 0,309 | 0,042* |
| Amigos/Vizinhos/ Parentes | 0,182 | 0,679 |
| Governantes | 0,292 | 0,120 |

*V de Crámer

Foi verificada a hipótese de associação entre os meios de informação utilizados pelos indivíduos e a prática da medida de prevenção “Uso de máscara” (Tabela 11). Houve associação significativa forte do uso de máscara com os indivíduo que se informam por meio de profissionais de saúde do território ($p = 0,002$; V de Cramer=0,155), ou seja, há um percentual significativamente maior de indivíduos que usam a máscara e

que se informam por meio dos profissionais de saúde do território (80,6%) quando comparado aos que não usam a máscara o (40%). Não houve associação significativa entre os meios de informação e as outras medidas de proteção contra o coronavírus.

Tabela 11- Cruzamento das variáveis Meios de informação sobre o coronavírus com a medida de proteção Uso de máscara.

| Questão 21 | Questão 28 – Uso de máscara | | | |
|---|-----------------------------|------------------------|---------|---------------------|
| | Não | Sim | p-valor | Tamanho de efeito** |
| Profissionais de saúde do território^b | 6(40,0) | 104(80,6) ¹ | 0,002* | 0,155 |
| WhatsApp^a | 7(46,7) | 46(35,7) | 0,403 | 0,057 |
| Facebook^b | 5(33,3) | 34(26,4) | 0,551 | 0,109 |
| Instagram^b | 4(26,7) | 30(23,3) | 0,768 | 0,129 |
| Televisão^a | 10(66,7) | 86(66,7) | 1,000 | 0,014 |
| TV/Internet^a | 10(66,7) | 76(58,9) | 0,562 | 0,121 |
| Rádio^b | 3(20,0) | 30(23,3) | 1,000 | 0,076 |
| Religião^b | 1(6,7) | 19(14,7) | 0,694 | 0,045 |
| Amigos/Vizinhos/Parentes^b | 5(33,3) | 32(24,8) | 0,534 | 0,052 |
| Governantes^b | 1(6,7) | 30(23,3) | 0,192 | 0,064 |

^aTeste Qui-quadrado de Pearson; ^bTeste exato de Fisher; *p-valor<0,05; ¹associação significativa indicada pelo valor residual ajustado **V de Crámer

Também foi verificada hipótese de associação entre como o indivíduo se sente informado pelos profissionais de saúde e as medidas de prevenção/proteção isolamento total, isolamento parcial, lavagem das mãos, uso de álcool em gel e uso de máscara para sair, respectivamente. Houve associação significativa entre como as pessoas se sentem informadas pelos profissionais de saúde e a prática de uso de máscara ao sair, que se associou significativamente e de forma forte (p=0,016; V de Cramer=0,273) ao fato do indivíduo se sentir bem informado pelo profissional de saúde (Tabela 12).

Tabela 12- Cruzamento das variáveis como se sente informado por Profissionais de saúde em relação ao Uso de máscaras ao sair.

| Como se sente informado pelos Profissionais de saúde - Questão 23 ^b | Questão 28 – Uso da máscara ao sair | | | |
|--|-------------------------------------|-----------------------|---------|---------------------|
| | Não | Sim | p-valor | Tamanho de efeito** |
| Muito bem informado | 7(46,7) | 59(45,7) | | |
| Bem informado | 1(6,7) | 46(35,7) ¹ | | |
| Razoavelmente informado | 4(26,7) | 18(14,0) | 0,016* | 0,273 |
| Mal informado | 1(6,7) | 1(0,8) | | |
| Sem informação | 2(13,3) | 5(3,9) | | |

^bTeste exato de Fisher *p-valor<0,05;**V de Cramer; ¹valor residual ajustado >1,96;

Na Tabela 13 está a verificação da hipótese de associação entre o nível de confiança nas medidas de proteção ao coronavírus e a prática de medidas de prevenção isolamento total, isolamento parcial, lavagem das mãos, uso de álcool em gel e uso de

máscara para sair, respectivamente. Houve associação significativa entre o nível de confiança nas medidas de proteção ao coronavírus e a prática de isolamento parcial, que se associou significativamente ao fato do indivíduo se sentir razoavelmente confiante em relação as medidas de proteção ($p=0,002$).

Tabela 13- Cruzamento das variáveis Confiança nas medidas de proteção ao coronavírus e a prática do Isolamento parcial.

| Confiança nas Medidas de proteção ao Coronavírus - Questão 24 | Questão 28 – Isolamento parcial | | | p-valor |
|---|---------------------------------|-----------------------|--|---------|
| | Não | Sim | | |
| Muito confiante | 17(29,8) | 13(14,9) | | |
| Bem confiante | 10(17,5) | 27(31,0) | | |
| Razoavelmente confiante | 13(22,8) | 37(42,5) ¹ | | 0,002* |
| Pouco confiante | 12(21,1) | 6(6,9) | | |
| Nada confiante | 5(8,8) | 4(4,6) | | |

* p -valor $<0,05$; ¹ valor residual ajustado $>1,96$; V de Cramer= 0,338

A Tabela 14 mostra a verificação da hipótese de associação entre os níveis de confiança nas medidas de proteção ao coronavírus e a autoavaliação acerca da possibilidade de serem contaminados. Houve associação significativa entre os níveis “muito confiante” nas medidas de proteção e uma possibilidade “muito baixa” e “baixa” de contaminação com coronavírus. O nível “bem confiante” se associou significativamente à possibilidade “baixa” de contaminação. E o nível “razoavelmente confiante” se associou significativamente ao nível de possibilidade de contaminação “razoavelmente alta”.

Tabela 14- Cruzamento das variáveis Confiança nas medidas de proteção ao coronavírus e a autoavaliação acerca da possibilidade de serem contaminados com coronavírus.

| Confiança nas Medidas de proteção ao Coronavírus - Questão 24 ^b | Qual a possibilidade serem contaminados com coronavírus - Questão 25 | | | | | P-valor |
|--|--|---------|-----------------------|-----------------------|----------------------|------------|
| | Muito alta | Alta | Razoavelmente alta | Baixa | Muito baixa | |
| Muito confiante | 4(21,1) | 2(10,5) | 6(9,8) | 13(34,2) ¹ | 5(71,4) ¹ | |
| Bem confiante | 2(10,5) | 7(36,8) | 10(16,4) | 17(44,7) ¹ | 1(14,3) | |
| Razoavelmente confiante | 7(36,8) | 6(31,6) | 32(52,5) ¹ | 5(13,2) | 0(0,0) | $<0,001$ * |
| Pouco confiante | 4(21,1) | 3(15,8) | 9(14,8) | 2(5,3) | 0(0,0) | |
| Nada confiante | 2(10,5) | 1(5,3) | 4(6,6) | 1(2,6) | 1(14,3) | |

* p -valor $<0,05$; ¹valor residual ajustado $>1,96$; ^aTeste Qui-quadrado de Pearson; ^bTeste exato de Fisher; Tamanho de efeito V de Crámer: 0,283.

Foi verificada hipótese de associação entre a realização de ações voltadas para a prevenção do coronavírus pela equipe da Unidade de Saúde e as medidas de prevenção isolamento total, isolamento parcial, lavagem das mãos, uso do álcool em gel e uso de

máscara ao sair. Houve associação significativa entre a realização de alguma ação voltada para a prevenção do coronavírus pela equipe da Unidade de Saúde e a medida de isolamento total que se associou significativamente a realização de ação de prevenção pela equipe da Unidade de Saúde (Tabela 15).

Tabela 15- Cruzamento das variáveis realização de ações pela Unidade de Saúde e o tipo de prática de prevenção ao coronavírus Isolamento total.

| A equipe da Unidade de Saúde realizou alguma ação voltada para a prevenção do Coronavírus? - Questão 30 ^a | Questão 28 – Isolamento total | | |
|--|-------------------------------|-----------------------|---------|
| | Não | Sim | p-valor |
| Não | 21(23,3) | 4(7,4) | 0,002* |
| Sim | 38(42,2) | 39(72,2) ¹ | |
| Não sei | 31(34,4) | 11(20,4) | |

*p-valor<0,05; ¹valor residual ajustado >1,96. ^aTeste Qui-quadrado de Pearson; Tamanho de efeito V de Crámer: 0,299.

Foi verificada a hipótese de associação entre o efeito da pandemia sobre a ocupação dos entrevistados e o recebimento de algum tipo de auxílio. Houve uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis, com valor residual ajustado indicando a relação entre a perda de emprego e o recebimento de algum tipo de auxílio (Tabela 16).

Tabela 16- Cruzamento das variáveis Efeito da pandemia sobre a ocupação e Recebimento de algum tipo de auxílio.

| Questão 11.1 – Como a pandemia do Coronavírus afetou sua ocupação/trabalho? ^b | Questão 27 – Durante a pandemia do Coronavírus, o sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio? | | |
|--|---|-----------------------|---------|
| | Não | Sim | p-valor |
| Afastado do trabalho por ser do grupo de risco | 3(5,4) | 5(5,7) | 0,011* |
| Comecei a trabalhar durante a pandemia | 2(3,6) | 1(1,1) | |
| Continuei trabalhando | 19(33,9) | 22(25,0) | |
| Continuei trabalhando, mas em casa (home office) | 7(12,5) | 8(9,1) | |
| Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar | 18(32,1) | 26(29,5) | |
| Perdi o emprego | 5(8,9) | 25(28,4) ¹ | |
| Tive férias remuneradas | 2(3,6) | 1(1,1) | |

*p-valor<0,05; ¹valor residual ajustado >1,96. ^bTeste exato de Fisher; Tamanho de efeito V de Crámer: 0,730.

4.3. ANÁLISE DE DADOS PROVENIENTES DAS ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Uma vez transcritas as 28 entrevistas realizadas (*corpus* textual), os dados foram submetidos ao *software* IRAMUTEAC. O processamento identificou 415 segmentos de texto (ST), com aproveitamento de 378 (91,08%) do *corpus*. Emergiram 14.234

ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1944 palavras distintas e 999 com uma única ocorrência.

4.3.1. CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE (CDH)

Os dados provenientes do IRAMUTEC quando expressados sob o formato de Dendograma destacam as palavras com maior significância e suas respectivas classes, o que nos possibilita realizar a Classificação Hierárquica Descendente (CDH) e posterior definição das subcategorias e categorias.

Para atingir uma melhor visualização da distribuição do corpus, elaborou-se um diagrama com a lista de palavras de cada classe geradas a partir do teste qui-quadrado. Nele emergem as evocações que apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das outras classes (Figura 3).

Após a análise, as classes foram agrupadas em categorias temáticas para discussão e interpretação dos resultados. A seguir serão descritas e exemplificadas cada uma dessas classes (Figura 4) que ao serem agrupadas formaram as categorias: a) “As medidas de prevenção da Covid-19 e o Universo Informacional”; b) “(Sobre)vivendo à pandemia: aspectos psicossociais relacionados à Covid-19” e c) “O enfrentamento à pandemia: as políticas de governo e o papel da APS” (Quadro 3).

Figura 3 - Diagrama de Classes proveniente da análise do corpus textual do IRAMUTEC.

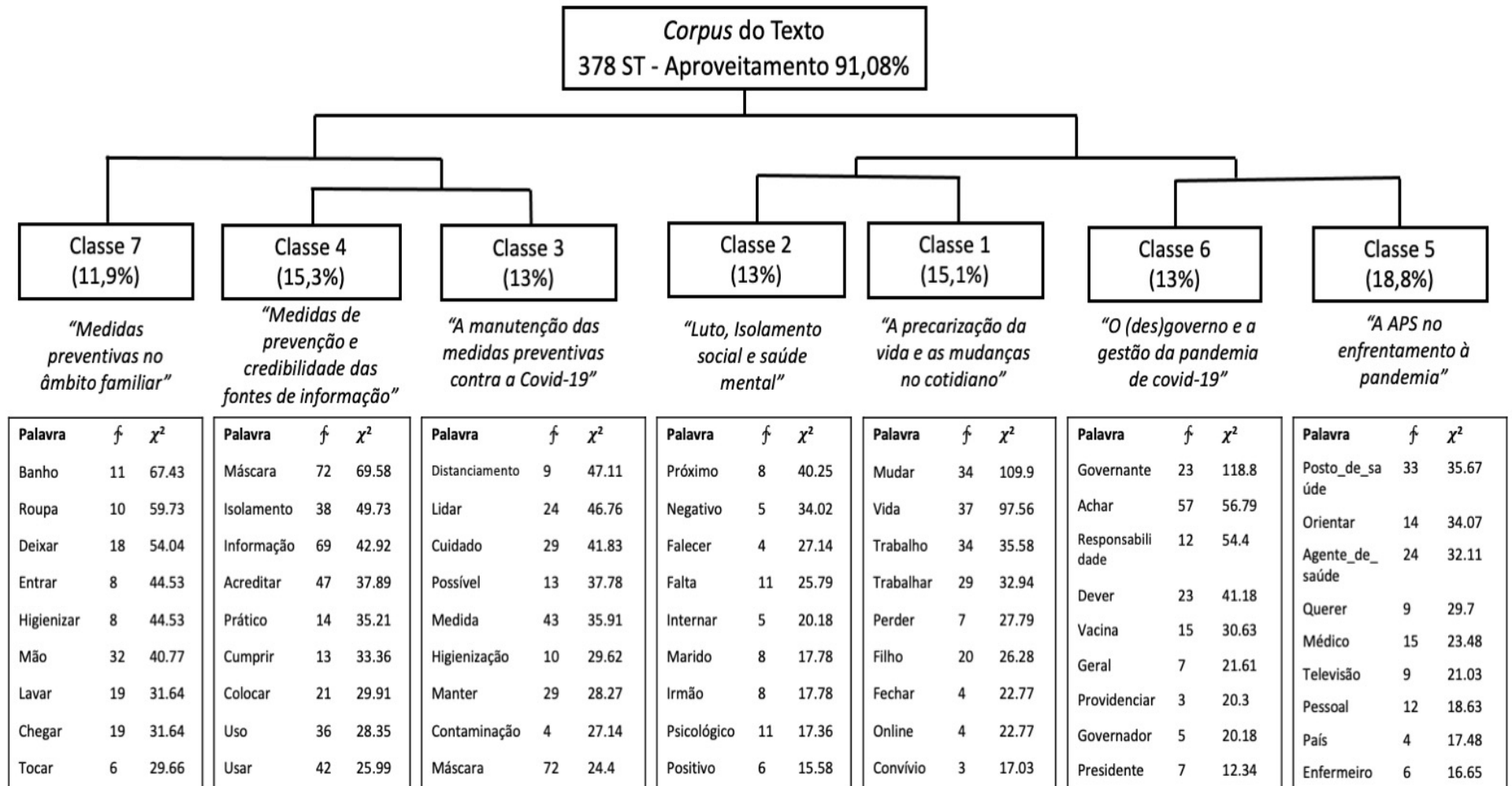
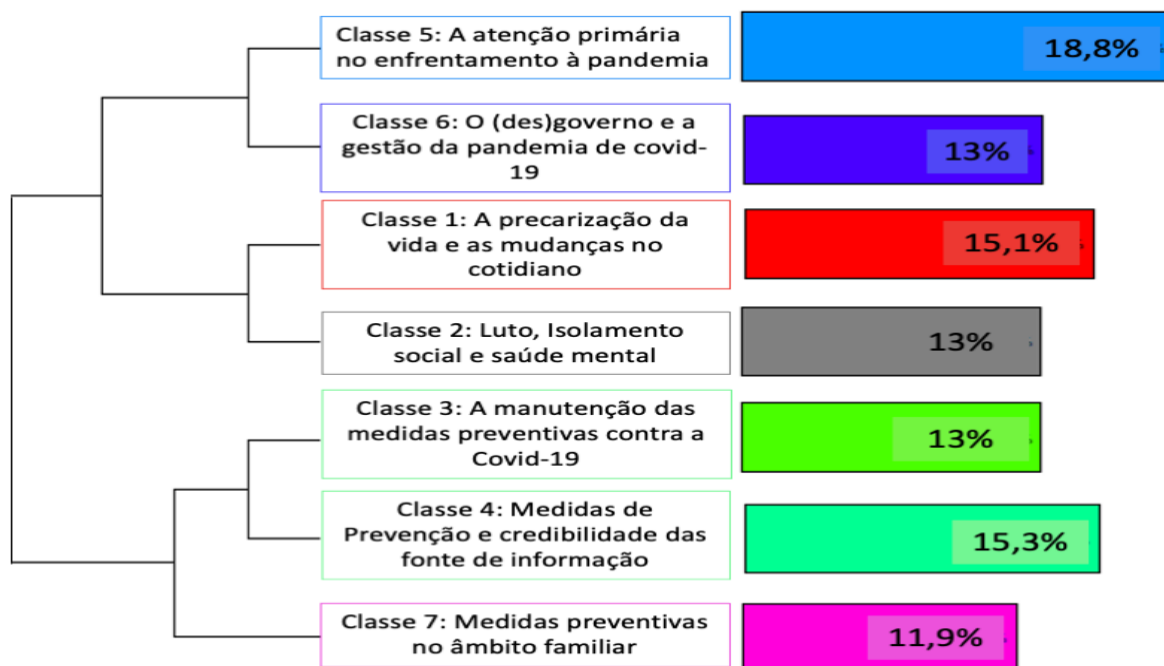


Figura 4 - Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente proveniente da análise do corpus textual no IRAMUTEC.



Quadro 1 –Classes e categorias da análise de conteúdo temática do corpus textual das respostas dos participantes.

| Classes | Categorias | Título |
|---|---|---|
| A manutenção das medidas preventivas contra à Covid-19 | As medidas de prevenção da Covid-19 e o Universo Informacional | Prevenção e Controle da Covid-19: percepções e práticas da população dos territórios de abrangência da APS no enfrentamento à pandemia em um município do Sul da Bahia |
| Medidas preventivas no âmbito familiar | | |
| Medidas de Prevenção e credibilidade das fontes de informação | | |
| Luto, Isolamento Social e Saúde Mental | (Sobre)vivendo à pandemia: Aspectos Psicossociais relacionados à Covid-19 | |
| A precarização da vida e as mudanças no cotidiano | | |

| | | |
|--|--|--|
| O (des)governo e a gestão da pandemia de covid-19 | O enfrentamento à pandemia: as políticas de governo e o papel da APS | |
| A Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia | | |

4.3.1.1. AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 E O UNIVERSO INFORMACIONAL

O conteúdo presente nas classes 3, 4 e 7 foram agrupados nesta categoria pois remetem as ações de enfrentamento e medidas de prevenção à Covid-19 utilizadas pelas pessoas e suas famílias, além das relações com as diversas fontes de informação.

- A classe 3 (Figura 3), denominada “A manutenção das medidas preventivas contra à Covid-19”, compreende 13% ($f=49$ ST) do corpus total analisado. Essa Classe é composta por palavras como “Distanciamento” ($\chi^2 = 47.11$); “Lidar” ($\chi^2 = 46.76$); “Medida” ($\chi^2 = 35.91$); “Higienização” ($\chi^2 = 29.62$); “Máscara” ($\chi^2 = 24.04$); “Lidar” ($\chi^2 = 46.76$); “Possível” ($\chi^2 = 37.78$) e “Manter” ($\chi^2 = 28.27$).

Essa classe traduz conteúdos referentes as medidas preventivas colocadas em prática no cotidiano pela população investigada, como o distanciamento, a higienização das mãos e o uso da máscara. As estratégias de prevenção são utilizadas em diferentes níveis pela população, entretanto são observadas falas que revelam a desconfiança da efetividade de medidas como o uso da máscara e o processo de compreensão da importância do distanciamento. Neste sentido, a classe também aborda os fatores ligados a manutenção das medidas de prevenção, transparecendo as dificuldades e as medidas que consideram mais difíceis de serem colocadas em prática. Alguns trechos caracterizam essas afirmativas:

“Estamos lidando com a pandemia tomando cuidado principalmente com a qualidade da higiene. A meu ver, a questão da higiene é a mais importante. Estamos mantendo também as medidas de distanciamento, usando máscara, álcool gel, essas coisas” (Participante 1).

“As ações que estamos fazendo são o isolamento, o uso da máscara, todos os lugares que saí tem que ter a máscara, só não dentro da minha casa, mas saiu da minha casa usa máscara; a máscara e a higiene das mãos também” (Participante 3).

“Tentamos na medida do possível manter o distanciamento, porém a gente continua trabalhando. Tentamos evitar ao máximo a aglomeração e tomamos os cuidados básicos como lavar a mão, utilizar o álcool gel, separar as roupas que utilizamos na rua. Então, são basicamente essas medidas que a gente está tentando cumprir” (Participante 12).

“A gente vem lidando com a dificuldade de se manter afastado, o distanciamento. Temos cuidado de usar as máscaras. Acho que foi a coisa mais difícil de aceitar, muitos demoraram de aceitar o uso da máscara, e tiveram um pouco de dificuldade” (Participante 25).

“O lockdown eu achei que no início não era uma coisa importante, não era um momento fundamental de ter esse isolamento das pessoas. Eu tive uma dificuldade no início de entender essa parte. Depois, com o tempo, eu fui compreendendo que era importante essa parte do distanciamento” (Participante 14).

- A classe 4 (Figura 3), denominada “Medidas de Prevenção e credibilidade das fontes de informação” compreende 15,3% ($f=58$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “Máscara” ($\chi^2 = 69.58$); “Isolamento” ($\chi^2 = 49.73$); “Informação” ($\chi^2 = 42.92$); “Acreditar” ($\chi^2 = 37.89$); “Prático” ($\chi^2 = 35.21$); “Cumprir” ($\chi^2 = 33.36$).

Essa classe também aborda conteúdos relacionados às medidas de prevenção contra a Covid-19, com maior foco no Universo informacional dos entrevistados. Foi atribuída boa credibilidade as informações recebidas e consideram que estas foram suficientes. As principais fontes de informação foram as/os agentes de saúde e a televisão. Apesar da confiança em tais fontes, foram relatados sentimentos de confusão com o excesso de informações, baixa credibilidade nas falas de agentes públicos como o presidente e necessidade de checagem da veracidade das informações.

“As informações são suficientes para todos. É só seguir o que se diz através da imprensa falada, escrita, o que os agentes de saúde recomendam seguir” (Participante 3).

“Acredito que todas as informações foram suficientes. Tem as agentes de saúde que vão lá em casa. Mas também, assistir jornal e outros meios de comunicação que ajudam a se prevenir mais ainda” (Participante 6).

“Não acreditei na informação do uso de máscara, porque muitas vezes pega mais por conta da imunidade baixa.” (Participante 2).

“Para te falar a verdade as informações que eu não acreditava era nas coisas que saía da boca do presidente [...] Então eu sempre ia na fonte, queria saber por que não pode usar isso ou aquilo, eu ia lá na fonte olhar e pesquisava.” (Participante 19).

“Depende de onde vem a informação. Coisas de WhatsApp nem tudo a gente deve acreditar. Então tem que ver de onde vem a informação para gente poder acreditar em primeiro lugar” (Participante 27).

- A classe 7 (Figura 3), denominada “Medidas preventivas no âmbito familiar” compreende 11,9% ($f=45$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “Banho” ($\chi^2 = 67.43$); “Roupa” ($\chi^2 = 59.73$); “Deixar” ($\chi^2 = 54.04$); “Entrar” ($\chi^2 = 44.53$); “Higienizar” ($\chi^2 = 44.53$); “Chegar” ($\chi^2 = 31.64$).

A classe aborda as medidas que as pessoas colocaram em prática no âmbito familiar, relacionadas principalmente ao ambiente domiciliar. A necessidade de sair de casa, seja para o trabalho ou outras atividades, suscitaram nos entrevistados a importância das medidas de proteção principalmente no retorno para casa, o que demonstra a percepção de que a residência é um local seguro que deve permanecer livre da presença do coronavírus.

“Eu chego em casa do trabalho e não entro com roupa, nem sapato. Vou direto para o banheiro. As roupas são colocadas junto com outras sujas, já ficam em um lugar lá fora. sempre foi assim desde o início. Não saio para lugar nenhum, só trabalho e casa” (Participante 22).

“Quando chegava em casa tinha que se despir fora de casa, tomar banho, fazer a higienização, usar álcool gel. Essa foi a parte que foi importante, que foi passada pela família, justamente para manter o controle e manter a doença afastada de todos os entes queridos” (Participante 14).

“Aqui na minha casa a gente faz o uso do álcool gel sempre, quando sai na rua e volta, a gente tira a roupa, toma banho, lava a mão. Só sai utilizando a máscara, e só sai para o necessário” (Participante 13).

4.3.1.2.(SOBRE)VIVENDO À PANDEMIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À COVID-19

Os conteúdos presentes nas classes 1 e 2 foram agrupados nesta categoria pois remetem aos aspectos sociais e psicológicos relatados pelos entrevistados. A pandemia teve como consequência a mudança de vida das pessoas em múltiplos aspectos. Os impactos econômicos provenientes das medidas restritivas ocasionaram a perda de emprego e conseqüentemente a dificuldades em prover necessidades básicas, como a alimentação. Tais dificuldades, somadas ao isolamento social prolongado e a perda de pessoas próximas impactaram a saúde mental, com relatos de sentimentos de tristeza e desesperança.

- A classe 1 (Figura 3), denominada “Precarização da vida e as mudanças no cotidiano” compreende 15,1% ($f=57$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “Mudar” ($\chi^2 = 109.9$); “Vida” ($\chi^2 = 97.56$); “Trabalho” ($\chi^2 = 35.58$); “Perder” ($\chi^2 = 27.79$); “Filho” ($\chi^2 = 26.28$); “Fechar” ($\chi^2 = 22.77$); “Online” ($\chi^2 = 22.77$).

A classe trata sobre as principais mudanças provocadas pela pandemia na vida dos entrevistados. A perda/redução do trabalho surge como um dos temas principais, tendo como conseqüências a dificuldade financeira a manutenção da vida. Destacam-se as dificuldades das mulheres que são provedoras do lar, divididas entre a procura por trabalho e o cuidado com os filhos. Neste sentido, uma das principais mudanças relatadas é a alteração/ausência do regime escolar.

“Eu trabalhei menos. Tive que lutar com os obstáculos financeiros, porque como trabalho na praia tenho um certo padrão de vida. Hoje esse padrão caiu muito, porque reduziu o trabalho e isso dificultou muito a vida, como no supermercado. Sou autônoma e dependo da vinda do turista para a cidade” (Participante 1).

“O trabalho mudou, porque ficamos sem trabalhar e até hoje não consegui outro emprego. O custo de vida está muito mais caro. A minha filha foi trabalhar na lavanderia três vezes, aí cortaram o bolsa família dela, cortaram o auxílio. Tá difícil o emprego, a quantidade de gente procurando é muito grande. O que já não era bom piorou e o desemprego gera fome no prato” (Participante 2).

“Com as escolas fechadas as crianças ficam em casa sem ter o que fazer, as mães ficam nervosas, mais alteradas. Aí quem

precisa, muitos trabalhos fecharam, as pessoas ficaram desempregadas, sem ganhar seu pão de cada dia. O preço das coisas aumentou tudo. Então tudo ficou difícil, se já era difícil ficou pior” (Participante 27).

“Mudou tudo. Eu não saio mais, não tenho mais lazer. Alimentação foi algo que mudou muito pois as coisas no supermercado ficam cada vez mais caras e isso tem prejudicado comprar algumas coisas. É isso, a vida social mudou completamente” (Participante 18).

- A classe 2 (Figura 3) denominada “Luto, isolamento social e saúde mental” compreende 13% ($f=49$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “Próximo” ($\chi^2 = 40.25$); “Negativo” ($\chi^2 = 34.02$); “Falecer” ($\chi^2 = 27.14$); “Falta” ($\chi^2 = 25.79$); “Internar” ($\chi^2 = 20.18$); “Marido” ($\chi^2 = 17.78$); “Psicológico” ($\chi^2 = 17.36$).

Os impactos na saúde mental são destaque dessa classe. Além das questões sociais, a pandemia e as medidas de prevenção, principalmente o isolamento social, infligiram sofrimento psíquico em alguns dos entrevistados. O distanciamento dos familiares, o luto provocado pela perda de entes queridos, somados as inúmeras notícias de mortes provocadas pelo coronavírus também tiveram efeito sobre o psicológico dos participantes.

“Foi muito difícil, tem passado uma tempestade forte. No início eu peguei, depois meu esposo que ficou internado 10 dias. Aí esse ano dois cunhados meus pegaram, não resistiram e faleceram, então está sendo bem difícil. Os meios de comunicação estão falando direto o que precisa ser feito, mas tem hora que eu não vejo esperança” (Participante 22).

“Estamos lidando com a pandemia com muita tristeza, por ter morrido tanta gente, pessoas que eu conhecia e outras pessoas que eu não conheço” (Participante 5).

“Mudou muita coisa na minha vida. Faz tempo que não vejo minha família. A privação de poder ver minha vó, meus familiares e meus amigos. Ter que assistir nos jornais tanta gente perdendo a vida, isso abala qualquer ser humano. Eu acho que também teve a questão da saúde mental. Acredito que isso me debilitou bastante, a pandemia me debilitou muito em relação a saúde mental” (Participante 12).

4.3.1.3. O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA: AS POLÍTICAS DE GOVERNO E O PAPEL DA APS

A análise das classes 5 e 6 evidenciou nas falas dos entrevistados o papel do estado no enfrentamento a pandemia. É atribuída aos governantes grande responsabilidade quanto a efetivação das medidas de controle do coronavírus, principalmente na aquisição de vacinas. A credibilidade atribuída aos gestores é baixa, principalmente por conta de declarações do Presidente da República e do descompasso da atuação entre os Governos Federal e Estadual. Neste cenário, a APS mostra-se como fundamental no combate à pandemia nos territórios. Apesar de alguns entrevistados não reconhecerem a atuação da atenção básica como medida de contenção da pandemia, é destacado o papel dos ACS e das Unidades de Saúde como importantes fontes de disseminação de informação e cuidado.

- A classe 6 (Figura 3) denominada “O (des)governo e a gestão da pandemia de Covid-19” compreende 13% ($f=49$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “Governante” ($\chi^2 = 118.8$); “Achar” ($\chi^2 = 56.79$); “Responsabilidade” ($\chi^2 = 54.4$); “Dever” ($\chi^2 = 41.18$); “Vacina” ($\chi^2 = 30.63$); “Geral” ($\chi^2 = 21.61$); “Providenciar” ($\chi^2 = 20.3$); “Governador” ($\chi^2 = 20.18$); “Presidente” ($\chi^2 = 12.34$);

A classe trata do papel dos governantes no enfrentamento a pandemia. Para os entrevistados as ações de combate ao coronavírus foram falhas devido à ausência de cooperação entre os entes federativos, o que provocou incertezas e confusão na população. A ausência de fiscalização do cumprimento das medidas de prevenção foi apontada como uma das principais falhas e causa da propagação do vírus. Foi atribuída grande responsabilidade ao governo quanto a aquisição de vacinas e a manutenção do auxílio emergencial, além de críticas diretas aos gestores nacionais e locais.

“Quanto as medidas dos governantes, o primeiro é garantir a sobrevivência da população de modo geral, economicamente, garantir o auxílio emergencial, para assim a gente poder manter o isolamento. Fechar o comércio, poder ter realmente um distanciamento. Só isso vai diminuir a disseminação do vírus” (Participante 12).

“Eu acho que os governantes não estão unidos nesse enfrentamento. Porque o executivo pensa de uma forma, o legislativo pensa de outra, então isso causa uma insegurança na

sociedade como um todo. Acho que os governantes ainda não estão alinhados, para fazer com a sociedade se sinta segura de que realmente isso tudo vai passar” (Participante 14).

“Sobre os governantes acho que deveriam providenciar as vacinas, porque é a única coisa que pode salvar, temos que agarrar e não foi falado nada até agora” (Participante 18).

“Na minha opinião, os governantes tinham que fazer realmente valer os decretos, as leis, o uso da máscara que se tornou uma lei nesse período de pandemia. Muitos lugares não estão fazendo valer o uso da máscara e o isolamento. Eles colocam o decreto, mas não tem uma coisa que obrigue de verdade” (Participante 26).

- A classe 5 (Figura 3) denominada “A APS no enfrentamento à pandemia” é a classe com maior representatividade, compreendendo 18,8% ($f=71$ ST) do corpus total analisado. Essa classe é composta por palavras como “Posto de saúde” ($\chi^2 = 35.67$); “Orientar” ($\chi^2 = 34.07$); “Agente de saúde” ($\chi^2 = 32.11$); “Querer” ($\chi^2 = 29.7$); Médico ($\chi^2 = 23.48$); “Enfermeiro” ($\chi^2 = 16.65$).

O papel da APS no enfrentamento à pandemia está relacionado principalmente a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde no território. Os entrevistados destacam o papel do ACS e das Unidade de Saúde como importantes fontes de informação sobre a Covid-19. A visita domiciliar é reconhecida como uma das principais estratégias de cuidado, visto que além de potente ferramenta de educação em saúde, foi essencial na coordenação do cuidado de alguns usuários.

“Nosso agente de saúde, esteve ao nosso lado o tempo todo, sempre orientando como que a gente tinha que fazer, como seguir as instruções. Então eu acho que eles foram bem atuantes nessa área, entendeu? Para nós e para o bairro, no individual e no geral também” (Participante 4).

“Recebemos orientação do posto de saúde, a agente de saúde foi lá, orientou tudo certinho e informou que se estiver acontecendo alguma coisa para procurar” (Participante 6).

“Nas medidas adotadas pela comunidade o que eu tenho percebido foi em relação aos agente de saúde, que eles sempre vão fazer as visitas, eles reafirmam e reforçam a informação. As informações que recebi dos serviços de saúde são as dadas pelo agente de saúde” (Participante 9).

“Recebemos orientações do posto de saúde. Na casa da minha mãe, passava a cada 15 dias o agente de saúde, para fazer orientações e ver como que está o pessoal da família. Se estão precisando de algum auxílio, assistência médica. Porque se você precisar de alguma consulta, eles mesmo fazem encaminhamento e te avisa, liga quando for agendado, para você realmente não ter esse processo de ter que ir na UPA ou no posto de saúde. Justamente para evitar o contágio, manter a população dentro do protocolo de prevenção” (Participante 14).

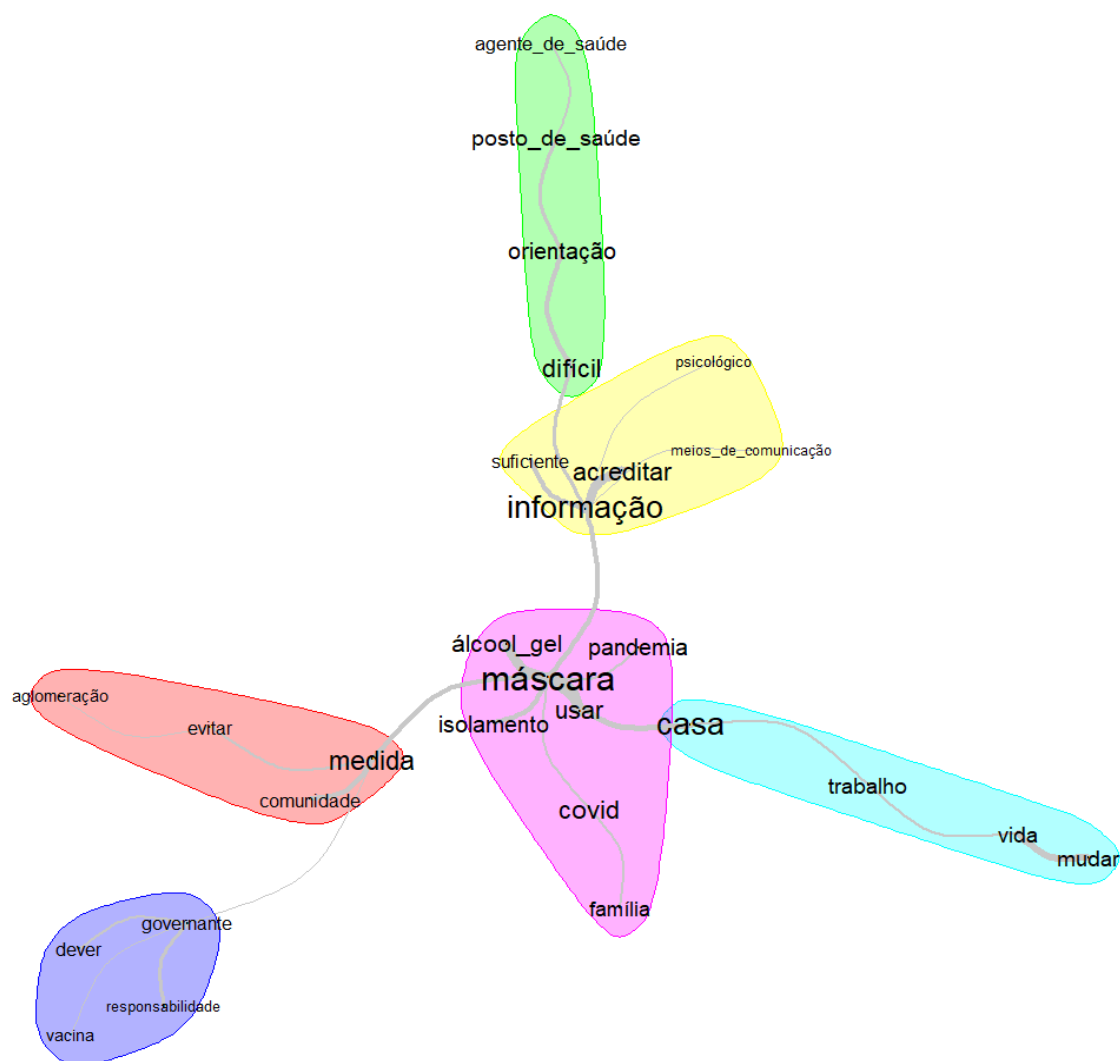
4.3.2. ANÁLISE DE SIMILITUDE

Para melhor explorar os materiais coletados, foi realizada uma análise de similitude. Por meio da análise baseada na teoria dos grafos, é possível identificar as ocorrências textuais entre as palavras e as indicações da conexidade entre as palavras, auxiliando na identificação da estrutura do conteúdo de um corpus textual.

Conforme a Figura 5, na construção da árvore observou-se que os termos foram organizados em seis grupos/subgrupos, com destaque para as palavras: “máscara”, “informação”, “casa” e “medida”.

O núcleo central de cor rosa, ao conectar as palavras “máscara”, “álcool gel”, “isolamento”, “usar” e “família”, agrega as principais medidas de proteção utilizadas pelas pessoas e suas famílias. Em relação a ramificação com foco na palavra “medida”, a similitude nos evidenciou a conexão com dois núcleos: um primeiro com as palavras “aglomeração”, “evitar”, “comunidade”, que evidencia a precaução com a aglomeração como medida na comunidade; em um segundo núcleo lilás as palavras “governantes”, “dever”, “responsabilidade” e “vacina”, destacam a responsabilidade e o dever dos governantes na garantia de medidas como as vacinas. O destaque para a palavra “casa” no núcleo azul, nos remete a importância deste local frente as grandes mudanças na “vida” promovidas pela pandemia, principalmente no “trabalho”. Por fim, os núcleos amarelo e verde possuem a palavra “informação” como destaque, as ligações realizadas com os termos “acreditar” e “suficiente” remetem a credibilidade de alguns “meios de comunicação” e o impacto “psicológico” causado pela grande quantidade de notícias negativas. A ligação com o núcleo verde destaca a importância da APS, por meio dos “agentes de saúde” e do “posto de saúde” como fonte de informação e orientação.

Figura 5 – Árvore ilustrativa da análise de similitude do corpus textual



5. DISCUSSÃO

5.1. AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 E O UNIVERSO INFORMACIONAL

Nessa categoria são discutidas as Classes: 3. “A manutenção das medidas preventivas contra à Covid-19” e 4. “Medidas de Prevenção e credibilidade das fontes de informação”.

Esta categoria versa sobre as medidas de prevenção e controle da covid-19, os fatores ligados a adoção/manutenção e os meios de informação utilizados pela população dos territórios pesquisados.

A adoção e manutenção das medidas de prevenção não farmacológicas, como o isolamento, uso da máscara e higienização das mãos envolvem diversos fatores, como: crenças, aspectos sociais (gênero, idade, escolaridade, condições de moradia), econômicos e acesso a informação. Nesse sentido, foram utilizados alguns dos conceitos do Modelo de Crenças em Saúde (MCS) para discutir e analisar os aspectos ligados a adoção e manutenção das medidas de prevenção, principalmente o isolamento social. Neste modelo, fatores como a gravidade atribuída a doença, a susceptibilidade de contaminação e a confiança atribuída as medidas emergem como possíveis determinantes da adesão a comportamentos de prevenção.

Tradicionalmente, a metodologia do MCS é de caráter quantitativo, fundamentando-se em análises estatísticas e teste psicométricos para medir e validar comportamentos, atitudes e valores (KNOPLICK, 1993). Nesse sentido, apesar dos resultados deste estudo não contemplarem totalmente os requisitos do MCS, serão utilizados alguns elementos básicos da teoria para discutir os fatores associados a prática e manutenção das medidas.

O comportamento dos indivíduos também é influenciado pelas fontes de informação que acessam e a qualidade da informação em que confiam. A pandemia suscitou a discussão sobre o papel e o impacto da informação e da desinformação na adoção das medidas preventivas. Desta forma, o conceito de Infodemia foi utilizado para compreensão do contexto nacional, marcado pela grande divulgação de *Fake News*, e suas consequências na dinâmica da informação entre os entrevistados.

5.1.1. A manutenção das medidas preventivas contra à Covid-19

Dentre as medidas de proteção utilizadas pela população do estudo, as que tiveram maior taxa de adesão (Tabela 5, item 28) foram o “uso da máscara ao sair” (89,6%), “lavagem da mãos” (86,1%) e “uso do álcool em gel” (86,1%). As medidas de isolamento por sua vez apresentaram menor adesão da população: “isolamento parcial” (60,4%) e “isolamento total” (37,5%).

“Estamos lidando com a pandemia tomando cuidado principalmente com a qualidade da higiene. A meu ver, a questão da higiene é a mais importante. Estamos mantendo também as medidas de distanciamento, usando máscara, álcool gel, essas coisas” (Participante 1).

“Estamos lidando com a pandemia baseado nas medidas que a OMS, as diretrizes que eles nos orientaram, que é o isolamento,

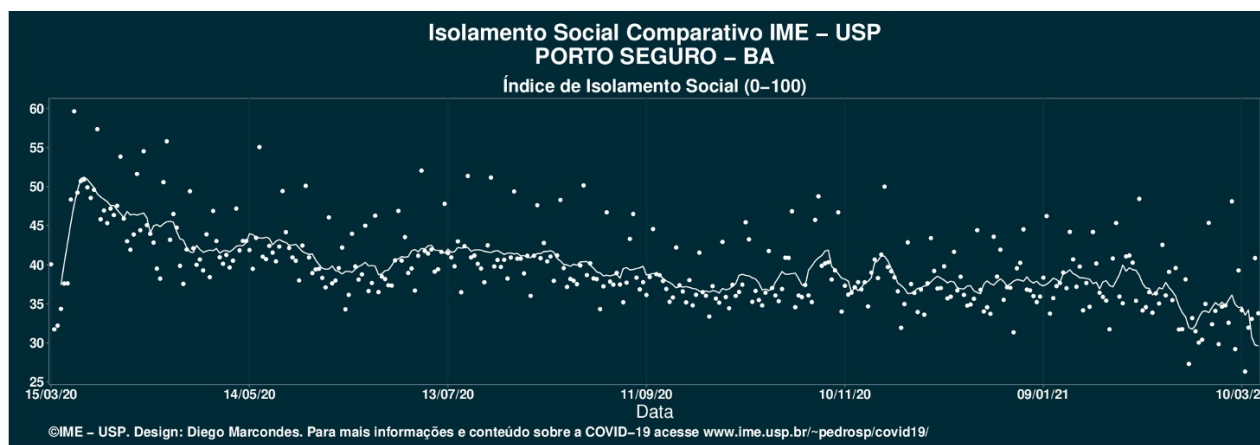
o uso de máscara, o uso do álcool gel, todas essas medidas já conhecidas” (Participante 22).

Menor adesão ao isolamento é observado em alguns estudos sobre medidas de prevenção. Peixoto *et. al.* (2020) constataram no período estudado que apenas 32,2% dos indivíduos não saíram de casa, dentre esses 97,5% utilizaram a máscara e 97,3% higienizaram as mãos ao retornar. Tal taxa de isolamento aproxima-se dos encontrados pelo estudo EPICOVID-19, que na avaliação do quanto as pessoas saíam de casa sem necessidade constatou que aproximadamente 20% relataram praticar o isolamento total, 50% saem apenas para atividades essenciais e 30% saem diariamente (SILVEIRA *et al.* 2020). No âmbito do estudo multicêntrico, Goulart e colaboradores (2021) observaram que a máscara foi adotada por 68,57% da população, entretanto o isolamento parcial apenas por 37,14% e isolamento total por 11,43%.

De modo contrário, Szwarcwald e colaboradores (2020) observaram que dos cerca de 45mil participantes entrevistados entre abril e maio de 2020, 60% relataram ter feito intensa restrição de contato com outras pessoas e 15% adotaram isolamento total. A partir de tais estudos é possível observar que a adesão ao isolamento (parcial ou total) é bastante variável. É possível considerar que, assim como a dinâmica de transmissão do vírus, número de contaminados e de mortes ao longo da pandemia foi variável, as medidas podem ter sido mais ou menos colocadas em prática no decorrer do período pandêmico.

Com o objetivo de avaliar a adoção do isolamento social no país, o Instituto de Matemática e Estatística da USP (IME/USP) desenvolveu, a partir de dados de mobilidade por geolocalização de celulares, o Índice de Isolamento Social, que indica o percentual de pessoas que não saíram de casa no dia. A Figura 6 mostra o valor percentual de pessoas que ficaram em casa no dia e a média móvel semanal dos índices com base na amostra, no município de Porto Seguro - BA. O isolamento social teve um salto no início da pandemia (aproximadamente 50%) com a implementação das medidas de prevenção à Covid-19, mas a população foi gradativamente relaxando, com relativa variação do nível de isolamento, atingindo em março/2021 o menor índice (aproximadamente 35%), período da primeira etapa de coleta de dados deste estudo. É importante ressaltar que estes dados não representam uma totalidade da população (IME/USP, 2022).

Figura 6 - Índice de Isolamento Social do Município de Porto Seguro – BA, do período de março de 2020 à março de 2021.



Fonte: IME-USP, 2022.

Considerando que o isolamento foi a medida menos adotada pela população estudada e a variação do Índice de Isolamento social durante o período da pandemia, quais fatores, comportamentos ou condições podem ter influenciado a sua manutenção? Com tal indagação, serão consideradas como possíveis fontes de resposta: a Confiança atribuída as medidas e os quatro pontos citados do MCS (Percepção de susceptibilidade, Gravidade percebida, Benefícios da adoção e Barreiras percebidas).

a) Confiança atribuída as medidas;

Considerando a confiança nas medidas como importante fator para a sua prática no cotidiano, 34,7% dos entrevistados relataram estar “Razoavelmente confiantes” e 25,7% “Bem confiantes” nas medidas adotadas pelas famílias (Tabela 5, item 24). Entretanto, ao realizar o cruzamento da variável “Confiança nas medidas” com as ações colocadas em prática, houve associação significativa apenas com o “Isolamento parcial”. Ou seja, indivíduos que realizaram isolamento parcial sentiram-se razoavelmente confiante em relação as medidas de prevenção (Tabela 13). Tal associação não foi observada com as outras medidas.

Apesar da baixa adoção do isolamento quando comparado com as outras medidas, o “Isolamento total” e “Parcial” foram, respectivamente, as segunda (22,9%) e terceira (18,8%) ações consideradas mais importantes, atrás apenas do uso da máscara (44,4%). Questionados sobre o grau de importância das medidas, consideraram “muito importante”: 75,7% evitar aglomeração, 73,6% usar a máscara e 66,7% isolamento social(

Tabela 5, item 27). O uso do álcool gel destacou-se como medida considerada menos importante (4,2%), apesar de ter sido adotada por 86,1% dos indivíduos (Tabela 5, item 28).

A confiança nessas medidas também foi pesquisada com usuários do município de Rondonópolis, que relataram estar razoavelmente confiante com as medidas de prevenção e 77% consideraram o isolamento e distanciamento físico como medidas importantes ou muito importantes (GOULART *et al.* 2021). Ao analisar o comportamento dos moradores das zonas rural e urbana em um município de Minas Gerais, Fonseca *et al.* (2020) observaram que lavar as mãos regularmente e usar a máscara foram as medidas apontadas como mais eficientes pela maior parte da população e uma minoria demonstrou não considerar o isolamento relevante e não o colocaram em prática. Com o objetivo de identificar a percepção da população sobre as medidas de prevenção, Aquino *et al.* (2020) analisaram as postagens da rede social Twitter em maio de 2020 e identificaram que a maior parte das postagens apontavam avaliação positiva quanto a eficácia e efetividade das medidas.

b) Percepção quanto ao nível de suscetibilidade à doença;

Quando se trata da vulnerabilidade para contrair ou não determinada doença, as pessoas pensam de modo diferente (KNOPLICK, 1993). Considerando esse fator, um dos questionamentos feitos aos entrevistados foi “Qual a possibilidade do(a) Sr(a) ou sua família serem contaminados pelo coronavírus?”. Dentre as respostas, 42,4% consideraram a possibilidade “Razoavelmente alta” (Tabela 5, item 25).

Nesse sentido, a hipótese de que quanto maior a confiança dos indivíduos nas medidas protetivas, menor será a percepção de susceptibilidade a doença, foi testada pelo cruzamento entre as variáveis “Confiança nas medidas” e “Possibilidade de contaminação” (Tabela 14). Os indivíduos que se mostraram confiantes nas medidas acreditam que a possibilidade de se contaminarem é baixa ou muito baixa. Entretanto, indivíduos que confiam razoavelmente nas medidas acreditam que a possibilidade de contaminação é razoavelmente alta.

Costa (2020) com o objetivo de avaliar a percepção de risco de contágio pelo coronavírus utilizando um questionário baseado no modelo de crença em saúde, observou que alguns fatores são significantes para a percepção de risco. Entre eles o tipo de transporte utilizado para locomoção, sendo que usuários de transporte público percebem uma maior susceptibilidade. Pessoas com renda mais baixa e que apresentam doenças autoimunes possuem a mesma percepção. Ao pesquisar as relações entre crenças, atitudes

e saúde mental de idosos no período da pandemia, Ferreira (2021) constatou que 57,6% dos idosos consideraram possuir maior vulnerabilidade ao vírus.

Tais resultados corroboram com os achados deste estudo uma vez que além da percepção de risco de contágio ter sido “Razoavelmente Alta” (Tabela 5, item 25), a população se enquadra nas características apontadas por Costa (2020), visto que apresentam renda relativamente baixa (52,8% possuem rendimento mensal de até 1 salário mínimo), 1 ou 2 pessoas precisavam sair de casa para trabalhar (56,3% e 26,4% respectivamente) e muitas possuíam o transporte público como principal meio de transporte, conforme as falas:

“[...]na rua, dentro de ônibus, em qualquer lugar que a gente vai o uso de máscara é essencial” (Participante 19).

“Até no dia a dia mesmo, para pegar um ônibus, ir ao supermercado, as tarefas do dia a dia, o isolamento é mais difícil de cumprir” (Participante 21).

“[...]como sou funcionário, sou trabalhador e não tenho carro ou moto, utilizo transporte coletivo. Mas ainda estão vindo bem cheios. Nos horários de pico, que o pessoal está indo ou voltando do trabalho, geralmente está vindo um pouco cheio” (Participante 11).

c) Grau de gravidade da doença e os impactos negativos em sua vida;

Essa dimensão diz respeito à percepção sobre a gravidade de uma doença, que além de englobar consequências clínicas como dor, invalidez e morte, também leva em consideração fatores sociais como perda de emprego, alteração na vida familiar e nas relações sociais (KNOPLICK, 1993). Neste sentido, foi questionado aos participantes qual nível de gravidade eles atribuem a doença provocada pelo coronavírus, sendo que 79,9% consideraram a doença “Muito grave” (Tabela 5, item 26).

Levando em consideração os fatores sociais, 20,8% relataram ter perdido o emprego e 30,6% não trabalhavam antes da pandemia e continuaram sem trabalhar. Outros fatores são observados nas falas:

“Eu trabalhei menos. Tive que lutar com os obstáculos financeiros, porque como trabalho na praia tenho um certo padrão de vida. Hoje esse padrão caiu muito, porque reduziu o trabalho e isso dificultou muito a vida, como no supermercado. Sou autônoma e dependo da vinda do turista para a cidade” (Participante 1).

“O trabalho mudou, porque ficamos sem trabalhar e até hoje não consegui outro emprego. O custo de vida está muito mais caro” (Participante 2).

“Mudou muita coisa na minha vida. Faz tempo que não vejo minha família. A privação de poder ver minha vó, meus familiares e meus amigos” (Participante 12).

“Mudou a minha vida social, porque a gente não saía mais. Na praia não foi mais nunca. Até na igreja a gente ainda evita de ir. Tive a perda do meu esposo. Foram 42 anos de convivência e ainda estou assim muito abalada” (Participante 16).

Tais dados corroboram com os achados de Ferreira (2021), onde 74,5% dos idosos consideraram a Covid-19 grave ou extremamente grave. Costa (2020) constatou que a percepção da severidade da doença apresentou diferença significativa entre diferentes níveis de escolaridade, onde pessoas com menor tempo de escolarização apresentaram valores maiores. Neste estudo, 51,3% dos entrevistados relataram nível educacional entre “Sem escolaridade” e “Médio incompleto”.

A combinação de susceptibilidade e gravidade foi rotulada como ameaça percebida (CAMPEÃO e SKINNER, 2008). No MCS, um indivíduo é considerado mais propenso a colocar em prática as medidas apropriadas se a ameaça percebida da doença for grande. Por sua vez, a ameaça percebida será maior se a gravidade percebida for maior, ou seja, a doença é considerada um problema sério. Nesse sentido, a ameaça percebida também será maior se a percepção de suscetibilidade for maior (CARICO, SHEPPARD, THOMAS, 2020).

d) Benefícios da adoção de determinadas medidas

Além da percepção de gravidade e susceptibilidade da doença, o comportamento das pessoas também será influenciado pelas crenças depositadas nos benefícios percebidos ao realizar determinadas medidas para reduzir a ameaça da doença. No caso da Covid-19, a não contaminação pode ser considerada o principal benefício, entretanto outros fatores não ligados diretamente ao vírus também são importantes, apesar de menos percebidos. Os benefícios percebidos devem ainda superar as barreiras ou dificuldades para a mudança ou manutenção do comportamento (CAMPEÃO e SKINNER, 2008; CARICO, SHEPPARD, THOMAS, 2020; NARENDRAN, 2021).

Ferreira (2021) avaliou os benefícios do isolamento domiciliar como medida de proteção, 92,5% identificou que o isolamento diminuiria a propagação do coronavírus e 93% que evitaria a contaminação. Tais resultados apontam a confiança no isolamento

como medida preventiva, retomamos assim as associações significativas da variável “Confiança nas medidas” com a “Possibilidade de contaminação” (Tabela 14) e “Prática do isolamento parcial” (Tabela 13). Algumas falas ainda remetem aos benefícios percebidos pelos entrevistados:

“Houve um grande distanciamento, paramos de visitar uns aos outros, justamente para poder evitar o contágio e preservar a segurança de todos” (Participante 14).

“A gente dá mais valor aos pequenos detalhes. Por exemplo, antes a gente tinha liberdade de poder sair, de estar vendo nossa família, de sair com nossos amigos, dar um abraço, um aperto de mão, ter uma comunhão com pessoa para pessoa. Hoje a gente não pode muito isso por conta da disseminação do vírus, para não correr risco de contaminar o próximo” (Participante 11).

“No mundo não existe só o vírus do Covid, tem outros vírus, bactérias, que podem ser adquiridos da mesma forma, em aglomeração ou contato com utensílios, coisas na rua, aí certos cuidados vieram para ajudar nisso eu acredito” (Participante 20).

“Mudou tudo na minha vida, mas eu vou te dizer uma coisa positiva que acho que quase ninguém fala, eu me tornei uma pessoa menos egoísta. Passei a pensar mais no outro a ter mais tempo para minha família. Então se teve algo que eu posso esperar de lição nesse momento de dor, diante de algo tão trágico, que morreram mais de 300 mil pessoas, é isso. É que deu para reagir um pouco, melhorar meu egoísmo, ter um tempo a mais para minha família e agradecer também, diariamente a Deus, por ter passado e está passando por tudo isso e ainda estar aqui de pé” (Participante 23).

Os principais benefícios indicados nas falas estão relacionados a prática do isolamento: “evitar o contágio”, “preservar a segurança”, “não correr o risco de contaminar o próximo” e “ter um tempo a mais para minha família”. Entretanto também são relatadas mudanças relacionadas aos sentimentos, que podemos interpretar não apenas como benefícios diretos da adoção de medidas, mas provenientes da pandemia de modo geral, como a Participante 14 que “me tornei uma pessoa menos egoísta” ou a participante 22:

“eu sempre fui uma pessoa meio fria. Com essa pandemia, com esses problemas todos que a gente tem passado, fez eu ser mais humana” (Participante 22).

e) Barreiras para manter o comportamento desejado

As barreiras percebidas são aspectos potencialmente negativos que o indivíduo considera que podem impedi-lo de colocar em prática determinado comportamento. No contexto da pandemia, a compreensão deste fator pode esclarecer as dificuldades encontradas pela população para respeitar as normas estabelecidas e orientações de proteção contra a contaminação. No geral, quando maiores as barreiras, menor a probabilidade da pessoa colocar em prática o comportamento esperado (COSTA, 2020; CARICO, SHEPPARD, THOMAS, 2020; KNOPLICK, 1993).

Assim como em outros componentes do MCS, as barreiras percebidas para colocar em prática medidas como o isolamento perpassam por questões de cunho social. Em um contexto onde a maior parte das famílias possui renda de até um salário mínimo, a questão econômica pode ser uma das principais barreiras para a manutenção do isolamento. Como apontado nos resultados, 28,5% continuaram trabalhando e na maioria dos casos 1 ou 2 pessoas da família precisavam sair para trabalhar.

Dentre as barreiras e dificuldades citadas pelos participantes estão principalmente a necessidade de trabalhar e a dificuldade em se manter longe dos familiares como fatores que dificultam o isolamento. O uso da máscara é apontado como difícil por alguns entrevistados, tendo como barreira para a utilização a falta de hábito no início da pandemia e possível reação alérgica aos materiais de fabricação.

“Tive que lutar com os obstáculos financeiros. Como sou autônoma, modificou e dificultou manter o padrão que tinha antes. Eu não trabalho da mesma maneira que antes, porque eu trabalhava todo dia, hoje eu trabalho três dias” (Participante 1).

“O que sinto mais difícil das orientações foi o isolamento, foi a gente ficar longe da família, ficar longe das pessoa que a gente gosta. Então, o ficar longe da família, para mim foi a pior parte” (Participante 19).

“A forma como estamos lidando com a pandemia é que a gente tenta na medida do possível manter o distanciamento, porém a gente continua trabalhando” (Participante 12).

“Acredito que a medida mais difícil foi o isolamento e o distanciamento, o isolamento principalmente. Porque a gente precisa sair de casa, a gente também sente a necessidade de ter uma interação fora de casa, com as pessoas, acho que esse foi o mais difícil. Até no dia a dia mesmo, para pegar um ônibus, ir ao

supermercado, as tarefas do dia a dia, o isolamento é mais difícil de cumprir” (Participante 21).

“A orientação que eu recebi que foi difícil colocar em prática foi ficar em casa, o isolamento, por causa do trabalho. Porque eu recebo por faxina e trabalhava bastante porque tenho três crianças” (Participante 25).

“A orientação mais difícil foi o uso da máscara. Pelo costume cotidiano da gente, antes da pandemia não éramos acostumados a usar máscaras. Sempre tinha contato com família, amigos, eventos sociais. O uso da máscara e o isolamento foram difíceis” (Participante 11).

“Acho que foi a coisa mais difícil de aceitar, muitos demoraram de aceitar foi o uso da máscara, e tiveram um pouco de dificuldade. Alguns materiais provocavam alergia. Tinha então essa limitação, essa dificuldade, de usar a máscara” (Participante 26).

Carico, Sheppard e Thomas (2020) destacam a densidade populacional em áreas urbanas como fator que pode dificultar o distanciamento físico eficaz quando as pessoas precisam sair de suas residências. Além disso, alguns indivíduos podem achar o sofrimento psicológico proveniente do afastamento de familiares e amigos ou o medo da doença uma barreira. Costa (2020) aponta que a renda deve ser encarada como um fator de extrema importância, pois está associada a fatores que podem favorecer a contaminação, como as condições de moradia ou a dificuldade de interromper as atividades diárias por questões econômicas.

Considerando o MCS na análise dos fatores que influenciam a adesão/manutenção das medidas de prevenção à Covid-19, principalmente o isolamento, observa-se que a população investigada confia e considera as medidas de proteção importantes, considera que são relativamente susceptíveis à doença e que ela é muito grave. O principal benefício apontado para a adoção é evitar a contaminação. Entretanto, mesmo com todos estes fatores que influenciam positivamente na adoção/manutenção do isolamento, a taxa de “Isolamento total” foi de 37,5%. (Tabela 5, item 28) A explicação para tal resultado pode ser a principal barreira encontrada pelos entrevistados, a necessidade de sair para trabalhar ou procurar emprego. Nesse sentido, a adoção do “Isolamento parcial” (60%), surge como medida alternativa.

Por fim, é preciso considerar que diversas variáveis podem influenciar direta ou indiretamente o comportamento (CAMPEÃO e SKINNER, 2008). Dentre esses fatores a

experiência prévia com a doença, campanhas de mídia, conselhos de amigos ou parentes, avisos do governo e artigos de imprensa são considerados como fatores modificadores por Knoplick (1993), ou seja o universo informacional das pessoas tem influência sobre as medidas de saúde que adotam. No contexto da pandemia do coronavírus, Narendran (2021) constatou que o súbito fluxo de informações de diferentes mídias causou confusão entre a população em relação a adoção de medidas e mudanças comportamentais. Nesse sentido, a próxima subcategoria aborda o universo informacional dos participantes do estudo.

5.1.2. Medidas de Prevenção e credibilidade das fontes de informação

O sucesso no enfrentamento a pandemia depende diretamente da não transmissão do vírus por meio das medidas de prevenção. A adoção de tais ações é influenciada pelas informações acessadas pelos indivíduos em seu cotidiano e do grau de confiança que atribuem a tais fontes. Neste sentido, a comunicação possui extrema relevância em situações como a atual pandemia (MASSARANI *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2018), as “trocas de informações, aconselhamento e opiniões entre peritos, líderes comunitários, funcionários e as pessoas em risco” são essenciais em situações de emergência e possibilitam a compreensão e adoção de comportamentos preventivos. Observou-se em todo o país ampla disseminação de informações sobre a COVID-19, que em geral buscaram minimizar os riscos e a gravidade da doença (GOULART *et al.*, 2021). Em estudo sobre a percepção e preparo da população para a pandemia, Narendran *et al.* (2021) constatou que mais da metade da população estudada (53,7%) buscou atualização sobre a situação da pandemia através da mídia, pessoas próximas e profissionais da saúde, informações necessárias para o engajamento nas medidas de prevenção.

Dessa forma, realizou-se o levantamento das fontes de informações acessadas pela população do estudo. Os “Profissionais de saúde do território” representaram a principal fonte de informação (76,4%), seguidos pela “Televisão” (66,7%), “Jornais na TV/internet” (59,7%), “WhatsApp” (36,8%), “Facebook” (27,1%) e Amigos/vizinhos/parentes (25,7%) (Tabela 4, item 21). Neste contexto, a APS e seus profissionais revelaram-se fundamentais na promoção e divulgação de informações e orientação, contribuindo para o controle da pandemia em seus territórios. Coaduna com tal resultado, a confiança (74,3%) (Tabela 4, item 22) e o fato de se sentirem “Muito bem

informados” (45,8%) por tais profissionais (Tabela 4, item 23). A confiança nos profissionais da APS, sobretudo nos Agentes Comunitários e o uso da Televisão e Jornais como fonte de informações também foram expressas nas falas:

“As informações são suficientes para todos. É só seguir o que se diz através da imprensa falada, escrita, o que os agentes de saúde recomendam seguir” (Participante 3).

“Acredito que todas as informações foram suficientes. Tem as agentes de saúde que vão lá em casa. Mas também, assistir jornal e outros meios de comunicação que ajudam a se prevenir mais ainda” (Participante 6).

“As informações foram suficientes, sim. As que recebemos pelo agente de saúde, então a gente se previne melhor. Porque dizem como a gente tem que usar, explicam como você tem que fazer a lavagem de mão, fazer a higiene certinho” (Participante 27).

A confiança nas informações deve ser considerada na resposta dos indivíduos aos riscos presentes nos diferentes contextos sociais, podendo contribuir ainda para o estabelecimento de conexões adequadas, determinantes na aceitação e adoção de medidas de proteção (MASSARANI *et al.*, 2021).

Considerando que a prática das medidas de prevenção surge de um processo interativo de educação em saúde, em que ocorre a troca de conhecimentos entre o profissional da saúde e a população, foi testada a associação entre os meios de informação utilizados pelos indivíduos e a prática de medidas protetivas. Os resultados apontam que houve uma associação estatisticamente significativa entre o uso da máscara e os indivíduos que se informam por meio dos profissionais de saúde do território, o que demonstra a importância da atuação das equipes de saúde como veículos importantes para a educação em saúde da população. É observado ainda nas falas que além da troca de informações, o exemplo dado pelos profissionais com a utilização de medidas de proteção foi considerado relevante:

“Recebi orientações lá no posto de saúde e tem o agente de saúde que vem orientando agora. O enfermeiro está usando máscara lá no posto e aqui no bairro, tudo isso serviu de exemplo pra gente usar também” (Participante 7).

Neste sentido, Medina e colaboradores (2020) e Patiño-Escarcina e Medina (2022) apontam a importância da APS na vigilância em saúde nos territórios, com destaque para a atuação do ACS na mobilização de recursos locais para a divulgação de

informações, conscientização da população no fortalecimento da adesão e realização de medidas de proteção e no combate a informações falsas com a realização de atividades educativas nas áreas de abrangência.

Nesse contexto, percebe-se o papel fundamental e a responsabilidade dos profissionais de saúde, pois são capazes de buscar informações verídicas de teor científico em fontes confiáveis e conter a propagação das *fake news* por meio da promoção de fontes apropriadas de informação e do esclarecimento das notícias falsas espalhadas por meio das mídias sociais (SWIRE-THOMPSON; LAZER, 2019).

A investigação acerca do modo como as pessoas acessam as informações durante a pandemia não pode ser dissociada de fatores sociais mais amplos como processos econômicos, sociais e culturais (FISCHER *et al.* 2022). Desta forma, foi testada a hipótese de que o nível educacional tem influência sobre as fontes de informações acessadas pelas pessoas. Foi observada associação significativa entre o uso de mídias sociais como *WhatsApp* e *Facebook* por pessoas com nível educacional médio e superior respectivamente. Tal resultado coaduna com Primo (2020) que ao analisar a intensificação do uso de mídias sociais durante a pandemia, observou que quanto maior a escolaridade, maior é o uso de redes como o *WhatsApp*. Fabriz *et al.* (2022) aponta que a exposição a desinformação proveniente de redes sociais foi associada aos adultos jovens com níveis de educação mais elevados. Mesmo com tal associação, o uso de mídias sociais mostrou-se variável em todos os níveis educacionais, com os entrevistados se considerando “razoavelmente informados” por tais redes.

Retomando os resultados relacionados as fontes de informação, é importante destacar a confiança atribuída a mídia - televisão (36,1%) e jornais na TV/internet (52,8%) - em comparação as redes sociais – *Facebook* (11,1%), *WhatsApp* (9,7%) e *Instagram* (5,6%) (Tabela 4, item 22). Tal diferença pode ser associada a idade dos participantes (idade média: 42 anos), uma vez que ao analisar o processo de informação e desinformação em idosos, Choudrie e colaboradores (2021) observaram que pessoas mais velhas estão mais inclinadas a confiar na mídia tradicional do que na “nova mídia” (representada pelas redes sociais). Entretanto, no cenário nacional, outros fatores influenciaram na confiança atribuída as fontes de informação, como a politização da resposta governamental à Covid-19 (ROSSINI; KALOGEROPOULOS, 2021).

Com base nos resultados apresentados, observa-se que a mídia e as redes sociais possuem grande destaque na busca de informações pela população, influenciando na conscientização e sensibilização dos indivíduos. As informações diárias dos meios de

comunicação sobre quantitativos de pessoas infectadas e óbitos fornecem o real impacto da pandemia no país, o que pode despertar no público os riscos e a importância das medidas de prevenção (BAVEL *et al.* 2020).

Aquino *et al.* (2020) constataram que as redes sociais foram os meios mais utilizados para obtenção de informações sobre a covid-19 (39,1%), ficando a frente de fontes como televisão (31,8%) e estudos científicos (12%). De forma semelhante, Rossini e Kalogeropoulos (2021) e Newman *et al.* (2020) apontaram o intenso uso da TV, *WhatsApp* e *Facebook* como principais fontes de informação.

Apesar de tal potencial, um dos principais desafios na utilização de tais mídias é a grande disseminação de desinformação, principalmente em meios como *Facebook* e *WhatsApp*. A resposta à Covid-19 tem sido marcada por um excesso de informações, precisas ou não, que dificultam a identificação de fontes seguras e confiáveis. O risco proporcionado pelo excesso de informações e *Fake News* em um contexto de ameaça à saúde pública, levou a Organização Mundial da Saúde a criar uma cartilha com orientações sobre esse problema, em que utilizou o termo “Infodemia”, cunhado pelo jornalista Zarocostas (2020), para definir tal fenômeno.

A palavra infodemia se refere a um grande aumento no volume de informações associadas a um assunto específico, que podem se multiplicar exponencialmente em pouco tempo devido a um evento específico, como a pandemia atual. Nesta situação, surgem rumores e desinformação, além da manipulação de informações com intenção duvidosa. Na era da informação, esse fenômeno é amplificado pelas redes sociais (OPAS, 2020).

No que concerne a pandemia da Covid-19, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Diretor geral da OMS, declarou que não se trata apenas do combate ao vírus, mas também da luta contra a disseminação de informações falsas que se espalham de maneira fácil e rápida, sendo tão prejudiciais quanto o vírus. Almeida-Filho (2021) destaca a implícita correlação entre infodemia e as *fake news*, uma vez que o problema não está relacionado apenas ao excesso de informações, mas a validade e veracidades destas, divulgadas com má intenção e viés político.

Neste cenário, o excesso de informações divergentes e a desinformação sobrecarregam as pessoas gerando dificuldade na busca por informações verdadeiras, nas respostas aos problemas do cotidiano e em questões específicas na área da saúde, podendo atrasar a adoção de cuidados eficazes, em alguns casos ameaçando a vida dos indivíduos (GARCIA; DUARTE, 2020, WANG *et al.* 2019). De acordo com a OPAS (2020) muitas

notícias falsas são baseadas em teorias conspiratórias e utilizam o discurso convencional para simular veracidade.

Estão circulando informações imprecisas e falsas sobre todos os aspectos da doença: como o vírus se originou, a causa, o tratamento e o mecanismo de propagação. A desinformação pode circular e ser absorvida muito rapidamente, mudando o comportamento das pessoas e possivelmente levando-as a correr riscos maiores. Tudo isso torna a pandemia muito mais grave, afetando mais pessoas e comprometendo o alcance e a sustentabilidade do sistema global de saúde. (OPAS, 2020).

Tais afirmações corroboram com as falas de alguns entrevistados que expressaram o sentimento de confusão na busca pela veracidade das informações e o impacto da desinformação na quantidade de pessoas contaminadas:

“Acredito que as informações foram suficientes até certo ponto, tem algumas informações que não são exatamente verdadeiras, aí a gente fica em dúvida do que é verdadeiro” (Participante 8).

“No começo da pandemia, a gente não sabia na verdade nem o que que era a doença, quer dizer, até hoje a gente não sabe realmente o que é a doença. Mas assim, como foi no começo, estava todo mundo muito perdido, acho que por isso teve muito mais pessoas infectadas” (Participante 19).

“[...]tem que lidar com todo esse acontecimento, informações que não são bem passadas, principalmente pela mídia, e aí fica aquela confusão. Então, essa parte eu achei que ficou muito a desejar” (Participante 14)

“No primeiro momento, que foi ano passado, a gente estava um pouco perdido com tudo que a gente ouvia” (Participante 23).

A disseminação de notícias falsas por representantes políticos e religiosos, principalmente em redes sociais, afeta a capacidade de decisão das pessoas, especialmente em um cenário de risco (BARZILAI; CHINN, 2020). No contexto brasileiro, a infodemia foi induzida por políticas governamentais alinhadas a uma orientação política conservadora e autoritária, “cultivando e propagando matrizes ideológicas obscurantistas e fundamentalistas do ponto de vista cultural (particularmente religioso) e negacionista, especialmente no respeito ao conhecimento científico estabelecido” (ALMEIDA-FILHO, 2021).

Ao analisar 407 casos de mentiras sobre a Covid-19, Gehrke e Benetti (2021) destacam que os principais agentes de desinformação estão no entorno do Presidente da República, como o Deputado Federal Osmar Terra, seu filho Carlos Bolsonaro e o próprio presidente. Os efeitos de tal postura negacionista teve como principal repercussão a polarização de opiniões acerca da COVID-19, com os apoiadores do presidente da república menos preocupados com o vírus e menos favoráveis as medidas de prevenção (BATISTA PEREIRA; NUNES, 2021).

Neste cenário, a confiança nas fontes de informação passa a ser influenciada pela orientação política. Rossini e Kalogeropoulos (2021) observaram que pessoas com inclinação ideológica mais a extrema direita, confiaram no governo federal, foram mais propensos a evitar notícias sobre a pandemia na televisão e tiveram como principais fontes de informação as redes sociais. De forma semelhante, alguns trabalhos destacam que Bolsonaro conseguiu divulgar sua mensagem principalmente por meio de ambientes de mídia online, como Facebook e WhatsApp – plataformas onde os indivíduos podem escolher as notícias de acordo com suas preferências políticas e com massiva distribuição de conteúdos falsos (GALHARDI *et al.*, 2020; GEHRKE; BENETTI, 2021; BATISTA PEREIRA; NUNES, 2021;).

Ao analisar as estratégias de desinformação utilizadas para a criação de conteúdo falsos, Gehrke e Benetti (2021) observaram que a maior parte destes recorreram a criação de um “falso contexto”, gerando uma inverdade por meio de um fato verdadeiro tirado de contexto. Entretanto, Oliveira (2021) ao analisar as tipologias de algumas *fake news* no discurso de Bolsonaro identificou que a maior parte pode ser classificada como “conteúdo enganoso”.

Tais categorias de notícias falsas se enquadram na classificação de Wardle (2017), que devido a diversidade de tipos de *fake news* criou sete tipologias para classificar os conteúdos de caráter desinformativo: 1) sátira ou paródia – embora o objetivo não seja enganar, aqueles que não reconhecem o conteúdo satírico podem compartilhá-lo como verdadeiro; 2) conteúdo enganoso – é distorcido com o objetivo de promover dano a algo ou alguém; 3) conteúdo impostor – quando notícias verdadeiras são fraudadas; 4) conteúdo fabricado – informação completamente falsa, produzida para causar dano; 5) falsa conexão – manchetes e outras informações não condizem com o conteúdo produzido; 6) falso contexto – a informação é verdadeira, mas é utilizada fora do seu contexto original; 7) conteúdo manipulado – informação verdadeira mas manipulada para enganar.

Neste sentido, Almeida-Filho (2021) alerta que tão perigosas quanto as *Fake News* são as meias verdades, manipuladas por maliciosos jogos de linguagem e difíceis de combater, devido a sua “desonestidade retórica incrustada em argumentos que contêm pseudoverdades e supostamente baseadas em evidências científicas”.

A politização da pandemia de Covid-19 no Brasil fica ainda mais evidente quando são analisados os conteúdos das notícias falsas. Gehrke e Benetti (2021) identificaram que os principais temas das 407 notícias falsas analisadas são “Política” (25,55%), “Cura, tratamentos e vacina” (20,6%), “Conteúdos falsos sobre dados e estatísticas” (19,66%) e “Contágio e distanciamento” (18,43%). De forma semelhante, estudo conduzido pela Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP/Fiocruz) indicou que o tratamento da Covid-19 é uma das principais temáticas das notícias falsas, com destaque para métodos caseiros de cura, uso de ivermectina e contra o uso de máscara (GALHARDI *et al.* 2020).

No âmbito desta pesquisa, apesar dos resultados apontarem a baixa credibilidade dos governantes como fontes de informação (11,1%) e de falas que revelam a falta de confiança nos dirigentes políticos:

“Para te falar a verdade as informações que eu não acreditava era nas coisas que saia da boca do presidente (...) Dos governantes, alguns eu não acreditava nada que saia da boca deles” (Participante 19).

“Não acreditei na informação de que não precisava cuidar da saúde, que era só uma gripezinha, que era só um vírus que estava rondando o país. Essas informações pioraram ainda mais a situação” (Participante 1).

“Eu vou te falar, que sinceramente, nós temos uma secretária de saúde, que cá para nós, é uma negacionista” (Participante 23).

Alguns entrevistados elencaram entre as medidas utilizadas para prevenção, ações que são reconhecidamente ineficazes e que fizeram parte do rol de notícias falsas veiculadas, como o uso de medicações ou o “tratamento precoce”. Sendo que o papel de profissionais da saúde, imbuídos pelo discurso negacionista e motivados pela gestão de saúde municipal, foi fundamental na confiança que a população atribuiu a tais medidas.

“Eu acredito muito nos profissionais que estão em linha de frente (...) Quando eles falam alguma coisa, por exemplo, sobre o Covid, como uma vitamina que vai melhorar seu organismo para

prevenir você de ter sintomas graves, claro que vou confiar” (Participante 11).

“O que eu venho colocando em prática é tomar mais vitaminas por causa da minha imunidade, como eu fico muito tempo sem comer e trabalho bastante, então acho que a imunidade acaba baixando um pouco. Então tomei mais vitaminas do que tomava antes, as vitaminas que os médicos falam” (Participante 18).

“Tomei os medicamentos do protocolo, segui certinho e fiquei 10 dias em casa” (Participante 19).

“Muitos médicos começaram a passar informações via internet, como seria indicado uns medicamentos para você fazer uma prevenção, e outros já não indicava o mesmo protocolo. E isso causou uma confusão muito grande na mente das pessoas e principalmente na minha” (Participante 14).

De forma semelhante, Bonini *et al.* 2022, ao analisar em que medida a população se automedicou com base em informações veiculadas na internet, observou que foram buscadas orientações principalmente sobre uso de vitaminas, vermífugos e medicamentos para aumentar a imunidade. Bottós (2021) em estudo que avaliou a prevalência de automedicação em hipertensos e diabéticos no contexto da pandemia, constatou que dos 363 participantes, 73,83% fizeram uso de medicação para a prevenção.

Com base em tais resultados é possível constatar a grande disseminação de notícias falsas entre a população (independente de orientação política) e a influência que a desinformação tem na adoção de falsas medidas de prevenção. Neste sentido, Rossini e Kalogeropoulos (2021) ao avaliar a veracidade de 10 informações falsas, observou que a maioria dos entrevistados acreditaram em ao menos uma delas e que consideraram estar frequentemente expostos a desinformação ao usar as redes sociais.

Entretanto, tal contexto de desinformação também suscitou em alguns participantes a constante necessidade de checagem das informações recebidas pelas diversas mídias. Massarani *et al.* (2021) destaca que a checagem de informação passou a ser um hábito principalmente entre jovens.

“Depende de onde vem a informação. Coisas de whatsapp nem tudo a gente deve acreditar. Então tem que ver de onde vem a informação, depois vê se é seguro, se tem como acreditar para não passar a informação errada para outras pessoas” (Participante 27).

“Eu sempre ia lá na fonte, queria saber por que não pode usar isso, eu ia e pesquisava. Porque cloroquina não sei que, eu ia lá e pesquisava. Porque não pode tomar ibuprofeno, eu pesquisava. Então eu sempre ia pesquisar para saber realmente o que os pesquisadores falavam sobre a doença” (Participante 19).

“Porque eu sou muito curiosa. Então fiquei atenta e procurei muitas informações, não fico esperando que ninguém venha me procurar para falar como que a gente tem que proceder. E também as informações que chegaram até mim eu procurei confirmar” (Participante 9).

Apesar deste estudo não ter avaliado a confiança da população nas informações científicas e nos pesquisadores, é possível identificar nas falas a utilização de tais meios como fonte segura para checagem de informações. Tal afirmação corrobora com os achados de Massarani *et al.* (2021) que identificou os “Cientistas de universidades ou institutos de pesquisa” como terceira fonte mais confiável, atrás apenas dos Profissionais da Saúde e da OMS. Assim, também foram identificadas falas que transparecem a confiança na OMS e que refutam informações falsas sobre o tratamento da Covid-19:

“Estamos lidando com a pandemia baseado nas medidas que a OMS, as diretrizes que eles nos orientaram” (Participante 22).

“De informação no geral não acreditei nesse protocolo medicamentoso, o profilático, que era sobre a cloroquina, ficar tomando ivermectina. Essa daí eu acho que foi uma das que eu não acreditei” (Participante 12).

“Eu não acreditei nas fake news do governo na questão do uso do protocolo medicamentoso, a questão da ivermectina, da cloroquina. Eu não acreditei e tanto que nunca foram comprovadas” (Participante 21).

Por fim, foi observado que os profissionais da saúde e a televisão representam as principais fontes de informação dos entrevistados, com destaque para a confiança nos ACS. As mídias sociais também foram indicadas como importantes fontes de informação. Entretanto, no contexto atual, é preciso estar atento a qualidade das informações disseminadas em tais redes, visto que além da pandemia de Covid-19, também vivenciamos uma epidemia de notícias falsas. A análise da infodemia no Brasil, aponta que a desinformação associada as questões políticas provocaram grande divergência

quanto a adesão as medidas de prevenção a Covid-19, tendo como principal influenciador o presidente da república. Entre os entrevistados, observou-se aqueles que refutam as *fake news* e tornaram o processo de checagem de informação parte da sua rotina e aqueles que, influenciados principalmente por profissionais da saúde negacionistas, colocaram em prática medidas como o uso de medicamentos “preventivos”.

Desta forma, a politização da pandemia pode ter influenciado na forma como a população aderiu as medidas preventivas, tendo as mídias sociais como principal meio de desinformação. Vale destacar que no período de construção dos instrumentos para coleta de dados, as vacinas ainda não estavam disponíveis a população. Desta forma a desinformação como instrumento para a hesitação vacinal não foi tão presente nas falas dos entrevistados.

5.2. (SOBRE)VIVENDO À PANDEMIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS RELACIONADOS À COVID-19

Nessa categoria são discutidas as Classes: 1. “Luto, Isolamento Social e Saúde Mental” e 2. “A precarização da vida e as mudanças no cotidiano”.

A rápida disseminação do coronavírus pelo mundo e a repentina adoção de medidas restritivas para proteção, provocaram impactos além do quantitativo de contaminados e óbitos. Um dos resultados da pandemia, abordado na classe “Luto, Isolamento Social e Saúde Mental”, é a grande elevação das taxas de problemas psíquicos decorrentes de fatores como o isolamento social prolongado, medo da contaminação, desinformação e dificuldades financeiras. Neste sentido, o conceito de sindemia pode ser útil na compreensão de tais resultados.

A análise dos resultados, nos permite constatar essa indissociável relação entre os múltiplos aspectos pandêmicos (isolamento, contaminação, informação, saúde mental, emprego, renda, moradia e gênero) que em uma complexa interação, influenciam um ao outro. Dessa forma, a segunda subcategoria aborda algumas consequências sociais da pandemia na vida das participantes, como a perda de emprego e a redução da renda principalmente entre grupos mais vulneráveis como as mulheres.

5.2.1. Luto, Isolamento Social e Saúde Mental

As diversas medidas protetivas implementadas mundialmente como forma de frear a Covid-19, tiveram repercussões socioeconômicas, culturais, políticas e de saúde.

Dentre os impactos provocados pela adaptação a nova realidade, estão as questões psicológicas, que levaram a OMS a considerar a necessidade prioritária de defesa da saúde mental no desenvolvimento da pandemia (GHEBREYESUS, 2020; BIONDI; IANNITELLI, 2020; FARIA; PATINO, 2022).

Neste contexto, é importante resgatar o conceito de Sindemia, necessário para uma abordagem ampliada dos efeitos da Covid-19. Ao explorar tal conceito, Horton (2020) indica que duas categorias de doenças tiveram grande interação entre a população: a infecção pelo SARS-CoV-2 e uma série de doenças não transmissíveis. Tais condições apresentam diferentes padrões, de acordo com o grau de inequidade e vulnerabilidade dos grupos sociais. Apesar do autor focar em doenças como hipertensão, diabetes, obesidade e outras, deve-se também considerar as doenças de cunho psicológico, que aumentaram de forma significativa durante a pandemia e apresentaram forte influência de fatores sociais ligados a idade, gênero e nível de renda.

Holmes e colaboradores (2020) apontam que fatores em nível populacional, como o efeito das medidas de distanciamento físico e outras medidas de saúde pública afetam a saúde mental principalmente de grupos mais vulneráveis. De acordo com os autores, a preocupação e incerteza com a pandemia são comuns, só que para estes grupos o sofrimento mental pode acarretar o comprometimento das atividades sociais e ocupacionais. A vulnerabilidade é ainda mais agravada com a dificuldade de acesso ao suporte de saúde mental devido ao isolamento.

No ápice da pandemia, a fragilidade na abordagem das questões da saúde mental ficou evidente. Além da desestruturação das redes de apoio devido ao isolamento, também foi observado pelas entrevistadas o impacto de tal medida na vida das pessoas e a falta de orientações relativas à saúde mental (BEZERRA *et al.*, 2020; LIMA *et al.*, 2020; KOLA *et al.* 2021) apesar das iniciativas de reorganização dos serviços e dos processos de trabalho profissionais na região sul da Bahia (FARIA; PATINO, 2022). A percepção de que eram necessárias elaborar estratégias para lidar com o “psicológico” é evidente na fala:

“Agora ficou um pouco vaga, a parte psicológica, de informações mais aprofundadas, no sentido de preparar as pessoas. Porque ninguém está preparado para uma pandemia como essa, e isso causou problema psicológico enorme” (Participante 14).

As respostas emocionais à pandemia envolvem sentimentos de ansiedade, depressão, solidão, medo, frustração, estresse e insônia. Tal sofrimento pode ser atribuído

as incertezas quanto a propagação da doença, a eficácia das estratégias de proteção e as dúvidas sobre quando a vida retornará à normalidade (HOLMES *et al.* 2020; ORNELL *et al.* 2020; DONG *et al.* 2021). Outras causas de sofrimento estão associadas à prática do isolamento social, ao luto relacionado a perda, ao exacerbado acesso a notícias e à diminuição da qualidade de vida (BIONDI; IANNITELLI, 2020; LÓPEZ-RUIZ, 2022).

Dong e colaboradores (2021), por meio da análise de diferentes problemas psicológicos de pacientes com Covid-19, classificam os fatores de influência dos problemas psicológicos em níveis: individual, circundante e apoio social. No nível individual foram incluídas a presença de doenças crônicas, escolaridade e renda. No nível circundante, isolamento, morte de familiares ou amigos, discriminação por conta da infecção e possibilidade de transmissão para outros. No nível de apoio social foram destaque as informações negativas excessivas, o acesso a suporte médico e psicológico e rede de apoio.

Neste sentido, Biondi e Iannitelli (2020) ao refletirem sobre a condição específica de estresse causado pela pandemia, apontam que o estresse evolui de forma individual, coletiva e imprevisível ao longo das diferentes fases da pandemia. Apesar de começar com um estresse agudo, pode evoluir para uma condição crônica, caracterizada pelo esforço de adaptação e gerenciamento dos riscos impostos pelo vírus, sejam físicos ou econômicos. Os autores destacam três fontes estressoras associadas à Covid-19: a ameaça invisível que envolve o risco de contaminação, a infodemia com excesso de informações majoritariamente angustiantes e o distanciamento físico. Tal análise corrobora com os dados provenientes deste trabalho, uma vez que na análise das entrevistas as participantes associaram os efeitos psicológicos da pandemia a três causas: a infodemia, ao luto e ao isolamento.

a. A infodemia

Os efeitos da infodemia de informações relacionadas à Covid-19 vão além da desinformação, discutida na categoria anterior. O medo causado pela doença pode afetar a saúde mental da população, principalmente no desenvolvimento de estresse e ansiedade. Tal efeito foi ampliado pelo uso excessivo de mídias sociais durante a pandemia, com grande exposição a notícias ruins/falsas/desinformação (XIONG *et al.*, 2020; GUO *et al.* 2020; ROY, 2021).

Holmes e colaboradores (2020) afirmam que o consumo de conteúdo digital pode ser positivo para a saúde mental. Entretanto, em situações de emergência, como no caso da pandemia, as mensagens compartilhadas indicam o alto risco ao qual as pessoas

estão expostas, aumentando a ansiedade. A exposição repetida da mídia a informações sobre a Covid-19, pode exacerbar as respostas ao estresse e amplificar a preocupação.

Ao avaliar os efeitos de informações sobre a Covid-19 e a associação com problemas de saúde mental, Mongkhon e colaboradores (2020) apontam os efeitos nocivos da alta exposição às notícias sobre a crise sanitária: os participantes que foram expostos por mais de 3 horas tiveram maior chance de desenvolver sintomas de depressão, ansiedade e insônia do que os expostos por menos de 1 hora. Da mesma forma Gao *et al.* (2020) encontraram uma alta prevalência de problemas de saúde mental associados com alta frequência de exposição às redes sociais.

Apesar do tempo de exposição e das redes sociais não terem sido objetos deste estudo, o impacto destes meios de informação foi significativo nas condições de saúde da população estudada. Unindo tais resultados as falas que apontam a preocupação com a saúde mental em virtude das notícias recebidas, é possível considerar que no contexto estudado a infodemia infligiu sofrimento mental as entrevistadas.

“A forma como estamos lidando para o enfrentamento da pandemia é tentar, no caso, absorver o máximo de coisas boas possíveis. Por exemplo, eu estava deixando de assistir jornal, porque estava falando muita coisa negativa sobre a pandemia. Já no caso, abala o nosso psicológico. A gente fica muito concentrado nisso, então abala o psicológico” (Participante 11).

“Ter que assistir nos jornais tanta gente perdendo a vida, isso abala qualquer ser humano. Eu acho que também teve a questão da saúde mental. Acredito que isso me debilitou bastante, a pandemia me debilitou muito em relação ao psicológico” (Participante 12).

Apesar do grande impacto negativo das notícias, Xiong *et al.* (2020) e Wang *et al.* (2020) destacam que a disseminação de informações de saúde atualizadas e precisas relacionadas à Covid-19 pelas autoridades, foi associada a níveis mais baixos de ansiedade, estresse e sintomas depressivos no público em geral. Considerando a discussão feita na categoria anterior, a realidade brasileira não condiz com tal constatação. Neste sentido, além da inevitável confusão provocada pela desinformação, ela também teve efeitos sobre a saúde mental.

b. O luto

O luto enquanto fenômeno social pode despertar a necessidade de compartilhamento de angústias, medos e ansiedades e, em várias situações, especialmente entre as populações idosas, o suporte emocional dentro ou fora da família e a possibilidade

de socialização com amigos e vizinhos, durante os rituais de passagem, são fundamentais para minimizar transtornos mentais (Castro Santos, Faria, Patiño, 2018). Todos os povos ritualizam seus mortos e apresentam maneiras similares de reação diante da perda de um ente querido. Os rituais relacionados à morte possibilitam aos que ficam a maturação psicológica para confrontar-se com a perda concreta, o sofrimento e a finitude. Neste sentido, segundo Schilindwein (2001) e Marris (1974), o caráter simbólico dos rituais de passagem comunica socialmente os indivíduos e permite o processo necessário de elaboração emocional após uma morte. O luto, a morte e o sofrimento são processos que não se restringem a uma dimensão biológica, mas envolvem dimensões socioculturais que condicionam a experiência dos sujeitos.

Em relação à pandemia de Covid-19, o isolamento social surge como um obstáculo para socialização entre pessoas que perderam seus familiares e para a realização de cerimoniais. Além disso, a própria pandemia e o isolamento podem ser considerados como estressores concorrentes, uma vez que além de provocar o processo de perda, também são responsáveis pela crise e mudanças sobrepostas ao luto.

São várias as possibilidades de análise do luto no contexto da pandemia de Covid-19. Pode-se avaliar desde o impacto psicológico causado pelas mais de 6 milhões de mortes em todo mundo (OUR WORLD IN DATA, 2022) até o sofrimento causado pela impossibilidade de realização dos ritos de passagem (BRASIL, 2020). O Manual de Processo de Luto no contexto da Covid-19, elaborado pela Fiocruz (2020), considera que em contexto de pandemia a morte foge dos parâmetros de rotina e se torna mais próxima e súbita. Somado ao contexto de contágio e isolamento, o luto torna-se complicado e caracterizado por maior duração e intensidade.

O processo do luto é definido por Wonder (2013) como a experiência individual relativa à perda, que é resultante ou consequência da morte de alguém. Apesar de ser uma experiência individual e única para cada indivíduo que o vivencia, são observados aspectos comuns que permitem entender o luto como fenômeno amplo – apesar da possibilidade de variação de acordo com diferenças sociais, culturais, cosmológicas e religiosas (FIOCRUZ, 2020; PARKES, 1998).

Para o autor, podemos compreender por meio dos “mediadores do luto” a magnitude e a maneira com que diferentes pessoas lidam com tal processo (WONDER, 2013). O primeiro e o segundo mediadores estão relacionados a pessoa que morreu e a natureza do vínculo, respectivamente. Tais mediadores podem ajudar na identificação do relacionamento existente entre o falecido e o sobrevivente, onde o grau de parentesco

mais próximo, por exemplo, pode indicar diferença significativa na resposta ao processo do luto e na adaptação a vida sem a pessoa. Entretanto, a natureza do vínculo existente entre os indivíduos também deve ser considerada, uma vez que o apego e o vínculo não são definidos apenas pelos laços familiares. As entrevistadas referem em alguns momentos grau de parentesco e vínculo com a pessoa perdida:

“Minha família toda pegou e o Covid levou meu marido embora, meu marido faleceu de Covid” (Participante 16).

“Aí esse ano, meu cunhado também pegou, não resistiu e faleceu, tem uns dois meses meu outro cunhado também pegou e não resistiu e faleceu, então para gente está sendo bem difícil” (Participante 22).

O terceiro mediador está relacionado a como a pessoa morreu, visto que tais circunstâncias tem impacto sobre como serão desenvolvidas as tarefas do luto. Questões como local da morte, se foi repentina ou inesperada, se foi violenta ou traumática, se acontecem perdas acumuladas, mortes evitáveis, ambíguas ou estigmatizadas estão relacionadas a tal mediador. Neste sentido, algumas situações expressadas pelos entrevistados refletem a complexidade do luto provocado pelas mortes de Covid-19.

“Meu marido faleceu dia 28 de abril. No dia 23 de abril ele internou e ficou até dia 28” (Participante 16).

O curto espaço de tempo entre internação e falecimento é um dos fatores identificados que pode gerar sofrimento mental. A dificuldade em lidar com a morte, o sentimento de medo, incerteza e solidão estão relacionados ao processo de internação e possibilidade de morte (CLEM; HOCH, 2021). Ao caracterizar as primeiras 250.000 admissões hospitalares por Covid-19 no Brasil, Ranzani *et al.* (2021), identificaram que a mortalidade hospitalar geral foi de 38%, entre os pacientes admitidos na UTI a mortalidade foi de 59% e entre os pacientes que necessitaram de ventilação mecânica invasiva foi de 80%. O medo proveniente da associação entre morte e internação é expresso na fala:

“Fico com medo principalmente de internar, porque vejo muita gente que interna e não volta mais” (Participante 22).

As múltiplas perdas e as mortes evitáveis são definidas por Wonder (2013) como componentes do terceiro mediador. A perda seguida dos genros relatada na fala da participante 16, deixa evidente que as múltiplas perdas tem sido um dos fatores que influenciam no luto. De acordo com Dantas *et al.* (2020) muitas famílias têm passado

pelas experiências de adoecimento, internação e morte de vários membros da família, podendo estar associadas ao sentimento de confusão e negação. Em várias situações, o curto espaço de tempo entre as perdas não é suficiente para lidar com a dor e a adversidade. Tal situação torna-se ainda mais grave quando ocorrem no mesmo núcleo familiar:

“Minha filha ficou internada em UTI em Itabuna. Depois eu fiquei ali na UPA, na sala vermelha, aí já estava saindo, passei 12 dias lá, quando eu estava saindo, na noite, no dia anterior ele internou. Só que eu não sei, não acredito que ele realmente faleceu de Covid. Porque ele tinha muitas comorbidades”
(Participante 16).

De acordo com Wonder (2013) quando uma morte é considerada como evitável, questões relativas a culpa e responsabilidade emergem durante o luto. No contexto da Covid-19 no Brasil, a inação do Estado na implementação de medidas de proteção e principalmente na compra de vacinas, foi um dos principais motivadores para que parte dos entrevistados atribuísse aos governantes a grande contaminação e o elevado número de mortes.

“Eu acredito que se os governantes, tivessem feito mais ações não tinha morrido tanta gente, tanta vida não teria se perdido”
(Participante 16).

“Quanto aos governantes eu acho que se no começo da pandemia, como todos os outros países fizeram, tivessem feito o pedido das vacinas, eu acho que não tinha perdido tantas vidas”
(Participante 19).

Outros dois mediadores do luto que podem ser considerados no contexto da pandemia são: As “variáveis sociais” e os “estressores concorrentes” (WONDER, 2013). As variáveis sociais estão ligadas ao suporte social e emocional recebido, que podem aliviar os efeitos adversos do estresse da perda. Os estressores concorrentes fazem referência as mudanças sobrepostas e as crises que surgem posteriormente à morte. Estes dois fatores estão intimamente relacionados à pandemia, uma vez que medidas de isolamento e a não realização de cerimoniais podem afetar o suporte emocional e social que naturalmente seria prestado aos familiares. A pandemia por si só e o medo da contaminação configuram estressores concorrentes.

c. O isolamento

Como citado na categoria anterior, o Isolamento social é uma das mais eficazes medidas no combate a Covid-19. Apesar de não ter sido adotada de maneira integral pela população, vários são os transtornos psicológicos decorrentes da sua prática e das medidas tomadas para a sua efetivação. Estudos sugerem um aumento nas taxas de transtornos mentais comuns em comparação ao período anterior a pandemia, sendo as mulheres adultas o público com maiores chances de desenvolver algum sintoma. Entre os problemas associados ao isolamento estão a Síndrome do estresse pós-traumático, ansiedade, insônia e estresse. (WANG *et al.* 2020; ROSSI *et al.* 2020; XIONG *et al.*, 2020).

Ao avaliar os fatores associados ao comportamento da população durante a pandemia, Bezerra *et al.* (2020) constatou que, dos 16.440 entrevistados, 39% relataram que o convívio social foi o principal aspecto afetado pelo isolamento social e que este gerou algum nível de estresse para ao menos 80%. A restrição total ou parcial de circulação, fechamentos de locais como escolas, igrejas e locais de trabalho podem ter tido um impacto significativo na saúde mental devido a mudanças na rotina diária, principalmente em grupos mais vulneráveis como idosos (ROY, 2021; FARIA; PATINO, 2022). Os relatos dos entrevistados apontam o afastamento dos familiares e amigos, o longo período dentro de casa e a falta de interação social, foram geradores de estresse e motivo de tristeza.

“O que mudou na minha vida? Tudo, não posso ver minha mãe, não posso sair, não posso receber as pessoas aqui na minha casa, muita coisa mudou” (Participante 5).

“Estamos lidando com a pandemia de forma que não é fácil. É o momento mais complicado, muito delicado, e muito estressante o Covid. Estamos conseguindo passar sem maiores danos físicos, agora psicológico é complicado, porque esse tempo todo em casa tem afetado a saúde mental” (Participante 10).

“A minha vida mudou porque mudou a rotina, mudou o abraço. Eu, chego na igreja, sou muito brincalhona, gosto de chegar e abraçar todo mundo. A pandemia gerou um certo freio na gente, de não poder abraçar, de não estar próximo, de não poder ir à casa dos outros tomar um cafezinho. Foi o que eu mais senti falta” (Participante 9).

“É o diálogo, a gente não está tendo contato com as pessoas. A gente sente muito isso, eu principalmente, porque sou bastante conversador. Sinto falta de estar próximo das pessoas conversando” (Participante 11).

Gamsizkan e colaboradores (2021) ao analisarem como a idade, o gênero e o grupo de risco afetaram o comportamento de proteção e a saúde mental durante a pandemia, observaram que o nível de ansiedade, depressão e falta de esperança aumentaram significativamente com a idade, sendo a falta de alegria um dos relatos, como nas falas abaixo:

“A vida social mesmo, mudou completamente. Em si, eu acabei ficando mais triste, que o estresse eu tento controlar, entendeu? Para não abaixar a imunidade” (Participante 18).

“O que mudou é que você não pode mais passear, não pode visitar sua família. A gente deixa de viver né... Não tem muita felicidade, não tem muita alegria, porque vem atingindo as famílias. As crianças ficam em casa, não tem o que fazer e as mães ficam nervosas” (Participante 27).

Além dos efeitos psíquicos provocados pela diminuição da interação entre pessoas, outra perspectiva do sofrimento mental provocado pelo isolamento está relacionada as questões sociais. Bezerra et al. (2020) constataram uma significativa correlação entre o estresse familiar e condições de habitação, como a quantidade de pessoas que estão na mesma casa e sua qualidade. Situações de estresse familiar foram observadas com maior representatividade em moradias com uma quantidade maior de moradores e para aqueles que consideraram a habitação como péssima.

De acordo com o IBGE (2010) a média nacional de habitantes por domicílio é de 3,3. Neste estudo a maior parte das entrevistadas (64,6%) responderam que moram com 1 a 3 pessoas, entretanto 29,9% afirmaram compartilhar a moradia com 4 a 7 pessoas. Neste estudo não foi questionada a qualidade da habitação, mas 36,8% relataram que suas residências possuem apenas 2 cômodos para dormir e 72,9% apenas um banheiro. Desta forma, consideramos que as condições de habitação da população estudada, somada ao isolamento, pode ter implicado em sofrimento mental, principalmente o estresse familiar, como relatado por outros autores.

Outras questões sociais tiveram impacto significativo no desenvolvimento de problemas psicológicos. A interrupção das atividades do trabalho e sua repercussão na vida financeira, de alimentação e moradia foram apontadas como significativas para questões de saúde mental (ROSSI *et al.* 2020). Brooks et al. (2020) apontam que a ausência de suprimentos básicos (comida, água e roupas) durante o período de isolamento foi associado a ansiedade e raiva. Da mesma forma, as dificuldades financeiras da quarentena resultaram em um sofrimento socioeconômico, considerado como principal fator de risco para transtornos psicológicos.

De forma complementar, Guo et al. (2020) destaca que o impacto percebido nos meios de subsistência se associou a uma maior possibilidade de problemas de saúde mental. O estresse esteve associado a ameaça de pobreza e a deterioração das condições econômicas. A ameaça aos meios de subsistência reduziu recursos sociais, como o acesso a serviços de saúde, educação, emprego e bem estar para os indivíduos e suas famílias, o que pode resultar em danos ainda maiores a saúde mental.

Neste sentido, a próxima subcategoria tem o objetivo de resgatar nas falas das entrevistadas os aspectos relativos as dificuldades encontradas para manter as condições básicas de vida durante a pandemia, bem como os impactos das mudanças na rotina de modo geral.

5.2.2. Precarização da vida e as mudanças no cotidiano

São inegáveis os impactos sociais da pandemia de Covid-19, principalmente com as populações em situação de vulnerabilidade. Almeida-Filho (2021) aponta que uma das principais relações promovidas pela pandemia é a interação biossocial entre condições sociais prejudiciais e processos biológicos envolvidos na contaminação pelo SARS-CoV-2. De fato, pode-se considerar uma intrínseca relação entre vulnerabilidade social e infecção pelo coronavírus, uma vez que as periferias se revelaram como espaços privilegiados de contaminação, aprofundando as inequidades e tornando-as relevante na difusão da Covid-19. As condições estruturais determinam maior morbidade e mortalidade em grupos que já sofrem com exclusão social, desigualdade racial e pobreza.

Retomando a discussão sobre sindemia, Bispo Junior e Santos (2021) reforçam que além do sinergismo entre a Covid-19 e outras doenças, o conceito também possibilita a compreensão de que a quantidade e gravidade de casos são influenciadas pelo contexto social, econômico e ambiental. De acordo com os autores:

Inequidades sociais e condições precárias de vida atuam em diversos níveis e potencializam tanto a atuação da COVID-19 quanto das demais pandemias. Importante também ressaltar que esta não é uma característica de mão única. A doença pode também gerar efeitos degradantes sobre os determinantes sociais e exacerbar as iniquidades sociais. Neste sentido, as condições sociais e econômicas são também agravadas como consequência da pandemia (BISPO JUNIOR; SANTOS, 2021).

Singer e colaboradores (2017) reforçam que uma abordagem sindêmica deve examinar o motivo por que certas doenças se agrupam e as maneiras pelas quais os ambientes sociais, especialmente as condições de inequidade e injustiça social, contribuem para o agrupamento e interação da doença, bem como para a vulnerabilização.

Segundo Faria e Patiño (2022, p. 12): “A pandemia da Covid-19 produziu enormes desafios, revelou as vulnerabilidades e inequidades sociais existentes em várias regiões do país, além de evidenciar as fragilidades dos serviços de saúde e a descontinuidade do cuidado às populações mais vulneráveis”.

Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL), por meio do Panorama Social da América Latina, a inequidade social se agravou, visto que em 2020 houve um aumento significativo do número de pessoas pobres (209 milhões). O avanço da pobreza (33,7%) e da extrema pobreza (12,5%) foram os maiores dos últimos 12 e 20 anos.

Ainda em 2020, a Organização Internacional do Trabalho (OIT) alertou sobre o impacto da pandemia sobre o mercado de trabalho, com destaque para três dimensões: o quantitativo de empregos (aumento da desocupação e dos subempregos), qualidade dos trabalhos (queda no rendimento e no nível de proteção social) e a inequidade (efeito em grupos vulneráveis a eventos adversos do mercado) (OIT, 2020).

A crise econômica causada pela pandemia afetou severamente a capacidade de ganhar a subsistência de quase 1,6 bilhão de trabalhadoras (es) na economia informal, de um total de dois bilhões na economia informal em todo o mundo, e de uma força de trabalho global de 3,3 bilhões de pessoas. Isso se deve a medidas de confinamento e/ou porque essas pessoas trabalham em alguns dos setores mais atingidos pela crise. Estima-se que o primeiro mês da crise tenha resultado em uma queda de 60% na renda das (os) trabalhadoras (es) informais em todo o mundo. (OIT, 2020, p.1)

O aumento da vulnerabilidade e precarização da vida, ficam ainda mais evidentes quando são analisados dados relativos ao impacto da pandemia em grupos específicos, como a população negra. Considerando os indicadores epidemiológicos divulgados pelo Ministério da Saúde, no ano de 2020, constatou-se aumento substancial

nas taxas de internação (54,7%) e morte (61,3%) em pessoas de raça/cor negra quando comparadas com pessoas brancas (Taxa de internação 43,3% e mortes 36,5%) (FERREIRA; CAMARGO, 2021). Corroborando com tais resultados Baqui e colaboradores (2020), em artigo publicado na *The Lancet Global Health*, apresentam evidências que sugerem um maior risco de morte entre brasileiros pardos e negros. Segundo os autores, tal efeito étnico pode estar associado a diferença de suscetibilidade à Covid-19 e a dificuldade de acesso destes grupos a cuidados de saúde.

Para além da infecção provocada pelo vírus, a piora de determinantes sociais e fatores socioeconômicos, bem como a baixa efetividade de políticas públicas no combate às inequidades provocaram o agravamento das vulnerabilidades da população negra, expressos na impossibilidade de realizar o isolamento social devido ao desemprego e grande prevalência de vínculos precários de trabalho, falta de acesso a saneamento básico e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Neste sentido, todos esses indicadores evidenciam o racismo estrutural ainda presente no Brasil e as graves consequências sociais para a população negra (DEVAKUMAR *et al.*, 2020; SANTOS *et al.* 2020).

A vulnerabilidade de grupos como mulheres, crianças, negros, indígenas e LGBTQIA+ foi acentuada pela pandemia, que combinou diversas formas de violência, altos índices de desemprego e perda/diminuição de renda trazendo milhões de brasileiros e brasileiras de volta à linha da extrema pobreza. (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2021). Esses foram os principais impactos sociais relatados pelas entrevistadas relacionados a perda do emprego e suas consequências, como as limitações financeiras, manutenção do padrão de vida e o impacto na aquisição de alimentos.

Segundo o IPEA (2021) o Brasil registrou, entre os três últimos trimestres de 2019 e 2020, acentuada queda na taxa de ocupação (de 55,8% para 48,8%), indicando que mais da metade das pessoas em idade ativa não estava trabalhando. Os dois indicadores analisados pelo órgão (Taxa de ocupação e Taxa de mortalidade por Covid-19) indicam que os impactos da pandemia no Brasil foram fortes, não apenas em comparação a série histórica do país, mas também no contexto internacional. O Brasil e outros países latino-americanos estão entre os mais atingidos em perdas de vidas e de empregos (MATTEI; HEINEN, 2022).

Tais dados corroboram com a Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios – PNAD Covid-19 (IBGE, 2021) que indicou um aumento da taxa de desocupação entre maio (10,5%) e setembro (14,4%) de 2020, com a Bahia registrando 19,8% de

desocupação. A pesquisa aponta ainda que 2,7 milhões de pessoas foram afastadas do trabalho devido ao distanciamento físico e que 15,3 milhões de pessoas não procuraram trabalho por conta da pandemia ou por falta de trabalho na localidade. Neste sentido, é relatado pelas entrevistadas a dificuldade na busca por trabalho e o desemprego:

“O trabalho mudou, porque ficamos sem trabalhar e até hoje não consegui outro emprego. O custo de vida está muito mais caro. A minha filha foi trabalhar na lavanderia três vezes, aí cortaram o bolsa família dela, cortaram o auxílio. Tá difícil o emprego, a quantidade de gente procurando é muito grande” (Participante 2).

“Estou parada desde o início, meu marido tá parado, só tem meu filho trabalhando” (Participante 15).

Dentre as estratégias recomendadas para a contenção do coronavírus o isolamento social foi a mais importante. Entretanto, em uma sociedade com tamanha exposição aos determinantes econômicos, o isolamento produziu aumento da inequidade e desemprego de maneira desigual nos territórios, afetando principalmente as periferias (FARIAS *et al.*, 2021).

A perda do emprego por causa da pandemia foi relatada por 20,8% das entrevistadas. Entretanto, segundo o IPEA (2021) o impacto da pandemia sobre o mercado de trabalho não acontece de forma homogênea, variando entre faixas etárias, gênero e níveis de escolaridade. Entre os trabalhadores, os mais afetados foram os informais, que representam a maior parte das populações ocupadas nos países menos desenvolvidos.

Como apontado, uma das consequências da pandemia é o aumento do desemprego e a consequente elevação da taxa de trabalhadores informais, terceirizados e subcontratados. Para além dessa elevação, tais categorias são as primeiras a sofrerem com a demissão ou redução da jornada de trabalho (COSTA, 2020). Neste sentido, é relevante destacar o significativo quantitativo de entrevistadas que possuem vínculos precários de trabalho: 26,4% relataram trabalhar por conta própria e 13,9% trabalham no setor privado sem carteira assinada. Devido ao contexto municipal, boa parte das entrevistadas trabalha principalmente em setores de serviço, como o turismo.

“Sou autônoma e dependo da vinda do turista para a cidade. Antes eu trabalhava todo dia, hoje trabalho no máximo três dias” (Participante 1).

“Mudou muita coisa, principalmente o trabalho. Como trabalho na área de turismo, tudo ficou 7 meses fechado, com as medidas de distanciamento mudou tudo” (Participante 6).

A pandemia de Covid-19 e as medidas de isolamento e distanciamento físico afetaram os setores da economia de maneira heterogênea, sendo o setor de serviços o mais prejudicado (MATTEI; HEINEN, 2022).

O impacto da pandemia no setor turismo gerou diminuição dos postos de trabalho informais e formais. Segundo o Observatório do Turismo da Bahia (OTB), 87,7% dos meios de hospedagem e 90,8% dos restaurantes, bares ou similares fecharam em 2020, com a consequente demissão de 55,2% da força de trabalho das empresas (OTB, 2020). Importante destacar que o município de Porto Seguro possui o turismo como principal atividade econômica. Segundo dados do IBGE em 2014, o setor de serviços representava 66% do PIB do município. Atualmente, o turismo é a principal atividade econômica da região, representando cerca de 70% do PIB municipal, de acordo com o censo do IBGE de 2016. Neste sentido, Costa (2020) aponta que os trabalhadores balconistas, garçons, funcionários de cozinha, diaristas e outros representaram as primeiras demissões.

“A situação tá complicada, não posso trabalhar... fazer minhas faxinas” (Participante 25).

Como efeito do desemprego e da redução do trabalho observou-se a inevitável redução da renda das famílias. Mattei e Heinen (2022) relatam que a queda anual de 10% na massa salarial recebida no país, aponta para um aumento da pobreza. Ou seja, a crise provocada pela Covid-19 além de aumentar a parcela da população sem renda, reduziu os rendimentos dos trabalhadores que conseguiram manter a ocupação. De acordo com o CEPAL (2021) a redução da possibilidade de realizar as atividades habituais de ocupação resultou na diminuição de 15% do rendimento médio do trabalhador. Segundo o IPEA (2021) os trabalhadores por conta própria receberam em novembro/2020 apenas 85,4% do que habitualmente recebiam, tendo como renda média efetiva R\$ 1.626 e 4,32% dos domicílios sobreviveram apenas com o Auxílio Emergencial (AE), sendo que a proporção de famílias dependentes exclusivamente do auxílio foi muito maior no Nordeste.

O AE foi o principal benefício, aprovado no Congresso e gerenciado pelo governo federal, para tentar minimizar os efeitos econômicos causados pela Covid-19. Por meio da transferência de renda, o auxílio teve como objetivo fornecer proteção social no período da pandemia, principalmente para trabalhadores informais, micro e pequenos

empresários individuais, autônomos e desempregados com renda domiciliar per capita até R\$ 522,50 ou renda familiar total do domicílio de até três salários mínimos.

“Quanto às medidas dos governantes, o primeiro é garantir a sobrevivência da população de modo geral, economicamente, garantir o auxílio, para assim a gente poder manter o isolamento. Fechar o comércio, poder ter realmente um distanciamento, que só isso vai diminuir a disseminação do vírus. Não tem outra maneira” (Participante 12)

Dentre os entrevistados 61,1% receberam algum tipo de auxílio, destes 57,6% correspondeu ao AE. Foi observada uma relação estatisticamente significativa entre as variáveis “Impacto da pandemia sobre a ocupação” e “Recebimento de algum tipo auxílio”, sendo que a perda de emprego esteve relacionada ao recebimento de algum auxílio. Nesse sentido, Boschetti e Behring (2020) destacam que em contextos marcados pela informalidade, baixos e instáveis salários e precarização agressiva, como no caso brasileiro, programas de transferência de recursos públicos são essenciais.

Entretanto Miranda e colaboradores (2021) alertam que apesar do AE ter reduzido os efeitos da perda de empregos, é preciso questionar sobre a capilaridade da medida entre os mais necessitados e a sua real capacidade de garantir as necessidades básicas. Mesmo com o AE, as famílias necessitam trabalhar devido ao número de dependentes e aos elevados preços de produtos essenciais como gás, luz, comida e água.

Tal preocupação é corroborada pelos resultados do II VIGISAN (II Inquérito Nacional Alimentar no Contexto da Pandemia da Covid-19 no Brasil) (PENSSAN, 2022), em que mesmo com o benefício não houve a mitigação da grave situação social do povo brasileiro, “uma vez que a fome ainda estava presente em 21,5% dos domicílios das famílias que solicitaram e conseguiram receber o benefício”. Também deve-se considerar os efeitos da suspensão do AE no primeiro semestre de 2021:

“Eu estava recebendo o auxílio, estava até melhor, agora que cortou, aí está meio difícil um pouco. Porque sempre eu arranjava uma faxina ou coisa para fazer, agora ficou mais difícil para mim” (Participante 25).

O Centro Integrado de Dados e Conhecimentos para Saúde (CIDACS) indicou que o Índice Brasileiro de Privação (IBP)² no município de Porto Seguro é alto, o que indica uma significativa vulnerabilidade de parte da população, confirmado pelo Índice

² Índice Brasileiro de Privação (IBP) – É uma medida que informa níveis de privação material ou, de modo geral, níveis de posição socioeconômica. O IBP é calculado utilizando informações de renda, escolaridade e condições de moradia (CIDACS, 2021a).

de Desigualdades Sociais para Covid-19 (IDS-Covid-19)³, que durante toda a pandemia permaneceu alto. A redução dos postos de trabalho e consequentemente da renda familiar provocaram em alguns dos entrevistados dificuldades em manter o padrão de vida que possuíam e a manutenção de necessidades básicas como a alimentação.

“Tive que lutar com os obstáculos financeiros, porque como trabalho na praia, tenho um certo padrão de vida. Hoje esse padrão caiu muito, porque reduziu o trabalho e isso dificultou muito a vida, como no supermercado” (Participante 1).

“[...]muitos trabalhos fecharam, as pessoas ficaram desempregadas, ficaram sem ganhar seu pão de cada dia. O preço das coisas aumentou tudo” (Participante 27).

“O que já não era bom piorou e o desemprego gera fome no prato” (Participante 2).

“Alimentação foi algo que mudou muito pois as coisas no supermercado ficam cada vez mais caras e isso tem prejudicado comprar algumas coisas” (Participante 18)

Uma das várias manifestações das vulnerabilidades sociais acentuadas pela Covid-19 está relacionada a alimentação e garantia da Segurança Alimentar. Evidências apresentadas pelo II VIGISAN (2022) apontam o agravamento da insegurança alimentar com 33,1 milhões de pessoas em situação de fome. Os pesquisadores destacam maior proporção de famílias com renda inferior a um salário mínimo em situação de insegurança alimentar grave. Tal situação também foi observada nas famílias afetadas pelo desemprego e endividamento, principalmente nas regiões Norte e Nordeste e com agricultores/produtores rurais.

“A gente já vive pouco pela situação, cada um tem seu modo de vida, modo de custo. Quem tem um custo melhorzinho vive melhor, quem não tem já é mais difícil. E por essa situação dessa doença, ficou mais complicado. Tudo ficou difícil, se já era difícil ficou pior” (Participante 27).

“Apesar de trabalhar na zona rural, tive muita dificuldade, porque as pessoas não podem estar circulando para comprar o

³ Índice de Desigualdades Sociais para Covid-19 (IDS-Covid-19) – É um índice que mede a situação das desigualdades sociais em saúde nos municípios brasileiros durante quatro momentos diferentes da pandemia de Covid-19. É calculado com base em informações socioeconômicas (Índice Brasileiro de Provação), sociodemográficas e de dificuldade de acesso aos serviços de saúde (CIDACS, 2021b).

produto e também não consegui mais ninguém para ajudar na plantação” (Participante 3).

Apesar do agravamento promovido pela pandemia, o processo de deterioração da segurança alimentar também provém das políticas de austeridade implementadas pelo Governo Federal e dos consecutivos ataques promovidos pelos governos de Michel Temer e Jair Bolsonaro às políticas de proteção social, como programas de transferência de renda, reformas da previdência e trabalhista, Extinção do Conselho Nacional de Segurança Alimentar e desestruturação do Programa de Aquisições de Alimentos (SCHAPPO, 2020).

a. Vulnerabilidades, desigualdades de gênero e impactos da pandemia

É preciso considerar na análise dos resultados que a maior parte das participantes se identificou como do sexo feminino (75,7%). Segundo a OIT (2020), as mulheres representam um dos seguimentos da população que sofreu impacto desproporcional da pandemia de Covid-19. Dados da organização apontam que as mulheres possuíam maior ocupação nos setores mais afetados pela pandemia (setor de serviços), que também possuem menos acesso à proteção social e arcaram com uma carga desproporcional na economia do cuidado, com o fechamento das escolas.

Considerando os dados de ocupação analisados anteriormente de maneira geral, o Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe (2021) aponta que historicamente a Taxa de Desocupação entre as mulheres é maior que entre homens. No contexto pandêmico, Santos e Silva (2021) ao analisarem a relação entre gênero e trabalho, observaram que em determinados setores, como na área da saúde e no espaço doméstico, houve significativa intensificação do trabalho feminino, permanecendo, entretanto, as históricas inequidades e a invisibilidade dessas trabalhadoras.

Neste sentido, são observados impactos econômicos ainda maiores em grupos já vulneráveis, como a precarização das condições de vida entre mulheres que sofreram violência. De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2021), 61,8% das mulheres que sofreram violência no último ano afirmaram que a renda familiar diminuiu, entre as que não sofreram violência esse percentual foi de 50%. A perda de emprego entre as mulheres que sofreram violência foi de 46,7%, a média entre as que não sofreram foi de 29,5%.

Apesar do agravamento promovido pela pandemia, os índices que revelam a inequidade e vulnerabilidades das mulheres não são novidade. Giffin (2002) e Araújo e Casaca (2021) destacam a sobre representação das mulheres na população pobre mundial,

conceituada como a “feminização da pobreza”. Tal processo possui como principal causa o aumento de domicílios monoparentais, no qual a mulher mãe com filhos passa a não ter mais o companheiro morando no mesmo lar e se responsabiliza pelo próprio sustento e o de seus filhos.

*“A situação tá complicada, não posso trabalhar... fazer minhas faxinas. Minhas filhas não podem e eu não posso sair, porque minhas filhas são pequenas e não posso levar para lugar nenhum. Ficou muito difícil, eu sou pai e mãe e tenho que manter a casa”
(Participante 25).*

Dados do Observatório de Igualdade de Gênero da América Latina e do Caribe (2021), alimentados pela Organização das Nações Unidas, apontam que o Brasil ocupa o sexto lugar dos países com o maior índice de feminidade em domicílios pobres. Neste sentido, é preciso reconhecer que homens e mulheres sofrem com a pobreza de maneiras diferentes, tal assimetria é resultante principalmente dos baixos salários e da maior precariedade de trabalho, fatores que incide sobre a pobreza e aumentam a vulnerabilidade das mulheres, sendo ainda mais acentuado com mulheres negras. Tal inequidade se manifesta em diferentes âmbitos sociais, como no acesso à saúde, a educação, a injusta divisão sexual do trabalho, seguridade social e renda (CEPAL, 2004; ARAÚJO; CASACA, 2021).

Para além das questões econômicas, convém assinalar as graves repercussões da Covid-19 no aumento da vulnerabilidade entre mulheres, observados com o aumento dos índices de violência e criminalidade, agravados pelo histórico de inequidades econômicas, sociais, políticas e culturais existentes (MORAES, 2020; FARIA, PATIÑO, 2020).

Dentre os aspectos ligados a vulnerabilidade e precarização da vida está a redução do acesso aos serviços de saúde. O empobrecimento da população feminina é relatado por Giffin (2002) como um dos fatores ligados ao menor acesso à saúde por mulheres, uma vez que geralmente habitam regiões ou municípios mais pobres e com dificuldade na oferta desses serviços. O Relatório *Gendered health analysis: Covid-19 in the Americas* produzido pela OPAS (2021) aponta que a pandemia agravou ainda mais a situação. As medidas de distanciamento e o direcionamento dos serviços de saúde para o enfrentamento ao vírus dificultaram o acesso aos serviços de saúde. Segundo o relatório, na América Latina, uma a cada quatro adolescentes não teve acesso a serviços de planejamento familiar, houve agravamento da mortalidade materna e a assistência a

gestantes foi dificultada pelo medo e insegurança. Nesse sentido, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde foi relatada por algumas entrevistadas, principalmente pelo medo de contaminação:

“Não tenho recebido informações do posto de saúde. Como sou gestante, tenho evitado sair e como o posto só vive cheio, tenho medo de me contaminar” (Participante 13).

“Para não estar com muito contato, estou evitando ir ao posto de saúde, porque eu sou hipertensa” (Participante 25).

Dentre as principais questões de gênero agravadas pela pandemia, Reis e colaboradores (2021) destacam: os impactos na atenção à saúde sexual e reprodutiva - principalmente na garantia do planejamento familiar, pré-natal e aborto seguro - decorrentes das restrições de acesso aos serviços de saúde e a postura do governo que negligencia “inequidades estruturais de raça e gênero”; o aumento da violência doméstica contra mulheres, que segundo dados do Ligue 180, disponibilizados pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, aumentou cerca de 17% o número de ligações com denúncias de violência contra a mulher durante o mês de março de 2020, período inicial do distanciamento físico (MARQUES et al. 2020); e o impacto no trabalho, em que mulheres – principalmente negras e pobres – estão mais vulneráveis à demissão, diminuição de salários e precarização das condições de trabalho.

Somado ao aumento da vulnerabilidade em vários grupos de mulheres devido ao machismo estrutural e dificuldades econômicas, estão as alterações promovidas pela pandemia na rotina diária dessas mulheres, principalmente por conta do isolamento. As responsabilidades com os filhos e a suspensão das aulas presenciais, com a implementação da rotina de atividades online foi uma das principais mudanças relatadas pelas entrevistadas, muito ligadas a questões de saúde mental:

“Mudou minha rotina totalmente. Eu trabalho praticamente 12 horas online, estou o tempo inteiro em casa. Além de você trabalhar online, você educa os filhos online, é muito tenso. Meu nível de stress está altíssimo por conta disso” (Participante 10).

“A gente se isolou, então perdemos o convívio com muitas pessoas que eram do nosso círculo, as relações de trabalho, estudo. A questão online, remota, também veio à tona. E também essa apreensão acerca do futuro né, do mundo” (participante 21).

De acordo com Reis e colaboradores (2020) a pandemia manteve as profundas desigualdades de gênero na esfera doméstica, com as mulheres engajadas nas extensas jornadas de trabalho e responsáveis pelo cuidado da casa e da família, chegando a dedicar uma média de 21,3 horas semanais a essas atividades. O teletrabalho, adotado para manutenção do isolamento e distanciamento físico, resultou na dificuldade de estabelecer limites entre vida profissional e privada, representando um dos grandes desafios para o trabalho em casa. O fechamento das escolas e creches também foram fatores que demandaram maior trabalho no contexto doméstico, uma vez que os filhos passaram a ficar integralmente em casa (LEMOS; BARBOSA; MONZATO, 2020).

Ao tecer relações entre as mudanças no cotidiano e a saúde mental, o antropólogo Mauro Koury (2020) demonstra o caráter ambíguo das emoções frente à pandemia:

A construção insegura de novas rotinas diárias de segurança pessoal e família, em que o medo, a ansiedade, a tristeza e a desesperança são tematizadas na ambivalência de um sentimento de culpa pessoal de não ter certeza da saída da crise, associado a uma tentativa de pensar positivamente para não agravar a insegurança familiar (KOURY, 2020)

O pensar positivamente relatado pelo autor é identificado em algumas falas, associado principalmente as mudanças pessoais:

“[...] eu sempre fui uma pessoa meio fria. Com essa pandemia, com esses problemas todos que a gente tem passado, fez eu ser mais humana” (Participante 22)

“É hora de pensar em tudo isso que estamos vivenciando e é importante ter resiliência para quando isso tudo passar. Não devemos continuar sendo os mesmos. Essa pandemia ajudou muita gente, inclusive eu, a refletir mais sobre a vida. E mudou muita coisa: a forma de convivência, a forma de comunicação e a forma de se relacionar” (Participante 14)

Finalmente, diante do aumento das precárias condições de vida, das taxas de contaminação/óbitos por Covid-19 e do crescimento de problemas de saúde mental e outras doenças crônicas, fica evidente o caráter sindêmico da pandemia de Covid-19. Como discutido na categoria anterior, a gestão da pandemia no Brasil foi caracterizada pelo negacionismo e disseminação de *fake news*. Tal posicionamento foi essencial no agravamento das iniquidades sociais e em saúde observadas nesta categoria. Nesse sentido, dada a complexidade da pandemia, também foram identificadas falas referentes a ação dos governos no período analisado. Assim, a próxima categoria discute as políticas

governamentais de enfrentamento à crise sanitária e o essencial papel da atenção primária nos territórios.

5.3. O ENFRENTAMENTO À PANDEMIA: AS POLÍTICAS DE GOVERNO E O PAPEL DA APS

Nessa categoria são discutidas as Classes: 6. “O (des)governo e a gestão da pandemia de covid-19” e 5. “A Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia”.

A categoria anterior deixou evidente o impacto da pandemia de covid-19 sobre as populações mais vulneráveis, acarretando um maior número de infectados e mortes em muitos territórios. Nesse cenário não podem ser desconsideradas as crises política e econômica que o Brasil vivência a alguns anos.

Considerando o aspecto político, a subcategoria “O (des)governo e a gestão da pandemia de covid-19” aborda o negacionismo do governo federal, protagonizado pelo presidente da república e dissonância entre os entes federativos. Nesse sentido, são apontadas algumas estratégias do governo da Bahia no combate a pandemia e sua relação com a gestão de Porto-Seguro. No nível municipal, para auxiliar a compreensão das percepções das entrevistadas, foi realizado um resgate das medidas de enfrentamento adotadas pela gestão do município nos anos de 2020 e 2021. Para tal, foram organizadas as publicações do Diário Oficial e analisadas junto ao quadro epidemiológico do município. Também foram consideradas para a discussão notícias da mídia comercial e das redes sociais com informações contextuais sobre a evolução da pandemia, visto que o conteúdo das notícias enuncia as disputas entre os agentes e contribuem para a compreensão dos arranjos locais para o enfrentamento da pandemia.

Por fim, na subcategoria “A Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia” é realizada uma breve análise da organização da APS no município para o enfrentamento ao coronavírus. É também destacado o importante papel das Unidades de Saúde nos territórios pesquisados, com destaque para as atividades realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde.

5.3.1. O (des)governo e a gestão da pandemia de covid-19

A pandemia de Covid-19 representa uma emergência de saúde pública como “um evento extraordinário que (...) constitui um risco para a saúde pública de outros estados devido à propagação internacional de uma doença, e pode exigir uma resposta

internacional coordenada” (OMS, 2007). Dessa forma, é evidente o caráter político da gestão da pandemia, pois as ações a serem tomadas para sua contenção dependem da competência dos governantes e dos recursos disponíveis.

A resposta política no enfrentamento a pandemia tem sido heterogênea em todo o mundo. Cada país respondeu com base em seus recursos, valores, ideologias políticas e cultura, obtendo resultados equivalentes a suas particularidades e empenho na adoção de ações. Dessa forma, no Brasil, é preciso considerar o passado de desestruturação da saúde pública brasileira que favoreceu a instalação da crise pela Covid-19.

“Primeiramente, os governantes deveriam ter feito o dever de casa deles, anteriormente. Cuidando do SUS, fazendo mais investimentos na questão da saúde, que não há um investimento nesse campo. Porque nós somos uma nação grande, com pouco investimento, com a PEC que tá matando as cidades, a educação” (Participante 1).

O contexto expresso na fala da participante é fruto da profunda crise econômica enfrentada pelo Brasil e que foi agravada em 2016 com a aprovação da Emenda Constitucional 95/2016. Tal emenda congelou o teto de gastos com despesas básicas por um período de duas décadas, desconsiderando o crescimento da população e reforçando o desfinanciamento e desestruturação do SUS, principalmente na crise provocada pela Covid-19. Outros ataques sofrido pelo SUS nos últimos anos está a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica que desvaloriza a atuação da APS como ordenadora e coordenadora do cuidado. Como fruto desse contexto, Gomes e colaboradores (2020) apontam que entre os anos de 2017 e 2019 foram poucas mudanças na cobertura de Saúde da Família, houve redução do número de Agentes Comunitários de Saúde e involução das equipes de atenção básica.

Almeida-Filho (2021) destaca que a pandemia atingiu o Brasil em meio a uma agenda governamental de austeridade fiscal e redução do papel do Estado na economia. A política de austeridade, as reformas trabalhista e da previdência fragilizaram as políticas de proteção social em um momento de agravamento das desigualdades sociais.

O cenário de crise nacional é acentuado por Shimizu e colaboradores (2021) como desencadeado por uma série de embates entre governos, descoordenação política e judicialização das relações federativas, mas também pela existência de um projeto político com orientação neoliberal, subordinado às economias centrais que, desde 2016, promovem o desmonte e a fragilização da capacidade de resposta do Estado. De forma semelhante, Teixeira e Santos (2022) destacam o desmonte de políticas econômicas, sociais e culturais e na saúde o aprofundamento do “golpe do capital” no SUS, com o

fortalecimento do setor privado, privatização da gestão de serviços e valorização do modelo médico assistencial hospitalocêntrico.

Tal contexto faz parte do processo destacado por Santos (2021) em que o neoliberalismo sujeita todas as áreas que lidam com a questão social: saúde, educação, segurança e outras, deixando de lado a lógica do serviço público e a responsabilidade com princípios de cidadania e direitos humanos. Tal lógica também vem promovendo ao longo dos anos a ridicularização dos serviços públicos como ineficiente e corrupto, a degradação das políticas sociais pelo discurso de crise financeira do Estado das políticas de austeridade, fazendo com que “cheguemos aos nossos dias com os Estados sem capacidade efetiva para responder com eficácia à crise humanitária que se abateu sobre os seus cidadãos”.

Nesse sentido, Caponi (2020) destaca duas estratégias distintas de enfrentamento a pandemia: uma baseada na defesa do direito à vida, a saúde e ciente de que a recuperação econômica só poderá acontecer com o cuidado entre todos e a outra baseada na lógica neoliberal, “centrada na ideia de assumir os próprios riscos e expor as populações à morte”.

Ao refletir sobre o Estado e a Democracia em tempos de pandemia, Boaventura de Souza Santos (2021) aponta que os Estados governados por forças políticas de direita e de ultradireita se mostraram incompetentes e com falta de competência política na proteção da população durante a pandemia, como demonstram os dados de contaminação e mortes. Segundo o autor, tais governos tiveram sua atuação política baseada em três vertentes, que apesar de distintas, convergiram no mesmo resultado de desproteger os cidadãos: o negacionismo (não reconhecimento da seriedade da ameaça à saúde pública com a não adoção de medidas de proteção), o uso da pandemia para legitimar “novos poderes de exceção com duração indeterminada” e a identificação de “bodes expiatórios” (responsabilização de outros para disfarçar o fracasso da atuação governamental).

a. O negacionismo nas políticas de enfrentamento a pandemia

No Brasil, o negacionismo foi marcante nas atitudes e falas do Presidente da República nas inúmeras ocasiões onde promoveu aglomerações ou minimizou a gravidade da doença, como relatado pela entrevistada:

“Não acreditei na informação de que não precisava cuidar da saúde, que era só uma gripezinha, que era só um vírus que estava rondando o país. Essas informações pioraram ainda mais a situação” (Participante 1).

“Agora, a única pessoa, que eu particularmente não dou nenhum um apoio para ele é o nosso presidente, não dou nenhum um ponto pra ele, minha nota de 0 a 10, é 0” (Participante 4).

No contexto brasileiro o insucesso no enfrentamento a pandemia foi marcado por vários fatores como a fraca liderança nacional, ausência de articulação entre setores e esferas de governo, enfraquecimento do sistema de saúde, insuficiência das medidas de apoio social e econômico e dificuldade de comunicação entre autoridades e sociedade. Soma-se a essa combinação a atuação do presidente da república na minimização da gravidade da pandemia com seu discurso negacionista. (TEIXEIRA; SANTOS, 2022).

“Com relação aos governantes, primeiro eu acho que nosso presidente não devia usar a mídia para falar tanta besteira, porque como ele tem uma quantidade de pessoas absurda a favor da gestão, essas pessoas seguem exatamente tudo o que ele fala, e isso dificultou muito o combate da pandemia” (Participante 10).

O impacto do antagonismo do presidente Jair Bolsonaro à ciência e a entidades como a OMS foi evidenciado pelas narrativas “na minha opinião, muito do que eles falam é fantasia” (BOLSONARO, 2020a), “há um perigo, mas há um superdimensionamento dessa questão” (BOLSONARO, 2020b), “há 40 dias venho falando sobre o uso da hidroxicloroquina no tratamento da covid. Cada vez mais, o uso se mostra algo eficaz” (BOLSONARO, 2020c) e “o lockdown não funcionou em lugar nenhum do mundo” (BOLSONARO, 2020d). Além do discurso, as atitudes do presidente também confirmaram sua postura negacionista, como o não respeito ao distanciamento com a realização de aglomerações (MERGULHÃO; CASTRO, 2021) e a promoção da desobrigação e não uso da máscara (ARCOVERDE; ORTIZ, 2021). A posição negacionista do presidente também foi marcada pela divulgação de *Fake News* em redes sociais, com algumas de suas publicações excluídas ou marcadas como notícias falsas pelas plataformas, uma vez que violavam diretrizes que proíbem conteúdo de risco à saúde pública (MARQUES, 2020).

Somado ao discurso negacionista, o país caminhou lentamente em resposta à Covid-19, tendo como fator agravante as inúmeras trocas de Ministros da Saúde em plena progressão do número de contaminados e óbitos. Tal período foi marcado pelo constante embate entre o presidente da República e o Ministro Luiz Henrique Mandetta e posteriormente Nelson Teich. Se os ministros anteriores defendiam as recomendações como o isolamento social, o novo ministro a assumir a pasta, Eduardo Pazuello,

desconsiderava as recomendações de especialistas e da ciência, além de não possuir nenhuma experiência na área da saúde.

Apesar dos exemplos de outros países de como não lidar com a pandemia, o discurso oficial no Brasil desconsiderou toda a tragédia causada pela doença. A política de enfrentamento foi marcada pela minimização dos efeitos do vírus e até a negação da sua existência e gravidade. Em última instância, quando a negação já não era mais uma opção, o presidente passou a culpar todos os outros por sua política ineficiente.

Almeida-Filho (2021) ao refletir sobre as sequelas da pandemia provenientes das diversas estratégias de enfrentamento, colaborou com a compreensão dos distintos modelos utilizados pelos governos para lidar com a pandemia:

Modelo I – Inteligência Epidemiológica, baseado no controle e bloqueio das cadeias de transmissão, utilizando estratégias de vigilância epidemiológica com testes, rastreamento e isolamento de casos.

Modelo II – Tecnologias sociais, baseada em estratégias que reduzam a velocidade de transmissão do vírus, como as medidas não farmacológicas (quarentenas, restrições da mobilidade, distanciamento físico) dependentes de mobilização política para que sejam implementadas e seguidas.

Modelo III – Mitigação de danos, baseada na prevenção de complicações e mortes por meio da organização de uma retaguarda hospitalar e na prevenção terciária.

Modelo IV – Proteção individualista, baseadas em forma de proteção pessoal (uso de máscara, álcool gel e outras) de forma voluntária ou induzida.

Modelo V – Isolamento Vertical, baseado no isolamento de grupos vulneráveis, buscando gerar uma “imunidade de rebanho”.

Modelo VI – Tecnologias farmacológicas, baseado em vacinas, anticorpos, antivirais e outros.

Com base em tais estratégias é possível avaliar os resultados do enfrentamento à pandemia. Os países que empregaram o modelo I, isolado ou em combinação com o modelo II, obtiveram melhores resultados no controle da pandemia (ex. Nova Zelândia, Noruega, Uruguai). Países que seguiram o modelo II, muitas vezes em combinação com o modelo III, tiveram uma variação de resultados em momentos distintos da pandemia (ex. alguns países da União Europeia, Argentina, Chile). Os países que seguiram o modelo III, incorporando elementos do modelo IV em geral tiveram resultados negativos (Inglaterra, Bélgica, Peru e Colômbia). Países que apostaram no modelo IV, com alguns elementos do III são exemplos de fracasso (Estados Unidos, Rússia, Índia). O modelo VI,

centrado principalmente no desenvolvimento de vacinas, passou a ser combinado com os demais tipos, exceto o modelo V.

No caso do Brasil no início da pandemia foi adotado principalmente o modelo III, com a corrida de diversos estados e municípios no provimento de leitos clínicos e de UTI. Entretanto, o Brasil combinou, segundo o autor, os modelos III, IV e V, apostando em estratégias que foram exemplos de fracasso. O modelo V, por exemplo, é acompanhado por uma forte retórica negacionista (inclusive de vacinas), uma vez que o próprio termo não existe na teoria epidemiológica (ALMEIDA-FILHO, 2021).

O discurso repleto de notícias falsas, inclusive sobre as vacinas, sua aquisição e responsabilidade do governo estiveram presentes nas entrevistas:

“Acredito que o governo deveria ir além das campanhas para reforçar a conscientização da população diante das medidas preventivas, todas já conhecidas, a questão também da vacina, da disponibilização da vacina para a população em geral, tinha que ser uma prioridade que a gente vê que é deixada, que está sendo deixada um pouco de lado por alguns setores do nosso governo” (Participante 21).

“Sobre os governantes acho que deveriam providenciar as vacinas, porque é a única coisa que pode salvar, temos que agarrar e não foi falado nada até agora” (Participante 18).

“Quanto aos governantes eu acho que se no começo da pandemia, como todos os outros países fizeram, tivessem feito o pedido das vacinas, eu acho que não tinha perdido tantas vidas” (Participante 19).

Apesar dos esforços ao redor do mundo na corrida pelo desenvolvimento de uma vacina, da criação de convênios internacionais para garantir um acesso justo e equitativo a vacinação como o Covax Facility liderado pela OMS, dos acordos de transferência de tecnologia assinados por institutos brasileiros como a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Butantan com o objetivo de produzir vacinas em território nacional, o presidente divulgou que as vacinas não tinham eficácia comprovada, que a vacinação não seria obrigatória, destacou possíveis efeitos colaterais e informou que não iria se vacinar (GALHARDI *et al.* 2022; DOMINGUES, 2021).

Couto, Barbieri e Matos (2021) destacam que a vacinação no contexto da pandemia traz à tona o conflito individual x coletivo. Enquanto instituições de saúde (OMS, sociedades médicas, de saúde coletiva etc.) normatizaram, regulamentaram e recomendaram a vacinação como estratégia coletiva, para além da proteção individual

também ocorrer a eliminação da circulação do vírus, o discurso presidencial evoca a “liberdade individual” para promover a hesitação vacinal ou a escolha de uma vacina específica. Nesse sentido, Galhardi e colaboradores (2022) identificaram que a circulação de *Fake News* sobre as vacinas, ligadas predominantemente à polarização política, contribuiu para desestimular a adesão de parcela da população brasileira às campanhas de isolamento e vacinação.

Para além apenas do discurso negacionista, segundo a pesquisadora Deisy Ventura e colaboradores (2021), por meio de pesquisa documental atualizada por solicitação da Comissão Parlamentar de Inquérito sobre a Covid-19 do Senado Federal, houve no Brasil a existência de uma estratégia federal de disseminação da covid-19 por meio de um conjunto de atos e omissões:

- Defesa da tese da imunidade de rebanho (ou coletiva) por contágio (ou transmissão) como forma de resposta à covid-19, disseminando a crença de que a “imunidade natural” decorrente da infecção pelo vírus protegeria os indivíduo;
- Incitação constante à exposição da população ao vírus e ao descumprimento de medidas sanitárias preventivas, baseada na negação da gravidade da doença, na apologia à coragem e na suposta existência de um “tratamento precoce” para a covid-19, convertido em política pública;
- Banalização das mortes e das sequelas causadas pela doença, omitindo-se em relação à proteção de familiares de vítimas e de sobreviventes, propalando a ideia de que faleceriam apenas pessoas idosas ou com comorbidades, ou pessoas que não tivessem acesso ao “tratamento precoce”;
- Obstrução sistemática às medidas de contenção promovidas por governadores e prefeitos, justificada pela suposta oposição entre proteção da saúde e a proteção da economia, que inclui a difusão da ideia de que medidas quarentenárias causam mais danos do que o vírus, e que elas causariam a fome e o desemprego, e não a pandemia;
- Foco em medidas de assistência e abstenção de medidas de prevenção da doença, amiúde adotando medidas apenas quando provocadas por outras instituições, em especial o Congresso Nacional e o Poder Judiciário;
- Ataques a críticos da resposta federal, à imprensa e ao jornalismo profissional, questionando sobretudo a dimensão da doença no país;
- Consciência da irregularidade de determinadas condutas mormente por parte do Presidente da República, que, por exemplo, reiteradas vezes refere “aquilo que eu mostrei para a ema”, em lugar da referência explícita à cloroquina, mas também por parte de outras autoridades como denota, por exemplo, o comportamento de então Ministro da

Saúde ao fazer referência ao “atendimento precoce” em lugar do “tratamento precoce”; (VENTURA *et al.* 2021, p.17-19)

As atitudes e o discurso do presidente da república levaram 20 dos 27 governadores brasileiros a assinarem uma carta reforçando a necessidade de ações de enfrentamento pautadas na ciência e da necessidade de união para salvaguarda a saúde da população (FÓRUM NACIONAL DOS GOVERNADORES, 2020). O presidente, entretanto, acusou os governadores de serem “exterminadores de empregos” e que estavam contra a sua reeleição (GOMES, 2020). Santos (2021) aponta que tais atitudes do presidente tiveram como objetivo desviar a atenção da opinião pública da sua responsabilidade pelas mortes ocorridas como resultado da sua política de combate a pandemia.

b. Transferindo a responsabilidade: os governos estaduais e municipais no enfrentamento a pandemia

A identificação de responsáveis pelo fracasso do governo no combate à pandemia, recaiu sobre os cientistas, políticos, mídia e todos os que não acreditavam na cloroquina como eficaz contra a covid-19. Neste sentido, Santos (2021) utiliza a metáfora do “vírus como inimigo” como preferida dos governos, uma vez que estabelece a luta contra o vírus como uma guerra, sendo o vírus um inimigo a ser vencido. A narrativa de guerra teve grande adesão pelo presidente, entretanto o principal inimigo eleito não foi o vírus, mas todos aqueles que não compactuaram com suas ideias.

No dia 14 de maio de 2020 o presidente Bolsonaro declarou que estamos em guerra. Mas ele não se referia à questionável metáfora utilizada por outros presidentes quando falam de guerra contra a pandemia. Pelo contrário, o presidente Bolsonaro preferiu declarar guerra aos governadores e prefeitos que, em diferentes estados do Brasil, defendem a implantação de políticas de isolamento social (CAPONI, 2020, p. 210).

Nesse sentido, vários foram os atrito entre governadores e presidência. Tal dissonância foi relatada pelas entrevistadas:

“Eu acho que os governantes não estão unidos nesse enfrentamento. Porque o executivo pensa de uma forma, o legislativo pensa de outra, então isso causa uma insegurança na sociedade como um todo. Acho que os governantes ainda não estão alinhados, para fazer com a sociedade se sinta segura de que realmente isso tudo vai passar” (Participante 14).

“Entre os governantes eu acho que devia ter uma coisa melhor, um diálogo. Diálogo entre os cargos, pelo o que vi o diálogo do Estado com o Federal foi controverso” (Participante 20).

“Acho que eles deveriam ter se ligado mais no movimento da doença; Parar um pouco de politicagem, pensar no ser humano, porque são vidas, são famílias destruídas [...] Ligar a televisão para assistir ao noticiário e ver quem deveria proteger a população, brigando, brigando por dinheiro, porque eu sou melhor do que isso. Eu faço isso, eu falo, faço aquilo, então isso dói na gente” (Participante 19).

Abrucio e colaboradores (2020) ao analisar o enfrentamento da pandemia pelo governo federal, recorrem a ideia de um “federalismo bolsonarista”, marcado pelo confronto intergovernamental e a disputa constante contra inimigos reais ou imaginados. De acordo com os autores, a lógica federativa compartimentalizada, autocrática e confrontadora ficou ainda mais evidente com a pandemia, momento que exigiu uma maior coordenação intergovernamental, mas que foi marcado pelo conflito entre governos estaduais e federal e descoordenação da política de enfrentamento ao vírus. Como resultado houve o desperdício de recursos, sobreposição de ações e prejuízos à garantia dos direitos sociais com consequente aumento de doentes e mortos.

Tal perspectiva de descoordenação também é compartilhada por Shimizu e colaboradores (2021), que apontam uma série de consequências como a descontinuidade na garantia de teste laboratoriais, kits de medicamentos para intubação, oxigênio medicinal, EPI, leitos de UTI, além de desenvolvimento ineficiente e efetivos de ações de vigilância e assistência à saúde. Tal situação obrigou estados e municípios a assumirem de forma coordenada ou isolada o processo de resposta à pandemia.

Como resultado da deficiente política de enfrentamento ao vírus pelo governo federal, em 8 de abril de 2020, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que os governos estaduais teriam autonomia para adotar e manter as medidas restritivas para responder a pandemia. De acordo com a decisão ADI 6341, os municípios poderiam complementar a legislação federal e estadual, de acordo com a situação epidemiológica local.

O nível estadual de enfrentamento a pandemia foi marcado pela variação nas escolhas de políticas. Desde o final de fevereiro, quando foi confirmado o primeiro caso de Covid-19 no Brasil, os estados assumiram a responsabilidade na tomada de decisão e implementação de políticas de resposta à pandemia. Em meio a diversos conflitos com o

Governo Federal, governadores e prefeitos ordenaram o fechamento de locais de trabalho, eventualmente decretaram toques de recolher, cancelaram eventos públicos e restringiram o transporte entre cidades. Apesar de tais medidas, o coronavírus se alastrou e o Brasil atingiu a marca de 34.746.462 infectado e 687.144 óbitos, sendo o segundo país com maior número de mortes por Covid-19 (OUR WORLD IN DATA, 2022).

Carvalho e colaboradores (2022) ao analisarem 701 decretos publicados em 2020, identificaram a existência de um protagonismo dos governadores diante da descoordenação do governo federal com destaque para o exercício de competência constitucionais por meio de medidas de cooperação horizontal, práticas de aprendizagem regional e organização de medidas de intervenção social que tiveram papel importante no combate a pandemia.

Rocha e colaboradores (2021), em artigo publicado na *The Lancet*, avaliaram o desempenho dos estados no enfrentamento a pandemia no Brasil. Os resultados apontam que o Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) explica o padrão de disseminação da doença nas regiões do país, mais do que as diferenças nas composições etárias ou nos perfis epidemiológicos. Ou seja, além do impacto nas populações mais idosas ou com múltiplas morbidades, a disseminação também esteve associada a vulnerabilidade social. No entanto, nos locais com alto IVS foram identificadas menores taxas de mortalidade padronizadas ajustadas por idade por 100.000 habitantes. Os autores destacam que tal achado pode estar relacionado a governança descentralizada do sistema de saúde, que possibilitou respostas das esferas estaduais e municipais, ajudando a contrabalançar a falta de iniciativas do governo federal.

Ainda avaliando o papel dos estados no enfrentamento a pandemia, Touchton e colaboradores (2021) mostrou que estados brasileiros governados por coalizões de esquerda ou centro-esquerda impuseram políticas de enfrentamento não farmacológicas mais efetivas, com maior velocidade de implementação, maior abrangência e maior parceria institucional. Tais diferenças estratégicas entre os entes tiveram implicações que vão além do enfrentamento da pandemia.

Uma das estratégias intergovernamentais foi a formação do Consórcio Nordeste, que em um contexto de acirramento político, desenvolveu inúmeras ações de enfrentamento a pandemia nos estados nordestinos, como a garantia de testes, EPI em quantidade suficiente, ampliação de leitos de UTI e enfermarias, negociações internacionais para compra de insumos e outras medidas para suprir a falta de recursos e coordenação do governo federal (FERNANDEZ; PINTO, 2020).

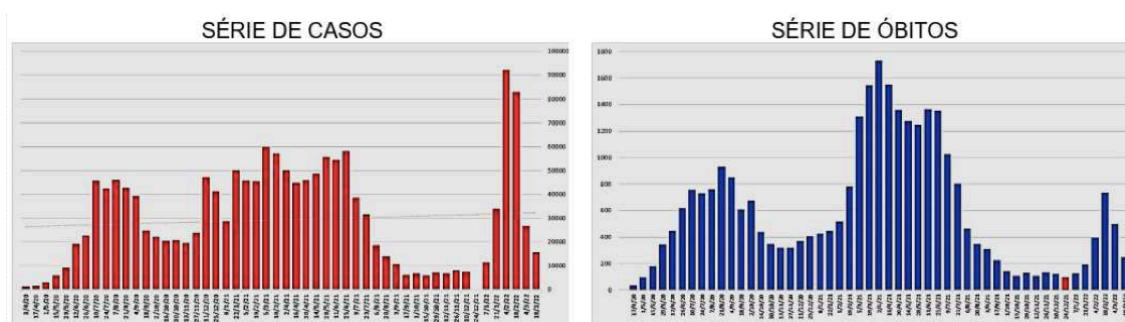
O enfrentamento à pandemia de Covid-19 na Bahia e em Porto Seguro

A Bahia, localizada na região Nordeste do Brasil, possui uma população de aproximadamente 14,8 milhões, compreende 417 municípios e uma extensão territorial de 564.295 km². Apesar de possuir o sexto maior PIB entre os estados brasileiros, é marcado por desigualdades intrarregionais no acesso à saúde, com grande desequilíbrio de recursos (TELES; COELHO; FERREIRA, 2017).

Em 6 de março de 2020, a Bahia notificou seu primeiro caso de Covid-19. A primeira morte foi confirmada dia 29 do mesmo mês e desde então os números cresceram rapidamente e o estado registrou até o momento 1.703.991 casos e 30.792 mortes (OUR WORLD IN DATA, 2022).

De acordo com o Observatório da Epidemia do Novo Coronavírus no Sul da Bahia da UFSB⁴ (2022), a pandemia no estado da Bahia foi marcada por três picos de casos e óbitos, sendo o primeiro em 2020 causado pela cepa original do SARS-CoV-2, um segundo pico em 2021 produzido principalmente pela variante *gama* e em 2022 um terceiro pico provocado pelas variantes *delta* e *ômicron* (Gráfico 1). Até março de 2022, cerca de 5,1% (1.522.095 casos) do total de pessoas que se infectaram no Brasil e cerca de 4,5% (29.566 óbitos) do total de pessoas que morreram por Covid-19 no Brasil eram residentes na Bahia, unidade da federação que detém 7,1% da população brasileira. Neste sentido, pode-se considerar que o desenvolvimento da pandemia na Bahia ocorreu de forma mais branda quando comparado ao cenário nacional, uma vez que a Taxa de Letalidade na Bahia foi de 1,8%, menor que a do Brasil de 2,2% e a quantidade de óbitos por 100 mil habitantes foi uma das menores, comparado aos outros estados (Gráfico 2).

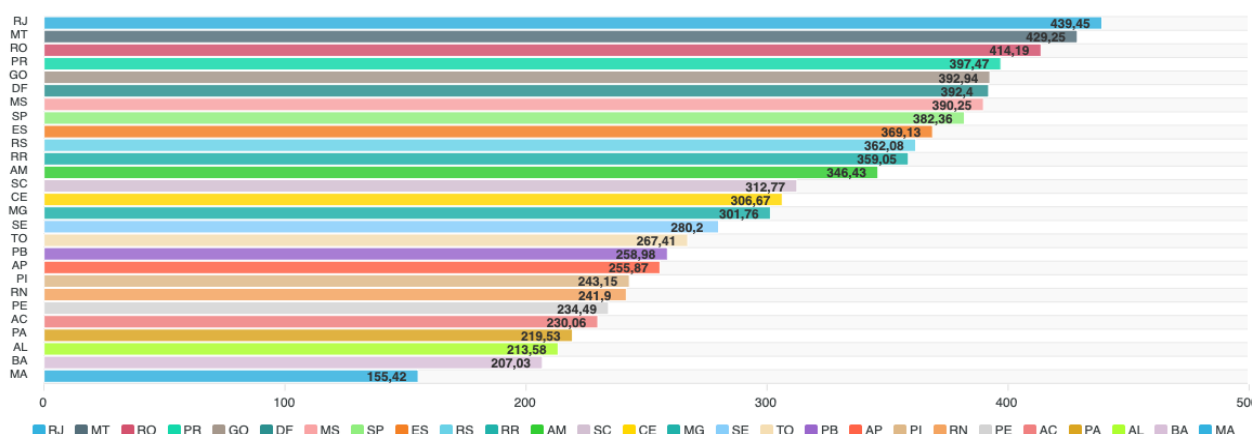
Gráfico 1 - Casos e óbitos confirmados de Covid-19, por data de notificação (período de 2 semanas). Bahia, até 18/03/2022.



Fonte: Boletim 45 do Comitê Emergencial de crise da Pandemia Covid-19, 2022.

⁴ O Observatório da Epidemia do Novo Coronavírus no Sul da Bahia foi uma iniciativa do Comitê de Crise da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) e teve como objetivo de divulgar boletins com a análise da evolução da pandemia nas regiões sul e extremo sul da Bahia.

Gráfico 2 - Óbitos por 100 mil habitantes nos estados brasileiros até 02/11/2022.



Fonte: <https://covid19br.wcota.me/> (UFV, 2022).

As medidas para controle da pandemia tiveram início em janeiro/2020, quando os canais de comunicação oficiais do estado iniciaram a divulgação de informações sobre como evitar a contaminação e propagação do vírus e com a emissão da Primeira Nota Técnica Conjunta determinando as primeiras medidas de proteção (SESAB, 2020^a). Em março/2020, foi estabelecido um grupo de trabalho bipartite, com representantes da Secretária de Saúde do Estado e representantes do Conselho Estadual dos Secretários Municipais de Saúde da Bahia (COSEMS/BA) para construção e atualização do Plano de Contingência (SESAB, 2020b). Santos, Landim e Farias (2021) ao analisar o contexto do planejamento em saúde na pandemia da Covid-19 na Bahia, identificaram que o principal objetivo do Plano de Estadual de Contingência era “enfrentar de forma rápida e coordenada a pandemia do Novo Coronavírus (Sars-CoV-2) no estado da Bahia”. Para tal, foram elaboradas 84 ações e 205 atividades distribuídas em sete eixos temáticos: Vigilância em Saúde, Atenção à Saúde, Atenção Especializada Hospitalar, Regulação de Leitos, Gestão, Comunicação e Infraestrutura. Conforme estabelecido no Plano de Contingência (2020, p. 07), os objetivos foram:

Coordenar as ações de vigilância Epidemiológica, vigilância laboratorial e atenção à saúde para enfrentamento da epidemia. Desenvolver estratégias e mecanismos de cooperação entre as áreas técnicas. Assessorar e acompanhar a atualização dos planos municipais de contingência. Fortalecer a organização e infraestrutura do SUS-BA e dos demais níveis de respostas para o enfrentamento de situações de emergências de saúde pública do vírus da Covid-19. Estabelecer estratégias de comunicação de risco. Assegurar a distribuição de insumos disponibilizados pelo Ministério da Saúde e ou Estado e reduzir complicações, internações e óbitos, decorrentes das infecções pelo vírus.

O plano reforçou a importância da vigilância em saúde na construção de comunicação entre o Ministério da Saúde e demais autoridades com o objetivo de alinhar diretrizes nacionais e internacionais. Também seria responsável pela emissão de alertas de risco sobre a situação epidemiológica, produção de notas técnicas e epidemiológicas, capacitação de profissionais da área da saúde, articulação com o Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), para a disponibilização de kits para coleta de material biológico para diagnóstico e orientação para os profissionais acerca da coleta, armazenamento e transporte das amostras (SESAB, 2020b).

Quanto as medidas direcionadas a atenção em saúde, destacou a importância da organização de uma rede de atenção para o atendimento de casos de Covid-19, respeitando o nível de complexidade. Foram definidos hospitais de referência com leitos de UTI capacitados para receber doentes, promoção de ações integradas com o sistema de regulação hospitalar, capacitação para o manejo clínico da infecção, disponibilização de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs), acolhimento com classificação de risco e outras medidas (SESAB, 2020b).

Ainda em março/2020, houve a publicação do Decreto nº 19.529, que apresentou o primeiro conjunto de medidas de saúde pública, decretando o cancelamento de todos os eventos com mais de 50 pessoas e o fechamento das escolas, academias, museus e teatros em cidades com casos confirmados (BAHIA, 2020a). Naquele momento, cidades como Salvador, Feira de Santana, Porto Seguro e Prado eram as únicas que possuíam casos confirmados.

Com o avanço do vírus, o governo passou a restringir as viagens, adotando medidas como a aferição da temperatura nas cidades com transmissão comunitária. Entretanto, em 19 de março as medidas de restrição foram ampliadas com a declaração de estado de emergência – Decreto nº 19.549 (BAHIA, 2020^b), em que ônibus interestaduais foram suspensos, estabelecimentos de entretenimento e escolas foram fechadas, aglomerações com mais de 50 pessoas foram proibidas e eventos públicos foram cancelados em todos os municípios do Estado. Em 12 de maio, os municípios de Itabuna e Ipiaú decretaram toque de recolher devido a alta no número de contaminados. Tal medida proibiu a circulação de pessoas entre 20h e 5h, além da suspensão de todas as atividades comerciais durante esse horário. Da mesma forma, outras cidades do sul da Bahia anunciaram tal medida, como Porto Seguro no início de junho.

Ao analisar por meio de uma modelagem matemática, a dinâmica da Covid-19 e seu impacto sobre os recursos hospitalares na Bahia, Oliveira e colaboradores (2021^c)

observaram que a redução na taxa de transmissão da doença, como resultado de intervenções governamentais não farmacológicas iniciadas em março/2020 em combinação com a mudança de comportamento das pessoas, levou à diminuição no número de casos, demandas de hospitalização e mortalidade, entretanto não foram suficientes para conter a epidemia no estado.

Apesar do avanço da pandemia, os esforços do governo do estado no enfrentamento foram identificados pelas entrevistadas, centrado principalmente na figura do Governador:

“[...]a gente vê na televisão aí o governador Rui Costa batalhando. Teve um dia que eu me comovi, esse homem chorou na televisão, porque o pessoal estava fazendo aquele pancadão, aquelas festas” (Participante 16).

“O que eu percebi é que o governador pedia para que as pessoas se mantivesse afastadas, isoladas um dos outros, fizesse o isolamento” (Participante 24).

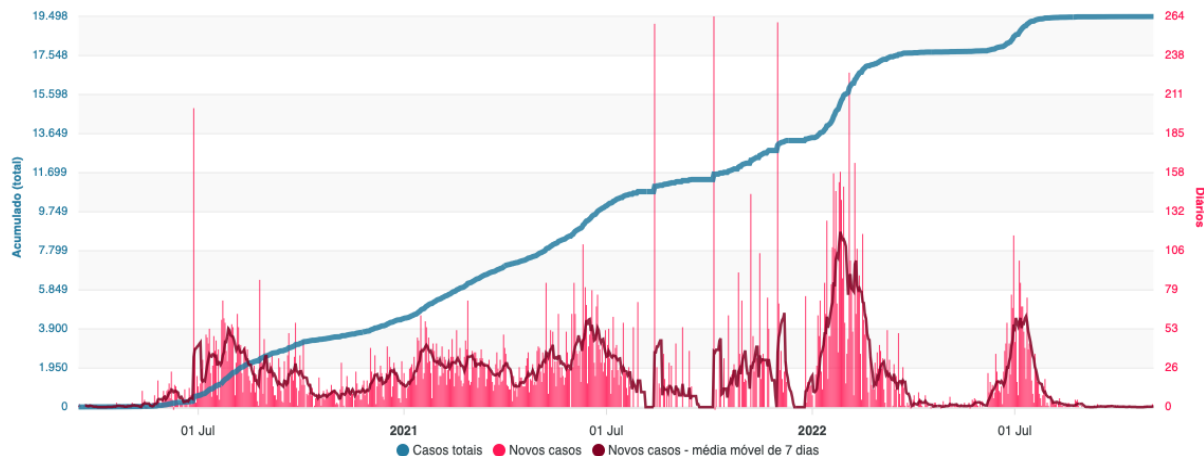
O município de Porto Seguro, situado a 584,9 km da capital do Estado da Bahia, Salvador, teve sua população estimada pelo IBGE em 152.529 habitantes, em 2021. O município apresentou, até novembro de 2022, 19.498 casos confirmados de Covid-19 (Gráfico 3), sendo que 298 vieram a óbito (Gráfico 4). De acordo com o Observatório da Epidemia do Novo Coronavírus no Sul da Bahia da UFSB (OENC-UFSB, 2022), o desenvolvimento da Pandemia no município teve dinâmica semelhante ao do Estado, apresentando durante o período de 2020 à 2022, três picos de contaminação pelo vírus.

O último relatório produzido pelo Observatório constatou, em março de 2022, que o risco de infecção em Porto Seguro ao longo da pandemia foi estimado em 11.656,9 casos/100.000 habitantes, superior a média estadual (10.194,4 casos/100.000 habitantes), mas inferior à média nacional (13.972,3 casos/100.000 habitantes). Quanto ao risco de morrer por Covid-19, Porto Seguro teve um coeficiente de mortalidade (195,1 óbitos/100.000 habitantes) semelhante à média da Bahia (198,0 óbitos/100.000 habitantes) e consideravelmente menor que à média do Brasil (310,3 óbitos.100.000 habitantes). A taxa de letalidade do município (1,7%) foi inferior à média estadual (1,8%) e a média nacional (2,3%).

A estrutura para a mitigação de danos provocados pela Covid-19 no município contou com no início da pandemia com 30 leitos clínicos, 10 leitos de UTI e 07 leitos com respirador. Algumas estruturas passaram por adaptação, como a UPA Frei Calixto, que teve parte do prédio cedido para a criação de um Pronto Atendimento exclusivo para

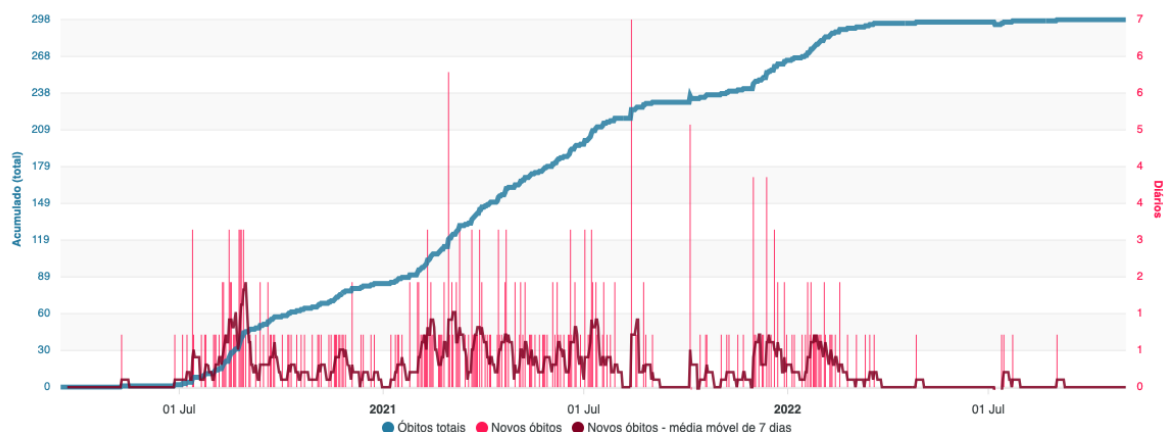
Covid. Além da estrutura de alta complexidade, as Unidades de Atenção Primária também foram mobilizadas para o acolhimento de casos suspeitos nos territórios.

Gráfico 3 - Casos confirmados de Covid-19, por data de notificação em Porto Seguro - Bahia, até 02/11/2022.



Fonte: <https://covid19br.wcota.me/> (UFV, 2022).

Gráfico 4 - Óbitos confirmados de Covid-19, em Porto Seguro - Bahia, até 02/11/2022.

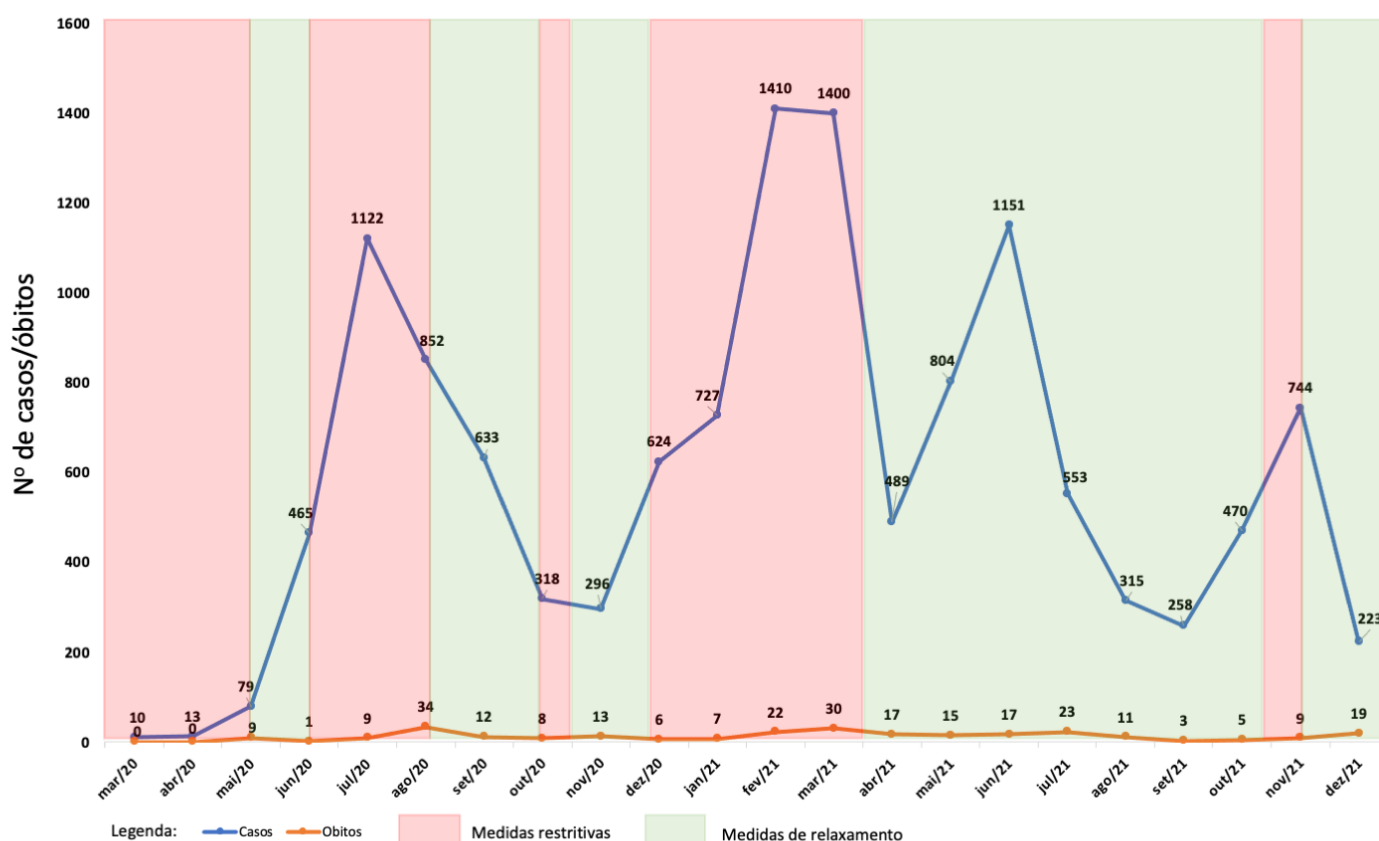


Fonte: <https://covid19br.wcota.me/> (UFV, 2022).

A política de enfrentamento a pandemia no município foi pautada, para além do perfil epidemiológico, por fatores políticos e econômicos importantes da cidade. No campo político, o combate a pandemia pode ser dividido em dois momentos: o primeiro, no ano de 2020, em que a gestão municipal possuía alinhamento político com o governo do estado e o segundo momento, a partir de 2022, em que assume a gestão do município políticos fortemente influenciados pelo bolsonarismo. A partir análise das publicações oficiais sobre Covid-19 no Diário Oficial do Município é possível constatar durante os anos de 2020 e 2021 uma alternância de medidas restritivas e relaxamento.

Na tentativa de melhor analisar as ações municipais, foi realizado levantamento das publicações referentes à Covid-19 no Diário Oficial (DO) de Porto Seguro entre 2020 e 2021 e dos números de novos casos e óbitos por mês durante o mesmo período (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). A consolidação de tais informações possibilitou a elaboração do gráfico 5, em que o eixo Y representa o número de novos casos e óbitos e o eixo X a linha temporal. As faixas vermelhas e verdes representam, respectivamente, períodos em que medidas restritivas e/ou de relaxamento foram publicadas no DO e implementadas. As medidas restritivas englobam as ações para o enfrentamento como fechamento do comércio, restrição da movimentação, obrigatoriedade do uso de máscara e outras. As medidas de relaxamento englobam as ações de suspensão das restrições como abertura do comércio, retomada das atividades turísticas e outras.

Gráfico 5 - Evolução temporal do quantitativo de novos casos e óbitos por mês e vigência de medidas restritivas e/ou relaxamento no enfrentamento à Covid-19 de acordo com as publicações do Diário Oficial, em Porto Seguro- BA, nos anos de 2020 e 2021.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Desde o início da pandemia, foram traçadas estratégias para o enfrentamento no município de Porto Seguro. O primeiro decreto municipal nº 10.672/20 de 16/03/2020

determinou as primeiras medidas de enfrentamento, como suspensão de eventos, atividades educacionais, cumprimento do distanciamento, afastamento de servidores com idade igual ou superior a 65 anos e penalidades para estabelecimentos com reajuste abusivo de preços. Nesta data foi registrado o primeiro caso de Covid-19 no município.

Conforme observado no gráfico 5, os primeiros meses de 2020 (março, abril e maio) foram marcados por vários decretos restritivos e orientações técnicas a respeito da prevenção da transmissão e controle dos casos, entre eles o Decreto nº 10.684/20 de 19/03/2020 em que é declarada situação de emergência, o Decreto nº 10.684/20 de 21/03/2020 com a proibição de acesso e utilização das praias e estacionamento em toda orla e o Decreto nº 10.714/20 de 03/04/2020 que determina aos estabelecimentos de hospedagem a retirada da disponibilidade de vendas em portais online ou off-line. Quanto as medidas voltadas para os serviços de saúde neste período, tiveram destaque a Nota técnica n. 01/2020 com orientações sobre a doença (curso clínico com seus sinais e sintomas, diagnóstico laboratorial, manejo clínico na APS/ESF), o Plano de Ação para o enfrentamento a Covid-19 da Secretaria de Saúde e a criação do Centro de Operações de Emergências Municipal (COEM) em 05/05/2020, com a finalidade de orientar, apoiar e avaliar as atividades municipais quanto as medidas a serem adotadas na minimização dos impactos decorrentes da infecção pelo Covid-19.

A Média Móvel (MM) de 14 dias de casos entre os meses de março, abril e maio, apesar de crescente foi relativamente baixa. Em 28/03/2020 a MM foi de 5 com 10 casos novos, em 19/04/2020 a MM foi 0,43 com 3 casos novos, em 26/05/2020 a MM foi de 3,21 com 20 casos novos e em 06/06/2020 a MM foi de 8,43 com 17 casos novos. Foram notificados no período 9 óbitos por Covid-19. As medidas iniciais de restrição podem ter impactado o perfil epidemiológico nesses meses, entretanto é preciso considerar que transmissão do vírus ainda estava no início e a gestão ainda estruturava sua rede, com possível subnotificação.

De forma semelhante, alguns estudos apontam a necessidade em agir cedo com medidas rigorosas. Huang e colaboradores (2021) sugere que a implementação de medidas restritivas antes do surgimento de cinco casos confirmados foi essencial no controle da disseminação do vírus. De forma contrária, medidas tardias aceleraram a contaminação e o aumento do número de casos. O impacto positivo do confinamento na contenção do vírus também foi demonstrado por Lau e colaboradores (2020), em que os autores atribuem a eficiência chinesa no controle da Covid-19, às medidas iniciais de bloqueio.

O cenário inicial, com baixo número de casos/óbitos e a proximidade do período de férias, importante para a economia local baseada no turismo, motivaram o relaxamento das medidas restritivas, com a publicação do Decreto nº 10.853/20 de 12/06/2020 em que são autorizadas a abertura e o funcionamento de seguimentos comerciais com limitação de quantidade de clientes e o Decreto nº 10.867/20 de 23/06/2020 com autorização da reabertura de toda rede de hospedagem e gastronomia do município. Sob tais medidas, o cenário epidemiológico teve drástica mudança com registro de 203 novos casos em 27/06/2020 com MM de 14 dias de 38,71.

O aumento de casos e a total ocupação dos 10 leitos de UTI disponíveis no momento (OENC-UFSB, 2020, Boletim 15) fizeram a gestão municipal retomar as medidas restritivas, com a adoção da restrição da circulação de pessoas das 20hrs até as 05hrs com proibição da circulação nos parques, praças públicas, ruas e estabelecimentos comerciais, por meio do Decreto nº 10.895/20 de 09/07/2020, mantido até o dia 10/08/2020. Apesar das medidas restritivas, os meses de julho e agosto de 2020 foram marcados pelo agravamento do quadro epidemiológico, em que o número de novos casos foi de 1.122 em julho e o número de óbitos foi 34 em agosto, as maiores taxas do ano de 2020.

Com a leve redução de novos casos observados no final de agosto e início de setembro/2020, a gestão municipal retomou os planos de reabertura, entretanto com algumas restrições como o funcionamento dos hotéis e pousadas com 50% da capacidade (Decreto nº 11.078/2020 de 01/09/2020), apresentações em barracas de praia das 10hrs às 15hrs (Decreto nº 11.105/20 de 11/09/2020), aprovação do Protocolo de Segurança Sanitária para ambulantes e transporte turístico (Decreto nº 11.144/20 de 30/09/2020 e Decreto nº 11.159/20 de 02/10/2020), realização de eventos de natureza esportiva (Decreto nº 11.161/20 de 02/10/2020), permissão para realização de eventos com até 200 pessoas e multa de R\$ 100,00 para quem não usar máscara nos estabelecimento (Decreto nº 11.213/20 de 29/10/2020).

O final do ano de 2020 foi marcado pelas eleições municipais, onde o candidato de oposição Jânio Natal, aliado ao grupo do presidente Jair Bolsonaro, obteve a vitória. Com um cenário epidemiológico desfavorável, aumento do número de novos casos e aumento do percentual de ocupação dos leitos de UTI, a gestão que findava seu mandato decretou a suspensão de festas e eventos de final de ano no município (Decreto nº 11.278/20 de 02/12/2020) em respeito ao Decreto estadual nº 20.130 de 03 de dezembro de 2020, que igualmente proibia a realização de eventos públicos. Tal decisão levou ao

embate entre Jânio Natal e o governo do estado, uma vez que o prefeito eleito afirmou que ao tomar posse no dia 1º de janeiro de 2021, iria assinar um decreto liberando as festas de ano novo na cidade (BAHIA40GRAUS, 2020). Por fim, o município ficou impedido pela justiça de autorizar ou realizar evento em 31 de dezembro (PODER360, 2020). A falta de união entre os poderes públicos são observadas nas falas das participantes:

“Eu acho que seria uma oportunidade todo mundo se unir e passar uma informação única para todos, para que todo mundo se sentisse seguro. Passar uma informação mais positiva, entendeu? Muitas pessoas estão inseguras, justamente por conta dessa falta de união dos poderes” (Participante 14).

“É preciso encarar a realidade, deixar essa questão de política para depois. Briga política, e agora ver o que a comunidade, a população está precisando realmente e que eles encarem a situação de peito aberto. A gente está vivendo um momento de calamidade, realmente o vírus está espalhado pela cidade, está fora de controle, vamos tomar decisões mais drásticas, mais duras, vamos punir quem está sem máscaras, quem não tem a gente vai dar. Então assim, são tantas coisas que pode se enfrentar e fazer, e eu percebo que não, o negar, que está acontecendo é mais fácil” (Participante 23).

O ano de 2021 foi marcado por uma considerável mudança no enfrentamento da pandemia, influenciada principalmente pela orientação política da nova gestão e da Secretária de Saúde. Com o aumento do número de novos casos, foi novamente decretado Estado de Emergência em decorrência da Covid-19 (Decreto nº 11.611/21 de 20/01/2021). Porém a adoção de medidas restritivas ficou em segundo plano, com proibição de funcionamento de casas de show e comemoração do carnaval, mas com a autorização para realização de eventos com até 200 pessoas (Decreto nº 11.859/21 de 04/02/2021).

A adoção de medidas restritivas foram novamente motivo de discordância entre gestão municipal e estadual. Devido ao cenário epidemiológico do estado, foi determinada pelo governo estadual a restrição da locomoção e fechamento do comércio entre os dias 26 de fevereiro e 1 de março (Decreto 20.254 de 25/02/2021). Em entrevista no dia 24 de fevereiro de 2021, o governador da Bahia, Rui Costa afirmou: “Ano passado se falava muito em imunização de rebanho. Quando muita gente tivesse contaminada, os números iam cair drasticamente. O que estamos vendo hoje é que infelizmente não é isso. [...] Queremos alcançar o controle da doença, pois está sem controle, crescendo de forma

rápida” (NA MÍDIA, 2021). Em resposta as medidas o prefeito Jânio Natal se pronunciou um dia após o decreto: “Eu me solidarizo com os comerciantes, trabalhadores, hoteleiros, ambulantes e empresários que precisam trabalhar e estão sofrendo com o *lockdown*. 95% da nossa economia depende do turismo. Como essas pessoas vão sobreviver e pagar os seus impostos?” (MAISBN, 2021).

Apesar das falas do prefeito, as entrevistadas relataram preocupação com a situação epidemiológica do município e da importância e manutenção das medidas de proteção:

“Os governantes deveriam ter mais pulso, com relação a locais que fizeram a aglomeração, porque relaxou, o negócio escancarou, ninguém respeita mais. É claro que a nossa vida não pode parar, mas eu acho que pode haver uma proximidade maior com as pessoas na informação e de ter um certo emprego maior da fiscalização, principalmente devido as festas, que não pararam” (Participante 9).

“Eles assumiram o governo agora? Assumiram. Já pegaram as coisas andando? Já pegaram. Mas a partir de agora, deveriam sentar realmente e ver o que é melhor para Porto Seguro, o que é melhor para o nosso município. Vai precisar fechar o aeroporto? Vamos fechar por uma semana. Vai trazer dificuldades econômicas? Pode acontecer. Como é que nós enquanto prefeito, enquanto secretaria de desenvolvimento econômico, podemos fazer para ajudar essas pessoas que estarão paradas?” (Participante 23)

Os meses de fevereiro e março de 2021 apresentaram os maiores números de novos casos e óbitos (Gráfico 5). Ainda considerando as publicações do Diário Oficial do município, constata-se que foram adotadas medidas para conter a disseminação do vírus, mas não tão rígidas quanto as do governo estadual ou adotadas em outros momentos de aumento de casos. Neste período destacam-se a limitação de passageiros para 50% dos assentos dos veículos (Decreto 12.023/21 de 05/03/2021), autorização de reuniões palestras e encontros para até 50 pessoas (Decreto nº 12.168/21) e o Decreto nº 12.057/21 de 11/03/2021) que:

Considerando o cuidado com aglomerações de pessoas e o cuidado para não disseminação do vírus COVID-19, porém considerando a necessidade de se preservar também o emprego e a renda, fica autorizado o funcionamento do comércio em geral das 9 às 21 horas, observando os protocolos de medidas sanitárias (PORTO SEGURO, 2021, p.1).

Tal decreto é reflexo do alinhamento da gestão municipal aos empresários locais que em inúmeras ocasiões foram contra as medidas restritivas na cidade. Em carta encaminhada ao prefeito Jânio Natal em fevereiro de 2021, empresários pressionavam a gestão por um posicionamento:

Prefeito Jânio Natal, te envio essa mensagem em nome de todos os comerciantes de Porto Seguro, que desde o início da pandemia vem sofrendo muito com a economia da nossa cidade. Decretos [...] fazem o empresariado seguir a passos largos para falência. [...] acreditamos em você e brigamos diariamente nos quatro cantos da cidade, o que se pregou na corrida eleitoral “Não irei atender os decretos do governador Rui Costa e sou totalmente contra o fechamento do comércio”. Faça valer sua palavra meu prefeito [...] de não fazer o fechamento total do comércio. (PORTO NEWS NET, 2021).

Outro reflexo desse alinhamento foi a criação em 02/03/2021 da Comissão Emergencial de Enfrentamento da Coivid-19, que de acordo com o Decreto nº 11.998/21 teria por finalidade enfrentar as consequências socioeconômicas, orientar, apoiar e avaliar as atividades municipais às medidas a serem adotadas na minimização dos impactos da pandemia. O conselho foi formado predominantemente por representantes de entidades comerciais e apesar de possuir em sua composição representantes da Secretaria de Saúde, foi criticada pelo Conselho Municipal de Saúde (CMS), que na Resolução nº 02/2021 de 26/03/2021 indicou a inclusão de um representante como membro da referida comissão.

A circulação de múltiplas variantes com alta transmissibilidade somada ao relaxamento das medidas de proteção, a baixa cobertura vacinal e baixo engajamento da população, provocou o aumento do número de mortes nos primeiros meses de 2021, quando comparados a todo o período de 2020. Tais resultados indicam que as ações de controle do vírus foram precárias, em que o relaxamento das medidas diante de uma doença em pleno curso e com várias ondas não ajudou a conter a doença.

A política municipal, com grande preocupação com a retomada da economia em detrimento das medidas de proteção, foi criticada por algumas entrevistadas que reforçaram a grande necessidade de fiscalização do transporte público e do turismo.

“Seria bom, melhorar a fiscalização do transporte público. Tem o novo decreto que começou hoje, se não me engano que limita a quantidade de pessoas no transporte público coletivo. Mas ainda estão vindo bastante cheios os ônibus, diga-se de passagem” (Participante 11).

“Só houve muito desleixo. Como eu trabalho na área de turismo, percebi desleixo mesmo, porque vejo os turistas andando sem máscara, vai para os pontos turísticos, estão todos sem máscara.

Você se quiser que lute, porque o resto não está nem aí” (Participante 6).

“Os governantes tinham que fazer realmente valer os decretos, as leis, o uso da máscara que se tornou uma lei nesse período de pandemia. Muitos lugares não estão fazendo valer, cumprir os decretos na verdade. Então assim, criar decreto e não fazer valer, não ter punição para quem não cumprir, acaba sendo uma falha e as pessoas acabam deixando a desejar, deixando correr solto, entendeu? Principalmente em bairros, que a gente vê bairros superlotados, sem restrições de distanciamento, sem uso de máscara, sem nada. Então assim, formula o decreto, porém não pune, não pune estabelecimento, não pune pessoas que descumprem as leis” (Participante 26).

Outro aspecto relevante do enfrentamento a pandemia em Porto Seguro no ano de 2021 foi a adoção do “tratamento precoce” como uma das principais formas de prevenção e tratamento da Covid-19. Publicado no Diário Oficial no mês de janeiro de 2021, o documento “Abordagem e conduta no enfrentamento da Covid-19 no município de Porto Seguro – Ba, recomendações para tratamento farmacológico”, elaborado pela então Secretária de Saúde e equipe técnica, recomendava a utilização de Ivermectina, Sulfato de Hidroxicloroquina, Cloroquina, Azitromicina e outros para o tratamento da Covid-19.

O alinhamento da Secretaria de Saúde ao discurso do presidente Jair Bolsonaro ficou evidente ainda em 2020, em que como médica da rede municipal, gravou vídeo solicitando ao presidente o envio da hidroxicloroquina para a região. O pedido foi prontamente atendido e o governo federal enviou, em julho de 2020, 40 mil doses da medicação, que foram distribuídas entre as unidades de saúde do município e outras cidades da região (CORREIO, 2020).

“Eu vou te falar, que sinceramente, nós temos uma secretária de saúde, que cá para nós, é uma negacionista” (Participante 23).

Tal política, entretanto, não foi isenta de críticas. Enquanto órgão colegiado, de caráter permanente e deliberativo, o Conselho Municipal de Saúde de Porto Seguro (CMS-PS) contestou a adoção do protocolo medicamentoso sem a devida avaliação e aprovação do controle social. A análise de algumas das atas de reuniões extraordinárias demonstra que em inúmeras reuniões foi reforçada a preocupação do conselho com a adoção de tal protocolo, uma vez que o mesmo não possui comprovação científica para uso no tratamento da Covid-19 (CMS, 2021).

O embate entre Secretaria de Saúde e CMS sobre a utilização do protocolo, resultou na publicação da Recomendação nº01 de 06/06/2021, referente a suspensão imediata do manuseio medicamentoso precoce de pacientes com diagnóstico de Covid-19, autorizando uso de cloroquina/hidroxicloroquina e azitromicina para tratar sintomas da Covid-19; Que o governo municipal desempenhe seu papel na defesa da ciência e a redução da dependência de equipamentos e insumo, vacinando em massa a população portossegurense.

Após a publicação, o Ministério Público (MP) estadual foi acionado pelo CMS. Na notificação ao município, o MP requisitou a justiça em caráter de urgência, que a gestão se abstinhasse de adquirir e dispensar aos cidadãos, pagar ou reembolsar os medicamentos do protocolo precoce, conhecido como “Kit covid”, seja como medida preventiva ou medida repressiva, como política de enfrentamento ao coronavírus. Também ajuizou ação civil pública por ato de improbidade administrativa contra a secretária de saúde de Porto Seguro. A repercussão da decisão entre os apoiadores da secretária, que segundo a promotora “possui perfil de influenciadora digital com mais de 156 mil seguidores, apesar de ocupar cargo de secretária de saúde” (MP/BA, 2021), resultou em uma série de ataques aos membros do conselho que motivou a publicação de uma “Carta Aberta à População de Porto Seguro”, em que são esclarecidas as funções do CMS enquanto órgão de fiscalização das ações de saúde e a posição no combate a *Fake News* e na defesa do SUS (POLÍTICOS DO SUL DA BAHIA, 2021).

Com a redução do número de casos e óbitos no segundo semestre de 2021, a política de enfrentamento foi marcada pelo relaxamento das medidas restritivas, mantendo a obrigatoriedade do uso da máscara em ambientes abertos e fechados e as ações de vacinação da população.

Quanto à vacinação, a Secretaria de Saúde apresentou em 01/02/2021 o Plano Municipal de Vacinação contra a Covid-19, em que descrevia os grupos prioritários, operacionalização da vacinação, farmacovigilância, gerenciamento, monitoramento e supervisão de resíduos. De acordo com o cronograma, seria dada ênfase inicialmente aos idosos de 60 anos ou mais, profissionais da saúde e população indígena aldeada. Após esses grupos, a estratégia municipal foi baseada na publicação de relações de categorias com direito a vacina (profissionais da educação, assistência social, guardas municipais e de trânsito terceirizados, militares e outros), segundo a faixa etária.

Oficialmente, a gestão municipal adotou a imunização como estratégia de enfrentamento à Covid-19, com a publicação de documentos como a Lei Municipal nº

1.597/21 em que ratifica o protocolo de intenções firmado entre municípios brasileiros com a finalidade de adquirir vacinas para combater à pandemia. Entretanto, a política de vacinação foi marcada por algumas polêmicas como: o pedido de remanejamento de doses destinadas a população indígena (CASTRO, 2021) e as *Fake News* divulgadas pela secretária de saúde ao orientar apenas uma dose para pessoas que já foram contaminadas pelo coronavírus (MONTEIRO, 2021). Neste sentido, o CMS por meio da Resolução n.07/202, constituiu a Comissão Provisória de Acompanhamento do Plano Municipal de Vacinação, com representantes dos usuários, dos trabalhadores e da gestão, para atuar junto à secretaria de saúde por 1 ano.

5.3.2. A Atenção Primária à Saúde no enfrentamento à pandemia

A Atenção Primária à Saúde é considerada o principal modelo de organização da atenção à saúde, possuindo como principais características o fácil acesso pela população, a capacidade de responder de forma longitudinal, sistematizada e equânime, às demandas de saúde dos indivíduos e coletivos, tornando-se essencial para o enfrentamento da pandemia (CABRAL et al., 2020). Nesse sentido, podemos considerar que esse nível é formado por um conjunto de ações, estratégias e programas nas unidades, com o intuito de promover e melhorar as condições de saúde da população, sendo ofertadas nos territórios onde as pessoas vivem e produzem a sua saúde. Para isso, a APS se destaca por seu trabalho próximo ao usuário, de modo capilarizado e descentralizado e, também, por valorizar o conceito ampliado e o trabalho centrado na família. Na Atenção Primária, além da assistência às doenças, por meio de tratamentos e ações de reabilitação, também são ofertadas ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, que materializam a ideia de atenção à saúde.

Oliveira e Pereira (2013) destacam a capacidade da APS em gerar respostas diante da necessidade da população. De forma semelhante, Organização Mundial da Saúde (OMS, 2019), enfatizou que a APS é de suma importância em desafios emergentes, pois possui a capacidade de criar intervenções diante de cenários instáveis.

O desafio imposto pela pandemia, faz necessário atrelar o cuidado prestado individualmente com o coletivo afim de cumprir com os atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar, comunitária e cultural. Nesse contexto a atuação da APS é essencial par uma abordagem comunitária e de vigilância em saúde, com equipes multiprofissionais e enfoque territorial, que apresentou

ao longo do tempo impactos positivos na saúde da população e deve continuar atuando no enfrentamento de qualquer pandemia, com papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle e na continuidade da assistência (GIOVANELLA *et al.* 2021).

O panorama atual tem evidenciado as dificuldades entre gestores locais, autoridades de saúde e autoridades políticas em organizar, planejar, financiar e executar ações de saúde em tempos de crise instalada. Por tanto, é inevitável que para uma assistência resolutiva, é necessário que a APS se fortaleça com os aprendizados que a COVID-19 tem trazido e através disso, se reorganize e enfatize o seu papel diante de situações emergenciais como a que estamos vivendo.

O enfrentamento à pandemia exige a tomada rápida de decisões no âmbito da gestão e na operacionalização da assistência e acompanhamento da população. O contexto pandêmico mostrou-se desafiador para a APS, exigindo fortalecendo da sua atuação nos territórios, por meio da adequação da proteção dos profissionais de saúde, com condições seguras à realização do seu trabalho; mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; criação de uma retaguarda necessária que garantisse uma ação coordenada da APS com outras instituições e serviços de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele; e parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade. (MEDINA *et al.*, 2020).

Todas as mudanças citadas surgiram a partir da reorganização dos sistemas de saúde e da APS para responder de forma adequada à situação de emergência provocada pelo coronavírus. Medina e colaboradores (2020) propôs ainda no início da pandemia que a atuação da APS poderia ser sistematizada em quatro eixos: 1) **Vigilância em saúde nos territórios** com o objetivo de reduzir a disseminação do vírus adotando ações em articulação com a vigilância em saúde como notificações de casos e detecção de contatos, atividades de educação em saúde no combate as *fake news* e incentivo as medidas de proteção. 2) **Atenção aos usuários com Covid-19** promovendo um acompanhamento dos casos, com monitoramento das condições clínicas e articulação da atenção com outros níveis de cuidado estabelecendo fluxos e canais de comunicação. 3) **Suporte social aos grupos vulneráveis** com apoio a idoso e outros grupos de risco biológico ou social para a covid-19, colocando em prática ações intersetoriais para a garantia de insumos essenciais a famílias em condições de vulnerabilidade social para acesso a máscaras, materiais de higiene, cestas básicas e condições dignas de isolamento. 4) **Continuidade**

das ações próprias da APS com adaptação para um melhor acesso aos cuidados preventivos, tratamento e reabilitação de forma segura, especialmente ações de vacinação, pré-natal, acompanhamento de doenças crônicas, renovação de receitas e entrega domiciliar de medicamentos.

De forma complementar Aquino e colaboradores (2020) acrescentaram a tal proposição um eixo transversal de ações para o fortalecimento da APS de base territorial e comunitária. Compõem esse eixo:

Ações de readequação do espaço físico das UBS, reorganização dos processos de trabalho das equipes, incluindo alternativas presenciais e remotas com utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) para manutenção das atividades de cuidado individual – triagem, consultas e atendimentos – e nos territórios – visitas e outras ações comunitárias; adoção de protocolos de proteção e segurança dos profissionais e usuários para atuação nas UBS e nos territórios; articulação com a rede de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS) para vigilância e o cuidado integral e oportuno em todos os níveis; atualização sistemática dos instrumentos de reconhecimento do território – mapeamento, cadastramento do SUS – e fortalecimento dos mecanismos de articulação com a comunidade (AQUINO *et al.*, 2020, p. 6-7).

O município de Porto Seguro adotou a Atenção Primária como um dos componentes do plano de ação para o enfrentamento à covid-19. De acordo com o Plano de Contingência (PORTO SEGURO, 2020a), publicado no início da pandemia, as Equipes da ESF deveriam trabalhar de forma integrada na execução de ações de vigilância epidemiológica em seus territórios. Dentre as ações que foram planejadas destacaram-se: o apoio e orientação sobre medidas de prevenção e controle para o vírus; implementação de acolhimento com classificação de risco para atendimento de casos, considerando os protocolos de influenza; coleta de amostra de secreções respiratórias para exame laboratorial; implementação de medidas de biossegurança para todos os indivíduos com suspeita ou confirmação de infecção; utilização de equipamento de proteção individual por trabalhadores e usuários; disponibilização de EPIs nos serviços de saúde; implantação de medidas de limpeza e processamento de artigos e superfícies; adequação de espaços, fluxo de pacientes e adoção de medidas de biossegurança para atendimento de paciente imunodeprimidos; monitoramento dos casos em domicílio, sem indicação de internamento hospitalar e acompanhamento para identificação de possíveis sinais de gravidade.

A importância atribuída à APS pela gestão municipal no enfrentamento à Covid-19 fica ainda mais evidente ao analisar outros documentos como o Plano de Ação para o

Enfrentamento da Secretária de Saúde (PORTO SEGURO, 2020b), em que são elencadas a ampliação do horário de funcionamento das unidades de saúde e a articulação com a Secretaria de Assistência Social para realização de ações conjuntas para o atendimento de pessoas em situação de rua. Outros documentos foram publicados, como Notas Técnicas do Centro de Operações de Emergência (PORTO SEGURO, 2020c; 2020d), com o objetivo de nortear os profissionais e serviços da APS quanto às ações de prevenção, manejo clínico, vigilância e proteção dos profissionais.

Apesar dos esforços para fornecer subsídios para atuação das equipes, medidas polêmicas foram tomadas, como a presente na Nota Técnica nº03/2020 que indicou apenas o uso de máscaras de tecido ou cirúrgicas para os ACS. Tal recomendação provocou revolta da classe que suspendeu todas as visitas domiciliares até que a gestão fornecesse máscara N95 ou semelhante.

Ao analisar os planos de contingência estaduais, o OBSERVA COVID⁵ (2022) constatou grande variação quanto a estrutura e detalhamento das ações propostas nos planos. Os autores atribuem tal diversidade de planos a falta de uma coordenação nacional capaz de definir orientações gerais, seguras e fundamentadas a serem direcionadas aos profissionais. Os diferentes padrões indicam ainda as dificuldades de adaptação às mudanças e fragmentação das estratégias, demonstrando a necessidade de maior esforço no planejamento.

As estratégias adotadas pelo município foram importantes para o controle da pandemia e contemplaram em parte as proposições citadas por Medina *et al.* (2020) e Aquino *et al.* (2020). Entretanto a maior parte das ações foram orientadas para a assistência individual aos acometidos pela covid-19, ficando em segundo plano estratégias para dar continuidade ao cuidado das condições tradicionalmente acompanhadas pela APS e sem registros de ações pautadas pela orientação comunitária e competência cultural, essenciais para respostas eficientes frente à Covid-19.

A atuação da APS no contexto da pandemia pode ser dirigido ao cuidado dos doentes e não doentes, na orientação voltada para proteção do contágio, detecção precoce dos sintomáticos, rastreamento de contatos e tratamento e reabilitação de pacientes com sequelas da Covid-19 (MEDINA *et al.* 2020). Daumas e colaboradores (2020) destacam que no cenário da promoção da saúde e prevenção do contágio do vírus, a APS é fundamental na organização dos fluxos distintos para o cuidado, realizando o

⁵ Projeto do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, destinado a Análise de modelos e estratégias de vigilância em saúde da pandemia do Covid-19 (2020-2022).

monitoramento dos usuários com quadros leves, o rastreamento de contatos, identificação dos usuários com maior risco de desenvolver quadros graves e garantir o encaminhamento daqueles que necessitem de outros níveis de atenção.

É importante ressaltar o papel social que APS também deve desenvolver junto a grupos sociais vulneráveis, identificar situação de precariedade e articular ações intersetoriais que possam contribuir na redução da precariedade de vida acentuada pela pandemia (SEIXAS *et al.* 2021). A sensibilidade dos agentes para tais questões foi observada na fala da ACS:

“Ainda mais nós que estamos nas casas das pessoa vendo a situação, vendo as famílias com a doença, perdendo o emprego, mercado fechando, e eles sem poder trabalhar, passando fome. Pessoas que pagam aluguel. Isso mexeu um pouco com a gente, principalmente com os agentes de saúde, que convivem com isso. Está dentro do nosso dia a dia com os pacientes” (Participante 19).

As ações da APS devem ser direcionadas à prevenção, em que o uso da comunicação, envolvendo campanhas, divulgação de informações em mídias sociais de forma clara, de fácil compreensão e que respeitem as especificidades sociais e culturais. O acesso da população a informações de qualidade pode reduzir o impacto da pandemia na saúde mental, ao transmitir segurança e subsídios para o enfrentamento da doença (LOBO; RIETH, 2021).

Os resultados do questionário aplicado indicam que as participantes se consideravam em geral bem informadas sobre a pandemia pelos diversos meios de comunicação, com destaque para os profissionais de saúde do território, considerada a fonte mais confiável (Tabela 4, item 21). 53,5% das entrevistadas relataram ter identificado alguma ação de saúde ou de educação em saúde voltada para a prevenção do coronavírus, sendo que a principal ação foi a realização de orientação ou palestra (Tabela 6, itens 30 e 31).

Entretanto, é preciso considerar que tais achados não representam a realidade de todos os territórios. No âmbito do projeto multicêntrico, Goulart e colaboradores (2021) identificaram que a maioria das equipes de saúde não realizaram ações de saúde ou de educação em saúde voltadas para a prevenção do coronavírus. Giovanella e colaboradores (2021) destacam que a chegada da pandemia promoveu a suspensão de vários serviços ofertados pelas Unidades de Saúde, com impacto direto na redução dos atendimento que ocasionou a descontinuidade e possível agravamento de problemas de saúde por falta de acompanhamento aos portadores de doenças crônicas. Tais resultados são preocupantes,

uma vez que a atuação dos profissionais na orientação da população pode ser decisiva na prática de medidas de proteção.

A efetividade das informações fornecidas pelos profissionais de saúde uma vez que foi observada associação significativa entre o uso da máscara e ter os profissionais como fonte de informação (Tabela 9), resultado reforçado pela associação entre se sentir bem informado pelos profissionais e o uso de máscara ao sair (Tabela 10). A importância das ações de educação em saúde sobre a prática de medidas de proteção também foi identificada por meio da associação entre a identificação de ações realizada pela equipe e a prática do isolamento social (Tabela 13).

Cabral e colaboradores (2020) destacam que uma das estratégias que deveriam ter sido priorizadas na APS no contexto pandêmico era a educação em saúde, com informações sobre a doença, formas de contágio e tratamento. Os autores mencionam que em um cenário onde o distanciamento é recomendado, o contato das equipes com os usuários por ser realizado por meio de aplicativos de mensagens e telefones e que todas as estratégias de comunicação com segurança são válidas.

Em um contexto de ampla disseminação de informações falsas sobre a Covid-19, tais resultados revelam o papel fundamental do profissional da APS como fonte de informações nos territórios. O que reforça a aposta na “alma” da APS para o sucesso das ações: conhecimento do território, acesso, vínculo entre equipe e comunidade e integralidade da assistência como fatores importantes para a educação em saúde da população (SARTI *et al.* 2020).

Os desafios impostos pela pandemia ressaltam a necessidade do envolvimento de todos os profissionais da APS no planejamento das ações para a gestão de risco durante o período de emergência (DUNLOP *et al.* 2020). A (re)organização dos processos de trabalho para suprir tal demanda suscitou novas formas de comportamento social, além da adequação e desenvolvimento de novas práticas de cuidado, inclusive aquelas desenvolvidas pelos ACS (MACIEL *et al.* 2020). As atividades de vigilância, diagnóstico precoce, tratamento de casos leves e estratégias de prevenção e educação em saúde são destacadas pelos profissionais como centrais no combate a pandemia (PADILHA; COSTA, 2020). Nesse sentido, as entrevistas apontam a importância da atuação do ACS junto às famílias como fonte de informações sobre a pandemia.

“Recebemos orientação do posto de saúde, a agente de saúde foi lá, orientou tudo certinho e informou que se estiver acontecendo alguma coisa para procurar” (Participante 6).

“Nosso agente de saúde, esteve ao nosso lado o tempo todo, sempre orientando como que a gente tinha que fazer, como seguir as instruções. Então eu acho que eles foram bem atuantes nessa área, entendeu? Para nós e para o bairro, no individual e no geral também” (Participante 4).

O duplo papel exercido pelo ACS enquanto profissional de saúde e membro da comunidade favorece o repasse de informação de forma mais compreensível e de acordo com a realidade da população, traduzindo as orientações em práticas que podem realmente ser aplicadas. A confiança nas informações repassadas pelos profissionais de saúde também foi observada por Costa e colaboradores (2020) em que os entrevistados reconheceram a importância desses profissionais em um contexto de exposição a uma grande quantidade de notícias falsas.

“Nas medidas adotadas pela comunidade o que eu tenho percebido foi em relação aos agente de saúde, que eles sempre vão fazer as visitas, eles reafirmam e reforçam a informação. As informações que recebi dos serviços de saúde são as dadas pelo agente de saúde” (Participante 9).

A atuação dos Agentes de Saúde não se restringiu ao repasse de informações. As falas demonstram que em um contexto de dificuldade ou impossibilidade de ir até uma unidade de saúde, as visitas domiciliares realizadas pelos ACS foram essenciais na facilitação do acesso e na coordenação do cuidado de pacientes acometidos pelo coronavírus.

“Recebemos orientações do posto de saúde. Na casa da minha mãe, passava a cada 15 dias o agente de saúde, para fazer orientações e ver como que está o pessoal da família. Se estão precisando de algum auxílio, assistência médica. Porque se você precisar de alguma consulta, eles mesmo fazem encaminhamento e te avisa, liga quando for agendado, para você realmente não ter esse processo de ter que ir na UPA ou no posto de saúde. Justamente para evitar o contágio, manter a população dentro do protocolo de prevenção” (Participante 14).

O enfoque territorial, comunitário e de vigilância à saúde apontado por Giovanella e colaboradores (2021) como essencial para o enfrentamento à pandemia é “materializado” no papel do ACS, como observado nas rodas de conversa realizadas com os agentes que participaram da pesquisa (SANTOS; BADARÓ; FARIA, 2021, p.203-204):

“Aquelas famílias mesmo que tem menos condição ou que tem mais idosos, reforcei as visitas, levava umas máscaras de vez em quando.

Quando não caía água na casa, ia junto na escola ou no posto para ajudar pedir e a pegar água” (ACS 15).

“Como tinha as perguntas sobre trabalho, vi o tanto de gente que perdeu emprego nessa pandemia. Porque a gente pergunta na hora do cadastro, mas depois acaba vendo mais coisa da saúde mesmo. Aí, como tem na pesquisa, fiquei assustada, porque muita gente ali trabalhava antes, aí já orientei para ir no CRAS ou para ir na igreja que estava doando alimento” (ACS 5)

“O tablet foi bom, porque na hora que a pessoa respondia a pesquisa, eu já ia ali na outra parte e complementava o cadastro ou fazia a notificação. Nesse ponto facilitou muito o trabalho que antes fazia no papel e ainda tinha que digitar no posto” (ACS 16).

Neste cenário a APS é uma potente estratégia para a redução das iniquidades em saúde e, como demonstrou a pandemia de covid-19, deve ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor saúde a qualquer emergência de saúde pública, dada sua capilarização em todo território nacional e alcance expressivo da população exposta a riscos devido a suas condições de vida (SARTI *et al.*, 2020). Os autores reforçam que para uma atenção resolutiva diante das inconstâncias causadas pelo coronavírus, o aprendizado gerado pela crise deve fortalecer a APS. Para isso se faz necessário intervir na estrutura física das unidades, reorganizar o fluxo de usuários e valorizar seu protagonismo como principal meio de atenção à saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pandemia da Covid-19 representou um grande desafio para a saúde pública devido a sua complexidade, em que múltiplos aspectos de diferentes naturezas (contaminação, isolamento, informação, saúde mental, gênero e outros) interagem de forma indissociável. A produção de saúde não está isenta de todos esses aspectos e o estudo das percepções, impressões e interpretações da população dos territórios de abrangência da APS permite ampliar a compreensão sobre a saúde e as condições de vida no decorrer da pandemia.

Os conteúdos analisados indicaram que a população entrevistada adotou, durante o período pandêmico, as principais recomendações médico-científicas para a proteção contra o coronavírus. Entretanto, fatores como a confiança atribuída as medidas, a percepção de suscetibilidade à doença, os benefícios provenientes da adoção e as barreiras para mantê-las, foram determinantes na manutenção das medidas preventivas no cotidiano das entrevistadas.

A medida de proteção considerada mais importante e que foi adotada pela população entrevistada foi o uso da máscara, nas ruas ou em locais fechados. Apesar do bom nível de confiança atribuído as medidas protetivas, foram observadas dificuldades na prática do isolamento social, decorrente principalmente das dificuldades financeiras. Os meios de informação utilizados e a credibilidade atribuída a tais fontes também influenciaram na adoção de medidas de proteção.

Os profissionais de saúde do território representaram a principal fonte de informações e a mais confiável. Entretanto, a mídia e as redes sociais desempenham papel de grande destaque na busca pela população de informações sobre a pandemia, que em um contexto de infodemia, promoveu confusão, desinformação e necessidade de checagem da veracidade das informações. A politização da pandemia também influenciou no universo informacional das entrevistadas e na adoção de medidas. Apesar da baixa credibilidade atribuída às falas dos governantes, informações e medidas sem comprovação científica foram aceitas quando sugeridas por profissionais de saúde.

A pandemia também apresentou impacto na saúde mental e nas condições de vida das entrevistadas. A sinergia entre a infecção causada pelo coronavírus, problemas relacionados à saúde mental (como estresse, ansiedade e outros) e o aumento da vulnerabilidade caracterizam uma sindemia. As entrevistadas associaram os efeitos psicológicos da pandemia a três causas: a infodemia, ao luto e ao isolamento. Os impactos sociais também foram observados, principalmente entre as mulheres. O aumento da vulnerabilidade e a dificuldade na manutenção das condições de vida tiveram como principal causa a perda de emprego.

O cenário de caos observado ao longo da pandemia no Brasil teve como contexto a crise política promovida principalmente pelo negacionismo do governo federal, em que a falta de coordenação por instituições federais, como o Ministério da Saúde, para o enfrentamento ao vírus fez com que governos estaduais e municipais assumissem tal responsabilidade. A dissonância entre os entes federativos foi apontada como fator que acentuou os efeitos negativos da Covid-19. Apesar deste cenário, a APS teve grande destaque no enfrentamento a pandemia nos territórios analisados, com relevante papel dos Agentes Comunitários de Saúde na coordenação do cuidado das famílias e no esclarecimento das medidas de prevenção.

As inúmeras temáticas abordadas pelas entrevistadas transparecem a complexidade da pandemia e a necessidade de uma abordagem intersetorial para reduzir seus impactos nos territórios. Nesse sentido, a ESF pode ser considerada uma importante

estratégia na contenção da Covid-19 e de possíveis outras pandemias. Entretanto, é preciso promover o fortalecimento da APS no Brasil, para que não seja limitada aos aspectos biológicos da assistência à saúde e sem compromisso com as condições de fragilidade social da população. A pandemia revela a necessidade de uma APS de *Alta intensidade*⁶, comprometida com a transformação do modelo de atenção, que enfrente os aspectos estruturais da relação saúde-doença e como uma forte experiência democrática em matéria de saúde.

Apesar da amplitude dos instrumentos de pesquisa na abordagem de diversos aspectos da pandemia, faz-se necessário um aprofundamento de questões que esclareçam o enfrentamento à pandemia em Porto Seguro, como o impacto da pandemia na vulnerabilidade da população, as consequências do negacionismo da gestão municipal e as relações de conflito com o governo do estado e CMS. Por ter sido realizada em dois bairros periféricos com características semelhantes, os resultados observados não podem ser considerados para outras regiões da cidade, uma vez que o município apresenta grandes desigualdades.

⁶ A ideia de Alta intensidade foi mobilizada por Paiva e Pires-Alves (2021) inspiradas na noção de democracia de alta/baixa intensidade de Boaventura de Souza Santos em “A difícil democracia: reinventar as esquerdas”.

REFERÊNCIAS

- ABRUCIO, F. L.; GRIN, E. J.; FRANZESE, C.; SEGATTO, C. I. COUTO, C. G. Combate à covid-19 sob o federalismo bolsonarista: um caso de descoordenação intergovernamental. **Rev. Adm. Pública**, v. 54 (4), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200354>
- ABUD, C. O; SOUZA, L. P. Uso obrigatório de máscara facial para conter a COVID-19 no Brasil: limitação legítima ao direito fundamental de autodeterminação. **Revista Visa em Debate, Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8(3), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01651>.
- AKOGLU, H. User's guide to correlation coefficients. **Turk J Emerg Med**: v. 7;18(3). 2018. doi: 10.1016/j.tjem.2018.08.001.
- ALLEN, L. N.; FEIGL, A. B. Reframing non-communicable diseases as socially transmitted conditions. **Lancet Glob Health**, v. 5 (7). 2017. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30200-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30200-0)
- ALMEIDA-FILHO, N. M. Integração metodológica na pesquisa em saúde: nota crítica sobre a dicotomia quantitativo-qualitativo. In: Goldenberg P, Marsiglia RMG, Gomes MHA (org). **O clássico e o novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 143-56.
- ALMEIDA-FILHO, N. Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. **Salud Colectiva**, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>
- ANDERSON, R. M; HEESTERBEEK, H; KLINKENBERG, D; HOLLINGSWORTH, T. D. Holl will country-based mitigation measures influence the course of the Covid-19 epidemic? *Lancet*, volume 395, issue 10228, march, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30567-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30567-5)
- ANTUNES, B. P. A; et al. Progressão dos casos confirmados de COVID-19 após implantação de medidas de controle. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. 32(2) 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200028> Acesso em 04 de setembro de 22.
- AQUINO, A. C. L. T.; SANTOS, A. G.; DUBUGRAS, M. T. B.; TELLES, E. O. Estudo quali-quantitativo sobre a percepção de usuários do twitter sobre a adoção das medidas de quarentena, de distanciamento e de isolamento sociais, durante a pandemia da covid-19. **Boletim do Instituto de Saúde**. v 21(1) julho de 2020.
- AQUINO, E. M. L.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J. M.; AQUINO, R.; SOUZA-FILHO, J. A.; ROCHA, A. S. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020, 25(1):2423-2446.
- AQUINO, R., MEDINA, M.G., CASTRO, D.N., ARAÚJO, C. A., ESCARCINA, J.E.P., PINTO JUNIOR, E.P., VILASBÔAS, A.L. Experiências e legado da atenção primária em saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19: como seguir em frente?

In: BARRETO, M. L., PINTO JUNIOR, E.P., ARAGÃO, E., BARRAL-NETTO, M. Construção do conhecimento no curso da pandemia da COVID 19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais. Volume 2. Salvador: EDUFBA, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.013>

ARAÚJO, C. P.; CASACA, S. F. A vulnerabilidade à pobreza das mulheres responsáveis por famílias monoparentais no Brasil e o papel das políticas públicas. **Working Paper CEaA**, 2021. Disponível em: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/20868/1/wp181.pdf>

ARCOVERDE, L. ORTIZ, V. Sem máscara, Bolsonaro é multado pela 6ª vez pela Vigilância Sanitária estadual em SP. O Globo. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2021/08/21/sem-mascara-bolsonaro-e-multado-pela-6a-vez-pela-vigilancia-sanitaria-estadual-em-sp.ghtml>

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Plano Diretor da Regionalização da Bahia**. Disponível em: <http://www1.saude.ba.gov.br/mapa_bahia/indexch.asp>. Acesso em: 19 nov. 2020.

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. **Decreto nº 19.529 de 16 de Março de 2020**. Regulamenta, no Estado da Bahia, as medidas temporárias para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Disponível em: <http://www.legislabahia.ba.gov.br/documentos/decreto-no-19529-de-16-de-marco-de-2020>

BAHIA. Governo do Estado da Bahia. **Decreto nº 20.130 de 03 de Dezembro de 2020**. Altera o Decreto nº 19.586, de 27 de março de 2020, na forma que indica. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2020/12/Decreto-Governo-da-Bahia-shows-festas-4dez2020.pdf>

BAHIA40GRAUS. Janio Natal quer liberar festas de réveillon em Porto Seguro. You Tube. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=sDtO4ea7ANs>

BAMBRA, C.; RIORDAN, R.; FORD, J.; MATTHEWS, F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. **J Epidemiol Community Health**, v. 74. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7298201/>

BAQUI, P.; BICA, I.; MARRA, V.; ERCOLE, A.; VAN DER SCHAAAR, M. Ethnic and regional variations in hospital mortality from Covid-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. **Lancet Global Health**, v.8 (8). 2020.

BARCELOS, T. N.; MUNIZ, L. N.; DANTAS, D. M.; JUNIOR, D. F. C.; CAVALCANTE, J. R.; FAERSTEIN, E. Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de Covid-19 no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 15 (9), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>

BARONE, M. T. U.; HARNIK, S. B.; DE LUCA, P. V.; LIMA, B. L. S.; WIESELBERG, R. J. P.; NGONGO, B. et al. The impact of COVID-19 on people with diabetes in Brazil. **Diabetes Res Clin Pract**, 2020.

BARZILAI, S.; CHINN, C. A review of educational responses to the “post-truth” condition: Four lenses on “post-truth” problems. **Educational Psychologist**: v. 55 (3), 2020 <https://doi.org/10.1080/00461520.2020.1786388>

BATISTA PEREIRA, F.; NUNES, F. Media choice and the polarization of public opinion about covid-19 in brazil. **RLOP**: v. 10 (2). 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.14201/rlop.23681>

BAVEL, J.J.V. *et al.* Using social and behavioural Science to support COVID-19 pandemic response. **Nat Hum Behav**: v. 4, p.460-471, 2020.

BEZERRA, A. C. V.; SILVA, C. E. M.; SOARES, F. R.; SILVA, J. A. M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Cienc. Saúde Colet.**: 25(1). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>

BIONDI, M.; IANNITELLI, A. Covid-19 and stress in the pandemic: “sanity is not statistical”. **Rib Psychiatry**: 55(3), 2020.

BISPO JUNIOR, J. P. SANTOS, D. B. Covid-19 como sindemia: modelo teórico. **Cad. Saúde Pública**, v. 37 (10), 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00119021>

BOLSONARO, J. "Quase todos vão pegar um dia. Tem medo do quê?", diz Bolsonaro sobre covid. **Correio Braziliense**, 2020a. Disponível em: https://www.correio braziliense.com.br/app/noticia/politica/2020/07/31/interna_politica,877297/quase-todos-va-o-pegar-um-dia-tem-medo-do-que-diz-bolsonaro-sobre-c.shtml

BOLSONARO, J. A retórica de Bolsonaro: o que revelam os discursos na pandemia. **Veja**, 2020b. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/politica/a-retorica-de-bolsonaro-o-que-revelam-os-discursos-na-pandemia/>

BOLSONARO, J. As frases mais polêmicas de Bolsonaro sobre o coronavírus no Brasil. **BBC News Mundo**, 2020d. Disponível em: <https://youtu.be/Ibw92oQE5vc>

BOLSONARO, J. Hidroxicloroquina, tratamento experimental e arma na “guerra cultural” de Bolsonaro e Trump. **El País**, 2020c. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/politica/2020-04-09/hidroxicloroquina-o-tratamento-experimental- contra-a-covid-19-que-virou-a-muleta-politica-de-bolsonaro-e-de-trump-na- crise.html>

BONINI, M.; DOS SANTOS MEDINA, G.; NUNES DA SILVA, E.; DE SOUZA PIBER, L. Automedicação com base nas informações na internet na pandemia de covid-19. **Desafios - Revista Interdisciplinar da Universidade Federal do Tocantins**: v. 9 (2). 2022. DOI: 10.20873/uftv9-11924. Disponível em: <https://sistemas.uft.edu.br/periodicos/index.php/desafios/article/view/11924>.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. Assistência Social na pandemia da COVID-19: proteção para quem? **Serv. Soc. Soc.** v. (140), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.238>

BOTTALLO, A. Combinação de Covid-19 e doenças crônicas cria “sindemia global”, sugere estudo. **Folha de S.Paulo**, São Paulo, 15 out. 2020. Disponível em: www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/10/combinacao-de-covid-19-e-doencas-cronicas-cria-sindemia-global-sugere-estudo.shtml

BOTTÓS, A. M. Pandemia da Covid-19 e seu impacto na saúde: a influência dos meios de comunicação e o uso indevido de medicamentos não prescritos. [Dissertação de mestrado] Universidade Estadual Paulista. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE: SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. **Manejo de corpos no contexto do novo coronavírus COVID-19**, [S. l.], 25 mar. 2020.

BROOKS, S. K. WEBSTER, R. K. SMITH, L. E. WOODLAND, L. WESSELY, S. GREENBERG, N. RUBIN, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**: v.395(10227). Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

BRUG, J.; ARO, A. R.; RICHARDUS, J. H. Risk perceptions and behaviour: towards pandemic control of emerging infectious diseases. **Int J Behav Med**, v. 16 (1), 2009. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7090788/>

BULFONE, T. *et al.* Outdoor transmission of SARS-CoV-2 and other respiratory viruses: a systematic review. **The Journal of infectious diseases**, v. 223, n. 4, p. 550-561, 2021.

CABRAL, E. R. M.; DE MELO, M. C.; CESAR, I. D. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de Covid-19. **Int. Jor. of Med. and Health**, v. 3, 2020.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, 21(2), 513–518. 2013
<https://doi.org/10.9788/TP2013.2-16>

CAMPEÃO, V.L.; SKINNER, C.S. O modelo de crença em saúde. **Health Behav Health Educ Theory Res Pract**: v.4, 2008.

CAMPOS, G. W. S. O pesadelo macabro da Covid-19 no Brasil: entre negacionismos e desvarios. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020, e00279111. DOI 10.1590/1981-7746-sol00279.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estud. Av.**, v. 34 (99), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.013>

CARICO, R., SHEPPARD, J., THOMAS, C. B. Community pharmacists and communication in the time of COVID-19: Applying the health belief model. **Research in Social and Administrative Pharmacy**: v. 17(1), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.03.017>

- CARLSON, C. J.; MENDENHALL, E. Preparing for emerging infections means expecting new syndemics. **Lancet**, v. 394, 2019.
- CARVALHO, A. L. B.; ROCHA, E.; SAMPAIO, R. F.; OUVENERY, A. L. M. os governos estaduais no enfrentamento da Covid-19: um novo protagonismo no federalismo brasileiro? **Saúde Debate**, v. 46 (1), 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E104>
- CASTRO SANTOS, L. A. C.; FARIA, L.; PATIGNO, R. O envelhecer e a morte: leituras contemporâneas de psicologia social. **Revista brasileira de estudos de população**. REBEP, v.35, p.1 - 15, 2018.
- CASTRO, V. Porto Seguro que remanejar doses de vacina contra Covid-19 destinadas a indígenas. **Racismo Ambiental**, 16/02/2021. Disponível em: <https://racismoambiental.net.br/2021/02/16/porto-seguro-quer-remanejar-doses-de-vacina-contracovid-19-destinadas-a-indigenas/>
- CEPAL. COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Entender la pobreza desde la perspectiva de género**. CEPAL-UNIFEM, 2004.
- CEPAL. COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE. **Panorama Social da América Latina**. 2020. Disponível em: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46784/S2000967_pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- CHAUMONT, C.; KAMARA, K.; BARING, E.; PALACIO, K.; POWER, A.; LANCASTER, W. The SARS-CoV-2 crisis and its impact on neglected tropical diseases: threat or opportunity? **PLoS Negl Trop Dis**, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505456/>
- CHOUDRIE, J. *et al.* Machine learning techniques and adults processing of online information and misinformation: a covid-19 study. **Comput Human Behav**, v. 119, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8631531/>
- CHU, D. K.; AKL, E. A.; DUDA, S.; SOLO, K.; YAACOUB, S.; SCHÜNEMANN, H. J. Articles Physical distancing, face masks and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Lancet** 2020:1973–87. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31142-9).
- CIDACS. CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE DADOS E CONHECIMENTOS PARA A SAÚDE. Índice Brasileiro de Privação. Fiocruz. 2021a. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/ibp/>
- CIDACS. CENTRO DE INTEGRAÇÃO DE DADOS E CONHECIMENTOS PARA A SAÚDE. Índice de Desigualdades Sociais para Covid-19. Fiocruz. 2021b. Disponível em: <https://cidacs.bahia.fiocruz.br/idscovid19/>
- CLEM, L.; AUGUSTIN HOCH, V. A morte dizendo olá: vivência dos pacientes internados em leitos uti covid-19, um olhar a partir dos profissionais de saúde. **Anuário**

Pesquisa E Extensão Unoesc São Miguel Do Oeste: v.6. 2021. Disponível em: <https://periodicos.unoesc.edu.br/apeusmo/article/view/29799>

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO. Ata da 43º reunião plenária extraordinária. 13/05/2021.

CORREIO. Porto Seguro recebe 40 mil caixas de hidroxicloroquina doadas por Bolsonaro. 03/07/2020. Disponível em: <https://www.correio24horas.com.br/noticia/nid/porto-seguro-recebe-40-mil-caixas-de-hidroxicloroquina-doadas-por-bolsonaro/>

COSTA, M. F. Modelos de crença em saúde para determinação de risco para contaminação por coronavírus. **Rev saúde pública.** 2020; Disponível em: <http://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002494>

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Rev. Adm. Pública:** v. 54(4). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200170>

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. S. A. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde Sociedade,** v. 30 (1), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>

CRUZ, J.; TOVILLA-ZÁRATE, C. A.; GONZÁLEZ-MORALES, D. L.; GONZÁLEZ-CASTRO, T. B. Risk of a syndemic between COVID-19 and dengue fever in southern Mexico. **Gac Méd Méx.** 2020.

DANTAS, C. L. AZEVEDO, R. C. S. VIEIRA, L. C. CÔRTEZ, M. T. F. FEDERMANN, A. L. P. CUCCO, L. M. RODRIGUES, L. R. DOMINGUES, J. F. R. DANTAS, J. E. PORTELLA, I. P. CASSORLA, R. M. S. O luto nos tempos da COVID-19: desafios do cuidado durante a pandemia. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam:** 23 (3), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1415-4714.2020v23n3p509.5>

DAUMAS, R. P. *et al.* O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 36, n. 6, p. 1-5, 2020.

DEVAKUMAR, D.; SHANNON, G.; BHOPAL, S. S; ABUBAKAR, I. Racismo e discriminação nas respostas à Covid-19. **The Lancet:** v. 395 (10231). 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30792-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30792-3)

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a Covid-19 no Brasil. **Cad. Saúde Pública,** v. 37 (1), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344620>

DONG, F.; LIU, H.; DAI, N.; YANG, M.; LIU, J. A living systematic review of the psychological problems in people suffering from COVID-19. **J Affect Disord:** 292. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.060>

DUNLOP, C.; HOWE, A.; LI, D.; ALLEN, L. N. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open** 4(1): 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>

FABRIZ, L. A.; MARTINS, J. G. D.; ZACHARIAS, F. C. M.; FERRO, D.; PINTO, I. C. A infodemia de covid-19 e suas repercussões na saúde mental de idosos no cenário mundial. Brasília, DF: **Editora ABEn**; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.51234/aben.22.e10.c16>

FARIA, L.; CASTRO SANTOS, L. A.; ALVAREZ, R. E. C. As sociedades em risco e os múltiplos fatores que fragilizam as relações sociais em tempos de pandemia. **Revista del CESLA**: v. 29. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36551/2081-1160.2022.29.11-28>

FARIA, L.; PATIÑO, R. A. Dimensão psicossocial da pandemia do Sarc-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. **Interface**: 26, e210673. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210673>

FARIA, L.; PATIÑO, R. A. Violências, injustiças e sofrimento humano: o impacto das desigualdades sociais nas percepções de Martín-Baró, Ricoeur e Nietzsche. **Cadernos IHU ideias**, v. 18, n. 308, p. 1-33, 2020. Disponível em: <http://www.ihu.unisinos.br/images/stories/cadernos/ideias/308cadernosihuideias.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2021.

FARIAS, A. C.; OLIVEIRA, J. D.; MOREIRA, M. R. C.; COSTA, M. S. 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.

FARIAS, H. S.; SOUSA, G. M.; ROCHA, A. S.; OLIVEIRA, L. D. O impacto da covid-19 nas periferias: uma análise espacial a partir dos casos e óbitos no Rio de Janeiro. **Revista Franco-brasileira de geografia**: n. 52. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/confins.40727>

FERNANDES, M.; PINTO, H. A. Estratégia intergovernamental de atuação dos estados brasileiros: o Consórcio Nordeste e as políticas de saúde no enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Redes**, v. 6 (2), 2020. DOI: 10.18310/2446-48132020v6n2.3150g485

FERREIRA, H. G. Relações Entre Crenças, Atitudes e Saúde Mental de Idosos na Pandemia da Covid-19. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 13, n. 1, jan./mar. 2021, p. 187-201. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1381>

FERREIRA, R. B. S.; CAMARGO, C. L. Vulnerabilidade da população negra brasileira frente à evolução da pandemia por Covid-19. **Revista Cuidarte**: v. 12(2). 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1322>

FIOCRUZ. **Saúde mental e Atenção Psicossocial na Pandemia Covid-19: Processo de luto no contexto da Covid-19**. Ministério da Saúde, Fiocruz, Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>

FISCHER, M. L. *et al.* Perspectivas de brasileiros sobre informações relacionadas à Covid-19: uma análise baseada na bioética. **Revista Saúde e Pesquisa**: v. 15, n. 1, abr. 2022.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**; tradução Joice Elias Costa. – 3º ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONSECA, T. G. N.; SANTOS, E. P.; RABELO, C. F.; PACHECO, M. A.; FRANCO, A. G.; CARVALHO, G. A. P. COVID-19: avaliação comportamental de moradores das zonas rural e urbana usuários do SUS, no âmbito da Atenção Primária, do município de Cláudio - Minas Gerais - Brasil. **Interamerican Journal of Medicine and Health**. 2020, 3(e202003046):1-8.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. Visível e invisível: A vitimização de Mulheres no Brasil. 3ºEd. 2021.

FÓRUM NACIONAL DE GOVERNADORES. **Carta aberta à sociedade brasileira em defesa da democracia**. 2020. Disponível em: https://static.poder360.com.br/2020/04/18_04_Carta_aberta_a_sociedade_brasileira_em_defesa_da_democracia.pdf

FRONTEIRA, I.; SIDAT, M.; MAGALHÃES, J. P.; BARROS, F. P. C.; DELGADO, A. P.; CORREIA, T. *et al.* The SARS-CoV-2 pandemic: a syndemic perspective. **One Health**, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7887445/>

GALHARDI, C. P.; FREIRE, N, P.; MINAYO, M. C. S.; FAGUNDES, M. C. M. Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**: v. 25 (2). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28922020>

GALHARDI, C. P.; FREIRE, N, P.; MINAYO, M. C. S.; FAGUNDES, M. C. M.; CUNHA, I. C. K. O. Fake News e hesitação vacinal no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 27 (5), 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.24092021>

GAMSIZKAN, Z.; SUNGUR, M. A.; ERDEMIR, G. How do older age, gender and risk groups affect protective behaviours and mental health in the COVID-19 pandemic? **Int J Clin Pract.**: 75(6). 2021. <https://doi.org/10.1111/ijcp.14150>

GAO, J.; ZHENG, P.; JIA, Y.; CHEN, H. MAO, Y.; CHEN, S. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. **Plos One**: 15(4). 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**: 29(4), 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400019>

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde** 29(2) 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009> Acesso em: 04 de setembro de 2022.

GEHRKE, M.; BENETTI, M. A desinformação no Brasil durante a pandemia de Covid-19: temas, plataformas e atores. **Revista Fronteiras**: v. 23(2). 2021. Disponível em: <https://core.ac.uk/outputs/482751069>

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**: v.18. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000700011>

GIOVANELLA, L.; MARTUFI, V.; MENDOZA, M. H. M.; BOUSQUAT AYLENE; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde debate**, v. 45 (130), 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>

GOLD, M. S.; SEHAYEK, D.; GABRIELLI, S.; ZHANG, X.; MCCUSKER, C.; BENSHOSHAN, M. COVID-19 and comorbidities: a systematic review and meta-analysis. **Postgrad Med**, v. 132, 2020.

GOMES, B. Bolsonaro: ‘Governadores são verdadeiros exterminadores de empregos’. **Estadão**, 22 de março de 2020. Disponível em: <https://politica.estadao.com.br/noticias/geral,bolsonaro-governadores-sao-verdadeiros-exterminadores-de-empregos,70003243869>

GOMES, C,B,S; GUTIÉRREZ, A,C; SORANZ, D. Política Nacional de Atenção Básica de 2017: análise da composição das equipes e cobertura nacional da Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25 (4). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.31512019>

GONZÁLEZ-GUARDA, R.M.; FLOROM-SMITH, A.L.; THOMAS, T. A syndemic model of substance abuse, intimate partner violence, HIV infection, and mental health among Hispanics. **Public Health Nurs**. 2011.

GOULART, L. S.; DA GRAÇA, B. C. RODRIGUES, V. C. R.; GASQUE, K, C, S.; DOCUSSE, I. R. X.; OLIVEIRA, I, A. O.; TESSARO, G. E.; MATTOS, M. COVID-19 na Estratégia Saúde da Família: uma análise de como a população percebe e adota as medidas de prevenção. **Revista de APS**. 2021. 24(1): 26-39. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/35166/24340>

GRUPO DE TRABALHO DE EPIDEMIOLOGIA PARA RESPOSTA A EPIDEMIAS NCIP Centro Chinês de Controle e Prevenção de Doenças. [As características epidemiológicas de um surto de novas doenças por coronavírus de 2019 (COVID-19) na China]. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi**. (2020) 41:145–51. doi: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.02.003

GUO, J.; FENG, X. L.; WANG, X. H.; IJZENDOORN, M. H. Coping with COVID-19: Exposure to COVID-19 and Negative Impact on Livelihood Predict Elevated Mental Health Problems in Chinese Adults. **Int. J. Environ. Res. Public Health**: 17(11). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17113857>

HENRIQUES, C, M,P; VASCONCELOS, W. Crises dentro da crise: respostas, incertezas e desencontros no combate à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Estud. av.**, São Paulo , v. 34, n. 99, p. 25-44, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142020000200025&lng=en&nrm=iso

HOLMES, E. A.; O'CONNOR, R, C.; PERRY, V. H.; TRACEY, I.; WESSELY, S.; ARSENEAULT, L. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. **Lancet Psychiatry**: v. 7 (6), 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1)

HORTON, R. Offline: Covid-19 is not a pandemic. **The Lancet**: v. 396 (10255), 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)

HUANG, X. et al. The impact of lockdown timing on Covid-19 transmission US counties. **E Clinical Medicine**, v. 000. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.101035>

IBARRA, J. P. Controle de diabetes melitus em tempos de Covid-19. **ACTA médico. Peru**, v. 37(2). 2020.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2020. **Panorama do município de Porto Seguro – Bahia**, 2022. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/porto-seguro/panorama>.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios: resultados do universo**. Rio de Janeiro: IBGE; 2011. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Panorama do município de Porto Seguro – Bahia**, 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ba/porto-seguro/panorama>. Acesso em: 19 nov. 2020.

INSTITUTO DE MATEMATICA E ESTATISTICA DA USP, 2022. Acesso : 04 de setembro de 2022. Disponível em: https://www.ime.usp.br/~pedrosp/covid19/#iso_index

INTERNACIONAL LABOUR ORGANIZATION. Covid-19 and the world of work: Impact and policy responses. **ILO monitor**: 1ed. 2020. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_738753.pdf

IPEA. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mortalidade por Covid-19 e queda do emprego no Brasil e no mundo. 2021.** Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/pubpreliminar/210514_nt_mortalidade_emprego_marcos_hecksher_public_preliminar.pdf

ISLAM, N.; LACEY, B.; SHABNAM, S. ERZURUMLUOGLU, A. M.; DAMBHAMILLER, H.; CHOWELL, G. *et al.* Social inequality and the syndemic of chronic disease and COVID-19: county-level analysis in the USA. **J Epidemiol Community Health**, 2021.

KLING N. There's nowhere I can go to get help, and I have tooth pain right now: the oral health syndemic among migrant farmworkers in Florida. **National Association for the Practice of Anthropology Bulletin**. 2013.

KNOPLICK, J. **Modelo de Crenças em saúde aplicado a funcionários públicos com dores na coluna vertebral.** Tese de doutorado – USP. 1993.

KOLA, L.; KOHRT, B. A.; HANLON, C.; NASLUND, J. A.; SIKANDER, S. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. **Lancet Psychiatry**: v.8 (6), 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00025-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00025-0)

KOURY, M. G. P. **Tempos de pandemia: reflexões sobre o caso Brasil.** João Pessoa: GREM-GREI; Florianópolis: Tribo da Ilha, 2020.

LANCET. Redefining vulnerability in the era of Covid-19. **The Lancet**, v. 395. 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30757-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30757-1)

LAU, H. *et al.* The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the Covid-19 outbreak in China. **Journal of travel medicine**, v. 27, n. 3, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7184469/>

LEMOS, A. H. C.; BARBOSA, A. O.; MONZATO, P. P. Mulheres em Home Office durante a pandemia da covid-19 e as configurações do conflito trabalho-família. **Rev. Adm. Emprs**: v.60 (6). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020200603>

LEUNG, N. L. *et al.* Respiratory virus shedding in exhaled breath and efficacy of face masks. **Nature**, v. 26, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0843-2>

LIMA, C. K. T.; CARVALHO, P. M. M.; LIMA, I. A. A. S.; NUNES, J. V. A. O.; SARAIVA, J. S.; SOUZA, R. I.; SILVA, C. G. L.; NETO, M. L. R. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease) **Psychiatry Res**: 287. 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112915>

LIMA, K. C. *et al.* A pessoa idosa domiciliada sob distanciamento social: possibilidades de enfrentamento à covid-19. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 1-3, 2020.

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, v. 45 (130), 2021.

LÓPEZ-RUIZ, V.; ALFARO-NAVARRO, J. L.; HUETE-ALCOCER, N.; NEVADO-PEÑA, D. Psychological and Social Vulnerability in Spaniards' Quality of Life in the Face of COVID-19: Age and Gender Results. **Int. J Environ Res Public Health**: v. 19 (16), 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph191610269>

MACIEL, F. B. M.; SANTOS, H. L. P. C.; CARNEIRO, R. A. S.; SOUZA, E. A.; PRADO, N. M. B. L.; TEIXEIRA, C. F. S. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciênc saúde coletiva**, 25(2), 2020 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>

MAISBN. Prefeito Jânio Natal se pronuncia sobre medidas contra o Covid-19 do Governo do estado. YouTube. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=g7hU4_6UmDI

MALTA, D. C.; GOMES, C. S. SILVA, A. G.; CARDOSO, L. S. M.; BARROS, M. B. A.; LIMA, M. G.; JUNIOR, P. R. B. S.; SZWARCOWALD, C. L. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de Covid-19, Brasil, 2020. **Ciênc. Saúde Colet.** v. 26(7). 2021.

MARQUES, J. Depois do twitter, facebook e Instagram também apagam post de Bolsonaro. Folha de São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/depois-do-twitter-facebook-tambem-apaga-post-de-bolsonaro.shtml>

MARRIS, P. **Loss and change**. London: Routledge & Kegan Paul; New York: Pantheon, 1974.

MARRIS, P. **Widows and their families**. London: Routledge, 1958.

MARTINS, K. S. Identidades e territorialidades construídas nos bairros campinho e baianão em Porto Seguro e suas cartografias de vida. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Federal do Sul da Bahia, 2019.

MASSARANI, L.; MENDES, I. M.; FAGUNDES, V; POLINO, C.; CASTELFRANCHI, Y; MAAKAROUN, B; Cofiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de Covid-19 em 12 cidades brasileiras. **Ver. Ciênc. Saúde coletiva**, 26 (08), 2021.

MATA, G. C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>

MATTEI, L.; HEINEN, V. L. Balanço dos impactos da crise da Covid-19 sobre o mercado de trabalho brasileiro em 2020. **Rev. Katálysis**: 25(1). 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e82492>

MEDINA, M. G.; GIOVANELLA, L.; BOUSQUAT, A.; MENDONÇA, M. H. M. AQUINO, R. Atenção primária à saúde em tempos de covid-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, v.36 (7), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00149720>

MENDENHALL, E. Syndemics: a new path for global health research. **Lancet**, v. 389, 2017.

MENDENHALL, E.; OMONDI, G.B.; BOSIRE, E.; ISAIAH, G.; MUSAU, A.; NDETEI, D.; MUTISO V. Stress, diabetes, and infection: syndemic suffering at an urban Kenyan hospital. **Soc. Sci. Med.** 2015

MERGULHÃO, A.; CASTRO, R. Bolsonaro participou de pelo menos 84 aglomerações desde o início da pandemia de Covid-19. **O Globo**. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/politica/bolsonaro-participou-de-pelo-menos-84-aglomeracoes-desde-inicio-da-pandemia-de-covid-19-25048811>

MIRANDA, S. S.; GUIMARÃES, J. M. de M.; FRANÇA, J. R.; PEREIRA, M.; SANTOS, D. L. dos.; OLIVEIRA, K. B. S.; SERPA, F. B.; CARDOSO, A. J. C.; NATIVIDADE, M. dos S.; OKEY-REIS, C.; FUNCIA, F.; ARAGÃO, E. S. de. Impactos sociais e econômicos da COVID-19. In: BARRETO, M. L.; PINTO JUNIOR, E. P.; ARAGÃO, E.; BARRAL-NETTO, M. (org.). **Construção de conhecimento no curso da pandemia de COVID-19: aspectos biomédicos, clínico-assistenciais, epidemiológicos e sociais**. Salvador: Edufba, 2020. v. 2. DOI: <https://doi.org/10.9771/9786556300757.026>

MONGKHON, P.; RUENGORN, C.; AWIPHAN, R.; THAVORN, K. Exposure to Covid-19 related information and its association with mental health problems in Thailand: nationwide, cross-sectional survey study. **Journal of Medical Internet Research**, v. 23(2). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/348954978_Exposure_to_COVID-19-Related_Information_and_its_Association_With_Mental_Health_Problems_in_Thailand_Nationwide_Cross-sectional_Survey_Study

MONTEIRO, R. Secretária de Saúde de Porto Seguro orienta apenas uma dose da vacina para quem teve covid e é repreendida pela Sesab. **Política Livres**, 06/04/2021. Disponível em: <https://politicalivre.com.br/2021/04/secretaria-da-saude-de-porto-seguro-orienta-apenas-uma-dose-da-vacina-para-quem-teve-covid-e-repreendida-pela-sesab/#gsc.tab=0>

MORAES, C. L. *et al.* Violência contra idoso durante a pandemia de Covid-19 no Brasil: contribuições para seu enfrentamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4177-44184, 2020.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis**, v. 19 (4), 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312009000400005>

MORENO, A.B.; MATTA, G.C. Covid-19 e o dia em que o Brasil tirou o bloco da rua: acerca das narrativas de vulnerabilizados e grupos de risco. In: MATTA, G.C., REGO,

S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021

MORIN, E. **Um festival de incertezas**. *Espiral*, v. 4: 5-12. 2020. Disponível em: <http://www.iecomplex.com.br/revista2/index.php/espiral/article/view/46/52>

MP. MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA. MP aciona Município de Porto Seguro para impedir adoção e distribuição de ‘Kit Covid’. 18/08/2021. Disponível em: <https://www.mpba.mp.br/noticia/58653>

NA MÍDIA. Rui chama atenção para reinfecção da Covid-19 na Bahia: Uma avalanche de gente que foi contaminada duas vezes. 24/02/2021. Disponível em: <https://namidia.news/coronavirus/rui-chama-atencao-para-reinfeccao-da-covid-19-na-bahia-uma-avalanche-de-gente-que-foi-contaminada-duas-vezes/>

NARENDRAN, M. BINDU, A. BEEVI, N. JARIHARAN, M. BENNY, P. V. Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. **Clinical Epidemiology and Global Health**: v. 9, 2021.

NEWMAN, N., FLETCHER, R., SCHULZ, A., ANDI, S., & NIELSEN, R. K. Digital News Report 2020. **Reuters Institute for the Study of Journalism**: 2020.

OBSERVA COVID. O lugar da atenção primária à saúde nos planos de contingência estaduais para o enfrentamento da pandemia de covid-19. **Boletim**, ano 3, edição 15, 2022. Disponível em: https://api.observacovid.analisepoliticaemsaude.org/media/boletins/15/pdfs/boletim_OBSERVAcovid_MAR2022.pdf

OBSERVATÓRIO DA EPIDEMIA DO NOVO CORONAVÍRUS NO SUL DA BAHIA. Boletim 45 (28/03/2022). Comitê Emergencial de Crise da Universidade Federal do Sul da Bahia, 2022. Disponível em: https://ufsb.edu.br/images/Noticias/documentos_CEC_covid-19/BOLETIM-045.pdf
OBT. OBSERVATÓRIO DO TURISMO DA BAHIA. Pesquisa dos impactos da pandemia covid-19 no setor turismo empresarial. 2020.

OLIVEIRA W.K. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-8 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>.

OLIVEIRA, A. M. F; MOREIRA, M. R. C; XAVIER, S. P. L; MACHADO, M. F. A. S. Análise de integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021a.

OLIVEIRA, A. P. No olho do furacão: a circulação das fake News do governo Jair Bolsonaro nas plataforma durante a pandemia do Covid-19. Dissertação de Mestrado [Pós-graduação em Comunicação]. Universidade Federal de Santa Maria, 2021b.

OLIVEIRA, J. F.; JORGE, D. C. P.; VEIGA, R. V. *et al.* Mathematical modeling of Covid-19 in 14.8 million individuals in Bahia, Brazil. **Nature Communications**, v. 12 (333), 2021c. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41467-020-19798-3>

OLIVEIRA, M, A,C; PEREIRA, I, C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, v. 66, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso.

OMS, OPAS. **A OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a covid-19. Organização Pan-Americana da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.observatorio.turismo.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/07/RELATÓRIO-da-Pesquisa-dos-Impactos-da-Pandemia-no-Setor-do-Turismo-Empresarial-16-07-2020-correção-final-3-1.pdf>

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Gendered health analysis: Covid-19 in the Americas. PAHO, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55432>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Folha informativa 2019 – Atenção primária à saúde. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5858:folha-informativa-atencao-primaria-de-saude&Itemid=843

OMS/OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Respuesta de la Organización Panamericana de la Salud a la Covid-19 en la Región de las Américas*. Washington: OPAS, 2020. 84 p. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52454/paho-response-covid-19-americas_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

OMS/OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Global report on health data systems and capacity, Washington, DC: OPAS, 2021. Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/world-health-data-platform/score/who_2021-01-31_global-report-score_tb_v2.pdf?sfvrsn=cf86a4fb_3&download=true.

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista Debates in Psychiatry**. 2020. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-na-saude-mental-e-possiveis-estrategias>

ORTELAN, N; FERREIRA, A. J. F; LEITE, L; PESCARINI, J. M; SOUTO, A. C; BARRETO, M. L; AQUINO, E. M. L. Máscaras de tecido em locais públicos:

intervenção essencial na prevenção da Covid-19 no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** 26(2) Fev. 2021.

OUR WORLD IN DATA. Cumulative confirmed Covid-19 deaths. 2022. Disponível em: <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>

PADILHA, M.; COSTA, R. M. O. C. **Aps forte no sus – no combate à pandemia de covid-19.** Organização Pan-Americana da Saúde [internet]. 2020. Disponível em: https://apsredes.org/wp-content/uploads/2021/07/APSForte_interativo1607.pdf

PAIVA, C. H. A.; PIRES-ALVES, F. **Atenção Primária à Saúde: uma história brasileira.** 1º Ed. São Paulo: Hucitec, 2021.

PALMER, K.; MONACO, A.; KIVIPELTO, M.; ONDER, G.; MAGGI, S.; MICHEL, J. P.; PRIETO, R.; SYKARA, G.; DONDE, S. The potential long-term impact of the COVID-19 outbreak on patients with non-communicable diseases in Europe: consequences for healthy ageing. **Aging Clin. Exp. Res.** 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7248450/>

PAN, L. *et al.* Prevention and control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in public places. **Environmental Pollution**, v. 292, n. 1, p. 1-6, 2022.

PARKES, C. M. **Luto: estudos sobre a perda na vida adulta.** São Paulo. Summus, 1998.

PATIÑO-ESCARCINA, J.; MEDINA, M. G. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da Covid-19: revisão documental. **Saúde Debate:** 46(1). 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E108>

PEIXOTO, S. V.; NASCIMENTO-SOUZA, M. A.; DE MELO MAMBRINI, J. V.; DE ANDRADE, F. B.; MALTA, D. C.; LIMA-COSTA, M. F. Health behaviours and the adoption of individual protection measures during the new coronavirus pandemic: The ELSI-COVID-19 initiative. **Cad Saude Publica** 2020;36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00195420>.

PENSSAN. REDE BRASILEIRA DE PESQUISA EM SOBERANIA E SEGURANÇA ALIMENTAR.. **II Inquérito nacional sobre insegurança alimentar no contexto da pandemia da covid-19 no Brasil (II VIGISAN) - Relatório final.** São Paulo: Fundação Friedrich Ebert, 2022.

PITITTO, B. A.; FERREIRA, S. R. G. Diabetes e Covid-19: mais do que a soma de duas morbidades. **Rev. Saúde Pública** v. 54, 2020.

PODER360. Justiça proíbe festas de réveillon em Porto Seguro. 26 de Dezembro de 2020. Disponível em: <https://www.poder360.com.br/brasil/justica-proibe-festas-de-reveillon-em-porto-seguro/>

POLÍTICOS DO SUL DA BAHIA. Conselho de Saúde divulga carta denunciando gestão de Raíssa Soares. 27/08/2021. Disponível em:

<https://www.politicosdosuldabahia.com.br/v1/2021/08/27/porto-seguro-conselho-de-saude-divulga-carta-denunciando-gestao-de-raissa-soares/>

PORTO NEWS NET. Em carta aberta, empresários pedem um posicionamento do prefeito Jânio Natal contra o Lockdown. 26/02/2021. Disponível em: <https://www.portonewsnet.com.br/noticias/noticia/id:14920;em-carta-aberta-empresarios-pedem-um-posicionamento-do-prefeito-janio-natal-contra-o-lockdown.html>

PORTO SEGURO. CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA. Nota Técnica COE SMS/ Porto Seguro N° 01/2020 de 09 de abril de 2020. Orientações sobre a prevenção da transmissão e manejo de Síndromes Gripais na Atenção Primária do município de Porto Seguro – Ba. 2020c. Disponível em: <http://www.acessoinformacao.com.br/ba/portoseguro/wp-includes/ExternalApps/downloader.php?&url=http%3A%2F%2Facessoinformacao.org.br%2Flicitacoes%2Farquivos%2Fdownload%2Fc56b0b5e69f0e857acf924e8a02bf10cc833c367.pdf>

PORTO SEGURO. CENTRO DE OPERAÇÕES DE EMERGÊNCIA. Nota Técnica COE SMS/ Porto Seguro N° 03/2020 de 18 de maio de 2020. Recomendações de proteção aos trabalhadores dos serviços de saúde no atendimento do Covid-19 e sintomas gripais no âmbito da secretária de saúde de Porto Seguro – Ba. 2020d. Disponível em: <http://www.acessoinformacao.com.br/ba/portoseguro/wp-includes/ExternalApps/downloader.php?&url=http%3A%2F%2Facessoinformacao.org.br%2Flicitacoes%2Farquivos%2Fdownload%2F808847214bd2c5386a4a08833670a34abb665a36.pdf>

PORTO SEGURO. SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano de ação para o enfrentamento ao Covid-19 da Secretária de Saúde. 2020b.

PORTO SEGURO. SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública em Porto Seguro - BA. 2022a. Disponível em: <http://www.acessoinformacao.com.br/ba/portoseguro/wp-includes/ExternalApps/downloader.php?&url=http%3A%2F%2Facessoinformacao.org.br%2Flicitacoes%2Farquivos%2Fdownload%2Fb55e7f321fd4cdc2879b4b2b73dd2e104a44d71d.pdf>

POSSA L, B; et al. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**. 2020;6(Supl.2). 10.18310/2446-48132020v6n2Suplem.3365g566.

PRIMO, A. Afetividade e relacionamentos em tempos de isolamento social: intensificação do uso de mídias sociais para interação durante a pandemia de COVID-19. **Comunicação e Inovação**: v. 2 (47), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.13037/ci.vol21n47.7283>

RANZANI, O. T. BASTOS, L. S. L. GELLI, J. G. M. MARCHESI, J. F. BAIÃO, F. HAMACHER, S. BOZZA, F. A. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. **The**

Lancet Respiratory Medicine: v. 9(4), 2021. Disponível em:
[https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9)

REIS, A. P.; GÓES, E. F.; PILECCO, F. B.; ALMEIDA, M. C. C. DIELE-VIEGAS, L.M.; MENEZES, G. M. S.; AQUINO, E. M. L. Desigualdades de gênero e raça na pandemia de Covid-19: implicações para o controle no Brasil. **Saúde debate:** v.44. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E423>

ROCHA, R.; ATUN, R.; MASSUDA, A.; RACHE, B.; SPINOLA, P.; NUNES, L.; LAGO, M.; CASTRO, M. . Effect os socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and responde to Covid-19 in Brasil: a comprehensive analysis. **The Lancet**, v.9 (6), 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00081-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00081-4)

ROSENSTOCK, I, M; STRECHER, V. J; BECKER, M. H. Social learning Theory and the health belief model. **Health Education and Behavior** Jun, 1988. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/109019818801500203>

ROSSI, R. SOCCI, V. TALEVI, D. MENSI, S. NIOLU, C. PACITTI, F. DI MARCO, A. ROSSI, A. SIRACUSANO, A. DI LORENZO, G. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy. **Front psychiatry:** 11(790), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00790>

ROSSINI, P.; KALOGEROPOULOS, A. **Relatório de Pesquisa: Informação e Desinformação sobre a Covid-19 no Brasil.** University of Liverpool, UK. 2021.

ROY, A.; SINGH, A. K.; MISHRA, S. CHINNADURAI, A. MITRA, A. BAKSHI, O. Mental health implications of COVID-19 pandemic and its response in India. **Int. J. Soc. Psychiatry:** 65(5). 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0020764020950769>

SALLAM, M.; DABABSEH, D.; YASEEN, A.; AL-HAIDAR, A.; TAIM, D.; EID. H. COVID-19 misinformation: mere harmless delusions or much more? a knowledge and attitude cross-sectional study among the general public residing in Jordan. **Plos One:** 15(12). 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243264>

SANTOS, B. S. Coronavírus: Tudo o que é sólido desmancha no ar. *Blog da Boitempo*, 2 abril 2020. Disponível em: <https://blogdaboitempo.com.br/2020/04/02/coronavirus-tudo-o-que-e-solido-desmancha-no-ar/>.

SANTOS, B. S. **O futuro começa agora: da pandemia à utopia.** São Paulo: Boitempo, 2021.

SANTOS, B. S. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. **Novos Estud. CEBRAP:** v.79. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-33002007000300004>

SANTOS, D. A.; SILVA, L. B. Relações entre trabalho e gênero na pandemia do Covid-19: o invisível salta aos olhos. **Oikos:** v. 18 (1). 2021.

- SANTOS, M. A.; LANDIM, E. L. A. S.; FARIAS, T. S. Planejamento em saúde no contexto da pandemia da Covid-19, Bahia, Brasil. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v. 45(2), 2021. Disponível em: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.nEspecial_2.a3492
- SANTOS, M. P. A.; NERY, J. S.; GOES, E. F.; SILVA, A.; SANTOS, A. B. S.; BATISTA, L. E.; ARAÚJO, E. M. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**: v. 34(99). 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>.
- SANTOS, M. R.; BADARÓ, M. C. J.; FARIA, L. R. A pesquisa científica no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: relato de experiência. **Rev. APS**. 2022; 25(Supl 1): 198 - 207
- SARTI, T. D.; LAZARINI, W. S.; FONTENELLE, L. F.; ALMEIDA, A. P. S. C. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela Covid-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29 (2), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
- SCHAPPO, S. **Fome e Insegurança Alimentar em tempos de pandemia da Covid-19**. Núcleo de Estudos e Pesquisa Sociedade, Estado, Políticas Públicas e Serviço Social. UFSC, 2020. Disponível em: https://cisama.sc.gov.br/assets/uploads/6edaf-artigo_fome_inseguranccca7aalimentar.pdf
- SCHILINDWEIN, R. Aspectos psicológicos da terminalidade do luto e do morrer. **Revista Científica em Psicologia**, 1(1) 2001.
- SCHWEICKARDT, J. C.; PEDROSA, J. I. S.; BARBOSA, M. C. L.; GUILAM, M. C. R.; TEIXEIRA, C. P. Manual da 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. Mestrado Profissional em Saúde da Família. 2020.
- SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Nota Técnica Conjunta SESAB/ COSEMS-BA/ SMS Salvador – Coronavírus (2019-CoV). 2020a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/Nota-Técnica-Conjunta-SESAB_COSEMS_BASMS-Coronav%C3%ADrus-2019-nCoV-%C7%80-Nº-02.pdf
- SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. Plano Estadual de Contingência para Enfrentamento do Novo Coronavírus – SARS CoV2. 2020b. Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/06/Plano-de-Contingência-Coronav%C3%ADrus-Bahia-2020-2606.pdf>
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO SEGURO. **Plano de contingência para resposta às emergências em saúde pública em Porto Seguro**, Bahia, 2020. Porto Seguro: Prefeitura Municipal de Porto Seguro; 2020

SEIXAS, C. T.; MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. SANTO, T. B. E.; JUNIOR, H. S.; CRUZ, K. T. A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela Covid-19. **Interface**, v. 25 (1), 2021.

SEGARINI RAAMKUMAR, A.; TAN, S. G.; WEE, H. L. Measuring the Outreach Efforts of Public Health Authorities and the Public Response on Facebook during the COVID-19 Pandemic in Early 2020: Cross-Country Comparison. **J Med Internet Res.**, v. 22 (5), 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32401219/>

SHAHIN, M. A. H.; HUSSIEN, R. M. Risk perception regarding the Covid-19 outbreak among the general population: a comparative Middle East survey. **Middle East Current Psychiatry**, v. 27 (71), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s43045-020-00080-7>

SHARPE, D. Chi-Square Test is Statistically Significant: Now What? **Practical Assessment, Research, and Evaluation** 20(1), 8. 2015.

SHIMIZU, H.; LIMA, L. D. de; CARVALHO, A. . L. B. de; CARVALHO, B. G. .; VIANA, A. L. D. A. Regionalização e crise federativa no contexto da pandemia da Covid-19: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 131, 2022. Disponível em: <https://www.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/5879>.

SILVA, S. J. R.; MAGALHÃES, J. J. F.; PENA, L. Simultaneous Circulation of DENV, CHIKV, ZIKV and SARS-CoV-2 in Brazil: an Inconvenient Truth. **One Health**, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7758547/>

SILVEIRA, M. F.; BARROS, A. J. D.; HORTA, B. L.; PELLANDA, L. C.; VICTORA, G. D.; DELLAGOSTIN, O. A. Population-based surveys of antibodies against SARS-CoV-2 in Southern Brazil. **Nat Med** 2020;26. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0992-3>.

SINGER, M. A dose of drugs, a touch of violence, a case of AIDS: conceptualizing the SAVA syndemic. *Free Inq. Creativ Sociol.* v. 24, 1996. Disponível em: <https://ojs.library.okstate.edu/osu/index.php/FICS/article/view/6986>

SINGER, M.; BULLED, N.; OSTRACH, B.; MENDENHALL, E. Syndemics and the biosocial conception of the health. **The Lancet**, v. 389, 2017. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/314200704_Syndemics_and_the_biosocial_conception_of_health

SINGER, M.; CLAIR, S. Syndemics and Public Health: Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. **Medical Anthropology Quarterly**, 17(4), 2003.

SOUZA, I. V.; SCODRO, R. B. L.; SIQUEIRA, V. L. D.; CARDOSO, R. F.; CALEFFI-FERRACIOLI, K. R. Comorbidades e óbitos por covid-19 no Brasil. **Uningá Jornal** v. 58, 2021. Disponível em: doi.org/10.46311/2318-0579.58.eUJ4054

SOUZA, Y. M. *et al.* Caracterização dos trabalhadores da saúde da enfermagem afastados por distúrbios osteomusculares em hospital universitário. **Revista de**

Enfermagem da UFSM, Santa Maria- Rio Grande do Sul, v. 10, ed. 10, p. 1-17, jan. 2020.

SWIRE-THOMPSON, B.; LAZER, D. Public health and online misinformation: Challenges and recommendations. **Annual Review of Public Health**, v. 41, n. 1, p. 433-451, 2019.

SZWARCWALD, C. L.; SOUZA-FILHO, P. R. B.; MALTA, D. C.; BARROS, M. B. A; MAGALHÃES, M. A. F.M.; XAVIER, D. R. Adesão às medidas de restrição social e efeitos sobre a disseminação dos casos de Covid-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2020.

TABATABAEIZADEH, SA. Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis. **European Journal of Medical Research**, v. 26, n. 1, p. 1-6, 2021.

TADESSE, T. *et al.* Predictors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Practices Using Health Belief Model Among Employees in Addis Ababa, Ethiopia, 2020. **Infection and Drug Resistance**, v. 13 (1), 2020.

TEIXEIRA, C. F.; SANTOS, J. S. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia da Covid-19: 2020-2021. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2022. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/analise-estrategica-da-atuacao-do-governo-federal-brasileiro-na-pandemia-da-covid19-20202021/18553>

TELES, A. S.; COELHO, T. C. B.; FERREIRA, M. P. S. Gasto Público em Saúde na Bahia: explorando indícios de desigualdades. **Saúde debate**, v. 41 (113), 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711309>

TOUCHTON, M.; KNAUL, F. M.; ARREOLA-ORNELA, H.; PORTENY, T. A partisan pandemic: state government public health policies to combat Covid-19 in Brazil. **British Medical Journal Global Health**, v. 6 (6), 2021. DOI: 10.1136/bmjgh-2021-005223

VENTURA, D.; AITH, F.; REIS, R. *et al.* A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da Covid-19. São Paulo: CEPEDISA/USP, 2021. Disponível em: <https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/35692/1/PoI%C3%ADticasMorteGovern%20o.pdf>

WANG, B.; LI, R.; LU, Z.; HUANG, Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. **Aging**, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185114/>

WANG, C. PAN, R. WAN, X. TAN, Y. XU, Y. HO, C. HO, R. C. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **Int. J. Environ. Res. Public Health**: 15(5), 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

WANG, Y.; MCKEE, M.; TORBICA, A.; STUCKLER, D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. **Soc. Sci. Med.**: 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112552>

WARDLE, Claire. **Fake news**. It's complicated. First Draft, Reino Unido, fev. 2017. Disponível em: <https://bit.ly/3iejga6>.

WHO (World Health Organization). Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)).

WONDER, J. W. **Aconselhamento do luto e Terapia do Luto: um manual para profissionais da saúde mental** – São Paulo: Roca, 2013.

XIE, K. *et al.* The impact of risk perception on social distancing during the Covid-19 pandemic in China. **Int. Jour. of Environ. Research and Public Health**, v. 17 (17), 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6256/htm>.

XIONG, J. LIPSITZ, O. NASRI, F. LUI, L. M. W. GILL, H. PHAN, L. CHEN-LI, D. LACOBUCCHI, M. HO, R. MAJEED, A. MCINTYREA, R. S. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. **J Affect Disord**: 277. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>

YABRUDE, A. T. Z. *et al.* Desafios das Fake News com Idosos durante Infodemia sobre Covid-19: Experiência de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 44, n. 1, p. 1-6, 2020.

YADAV, U. N.; RAYAMAJHEE, B.; MISTRY, S. K.; PARSEKAR, S. S.; MISHRA, S. K. A syndemic perspective on the management of non-communicable diseases amid the COVID-19 pandemic in low-and middle-income countries. **Front Public Health**, 2020.

ZARACOSTAS, John. **How to fight an infodemic**. The Lancet, 29 de fevereiro de 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30461-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30461-X/fulltext).

APÊNDICE A – Artigo “A pesquisa científica no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: relato de experiência”.



A pesquisa científica no cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde: relato de experiência

Scientific research in the everyday work of a community health agent: experience report

Matheus Ribeiro dos Santos¹, Maria da Conceição Julião Badaró², Lina Rodrigues de Faria³

RELATO DE EXPERIÊNCIA – Recebido: agosto de 2021 – Aceito: outubro de 2021

RESUMO

Este artigo é um relato de experiência que tem por objetivo apresentar as atividades e as experiências dos agentes comunitários de saúde (ACSs) decorrentes da realização da primeira fase de um estudo multicêntrico sobre prevenção e controle da Covid-19 em três Unidades de Saúde da Família de um município do estado da Bahia. A participação dos ACSs foi dividida em três etapas: I – Convite e qualificação; II – Coleta de dados; III – Discussão sobre a pesquisa. Participaram 16 ACSs, destacando-se, nesse processo, a utilização das Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e os impactos observados pelos ACSs no seu processo de trabalho ao participar da coleta e discussão dos dados da pesquisa. Observou-se a importância do desenvolvimento do estudo no âmbito da Atenção Primária à Saúde como forma de qualificação do trabalho do ACS no uso das TICs e na vigilância em saúde no território bem como a importância da Prática Baseada em Evidências Científicas no trabalho em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Agentes Comunitários de Saúde. Infecções por Coronavírus. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

This is an experience report that aims to present the activities and experiences of Community Health Agents (ACSs, in Portuguese) resulting from the first phase of a multicenter study on the Prevention and Control of Covid-19 in three Units of Family Health in a municipality in the state of Bahia. The participation of the ACSs was divided into three stages: I – Invitation and qualification; II – Data collection; III – Research discussion. 16 ACSs participated and they emphasized the impacts of the use of Information and Communication Technologies (ICT) in their work process during the collection and discussion of research data. The importance of developing the study in the context of Primary Health Care was observed, as a way of qualifying the work of ACSs in the use of ICT and health surveillance in the territory, as well as the emphasis on Evidence-Based Practice in health practice.

KEYWORDS: Community Health Agents. Coronavirus Infections. Primary Health Care.

¹ Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8946-9355>. E-mail: mateurs14@hotmail.com

² Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7658-1281>.

³ Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6439-0760>.

INTRODUÇÃO

A pandemia causada pela COVID-19 tem provocado em todo o mundo a mobilização de recursos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais. É consenso entre os organismos internacionais a importância das medidas de prevenção e controle individuais e coletivas no enfrentamento ao vírus, "a fim de conter a infecção de novos indivíduos e reduzir a sobrecarga social da doença e sua mortalidade"¹. A pandemia do Sars-CoV-2 passa a imprimir à humanidade novas normas de viver e trabalhar, interpretadas como obstáculo ou oportunidade para o enfrentamento das consequências, com a imposição do isolamento e/ou distanciamento social. São exigidas adaptações às novas realidades e rotinas que intensificam sentimentos de angústia, medo e incertezas, especialmente entre populações mais vulneráveis e fragilizadas^{2,3}.

No Brasil, assiste-se à redução de investimentos em ações sanitárias, sociais e educacionais, o que aprofunda as desigualdades sociais, a pobreza, as violências e o atraso de vacinas que possam proteger a população dos quadros graves da doença. Nesse contexto, as equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) assumem importante papel no desenvolvimento de ações educativas, sociais e assistenciais, pois compreendem as especificidades sociais e culturais das comunidades onde atuam³. A APS também será responsável pelos diversos problemas decorrentes do isolamento e da precarização da vida em aspectos sociais e econômicos, "como transtornos mentais, violência doméstica, alcoolismo e agudização ou desenvolvimento de agravos crônicos, cujas consequências são de difícil previsão, exigindo cuidados integrados e longitudinais"¹.

Os desafios impostos pela pandemia ressaltaram a necessidade do envolvimento de todos os profissionais da APS no planejamento das ações para a gestão de riscos durante o período de emergência⁴. A (re)organização dos processos de trabalho para suprir tal demanda suscitou novas formas de comportamento social, além da adequação e desenvolvimento das práticas de cuidado, principalmente aquelas desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs)⁵. As atividades de vigilância, diagnóstico precoce, tratamento de casos leves e as estratégias de prevenção e educação em saúde são destacadas pelos profissionais da APS como centrais no combate a pandemia⁶. Assim, as necessidades de saúde das comunidades incluíram novas demandas de trabalho para os ACSs, que passaram a necessitar, nos cenários de cuidado,⁵ de: ações de educação permanente adaptadas ao novo contexto da pandemia, desenvolvimento e mudança da práxis e uso ferramentas, como as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs). A formação do trabalhador de saúde, nesse contexto, precisa ter como base as melhores evidências científicas disponíveis, para que possam, em suas atividades laborais, esclarecer e combater as inúmeras *Fake News* espalhadas nos territórios.

No contexto da pandemia da Covid-19, a infodemia tem sido destacada pelo aumento do volume de informações, que se multiplicam exponencialmente em pouco tempo, associadas a questões específicas. Ao serem compartilhadas, as *Fake News* colocam em risco todo o trabalho de orientação desenvolvido pelos trabalhadores da saúde, influenciando, negativamente, as pessoas a buscar formas de tratamento alternativas, a não tomar os devidos cuidados dentro e fora de casa e até mesmo a duvidar de dados científicos ⁷.

A Prática Baseada em Evidência (PBE) e a produção de conhecimento no Sistema Único de Saúde (SUS) são importantes ferramentas na qualificação do trabalho e na tomada de decisões em saúde com base em evidências científicas. A PBE amplia a aplicação da epidemiologia e a avaliação criteriosa na tomada de decisão, além de incentivar as várias áreas a buscar conhecimentos científicos por meio do desenvolvimento de pesquisas e aplicação dos resultados encontrados na prática profissional. Uma das características essenciais da PBE é que a preferência do paciente é considerada quando o usuário chega ao serviço com algum tipo de informação sobre o seu estado de saúde. A comunicação entre o profissional e o paciente é, portanto, a base do cuidado terapêutico ⁸.

O contexto pandêmico ressaltou a urgência de inserção das evidências científicas na formação e nas práticas de cuidado dos profissionais. Entretanto, apesar da reconhecida necessidade, sua implementação nos cenários da APS encontra diversas barreiras, envolvendo questões relacionadas à cultura organizacional dos serviços (responsabilidades, carga de trabalho e recursos disponíveis), indo além da motivação do profissional ⁹.

Diante da participação do Município de Porto Seguro, no Sul da Bahia, na realização da 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", promovida pela Rede PROFSAÚDE e FIOCRUZ, o trabalho tem como objetivo apresentar a experiência com os ACSs decorrente da realização da primeira fase das atividades, que consiste na aplicação de um formulário aos usuários que frequentaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) nos 90 dias precedentes à pesquisa, com o objetivo de identificar as estratégias utilizadas pela população e o grau de credibilidade das informações na prevenção e controle da Covid-19.

DESENVOLVIMENTO

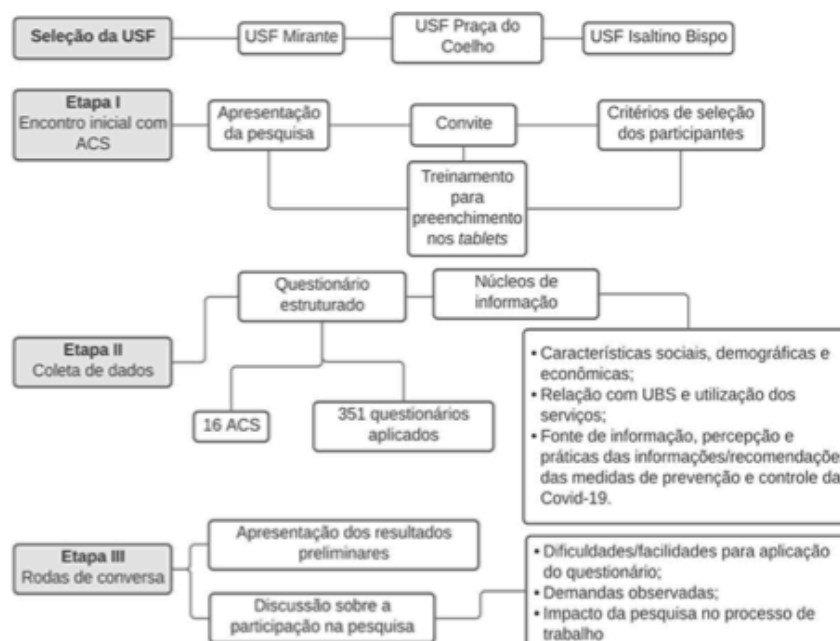
Trata-se aqui de um relato de experiência, construído a partir das vivências e dos relatos dos ACSs que participaram da pesquisa entre os meses de setembro de 2020 e março de 2021.

Matheus Ribeiro dos Santos, Maria da Conceição Julião Badaró, Lina Rodrigues de Faria

O trabalho de pesquisa está em conformidade com os preceitos éticos e foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB), processo n. 4.437.757.

As atividades com os ACSs foram orientadas por mestrandos do Mestrado Profissional em Saúde da Família da UFSB, envolvendo as seguintes etapas: I – Convite e qualificação; II – Coleta de dados; III – Discussão sobre a pesquisa (Figura 1).

Figura 1 – Percorso metodológico



Fonte: elaborada pelos autores

Na etapa I foram selecionadas três Unidades de Saúde da Família (USF) nos bairros Mirante, Praça do Coelho e Cambolo, no município de Porto Seguro. Foram realizados encontros com os ACSs das três USFs separadamente, para apresentação da proposta de pesquisa, convite, critérios de seleção dos usuários participantes, questões éticas e treinamento no preenchimento do questionário para usuários. Utilizaram-se *tablets*, cedidos pela Secretaria de Saúde, com o *software* Cidade Saudável.

Na etapa II, foi realizada a coleta de dados nos meses de setembro de 2020, fevereiro e março de 2021. Participaram das atividades 16 ACSs, que aplicaram questionários com o objetivo de identificar características sociais, demográficas e econômicas da população, bem

como a utilização dos serviços de saúde, as estratégias e o grau de credibilidade das informações para a prevenção e controle da Covid-19. Após esse período, os dados foram extraídos do sistema e consolidados pelos mestrandos.

Na etapa III, foram realizadas rodas de conversa para apresentação dos resultados preliminares e discussão de questões relacionadas à experiência de participação na pesquisa. Os participantes foram estimulados a compartilhar as dificuldades e facilidades encontradas na aplicação dos questionários, as demandas observadas a partir do trabalho realizado e como a pesquisa teve impacto sobre suas rotinas de trabalho.

Importante destacar as atividades e interações nos territórios dos ACSs no monitoramento de casos suspeitos e na vigilância de grupos específicos associadas à orientação do modelo assistencial para o nível local no contexto de crise sanitária. O suporte dos ACS para a adesão aos cuidados de prevenção e controle da Covid-19 tem sido um recurso potente para a aderência das populações às medidas sanitárias.

Durante a pandemia, os ACSs acumularam outras experiências específicas de cuidados com as populações, em especial as mais vulneráveis, como orientações quanto à utilização de máscaras, álcool gel, distanciamento social, além da realização de visitas domiciliares para identificação de situações de risco relacionadas ao Sars-Cov-2, casos suspeitos e contatos domiciliares¹⁰.

Percebeu-se que a inserção da pesquisa científica na rotina de trabalho dos profissionais constitui-se um desafio, pois foi observada, inicialmente, resistências na adesão dos ACSs à participação no estudo, superadas por meio da abordagem em forma de convite – em que os agentes estavam livres para decidir sobre sua participação – e do esclarecimento sobre as entrevistas, que deveriam ser realizadas durante as visitas domiciliares já programadas em seus respectivos processos de trabalho.

"No início eu não queria nem participar, porque todo dia aparece mais trabalho. Mas como disseram que era para fazer na visita mesmo e que não era com todo mundo, resolvi aceitar. Quando a gente pode ir fazendo no nosso tempo é melhor" (ACS 3).

A utilização dos *tablets* também foi fator decisivo, pois facilitou o processo de coleta de dados, permitindo a manutenção do distanciamento durante as visitas.

"O *tablet* ajudou porque não precisava levar papel e dava para responder sem entrar dentro da casa, porque nesses tempos a orientação é não entrar. No começo demorei um pouco para fazer sozinha, mas ia lembrando do curso e, depois que peguei o jeito, foi bem fácil" (ACS 7).

A informatização do trabalho das equipes e dos ACSs é recurso importante para a efetivação das ações desenvolvidas durante a pandemia. Entretanto, apesar de a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)¹¹ e de órgãos, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO),¹² destacarem o incremento de tecnologias no trabalho em saúde, é preciso

dar formação e suporte para o eficiente manejo e operacionalização dessas ferramentas⁵. Nesse sentido, a qualificação realizada na Etapa I foi essencial para a realização da coleta de dados e para a notificação de casos suspeitos no sistema.

Os resultados preliminares sinalizaram o protagonismo dos ACSs nas ações de promoção em saúde relacionadas ao COVID-19 em comparação com outros profissionais da ESF, em função da proximidade maior desses agentes com as populações dos territórios. Cabe destacar a atuação e experiência dos ACSs nas orientações sobre o uso da máscara como principal estratégia de prevenção, sobre o isolamento parcial e total como estratégias importantes para as populações mais vulneráveis (embora mais difíceis e menos colocadas em prática pela população pesquisada). Cabe destacar também a maior confiabilidade dos usuários nos profissionais da saúde em relação às informações repassadas às comunidades sobre o quadro sanitário.

Os agentes relataram nas rodas de conversa da Etapa III que a participação na pesquisa promoveu maior aproximação com as práticas de prevenção realizadas pela população e a identificação de áreas e famílias mais vulneráveis à contaminação pela covid-19 no território, o que oportunizou a realização de ações de promoção em saúde, visto que eles se sentiram mais qualificados e empoderados para abordar tais questões.

"Acho que o que a pesquisa mais me ajudou foi reforçar com as pessoas os cuidados que precisa ter, né? Nessa pandemia, às vezes passamos tão rápido na visita para não ter contato que a parte da orientação fica prejudicada. Aí quando a pessoa respondia que não acreditava em alguma coisa, no final reforçava com ela aquele ponto" (ACS 1).

"Como tinha as perguntas sobre trabalho, vi o tanto de gente que perdeu emprego nessa pandemia. Porque a gente pergunta na hora do cadastro, mas depois acaba vendo mais coisa da saúde mesmo. Aí, como tem na pesquisa, fiquei assustada, porque muita gente ali trabalhava antes, aí já orientei para ir no CRAS ou para ir na igreja que estava doando alimento" (ACS 5)

"Aqueles famílias mesmo que tem menos condição ou que tem mais idosos, reforcei as visitas, levava umas máscaras de vez em quando. Quando não caía água na casa, ia junto na escola ou no posto para ajudar pedir e a pegar água" (ACS 15).

As *Fake News* foram um dos pontos abordados pelos ACS devido à grande disseminação nos territórios:

"Hoje em dia o que a gente tá tendo mais dificuldade com as pessoas são as *Fake News*. Na minha área mesmo, tem gente que não acredita que usar máscara protege e quando vou falar diz que tem a imunidade boa, que já tá tomando a medicação para não pegar" (ACS 8).

"As perguntas também ajudam a gente a ver no que as pessoas acreditam mesmo. Porque a gente acha que a pessoa tem orientação, mas quando vai ver não acredita nem no vírus, que dirá na máscara. Aí as vezes tem que dizer que é para proteger a mãe ou o pai que é idoso" (ACS 3).

"Tem gente que acredita no que a gente fala, sobre usar a máscara, não ficar abraçando, apertando as mãos e tendo contato na rua. Mas aí quando fala da vacina, a pessoa já diz que não vai tomar porque tem medo, aí converso e, quando mesmo assim não acreditam,

já até liguei para a enfermeira do posto explicar melhor" (ACS 1).

"Na minha área tive que pedir ajuda para o pastor, por exemplo, porque tinha muita gente da igreja que não estava usando máscara, aí quando ele falou o pessoal deu mais confiança" (ACS 5).

Destacaram também a necessidade de educação permanente em temas como vacinação, tratamento e estratégias de enfrentamento à Covid-19, em virtude da realização de educação em saúde e da grande quantidade de *Fake News* espalhadas entre os usuários. Tais demandas foram encaminhadas à Secretaria de Saúde do município.

"Uma coisa que a gente precisa é mais informação sobre as vacinas, porque o que sabemos é o que passa na televisão e às vezes não é suficiente para rebater a notícia falsa que chega. Precisamos de mais formação para passar para as pessoas" (ACS 11).

Os ACSs manifestaram satisfação ao participar da pesquisa, pois, apesar da extensão do questionário, o uso dos *tablets* facilitou a aplicação e possibilitou a complementação do cadastro dos usuários, visto que também foram abordados itens de caráter socioeconômico. Após a conclusão da coleta de dados, foi identificado no Sistema Cidade Saudável maior quantitativo de notificações de casos suspeitos da doença pelos ACSs nos bairros onde a pesquisa foi realizada, em comparação com outros bairros do município.

"Foi bom participar, porque ajudou a conversar mais com algumas pessoas que nas visitas não dão muita informação. Mas também foi um trabalho a mais né? Foram muitas perguntas e às vezes tanto a gente quanto as pessoas ficavam cansadas. Nesse ponto podia melhorar" (ACS 8).

"O *tablet* foi bom, porque na hora que a pessoa respondia a pesquisa, eu já ia ali na outra parte e complementava o cadastro ou fazia a notificação. Nesse ponto facilitou muito o trabalho que antes fazia no papel e ainda tinha que digitar no posto" (ACS 16).

Este relato de experiência demonstra, a nosso ver, a importância da inserção da pesquisa científica no cotidiano de trabalho dos profissionais da ESF como prática de aperfeiçoamento das ações de promoção e vigilância em saúde. A realização de pesquisas no âmbito da APS pode contribuir para o diagnóstico de problemas do território e auxiliar na construção de soluções significativas, capazes de promover o aperfeiçoamento das ações e dos serviços de saúde, com a possibilidade de transformar o conhecimento científico em intervenções que melhorem as práticas da APS. Entretanto, mesmo com esforço da academia na aproximação com os serviços, existe uma lacuna entre a produção e a utilização dos resultados dos estudos pelos profissionais de saúde¹³.

A elaboração de uma agenda em nível local que englobe a pesquisa científica, aproxime a academia dos serviços de saúde e de gestão e que leve em consideração os problemas vivenciados na atenção básica e a participação efetiva dos profissionais ainda é um grande desafio. A pesquisa deve ser considerada estratégia válida para a produção de informações e conhecimentos que orientem as decisões (de gestão e atenção) e promovam melhorias na

Atenção Básica¹³.

É preciso, entretanto, refletir também sobre como o conhecimento científico é construído e como ele pode auxiliar no cotidiano das práticas de cuidado da APS, para que tenha o potencial de aprimorar os processos desenvolvidos no SUS, culminando com a melhora das condições de vida e saúde das comunidades¹³. Assim, é necessário o engajamento da academia e dos pesquisadores na divulgação dos resultados das pesquisas realizadas, não apenas em formato de publicações, mas principalmente por meio de discussão nos espaços da atenção básica com os atores implicados no processo, para que, a partir das reflexões, eles possam operacionalizar sua utilização no cotidiano de trabalho¹³.

"É bom esse momento de conversar e ver esses resultados das perguntas que a gente fez. Principalmente por ouvir os colegas sobre as experiências deles, porque já pego alguma coisa para fazer no meu posto também ou conserto algo que estava fazendo errado" (ACS 10).

Assim, é de extrema importância proporcionar aos ACSs momentos de compartilhamento de informações, essenciais para o embasamento do trabalho cotidiano.

"Essa parte das informações antes de começar foi muito boa, porque ajudou a mostrar o que é certo mesmo, o que a ciência diz, e também a tirar dúvidas sobre o vírus que a gente já tinha antes. Também porque às vezes fazem curso para os outros profissionais e não chamam os agentes" (ACS 12).

Finalmente, importa ressaltar que a Prática Baseada em Evidência na APS, especificamente, na ESF, amplia a produção de conhecimentos no SUS por meio da aplicação da melhor evidência científica na promoção da qualidade na assistência e na prestação de cuidados em saúde. Essa é uma abordagem que incentiva as várias áreas a construir evidências e conhecimentos científicos por meio do desenvolvimento de pesquisas e da aplicação dos resultados encontrados na prática profissional, que integra processos nas múltiplas dimensões que se relacionam às questões sociais, econômicas, políticas e culturais¹⁴.

CONCLUSÃO

Constatou-se que a utilização de recursos tecnológicos para a coleta de dados foi essencial no engajamento dos ACSs, assim como para as estratégias de vigilância em saúde. Identificou-se o impacto positivo da participação desses profissionais na primeira fase da pesquisa. Acredita-se que tal colaboração promoveu maior interação dos profissionais com seu território quanto ao enfrentamento à doença e que a utilização das TICs facilitou a produção de dados e as ações de vigilância em saúde bem como a promoção de estratégias de prevenção.

A participação dos ACSs neste trabalho demonstra que a pesquisa não é interesse apenas de pesquisadores, mas também de gestores e, principalmente, dos trabalhadores da saúde.

Contudo, para que seus resultados sejam observados e colocados em prática, faz-se necessário promover a participação e a socialização dos resultados em espaços de discussão, que propiciem a internalização do conhecimento e promovam sua utilização.

REFERÊNCIAS

1. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Qual o papel da atenção primária à saúde diante da pandemia provocada pela covid-19? *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jul. 14]; 29(2). <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200024>
2. Morin E. Um festival de incertezas. *Espiral* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jul. 02]; 4: 5-12. Disponível em: <http://www.iecomplex.com.br/revista2/index.php/espiral/article/view/46/52>
3. Schweickardt JC, Pedrosa JIS, Barbosa MCL, Guilam MCR, Teixeira CP. Manual da 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. *Mestrado Profissional em Saúde da Família*. 2020.
4. Dunlop C, Howe A, Li D, Allen LN. The coronavirus outbreak: the central role of primary care in emergency preparedness and response. *BJGP Open* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jun. 27]; 4(1): 1-3. <https://doi.org/10.3399/bjgpopen20X101041>
5. Maciel FBM, Santos HLPC, Carneiro RAS, Souza EA, Prado NMBL, Teixeira CFS. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciênc saúde coletiva* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jun. 20]; 25(2): 4185-4195. <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>
6. Padilla M, Costa RMOC. Aps forte no sus – no combate à pandemia de covid-19. *Organização Pan-Americana da Saúde* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jul. 02]. Disponível em: https://apsredes.org/wp-content/uploads/2021/07/APSForTE_interativo1607.pdf
7. Garcia LP, Duarte E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a Covid-19. *Epidemiol Serv Saúde* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jun. 04]; 29(4): 1-4. <http://dx.doi.org/10.1590/s1679-49742020000400019>
8. Ferretti F, Romancini F, Schneider LR, Ferraz L. Prática baseada em evidência no contexto dos núcleos de apoio a saúde da família em Chapecó. *Cogit Enferm* [internet]. 2018 [acesso em 2021 jun. 05]; 23(2): e52774. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i2.52774>
9. Schneider LR, Pereira RPG, Ferraz L. A prática baseada em evidência no contexto da atenção primária à saúde. *Saúde debate* [internet]. 2018 [acesso em 2021 jul. 19]; 42(118): 594-605. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811804>
10. Rodrigues CDS, Quadros JD, Brito SRS, Vieira S, Nicola T. Recomendações para o trabalho do agente comunitário de saúde no contexto da pandemia de coronavírus. *Coordenação Estadual de Atenção Básica do Rio Grande do Sul* [internet]. 2020 [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: <https://atencaoBasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202009/04085104-recomendacoes-trabalho-acs-pandemia-ses-rs.pdf>
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde. *Diário Oficial da União* [internet]. 2017

[acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em:

https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

12. Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco). Fortalecer a estratégia saúde da família no enfrentamento da covid-19 – posicionamento da rede aps. Rio de Janeiro: Abrasco [internet]. 2020 [acesso em 2021 jul. 20]. Disponível em: <https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/06/rede-aps-posicao-sobre-a-aps-no-enfrentamento-da-covid-19-final.pdf>
13. Moraes JB, Jorge MSB, Bezerra IC, Paula ML, Brilhante APCR. Avaliação das pesquisas nos cenários da atenção primária à saúde: produção, disseminação e utilização dos resultados. *Saúde Soc* [internet]. 2018 [acesso em 2021 jul. 20]; 27(3):783-793. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180211>
14. Faria L, Oliveira-Lima JA, Almeida-Filho N. Medicina baseada em evidências: breve aporte histórico sobre marcos conceituais e objetivos práticos do cuidado. *Hist ciênc saúde – Manguinhos* [internet]. 2021 [acesso em 2021 jul. 20]; 28(1): 59-78. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000100004>

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada **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**, sob a responsabilidade dos pesquisadores Lina Rodrigues de Faria, Jane Mary de Medeiros Guimarães, Rocio Alvarez, José Antônio Costa Cardoso, Márcio Florentino Pereira, docentes da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). Essa pesquisa tem por **objetivo 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**. Estudo multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo as Instituições de Ensino Superior do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) e a Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB). O universo da pesquisa compreende 350 famílias dos territórios adstritos às UBS nas quais alunos do PROFSAÚDE estão vinculados. Entre os objetivos específicos o incentivo ao uso de tecnologias em saúde como ferramentas de comunicação que se mostram como estratégias importantes e efetivas, visto que proporcionam a oportunidade de romper distâncias, humanizar e democratizar a saúde pública, acompanhando pacientes e profissionais nos estudos de casos clínicos, na confirmação de diagnósticos e tratamentos das doenças e suas consequências. Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário sobre as suas percepções em relação a 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. Para minimizar estes riscos o questionário pode ser respondido de modo privado e no momento e local de sua preferência. Um outro risco a que você está exposto (a) é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, o seu nome não aparecerá no questionário. Todas as informações coletadas no estudo serão mantidas confidencialmente. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado 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. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário. Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social e 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. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Cabe destacar que você poderá ser escolhido aleatoriamente para participar da segunda etapa da pesquisa. Nesta etapa

serão realizadas entrevistas online, gravadas em áudio. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail. Os pesquisadores responsáveis por este estudo, estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail. Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a), ou por seu representante legal (se for necessário colocar representante legal), e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Lina Rodrigues de Faria no celular (24) 98113-4592 e na Avenida Bahia, 949, Bairro Alto do Mundaí, Porto Seguro, Bahia, CEP 45810-000, no e-mail: lina@ufsb.edu.br. Você poderá também entrar em contato com o CEP - Comitê de Ética na Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Sul da Bahia (UFSB) pelo e-mail: cep@ufsb.edu.br. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Consentimento Pós- Informação:

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

Local e Data: _____, ____/____/_____

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura do(s) pesquisador(es)

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
SUL DA BAHIA - UFSB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevenção e controle do 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

Pesquisador: Lina Rodrigues de Faria

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 37269320.4.2008.8467

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA

Patrocinador Principal: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.467.287

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo coordenado pelo CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ. O presente projeto busca compreender as dinâmicas das linguagens e modos como as pessoas interpretam, traduzem e aplicam as orientações médico-científicas da Covid-19. Trata-se de estudo multicêntrico, de abrangência nacional, com abordagem quanti-qualitativa, transversal, para compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados, questão famílias dos territórios adstritos às UBS nas quais alunos do PROFSAUDE estão vinculados. Será definida a amostra de conveniência por inclusão das famílias de usuários cadastrados que tenham frequentado a UBS de modo permanente nos 90 dias precedentes à pesquisa, que responderão a questionário online com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, com informações sobre características sociais, demográficas e econômicas; relação com a UBS e utilização dos serviços; fontes de informação, percepção e práticas com relação à prevenção e controle do COVID-19. Posteriormente, 20% das famílias participantes da etapa anterior responderão à entrevista online, agendada e gravada em áudio, seguindo o critério de saturação sob a supervisão dos mestrandos. Nessa etapa será utilizado um roteiro sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle do COVID-19. Os envolvidos na coleta de campo são

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A

Bairro: Bairro Monte Castelo

CEP: 45.996-108

UF: BA

Município: TEIXEIRA DE FREITAS

Telefone: (73)3291-2089

E-mail: cep@ufsb.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
SUL DA BAHIA - UFSB**



Continuação do Parecer: 4.467.287

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1650035.pdf | 10/12/2020 18:21:14 | | Aceito |
| Solicitação registrada pelo CEP | CartaRespostaaoParecer10122020.pdf | 10/12/2020 18:17:06 | Lina Rodrigues de Faria | Aceito |
| Outros | CARTACOORDENADORGERALDOPROJETO.pdf | 10/12/2020 18:07:11 | Lina Rodrigues de Faria | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEUFSB.pdf | 10/12/2020 17:22:11 | Lina Rodrigues de Faria | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhaRosto.pdf | 23/11/2020 15:07:08 | Lina Rodrigues de Faria | Aceito |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | IHACAnuencia.pdf | 21/11/2020 08:26:44 | Lina Rodrigues de Faria | Aceito |
| Outros | Questionario.pdf | 13/08/2020 22:53:56 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf | 12/08/2020 23:21:34 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | ProjetodepesquisaCOVID19.pdf | 12/08/2020 23:21:24 | Júlio Cesar Schweickardt | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TEIXEIRA DE FREITAS, 15 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Ana Paula Pessoa de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Getúlio Vargas, nº 1732 A
Bairro: Bairro Monte Castelo **CEP:** 45.996-108
UF: BA **Município:** TEIXEIRA DE FREITAS
Telefone: (73)3291-2089 **E-mail:** cep@ufsb.edu.br

ANEXO C – Questionário da 1º Etapa

PREVENÇÃO E CONTROLE DO COVID-19: ESTUDO MULTICÊNTRICO QUESTIONÁRIO 1a ETAPA

PERFIL DO ENTREVISTADO

Nome da Unidade de Saúde (UBS/USF): _____

I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Data de Nascimento: ____/____/____

2. Sexo: () Feminino () Masculino

3. Cor/Raça Autoreferida: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela

4. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Vive Junto

5. Nível Educacional:

- () Sem Escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental
() Médio incompleto () Médio () Superior incompleto () Superior
() Pós-graduação

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

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

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

9. Infraestrutura do domicílio (acesso a água):

() Água encanada () Poço artesiano () Reservatório () Outros _____

10. Infraestrutura do domicílio (esgotamento):

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

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 – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00 () Até 4 – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00 () +que 4SM –
R\$4.180,00 ou mais

12. Qual era a sua ocupação/ trabalho principal antes do início pandemia do CORONAVÍRUS (admita 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 () Outros _____

13. Como a pandemia do CORONAVÍRUS afetou sua ocupação/trabalho (apenas uma resposta)? () 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

14. 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 () Outros _____

15. Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar durante a pandemia do CORONA VÍRUS? () 0 () 1 () 2 () 3 a 4 () 5 e mais

16. 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 _____

17. O/a Sr(a) tem plano de saúde? () Sim () Não

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

19. Qual o tipo de auxílio o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo? (admite 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 recebi nenhum auxílio () outros

II - COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE O CORONAVÍRUS

20. Quais as informações que o Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS? (admite 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 () Outros _____

21. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (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)

22. 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)

23. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS?**1. Pelos meios de comunicação (TV, rádio ou jornal)**

muito bem informado bem informado razoavelmente informado mal informado sem informação

2. Pela comunidade (religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade)

muito bem informado bem informado razoavelmente informado mal informado sem informação

3. Pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram)

muito bem informado bem informado razoavelmente informado mal informado sem informação

4. Pelos profissionais de saúde do seu território

muito bem informado bem informado razoavelmente informado mal informado sem informação

III - Medidas de prevenção e controle do CORONAVÍRUS**24. 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

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

) muito alta alta razoavelmente alta baixa muito baixa

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

) muito grave grave razoavelmente grave pouco grave não é grave

27. Na sua opinião, qual o grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao CORONA VÍRUS:**1. Isolamento e distanciamento social**

Muito importante Importante razoavelmente importante pouco importante nada importante

2. Uso da máscara

Muito importante Importante razoavelmente importante pouco importante nada importante

3. Higienização das mãos (lavagem/ uso de álcool em gel)

Muito importante Importante razoavelmente importante pouco importante nada importante

4. Evitar aglomerações

Muito importante Importante razoavelmente importante pouco importante nada importante

28. 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 outros _____

29. Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais importante 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 outros _____

30. 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

31. Se sim, quais ações o/a Sr(a) identificou?

Não identifiquei Não sei

32. O(a) Sr (a) ou algum membro da sua família já recebeu o diagnóstico de alguma das doenças abaixo? (admite 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

33. O/a Sr(a) ou alguém da sua família teve CORONAVÍRUS? Sim Não Nãosei Não desejo responder

ANEXO D – Roteiro para Entrevista Semiestruturada

ROTEIRO DA ENTREVISTA (2ª ETAPA)

Sobre as mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias

1. Como o senhor (e família) lidaram ou estão lidando para o enfrentando 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 essa necessidade?
3. O que mudou na sua vida com o coronavírus?

Sobre as informações recebidas

4. Durante a epidemia do coronavírus, o Sr. (a) recebeu alguma informação na qual não acreditou? Seria possível identificar a fonte?
5. O Sr. (a) acha que as informações foram suficientes para se prevenir do coronavírus? Quais achou mais eficazes?
6. Que orientação foi difícil de fazer? E por quê?
7. Tem alguma informação que o Sr. (a) acha que atrapalhou no combate do corona vírus?

Sobre as estratégias da família e Comunidade

8. O que o Sr. (a) e sua família fizeram ou vem fazendo para se protegerem da contaminação pelo coronavírus?
9. 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 corona vírus?
10. Que ações o Sr. (a) e sua família desenvolveram para auxiliar outras pessoas no período do coronavírus?

Sobre as ações dos serviços de Saúde

11. Qual (ais) serviço (s) de saúde acompanhou e tem acompanhado o Sr. (a) e sua família durante o coronavírus?
12. O que mais poderia ser feito pela equipe da Unidade de Saúde na sua comunidade para prevenção do coronavírus?
13. Quais as principais dificuldades que o Sr. (a) e sua família enfrentaram para seguir as recomendações da Equipe de Saúde para prevenção da contaminação pelo corona vírus?

Sobre os governos

14. Em sua opinião, o que os governantes deveriam fazer para enfrentar a pandemia do corona vírus?