



UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA
CENTRO DE FORMAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**DESAFIOS DAS FAMÍLIAS PARA PROVER CUIDADOS BÁSICOS EM
SAÚDE NA PANDEMIA DE COVID-19: SENTIDOS E SIGNIFICADOS
ATRIBUÍDOS PELOS USUÁRIOS DO SUS**

TEIXEIRA DE FREITAS

2022

SÉRGIO SILVA DE FREITAS

**DESAFIOS DAS FAMÍLIAS PARA PROVER CUIDADOS BÁSICOS EM SAÚDE NA
PANDEMIA DE COVID-19: SENTIDOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS
USUÁRIOS DO SUS**

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. Área de concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Orientadora: Professora Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães.

Coorientador: Professor Dr. Antônio José Costa Cardoso

TEIXEIRA DE FREITAS

2022

SÉRGIO SILVA DE FREITAS

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

F866d Freitas, Sérgio Silva de -
Desafios das famílias para prover cuidados básicos em saúde na
pandemia de COVID-19: sentidos e significados atribuídos pelos usuários
do SUS / Sérgio Silva de Freitas. Teixeira de Freitas, 2022 -
117 f.

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

Orientador: Prof. Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães.

1. Saúde – Aspectos sociais. 2. Cuidados primários de saúde.
3. COVID-19, Pandemia, 2020-. I. Guimarães, Jane Mary de Medeiros.
II. Título

CDD – 614.021

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

SÉRGIO SILVA DE FREITAS

**DESAFIOS DAS FAMÍLIAS PARA PROVER CUIDADOS BÁSICOS EM SAÚDE NA
PANDEMIA DE COVID-19: SENTIDOS E SIGNIFICADOS ATRIBUÍDOS PELOS
USUÁRIOS DO SUS**

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. Área de concentração: Saúde Coletiva. Linha de Pesquisa: Atenção à saúde, acesso e qualidade na atenção básica em saúde.

Aprovado em: 05/12/2022

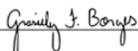
Banca Examinadora



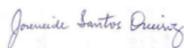
Dr^a Jane Mary de Medeiros Guimarães
Universidade Federal do Sul da Bahia (orientadora)



Dr. Antônio José Costa Cardoso
Universidade Federal do Sul da Bahia (Coorientador)



Dr^a. Grasiely Borges
Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB



Dr^a. Joseneide Santos Queiroz
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB)

Teixeira de Freitas

2022

O tempo muito me ensinou. Ensinou a amar a vida e não desistir da luta, recomeçar na derrota, renunciar a palavras e pensamentos negativos. Acreditar nos valores humanos e ser otimista. Aprendi que mais vale tentar do que recuar... Antes acreditar do que duvidar, o que vale na vida, não é o ponto de partida e sim a nossa caminhada.

(Cora Coralina)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a minha gratidão à minha orientadora Dra. Jane Mary de Medeiros Guimarães pela imensa paciência, pelas injeções de ânimo e apoio contínuo ao meu estudo. Ao meu Coorientador Dr. Antônio José Costa Cardoso pela motivação e conhecimento. Aos professores Dr. Adroaldo de Jesus Belens, Dra. Luanna Chácara Pires, que participaram efetivamente na construção deste. Uma eterna gratidão aos colegas deste curso Genilson Jesus das Virgens, Tamine Habib Silva Camera Leal, Matheus Ribeiro dos Santos e Maria Eugênia Figueiredo Costa aos amigos pela ajuda e composição dos dados coletados para este trabalho. Agradeço à minha esposa por me apoiar ao longo de toda esta caminhada, na escrita desta pesquisa e na minha vida.

RESUMO

Introdução: A COVID-19 é uma doença comunitária, que se dispersa rapidamente e se manifesta de forma similar a outras síndromes gripais, sendo de difícil contenção, mas um dos mecanismos cruciais para seu controle é a aplicação de estratégias especiais de vigilância. Essa pandemia ameaça particularmente a saúde e a renda dos mais pobres e sem vínculo laboral ocupam a periferia das cidades. Diante disso, é preciso uma atenção mais cuidadosa e diferenciada sobre a manifestação da doença, bem como às demandas sociais da população, tendo em vista a situação da desigualdade social e econômica de países como o Brasil. A má distribuição de renda resulta em uma população composta, em sua maioria, por pessoas com situação financeira que varia entre a miséria total e a pobreza, obrigando-as a residir em espaços muito pequenos e, quando muito, com o mínimo de higiene possível para a dignidade humana. **Objetivo Geral:** Refletir sobre os desafios financeiros para as famílias na prevenção e cuidados básicos da COVID-19, no âmbito da atenção primária à saúde, nas cidades de Porto Seguro, Coaraci e Itabuna. **Metodologia:** Utilizou-se o método misto que envolveu a coleta de dados quantitativos e qualitativos, integrando-os de forma a compreender além das informações fornecidas pelos dados quantitativos ou qualitativos isoladamente. Os dados quantitativos foram computados no programa *Statistical Package for the Social Sciences*. A análise considerou frequência, desvio padrão, médias e possíveis correlações entre as medidas, sendo os cruzamentos estatísticos significativos descritos no presente trabalho. Assim, foi confeccionada a matriz de correlação de Pearson entre os itens do questionário, sendo utilizado o modelo da análise de regressão linear múltipla. A análise dos dados qualitativos foi realizada através do método Análise do Conteúdo, de Bardin. Para isso, alguns trechos das respostas foram selecionados e organizados em um quadro com os seguintes tópicos: a) tema da resposta; b) ordem da resposta; c) resposta e; d) análise (categoria de análise dos dados). Os resultados produzidos foram sistematizados por significados atribuídos à experiência com a COVID-19. **Resultados:** Do total de 283 respostas válidas da amostra nas três localidades, 76,33% das pessoas eram do sexo feminino, enquanto 23,67% do masculino. Quanto à cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados, 60,42% deles declararam ser da cor parda; 22,61% preta; 14,84 % branca; 1,77% amarela e 0,35% indígena. Na avaliação conjunta dos três municípios, 37,10% dos entrevistados tiveram e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus, 51,94% responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus e 10,95% não sabiam ou não desejaram responder. As experiências destas famílias são marcadas por dificuldades de acesso a bens sociais que são necessários para a própria manutenção da vida coletiva e individual. A pandemia da COVID-19, aumentou a vulnerabilidade socioeconômica da população e escancarou os fossos de desigualdade e iniquidade social no Brasil. A piora das condições sociais e a falta de recursos para sobreviver aumentou a vulnerabilidade da população, bem como afetou diretamente as suas condições de saúde. Observa-se um clima de medo da pandemia nas narrativas dos 42 entrevistados. A doença era desconhecida por todos e as informações eram diversas, apontando uma tensão entre grupos que afirmavam e outros que negavam a gravidade da pandemia. As experiências sobre o isolamento social demarcaram um complexo campo das emoções. O medo da morte provoca pânico, angústia, estresse, enfim a pandemia trouxe muitas consequências para a

saúde mental dos entrevistados das três cidades pesquisadas. **Considerações Finais:** As experiências de sofrimento social de determinados grupos populacionais agravaram-se com uma pandemia que impôs restrições de relacionamento sociais e interpessoais a partir de protocolos sanitários, com vista na redução de números de pessoas contaminadas pelo Coronavírus. No contexto dos municípios pesquisados, verificou-se o quanto a pandemia afetou o emprego e a renda das famílias. As famílias menos privilegiadas revelaram piora da situação financeira, pois os custos comparados com a renda foram maiores do que para aquelas famílias com maior poder aquisitivo. Notadamente, as dificuldades de acesso a bens sociais, necessários para a própria manutenção da vida coletiva e individual, alteraram o cotidiano e o modo de relacionar-se, mas também revelaram como estes determinam a situação de saúde. Foi possível compreender os desafios da crise sanitária para essas famílias.

Palavras Chave: Saúde; Atenção Primária; Covid-19.

ABSTRACT

Introduction: COVID-19 is a community disease, which spreads quickly and manifests itself in a similar way to other flu syndromes. Being difficult to contain, one of the crucial mechanisms for its control is the application of special surveillance strategies. This pandemic particularly threatens the health and income of the poorest and most unemployed on the outskirts of cities. As a result, more careful and differentiated attention is required regarding the manifestation of the disease, as well as the social demands of the population moreover the situation of social and economic inequality in countries such as Brazil. The poor distribution of income results in a population composed, for the most part, of people with a financial situation that varies between total misery and poverty. Forcing them to live in very small spaces and, at most, with as little hygiene as possible for human dignity. **General Objective:** To reflect on the financial challenges for families in the prevention and basic care of COVID-19, within the scope of primary health care in the cities of Porto Seguro, Coaraci and Itabuna. **Methodology:** It used the mixed method that involved the collection of quantitative and qualitative data integrating them in order to understand beyond the information provided by quantitative or qualitative data alone. Quantitative data computed used the Statistical Package for the Social Sciences program. The analysis considered frequency, standard deviation, averages and possible correlations between measurements with significant statistical crossings described in the present work. Thus, the Pearson correlation matrix was created between the questionnaire items using the model of multiple linear regression analysis. The analysis of qualitative data was performed using Bardin's Content Analysis method. For this, some excerpts from the answers selected and organized in a table with the following topics: a) theme of the answer; b) response order; c) response and; d) analysis (data analysis category). The results produced systematized by meanings attributed to the experience with COVID-19. **Results:** Out of 283 valid responses from the sample in the three locations, 76.33% of the people were female, while 23.67% were male. As for the self-reported color/race/ethnicity of the interviewees, 60.42% of them declared brown skin; 22.61% were black; 14.84% were white; 1.77% were yellow and 0.35% were indigenous. In the joint evaluation of the three cities, 37.10% of respondents had and/or had a family member with Coronavirus, 51.94% answered that they did not have and/or had a family member with Coronavirus and 10.95% did not know or did not wish to answer. The experiences of those families marked by difficulties in accessing social goods that are necessary for the maintenance of collective and individual life. The COVID-19 pandemic has increased the socioeconomic vulnerability of the population and widened the gaps of inequality and social inequality in Brazil. The worsening of social conditions and the lack of resources to survive increased the vulnerability of the population, as well as directly affecting their health conditions. There is a sense of fear of the pandemic in the narratives of the 42 interviewees. The disease was unknown to everyone and the information was diverse, which pointed to a tension between groups that affirmed and others that denied the seriousness of the pandemic. Experiences about social isolation demarcated a complex field of emotions. The fear of death causes panic, anguish, stress, in short, the pandemic brought many consequences for the mental health of respondents in the three cities surveyed. **Conclusion:** The experiences of social suffering of certain population groups

aggravated by a pandemic that imposed restrictions on social and interpersonal relationships based on health protocols that aimed to reduce the number of people infected by the Coronavirus. In the context of the surveyed municipalities, it was verified how much the pandemic affected employment and family income. The less privileged families revealed a worsening of the financial situation, as the costs compared to the income were higher than for those families with higher purchasing power. Notably, the difficulties in accessing social goods, necessary for the very maintenance of collective and individual life, changed daily life and the way of relating, but also revealed how these determine the health situation. It was possible to understand the challenges of the health crisis for these families.

Keywords: Health; Primary Attention; Covid-19.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS - Atenção Básica em Saúde

APS - Atenção Primária em Saúde

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

CONEP - Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

COVID-19 - Infecção respiratória aguda causada pelo coronavírus SARS-CoV-2

ESF - Equipe de Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

SARS-CoV-2 ou SARS - Coronavirus 2 da síndrome respiratória aguda grave

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFSB - Universidade Federal do Sul da Bahia

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa de Coaraci	46
Figura 2 - Mapa de Itabuna	47
Figura 3 - Mapa de Porto Seguro.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Estado civil dos entrevistados em Coaraci, Bahia	59
Gráfico 2 - Estado civil dos entrevistados em Porto Seguro, Bahia.....	62
Gráfico 3 - Estado civil dos entrevistados em Itabuna, Bahia.....	65

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Temas Indicadores	54
Quadro 2 - Termos mais utilizados pelos participantes da pesquisa sobre as emoções no contexto da pandemia.....	55

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Bairros em Coaraci que os entrevistados moram	57
Tabela 2 - Distribuição de frequência da idade dos entrevistados em Coaraci, Bahia	58
Tabela 3 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Coaraci, Bahia.....	58
Tabela 4 - Nível Educacional dos entrevistados em Coaraci, Bahia	58
Tabela 5 - Entrevistas, por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus Coaraci, Bahia	59
Tabela 6 - Bairros em Porto Seguro que os entrevistados moram.....	61
Tabela 7 - Distribuição de frequência da idade dos entrevistados em Porto Seguro, Bahia.....	61
Tabela 8 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Porto seguro, Bahia	61
Tabela 9 - Nível Educacional dos entrevistados em Porto Seguro, Bahia.....	61
Tabela 10 - Entrevistas, por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em Porto seguro, Bahia	62
Tabela 11 - Distribuição de frequência da idade dos entrevistados em Itabuna, Bahia.....	64
Tabela 12 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Itabuna, Bahia	64
Tabela 13 - Nível Educacional dos entrevistados em Itabuna, Bahia	64
Tabela 14 - Entrevistas, por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em Coaraci, Bahia.....	65
Tabela 15 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados (valor absoluto e frequência relativa por município) em três municípios baianos	66
Tabela 16 - Idade (em anos) dos 283 entrevistados em três municípios baianos	67
Tabela 17 - Entrevistas (valor absoluto e frequência relativa por município), por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em três municípios baianos	67
Tabela 18 - Entrevistas, por local e renda, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em três municípios baianos.....	68
Tabela 19 - Entrevistas, por local, renda, cor, escolaridade e plano de saúde, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em três municípios baianos	68

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Breve histórico das pandemias.....	20
1.2 Dimensões da pandemia no brasil e os efeitos nas famílias	23
1.3 A pandemia no nordeste	25
2. JUSTIFICATIVA	27
3. OBJETIVOS.....	29
3.1 Objetivo geral.....	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL	30
4.1 Desigualdades e vulnerabilidades em tempos de pandemia	31
4.2 Políticas sociais no enfrentamento da pandemia	33
4.3 Políticas fiscais no enfrentamento da pandemia	35
4.4 Políticas de geração de emprego e a pandemia	36
4.5 A queda no rendimento das famílias e a ajuda emergencial.....	38
4.6 O sus e a seguridade social.....	40
4.7 Atenção primária em saúde e o contexto social.....	41
4.8 Políticas de proteção social.....	42
5. MATERIAIS E MÉTODOS.....	43
5.1 Tipo de estudo.....	43
5.2 Contexto	43
5.3 Local de estudo	44
5.3.1 Coaraci.....	45
5.3.2 Itabuna	46
5.3.3 Porto Seguro.....	48
5.4 Análise dos dados.....	49
5.4.1 O método em pesquisa quantitativa.....	49
5.4.2 O método em pesquisa qualitativa	51
5.4.2.1 <i>Codificação</i>	54
5.5 Aspectos éticos.....	56
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	57

6.1 Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de covid-19 em Coaraci	57
6.1.1 Características sociodemográficas dos participantes.....	57
6.2 Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de Covid-19 em Porto Seguro - BA.....	60
6.2.1 Características sociodemográficas dos participantes	60
6.3 Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de Covid-19 em Itabuna	63
6.3.1 Características sociodemográficas dos participantes.....	63
6.4 Três localidades, três realidades: Coaraci, Porto Seguro e Itabuna.....	66
7. A PERCEPÇÃO SOBRE A COVID-19 POR USUÁRIOS DO SUS EM TRÊS MUNICÍPIOS LOCALIZADOS NA BAHIA.....	70
7.1 A pandemia e a vulnerabilidade socioeconômica	72
7.2 Saúde mental: experiência e desafio de viver na pandemia de Covid-19.....	79
7.3 Isolamento social na pandemia: experiência vivida da casa a rua	79
7.4 A comunicação de risco.....	82
7.5 A depressão e ansiedade	84
7.6 A angústia: a incerteza de um tempo que não sabe quando acaba	86
7.7 Do medo ao pânico, uma interseção entre o viver e morrer.....	87
7.8 O luto e o último adeus	89
8. ESTILO DE VIDA: PROTOCOLOS SANITÁRIOS E A ESPERANÇA DE TUDO ACABAR.....	90
9. RESISTÊNCIA DA CASA A RUA	93
10. RESILIÊNCIA NA PANDEMIA: VACINA COMO DESEJO COLETIVO POR UMA VIDA NORMAL.....	95
11. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	98
12. REFERÊNCIAS.....	101
13. ANEXOS	111

1. INTRODUÇÃO

A pandemia do COVID-19 estabeleceu uma situação epidemiológica grave, em função da elevada transmissibilidade do seu agente etiológico, o SARS-CoV-2, e a gravidade da parcela dos casos, que exigem serviços de saúde de alta complexidade (WHO, 2019). Diante do acontecido, as autoridades sanitárias voltaram-se para a ampliação da rede hospitalar, inclusive das unidades de terapia intensiva (UTI), o que de fato se fazia necessário no momento. (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

A COVID-19 é uma doença comunitária, que se dispersa rapidamente e se manifesta de forma similar a outras síndromes gripais (SG), sendo de difícil contenção, mas um dos mecanismos cruciais para seu controle é a aplicação de estratégias especiais de vigilância com o objetivo de encontrar o maior número possível de casos e contatos e posterior adoção de ações que reduzam o risco de disseminação da doença, particularmente quando o agente é transmitido por via respiratória, como o SARS-CoV-2 (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

Segundo Sarti *et al.* (2020), a ampla rede de Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil vem contribuindo para alcançar importantes resultados na melhoria das condições de saúde da população, e pode se constituir em um dos sustentáculos das ações necessárias à contenção do problema. Com o objetivo de suprir a demanda, a APS é considerada como ordenadora da rede de saúde, juntamente com a atenção secundária e terciária (TEIXEIRA *et al.*, 2020). Este nível de atenção tem a capacidade de responder, de forma contínua e sistematizada, à maior parte das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo, além de abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, proporcionando assim uma atenção integral (BRASIL, 2011).

A realidade das famílias, os hábitos e os problemas de saúde que mais acometem a comunidade local, além dos riscos que podem acometer a saúde dos indivíduos, representam o foco dos profissionais a serviço da saúde (NARCOTI *et al.*, 2011, apud FONSECA *et al.*, 2020). E na situação de pandemia percebe-se que o atendimento centrado na comunidade em detrimento do atendimento focado no paciente garante maior eficácia, por isso, o conhecimento do comportamento da população local frente a pandemia se torna tão importante (NARCOTI *et al.*, 2011, apud FONSECA *et al.*, 2020).

A preocupação central é que, para analisar o contexto da crise sanitária provocada pela COVID-19 é preciso ter em vista a problemática das desigualdades sociais, considerando o fato de que, por exemplo, segundo Pires (2020), os segmentos sociais vulnerabilizados têm menores condições de se beneficiarem dos variados impactos que as medidas de enfrentamento à crise (ou as suas lacunas) poderiam provocar, no sentido da atenção à saúde. Pelo contrário, os efeitos dessas medidas podem ser adversos para essas parcelas da população, vislumbrando as condições precárias de renda, habitação e alimentação. Para o autor, “os grupos vulnerabilizados enfrentam os maiores riscos (sanitários, econômicos e sociais) diante da pandemia”.

A Covid-19 ameaça particularmente a saúde e a renda dos mais pobres, moradores de periferia e que já não têm vínculo laboral, ou este é frágil. No mercado de trabalho sofrem desproporcionalmente aquelas classes com maior poder econômico. Acredita-se que o maior impacto da pandemia ainda nem começou.

É notório que a contaminação é desigual e a renda mal distribuída dificulta as medidas protetivas. Nas periferias, inúmeras são as dificuldades para cumprir o isolamento social: os moradores estão em maior número por domicílio, o saneamento básico como a água tratada e esgoto que são fundamentais para a higiene, e que, em muitos lugares do país não existe. Perpassa também o aspecto da insegurança econômica, o que estimula muitos a saírem de casa para obter algum dinheiro.

Lupion (2020) citou o especialista em políticas sociais e desigualdade, Fernando Burgos, professor da FGV-EAESP, que considera a crise provocada pela covid-19, ter afetado desigualmente os desiguais, e será cada vez mais dura com os mais pobres.

A pandemia necessita de um olhar agudo sobre a doença e também sobre as demandas sociais da população. A UBS sendo a porta de entrada tem importância fundamental no processo de cuidado da população nas suas características integrais. Tem-se que ter um olhar dinâmico às situações socioeconômicas, não somente neste momento, mas no pós-covid.

O profissional de saúde, inserido no ambiente, conhecedor da história local e da família em sua teia de relações sociais, serão os olhos e ouvidos da comunidade, ciente que deverá ter muito trabalho diante das dificuldades advindas da pandemia. É imprescindível conhecer as pessoas e famílias com suas adversidades, ver como estas estão buscando alternativas para enfrentar essa crise sanitária.

Levando-se em consideração que as recomendações da Organização Mundial da Saúde de distanciamento físico e uso de máscara e álcool em gel, ambos com custos, para o controle da disseminação da Covid-19, de modo a evitar-se colapso dos sistemas de saúde e um número cada vez mais alto de mortes, foi importante refletir sobre o desafio que representou para as famílias, o controle da disseminação do vírus Sars-Cov-2, tendo em vista a situação da desigualdade social e econômica de países como o Brasil e a má distribuição de renda que resulta em uma população composta, em sua maioria, por pessoas com situação financeira que varia entre a miséria total e a pobreza, obrigando-as a residir em espaços muito pequenos e, quando muito, com o mínimo de higiene possível para a dignidade humana.

Assim, busca-se contribuir com a produção de novos conhecimentos sobre os desafios financeiros das famílias durante a pandemia de covid-19, bem como subsidiar os formuladores das políticas e gestores para melhor direcionamento dos recursos e planejamento das ações no âmbito da APS. Dessa forma, a partir da questão norteadora deste estudo: “Como os usuários da UBS se comportaram preventivamente frente ao COVID-19 nas dificuldades de trabalho e renda e o que se esperava de ajuda governamental?” procurou-se avaliar criticamente as condições iniciais dos municípios da região antes do início da pandemia da COVID-19, além da análise acerca do processo de auxílio governamental e o impacto sobre as condições de vida e a prevenção neste contexto.

Este estudo tem por objetivo refletir sobre os desafios financeiros para as famílias na prevenção e cuidados básicos da covid-19, no âmbito da atenção primária à saúde, nas cidades de Porto Seguro, Coaraci e Itabuna.

1.1 BREVE HISTÓRICO DAS PANDEMIAS

As epidemias se caracterizam como manifestações significativas do processo histórico e surgem em pontos importantes da existência da humanidade. Deste modo, o surgimento das doenças epidêmicas se constitui em uma parte inseparável da história cultural da humanidade. Além disso, os cuidados em saúde em tempos de pandemia envolvem a comunidade científica de forma multidisciplinar (CZERESNIA, 2020).

As emergências sociais têm feito com que a ciência se debruce sobre a resolução destes problemas de maneira ampla, realizando pesquisas que intersectam diversos campos como: a tecnologia, a biopolítica, relações humanas, estudos, dentre outros que se preocupam com estudos

relacionados às questões interdisciplinares capazes de promover a melhoria da qualidade de vida humana (KELLY; KECK; LYNTERRIS, 2019).

É possível destacar dentre as pandemias de maior impacto a gripe de 1918, que foi assombrosa pelas consequências que causou no mundo já devastado pelas consequências da primeira Grande Guerra Mundial. O legado deixado pela gripe espanhola ou pneumônica deixou em apenas quatro meses um número de mortos superior àqueles produzidos em 4 anos de conflito (SILVEIRA, 2007).

Durante a pandemia de 1918, o vírus influenza dizimou um número superior a 50 milhões de pessoas no mundo, desde essa época a quarentena e as medidas de isolamento obtiveram resultados no que se refere ao controle da transmissão. Ainda no contexto histórico temos as três ondas epidêmicas de cólera do século XIX e a febre amarela. Além disso, a varíola também está entre os surtos que dizimaram populações, principalmente os indígenas americanos depois dos primeiros contatos com os colonizadores (FERNANDES, 2010).

A erradicação da Varíola pela ciência ocorreu na década de 50, sendo esta considerada uma das doenças mais mortais, tendo em vista que seu pico de sua curva epidêmica considerou a mortalidade de 3 a cada dez acometidos. O contágio ocorre por meio de gotículas orais e nasais. Neste período a varíola matou em torno de 350 milhões de pessoas. Porém a mesma se encontra erradicada em todo mundo (BERTOLLI FILHO, 2012).

Embora nos dias atuais as indagações a respeito de pandemias estejam centradas na COVID-19, as mesmas ainda estão baseadas nos conhecimentos epidêmicos do passado. Ainda é necessário produzir conhecimento a respeito dos efeitos que a doença traz para as pessoas no aspecto individual e também à sociedade, com ênfase aos diversos estratos sociais, levando em consideração as mudanças e alterações provocadas na sociedade (KELLY; KECK; LYNTERRIS, 2019).

Nos campos de poder e economia, é preciso conhecer os reflexos da doença e avaliar como as pessoas lidam no âmbito de sua sobrevivência, avaliando se estas ficaram mais suscetíveis após a pandemia. As doenças são únicas, no entanto, as mesmas apresentam inúmeras facetas que requerem o conhecimento histórico e das experiências pandêmicas do passado como base norteadora para instrumentalizar o enfrentamento (ROSENBERG, 1989).

Tem-se um bom exemplo do uso do conhecimento histórico com a quarentena para assintomáticos e sintomáticos e também as medidas de isolamento que visam diminuir a

propagação da doença. A prática do isolamento visava afastar doentes como aqueles acometidos por doenças como a “lepra” e já era observada entre os povos desde antiguidade, sendo mencionada até mesmo nos escritos bíblicos. No entanto, somente a quarentena e o isolamento, não são suficientes para o enfrentamento de pandemias (CZERESNIA, 2020).

Até mesmo a higienização é um procedimento antigo, como exemplo temos a lavagem minuciosa das mãos com diversos produtos e que remete ao *boom* de uma ampla linha de produtos para uso sanitário e que passaram a compor a higiene pessoal e a experiência das donas de casa, prometendo combater inúmeros organismos invisíveis que ameaçavam o bem-estar das pessoas e a saúde do lar (BERTOLLI FILHO, 2012).

Em 2009, o uso de álcool em gel foi popularizado em diversos ambientes devido à epidemia de H1N1 que ocorreu no Brasil. O consumo ocorreu durante a epidemia, mas foi facilmente esquecido nos meses seguintes (MILANESI *et. al*, 2011). Com a pandemia de Covid-19, voltou a cena, com um uso ampliado e como meio de cuidado como o contato (ROMANDINI, 2020).

A utilização de máscaras visa a proteção contra os germes que são expelidos por nós mesmos e pelos outros. As máscaras cirúrgicas foram difundidas entre os profissionais de saúde depois da epidemia de peste na Manchúria, que ocorreu em 1910, ficando as mesmas conhecidas como as máscaras da peste (LYNTERIS, 2018).

Não são as características de uma determinada pandemia ou doença, mas sim as suas consequências que irão determinar se um evento será classificado ou não oficialmente como sendo uma emergência. Desta forma, na medida em que a sociedade dividida econômica, política, social e culturalmente promove uma distribuição da desigualdade, os impactos, os riscos e as vulnerabilidades emergem de modo mais marcante (BERTOLLI FILHO, 2012).

A pandemia COVID-19 se apresenta de inúmeras maneiras de acordo com fatores de singularidades tais como: infraestrutura, ambientes, prática, sentidos, relações e hábitos de vida particulares. Ao considerarmos conhecimentos e formas culturais localizados, religiosidades, etnicidade, gênero, desigualdades econômicas ou relações de trabalho, temos condições de compreender os efeitos da pandemia e oferecer avaliações e respostas mais fidedignas as realidades distintas onde ela ocorre (ROMANDINI, 2020).

Desta forma, quando se trata de um evento como a pandemia da COVID-19, é preciso considerar que os seus impactos não são homogêneos em contextos específicos, assim, as respostas à sua mitigação também não podem ser. Uma visão mais crítica sobre a saúde global é necessária.

A pandemia não pode ser tratada de forma simplista, tendo em vista que, a mesma se constitui em uma grave crise que poderia desvencilhar os aspectos singulares das populações que sofrem um processo pandêmico (GOUVÊA, 2020).

A produção científica deve ser reconhecida atrelada a processos sociais, políticos e históricos, tendo em vista que a situação demanda a construção de respostas integradas à percepção e à participação social. O conhecimento advindo da produção das ciências sociais e humanas pode e deve redundar em ações que sejam concretas frente à pandemia e suas consequências (CZERESNIA, 2020).

1.2 DIMENSÕES DA PANDEMIA NO BRASIL E OS EFEITOS NAS FAMÍLIAS

A pandemia de Covid-19 chegou ao Brasil em fevereiro de 2020 com potencial para gerar efeitos colaterais no campo econômico, político e social, configurando-se como um dos maiores desafios a serem enfrentados pelos núcleos familiares nas últimas décadas (SILVA *et. al*, 2020).

Em cada momento histórico as relações sociais de produção nos países são determinantes para as condições de vida das populações. A análise dessas condições se constitui em um dos procedimentos capazes de proporcionar o conhecimento a respeito da proteção social que é oferecida aos indivíduos, aos grupos sociais e principalmente às famílias. No caso da recente pandemia do Covid-19, muitas pessoas passaram a ter problemas na manutenção do seu sustento e de sua família (GALHEIGO, 2020).

A pandemia trouxe a vulnerabilidade no que se refere ao ciclo de vida humano, principalmente no que diz respeito às crianças e aos idosos, ao desemprego involuntário, à exposição a situações de riscos, dentre outras. A questão da falta de emprego tem sido uma das mais evidentes neste período, havendo indicações de uma piora no mercado do trabalho em função da severidade da situação (PIRES, 2020).

Enquanto no primeiro quadrimestre de 2019 o saldo de empregos formais foi positivo, no mesmo período em 2020 o resultado foi extremamente negativo. O nível de desocupação em 2020 foi estimado em 14,0%, sendo que as maiores ameaças são para os setores em que os empregos apresentam menor remuneração e qualificação, além de baixa proteção social (DWECK *et al*, 2020).

Não só a questão do emprego, mas também aquela que se relaciona com a dimensão da saúde, é considerada um importante componente das condições de vida, sendo relevante para todas as outras dimensões. A população brasileira, principalmente as famílias pobres, vinham experimentando algumas melhorias decorrentes da ampliação da atenção primária, especialmente no que se refere à saúde da família. No entanto, esses serviços tiveram sua tendência de ampliação interrompida no período após 2014 (CASTRO, 2019).

No período pré-pandemia já se constata uma estabilização na mortalidade infantil. Até mesmo a mortalidade materna também se encontrava estabilizada, mesmo apresentando altos patamares. A política de austeridade fiscal já havia enfraquecido as políticas de saúde e colocado em risco o Sistema Único de Saúde (SUS), havendo restrição ao real crescimento dos gastos nesta área, sendo um dos menores nas últimas décadas (CALMON, 2020).

No período da pandemia ocorreu um agravamento da situação e, após três meses do seu início, o Brasil já se apresentava como o segundo país com maior número de mortes e casos confirmados. Enquanto isso, tem-se a negação da importância do problema por parte do Governo Federal, ocorrendo o estímulo ao descumprimento do isolamento social e dos protocolos de proteção, estimulando a desinformação e dificultando as políticas de saúde (CASTRO, 2021).

A pressão sobre o SUS acaba sendo aumentada devido à demanda adicional que foi gerada pela Covid-19, resultando em uma situação crítica para o atendimento. Essa situação acaba gerando uma maior mortalidade nos locais em que há a maior necessidade da prestação do serviço, e atingindo principalmente as famílias mais pobres (PIRES, 2020).

Este cenário de comprometimento do atendimento, principalmente para pacientes com sintomas mais graves, é maior para os leitos de UTI nas regiões Norte e Nordeste do país, onde os vazios assistenciais podem levar o sistema ao colapso, mesmo com menores taxas de infecção. A assistência social nestas regiões está ligada às vulnerabilidades sociais que são retratadas através da ótica da insuficiência de renda, sendo mediada pelos vários indicadores de pobreza e também pela população de rua (CALMON, 2020).

A desigualdade de renda entre as famílias brasileiras voltou a aumentar no período da pandemia. Houve uma elevação do índice de GINI no período de 0,526 para 0,545 na desigualdade da renda domiciliar no referido período. Além disso, a parcela composta por 1 % da população que mantinha os maiores rendimentos teve sua renda ampliada de 11,8% para 12,7 %, sendo que 40% da população se manteve com os menores rendimentos (CESIT, 2020).

Além das questões relacionadas com a renda, a pandemia também afetou a rotina das escolas e do sistema escolar como um todo, principalmente em função da suspensão inevitável das aulas para conter a propagação do vírus. As maiores consequências dessa suspensão foram para os alunos pobres, que ao ficarem longe das aulas, se encontram mais perto dos riscos da violência psicológica e física, da fome, do abandono dos estudos e da exploração sexual (SUMNER, 2020).

A redução da renda das famílias também pode contribuir para uma ampliação do abandono escolar e do trabalho infantil. Os sistemas escolares têm procurado atenuar os efeitos decorrentes da suspensão das aulas por meio do ensino à distância. No entanto, os alunos mais pobres, na maioria dos casos, não possuem condições materiais para o acompanhamento desta modalidade de ensino (OLIVEIRA, 2020).

No que se refere à violência e à segurança pública, a insegurança e a vitimização da população mais pobre continuam elevadas, havendo uma tendência futura à permanência deste cenário. O homicídio se concentra na população jovem/negra/masculina/pobre em sua maioria. Esse tipo de situação se relaciona com o padrão de exclusão social no Brasil, que, principalmente no período da pandemia, se acentua com a pobreza, o desemprego e fragilidade das instituições sociais, atingindo, principalmente, as famílias menos favorecidas (IBGE, 2020).

1.3 A PANDEMIA NO NORDESTE

Por ser o Brasil um dos países com maior desigualdade no mundo, a pandemia do Covid-19 aprofundou ainda mais este quadro, principalmente pelo fato de ter produzido um impacto maior no número de óbitos em regiões mais pobres como o Norte e Nordeste, e também por promover o aumento da pobreza principalmente dentre as famílias nordestinas, maximizando disparidades raciais e afetando núcleos familiares inteiros (SOUZA *et al*, 2020).

O Nordeste se apresenta como uma das regiões com maiores índices de pobreza no país, representa 27% da população do Brasil, mas contribui com cerca de um terço de todos os casos de COVID-19 (34%) e 32% dos óbitos. Uma pesquisa sorológica realizada em âmbito nacional demonstrou uma grande variabilidade da prevalência de anticorpos SARS-CoV-2 nas regiões brasileiras, e as taxas mais elevadas estavam concentradas nas regiões mais pobres (OLIVEIRA, 2020).

Na falta de políticas de ordem nacional destinadas ao controle da pandemia, as autoridades municipais e estaduais foram as responsáveis pela implementação de medidas de saúde pública com o intuito de reduzir a transmissão da COVID-19. Os mesmos declararam estado de emergência e determinaram o fechamento do comércio, além do estabelecimento de restrição do transporte e fechamento de universidades e escolas (SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ, 2020).

Houve variações substanciais dentre as intervenções propostas pelos municípios e estados, tanto no que diz respeito às medidas adotadas, quanto ao momento da instituição das mesmas. Ainda é preciso destacar que os estados da Região Nordeste apresentam muitos indicadores sociais e econômicos que são desfavoráveis, além de características comuns e diferenças que contribuem para a distinção da situação epidemiológica em cada um deles (TRINDADE, 2020).

Um outro ponto a ser destacado se concentra no fato de que as altas taxas de trabalho informal e de desocupação no Nordeste, além da falta de assistência do governo federal no que diz respeito ao apoio de famílias por meio de renda especial, levaram à busca diária por renda e à baixa adesão às medidas de distanciamento social, e isso refletiu nas altas taxas de transmissão no Estado (FIOCRUZ, 2020).

O distanciamento não só demorou mais tempo para chegar nas regiões mais pobres, como as periferias do Nordeste, como também foi majoritariamente destinado ao trabalhador assalariado e formal, responsável, muitas vezes pelo sustento integral de famílias, muitas vezes numerosas que se viram repentinamente vítimas da insegurança trazida pela incerteza da obtenção da renda (AMAD et al., 2020).

O cotidiano das famílias mais vulneráveis do Nordeste envolve problemáticas culturais, econômicas, sociais, territoriais e políticas, demonstrando as dificuldades relacionadas com a participação e a inserção social. As experiências destas famílias são marcadas por dificuldades de acesso a bens sociais que são necessários para a própria manutenção da vida coletiva e individual (GALHEIGO, 2020).

Estas características de muitas famílias da Região Nordeste ficam mais evidentes em situações limites, como as que foram impostas pelo contexto da pandemia da Covid-19, já que a política de desigualdade ficou ainda mais exposta e vidas precárias ficaram mais suscetíveis à morte, em função da opressão e do agravamento das dificuldades que muitos enfrentam tanto no acesso à saúde quanto aos bens sociais (PIRES, 2020).

2. JUSTIFICATIVA

A COVID-19 como doença respiratória grave, sem dar importância devida aos aspectos socioeconômico, histórico das dificuldades das pessoas é muito simplista e fora da realidade da maior parte da sociedade brasileira. Por isso, a abordagem unidisciplinar tecnicista, biológica não reflete a real situação dos usuários do SUS.

A vivência médica no que se relaciona com as diferentes esferas da Atenção Básica, Unidade de Pronto Atendimento e Atenção Terciária, lidando com os cuidados diretos prestados aos pacientes contaminados pela Covid-19, em adição a observação das dificuldades das famílias para manter um mínimo padrão de condições dignas de vida, em função da precariedade financeira, se traduz em importante fator de motivação para a realização da pesquisa aqui proposta.

Tanto para o meio acadêmico quanto para a sociedade em geral, os estudos que se relacionam com os aspectos sociais da pandemia e sua influência na vida das pessoas podem elucidar diversos fatores atuais que se relacionam com dados históricos de desigualdades na sociedade brasileira, e como os mesmos podem corroborar para uma maior afetação de um determinado grupo social.

A universidade como difusora do conhecimento pode ampliar seus olhares à comunidade, auxiliando a mesma, através da educação em saúde, bem como em Educação Permanente para os profissionais de saúde, através de cursos básicos que promova a prevenção às doenças respiratórias, bem como agravos, a partir do incentivo a maior participação das pessoas no processo de cuidado à sua saúde.

A população mais carente perdeu seus trabalhos e, conseqüentemente, suas fontes de renda, sendo acometidas até mesmo por transtornos de ordem psicológica em função da tensão causada pelas incertezas do quadro pandêmico. Assim, este estudo justifica-se a busca por dados e informações que possam auxiliar na reflexão a respeito das conseqüências da crise causada pelo Coronavírus que influencia nas vivências e na perspectiva de vida de parcela dessa população.

As pessoas reagem de formas diferentes frente a situações estressantes. Portanto, diante de uma sabedoria prévia, oriunda da sua história de vida, dos seus aprendizados advindos de ancestrais, da comunidade e, mais recentemente, orientados pelos profissionais de saúde no território, revela os desafios da sobrevivência nessa crise pandêmica.

Espera-se que este estudo possa contribuir para a reflexão de gestores e profissionais de saúde, como também subsidiar estudos futuros, capazes de propor caminhos para que novas políticas públicas em saúde possam ser pensadas, implementadas e avaliadas, no sentido de abarcar todos os nichos sociais que perfazem a nossa sociedade.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os desafios financeiros vividos pelas famílias na prevenção e cuidados básicos da covid-19 no âmbito da atenção primária à saúde, nas cidades de Porto Seguro, Coaraci e Itabuna.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Apresentar o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa;
- b) Analisar se e o quanto a pandemia afetou o emprego e a renda dos usuários residentes no território das Unidades Básicas de Saúde;
- c) Apresentar os sentidos e significados atribuídos no momento pandêmico pelas famílias usuárias do SUS e assistidas pela ESF.

4. MARCO TEÓRICO CONCEITUAL

Existe uma interação entre patologias que vem ocorrendo em populações específicas e que caracteriza a infecção por Covid-19 no mundo, sendo as mesmas: a infecção com síndrome respiratória aguda grave Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e uma série de doenças não transmissíveis. O agrupamento dessas condições em determinados grupos sociais demonstra as consequências dos padrões de desigualdades sociais (ALMEIDA-FILHO, 2021).

Essa agregação de doenças em um contexto de disparidade econômica e social aumenta os efeitos que cada doença poderia ter separadamente. Deste modo, é possível afirmar que a Covid-19 não se trata de uma pandemia, e sim de uma sindemia, tendo em vista tratar-se de situação que requer uma abordagem mais ampla no sentido de gerar um melhor entendimento e uma maior proteção social (LASCO, 2020).

Essa noção de sindemia surgiu dos estudos do médico e antropólogo americano Merrill Singer, que na década de 1990, já trazia a necessidade de uma abordagem sindêmica que tratasse das interações sociais e biológicas que são extremamente necessárias para os prognósticos, os tratamentos e as políticas de saúde (PIRES, 2020).

O conhecimento a respeito dos danos causados pela Covid-19 requer atenção às desigualdades socioeconômicas, já que uma sindemia não se trata apenas de uma comorbidade, mas de interações de cunhos biológico e social, levando-se em consideração as condições que contribuem para o aumento da suscetibilidade de alguns grupos (ALMEIDA-FILHO, 2021).

É necessário destacar as consequências da Covid-19 como sindemia em consonância com suas origens sociais. A atenção deve ser voltada para as vulnerabilidades de diversos grupos como comunidades étnicas minoritárias, negras e asiáticas, cidadãos mais velhos e, principalmente, trabalhadores mal pagos (ALMEIDA-FILHO, 2021).

Não importa o quão grande seja a eficácia da vacina, a busca por uma solução puramente médica para a sindemia irá falhar caso os governos não elaborem programas e políticas que visem reverter desigualdades históricas que fazem parte de sociedades desprotegidas em situações sindêmicas (ALMEIDA-FILHO, 2021).

4.1 DESIGUALDADES E VULNERABILIDADES EM TEMPOS DE PANDEMIA

Toda política pública produz efeitos principais e também intencionais e, no caso da pandemia, podendo ainda haver efeitos adversos não intencionais, sejam os mesmos perversos ou colaterais, os quais atingem parcela específica do público (OLIVEIRA, 2020).

Toda política pública envolve escolhas de cursos para a ação que priorizam estratégias e produzem lacunas e pontos cegos de abrangência ou cobertura, e que deixam partes dos problemas sem o reconhecimento adequado e também sem o tratamento necessário (BACH; WEGRICH, 2019). Desta forma, a distribuição desigual dos déficits de atenção e dos efeitos adversos, além da cobertura sobre os territórios e populações, faz com que as medidas governamentais sejam recebidas de diferentes maneiras pelas pessoas, a depender de sua localização, trajetória e formas de localização no âmbito das relações sociais (BATISTA, 2013).

Nesse sentido, a crise sanitária provocada pela Covid-19 não pode ser analisada apenas pelo enfoque da biologia, sendo necessária a consciência de que a problemática abarca as desigualdades sociais. Os segmentos sociais mais vulneráveis apresentam menores condições de usufruírem dos benefícios das medidas de enfrentamento à crise, especialmente no que diz respeito aos aspectos relacionados com a atenção em saúde (VILLELA, 2020).

Os efeitos dessas medidas podem ser adversos para uma parcela significativa da população no que diz respeito às condições precárias de renda, alimentação e habitação. Os grupos mais vulneráveis enfrentam maiores riscos econômicos, sanitários e sociais diante da pandemia (PIRES, 2020).

Esses segmentos mais vulneráveis da população possuem menos possibilidades de se beneficiarem ou manter sua renda em situações de isolamento social, principalmente em função das questões relacionadas com a pobreza, a informalidade, as dificuldades de transporte, o desemprego, o trabalho precário e a renda baixa e incerta (IOANNIDIS, 2020)

As condições de habitação de parcela da população brasileira impõem limitações claras à adoção de medidas de higiene e limitações sociais apontadas pelas organizações sanitárias como sendo essenciais para evitar a contaminação no caso de pandemias e riscos de contaminações virais. As residências devem ter condições que sejam minimamente adequadas para um período cujo isolamento seja relativamente longo (OLAIMAT *et al.*, 2020).

No quesito moradia, a população brasileira se apresenta em condições bastante distintas, havendo ainda um ritmo crescente do déficit habitacional. Em 2018, o Brasil já possuía 4 milhões de brasileiros vivendo em casas sem banheiro e 35 milhões em moradias sem acesso a água tratada, além de 100 milhões de pessoas vivendo em locais sem rede de esgoto. Boa parte dessas condições de habitação se localiza em territórios de favela, no quais ainda se somam outros tipos de carências, tais como serviços inadequados de transporte, educação, saúde e segurança (ANTUNES, 2020).

Neste contexto, as medidas de quarentena afetaram as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, que não possuem o necessário abastecimento hídrico, não têm renda suficiente e não compreendem as medidas de prevenção indicadas contra a Covid-19 (CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO COMÉRCIO DE BENS, SERVIÇOS E TURISMO, 2020). De acordo com o Censo 2010, 83% da população do país têm acesso à rede geral de distribuição e à água potável (JIMÉNEZ, 2019). A falta de água pode dificultar até mesmo a adesão da população à medida preventiva de higienização das mãos indicada.

Ainda mais críticos são os limites de distanciamento social quando o enfoque se dá em populações em situação de rua. De acordo com os dados do Ipea, no ano de 2015, mais de 100 mil pessoas vivem nesta condição no país (NATALINO, 2016). Ainda se faz necessário destacar que a proporção de pessoas negras entre aquelas em situação de rua é de 67% em comparação com os 44,6% da população em geral (CORTIZO; SANTORO, 2019).

Neste sentido, Antunes (2020, p. 184), afirma que “[...] a letalidade da pandemia do capital se estampa em sua aguda fragilidade em relação ao trabalho: se forem laborar, contaminam-se; se ficarem em isolamento, não terão recursos mínimos para a sobrevivência”. A distribuição desigual de renda facilita a contaminação viral, principalmente nas comunidades, onde o cumprimento do isolamento social é dificultado pelo número de habitantes maior, a falta de saneamento básico, a informalidade no trabalho, as dificuldades e a insegurança econômica que estimula muitas pessoas saírem para buscar o seu sustento (TEDIJANTO, 2020).

A crise advinda da pandemia gerada pelo covid-19 acentuou a desigualdade no Brasil, pois se trata de um país que já se apresenta como um dos mais desiguais do mundo. A doença pode afetar desigualmente os desiguais, e ser cada vez mais impactante para a parcela pobre da população, já que a vulnerabilidade social, o desfavorecimento, a exclusão, o desamparo, a violação de direitos e ao abandono contribuem para que esses grupos sejam atingidos negativamente em diversos aspectos da sua qualidade de vida (GADELHA, 2020).

As classes sociais foram afetadas pela pandemia de formas diferentes no Brasil, especialmente no que diz respeito à saúde e à renda. Quanto mais pobre, maior é o impacto da covid-19 na renda dos brasileiros. A Rede de Políticas Públicas e Sociedade, afirmou em nota técnica que o número de trabalhadores que foram afetados pela Covid-19 pode chegar a 75,5 milhões (FONTENELE, 2020).

A população mais carente foi mais atingida quando teve seus empregos perdidos e passaram a sobreviver apenas com o auxílio emergencial fornecido pelo governo inicialmente no valor de R\$ 600,00 (Seiscentos Reais). Em função do cenário desafiador imposto pela pandemia, o desemprego no Brasil não parou de subir. Segundo o IBGE, a taxa de desemprego no país subiu para 12,9% no último trimestre de 2020, com a destituição de 7,8 milhões de postos de trabalho (BORGES, 2020).

A maior vulnerabilidade pode ser encontrada em pessoas com empregos menos estáveis e que trabalham em setores não essenciais como os serviços domésticos, comércio de vestuário, cabeleireiros, manutenção de veículos, dentre outros que, somados, chegam a 23,8 milhões de pessoas, ou 25,5% da população (MAGALHÃES, 2020).

4.2 POLÍTICAS SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

Os problemas com a pandemia do Covid-19 colocam em xeque as práticas e os discursos de redução do tamanho do Estado, da flexibilização das leis trabalhistas, do desmonte dos sistemas de proteção social, da desvalorização e da falta de investimento em tecnologia, ciência e ensino, além da precarização dos serviços públicos de saúde. A crise não se resume apenas às questões sanitárias, mas também possui influência nos campos políticos, sociais e econômicos que exigem medidas que vão além da contenção imediata da transmissão do vírus (IOANNIDIS, 2020).

O Estado de Bem-estar social passou a enfrentar uma crise a partir da década de 1970 em função dos processos de reestruturação capitalista, aliada à emergência das propostas neoliberais, que, desde então, passaram a integrar o quadro das políticas de cunho privatizante (GUARANY, 2020). A partir de então, essas tendências passaram a fazer parte da reconfiguração do capitalismo, associado ao aprofundamento do neoliberalismo, culminando em uma grande retirada de direitos (GOUVÊA, 2020).

No caso do Brasil, houve um avanço significativo nessas reformas, especialmente com a definição dos direitos relacionados com a seguridade social, que foram definidos pela Constituição de 1988. A partir de então, houve inúmeras tentativas de fazer retroceder esses direitos já conquistados. Neste diapasão, tem-se como destaque as Emendas Constitucionais que tratam do corte de recursos, como a de nº 95/2016, e as legislações que alteram os direitos previdenciários e trabalhistas (GOYA; ANDRADE, 2018).

Este quadro de tentativa de desmonte é ainda mais agravado quando se trata de momentos delicados nos quais é necessária uma maior assistência do Estado à população, como é o caso da pandemia do Covid-19, cuja crise sanitária fez surgir inúmeros desafios e consequências sociais e políticas (GOUVÊA, 2020).

O “bombardeio” dos serviços públicos, associado ao baixo investimento na segurança social, é posto à prova na crise mundial gerada pela pandemia do Covid-19. É preciso demarcar a importância indiscutível do Estado no que diz respeito à proteção social e à garantia de direitos, e também no que se refere ao crescimento da economia e à produção de conhecimento por meio da ciência e da tecnologia (CASSELMAN & COHEN, 2020).

De acordo com Guarany (2020, p. 29) "Países periféricos e centrais, dentre os quais o Brasil, estão sendo obrigados a recorrer aos cofres do Estado em função da pandemia da Covid 19, deixando de lado o discurso do mercado como salvador". O abalo na ideia do mercado como único provedor de serviços e bens levou consigo a crença de que o esforço individual é suficiente para a garantia de um futuro melhor para os cidadãos (CEPAL, 2021).

É imprescindível que haja um avanço nas políticas públicas e também investimentos em melhorias dos serviços públicos, sendo os mesmos prestados com qualidade, integralidade e universalidade. A pandemia, em função do seu alcance político e institucional, trouxe consigo a necessidade de um Estado capaz de proteger os direitos dos cidadãos, principalmente no que tange à efetivação do amparo social (ROMANDINI, 2020).

É importante que a busca por meios de proteção social e defesa de direitos não sejam restritos apenas ao período da pandemia, mas que sejam continuados no sentido de levar condições às pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade e risco. No cenário pandêmico, existem inúmeras dificuldades que se agravam por falta de protocolos que já estão cientificamente consolidados (OLIVEIRA, 2020).

Após a redemocratização ocorrida no país, foi elaborada a Constituição de 1988 que contemplou a saúde pública com programas e princípios de acesso gratuito e universal à para todos os cidadãos, apresentando uma configuração legal e institucional com um regime de proteção social, intitulado de Sistema Único de Saúde (SUS) (GOYA; ANDRADE, 2018).

O SUS tem seus princípios baseados na equidade, na universalização, na integralidade, na regionalização e hierarquização. O seu funcionamento é basicamente realizado por meio de esferas descentralizadas e baseadas em estratégias elaboradas pelo Ministério da Saúde (MS) (FIGUEIREDO, 2018). No entanto, a falta de investimentos no SUS e o seu processo de sucateamento ao longo dos anos vem sendo motivo de preocupação em todo o país, já que os cortes no orçamento em saúde afetam diretamente a promoção dessa ferramenta de atenção pública no que se diz respeito ao combate do Covid-19 (GOUVÊA, 2020).

De acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o congelamento do orçamento destinado à saúde por 20 anos pelo governo federal pode gerar um prejuízo de R\$400 bilhões para o Sistema Único de Saúde (DOS SANTOS, FERREIRA, 2020). A falta de terapias e vacinas se associa à baixa capacidade dos serviços de saúde que visam atender essas demandas geradas pela pandemia. O tratamento pós-covid para a reabilitação ainda precisa ser aprimorado. A pandemia possui o potencial de gerar consequências imensuráveis em diversos campos, afetando diretamente aqueles que possuem maiores demandas por amparo social (CARDOSO, 2020).

4.3 POLÍTICAS FISCAIS NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA

No que se refere às políticas fiscais com impacto neutro na distribuição, existem alguns exemplos como as campanhas de segurança nacional e a vacinação, nas quais o gasto público traz benefícios relativamente igualitários à população. No entanto, um gasto em assistência social, possui a tendência de beneficiar um grupo de indivíduos (CASTILHO, 2017).

O orçamento público deve ter como uma das suas finalidades a promoção da redução das desigualdades e as decisões de política fiscal que interferem sobre a desigualdade (CESR, 2019). Segundo Lustig (2015, p. 12), “o papel dos benefícios e transferências sociais atuam na redução das desigualdades e estimulam a renda ampliada”.

Os valores imputados aos serviços públicos como educação e saúde são considerados como sendo uma transferência indireta. Esses serviços têm um grande potencial de promover a redução

das desigualdades, já que beneficiam principalmente uma parcela da população que é considerada mais pobre (DAVID, 2018).

As funções do estado podem ser alocativas, distributivas e estabilizadoras. A função alocativa da política fiscal é destinada a prover as necessidades públicas e advém do conhecimento da ineficácia relacionada com o sistema de mercado no que diz respeito a prover determinados bens e serviços (LUSTIG, 2015).

A função distributiva da política fiscal se destina a distribuir uma parte da renda social, com o intuito de distribuir parte da renda à sociedade visando alcançar uma distribuição igualitária. Sua função é decorrente do reconhecimento da incapacidade do mercado no que se refere à condição da sociedade, propondo uma estrutura de distribuição de renda equitativa e justa para as pessoas que não possuem condições de trabalho, garantido às mesmas o acesso aos direitos sociais (OLIVEIRA, 2009).

Já a função estabilizadora da política fiscal é aquela que se destina a influenciar o nível de preços e empregos. A mesma difere das outras funções de maneira bastante profunda, pois seu interesse consiste na alocação dos recursos entre as necessidades privadas e públicas ou entre as necessidades alternativas privadas. Seus esforços são concentrados na manutenção de um nível alto de utilização dos recursos, mantendo também a estabilidade da moeda (RIBEIRO, 2010).

4.4 POLÍTICAS DE GERAÇÃO DE EMPREGO E A PANDEMIA

As políticas sociais implantadas no Brasil entre 2000 e 2013 buscaram proporcionar a redução da pobreza, a formalização do trabalho, a valorização do salário mínimo, dentre outras ações. Após esse período, a vulnerabilidade social e a miséria voltaram a aumentar em todo o território nacional.

Em 2019, o número de desempregados no quarto trimestre já apresentava uma alta taxa. De acordo como os dados do IBGE, atualmente já existem 11,6 milhões de desempregados no Brasil. Esse índice aumentou durante o primeiro trimestre de 2020, quando houve o primeiro relato de infecção por Covid no Brasil (GADELHA, 2020). Mais da metade da população brasileira vive na informalidade e com menos de um salário mínimo.

As medidas de bloqueio parcial ou total que foram implementadas por vários países no sentido de retardar a disseminação da doença afetaram mais de 2 bilhões de trabalhadores,

representando cerca de 80% da força de trabalho no mundo (OIT, 2020). Nos Estados Unidos, no início da pandemia, os trabalhadores solicitaram o auxílio desemprego. A escala e a velocidade das perdas de empregos não têm precedentes, já que apenas em duas semanas a pandemia deixou quase 10 milhões americanos sem emprego (CASSELMAN & COHEN, 2020).

A crise oprime os trabalhadores que vivem na informalidade e não possuem auxílio-doença e nem outros benefícios que os protejam nos casos de paralisação das atividades produtivas.

O momento atual exige que sejam adotadas políticas públicas capazes de conduzir à efetivação do direito ao trabalho e à saúde. Neste contexto, a pandemia atinge a população que vive na informalidade com maior intensidade, afetando aqueles cujos rendimentos são irregulares ou mais baixos e que não possuem acesso à moradia digna, água potável, sistemas privados de saúde e proteção social vinculados à carteira de trabalho, tais como: férias, salário mínimo, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licença-maternidade, licença médica e seguro-desemprego. Esses trabalhadores cumprem extensas jornadas de trabalho e dificilmente conseguem acessar linhas de financiamentos para o exercício legal da atividade (MATOS *et al.*, 2020).

Além da crise sanitária, uma das maiores consequências da pandemia está no aumento do desemprego e na elevação da informalização do trabalho, dos subcontratados, dos terceirizados, dos trabalhadores em tempo parcial, dos flexibilizados e do subproletariado. Essas pessoas precisarão de políticas voltadas à proteção contra a pobreza e a fome, necessitando de sua inserção em uma rede proteção social (JIMÉNEZ, 2019).

Com o objetivo de evitar o desemprego em massa, foi estabelecido pelo Governo Federal, por meio da Medida Provisória nº 936 e da Lei nº 14.020, ambas de 2020, o Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e Renda. Este benefício permite que haja uma redução proporcional da jornada de trabalho e do salário dos trabalhadores formais no que tange à suspensão do contrato de trabalho. O mesmo é pago nas hipóteses de redução proporcional da jornada de trabalho e de salário, por até 90 dias e na suspensão temporária do contrato de trabalho por até 60 dias (FGV, 2019).

O Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda apostou na redução da jornada de trabalho e, proporcionalmente, do salário, com base em acordo individual ou por meio de negociação coletiva e com duração de 90 dias (HEINEN, 2020).

De acordo com o Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL/MTE, 2020), essa medida resultou em benefícios de curto prazo, cuja finalidade é manter a renda dos trabalhadores e

possivelmente permitirá, a médio prazo, que sejam preservados os direitos dos trabalhadores/as nas empresas. As empresas também são beneficiadas, já que o Governo assume parte do ônus do empregador no que se refere à manutenção do trabalhador.

A urgência da situação imposta pela pandemia requereu a adoção de políticas públicas voltadas para emprego e transferência de renda no intuito de proteger aqueles trabalhadores que vivem na informalidade enquanto suas atividades laborais estiverem paralisadas. Já no contexto pós Covid-19, o governo teve que elevar os gastos com programas sociais e políticas de transferências de renda, pois estas serão imprescindíveis ao enfrentamento da pobreza, funcionando como um seguro social (NECAT, 2020).

Se a questão do trabalho e da renda no que se refere aos segmentos que se encontram em situação de vulnerabilidade e pobre se constitui em um grande problema em contextos normais, este cenário se revela ainda mais grave em tempos de crise como aquele provocado pela Covid-19. Apesar dos sinais de arrefecimento de alguns efeitos da pandemia sobre as atividades econômicas, ainda não é possível afirmar que o mercado de trabalho superou o seu pior momento na crise pandêmica (IPEA, 2020).

As medidas que buscam atenuar os impactos negativos na economia e também objetivam proteger os mais vulneráveis acabaram evidenciando as desigualdades sociais, a precariedade existente no mundo do trabalho e nas condições de sobrevivência das pessoas, demonstrando que é urgente a adoção de políticas de geração de emprego e proteção social, além do fortalecimento de programas de transferência de renda (MATOS *et. al.*, 2020).

4.5 A QUEDA NO RENDIMENTO DAS FAMÍLIAS E A AJUDA EMERGENCIAL

De acordo com Shafir (2016, p.6), “a escassez muda a maneira como as pessoas alocam sua atenção, levando-as a se envolver mais profundamente em alguns problemas enquanto negligenciam outros”. Deste modo, a escassez em suas formas de manifestação, seja através da fome, da pobreza ou da falta de emprego, é capaz de capturar o autocontrole, a atenção e a capacidade de planejamento a longo prazo, direcionando o foco ao objeto mais imediato que é a falta (SHAFIR, 2016).

A pandemia do Covid-19 ameaça principalmente a renda e a saúde dos mais pobres que moram em periferias e que já possuíam vínculos frágeis no mercado de trabalho, sofrendo

desproporcionalmente em comparação com as classes que possuem um maior poder econômico. De acordo com Fidelis *et al.* (2019), os dados do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB, 2019), 28,3% das famílias no Brasil sobrevivem com uma renda per capita de até R\$719,81. Além disso, segundo levantamento do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2019), o Brasil se encontra na sétima colocação no ranking mundial de desigualdade de renda (Índice de Gini), perdendo apenas para 06 países africanos.

O alto número de indivíduos que estão em situação de miséria já alcançava mais de 13 milhões de habitantes em 2019; essas pessoas sobrevivem com até R\$415,00 (Quatrocentos e Quinze Reais) por mês, de acordo com dados do IBGE. Grande parte desta população é formada por pessoas pardas e negras que possuem pouca ou nenhuma escolaridade. Muitas dessas pessoas enfrentam o dilema entre prosseguir com a educação ou abandonar os estudos para ajudar na subsistência da família (IBGE,2020).

Segundo Magalhães (2020, p. 16) “a renda das famílias mais pobres pode ser até 20% mais afetada pela pandemia do que a média populacional”. Este fato se deve principalmente à dependência que a classe mais baixa possui em relação à renda gerada pelo seu trabalho e também devido ao fato de as mesmas estarem inseridas em setores que foram mais afetados pela crise (MAGALHÃES, 2020).

Em virtude desse impacto social da pandemia causada pelo Coronavírus, o Governo Federal estabeleceu medidas voltadas para a proteção social. Dentre estas, destaca-se a renda básica emergencial, que foi instituída pela Lei nº 13.982 (BRASIL, 2020). Este auxílio emergencial se destina àqueles cuja renda mensal sofreu os impactos da crise da Covid-19. Dentre os beneficiados, estão os trabalhadores informais, os autônomos, os desempregados, os microempreendedores informais (MEI) e os não beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), do benefício previdenciário ou da renda assistencial federal (exceto o Programa Bolsa Família) (SEBRAE, 2020).

O auxílio foi estabelecido no valor de R\$600,00 (Seiscentos Reais) por pessoa e R\$1.200,00 (Um Mil e Duzentos Reais) para mães e chefes de família. Um núcleo familiar com mães chefe de família e com maiores sem vínculo empregatício pode chegar a receber até R\$ 1.800,00 (Um Mil e Oitocentos Reais), sendo que até dois membros da mesma família podem receber o auxílio de forma cumulativa (FGV, 2020).

O benefício trouxe uma ajuda no sentido de garantir os mínimos direitos sociais – em especial no que se relaciona com a alimentação – para aqueles que em função da pandemia, perderam sua renda, tendo como foco a proteção da família. O direito a receber o auxílio de acordo foi estabelecido com algumas condições: possuir renda mensal de até três salários mínimos ou de meio salário mínimo por pessoa (CARDOSO, 2020).

A verificação da renda é realizada através do Cadastro Único e também da autodeclaração feita por meio da plataforma digital disponibilizada pelo Governo Federal. O benefício foi liberado inicialmente por três meses. No entanto, a partir do decreto nº 10.412, o mesmo foi prorrogado por mais dois meses. Assim, as pessoas aprovadas no auxílio receberam, ao todo, cinco parcelas (BRASIL/MTE, 2020),

Segundo dados do IBGE em junho de 2020, aproximadamente 29,4 milhões de domicílios receberam o auxílio, e isso corresponde a 43% do total de domicílios, em maio já eram 26,3 milhões de domicílios, ou seja, 38,7% de famílias foram beneficiadas. Com o encerramento do ciclo de pagamentos, até dezembro de 2020 foram destinados aos beneficiários mais R\$ 275 bilhões (IBGE, 2020).

É válido ressaltar que o auxílio emergencial não abrange todas as necessidades sociais de uma família. Neste momento de crise sanitária e com o avanço do vírus, aliado ao aumento das mortes, o isolamento social, os mais vulneráveis ainda sentem o desamparo social, principalmente os trabalhadores informais, que já possuem precarizada a garantia dos seus direitos (SEBRAE, 2020).

Ainda é necessária a implantação de políticas públicas universais e permanentes que englobam a todos, principalmente as pessoas que são invisíveis à ação do Estado. A informalidade se tornou para muitos brasileiros uma alternativa no que diz respeito à ausência de oportunidades e emprego, e essa situação foi agravada pela crise pandêmica. O Estado deve articular medidas de proteção aos trabalhadores e também incentivar melhores condições de trabalho (FONTENELE, 2020).

4.6 O SUS E A SEGURIDADE SOCIAL

No que se refere aos direitos e às necessidades da população, o SUS vem apresentando avanços inquestionáveis, tanto no que se refere às realizações quanto aos conhecimentos e práticas. Na Atenção Básica em Saúde (AB), houve um aumento da integração de ações protetoras,

promotoras e também recuperadoras em saúde, todas elas embasadas em diagnósticos epidemiológicos e sociais (BENEVIDES, 2016).

Estudos revelam que na prática, a resolutividade das ações do SUS pode chegar a até 90% de atendimento, no que diz respeito às necessidades de saúde. Existem várias microrregiões no território nacional que apresentam características que são favoráveis para a atuação das equipes de saúde. No entanto, esses locais se apresentam como exceções, já que em outras regiões não há condições materiais para a expansão das experiências de sucesso (SANTOS, 2013).

Nos mais de 30 anos do SUS é notável a relação entre as dificuldades para o atingimento do modelo ideal de saúde com a materialização dos direitos de cidadania e seguridade social. As práticas necessárias para se chegar a esse ideal só podem ser viabilizadas com políticas públicas que possam abranger as características sociais e econômicas da saúde (ROSSI, 2018).

4.7 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E CONTEXTO SOCIAL

As questões de saúde estão intrinsecamente ligadas com a pobreza e este fato pode ser percebido cotidianamente na sociedade brasileira, sendo evidenciado nos serviços de saúde. Devido ao fato de estarem forjados estruturalmente e historicamente na sociedade, as desigualdades sociais e a pobreza integram um contexto social negativo, que implica diretamente no campo da saúde (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

Ao tomar como referência uma ampliada perspectiva de saúde, o SUS dá ênfase às consequências do contexto histórico e social na saúde da população. A Constituição Federal de 1988 determinou a saúde como “direito de todos e um dever do Estado”. Assim, a Carta Magna deixa explícito que a garantia da saúde deve se dar por meio que garantam às pessoas o bem-estar em diversos aspectos, sejam os mesmos físicos, mentais e sociais (SANTO, 2013).

Dentro deste contexto, a Atenção Primária em Saúde (APS) se constitui a partir de uma concepção de base para as práticas da área, e ganha uma enorme complexidade diante do contexto social que envolve os processos de saúde e doença, especialmente em função da repercussão do retrocesso dos direitos sociais nos cuidados em saúde dos mais pobres (ROSSI, 2018).

A Atenção Primária à Saúde (APS), vem se destacando por suas conquistas no que se refere tanto à saúde da população quanto à organização do SUS, e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), mesmo tendo sido ampliada apenas nas suas versões (2006 e 2011), tem, na sua revisão

de 2017, gerado importantes tensões no que diz respeito aos avanços conquistados e na consolidação do direito à saúde (PITOMBEIRA; OLIVEIRA, 2020).

4.8 POLÍTICAS DE PROTEÇÃO SOCIAL

A desigualdade tem sido o maior problema social do Brasil, mesmo quando analisada sobre diferentes aspectos, surpreendendo tanto pela sua dramaticidade quanto pela sua dimensão. No entanto, o tratamento que tem sido dispensado na atualidade ao problema se elege apenas um dado do perfil da política social que se foca na pobreza como único problema a ser revertido nessa situação (LIMA, 2017).

O enfrentamento desse quadro de desigualdade, levando-se em conta sua complexidade e plenitude requer ações públicas mais amplas. O combate à pobreza não deve ser o único objetivo da política social, e sim um produto de esforço concentrado e geral da sociedade, seja nas políticas de transferência de renda ou em outras políticas relacionadas com o aspecto estrutural (VIEIRA, 2016).

No debate sobre as políticas de proteção social é necessário que não seja perdida a referência constitucional que se baseia em uma perspectiva universalista e inclusiva, e não apenas focal. A política social deve ser composta por programas e ações, agregando a inclusão em face dos direitos sociais que são constitucionalmente reconhecidos (PASSOS, 2016).

Uma política social de caráter universal e inclusivo deve aumentar a eficácia e a eficiência na alocação de recursos e forjar um novo regime tributário e fiscal que seja capaz de arcar com um projeto de distribuição que vise o desenvolvimento. É necessário destacar que a redução efetiva da pobreza não constitui papel exclusivo da política social, pois essa tarefa é mais ampla e extrapola seus limites, envolvendo um novo projeto de país, com uma progressiva e nova estrutura tributária (LIMA, 2017).

5. MATERIAIS E MÉTODOS

5.1 TIPO DE ESTUDO

Para alcançar os objetivos propostos, para a produção dos dados, utilizou-se uma combinação de estratégias metodológicas. Para Creswell e Creswell (2021), os métodos mistos envolvem a coleta de dados quantitativos e qualitativos, integrando-os a partir de desenhos metodológicos distintos, mas refletem pressupostos filosóficos e estruturas teóricas. Para os autores, a integração desses dados possibilita compreender além das informações fornecidas pelos dados quantitativos ou qualitativos isoladamente.

Segundo Bogdan e Biklen (1994), independente da forma ou equipamento utilizado na coleta de dados, o investigador é o responsável por elucidar questões. Ciente deste desafio serão utilizadas na coleta de dados técnicas quantitativas e também qualitativas. Apesar da impossibilidade de se negar o poder da ciência positiva em sua efetividade histórica, [...] “associar quantificação com positivismo é perder de vista que quantidade e qualidade estão intimamente relacionadas” (ANDRÉ, 2005, p. 24).

Para isso, optou-se pelo uso dos dados qualitativos e quantitativos produzidos na 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”. Trata-se de um estudo de abrangência nacional, elaborado pela Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAÚDE) sobre o enfrentamento da COVID-19, sob a coordenação geral do PROFSAÚDE, em parceria com as instituições federais de ensino superior que constituem a Rede. Esse estudo multicêntrico teve 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.

5.2. CONTEXTO

Trata-se de um estudo de prevalência, também estudo multicêntrico denominado transversal, que utilizou questionários aplicados a 210 usuários da APS (70 por município) e roteiro de entrevista com 42 usuários da APS (14 por município), dentre os que responderam os

questionários. O estudo foi dividido em duas etapas, sendo a Etapa I, referente a pesquisa quantitativa, realizada por meio de questionários, com aproximadamente 70 usuários por município, cujos dados foram inseridos na plataforma *Google Forms* sob o gerenciamento da Coordenação Geral da Pesquisa. Posteriormente, esses dados foram encaminhados, através de planilha *Excel*, para às coordenações locais das universidades inseridas no projeto, cujos dados foram utilizados para a análise descritiva e exploratória dos dados com foco nos objetivos da pesquisa e análise de conteúdo. A Etapa II, trata-se da pesquisa qualitativa, onde foram entrevistados, realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e/ou mestrandos do PROFSAÚDE, 14 usuários por município, que responderam o questionário na Etapa I. Essas entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas pelos mestrandos.

5.3. LOCAL DO ESTUDO¹

No presente estudo foram analisados os dados referentes aos municípios de Coaraci, Itabuna e Porto Seguro, localizados na Região Geográfica Intermediária de Ilhéus-Itabuna – uma das dez regiões intermediárias do estado da Bahia e uma das 134 regiões intermediárias do Brasil, cujos dados sociodemográficos e perfil epidemiológico, encontram-se a seguir descritos.

A Região Geográfica Intermediária de Ilhéus-Itabuna é conformada por quatro Regiões Imediatas (Ilhéus-Itabuna, Camacan, Eunápolis-Porto Seguro e Teixeira de Freitas) e por 51 municípios com população estimada em 1.628.536 pessoas distribuídas em um território de 47 401,517 Km². Entretanto, as regiões imediatas correspondem à escala ideal para analisarmos a dinâmica epidêmica da Covid, cuja distribuição é fortemente determinada pela circulação de pessoas, pois essas regiões têm na rede urbana o seu principal elemento de referência e se estruturam para a satisfação das necessidades imediatas das populações, tais como compras de bens de consumo; busca de trabalho; procura por serviços públicos, serviços de saúde e educação etc. (IBGE, 2017). Coaraci e Itabuna integram a Região Geográfica Imediata de Ilhéus-Itabuna, enquanto Porto Seguro integra a Região Geográfica Imediata de Eunápolis-Porto Seguro.

A Região Geográfica Imediata de Ilhéus-Itabuna é composta por 22 municípios, correspondendo a um território de 10.755,84 km² onde vivem e trabalham cerca de 654.057 pessoas. As duas cidades mais populosas, Itabuna (213.685 habitantes) e Ilhéus (159.923

¹ As informações sobre as cidades a seguir, *Locus* desta pesquisa, foram retiradas dos sites do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, *Wikipédia*, *Google* e *Google Maps*.

habitantes), concentram 57,1% dos habitantes da região, mas também oportunidades de trabalho, comércio, serviços públicos de saúde e educação etc. De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) desta região imediata foi estimado em 0,599, valor considerado “baixo” (UFSB, 2021).

A Região Geográfica Imediata de Eunápolis-Porto Seguro, composta por 8 municípios, é menos populosa, com 384.900 habitantes, mas distribuídos em território maior de 12.109,09 km². Eunápolis (114.396 habitantes) e Porto Seguro (150.658 habitantes) concentram 68,9% da população residente e são municípios de referência para a satisfação das necessidades imediatas das pessoas. O IDH, estimado em 0,620, é considerado “médio” (UFSB, 2021).

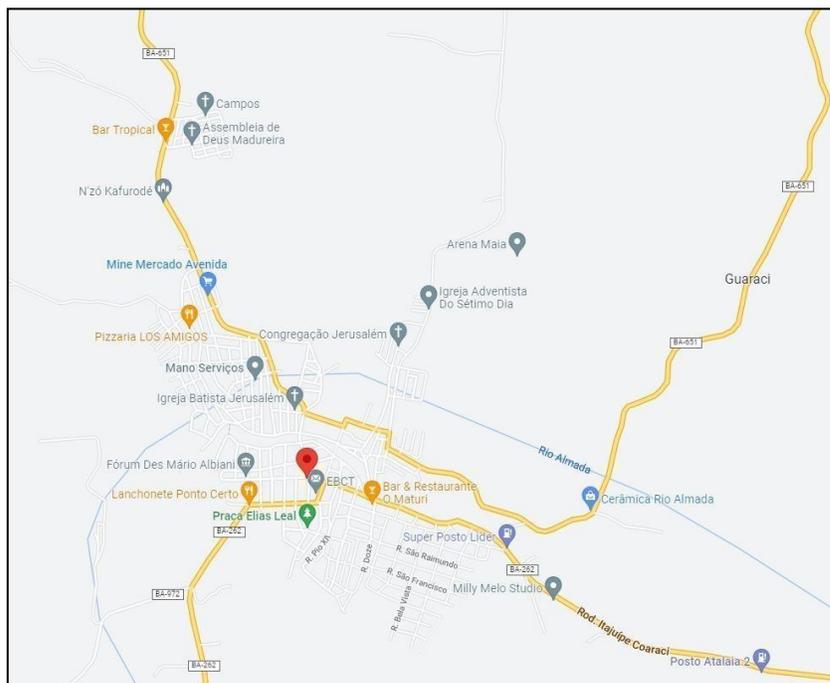
5.3.1 Coaraci

Segundo o IBGE, o município conta com uma população de 20.964 pessoas (censo de 2010) e densidade demográfica de 74,17 hab./km². Em 2019, o salário médio mensal era de 1.8 salários mínimos e a proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 11.9%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 177 de 417 e 78 de 417, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 3125 de 5570 e 2955 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 48.8% da população nessas condições, o que o colocava na posição 292 de 417 dentre as cidades do estado e na posição 1603 de 5570 dentre as do Brasil.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 30.7 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1,2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 29 de 417 e 217 de 417, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 421 de 5570 e 2173 de 5570, respectivamente.

Apresenta 83,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 17,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 32,7% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 7 de 417, 405 de 417 e 37 de 417, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 778 de 5570, 5209 de 5570 e 1076 de 5570, respectivamente.

Figura 1 – Mapa de Coaraci



Fonte: Google Maps (2022)

Quanto ao risco de se infectar pelo SarsCov-2 em Coaraci ao longo do período pandêmico, tem sido muito superior à média estadual (7.463,8 casos/100.000 habitantes) e nacional (8.652,8 casos/100.000 habitantes): 10.967,4 casos/100.000 habitantes até 25/06/2021. Quanto ao risco de morrer por Covid-19 no mesmo período, Coaraci apresenta coeficiente de mortalidade (CM) superior à média nacional (241,4 óbitos/100.000 habitantes) e estadual (158,5 óbitos/100.000 habitantes): 278,0 óbitos/100.000 habitantes.

5.3.2 Itabuna

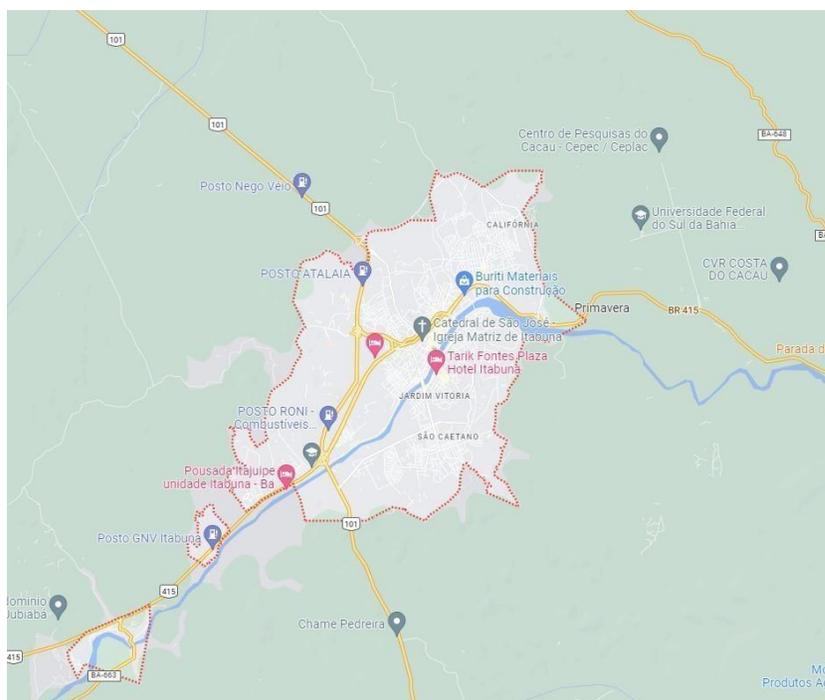
A cidade conta com uma população de 204.667 pessoas, segundo o censo do IBGE, 2010. Em 2019, o salário médio mensal era de 2,2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 21,8%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 37 de 417 e 17 de 417, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficou na posição 1176 de 5570 e 1164 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 39% da

população nessas condições, o que o colocava na posição 405 de 417 dentre as cidades do estado e na posição 2870 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 15,8 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 1,7 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 187 de 417 e 176 de 417, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1769 de 5570 e 1738 de 5570, respectivamente.

Apresenta 81,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 49,8% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 19,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 9 de 417, 315 de 417 e 79 de 417, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 905 de 5570, 4136 de 5570 e 1921 de 5570, respectivamente.

Figura 2 – Mapa de Itabuna



Fonte: *Google Maps* (2022)

Também Itabuna apresenta risco de se infectar pelo SarsCov-2 ao longo do período pandêmico muito superior à média estadual (7.463,8 casos/100.000 habitantes) e nacional (8.652,8

casos/100.000 habitantes): 15.221,5 casos/100.000 habitantes até 25/06/2021. Quanto ao risco de morrer por Covid-19 no mesmo período, Itabuna apresenta coeficiente de mortalidade (CM) muito superior à média nacional (241,4 óbitos/100.000 habitantes) e estadual (158,5 óbitos/100.000 habitantes): 291,6 óbitos/100.000 habitantes.

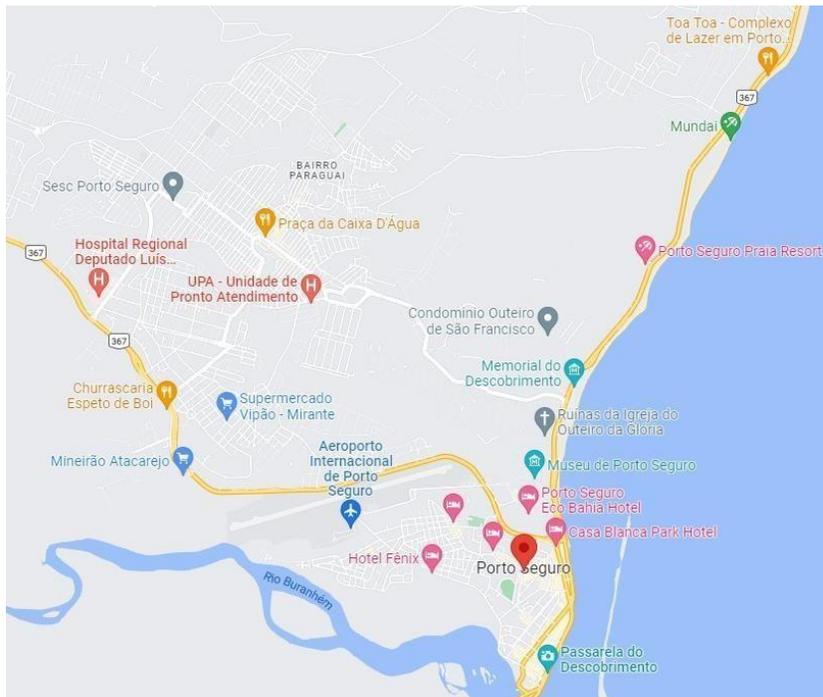
5.3.3 Porto Seguro

A população da cidade é de 126.929 pessoas (IBGE, 2010). Em 2019, o salário médio mensal era de 1,9 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 24,5%. Na comparação com os outros municípios do estado, ocupava as posições 118 de 417 e 10 de 417, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 2553 de 5570 e 907 de 5570, respectivamente. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 37,5% da população nessas condições, o que o colocava na posição 413 de 417 dentre as cidades do estado e na posição 3089 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

A taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 14,38 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 0,2 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, fica nas posições 216 de 417 e 353 de 417, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 2050 de 5570 e 4284 de 5570, respectivamente.

Apresenta 66,7% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 70,1% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 12,5% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Quando comparado com os outros municípios do estado, fica na posição 35 de 417, 188 de 417 e 116 de 417, respectivamente. Já quando comparado a outras cidades do Brasil, sua posição é 1517 de 5570, 3102 de 5570 e 2531 de 5570, respectivamente.

Figura 3 – Mapa de Porto Seguro



Fonte: Google maps.

Quanto ao risco de alguém se infectar pelo Coronavírus (Tabela 1 e Figura 9) ao longo de todo o período da pandemia, a Taxa de Ataque em Porto Seguro foi estimada em 6.543,3 casos/100.000 habitantes em 25/06/2021, inferior à média estadual (7.080,6 casos/100.000 habitantes). Quanto ao risco de morrer por Covid-19 na Região Imediata de Eunápolis-Porto Seguro ao longo de todo o período da pandemia, Porto Seguro (130,1 óbitos/100.000 habitantes) tem coeficiente de mortalidade inferior à média da Bahia (158,5 óbitos/100.000 habitantes).

5.4 ANÁLISE DOS DADOS

5.4.1 O método em pesquisa quantitativo

Foi realizada a análise descritiva das respostas referentes às questões de 1 a 14, constantes na Parte I do roteiro que aborda as características sócio demográficas dos participantes (ANEXO I), referentes a Etapa I da pesquisa quantitativa.

De acordo com Richardson (2008), o método em pesquisa é a escolha de procedimentos sistemáticos, através dos quais procura-se descrever e explicar fenômenos. De maneira geral, pode-

se classificar os métodos existentes em dois grupos: o quantitativo e o qualitativo, que coletivamente são chamados de métodos empíricos. Tais métodos diferenciam-se não apenas pela sistemática envolvida, mas em especial pela forma de abordagem do problema de pesquisa.

A abordagem quantitativa segue o paradigma clássico, a abordagem qualitativa obedece ao paradigma alternativo (TERRENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006). O paradigma clássico defende a ideia da existência de uma realidade externa que pode ser analisada de forma objetiva, cujos resultados da pesquisa podem ser reproduzidos e generalizados, sendo possível a obtenção de verdades universais. (HAYATI; KARAMI; SLEE, 2006). Além disso, para os esses autores, os conceitos de uma teoria devem ser baseados em algo observável e os enunciados científicos devem ser passíveis de serem verificados (TERRENCE; ESCRIVÃO FILHO, 2006).

Em contrapartida, o paradigma qualitativo defende a ideia de que as abordagens exclusivamente quantitativas não são satisfatórias, o que possibilita a utilização de abordagens que visem compreensões e significados das ações humanas são as qualitativas (DENZIN; LINCOLN, 2011; ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2004).

Conforme Aliaga e Gunderson (2002), pode-se entender a pesquisa quantitativa como a “explicação de fenômenos por meio da coleta de dados numéricos que serão analisados através de métodos matemáticos (em particular, os estatísticos)”. Tal pesquisa busca uma precisão dos resultados, a fim de evitar equívocos na análise e interpretação dos dados, gerando maior segurança em relação às inferências obtidas. Sua aplicação é frequente em estudos descritivos, os quais procuram relações entre variáveis, buscando descobrir características de um fenômeno (RICHARDSON, 2008).

Os estudos quantitativos, o pesquisador parte de um plano estruturado e preestabelecido, formulando hipóteses a respeito do que pretende estudar, com variáveis bem definidas. Levanta-se às hipóteses, deduz-se possíveis consequências, cujos dados confirmarão ou não as hipóteses (GODOY, 1995; DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). As características gerais da pesquisa quantitativa são: inferência dedutiva; a realidade investigada é objetiva; a amostra é geralmente grande e determinada por critérios estatísticos; generalização dos resultados; utilização de dados que representam uma população específica; utilização de questionários estruturados com questões fechadas, testes e checklists (HANCOCK, 2002; NEVES, 1996; DENZIN; LINCOLN, 2011; ALVES-MAZZOTTI; GEWANDSZNAJDER, 2005; GODOY, 1995). Segundo Vergara (2005),

os principais tipos de pesquisa quantitativa são: a correlacional, a *survey*, a experimental e a causal-comparativa.

Neste estudo, os dados foram computados no programa *Statistical Package for the Social Sciences*. A análise considerou frequência, desvio padrão, médias e possíveis correlações entre as medidas, sendo os cruzamentos estatísticos significativos descritos no presente trabalho. Assim, foi confeccionada a matriz de correlação de Pearson entre os itens do questionário.

5.4.2 O método em pesquisa qualitativa

Para instrumentalizar a análise dos dados qualitativos, inicialmente, foram selecionadas algumas categorias analíticas (ANEXO 2), mas no decorrer das entrevistas, novas categorias emergiram reestruturando o processo de análise dessas narrativas.

a) Leitura flutuante do material, para ver do que se trata;

Na primeira etapa, ao realizar a produção de dados, foi feita uma exploratória a fim de identificar aspectos temáticos que surgiam nas respostas dos entrevistados. A partir disso, foram identificados termos que apareciam e se destacavam no escopo do material. Nesta fase, emergiram algumas temáticas e termos com características comuns entre os respondentes das cidades.

Definiu-se o universo da amostra a partir de 42 questionários, com 10 perguntas abertas (semi estruturada), sendo que duas delas foram escolhidas para esse estudo: a) como as famílias lidavam ou estão lidando para enfrentamento da pandemia; b) o que mudou na vida do entrevistado e da sua família, indomada pelos usuários do SUS dos municípios de Coaraci, Itabuna e Porto Seguro

O termo análise de conteúdo (AC) designa, de acordo com Bardin (2011, p. 47) constitui-se num

Num conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

O autor destaca que a Análise de Conteúdo possibilita, através de técnicas e conteúdo, a produção de indicadores que permitem a inferência de conhecimento relacionados às condições de

produção/recepção. Consiste em uma técnica metodológica para aplicar em discursos e a todas as formas de comunicação, seja qual for à natureza do seu suporte (GODOY, 1995).

A produção do material para a análise emergiu da entrevista a partir de um roteiro pelo qual o entrevistador conduzia a conversa/entrevista com usuários do SUS através da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

c) Escolha dos documentos que serão analisados (a priori) ou seleção dos documentos que foram coletados para a análise (a posteriori);

O material das entrevistas foi separado por depoente e por cidade. Cada um dos respondentes receberam uma numeração, considerando como critério a ordem alfabética dos nomes. Os documentos sistematizados foram codificados conforme as temáticas surgidas nas respostas. Selecionou-se trechos com maior representatividade e que dialogam com as categorias de análise da pesquisa previamente definidas. Alguns trechos das respostas eram selecionados e organizados em um quadro com os seguintes tópicos: a) tema da resposta; b) ordem da resposta; c) resposta e; d) análise (categoria de análise dos dados). Os resultados produzidos foram sistematizados por significados atribuídos à experiência com a Covid-19. Reunindo, com isso, as condições para análise das narrativas de cada entrevistado, fazendo uso da técnica de análise de conteúdo de Bardin.

A análise considerou algumas categorias previstas na pesquisa como *Necessidades; Desigualdade; Iniquidade; Seguridade social; Estado; Acesso; Vulnerabilidade; socioeconômica; Adesão às medidas sanitárias*, todavia emergiram outras categorias a partir de dados sistematizados: como saúde mental e estilo de vida e percepção sobre a saúde coletiva.

c) Construção do corpus com base na exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;

Dentre os temas emergentes, foram sistematizados e selecionados aqueles com maior destaque em termos de menção dos entrevistados, contemplando a *regra de exaustividade*, que de acordo com Bardin (2016, p. 133), a inferência poderá “apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e receptor”;

Os dados produzidos referem-se ao mesmo tema e subtemas que emergiram a partir de narrativas de cada entrevistado. Foram recortados trechos que dialogavam com o objetivo da pesquisa e formavam uma unidade temática. As entrevistas foram aplicadas por três pesquisadores distintos em cada uma das cidades supracitadas. A produção dos dados seguiu o critério de pertinência.

d) Formulação de hipóteses e objetivos;

Hipoteticamente, considerou-se que os usuários do SUS nas três cidades pesquisadas durante a pandemia da Covid-19 vivenciaram distintas experiências de sofrimento psicoemocional decorrentes de fatores da crise sanitária que impôs medidas restritivas para conter a propagação do Coronavírus e da crise socioeconômica promovendo a desigualdade impactando na saúde dos mais pobres.

As experiências das famílias dos entrevistados com a pandemia foram marcadas por dificuldades de acesso a bens sociais que são necessários para a própria manutenção da vida coletiva e individual, além de alterar o cotidiano dessas famílias com características culturais, econômicas, sociais, territoriais e políticas.

Diante disso, o objetivo dessa pesquisa qualitativa foi compreender a experiência de sofrimento das famílias no contexto da pandemia da covid-19 em três municípios do Sul da Bahia. O trabalho de pesquisa se empenhou em descobrir um tema nos dados. Para isso, foi preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unificasse a fim de construir uma visão global e específica dos dados produzidos.

e) Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação;

TEMAS/INDICADORES	CARACTERÍSTICAS QUE DEMARCARAM AS VERBALIZAÇÕES
Pandemia e Vulnerabilidade socioeconômica	Aspectos que abordavam carestia, desemprego, desigualdade. O critério de análise: Necessidades; Desigualdade; Iniquidade; Seguridade social; Estado; Acesso; Vulnerabilidade; socioeconômica; Adesão às medidas sanitárias.
Saúde mental experiência e desafio de viver na pandemia de covid-19	Experiência social de sofrimento (Dubet, 1995). Aspecto que abordasse aspecto psicoemocional como pânico, ansiedade, depressão, tristeza, angústia, luto, vulnerabilidade, isolamento social.
Mudança no estilo de vida: protocolos sanitários e a esperança de tudo acabar	Desejo de vida normal, esperança de superar o momento, vacina, preocupação com o outro, por exemplo, vacina, vida normal, resiliência etc.

Fonte: Elaboração do pesquisador

Quadro 1: Temas Indicadores

5.4.2.1 Codificação

Para a análise foram priorizados os trechos de parágrafos nos textos das narrativas. A inferência na análise de conteúdo desta pesquisa se orientou por três pólos de atenção propiciada pelo instrumento de indução (roteiro de entrevistas). Então, na investigação das causas (variáveis inferidas) e dos efeitos (variáveis de inferência ou indicadores, referências), segundo Bardin (2016, p. 137), tornou-se possível destacar três abordagens da análise de conteúdo, conforme Quadro 2, a seguir.

CATEGORIAS ANALÍTICAS DA PESQUISA	CATEGORIAS ANALÍTICAS DA PESQUISA	CATEGORIAS ANALÍTICAS DA PESQUISA
<p>Necessidades - amarela 8 Desigualdade - escrito vermelho 3 Iniquidade 2 Seguridade social - rosa 5 Estado - azul 3 Acesso - verde escuro 7 Vulnerabilidade socioeconômica - vermelha 12 Adesão às medidas sanitárias e emoção - Verde 12</p>	<p>Necessidades - amarela 5 Desigualdade - escrito vermelho 4 Iniquidade 3 Seguridade social - rosa 1 Estado - azul 6 Acesso - verde escuro 1 Vulnerabilidade socioeconômica - vermelha 5 Adesão às medidas sanitárias - Verde 6</p>	<p>Necessidades - amarela 8 Desigualdade - escrito vermelho 4 Iniquidade 4 Seguridade social - rosa 2 Estado - azul 4 Acesso - verde escuro 1 Vulnerabilidade socioeconômica - vermelha 5 Adesão às medidas sanitárias - Verde 11</p>
<p>Mudou a vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim – 13 • Não – 1 	<p>Mudou a vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim – 13 • Não – 1 	<p>Mudou a vida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim – 14 • Não – 1
<p>Afetado emocionalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim – 13 • Não – 1 • Sem explicitar – 1 	<p>Afetado emocionalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim – 12 • Não – 1 • Sem explicitar – 1 	<p>Afetado emocionalmente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sim – 14 • Não – 1 • Sem explicitar – 1
<p>Expressões utilizadas para se referir às mudanças emocionais no contexto familiar</p>	<p>Expressões utilizadas para se referir às mudanças no contexto de vida</p>	<p>Expressões utilizadas para se referir às mudanças no contexto de vida</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Angústia – 1 • Ansiedade – 6 • Comportamento Paranoico – 2 • Estresse – 5 • Medo – 7 • Pânico – 4 • Perda da liberdade – 3 • Perda do sentido da vida – 5 • Tristeza – 3 • Viver em luto – 3 • Vulnerabilidade emocional/ socioeconômica – 2 	<ul style="list-style-type: none"> • Angústia – 2 • Ansiedade – 3 • Aumento do custo de vida – 1 • Ausência física familiares – 2 • Estresse – 1 • Excesso de trabalho – 2 • Ficou mais humano – 1 • Necessidade da vacina – 1 • Perda da liberdade – 4 • Perda do sentido da vida – 4 • Solidariedade – 3 • Viver em luto – 2 • Vulnerabilidade emocional, socioeconômica – 3 	<ul style="list-style-type: none"> • Angústia – 5 • Ansiedade – 7 • Aumento do custo de vida – 1 • Ausência física familiares – 5 • Estresse – 6 • Excesso de trabalho – 3 • Medo – 5 • Mudança na convivência – 3 • Perda da liberdade – 4 • Perda do sentido da vida – 7 • Solidariedade – 1 • Tristeza – 2 • Viver em luto – 1 • Vulnerabilidade emocional/ socioeconômica – 10

Quadro 2: Termos mais utilizados pelos participantes da pesquisa sobre as emoções no contexto da pandemia

Fonte: elaboração do pesquisador.

Ao identificar um tema nos dados, foi realizada a comparação de enunciados e ações entre si, para ver se existia um conceito que os unifique na classe de indicadores resultante dos dados produzidos. As interpretações que levaram às inferências que possibilitaram compreender os sentidos atribuídos à realidade vivida pelos entrevistados dos três municípios no momento pandêmico, dando enfoque ao significado do discurso enunciado a afirmações. As respostas dessas

questões foram analisadas através do método Análise do Conteúdo de Bardin, incluindo as seguintes etapas: organização da análise, codificação, categorização e interpretação dos resultados (BARDIN, 2016, p. 125-158).

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa multicêntrica foi protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas. Na UFSB, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Sul da Bahia, Número do Parecer: 4.467.287 e foi conduzida pela coordenadora institucional do Mestrado Profissional em Saúde da Família com a participação de quatro professores e cinco mestrados pesquisadores, estes últimos responsáveis pela coleta dos dados nos municípios de Porto Seguro, Coaraci, Itabuna e Salvador.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO DA POPULAÇÃO DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19 EM COARACI

6.1.1 Características sociodemográficas dos participantes

Do total de 69 respostas válidas da amostra, 49 (71%) das pessoas eram do sexo feminino, enquanto 20 (29%) do masculino. Dos entrevistados 68,12% moram no bairro Centro (Tabela 1). A idade média dos entrevistados foi de $43,59 \pm 14,80$ anos em que a classe com maior frequência foi de 25 até 35 anos e 72,46% da amostra tinha até 53 anos (Tabela 2). A mediana da idade foi de 43,74 anos. Os percentuais de respostas aumentaram a partir dos 26 anos e diminuíram após os 62 anos. Quanto a Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Coaraci, Bahia, 63,77% dos entrevistados declararam ser da cor parda; 23,19% preta; 11,59% branca; 1,45% e 1,45% indígena (Tabela 3).

Sobre escolaridade, os dados revelaram uma concentração de respostas de pessoas com ensino médio completo (40,58%), superior completo (18,84%), fundamental incompleto (13,04%) e superior incompleto (11,59%). Enquanto 2,90% dos respondentes possuem pós-graduação, 2,90% sem escolaridade e 1,45% ensino fundamental (Tabela 4).

Tabela 1 - Bairros em Coaraci que os entrevistados moram

Bairro	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Alto do Bela Vista	3	4,35
Alto da Colina	9	13,04
Centro	47	68,12
Feirinha	9	13,04
Santo Antônio	1	1,45

Tabela 2 - Distribuição de frequência da idade dos entrevistados em Coaraci, Bahia

Classes	Média	Frequência absoluta	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
17 † 26	21,5	7	10,14	10,14
26 † 35	30,5	17	24,64	34,78
35 † 44	39,5	12	17,39	52,17
44 † 53	48,5	14	20,29	72,46
53 † 62	57,5	12	17,39	89,86
62 † 71	66,5	4	5,80	95,65
71 † 83	77	3	4,35	100,00

Tabela 3 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Coaraci, Bahia

Cor/raça/etnia autorreferida	Frequência absoluta	Frequência Relativa
Branca	8	11,59
Indígena	1	1,45
Parda	44	63,77
Preta	16	23,19

Tabela 4 - Nível Educacional dos entrevistados em Coaraci, Bahia

Nível Educacional	Frequência absoluta	Frequência Relativa
Sem Escolaridade	2	2,90
Fundamental incompleto	9	13,04
Fundamental	1	1,45
Médio incompleto	6	8,70
Médio	28	40,58
Superior incompleto	8	11,59
Superior	13	18,84
Pós-graduação	2	2,90

No universo amostrado, 56 (81,16%) dos entrevistados são casados ou solteiros (Gráfico 1) em igual proporção 28 (40,58%). Dos entrevistados 44 (63,77%) moram com 1 a 3 pessoas, 23 (33,33%) com 4 a 7 pessoas e 2 (2,90%) moram sozinhas. Quanto a infraestrutura, 22 (31,88%) declararam que possuem dois cômodos em casa que são usados para dormir enquanto 2 (2,90%) informaram terem apenas um cômodo em suas residências usado para dormir; 43 (62,32%) informaram ter somente um banheiro em sua residência; 65 (94,20%) relataram ter água encanada em suas casas; e 67 (97,10%) afirmaram ter rede esgoto.

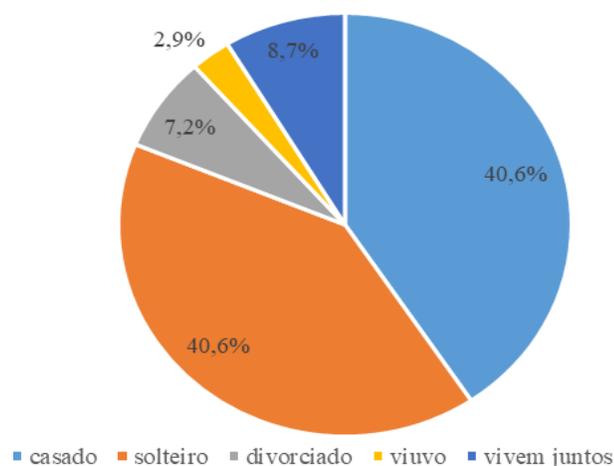


Gráfico 1 - Estado civil dos entrevistados em Coaraci, Bahia

Observou-se 31 (44,93%) dos entrevistados teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em Coaraci, Bahia, 21 (30,43%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus e 17 (24,64%) não sabiam ou não desejam responder. Verificou-se maior frequência de mulheres que teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus 22 (31,88%) enquanto no sexo masculino encontrou-se uma frequência de 9 (13,04%). Não obteve associação entre sexo e se teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus (Tabela 5).

Tabela 5 - Entrevistas, por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus em Coaraci, Bahia

	Teve e/ou a Família teve Coronavírus				p-value
	Sim	Não	Não sei	Não desejo responder	
Sexo					
Masculino	9(45,00%)	7(35,00%)	3(15,00%)	1(5,00%)	0,956
Feminino	22(44,90%)	14(28,57%)	8(16,33)	5(10,20%)	
Renda					
Até 1 SM – R\$1.045,03	13(44,83%)	7(24,14%)	5(17,24%)	4(13,79%)	0,3804
Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00	3(23,08%)	8(61,54%)	1(7,69%)	1(7,69%)	
Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03	9(60,00%)	3(20,00%)	2(13,33%)	1(6,67%)	
Mais de 3 SM – R\$3.135,00 ou mais	6(50,00%)	3(25,00%)	3(25,00%)	0(0,00%)	

Sexo: Teste Qui-quadrado: $X^2 = 0,665091$; p-value=0,8847. Renda: Teste Qui-quadrado: $X^2 = 10,635$; Teste Exato de Fisher: p-value = 0.3804. Fonte: Pires (2022)

Quanto ao rendimento mensal do lar (em salários-mínimos contando todos os moradores) observou-se que a maioria dos entrevistados de Coaraci, 29 (42,03%), possuem até um salário-mínimo (SM) – R\$1.045,03; 18,84% possuem até dois salários-mínimos – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00; 15 (21,74%) possuem até três salários-mínimos – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03; e 12 (17,39%) possuem mais de três salários-mínimos – R\$3.135,00 ou mais.

Dos que recebem até um SM verificou-se 31 (44,83%) teve ou tiveram algum familiar com Coronavírus; até dois SM, a maioria 42 (61,54%) não teve ou familiares não tiveram Coronavírus. As classes dos entrevistados que recebem até três SM e até mais de três SM teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em 41 (60,00%) e 35 (50%), respectivamente.

6.2 FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO DA POPULAÇÃO DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19 EM PORTO SEGURO BAHIA.

6.2.1 Características sociodemográficas dos participantes

Do total de 144 respostas válidas da amostra, 109 (75,69%) das pessoas eram do sexo feminino, enquanto 35 (24,30%) do masculino. Verificou-se que 74 (51,38%) dos entrevistados moram no bairro Cambolo e 70 (48,61%) residem no bairro Mirante (Tabela 6).

A idade média dos entrevistados foi de 43,69 \pm 14,30 anos em que a classe com maior frequência foi de 39 até 47 anos e 94 (65,27%) da amostra tinha até 56 anos (Tabela 7). A mediana da idade foi de 51,5 anos. Os percentuais de respostas variaram sem uma medida de tendência central. Quanto à Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Porto Seguro, Bahia, 78 (54,18%) dos entrevistados declararam ser da cor parda; 40 (27,77%) preta; 26 (18,05%) branca; (Tabela 8).

Sobre escolaridade, os dados revelaram uma concentração de respostas de pessoas com ensino médio completo 46 (31,94%), superior completo 12 (8,33%), fundamental incompleto 17 (11,80%) e superior incompleto 4 (2,77%). Enquanto 7 (4,86%) dos respondentes possuem pós-graduação, 11 (7,63%) sem escolaridade e 32 (22,22%) ensino fundamental e ensino fundamental incompleto 17 (11,80%). (Tabela 9).

Tabela 6 - Bairros em porto seguro que os entrevistados moram

Bairro	Frequência absoluta	Frequência Relativa (%)
Cambolo	74	51,38
Mirante	70	48,61

Tabela 7 - Distribuição de frequência da idade dos entrevistados em Porto Seguro, Bahia

Classes	Média	Frequência absoluta	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
20 † 29	24,5	18	12,50	12,50
29 † 38	33,5	22	15,27	27,77
39 † 47	43	32	22,22	49,99
47 † 56	51,5	22	15,27	65,26
56 † 65	60,5	20	13,88	79,13
65 † 74	69,5	18	12,50	91,63
74 † 82	78	12	8,33	100,00

Tabela 8 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Porto seguro, Bahia

Cor/raça/etnia autorreferida	Frequência absoluta	Frequência Relativa
Branca	26	18,05
Parda	80	54,16
Amarela	4	2,78
Preta	34	23,61

Tabela 9 - Nível Educacional dos entrevistados em Porto Seguro, Bahia

Nível Educacional	Frequência absoluta	Frequência Relativa
Sem Escolaridade	11	7,63
Fundamental incompleto	17	11,80
Fundamental	32	22,22
Médio incompleto	12	8,33
Médio	46	31,94
Superior incompleto	4	2,77
Superior	12	8,33
Pós-graduação	7	4,86

No universo amostrado, 65 (45,13%) dos entrevistados são casados. Constatou-se que 27,77% são solteiros, 40 (2,77%) são divorciados, 9 (6,25%) são viúvos e 24 (16,66%) vivem juntos (Gráfico 2). 97 (67,36%) dos entrevistados moram com 1 a 3 pessoas, 44 (30,55%) com 4 a 7 pessoas e 4 (2,90%) moram sozinhas.

Quanto a infraestrutura, 52 (36,11%) declararam que possuem dois cômodos em casa que são usados para dormir enquanto 20 (13,88%) informaram terem apenas um cômodo em suas

residências usado para dormir; 105 (72,91%) informaram ter somente um banheiro em sua residência; 131 (90,97%) relataram ter água encanada em suas casas; e 108 (75,00%) afirmaram ter rede esgoto.

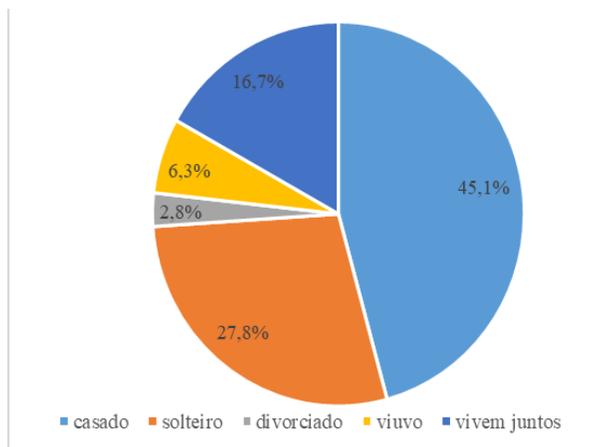


Gráfico 2 - Estado civil dos entrevistados em Porto seguro, Bahia

Observou-se 44 (30,56%) dos entrevistados teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em Porto Seguro, Bahia, 91 (63,19%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus e 5 (3,74%) não sabiam 4 (2,77%) não desejam responder. Verificou-se maior frequência de mulheres que teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus 43 (29,52%) enquanto no sexo masculino encontrou-se uma frequência de 19 (13,04%). Não obteve associação entre sexo e se teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus (Tabela 10).

Tabela 10. Entrevistas, por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus em Porto seguro, Bahia

	Teve e/ou a Família teve Coronavírus				p-value
	Sim	Não	Não sei	Não desejo responder	
Sexo					
Masculino	13(9,03%)	21(14,58%)	1(0,69%)	0(0,00%)	0,956
Feminino	31(21,53%)	70(48,61%)	5(3,46%)	3(2,08%)	
Renda					
Até 1 SM – R\$1.045,03	21(46,87%)	54(63,76%)	2(17,24%)	1(13,79%)	0,3804
Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00	15(37,50%)	26(27,53%)	2(7,69%)	1(7,69%)	
Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03	2(3,12%)	5(2,89%)	0(13,33%)	1(6,67%)	
Mais de 3 SM – R\$3.135,00 ou mais	6(12,5%)	6(5,79%)	1(25,00%)	0(0,00%)	

Sexo: Teste Qui-quadrado: $X^2 = 0,665091$; p-value=0,8847. Renda: Teste Qui-quadrado: $X^2 = 10,635$; Teste Exato de Fisher: p-value = 0.3804. Fonte: Pires (2022)

Quanto ao rendimento mensal do lar (em salários-mínimos contando todos os moradores) observou-se que a maioria dos entrevistados de Porto Seguro, 54,86%, possuem até um salário-mínimo (SM) – R\$1.045,03; 30,55% possuem até dois salários-mínimos – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00; 5,55%, possuem até três salários-mínimos – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03; e 9,02% possuem mais de três salários-mínimos – R\$3.135,00 ou mais.

Dos que recebem até um SM verificou-se que 46,87% teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus, porém a maioria (63,76%) não teve ou familiares não tiveram Coronavírus. Os números encontrados neste estudo revelam que a maioria das pessoas recebem um salário mínimo 54,86 %.

6.3 FATORES ASSOCIADOS AO COMPORTAMENTO DA POPULAÇÃO DURANTE O ISOLAMENTO SOCIAL NA PANDEMIA DE COVID-19 EM ITABUNA

6.3.1 Características sociodemográficas dos participantes

Do total de 70 respostas válidas da amostra, 58 (82,85%) das pessoas eram do sexo feminino, enquanto 12 (17,15%) do masculino. Todos os entrevistados moram no bairro são roque. A idade média dos entrevistados foi de $45,48 \pm 15,72$ anos em que a classe com maior frequência foi de 36 até 44 anos e 37 (52,46%) da amostra tinha até 51 anos (Tabela 11). A mediana da idade foi de 47,5 anos. Os percentuais de respostas aumentaram a partir dos 30 anos e diminuíram após os 51 anos.

Quanto à Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Coaraci, Bahia, 47 (66,66%) dos entrevistados declararam ser da cor parda; 14 (20,28%) preta; 8 (11,59%) branca; 8 (11,59%) e 1 (1,45%) amarela (Tabela 12).

Sobre escolaridade, os dados revelaram uma concentração de respostas de pessoas com ensino médio completo 23 (33,33%), superior completo 8 (11,59%), fundamental incompleto 17 (24,63%) e superior incompleto 3 (4,34%). Enquanto 4 (5,79%) dos respondentes possuem pós-graduação, 1 (1,45%) sem escolaridade e 4 (5,74%) ensino fundamental (Tabela 13).

Tabela 11 - Distribuição de frequência da idade dos entrevistados em Itabuna, Bahia

Classes	Média	Frequência absoluta	Frequência Relativa	Frequência Relativa Acumulada
20 † 30	25	6	8,57	8,57
30 † 36	33	12	17,14	25,71
36 † 44	40	14	20,00	45,71
44 † 51	47,5	12	17,14	62,46
51 † 62	56,5	11	15,71	78,56
62 † 69	66,5	7	10,0	88,56
69 † 84	76,5	8	11,42	100,00

Tabela 12 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados em Itabuna, Bahia

Cor/raça/etnia autorreferida	Frequência absoluta	Frequência Relativa
Branca	8	11,43
Amarela	1	1,43
Parda	47	67,14
Preta	14	20,00

Tabela 13 - Nível Educacional dos entrevistados em Itabuna, Bahia

Nível Educacional	Frequência absoluta	Frequência Relativa
Sem Escolaridade	1	1,45
Fundamental incompleto	17	24,63
Fundamental	5	7,24
Médio incompleto	8	11,59
Médio	23	33,33
Superior incompleto	3	4,34
Superior	8	11,59
Pós-graduação	4	5,79

No universo amostrado, 21 (30,4%) dos entrevistados são casados, 29 (42,02%) são solteiros, 8 (11,59%) vivem juntos, 5 (7,24%) são divorciados e 6 (8,69%) viúvos (Figura 1).

Verificou-se que 42 (59,42%) dos entrevistados moram com 1 a 3 pessoas, 20 (28,98%) com 4 a 7 pessoas e 8 (11,59%) moram sozinhas. Quanto a infraestrutura, 11 (15,94%) declararam que possuem um cômodo em casa, 19 (27,00%) dois cômodos, 20 (28,9%) três e 17 (24,62%) tem mais de 4 cômodos em suas residências usado para dormir; 45 (63,76%) informaram ter somente um banheiro em sua residência; 24 (34,78%) informaram ter dois banheiros em casa com relato de 1 (1,45%) sem banheiro na sua moradia; 66 (94,00%) relataram ter água encanada em suas casas; e 56 (79,71%) afirmaram ter rede esgoto.

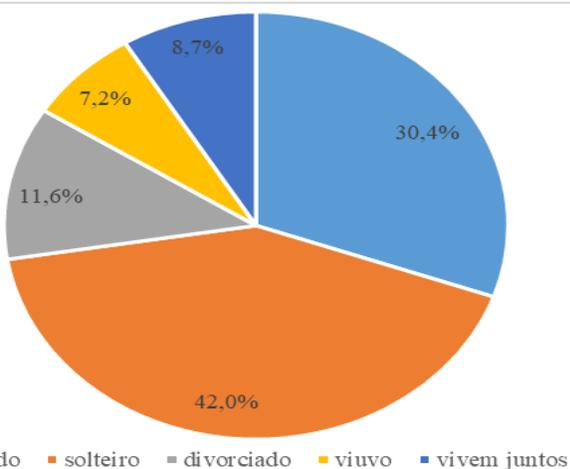


Gráfico 3 - Estado civil dos entrevistados em Itabuna, Bahia

Observou-se que 33 (47,28%) dos entrevistados tiveram algum familiar com Coronavírus em Itabuna, Bahia, 35 (50,00%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus e 5 (7,14%) não sabiam ou não desejam responder. Verificou-se maior frequência de mulheres que teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus 26 (37,14%) enquanto no sexo masculino encontrou-se uma frequência de 4 (5,71%). Não obteve associação entre sexo e se teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus (Tabela 14).

Tabela 14 - Entrevistas, por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em Coaraci, Bahia

	Teve e/ou a Família teve Coronavírus				p-value
	Sim	Não	Não sei	Não desejo responder	
Sexo					
Masculino	4(33,33%)	5(41,66%)	3(25,00%)		0,956
Feminino	26(40,35%)	30(52,63%)	2(7,01%)		
Renda					
Até 1 SM – R\$1.045,03	11 (32,35%)	21 (61,76%)	2(5,88%)	0	0,3804
Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00	9 (47,36%)	8 (44,44%)	2 (11,11%)	0	
Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03	7 (70,00%)	3 (30,00%)	0	0	
Mais de 3 SM – R\$3.135,00 ou mais	3(42,85%)	3(42,85%)	1(7,57%)	0	

Sexo: Teste Qui-quadrado: $X^2 = 0,665091$; p-value=0,8847. Renda: Teste Qui-quadrado: $X^2 = 10,635$; Teste Exato de Fisher: p-value = 0.3804. Fonte: Pires (2022)

Quanto ao rendimento mensal do lar (em salários-mínimos contando todos os moradores) observou-se que a maioria dos entrevistados de Itabuna, 49,27%, possuem até um salário-mínimo (SM) – R\$1.045,03; 27,53% possuem até dois salários-mínimos – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00; 14,49% possuem até três salários-mínimos – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03; e 10,14% possuem mais de três salários-mínimos – R\$3.135,00 ou mais.

Dos que recebem até um SM verificou-se 23 (32,35%) teve ou tiveram teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus; até dois SM, a maioria 33 (47,36%) tiveram ou familiares apresentaram Coronavírus. As classes dos entrevistados que recebem até três SM 49 (70,00%) tiveram ou seus familiares tiveram Covid. Dos entrevistados 30 (42,85%) de mais de três SM teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus.

6.4 TRÊS LOCALIDADES, TRÊS REALIDADES: COARACI, PORTO SEGURO E ITABUNA

Do total de 283 respostas válidas da amostra nas três localidades, 216 (76,33%) das pessoas eram do sexo feminino, enquanto 67 (23,67%) do masculino. Quanto à cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados, 171 (60,42%) dos entrevistados declararam ser da cor parda; 64 (22,61%) preta; 42 (14,84%) branca; 5 (1,77%) amarela e 1(0,35%) indígena.

Tabela 15 - Cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados (valor absoluto e frequência relativa por município) em três municípios baianos

Cor/raça/etnia autorreferida	Coaraci	Porto Seguro	Itabuna	Total
Parda	44 (63,77%)	80 (55,56%)	47 (67,14%)	171 (60,42%)
Branca	8 (11,59%)	26 (18,06%)	8 (11,43%)	42 (14,84%)
Amarela	0 (0,00%)	4 (2,78%)	1 (1,43%)	5 (1,77%)
Preta	16 (23,19%)	34 (23,61%)	14 (20,00%)	64 (22,61%)
Indígena	1 (1,45%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (0,35%)

Em relação a idade nas três localidades avaliadas constatou-se que os entrevistados tinham média 44,12±14,76 anos sendo a amplitude de 65 anos (Tabela 16).

Tabela 16 - Idade (em anos) dos 283 entrevistados em três municípios baianos

Município	Maior	Menor	Média	Desvio-padrão	Coeficiente de Variação (%)
Coaraci	82,79	17,82	43,59	11,97	27,45
Porto Seguro	79,38	19,47	43,69	14,30	32,73
Itabuna	82,63	18,45	45,48	15,72	34,56
Total	82,79	17,82	44,11	14,75	33,44

De acordo com as respostas dos entrevistados quanto ao nível educacional observou-se 15 (5,30%) sem escolaridade; 42 (14,84%) fundamental incompleto; 40 (14,13%) fundamental; 27 (9,54%) médio incompleto; 97 (34,28%) médio; 15 (5,30%) superior incompleto; 33 (11,66%) superior; e 14 (4,95%) pós-graduação (Tabela 17).

Dos entrevistados que teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus observaram-se 127 (44,93%) foi em Coaraci, 121 (42,86%) em Itabuna e 86 (30,56%) em Porto Seguro (Tabela 18); 86 (30,43%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em Coaraci, 142 (50,00%) em Itabuna e 179 (63,19%) em Porto Seguro. Em Coaraci 70 (24,64%) não sabiam ou não desejam responder, enquanto 20 (7,14%) em Itabuna e 18 (6,25%) em Porto Seguro.

Na avaliação conjunta dos três municípios, 105 (37,10%) dos entrevistados tiveram e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus, 147 (51,94%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus e 31 (10,95%) não sabiam ou não desejam responder.

Tabela 17 - Entrevistas (valor absoluto e frequência relativa por município), por sexo, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus em três municípios baianos

Corona vírus/Sexo	Coaraci		Porto Seguro		Itabuna		Total
	F	M	F	M	F	M	
Teve e/ou a Família teve Coronavírus	22 (31,88%)	9 (13,04%)	31 (21,53%)	13 (9,03%)	26 (37,14%)	4 (5,71%)	105 (37,10%)
Não teve	14 (20,29%)	7 (10,14%)	70 (48,61%)	21 (14,58%)	30 (42,86%)	5 (7,14%)	147 (51,94%)
Não sei/Não quero responder	13 (18,84%)	4 (5,80%)	8 (5,56%)	1 (0,69%)	2 (2,86%)	3 (4,29%)	31 (10,95%)
Total	71 (71,01%)	20 (28,99%)	109 (75,69%)	35 (24,31%)	58 (82,86%)	17 (17,14%)	283

F: Feminino; M: Masculino; Teste Qui-quadrado: $X^2 = 28.764$; $p < 0.001$ para Local; Teste Qui-quadrado: $X^2 = 0.26887$; $p > 0,05$ para Sexo

Quanto à renda, 138 (48,76%) do total de 283 entrevistados possui renda até 1 SM; 79 (27,92%) até 2 SM; 32 (11,31%) até 3 SM; e 34 (12,01%) mais de 3 SM (Tabela 19).

Tabela 18. Entrevistas, por Local e renda, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em três municípios baianos

	Teve e/ou a Família teve Coronavírus			p-value
	Sim	Não	Não sei/ Não desejo responder	
Local				
Coaraci	31(44,93%)	21(30,43%)	17(24,64%)	
Itabuna	30(42,86%)	35(50,00%)	5(7,14%)	
Porto Seguro	44(30,56%)	91(63,19%)	9(6,25%)	
Renda				
Até 1 SM – R\$1.045,03	41(29,71%)	82(59,42%)	15(10,87%)	0,01375
Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00	30(37,97%)	43(54,43%)	6(7,59%)	
Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03	19(59,38%)	9(28,12%)	4(12,50%)	
Mais de 3 SM – R\$3.135,00 ou mais	15(44,12%)	13(38,23%)	6(17,65%)	

Tabela 19. Entrevistas, por Local, renda, cor, escolaridade e plano de saúde, segundo se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em três municípios baianos

	Teve e/ou a Família teve Coronavírus				p-value
	Sim	Não	Não sei	Não desejo responder	
Local					
Coaraci	31(44,93%)	21(30,43%)	11(15,94%)	6(8,70%)	<0,0001
Itabuna	30(42,86%)	35(50,00%)	5(7,14%)	0(0,00%)	6,49e-05
Porto Seguro	44(30,56%)	91(63,19%)	5(3,47%)	4(2,78%)	
Renda					
Até 1 SM – R\$1.045,03	41(29,71%)	82(59,42%)	9(6,52%)	6(4,35%)	0,04946
Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00	30(37,97%)	43(54,43%)	4(5,06%)	2(2,53%)	
Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,03	19(59,38%)	9(28,12%)	3(9,38%)	1(3,12%)	
Mais de 3 SM – R\$3.135,00 ou mais	15(44,12%)	13(38,23%)	5(14,71%)	1(2,94%)	
Cor					
Parda	65(38,01%)	84(49,12%)	15(8,77%)	7(4,09%)	0,2969
Branca	17(40,48 %)	22(52,38%)	1(2,38%)	2(4,76%)	
Amarela	2(40,00%)	2(40,00%)	1(20,00%)	0(0,00 %)	
Preta	21(32,81%)	39(60,44%)	3(4,69%)	1(1,56%)	
Indígena	0(0,00 %)	0(0,00 %)	1(100,00%)	0(0,00 %)	
Escolaridade					0,0492

Sem Escolaridade	9 (60,00%)	4(26,67%)	2(13,33%)	0(0,00%)
Fundamental incompleto	13(30,95%)	23(54,76%)	5(11,90%)	1(2,38%)
Fundamental	13(32,50%)	26(65,00%)	0(0,00%)	1(2,50%)
Médio incompleto	7(25,93%)	15(55,56%)	3(11,11%)	2(7,41%)
Médio	28(28,87%)	58(59,79%)	6(6,19%)	5(5,15%)
Superior incompleto	8(53,33%)	6(40,00%)	1(6,67%)	0(0,00%)
Superior	19(57,58%)	10(30,30%)	4(12,12%)	0(0,00%)
Pós-graduação	8(57,14%)	5(35,71%)	0(0,00%)	1(7,14%)
Plano de saúde				0,0166
Sim	11(47,83%)	7(30,43%)	5(21,74%)	0(0,00%)
Não	94(36,15%)	140(53,85%)	16(6,15%)	10(3,85%)

Dos 283 entrevistados com respostas válidas da amostra nas três localidades, 69 (24,38%) eram de Coaraci, 144 (50,88%) de Porto Seguro e 70 (24,73%) de Itabuna; 216 (76,33%) eram do sexo feminino enquanto 67 (23,67%) do sexo masculino; 105 (37,10%) tiveram covid ou algum familiar teve covid, 147 (51,94%) Não teve e 31 (10,95%) não sabiam ou não queriam responder. Observou-se em Coaraci, Bahia, que 127 (44,93%) dos entrevistados tiveram e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus; 86 (30,43%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus; e 70 (24,64%) não sabiam ou não desejavam responder.

Verificou-se maior frequência de mulheres que teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus 90 (31,88%) enquanto no sexo masculino encontrou-se uma frequência de 37 (13,04%) (Tabela 17).

Em Porto Seguro 86 (30,56%) dos entrevistados tiveram e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus; 179 (63,19%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus; e 18 (6,25%) não sabiam ou não desejavam responder. Das mulheres entrevistadas em Porto Seguro, 80 (28,44%) tiveram e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus enquanto nos homens essa incidência foi de 105 (37,14%). Já em Itabuna, 121 (42,86%) dos entrevistados tiveram e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus; 142 (50,00%) responderam que não teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus; e 20 (7,14%) não sabiam ou não desejavam responder. Observou-se maior incidência nas mulheres entrevistadas em Itabuna de terem tido e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus 127 (44,83%) ao mesmo tempo que nos homens entrevistados foi de 94 (33,33%).

Verificou-se significância ($p < 0,001$) entre os efeitos localidade e se teve e/ou a Família teve Corona vírus, porém não houve associação entre sexo e se teve e/ou tiveram algum familiar com Corona vírus ($p > 0,05$).

Não se verificou associação entre cor/raça/etnia autorreferida dos entrevistados e se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus em três municípios baianos. Porém, dentre os que teve e/ou tiveram Covid, observou-se maior incidência na cor parda 175 (61,90%). Dentro das classes, a maioria teve maior frequência em não se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus, exceto para indígenas em que o único entrevistado respondeu que não sabia. Houve associação significativa ($p < 0,05$) entre os entrevistados que possuem ou não plano de saúde e se teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus. Em que entre os que tiveram e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus, 253 (89,52%) não tinham plano de saúde.

Os coeficientes de correlação de Spearman dos parâmetros avaliados em relação se entrevistados teve e/ou tiveram algum familiar com Coronavírus foram baixos e quanto aos coeficientes significativos ($p < 0,05$) verificou-se significância para:

1. Quantidades de pessoas que moram com o entrevistado (0,14),
2. Quantidade de banheiros na casa (-0,12),
3. Rendimento mensal do lar (-0,13),
4. Se antes da pandemia, o entrevistado recebia algum benefício social (0,17),
5. Como entrevistado se sente informado a respeito do Coronavírus pela comunidade (religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade (0,13),
6. Quanto a opinião do entrevistado sobre como a doença provocada pelo Coronavírus (-0,17),
7. Quanto ao grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao Coronavírus (-0,20 a -0,13),
8. Quanto se durante a pandemia do Coronavírus, o entrevistado ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio (-0,13).

7. A PERCEPÇÃO SOBRE A COVID-19 POR USUÁRIOS DO SUS EM TRÊS MUNICÍPIOS LOCALIZADOS NO SUL DA BAHIA

O título deste tópico remete às experiências emocionais e socioeconômica vivenciada pelos entrevistados usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) durante a pandemia, que induziram a mudança de práticas quanto ao autocuidado, às medidas sanitárias proposta pelas autoridades de

saúde e à visão de mundo sobre o processo saúde-doença-cuidado no contexto pandêmico no contexto de três territórios de saúde de três cidades do Sul da Bahia.

A crise sanitária provocada pela Covid-19 não pode ser analisada apenas pelo enfoque biológico, sendo necessária a consciência de que a problemática abarca as desigualdades socioeconômicas e a situação de vida e saúde da população. Os segmentos sociais mais vulneráveis apresentaram menores condições de usufruírem dos benefícios das medidas de enfrentamento à crise, especialmente no que diz respeito aos aspectos relacionados com a atenção em saúde (VILLELA, 2020). A pandemia trouxe a vulnerabilidade no que se refere ao ciclo de vida humano, principalmente no que diz respeito às crianças e aos idosos, ao desemprego involuntário, à exposição a situações de riscos, dentre outras. (PIRES, 2020).

O conceito de experiência de para Dubet (1996) requer a compreensão das percepções de uma dada realidade, configurando-se como um modo de sentir, de ser invadido por um estado emocional individual ou coletivo. Isso porque o individual e coletivo dialogam principalmente em situação de vulnerabilidade social, como na pandemia de COVID-19 e tamanha desigualdade social.

A dimensão da saúde é considerada um importante componente das condições de vida, sendo relevante para todas as outras dimensões. A população brasileira, principalmente as famílias pobres, vinham experimentando algumas melhorias decorrentes da ampliação da atenção primária, especialmente no que se refere à saúde da família. No entanto, esses serviços tiveram sua tendência de ampliação interrompida no período após 2014 (CASTRO, 2019), aumentando com isso a pressão sobre o SUS à demanda adicional gerada pela Covid-19, resultando em maior mortalidade (PIRES, 2020).

As experiências destas famílias são marcadas por dificuldades de acesso a bens sociais que são necessários para a própria manutenção da vida coletiva e individual. O cotidiano dessas é demarcado por problemáticas culturais, econômicas, sociais, territoriais e políticas, demonstrando as dificuldades relacionadas com a participação e a inserção social (GALHEIGO, 2020).

Os grupos mais vulneráveis enfrentam maiores riscos econômicos, sanitários e sociais diante da pandemia (PIRES, 2020). As condições de habitação de parcela da população brasileira impõem limitações claras à adoção de medidas de higiene e limitações sociais apontadas pelas organizações sanitárias como sendo essenciais para evitar a contaminação no caso de pandemias e riscos de contaminações virais (OLAIMAT *et al.*, 2020).

Neste contexto, as medidas de quarentena afetaram as pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade social, que não possuem o necessário abastecimento hídrico, dificultando a adesão da população à medida preventiva contra a Covid-19 (CNC, 2020).

7.1 A pandemia e a vulnerabilidade socioeconômica

A vulnerabilidade socioeconômica se relaciona à suscetibilidade material ou moral de determinados grupos sociais ou da sociedade a riscos ou perdas potenciais causadas por eventos extremos (CÂMARA, 2020). A vulnerabilidade é apontada pelas condições precárias de trabalho associadas à fragilidade de um vínculo social, de modo que se promove a exclusão de indivíduos e grupos da sociedade. Enfrentam condições de desorganização familiar e carecem de assistência social. São dimensões consideradas sensíveis na transição e vulnerabilidade em relação à pobreza: acesso à educação, a serviços de infraestrutura, à habitação e bens de consumo (CAMPELLO, 2018).

Haja vista, a pandemia da Covid-19 aumentou a vulnerabilidade socioeconômica da população e escancarou os fossos de desigualdade e iniquidade social no Brasil. De acordo com Silva e Freitas (2020), lugares mais globalizados e desiguais tendem a ser mais vulneráveis às consequências da pandemia. Os autores argumentam sobre os riscos de crise humanitária em muitos países, incluindo o Brasil, e as ações de enfrentamento, que vão além do vírus SARS-CoV-2, são considerados desafios frente às desigualdades que enfraquecem as instituições, bem como as capacidades de governança global.

Uma análise de situação de Saúde no Brasil realizada pelo Ministério da Saúde, apontam vários estudos e questões socioeconômicas que se aprofundaram no período pandêmico. Para Fortuna (2020), há um determinante socioeconômico da saúde a ser considerado quando se trata da propagação da pandemia. Segundo o autor, acontece de forma desproporcional às populações mais desfavorecidas. No que tange aos dados de vigilância ambiental, o autor destaca a vulnerabilidade dessas populações, que somado isso, os marcadores de gênero, classe e raça aumentam as possibilidades da condição vulnerabilizadora à exposição de covid-19 nos diversos cenários mundiais (IBGE, PNAD, 2020; MS, 2022).

A relação dos fatores de risco associados à covid-19 com as desigualdades sociais sugere que idade e baixa escolaridade foram fatores determinantes para a elevada transmissão e severidade

da doença (PIRES et al., 2020). Conforme o estudo desses autores, o grupo de pessoas com maior perfil de comorbidades e menor renda, tornam-se mais vulneráveis à crise e ao colapso do sistema de saúde.

Os entrevistados desta pesquisa revelaram a situação vivenciada em suas famílias e as estratégias encontradas para garantir a sobrevivência econômica durante a pandemia. Dentre os vários depoimentos, três deles indicaram uma situação mais confortável para as suas famílias quanto à possibilidade de trabalho e de ficar em casa sem a exposição aos vírus. Outras famílias apresentaram problemas para sobreviver frente à desigualdade que opera historicamente e que se agravou de modo distinto na sociedade brasileira. O *entrevistado cinco de Coaraci* evidenciou as diferenças de padrão econômico em relação a outros entrevistados, bem como a situação de saúde da família.

[...] parou o estudo, meu filho, ficaram dentro de casa, né? Não teve trabalho, todo mundo dentro de casa. Imagina uma casa com 4 pessoas olhando para sempre pro outro. Então quando você fica dentro de casa sem fazer nada é complicado, né? O que eu podia fazer era pegar o meu povo: vamos passar esse final de semana na fazenda [...].

Essa família, especialmente, podia escolher ficar em casa ou ir para a fazenda. Privilégio de poucos, até pra aqueles que trabalharam sem o risco de se expor ao vírus. Foi assim que o *entrevistado sete de Coaraci* manteve seu emprego e sem medo de ser contaminado.

[...] não tive necessidade de parar, porque eu trabalho no setor durante o dia [...] sozinho, [...] podia trabalhar de portas fechadas, então não parou. Em relação [...] ao financeiro, eu não tive nenhum problema, graças a Deus, continuei trabalhando e recebendo meu salário normalmente”

Neste período de pandemia da Covid-19, houve também aumento da carga horária de trabalho com home office. A *entrevistada oito de Porto Seguro* sentiu na pele essa nova realidade do teletrabalho, “[...] eu trabalho praticamente 12 horas online”. Mas ela não fazia somente isso, com “[...] o tempo inteiro em casa, [...] além de você trabalhar online, você educa os filhos online, então assim, é muito tenso”. A sobrecarga aumenta quando somada a outras demandas domésticas como a educação dos filhos. Decorrente dessa nova dinâmica do processo de trabalho, a *entrevistada oito* apresenta o estado emocional: “[...] meu nível de estresse está altíssimo por conta disso, porque é muito complicado”.

Apresentaram-se três realidades distintas, mas essas famílias não perderam renda. Os relatos supracitados explicitam a desigualdade social entre as famílias, como, os seus filhos terem ao seu dispor de suporte tecnológico de internet e equipamentos para estudar em casa, durante as restrições impostas pelos governos (estadual e municipal). Enquanto outras famílias viviam a cada dia sem probabilidade de mudança do seu quadro socioeconômico e expostas ao risco de contaminação pelo *Sars-cov-2*.

Apesar de indicar uma desigualdade de gênero na experiência da *entrevistada oito*, outros segmentos da população experienciaram a pobreza, desigualdades e iniquidade. A pesquisa nacional realizada pelo Instituto de Cidades Sustentáveis (ICS), com o objetivo de levantar a percepção da população brasileira sobre as múltiplas desigualdades (social, racial, gênero e orientação sexual), aponta que 45% dos brasileiros precisaram fazer atividades extras para complementar sua renda que equivalem a 76.216.569 milhões de habitantes. Dentre atividades realizadas se destacaram, “bico de serviços gerais” (faxina, manutenção, marido de aluguel) e vendas de alimentos em casa (ICS, 2022; RIBEIRO e SALATA, 2022)

Para Albuquerque e Ribeiro (2021, p. 3), a riqueza material e imaterial é produzida socialmente, em contrapartida “é seletivamente distribuída, usada e apropriada segundo as classes, grupos e lugares”. Desse modo, os autores evidenciam “a contradição fundamental do capitalismo que socializa riscos entre todos, mas privatiza recompensas e riqueza para alguns”. Às desigualdades de renda e riqueza somam-se as de gênero, étnica, racial, educacional, entre outras, complementam os autores.

Essas contradições foram percebidas como existentes na vida dos mais pobres. A *entrevistada onze de Itabuna* externou como mãe, a sua preocupação com o futuro de seu filho, “[...] perdeu um ano [...], o que se está aprendendo [...] é cinquenta por cento né, de uma aula presencial”. Pelas condições financeiras que abateram a família na pandemia, era provável que as dificuldades de acesso à internet constituíssem um problema para essa e outras famílias mais pobres. Ela destacou ainda o momento difícil vivido pelo seu marido: “[...] pra um dono de casa, um pai de família é muita coisa. Salário que diminuiu, o trabalho que não tá tendo”.

Os três relatos anteriores a esse, apesar da sobrecarga de trabalho, se expunham menos aos riscos de contaminação. Essa realidade abateu a maioria dos entrevistados, de modo que nos leva a refletir sobre a dinâmica do território de saúde das três cidades estudadas. Diferentes segmentos da sociedade e classe vivem realidades distintas na experiência com a saúde que é determinada pela

situação de vida. Entende-se situação de saúde como processo analítico-sintético que possibilita caracterizar, medir e explicar o perfil de saúde-doença de uma população, incluindo os agravos ou problemas de saúde, assim como seus determinantes sociais, econômicos, biológicos, ambientais ou ecológicos e de serviços de saúde (COSTA & VICTORA, 2006). O processo de elaboração de diagnósticos territoriais de condições de vida e situação de saúde deve estar relacionado tecnicamente ao trinômio estratégico informação-decisão-ação (GONDIM *et al.*, 2008.).

Os problemas históricos de iniquidade e desigualdade vividos pela população se agravaram na pandemia. Por isso, a luta diária era para garantir a sua sobrevivência. Como bem define Albuquerque e Ribeiro (2020, p. 3), “[...] a produção, extração e transferência de valor de um lugar para outro e entre frações de classe revelam as formas da acumulação desigual de capital no espaço e a atuação aparentemente paradoxal do Estado”.

Os problemas socioeconômicos e a omissão do Estado caracterizam a história política brasileira. Os três relatos supracitados, apesar da sobrecarga de trabalho, se expunham menos aos riscos de contaminação. Pouco esteve presente no enfrentamento das condições de vida desfavoráveis à população. Diante dessa ausência do Estado, os mais vulneráveis da sociedade tinham apenas como sobreviver se arriscando ao se exporem ao vírus, mesmo contra as orientações das autoridades sanitárias. O *entrevistado 1 de Itabuna* não podia ficar sem trabalhar. O sustento de sua família era garantido como vendedora ambulante nas ruas da cidade de Itabuna. A pandemia piorou a sua situação de vida, desde que havia mais de ano sem trabalho, o que a deixou chateada. Ela gostava de viver com público, pois “[...] eu saía para vender [...] as minhas bugigangas”. Ela entra na estatística de pessoas vulneráveis que apesar da pandemia tiveram que sair de casa para trabalhar, por sua vez, forçada a se expor ao vírus por não poder cumprir o isolamento social.

A pandemia evidenciou o quanto as iniquidades sociais e as diferenças econômicas entre as classes, os mais pobres estão mais expostos ao coronavírus. “As pessoas em situação de pobreza, ou com algum tipo de insegurança financeira, são aquelas que estão na informalidade, e que na maioria das vezes precisam sair de casa para garantir seu sustento; são aquelas que residem em moradias superlotadas, locais altamente suscetíveis à infecção por COVID-19”. (MIRANDA, *et al*, 2020, p. 3)

Para indivíduos do sexo feminino, as maiores proporções de óbitos foram verificadas em trabalhadores de serviços administrativos e trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados (MS, 2022).

Quanto à relação entre ocupações e atividades econômicas e o adoecimento e óbito por covid-19, muitos ambientes e processos de trabalho apresentam fatores de risco que podem favorecer a transmissão da doença entre os trabalhadores, especialmente quando desempenhados em locais fechados, sem ventilação adequada, com proximidade física entre os postos de trabalho e durante (MS, 2022, p. 323-324)

Esta realidade atingiu três municípios do Sul da Bahia. As narrativas dos entrevistados apresentaram uma amostragem qualitativa sobre esta insegurança financeira, muito distinta dos depoentes anteriores. Muitas características se apresentam no seu modo de andar na vida da comunidade.

Considera-se que tanto a vulnerabilidade econômica quanto o medo de ser contaminado constituíram grandes desafios para as populações pobres dessas cidades. **Entrevistado três Porto Seguro**, notabilizou a sua dificuldade no seu trabalho, pois, “[...] apesar de trabalhar na zona rural, [...] a gente não sabe se a pessoa está transmitindo vírus ou não, então tive que tá trabalhando sozinho, isso me prejudicou muito”. Alterou a rotina do processo de trabalho permeada pelo medo.

Os relatos dos entrevistados sobre si e como mudou a vida de suas famílias explicitam as dificuldades de sobrevivência enfrentadas durante a pandemia. Além disso, as condições para dar assistência e cuidado a familiares com necessidade especiais de saúde em decorrência das perdas na renda familiar. Nesta mesma cidade, o **entrevistado 1 de Porto Seguro** trabalhou menos, por isso enfrentou muitos obstáculos financeiros. Trabalhava na praia e tinha um padrão de vida mais confortável. Todavia, o fato reduziu a sua “[...] ação de trabalho”, isso porque “[...] o turista não vê ponto [sentido] pra vir pra cidade, então são essas questões mesmo, que atingiu meu padrão de vida”.

Alguns autores e Instituições internacionais apontam que as condições preexistentes de vida e saúde dos indivíduos, em cada lugar, explicam em grande parte sua capacidade de prevenção, acesso aos serviços de saúde e sobrevivência às consequências sanitárias, econômicas e sociais da COVID-19 (BRAVEMAN, 2020; ONU, 2020). A **entrevistada oito de Coaraci** relatou a sua dificuldade para cuidar de sua mãe, “[...] por ela ser deficiente, gasta muito com fralda, entendeu?”. Além disso, gastava com remédio e a sua preocupação era continuar custeando as despesas com sua mãe.

As dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores informais diante das restrições impostas pela pandemia foram sintetizadas pela **entrevistada seis de Coaraci** na pandemia tudo “[...] foi

muito difícil”. Nesse sentido, explicitou-se a iniquidade no acesso à saúde de pessoas em vulnerabilidade socioeconômica e de saúde.

A *entrevistada onze de Itabuna* sinalizou um aspecto importante da política de saúde, o acesso à saúde e os determinantes sociais. A vulnerabilidade atinge ainda mais as pessoas e grupos sociais pobres com necessidade de saúde. Segundo ela, [...] vê pessoas doentes [...], não tem dinheiro... não tem medicação que vai fazer melhorar, [assim], o organismo não reagir a medicação, ao oxigênio. Este aspecto apresentando refere-se à iniquidade de acesso à saúde, que ela entendia como grave as consequências biológicas e os na sobrevivência “[...] é uma doença que deixa a gente, todo mundo paralisado”, com a falta de emprego e renda, bem como compreendia a necessidade de maior presença do Estado que deveria atuar para diminuir o sofrimento das famílias mais pobres. A sua percepção nítida da economia durante a pandemia, explicitou-se em seu depoimento, pois “[...] tudo aumentou, saiu tudo desordem e ficou mais complicado ainda. As pessoas vivem perdendo o emprego, o comércio fechando, foi um caos total”.

Essa realidade atinge grande parte das famílias na pandemia brasileira. Assim relatou o *entrevistado quatorze de Coaraci* como afetou as famílias brasileiras e da sua cidade.

[...] eu acho que nem só para minha família, como para todo mundo né? Foi o desemprego, né? muita doença, esses negócios assim. Foi Nisso que afetou, muito desempregado, né? Teve, muito desemprego, foi essas coisas, e afetou nem só a família da gente, como a família do Brasil inteiro né?

O desemprego apresentou como o problema mais relevante nesse momento pandêmico. O impacto da COVID-19 na vulnerabilidade social, para compreender a sua complexidade, implica em desconstruir a figura de doença e/ou crise sanitária democrática, vinculada em alguns meios de comunicação, afirmam Miranda et al. (2020).

Para sobreviver, alguma renda é necessária numa economia de mercado. Outro indicador foi salientado pela *entrevistada oito de Coaraci*, o papel dos aposentados no sustento da família, decorrente do desemprego. “É, como eu fiquei sem trabalhar, só tinha mãe para sustentar a casa, da pensão dela, aí foi meio complicado”.

Houve crescimento do trabalho informal com a perda do emprego. A *entrevistada seis de Itabuna* disse que o seu desemprego mudou tudo em sua vida. Segundo os seus “[...] 11 anos de firma, hoje eu tô correndo atrás aqui vivendo de bico”. Então, o seu desemprego e a sua renda esporádica aumentavam a sua vulnerabilidade socioeconômica.

A transferência de renda do governo federal através do Auxílio Brasil, diante do alto custo de vida, tornou-se insuficiente para aqueles beneficiados e aqueles excluídos por não receberem o recurso do programa, terminou piorando a situação já alarmantemente exposta. A *entrevistada 9 de Porto Seguro* relatou que em casa havia uma membra gestante e outra filha que perdeu o benefício do governo, por ter começado a trabalhar numa lavanderia, por isso “[...] cortaram o bolsa família dela, ... como que fala? o auxílio”. Ela alega que essa decisão foi equivocada porque “[...] tá difícil o emprego, os inscritos são muito grandes”. Considerava o benefício insuficiente o valor, e sente o quanto o “[...] desemprego gera fome em todo prato”. As pessoas e grupos populacionais com maior vulnerabilidade social devem ser assistidas de maneira prioritária pelas políticas públicas sociais e de saúde, considerando a dificuldade de manutenção de emprego e renda ou de acesso aos serviços de saúde, alimentação ou saneamento básico e, também, por constituírem o grupo de portadores de comorbidades (PIRES, *et al.*, 2020).

A fome é um grave problema social nos últimos anos no Brasil. Esse problema social constitui-se um dos determinantes que geram o processo de adoecimento da população. A *entrevistada 9 de Itabuna* considera que tudo mudou para pior na pandemia. Destaca alguns aspectos: “muito sofrimento [...], a doença, a carestia”. Este último refere-se ao poder compra e agrava a vulnerabilidade. Assim ela resume a sua situação de vida e de sua família. “[...] tudo ficou mais caro e o salário não aumentou nada e a gente continuou no sofrimento”.

Entretanto, o agravamento da pobreza em diferentes populações no contexto pandêmico pode ser intensificado de acordo com os determinantes sociais da saúde preexistentes e as repercussões das políticas sociais, condições de vida no âmbito comunitário e individual de populações (OLIVEIRA, 2020). O estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), tomando como base os microdados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) sobre a COVID-19, demonstra que o auxílio emergencial foi suficiente para superar em 16% a perda da massa salarial entre os que permaneceram ocupados e apenas 6,5% dos domicílios – cerca de 4,4 milhões – sobreviveram com os rendimentos recebidos desse auxílio (CARVALHO, 2020).

A situação de vida e os seus determinantes impactam na situação de saúde de uma população. Isso ficou evidente nos relatos dos participantes da pesquisa. Vimos que num mesmo território diferentes grupos sociais e indivíduos se relacionam seja acolhendo ou excluindo, decorrente do modelo de sociedade estruturada numa economia de mercado. A fome, desemprego,

trabalho informal promovem vulnerabilidade socioeconômica e, por sua vez, os mais pobres dependem de políticas de transferência de renda e do sistema público de saúde.

A piora das condições sociais e a falta de recursos para sobreviver aumentou a vulnerabilidade da população, bem como afetou diretamente as suas condições de saúde. Considerando tais aspectos analisados, as razões eram muitas para que o emocional fosse abalado com o estresse, medo e pânico.

7.2 Saúde mental: experiência e desafio de viver na pandemia de covid-19

Observa-se um clima de medo da pandemia nas narrativas dos 42 entrevistados. A doença era desconhecida por todos e as informações eram diversas, apontando uma tensão entre grupos que afirmavam e outros negavam a gravidade da pandemia. Por um lado, negavam os conhecimentos científicos já consolidados no campo da epidemiologia, atribuindo-lhe significados como “gripezinha”, e, para seu cuidado, prescrevia o tratamento precoce com hidroxicloroquina e cloroquina. Por outro, as narrativas de infectologista afirmavam a ciência e o seu legado. Orientavam a população a tomar cuidado com a doença e a seguir protocolos para não ampliar a contaminação coletiva.

Nesse cenário de tensão, a pesquisa buscou compreender essas significações dadas pelos moradores de três cidades do Estado da Bahia assistidas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família (EST), a saber: Coaraci, Itabuna e Porto Seguro. Essas cidades estão localizadas na Região Sul da Bahia e de acordo com a estimativa do IBGE concentram 382.780 habitantes.

Castellano et al. (2016), sustentam que a experiência do adoecimento se conforma nas trajetórias de adoecimento e nos trajetos percorridos em busca de diferentes fontes de cuidado. Já para Nunes, Castellanos e Barros (2010), os relatos das experiências de doença e suas representações são partes das estratégias narrativas, possibilitando descrições de sentimentos e comportamentos de pessoas abaladas pelo sofrimento decorrente da enfermidade.

7.3 Isolamento social na pandemia: experiência vivida da casa a rua

Com referência a experiência social, de acordo com Wautier (2003), se apresenta como capaz de dar um sentido às práticas sociais. Designa as condutas individuais ou coletivas

dominadas pela heterogeneidade de seus princípios constitutivos e pela atividade dos indivíduos, construirão o sentido de suas práticas no meio desta heterogeneidade (DUBET, 1996). (“efêmero diferido”)

O isolamento social mudou o modo de vida, a rotina e a convivência social. A *entrevistada três de Coaraci* descreve a mudança de cotidiano: “[...] não poder ir a um aniversário [...] tipo assim, uma amiga, um parente convidar pra ir pro aniversário, não poder ir, em geração dessa doença também não pode”. O **isolamento social** representou um elemento significativo para a *entrevistada 9 de Coaraci*: “[...] foi difícil porque, principalmente, [...] falando da minha família, nós costumamos está sempre junto mesmo alguns morando fora, a gente sempre se encontra e foi muito difícil”.

Há alguns que mesmo afetando a saúde mental, considera que deve continuar o isolamento social porque a pandemia ainda persiste, de acordo com a *Entrevistada Oito de Coaraci*: “[...] O isolamento ainda tem que ter né? É a prevenção também, que, como a gente vê aí não acabou ainda né?”

O *entrevistado sete de Coaraci*, considerou muito complicado no início da pandemia, pois “[...] do nada aconteceu e a gente estava, [...] desprevenido né?” Pegar desprevenidos foi algo que emocionalmente abalou as pessoas.

Silveira *et al* (2020), afirmam que as principais medidas de saúde pública para o controle de doenças transmissíveis se baseiam no distanciamento social e no uso de máscaras faciais. Nessa mesma direção, verificou-se que essas medidas também foram adotadas pelas famílias para evitar a contaminação.

Para a *Entrevistada 2 de Itabuna*, foi muito “[...] difícil, ficar em isolamento social, o menino não tá podendo ir pra escola, é bem difícil... ficar em casa... sem ter nenhuma atividade pra fazer”. Ela destaca a situação de vulnerabilidade socioeconômica. O isolamento teve por objetivo separar pessoas infectadas, visando proteger aquelas suscetíveis. No caso da COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a quarentena de 14 dias a partir da exposição mais recente para os casos confirmados ou suspeitos (SILVEIRA *et al*, 2020, p.6).

O *Entrevistado oito de Porto Seguro* afirmou que, “[...] Graças a Deus estamos conseguindo passar sem maiores danos, pelo menos físicos, agora psicológico é complicado né, porque esse tempo todo em casa, é complicado”. O isolamento social cansa e emerge a sensação

da perda da liberdade, com forte impacto nos vínculos e no surgimento de emoções de medo, solidão, tristeza, entre outros.

As medidas de restrição e contenção da covid-19 incomodaram alguns dos entrevistados. Nesses relatos, eles falavam de si e outras pessoas. De algum modo indicava os comportamentos de resistência. Para o *entrevistado dois de Itabuna*, “[...] só as máscaras que a gente continua usando, porque sufoca demais isso aqui. Só..., mas a minha vida continua a mesma coisa. Além de não poder sair né? De não poder ir pras festas, isso aí mudou muito”.

O isolamento social restringiu a normalidade do cotidiano de lazer, como os encontros sociais. Por essa e outras razões, o estresse aumentava por causa das, segundo a entrevistada cinco de Itabuna, “[...] regras [...] eu não me sinto muito bem [risos], parece que eu tô presa [...] sem liberdade de sair [,] com vontade de sair [...]; você não pode fazer isso, [...] não pode fazer aquilo... isso deixa a gente meia...estressada”.

As condições econômicas de sua família tinham a opção de ficar em casa e somente sair quando precisasse comprar algo para atender as necessidades de sobrevivência. Todavia, o isolamento altera o cotidiano. Por isso, o *entrevistado seis de Coaraci* considerou ser [...] bem complicado, porque [...] não pode sair”. Não poder sair veio por uma ideia de proibição, bem como a percepção de que o discurso das autoridades sanitárias e os formadores de opinião havia funcionado.

As experiências sobre o isolamento social demarcam um complexo campo das emoções. O medo da morte provoca pânico, angústia, estresse, enfim a pandemia trouxe muitas consequências para a saúde mental dos entrevistados das três cidades pesquisadas.

Os relatos dos entrevistados atribuíam novos sentidos a vida, a qualidade na interação com as pessoas, a solidariedade. Para a maioria dos respondentes das três cidades houve mudança tanto pessoal quanto emocional no contexto familiar, quanto ao estilo de vida e foram afetados emocionalmente. Neste tópico, será abordado alguns aspectos: a) a experiência e as representações do momento pandêmico; b) a mudança relacional e empatia; c) a percepção de piora na sobrevivência.

As percepções e experiências dos entrevistados sobre o isolamento social na pandemia de COVID-19 sugerem que afeta o psicológico de muita gente, porque mudou a rotina do convívio social, sugerem os depoentes. Ressignificaram a relação entre “novo modo de viver” que afetou também a saúde mental, pois complementa ela: “[...] até a gente se acostumar [...] com essa doença

[...] ainda tá chato”. A *entrevistada três de Coaraci* explica as razões de que cotidiano estava chato: “[...] não poder ir a um aniversário [...] uma amiga, um parente convidar pra ir pro aniversário, não poder ir, em geração dessa doença também não pode”.

Os entrevistados tinham consciência dos riscos de se contaminar por motivos de aglomeração e de contatos mesmos que fossem os mais próximos no âmbito familiar. Os termos usados, como “ruim”, “chato”, “pânico” para se referir ao isolamento e se prevenir da doença sugerem um certo sofrimento psicoemocional.

Todavia, o isolamento altera o cotidiano na percepção do *entrevistado seis de Coaraci*, pois a considera ser “[...] bem complicado, porque você não pode sair”. A ideia de proibição sugere estar obediente às determinações das autoridades sanitárias e formadores de opinião.

7.4 A comunicação de risco

Castiel *et al.* (2017), destacam como nas últimas quatro décadas, os estudos de recepção sobre as recomendações quanto aos riscos à saúde resultaram em novos elementos relevantes a respeito desta questão.

Há um progressivo afastamento da valorização das percepções consideradas erradas, devido à suposta ignorância ou desleixo das pessoas, para uma perspectiva na qual se encara a comunicação de riscos como um processo de interação recíproca entre aqueles que são considerados leigos e os especialistas. Deve-se considerar o contexto no qual se dá essas relações, inclusive colocando-se em discussão a natureza da evidência científica em si como fonte insofismável da verdade (CASTIEL *et al.*, 2017, p. 3).

Apresenta-se um panorama novo na comunicação de risco tradicionalmente praticada pelo Estado brasileiro, de modo verticalizado, informacional e autoritário. Todavia, mais recentemente, segundo os autores, tornou-se importante integrar nos produtos comunicacionais da saúde pública os sentidos atribuídos pelas coletividades ao processo de saúde-doença e cuidado. Destaca-se que o modelo de comunicação no âmbito das esferas do Estado é preciso ressignificar produtos e estratégias cujos usuários do SUS sejam protagonistas na construção dos sentidos do discurso para a comunidade.

Os resultados apontam que o discurso na crise sanitária da Covid-19, disseminado através de comunicação de risco, foi assimilado pela maioria dos entrevistados, ainda que esses não

tivessem domínio do conhecimento científico tampouco sobre a complexidade do tema da área da saúde. Para a *entrevistada nove de Coaraci*, os protocolos foram determinantes. Havia a vantagem do engajamento da família e acesso às informações e por ter algum da família que atuava na saúde - “[...] estamos assim antenados para as notícias, para as informações, não só através da área da saúde como na televisão né? Nos meios de comunicação”.

De acordo Rangel-S (2007), três questões apresentam-se como cruciais nos estudos da comunicação de risco: a) as relações entre o Estado e corporações privadas e grupos precarizados submetidos a múltiplos riscos; b) as formas como a mídia concebem e elaboram retoricamente as notícias que envolvem contingências de risco, resultando alarmes desnecessários de modo descontextualizado; c) a omissão de possibilidades alternativas de na análise das circunstâncias, evitando-se atritos provenientes de diferentes pontos de vista éticos e científicos. Essa perspectiva, observa-se na narrativa a seguir.

O *entrevistado seis de Coaraci* destacou o papel dos veículos de comunicação e das redes sociais na produção de informação sobre a pandemia e os protocolos de cuidado, mas isso não era suficiente para atingir a todos da sociedade. De acordo com ele “[...] deve cada um, comandante da cidade, os órgãos, e, levar notícia para todo mundo, porque é muito complicado”. Observa-se a importância da Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia e a necessidade de as autoridades sanitárias enviarem esforços no contexto do município.

Todavia, A *Entrevistada doze de Coaraci* destacou o **pânico** que a pandemia lhe trouxe devido ao “[...] turbilhão de informações [...] nas mídias sociais, [...] a questão do sistema de saúde da nossa cidade, também todas as informações que a gente recebia, a gente ficou em pânico né? ”.

Desse modo, a *entrevistada dez de Porto Seguro* considerou que “[...] teve uma questão também da saúde mental, que eu fiquei mais debilitada, eu acredito que isso me debilitou bastante, essa questão da pandemia me debilitou muito em relação à saúde mental”. Tudo isso se apresentava com inúmeras causas que afetaram profundamente as famílias.

O emocional é abalado por conta do adoecimento das pessoas da cidade, além de parentes. Assim percebeu a *Entrevistada Nove de Itabuna*, “[...] o emocional também tá difícil, tem muita gente doente, eu já venho doente há oito anos e agora com essa pandemia pronto...piorou tudo”.

Os entrevistados consideraram a pandemia um evento ruim, anormal e com forte impacto na vida deles e em suas emoções. As emoções emergiram através das narrativas dos respondentes, sugerindo a afetação na saúde mental. Foram identificadas, dentre outras, expressões recorrentes

como a **saúde mental, depressão, ansiedade, pânico, medo, angústia** decorrentes das medidas sanitárias adotadas, dentre as quais o isolamento social, a vulnerabilidade socioeconômica das famílias mais pobres.

7.5 A depressão e ansiedade

A percepção de que a pandemia afetou a saúde mental ficava mais explícita ao se conjugar com outros fatores. Alguns sentidos foram atribuídos para representar a apreensão naquele momento. A *entrevistada dois de Itabuna* relata que se sentia bem **ansiosa**. “Quando fala que vai fechar o comércio aí eu fico ansiosa mesmo”. A sua ansiedade dava os sinais de que a preocupação com a economia passava a ser um momento de muita expectativa”.

Entre os sentimentos de tristeza e angústia, os relatos sobre o medo revelam diferentes situações e sentidos, argumenta Belens (2019). Conforme os argumentos deste autor, em seu estudo sobre a experiência da depressão:

A experiência da depressão articula sentidos objetivos que afetam a vidas das pessoas e as suas relações; bem como subjetivos pelos quais refletem os sonhos, desejos e sentimentos do ator sobre o mundo que vive; e os sentidos intersubjetivos que reconhecem a experiência de sofrimento psíquicos, os efeitos sociais produzidos e os sentidos narrados sobre esse contexto de adoecimento, cuidado e superação da dor (BELENS, 2019, p. 140).

Considerando essa perspectiva do autor, esses sentidos foram observados nas narrativas dos entrevistados ao tratar da depressão e as suas emoções no momento pandêmico. O “sentido” para a vida constituía um desejo para quem sofria de depressão. As emoções, as histórias de vida e o enfrentamento da depressão eram parte da experiência de adoecimento (BELENS, 2019).

A narrativa do *Entrevistado um de Itabuna*, pode-se verificar que a **depressão** é apontada como reflexo da pandemia: “emocionalmente a gente fica depressivo porque tantas coisas que acontecem, a gente ver tanta gente morrendo não tem nada mais a fazer”. A preocupação com as pessoas contaminadas pela Covid-19 e aqueles que morriam foram apontados como elementos motivadores da depressão.

Será que a sensação de pânico decorreu de práticas de comunicação verticalizadas e menos educativas realizadas pelas três esferas de governo? Ou seria a desinformação provocada pelas fake News? A *entrevistada Doze de Coaraci* atribuiu o seu pânico ao volume de informações fornecido

pela mídia, *internet* e pelo sistema de saúde da sua cidade, a ansiedade, medo e pânico. Para Agamben (2020), a pandemia gerou estados de pânico coletivo os quais geram medos generalizados instalados nas consciências, causado pela limitação da liberdade em troca da segurança.

É fundamental ser cuidadoso ao se disseminar informações sobre as evidências da carga viral coletiva de uma determinada comunidade ou território, evitando a disseminação de preconceitos e estigmatização de indivíduos ou grupos populacionais (FARO, 2020).

As informações sobre a pandemia foram adquiridas através das equipes de saúde, meios de comunicação de massa, *internet* e, principalmente, das redes sociais. Mas essas informações traziam abalo psicológico, segundo *o entrevistado nove Porto Seguro*:

[...] tava deixando de assistir jornal, essas coisas, porque tava falando muita coisa negativa sobre a pandemia. Aí no caso, abala o psicológico. A gente fica muito concentrado nisso, então abala o psicológico. A gente tentou no caso, eu tentei no caso me preservar um pouco dessas informações demais, negativas.

Zwielewski e colaboradores (2020), destacam que a pandemia aumentou o número de sintomas de ansiedade e pressões psicológicas na população. Ou seja, o estresse psicológico está associado às situações de emergências e crises que não podem ser ignoradas.

Os atores as experimentam negativamente, denunciando constrangimentos e os obstáculos levantados aos seus projetos. Por sua vez, “os atores vivem mais naturalmente a sua atividade na dor que na felicidade, e o desejo de ser autor de sua própria vida é mais um projeto ético do que uma realização”. De acordo com Belens (2019), em seu estudo sobre a depressão, que de algum modo, as pessoas com depressão protagonizam seu sofrimento, mas sem restringi-lo à doença. Abrangem outros aspectos da sua vida e as suas relações, para isso, essa liberdade é vivida na angústia, mas testemunhada na própria experiência e percepções destes sobre a depressão.

Para Delouya (2001), a depressão surge, portanto, à semelhança da angústia, como “evocação de lembrança” da ameaça inaugural sobre o espaço de gozo mítico de origem. A clínica psiquiátrica às resolve postulando que a existência da depressão se dá seja sob a forma de ‘sintoma’ ou ‘síndrome’, seja sob a forma de ‘doença’, distinção apoiada num raciocínio clássico na medicina clínica (COSER, 2003).

7.6 A angústia: a incerteza de um tempo que não sabe quando acaba

O sujeito na cultura moderna sofre por estar submetido à tristeza, por não ser capaz de alcançar o ideal de felicidade, o que gera culpa e a vida apresenta-se para esse sujeito cada vez mais vazia de significado (BELENS, 2019; SOUSA *et al.*, 2016). Para Dubet (1994), os atores sociais sentem na forma de angústia, pela incapacidade de escolher, que na dor, mais que na felicidade, que tem o intuito de ser autor da sua própria vida.

A sensação de angústia no período pandêmico decorre da incerteza quando será o fim de momento. Os autores citados elucidam esse sentimento que provoca sofrimento diante de uma realidade com poucas escolhas devido ao risco e desconhecimento da Covid-19.

A *angústia da Entrevistada Doze de Coaraci* crescia porque, além da incerteza da gravidade do seu quadro de saúde, a falta de teste para confirmar sua suspeita, desencadeou o *medo* de ser internada e o medo da morte. Na prática, foi internada por sete dias. “Quem disse que eu esperei 7 dias? Não esperei nem 2 dias, elas vieram como hoje, [...] eu estava pior ainda, [...] os meninos passaram lá e falou: - Ó ela não está bem não. Daí a pouco a menina veio quando viu minha saturação”. Diante do resultado da aferição, determinou, “[...] se arrume aí, [...] daqui a pouco a gente vem buscar a senhora”.

As dúvidas existenciais do viver ou morrer vinham com toda carga emocional e psicológica negativa. Essas dúvidas demonstram o quanto o adoecimento de fato promove a perda de sentido para o viver. O depoimento a seguir revela isso, pois a noção de tempo e espaço oscila conforme a continuidade do isolamento, forçado pelo adoecimento. “[...] eu fiquei lá, para mim tanto fazia, [...] não estava ligando para nada, [...], não sabia que dia era aquele, eu mesmo nem sabia o dia que eu tinha entrado lá pra falar a verdade”.

Para Dubet (1994, p. 101)

[...] há que levar a sério o sentimento de liberdade manifestado pelos indivíduos, não porque ele seja expressão de uma ‘verdadeira liberdade’, mas porque é testemunha de sua própria experiência, de gerir várias lógicas, da percepção da ação como experiência e como um drama (DUBET, 1994, p. 101).

Este autor elucidava que essa liberdade não se relaciona ao sentido de ‘liberdade conquistadora’, mas aquela que os atores sentem em forma de angústia, de incapacidade de escolher, de inquietação quanto às consequências das opções” (DUBET, 1994, p.101). Um

fenômeno das relações contemporâneas, caracterizadas pelo distanciamento social, estranhamento do outro que produz sentimento de medo, angústia, ansiedade e tristeza, assim como de solidão no enfrentamento no processo de adoecimento (BELENS, 2019). O medo surge em razão da incerteza de quando a pandemia teria um fim.

7.7 Do medo ao pânico, uma interseção entre o viver e morrer

O sentimento de medo gera também tristeza e dor psíquico-emocional. Os medos são diversos e mostravam certa semelhança nas experiências. O medo é um sentimento com vários sentidos e motivações na vida das pessoas acometidas pela depressão e se diversificam (BELENS, 2019). No entanto, expressões como “pânico”, “medo”, “angústia” e “estresse” foram frequentes nas falas dos participantes. Esses sentimentos resultam da possibilidade de ser contaminado, desconhecimento do modo de infecção pelo vírus e a dificuldade de controlar o comportamento principalmente dos mais jovens.

As expressões demarcavam os sentidos atribuídos ao **medo e pânico**, indicando a afetação da saúde mental. Na fala a seguir da *entrevistada doze de Coaraci* confirma-se a tese de que emergiram sérios problemas de saúde mental no contexto das três cidades, tendo as informações sobre a pandemia um grande impacto.

[...] o primeiro impacto foi um choque, né? Todo mundo em casa, e aí rolou estresse (um pouco de riso). Depois veio um fator emocional, né? Todo aquele pânico, com aquele monte de informação, mas dentro da minha família, a gente conseguiu uma dá as mãos para o outro e tentar manter um equilíbrio. Quando a gente via um ânimo acelerar um pouquinho a gente ia lá e conversava, desacelerava”.

Este relato aponta uma sequência de comportamento psicológico no contexto familiar como estresse (por ficar em casa); o pânico por razões causadas pelas informações; mas uma capacidade de resiliência e cuidado um com o outro.

Para a *entrevistada dois de Coaraci* causava **medo** o fato de um membro da família ser contaminado: “[...] jovem não segue essa cartilha, se continuasse fazendo o que a gente fazia não teria pegado, porque pegou num município fora, foi passar uma virada de ano em Itacaré”. Os jovens estão bem mais propensos a desafiar as situações de riscos, embora esse comportamento seja também dos mais adultos.

De acordo com *entrevistada dois de Coaraci*, a mudança na vida familiar decorreu do fato de “[...] ficar em casa praticamente sem fazer nada, você fica muito estressante, o papel mais difícil foi esse”. O estresse decorria das incertezas em relação à crise sanitária que punha em risco de morte a população.

A *realidade vivida* por cada um, indistintamente, associou-se às condições de vida e saúde da população. Vizinhos, amigos, parentes, enfim todos esses grupos foram contaminados pela Covid-19. Alguns assintomáticos, outros não; alguns morreram, outros sobreviveram. As incertezas impactaram as emoções dos participantes da pesquisa, principalmente, o medo de ser entubado na Unidade de Pronto Atendimento.

O *medo* de alguma forma ditava o modo de se comportar para não entrar nas estatísticas de morte da pandemia. Pereira *et al* (2021), associam o impacto da pandemia ao medo de ficar doente e de morrer, e do sentimento de impotência em proteger os que são queridos ou de os perder devido ao vírus.

O autoisolamento era provocado pelo **medo de ser contaminado**. Mas a necessidade de sair de casa, é o que revela a *entrevistada quatro de Coaraci*: “[...] a gente não queria nem sair de casa, mas ao longo do tempo teve a necessidade de sair, para fazer algumas atividades”. Muitas dessas atividades eram para comprar alimentos, material de limpeza e higiene”.

A história contada pela *Entrevistada doze de Coaraci* destacou a sua sensação de angústia e medo depois de contrair a COVID-19. Dona de casa, cuida dos afazeres domésticos, não sabia como contraiu a doença,

Até hoje estou angustiada, porque eu mesmo não sei como foi que eu peguei ela. Porque eu lembro bem que eu lavei umas roupas, tomei uma garoa, estendendo a roupa na frente mesmo, e dessa garoa pegou tipo uma gripezinha, corizando, e aí começou aquela tossezinha, tossezinha, tipo assim a pessoa que tem bronquite. E aí comecei aquele cansaço.

Destaca-se, na percepção de Albuquerque e Ribeiro (2020) a negação da gravidade da pandemia e da complexidade de suas repercussões por parte minoritária da população e, principalmente, pelo Governo Executivo Federal, prejudicou as ações coordenadas em âmbito nacional, bem como a adoção das medidas necessárias, de modo que provocou a extensão e o agravamento, no tempo e no espaço das crises sanitária, econômica e social decorrentes deste evento.

A causa do medo e pânico advinha também da possibilidade de contaminação de parentes vulneráveis. Para a *entrevistada quatro de Coaraci*, diante de um parente contaminado revela: “[...] logo no início sim, mas assim, não foi grave, né? Não precisava entubar, nem nada do tipo, então a gente ficava mais tranquilo, mas quando tem alguém da nossa família nós ficamos mais com pânico”.

O medo e pânico, oriundos do momento pandêmico, sugeriam que houve mudanças nos valores na vida em família. O que antes era despercebido no cotidiano, passou a ser mais valorizado. De acordo com a *entrevistada doze de Porto Seguro*: “não devemos continuar sendo os mesmos, pois [...] ajudou muita gente, inclusive eu, a refletir mais sobre a vida. E, **mudou muita coisa**, a forma de convivência, a forma de comunicação com as pessoas mudou, a forma de se relacionar, então, tudo mudou”. No contexto relacional intrafamiliar e com as pessoas de fora é narrada com muita sabedoria e reflexão como a forma de interação com o outro, o sentido da vida e a comunicação.

Essa sensação, na pesquisa sobre os impactos da pandemia nas emoções dos entrevistados e seus familiares foram expressos de modo muito peculiar e a partir das experiências deles sobre o processo saúde-doença e cuidado. A pandemia para *entrevistada três de Coaraci* e sua família “[...] foi um choque, né? **Pânico**, e assim a doença avançar assim de uma hora para outra, e morrer meio mundo de gente, criança, adulto, adolescente, como teve aí mesma época que, foi tanta morte que [...] o cemitério não tava dando [...]”.

7.8 O luto e o último adeus

O promovia uma sensação de medo e pânico era a morte e a impossibilidade de dar o último adeus para um ente querido. O luto patológico, para Freud, poderia ser considerado a base do padecimento melancólico, enquanto o trabalho do luto se relaciona com a dor e a tristeza que envolve o eu. Ainda para esse autor, a dor é psíquica (SANTOS, 2016; COSER, 2003).

Esta fala remete ao medo da perda, de nem poder se despedir em uma situação de morte. A produção de dados demonstrou que a pandemia transformou algumas famílias, dentre os aspectos da saúde mental.

Observa aqui, o fato de alguém ser contaminado promovia uma sensação maior de medo. Todavia, o que provocava mais pânico era a possibilidade de ser entubado. Haja vista, muitas

notícias sobre a falta de cilindro de oxigênio nos hospitais de Manaus para o cuidado de pessoas com Covid-19, piorou a sensação de medo dos entrevistados que os fragilizam. O relato a seguir remete às perdas e o temor que ainda subsistem depois do momento crítico da Covid-19.

Desse modo se sentiu **a entrevistada Doze de Coaraci**,

[...] a gente ainda se encontra um pouco fragilizado né? Porque, com todas essas perdas que a gente viu e vê ainda acontecendo, a gente ainda fica fragilizado, ainda fica assim, meio temeroso, mas é, a gente vem se mantendo, se reerguendo aos poucos. Aos poucos a gente vai se reerguendo, de forma cautelosa”.

Os entrevistados revelaram as experiências e representações construídas de dor no contexto pandêmico no cotidiano das cidades pesquisadas. O **peso da morte** era maior por dois motivos: a violência diante do modo cultural de realizar os sepultamentos e a impossibilidade de dar o último adeus por conta das restrições sanitárias. O luto fora mais traumático, a dor fora mais intensa.

Para Freitas (2016), o luto vivido decorre da morte de um ente querido, uma experiência dura e profunda de perda. Todavia, a experiência de enlutamento tem relação com nossa condição mortal, assim como da inevitabilidade e irreversibilidade da morte.

No luto patológico, o indivíduo se considera culpado da morte, nega-a, julgar-se influenciado pela doença que causou a morte etc., gerando um conflito que passa para o primeiro plano – o enlutado colocando-se no lugar do objeto perdido e voltando contra si as hostilidades a ele dirigidas (COSER, 2003).

8. ESTILO DE VIDA: PROTOCOLOS SANITÁRIOS E A ESPERANÇA DE TUDO ACABAR

A autopercepção sobre o estado da **saúde mental**. Do modo que entendiam se descrevia a sensação das emoções negativas de que sairia dessa condição. Nesse sentido, Dubet (1994, p. 80) diz que é preciso “reconhecer nos indivíduos uma capacidade de iniciativa e de escolha, é preciso, portanto, conceder-lhe uma certa distância em relação ao sistema”. A mudança de hábito de higiene, o distanciamento e isolamento social promoveram uma sensação de piora nas condições de vida. Alguns momentos os relatos subentendem que lidar com o próprio “eu” e emoções causadas pela pandemia, deixava-os apreensivos/as e com a sensação de estranhamento de si mesmo/a. Observe o relato a seguir de **entrevistada treze de Coaraci**,

[...] modificou e muito para pior, pra sofrimento, para dores, porque eu mesmo, fazer igual a história, fez um ano que eu cheguei aqui no dia 28 de agosto, mas, até hoje eu não sou a pessoa que eu era, eu tenho certeza que eu não sou, até, assim, na minha alegria, eu não sou aquela pessoa que eu era, tenho a minha alegria, tenho tudo, mas dentro de mim eu tenho aquela parte de tristeza.

Expressões de sentimentos que davam sentido ao sofrimento e dores psicoemocionais como tristeza. De certo modo, não se reconhecia mais enquanto uma pessoa alegre. Tantas mortes e sofrimento acenderam um alerta de que algo dentro havia mudado, o que ele qualificou de “para pior”, reverberando em tristeza profunda.

Então, para a *Entrevistada Doze de Coaraci*, seguir as orientações sanitárias implicava além de mudar seu estilo de vida, interferir na convivência social. A ambiguidade das informações e os distintos discursos trouxeram-lhe inseguranças quanto às causas e dimensões da contaminação do Coronavírus. Aos poucos ela percebeu que os sintomas no seu corpo eram parecidos com aqueles divulgados.

Passou o primeiro dia, passou o segundo dia, aí no terceiro dia já com fôlego como que estava bem encurtando já, aí eu falei com os meninos: - rapaz eu não tou passando bem não, o negócio tá feio e eu tenho certeza de que é a tal da COVID, Né?

A sua subjetividade, independente do diagnóstico médico, sinalizava um saber popular sobre a gripe. Na sua significação, permeada pelos sentidos da comunicação de risco e verticalizadas, realizadas pelas instituições de saúde e autoridades sanitárias enfatizavam os sintomas, mas também os protocolos de cuidado. Por isso, ela pediu ao seu filho para ir ao Pronto Atendimento da COVID-19 e informar aos profissionais de saúde sobre os seus sintomas e suspeita de ter adquirido a doença.

A *Entrevistada Doze de Coaraci* acreditou, inicialmente, que a garoa foi a causa da sua da sua gripe. Depois de observar que os sintomas eram parecidos com as informações veiculadas pelas autoridades sanitárias, através da mídia, suspeitou que estava com a COVID-19. Por isso, pediu ao seu filho que fosse ao Pronto Atendimento informar aos profissionais de saúde sobre seu quadro de saúde. “[...] o meu menino foi logo lá; não sei, como é nome que fala. [...] conversou com as meninas, aí elas vieram aqui, [...] aí me deram a quarentena né? ”

A sua impressão negativa sobre a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) lhe trazia medo. Aos quatorze dias internada, receava não sair do hospital e ir para a UTI.

[...] graças a Deus não precisei ir para a UTI, foi só que eu não precisei. [...] O povo só fala: quem vem não volta, mas em nome do Senhor Jesus, através do meu Deus, eu vou, que o Senhor sabe que ainda tenho compromissos para resolver aqui na Terra.

A expressão “O povo só fala: quem vem não volta” revela o sentido popular negativo da UTI, como o lugar da “morte”, por isso “quem vai não volta”. Lá, então, era a porta para a morte.

O acometido pela COVID-19 e as suas complicações afetam psicologicamente os participantes. A perda de sentido sobre a sua condição de saúde e vida se revelou nessa narrativa. *Se o isolamento é sofrido para quem apenas viveu o isolamento social, imagine para quem contraiu a COVID-19 e esteve internado?*

As razões da *entrevistada Doze de Coaraci* está internada numa unidade de saúde para tratamento da Covid-19. A sensação de isolamento trazia-lhe a sensação de tristeza e perda de sentido da realidade e estímulo para viver – “[...] eu fiquei lá, para mim tanto fazia”. Essa expressão revela seu estresse psicológico, mas também o desânimo. O seu desejo de voltar para casa também sugere um cansaço frente ao seu quadro de saúde e saudade dos seus entes queridos. Em conversa com o médico, ela se frustra:

- Agora eu não sei, quando a Senhora vai ter alta,
- Eu disse: Ah! Dr. pelo amor de Deus, não me diz isso, pois meu veinho deixei lá também, cansadinho, precisando de ajudar ele,
- E aí ele virou para mim e disse: - Vem cá; a Senhora quer ficar boazinha para chegar lá e cuidar deeee? Ou a Senhora quer chegar lá e voltar para trás de novo?
- Eu digo, jamais, Deus é mais, nem nem no sonho, então pronto.

Por um lado, a sensação de continuar internada lhe trazia incertezas sobre a sua vida e a volta para casa. Por outro, pela primeira vez ela vive uma situação de equidade no acesso à saúde. Ela relatou com detalhes os procedimentos de cuidados clínicos no hospital e explicou a sua história marcada pela iniquidade no cuidado à saúde. Talvez, a exclusão e iniquidade trouxesse como consequência a invisibilidade do seu próprio corpo. Os detalhes narrados sobre os procedimentos clínicos e sobre o seu próprio corpo sugerem uma descoberta nesse, talvez lapso de equidade no acesso à saúde. “[...] até esse pulso meu tiraram o sangue, que eu nunca sabia que a gente tinha sangue no pulso”.

Os participantes relataram a sua história de vida e a percepção sobre a pandemia. Dubet (1996) sugere que a afirmação de si e o desejo de ser "autor da sua vida", configura-se como o sujeito constrói a sua identidade e a sua ação, esta *foi* uma ideia muito presente nas narrativas dos

entrevistados sobre prevenção. As suas opções de seguir os protocolos, e vivenciar os lutos, as incertezas na nova rotina do contexto pandêmico, a *Entrevistada Nove de Coaraci* argumentou que enfrentou como pôde: “[...] se adequando, né? [...] a um novo modo de viver, né?”. Ela considera que a pandemia afetou tudo e todos”. O fato de mudar a rotina, também “isso afeta o psicológico”. Com isso, estabeleceu uma relação entre “novo modo de viver” e a importância da *saúde mental*.

A pandemia de Covid-19 configurou-se como uma situação de risco para a saúde mental pelo impacto psicológico decorrente do medo de adoecer ou morrer, de sentimentos de desamparo, do estigma proporcionado pela infecção e da incerteza quanto ao futuro (BROOKS *et al.*, 2020; RAONY *et al.*, 2020).

As medidas consideradas mais eficazes para o enfrentamento de uma pandemia com este nível de contágio são o isolamento e/ou distanciamento social. O convívio social foi muito afetado, relatam participantes da pesquisa. Isto explicitado por termos usados, como “ruim”, “chato”, “pânico” para se referir ao isolamento e se prevenir da doença. O medo e pânico, principalmente, foram sentimentos, assim como narram os participantes, que trouxeram muito desconforto. Para a *entrevistada quatro de Coaraci* “[...] no começo foi bem pânico, né? ”. Para a *entrevistada treze de Itabuna*: “[...] foi muitoooo... assim... aterrorizante”. Essas medidas têm como consequência a redução de vínculos sociais, podendo inclusive emergir circunstancialmente sentimentos de solidão, medo, tédio e sensações de vazio, bem como aumentar o risco de eclosão de episódios depressivos, transtornos de ansiedade e ideação suicida. (BARARI *et al.*, 2020; BROOKS *et al.*, 2020; MS, 2022).

9. RESISTÊNCIA DA RUA A CASA

A propaganda sanitária pode produzir dois comportamentos contraditórios, a resistência ou a adesão. A comunicação nem sempre altera o comportamento de todos, considerando que as crenças, valores e modo de significar a saúde e a doença no contexto cultural interferem no processo saúde-doença-cuidado.

Para Dubet (1994, p. 101)

[...] há que levar a sério o sentimento de liberdade manifestado pelos indivíduos, não porque ele seja expressão de uma ‘verdadeira liberdade’, mas porque é

testemunha de sua própria experiência, de gerir várias lógicas, da percepção da ação como experiência e como um drama.

Este autor elucida que essa liberdade não se relaciona ao sentido de ‘liberdade conquistadora’, mas aquela que os atores sentem em forma de angústia, de incapacidade de escolher, de inquietação quanto às consequências das opções” (DUBET, 1994, p.101).

Entretanto, havia aqueles preocupados com o afrouxamento dos cuidados. Para a *entrevistada Dez de Coaraci*, houve resistência em seguir aos protocolos de cuidados no cotidiano da comunidade onde vivia. “[...] relaxou [...] precisa mais ter mais vigilância [...] pro povo”. Ao mesmo tempo que vê afrouxamento na comunidade também percebe uma ausência do Estado no controle dos resistentes. Desse modo, a “[...] aglomeração tá tendo, povo sem máscara”.

Ela também destaca que a falta de controle Estado, usando “[...] guarda municipal” para conter as aglomerações e festas. Na sua opinião, erra tanto as autoridades quanto a população - “[...] o povo indisciplinado [e] não quer obedecer”. Essa informação revela resistência da comunidade às medidas. Para conter essa resistência deveria aplicar “[...] uma multa, para quem quebrar [...] as regras, num[não] obedecer aos protocolos de segurança, contra a doença [...]”.

A resistência dos idosos também em seguir aos protocolos de cuidado. O **Entrevistado dez de Coaraci** salienta a sua dificuldade em manter a sua mãe idosa seguindo os protocolos sanitários: “[...] Nós, tivemos uma dificuldade, a idosa [referindo-se a sua mãe] tem que ficar, tem de ficar com máscara, não, não aguentou”.

De acordo com os Dados demográficos de 2019, dos 210,1 milhões de brasileiros e brasileiras, aproximadamente 30 milhões possuem 60 anos ou mais. Estima-se que o crescimento nas próximas décadas decorra da redução dos coeficientes de mortalidade, associada às conquistas sociais e de saúde do país (MS, 2022).

Essas emoções também afetaram os mais idosos, tendo como principais causas as notícias ruins disseminadas pela mídia de massa. O depoimento da *entrevistada quatro de Coaraci* revela um duplo medo, tanto ela quanto os seus avós fossem contaminados pela Covid-19,

Eu acredito que atingiu até o psicológico. [...] o medo que eles tinham, de ficar ali 24 horas no jornal, vendo as coisas, vendo das mortes, e foi um trauma. Eu senti que eles, como idosos, né? [...] não queriam mais sair, já são sedentários, de ficar em casa, e tudo, e ficou bem pior, e aí vem a cobrança dos filhos, de não deixar sair, tudo, então eu acho que eles se sentiram acuados.

A sensação de estarem acuados e com **medo da doença** intensificaram o pânico. As notícias disseminadas na mídia aumentavam o medo e pânico. De acordo com Romero et al (2021), em pesquisa realizada sobre os idosos no Brasil, que sentimentos de solidão pelo distanciamento dos amigos e familiares na pandemia foram relatados por metade dos idosos entrevistados. Este sentimento foi mais frequente na população idosa feminina, em relação à masculina. Assim foi com ansiedade ou nervosismo, tristeza e depressão. Casos graves da COVID-19 em familiares, amigos próximos ou colegas de trabalho apresentaram-se como algo sensivelmente preocupante.

Entretanto, um problema na sociedade brasileira, o envelhecimento da população. A questão intergeracional e resistência em seguir os protocolos para a contenção da contaminação pelo novo Coronavírus foram aspectos citados pelos entrevistados.

10. RESILIÊNCIA NA PANDEMIA: VACINA COMO DESEJO COLETIVO POR UMA VIDA NORMAL

Destacadamente, a resiliência e a empatia atenuavam a gravidade das sensações de **medo e pânico**. A mudança nas relações sociais e o cuidado com o coletivo, apresentam-se como um aspecto de mudança positiva no contexto familiar, assim confirma nas palavras do *entrevistado seis de Itabuna*: “[...] comparando [...] com antes, hoje a gente está bem mais perto, mais próximo um do outro”.

Essa percepção também esteve presente no relato de *entrevistado sete de Coaraci*, principalmente na sua relação matrimonial, “[...] relacionamento com a família [...] foi muito bom, eu gostei, porque, não que eu gostei da pandemia, (risos) mas, assim, de estar mais próxima da minha esposa e poder conversar mais com ela, de poder, conversar, vários assuntos que a gente não parava para conversar antes, então, foi muito bom, em relação a isso”. O diálogo em torno de temas até então emergidos, afloraram outras necessidades com repercussão na relação do casal.

O desenvolvimento de relação de empatia foi um elemento que aumentou a resiliência, a solidariedade no ambiente familiar e com as pessoas de fora. Deste modo salientou *entrevistado nove de Coaraci*, “[...] a tristeza abalou o emocional de todo mundo. Que muitas vezes não foi com a minha família, mas foi com a família de outros amigos ou de outras pessoas, independente de serem conhecidas ou não. Então é aquela que a gente sente a dor do outro”.

Preocupar-se com a dor do outro representou uma mudança comportamental na sociedade atual, marcada pela polarização, por sentimentos de ódio e desprezo pelos mais vulneráveis e, na

sociedade de consumo em que seus agentes disseminam a valores individualistas. A covid-19, seja pelo medo ou pânico, levou as pessoas a se auto perceber, pelo menos assim revelou-se a *entrevistada quatorze de Itabuna*, pois, “[...] eu fiquei mais humana. Hoje em dia eu penso mais em falar com as pessoas porque eu não sei com quem eu vou perder”.

Há uma preocupação em contaminar as pessoas próximas, mas observa-se nas falas a solidariedade com o outro, conforme a *entrevistada seis de Porto Seguro*, o cuidado contribui para diminuir o crescimento do número de casos: “[...] Eu tenho que higienizar minha mão primeiro, porque o mesmo cuidado que eu tenho que ter comigo, eu tenho que ter com cada um. Não... não como mais quando tem mais alguém perto de mim”. Seguir os protocolos vinha sendo uma forma de voltar a uma vida normal.

O cumprimento do protocolo de cuidado trazia uma sensação de confiança na opinião do **Entrevistado quatro de Itabuna**: “[...] eu me sinto seguro, porque é... a gente tem que seguir as normas do Ministério da Saúde e os Agentes passam para gente a gente tem que seguir pra não se contaminar”. Essa percepção, pelo que sugerem as falas, busca cumprir as medidas sanitárias a fim de dar fim à pandemia. O *entrevistado cinco de Itabuna* evitou estar em “[...] aglomerações né, tá com meu álcool gel, lavando sempre as mãos né... higienizando [...]”.

É a contação da visão de que a realidade apresenta. Observa-se que a ideia de prevenção estava presente nas narrativas dos entrevistados. De acordo com o *entrevistado 10 de Coaraci*:

[...] eu também, tinha que sair por mim, por ela, mas tem que usar a máscara porque a gente sabe que a coisa é arriscada, mas nós conseguimos vencer, graças a Deus. E os protocolos né? Que tem uns parentes próximos, tenho um tio que anda na rua, vai e vem, gerou um pouco de medo, mas...

Depois da vacina, há uma sensação de que mudanças estavam ocorrendo, assim percebeu o *entrevistado dois de Coaraci*: “[...] com o passar do tempo a gente foi se acostumando [...], pois [...] Hoje em dia com o avanço da vacina, graças a Deus está voltando ao normal”.

A esperança numa vida normal movia os respondentes da pesquisa. Assim como revelou a *entrevistada seis de Itabuna*: “[...] eu acho que a gente tem que orar a Deus para que essa doença tenha um fim, né, pra a gente ter nossa vida normal”. A esperança na espiritualidade segue também na fala da *entrevistada doze de Itabuna*: “[...] busquei na minha vida espiritual esse fortalecimento para poder estar passando por esse momento da pandemia”.

O avanço na produção de vacina e a volta à vida normal se associam assim como é atribuída a Deus. O discurso em favor da vacina e a sensação de normalidade. Para o **entrevistado quatro de Coaraci**. “[...] foi tudo tranquilo, a gente foi se ajustando, foi se ajustando, aí veio as ideias da vacina e a gente foi ficando um pouco mais calmo”.

A vacina era a esperança para voltar uma vida normal. Assim entendia a **entrevistada treze de Itabuna**: “[...] que realmente essa vacina venha, que o povo tenha conscientização de tomar, que tem muitas pessoas que falam que não vai tomar”.

A sua dúvida pairava na cabeça de muitos, apesar da longa tradição da cobertura vacinal garantida pelos inúmeros governos brasileiros. Pelo que se constata, este discurso antivacina ganhou força nos últimos anos como um movimento em âmbito internacional. No Brasil, esse movimento está alinhado com grupos assumidamente de extrema direita com voz e poder na esfera do governo federal.

Talvez essa postura de negação da vacina levasse a demora tão necessária para o controle dos vírus. De acordo com o **entrevistado seis de Coaraci**,

[...] demora em relação [...] a vacina. Eee esses remédios também, os governos, essas donas de [...] fábricas de remédio, esses kits COVID, [...], muitos era falso, não tinha nada a ver com a COVID. Faltou mais empenho [...] da equipe multidisciplinar do Governo Federal, a saúde. O grupo, todo mundo ali pedir a vacina, demorando muito.

Essa fala revela a tensão entre aqueles que defendiam a vacina e quem supunha que o “tratamento precoce” e a imunidade de rebanho controlariam a proliferação do Coronavírus. Observa-se também uma postura crítica ao governo federal, mais especificamente direcionada a equipe multidisciplinar, sem, contudo, mencionar o então presidente da República.

Entretanto, a narrativa em favor da ciência e da vacina ganhou credibilidade. Para o **entrevistado onze de Itabuna**, há necessidade de vacina, apesar de que “[...] vamos conviver com essa doença o resto da vida, mas vamos esperar que cientistas façam vacinas e que aí a gente consiga sobreviver com ela, amenizando [...] os problemas”.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências de sofrimento social de determinados grupos populacionais se agravaram com uma pandemia que impôs restrições de relacionamento sociais e interpessoais, a partir de protocolos sanitários, com vista na redução de números de pessoas contaminadas pelo coronavírus. No contexto dos municípios pesquisados, verificou-se o quanto a pandemia afetou o emprego e a renda das famílias.

Os dados revelaram uma tensão entre os que acreditavam na letalidade do vírus e aqueles que desacreditaram. Essa realidade decorreu da desinformação promovida por notícias falsas sobre o tema que circularam nas redes sociais e whats App que serviam como base para a tomada de decisão sobre negar ou aderir às medidas sanitárias. A cultura popular no enfrentamento dos problemas de saúde, muitas vezes chocavam-se com saberes científicos sobre o processo saúde-doença-cuidado, de certo modo, favorecendo para o acometimento de sofrimento psíquico-emocional

A análise buscou edificar e compreender os sentidos atribuídos ao momento pandêmico, considerando as categorias de análise da pesquisa “Necessidades; Desigualdade; Iniquidade; Seguridade social; Estado; Acesso; Vulnerabilidade; socioeconômica; Adesão às medidas sanitárias”. A leitura das entrevistas emergiram novas categorias, expressões como carestia, desemprego, desigualdade, fome, empregabilidade, aposentadorias. A partir das narrativas dos entrevistados foi possível perceber que alguns se sentiam protegidos pelo Estado, em outros não, aumentando a incerteza do seu cotidiano, gerando com isso, os problemas de saúde mental.

A compreensão dos significados simbólicos populares sobre o processo saúde-doença-cuidado permitiu entender as práticas sociais dessas famílias frente às suas necessidades de saúde. Portanto, pode-se afirmar que a produção de doenças resulta de determinantes sociais e culturais, produzidos historicamente por serem construídos socialmente. Numa sociedade formada a partir de uma economia escravista e agroexportadora, mesmo com o fim desse modelo, não houve mudanças para os grupos sociais excluídos e destituídos de riqueza e renda.

Os resultados demonstraram uma realidade resultante tanto desta economia e suas variantes históricas quanto das estratégias das famílias dos entrevistados para enfrentar a pandemia. As famílias menos privilegiadas revelaram piora da situação financeira, pois os custos comparando com a renda foram maiores do que para aquelas famílias com maior poder aquisitivo. As dificuldades de acesso a bens sociais, necessários para a própria manutenção da vida coletiva e

individual, alteraram o cotidiano e o modo de se relacionar, mas também revelam como estes determinam a situação de saúde.

Essas experiências relatadas evidenciam como essas famílias residentes de áreas vulneráveis lidaram com a Covid-19. Foi possível compreender a importância das ações da Atenção Primária de Saúde para atender às recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) e evitar o colapso dos sistemas de saúde, o número crescente de mortes, através do controle da disseminação da doença, através do distanciamento físico, uso de máscara e álcool em gel, cujos custos foram destinados às famílias.

Foi possível compreender os desafios da crise sanitária para essas famílias e profissionais de saúde. Mas também, para gestão, tendo em vista a situação da desigualdade social e econômica de países como o Brasil e a má distribuição de renda que resulta em uma população composta, em sua maioria, por pessoas com situação financeira que varia entre a miséria total e a pobreza, obrigando-as a residir em espaços muito pequenos e, quando muito, com o mínimo de higiene possível para a dignidade humana.

Nesse sentido, explicitou-se a vulnerabilidade socioeconômica e, conseqüentemente, como a desigualdade e iniquidade se operam num contexto dos territórios de saúde. Por isso, emerge na formação do profissional de saúde a reflexão dos determinantes sociais em saúde para compreender essas contradições, numa mesma sociedade, que promovem o adoecimento do indivíduo e dos grupos sociais.

Há urgência no desenvolvimento de políticas intersetoriais voltadas à redução da desigualdade. No contexto da pandemia, o auxílio financeiro emergencial foi positivo para pessoas em maior vulnerabilidade, porém é medida a curto prazo. É necessário que as crises sanitárias deixem um legado de que medidas estruturais duradouras são essenciais. É sabido que pandemias acompanham a história da humanidade.

A partir dos sentidos e significados atribuídos ao momento pandêmico pelas famílias usuárias do SUS e assistidas pela ESF, observou-se distintas experiências de sofrimento psicoemocional decorrentes de fatores da crise sanitária que impôs medidas restritivas para conter a propagação do Coronavírus, além da crise socioeconômica que agravou a desigualdade, impactando a saúde dos mais pobres em relação às famílias com maior renda.

A análise qualitativa dos dados revelou a experiência de sofrimento psíquico das famílias no contexto da pandemia da covid-19 dos três municípios do Sul da Bahia. O contexto pandêmico

impactou a Saúde mental e trouxe novas experiências psicoemocionais. Nesse sentido, a experiência social de sofrimento promove um cenário psicoemocional de pânico, ansiedade, depressão, tristeza, angústia, luto e sensação de vulnerabilidade e isolamento social.

Dentre as motivações que abalaram o estado de saúde mental, foram destacadas, entre outras, o isolamento social, a vulnerabilidade socioeconômica, iniquidade, notícias ruins veiculadas pela mídia, medo de perder parentes e de morrer. Os sentidos das notícias e informações, as dissensões em torno do vírus e da doença foram observadas nas narrativas. Por um lado, as sensações negativas psicoemocionais impactaram o estilo de vida, em decorrência do cumprimento dos protocolos sanitários com a esperança de que tudo isso iria acabar. Por outro, houve aqueles que não seguiram as orientações sanitárias, não alteraram seus estilos de vida.

Os entrevistados relataram diferentes situações que agravavam o seu estado de saúde mental, destacando-se situação econômica (desemprego, carestia), as restrições sociais como isolamento social, uso de máscara e higienização das mãos. Mas o medo de morrer e não poder participar dos rituais de sepultamento de seus entes queridos, causava medo, depressão e ansiedade e angústia.

Para contribuir com a elaboração de novas políticas públicas em saúde que possam ser pensadas, no sentido de abarcar todos os nichos sociais, os modos de conceber o processo de saúde-doença-cuidado, as representações das populações em torno de situações de crise sanitária, conhecimentos para as práticas de saúde, na avaliação da situação de saúde, devem ser consideradas, bem como os significados e saberes populares. Em todos os momentos de crise sanitária surgem diferentes olhares e compreensões sobre o processo. As crenças e valores influenciam nas práticas sociais. Portanto, a saúde é também permeada pela cultura e o modo de viver a sociedade, pelas visões de mundo e das relações políticas. A forma da distribuição da riqueza e da renda também determina a situação de saúde.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de; RIBEIRO, Luis Henrique Leandro. **Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, 2021.
- LIAGA, M.; GUNDERSON, B. **Interactive Statistics**. Thousand Oaks: Sage, 2002.
- ALMEIDA-FILHO, Naomar. **Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista**. Principais elementos, p. 214-225, 2021.
- ALVES-MAZZOTTI, A. J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.
- AMAD, Alan et al. **Boletim CoVida: Pandemia de COVID-19: fortalecer o Sistema de Saúde para proteger a população**. 2020.
- ANDRÉ, M.E.D.A. **Etnografia da prática escolar**. Papirus, 2005.
- ANTUNES, R. **O vilipêndio do Coronavírus e o imperativo de reinventar o mundo**. Editora Bauru: Canal 6, 2020. Recurso digital (Projeto Editorial Práxis). Disponível em: http://editorapraxis.com.br/quarentena/ebook_quarentena_1ed_2020.pdf. Acesso em: 31 ago. 2020.
- BACH, T.; WEGRICH, K. (Orgs.). **The blind spots of public bureaucracy and the politics of non-coordination**. Cham, Switzerland: PalgraveMcMillan, 2019.
- BARARI, S. et al. **Evaluating COVID-19 public health messaging in Italy: Self-reported compliance and growing mental health concerns**. MedRxiv, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.27.20042820v2>. Acesso em: 23 set. 2020.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. 3ª reimp. da 1ª edição de 2016.
- BATISTA, P. N. **A economia como ela é**. 5. ed. São Paulo: Boitempo, 2013.
- BELENS, Adroaldo de Jesus. **Experiência da depressão em uma comunidade virtual no Facebook**. Salvador: Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2019.
- BENEVIDES RPS. **O Direito à Saúde no Brasil em Tempos de Crise Econômica, Ajuste Fiscal e Reforma Implícita do Estado**. Rev. Estudos e Pesquisas sobre as Américas, n. 10, v. 3, p. 1-28, 2016.

BERTOLLI FILHO, Claudio. **A memória da Gripe Suína**: a contribuição da mídia impressa. In BERTOLLI FILHO, Claudio. *Novas doenças, velhos medos: a mídia e as projeções de um futuro apocalíptico*. 2012. São Paulo: FAP- UNIFESP, 2012.

BOGDAN R. & BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação**. Uma introdução a teoria dos métodos. Porto editora, 1994.

BORGES, Bráulio et al. **Retomada em meio à incerteza**. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica**, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 2011; 22 out.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Saúde Brasil 2020/2021**: uma análise da situação de saúde diante da pandemia de covid-19, doença causada pelo Coronavírus SARS-CoV-2 [recurso eletrônico] /Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Crônicas Não Transmissíveis–Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. MTE – Ministério do Trabalho e Emprego. **Programa Emergencial de Manutenção do Emprego e da Renda**. Brasília: MTE, 2020f. Disponível em: <https://servicos.mte.gov.br/bem/>. Acesso em: 24 jul. 2020.

BROOKS, S. K. et al. **The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence**. The Lancet, v. 395, p. 912-920, 2020.

CALMON, T. V. L. (2020). **As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19**: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. *NAU Social*, 11(20), 131-136.

CÂMARA, Samuel Façanha et al. **Vulnerabilidade socioeconômica à COVID-19 em municípios do Ceará**. *Revista de Administração Pública*, v. 54, p. 1037-1051, 2020.

CAMPELLO, Tereza et al. **Faces da desigualdade no Brasil**: um olhar sobre os que ficam para trás. *Saúde em Debate*, v. 42, p. 54-66, 2018.

CARDOSO, B.B. **A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social**. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n.4, p. 1022-1224, 2020.

CARVALHO, Sandro Sacchet de. **Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial**: o que dizem os microdados da PNAD COVID-19. *Carta Conjunt. (Inst. Pesqui. Econ. Apl.)*, p. 1-18, 2020.

CASSELMAN, B., & COHEN, P. **A wideningtollonjobs: thisthingisgoingto come for usall**. *The New York Times*, 2020. Disponível em: <https://>

www.nytimes.com/2020/04/02/business/economy/coronavirus-unemployment-claims.html. Acesso em: 28 jun. 2021.

CASTELLANOS, Marcelo EP et al. **Acessibilidade, experiência de enfermidade e itinerário terapêutico de diabéticos**: percepções de moradores e profissionais de saúde de um distrito sanitário de Salvador, Bahia. In: Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 2016. p. 391-404.

CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto; MORAES, Danielle Ribeiro de. **Micro Morte Vida Severina?** A comunicação preemptiva dos riscos. Cadernos de Saúde Pública, v. 33, 2017.

CASTILHO, D. R. **Crise do capital e desmonte da seguridade social: desafios im(postos) ao Serviço Social**. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, Cortez, n.130, p.447-466, set./dez.2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/sssoc/n130/0101-6628-sssoc-130-0447.pdf>. Acesso em: 02 jun.2020.

CASTRO, J. A. de. Proteção social em tempos de Covid-19. *Saúde em debate*, v. 44, p. 88-99, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2020.v44nspe4/88-99/>. Acessado em: 18 jul. 2021.

CASTRO, J.A de. **Bem-estar social brasileiro no século XXI**: da inclusão ao retorno da exclusão social. Educ. Soc., Campinas, v.40, 2019.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **IntegraSUS**: transparência da saúde do Ceará Fortaleza [Internet]. 2020 [acessado 2020 Jul 10]. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br/>

CENTRO DE ESTUDOS SINDICAIS E DE ECONOMIA DO TRABALHO (CESIT). **Emprego, trabalho e renda para garantir o direito à vida**. Campinas: IE-Unicamp, CESIT: GT – Mundos do Trabalho: Reformas, 2020.

CEPAL. **COVID-19 Observatory in Latin America and the Caribbean**. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/taxonomy/term/8342>>. Acesso em: 08 mar. 2021.

CESR. **Resources Restricting Rights: Fiscal Policy, Inequality And Social Rights in Peru**. New York: CESR, 2019.

CIDACS - Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde. Fiocruz. UFBA. **Painel Rede CoVida 2020 [Internet]**. [Acessado 2020 Jun 20]. Disponível em: <https://painel.covid19br.org/>

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO COMÉRCIO DE BENS, SERVIÇOS E TURISMO. **Efeito Corona vírus: número de brasileiros endividados bate novo recorde em abril**. 13 abr. 2020. Disponível em: <http://cnc.org.br/editorias/economia/noticias/efeito-coronavirus-numero-de-brasileiros-endividados-bate-novo-recorde>. Acesso em 14 de junho de 2021.

CORTIZO, Roberta Mélega; SANTORO, André. **População em situação de rua no Brasil: o que os dados revelam.** Brasília, DF: Ministério da Cidadania, 2019.

COSER, Orlando. **Depressão: clínica, crítica e ética.** Editora Fiocruz, 2003.

COSTA, Juvenal Soares Dias da; VICTORA, Cesar G. **O que é" um problema de saúde pública"?.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 9, p. 144-146, 2006.

CRESWELL, John W.; CRESWELL, J. David. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Penso Editora, 2021.

CZERESNIA, Dina. **COVID-19 é parte da História cultural. Agência Fiocruz de Notícias.** Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/COVID-19-e-parte-da-historia-Cultural>. Acesso em 02 de maio de 2020.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico.** Revista Interdisciplinar Científica Aplicada, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, 2008.

DAVID, G.C. **Política fiscal e direitos humanos: uma análise a partir dos acordos internacionais.** São Paulo: Autonomia Literária, 2018.

DELOUYA, D. **Depressão.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of Qualitative Research.** Thousand Oaks: Sage, 2011.

DOS SANTOS, Benevenuto Silva; FERREIRA, Jullia Aléxia Fusco Teixeira. **A defesa do SUS como exercício de direito fundamental.** DIREITOS HUMANOS E FUNDAMENTAIS EM DEBATE, p. 23, 2020

DUBET, F. **Sociologia da Experiência.** Lisboa, Instituto Piaget, 1994.

DWECK, E. et al. **Impactos macroeconômicos e setoriais da Covid-19 no Brasil.** Rio de Janeiro: IE-UFRJ, TD 007, 2020.

FARO, A. et al. **COVID-19 e saúde mental: A emergência do cuidado.** Contribuições da Psicologia no contexto da pandemia da COVID-19, 2020

FERNANDES, Tania M. **Vacina antivariólica: ciência, técnica e poder dos homens 1808-1920.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Fidelis, G. E, Santos, M. B; Borges, S.L. **Os impactos da pandemia nas classes D e E no GT.** Vulnerabilidade social: pobreza e desigualdade. Disponível: <https://www2.ufjf.br/noticias/wp-content/uploads/sites/2/2020/11/relatorio.pdf> Acesso: 26 de dez. 2022.

FIGUEIREDO JO. **Gastos públicos e privados com saúde no Brasil e países selecionados.** Saúde Debate. 2018;42(2):37-47.

FIOCRUZ. Fundação Oswaldo Cruz. Painel Infogripe: Monitoramento de casos reportados de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) hospitalizados. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2020.

FONTENELLE, I. C. **Ações extensionistas emergenciais de enfrentamento da COVID-19, voltadas para pessoas idosas no âmbito da política de assistência social: percursos analíticos operacionais.** Teresina: UFPI, 2020 (Texto mimeografado).

FORTUNA, L. R. et al. **Inequity and the Disproportionate Impact of COVID-19 on Communities of Color in the United States: The Need for a Trauma-Informed Social Justice Response.** Psychological Trauma Theory Research Practice and Policy, Washington, DC, v. 12, n. 5, p. 443–445, 2020. DOI 10.1037/tra0000889. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/341808625_Inequity_and_the_disproportionate_impact_of_COVID. Acesso em: 28 set. 2021

FREITAS, T LLB et al. **O olhar da enfermagem diante do processo de morte e morrer de pacientes críticos: uma revisão integrativa.** Enfermería Global, Murcia, v. 15, n. 1, p.335-347, jan. 2016.

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV). **A escalada da desigualdade. Qual foi o impacto da crise sobre a distribuição de renda e a pobreza?** Rio de Janeiro: FGV, 2019.

GADELHA C. **O Complexo Econômico-Industrial da Saúde no Brasil hoje.** Série especial FES-Brasil 2020. Disponível em: <https://www.nexojournal.com.br/ensaio/debate/2020/O-Complexo-Econ%C3%B4mico-Industrial-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil-hoje>. Acesso em 16 de junho de 2021.

GALHEIGO, S. M. (2020). **Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teóricos conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias.** Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional. 28(1), 5-25. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>
 GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** Revista de Administração de Empresas, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr., 1995.

GONDIM, GM de M. et al. **O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização.** Território, ambiente e saúde, v. 1, p. 237-256, 2008.

GOUVÊA, M. M. **A culpa da crise não é do vírus.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/wpcontent/uploads/2020/05/1_5028797681548394620.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

GOYA N, ANDRADE LOM. **O sistema único de saúde e o desafio da gestão regionalizada e contratualizada.** Rev. Brasil Promoç Saúde. 2018;31(4):1-10.

GUARANY, A. M. B. O Rei está nu! Ou como um vírus expôs a falácia e a desproteção social no Brasil contemporâneo. In: MOREIRA, E. *et al.* (Org.). **Em tempos de pandemia, propostas para a defesa da vida e dos direitos sociais.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/05/1_5028797681548394620.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

GUARANY, A. M. B. O Rei está nu! Ou como um vírus expôs a falácia e a desproteção social no Brasil contemporâneo. In: MOREIRA, E. *et al.* (Org.). **Em tempos de pandemia, propostas para a defesa da vida e dos direitos sociais**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2020. Disponível em: http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/05/1_5028797681548394620.pdf. Acesso em: 15 jun. 2020.

HANCOCK, B. **Trent Focus for Research and Development in Primary Health Care: An Introduction to Qualitative Research**. Nottingham: Trent Focus, 2002

HEINEN. **Trinta dias de anúncios de medidas econômicas para enfrentar os impactos da Covid-19: breve balanço de um desastre anunciado**. NECAT, TD 037/2020. Disponível em: necat.ufsc.br/textos-para-discussao. Acesso em 06 de junho de 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **PNAD contínua - divulgação mensal: fevereiro-abril**. Rio de Janeiro: IBGE, jun. 2020.

Instituto de Cidades Sustentáveis (ICS). **Pesquisa Nacional Cidades Sustentáveis**. IPEC, 2022.

IOANNIDIS, John PA. **Coronavirus disease 2019: the harms of exaggerated information and non-evidence-based measures**. *European journal of clinical investigation*, v. 50, n. 4, 2020.

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Carta de conjuntura**, nº 48, 3º trimestre de 2020. Mercado de Trabalho. PNAD COVID-19 – Principais destaques. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/portal>. Acesso em: 03 ago. 2020.

JIMÉNEZ, Carla. **A extrema pobreza sobe e o Brasil já soma 13,5 milhões de miseráveis**. El País, 2019. Disponível em. Acesso em: 10 de agosto de 2020.

KELLY, Ann; KECK, Frederic; LYNTERYYS, Christos. **The Anthropology Of Epidemic**. Routledge, 2019.

LASCO G. **Medical populism and the COVID-19 pandemic**. *Global Public Health*. v. 12, n. 10, p. 26-144, 2020.

LIMA AN. **Renúncias fiscais da União**. Estudo Técnico. Brasília: Câmara dos Deputados; 2017.

LUPION, Bruno. **Como o novo coronavírus acentua as desigualdades no Brasil**. DEUTSCHE WELLE, 2020 f. Disponível em: <https://www.dw.com/pt-br/como-o-novo-coronav% C3% ADrus-acentua-as-desigualdades-no-brasil/a-53256164>, 2020.

LUSTIG, N. **Inequality and fiscal redistribution in middle income countries: Brazil, Chile, Colombia, Indonesia, Mexico, Peru and South Africa**. *Workingpaper*. Washington: Center for Global Development, 2015.

LYNTERIS, Christos. **Plague Masks: The Visual Emergence of Anti-Epidemic Personal Protection Equipment.** *Medical Anthropology*. Vol. 37, N° 6, p. 442–457, 2018.

LYNTERIS, Christos. **Why Do People Really Wear Face Masks During an Epidemic?** *The New York Times*. 13 fevereiro, 2020. Disponível em: <https://www.nytimes.com/2020/02/13/opinion/coronavirus-face-mask-effective.html>. Acesso em 27 de abr. 2020.

MAGALHÃES, Aline Souza. 2020. **"Efeitos econômicos negativos da crise do Corona Vírus tendem a afetar mais a renda dos mais pobres,"** Notas Técnicas Cedeplar-UFMG 003, Cedeplar, Universidade Federal de Minas Gerais

MATOS, S. et al. **Cenários para a evolução da atividade econômica brasileira em 2020.** 2020. Disponível em: www.joserobertoafonso.com.br/cenarios-atividade-economica-brasileira-2020-matos-et-al/. Acesso em: 12 junho de 2021.

MILANESI, Rafaela; CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; WACHHOLZ, Neiva Isabel Raffo. **Pandemia de Influenza A (H1N1): mudança nos hábitos de saúde da população,** Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil, 2010. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 27(4):723-732, 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Centro de Operações em Emergências em Saúde Pública.** Boletim Epidemiológico 06. Brasília, 2020

NATALINO, M.A **Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil.** Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2246).

NECAT. **Informações do mercado de trabalho: Força de trabalho - PNADC.** Disponível em: <Disponível em: necat.ufsc.br/informacoes-do-mercado-de-trabalho/forca-de-trabalho-pnadc/ >. Acesso em: 22 de junho de 2021.

NEVES, J. L. **Pesquisa Qualitativa: Características, Usos e Possibilidades.** Caderno de Pesquisas em Administração, v. 1, n. 3, 1996.

NUNES, Everardo Duarte; CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BARROS, Nelson Filice de. **A experiência com a doença: da entrevista à narrativa.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 20, p. 1341-1356, 2010.

OIT. **Organização Internacional do Trabalho.** Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/lang-es/index.htm>>. Acesso em: 07 mar. 2021.

OLAIMAT, A. N. et al. **Food Safety during and after the era of Covid-19 pandemic.** *Frontiers in Microbiology*, v. 11, p. 1854, 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.3389/fmicb.2020.01854>. Acesso em: 08 jun. 2021.

OLIVEIRA JF et. al. Evaluating the burden of COVID-19 on hospital resources in Bahia, Brazil: A modelling-based analysis of 14.8 million individuals. *medRx*, 2020; [preprint].

OLIVEIRA TC. **(In) Segurança alimentar no contexto da pandemia por SARS-CoV-2.** Cad. Saúde Pública. 2020; 36(4): e00055220 Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102. Acesso em 24 de junho de 2021.

OLIVEIRA, F. **Economia e política das finanças públicas no Brasil.** São Paulo: Editora Hucitec, 2009.

PASSOS L. **O Novo Regime Fiscal e suas implicações para a política de assistência social no Brasil,** Brasília: Ipea; 2016.

PEREIRA, Henrique et al. **Propriedades psicométricas das escalas de medo e impacto negativo face à COVID-19.** *Psicol. Saúde Doenças*, 2021.

PIRES, R. R. C. **Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19:** propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Nota técnica, nº 33. Repositório do Conhecimento do IPEA. 2020. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9839>. Acesso em: 15 jul. 2020.

PITOMBEIRA, Delane Felinto; OLIVEIRA, Lúcia Conde de. **Pobreza e desigualdades sociais: tensões entre direitos, austeridade e suas implicações na atenção primária.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 5, n. 25, p. 699-1708, 2020.

Rangel-S, M. L. (2007). **Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea:** uma abordagem interdisciplinar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(5), 1375– 1385. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000500035>

RAONY, Í. et al. **Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19:** Potential Impacts on Mental Health. *Front Immunol*, v. 11, 1170, 27 May 2020. DOI: 10.3389/fimmu.2020.01170. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.01170/full>. Acesso em: 23 set. 2020

RIBEIRO, M. **Uma Metodologia De Estimação Da Carga Tributária Líquida Brasileira Trimestral No Período 1995-2009,** Rio De Janeiro, Agosto de 2010.

RIBEIRO, Marcelo Gomes; SALATA André Ricardo. **Pandemia, Pobreza e Desigualdade de Renda nas regiões metropolitanas brasileiras.** In *Metrópole e pandemia: presente e futuro* [recurso eletrônico] / organização Luiz Cesar de Queiroz Ribeiro et al.. - 1. ed. - Rio de Janeiro: Letra Capital, 2022.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social - Métodos e Técnicas.** 3ª edição. São Paulo, Atlas, 2008. 334 p.

ROMANDINI, Fabián Luena. **A peste e o fim dos tempos.** N-1 Edições, 2020. Disponível em: <https://n-1edicoes.org/034>. Acesso em 28/06/2021.

ROSENBERG, C. E. **What 's an Epidemic? AIDS in Historical Perspective.** *Daedalus*, vol.118, no. 2, 1989, pp. 1–17. JSTOR, www.jstor.org/stable/20025233. Acesso em 2 Maio 2020.

ROSSI P. **Economia para poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil.** São Paulo: Autonomia Literária; 2018.

SANTO EE. **A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social.** Cad Saúde Desenvolv, V. 2, N. 2, p. 6-24, 2013.

SANTOS NR. **SUS, Política pública de estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte e a busca de saídas.** *Cien Saude Colet*, n. 18, v. 1, p. 273-280, 2013.

SANTOS, Antônia Vieira. **O inspira (dor) mundo moderno: notas sobre melancolia na atualidade.** Revista O Olho da História: N. 22, abril, 2016.

SARTI, T. D.; LAZZARINI, 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* [Internet]. 2020.

SEBRAE. **O Impacto da pandemia de Coronavírus nos Pequenos Negócios.** 2020. Disponível em: www.sebrae.com.br. Acesso em 18 de junho de 2021.

SHAFIR, Eldar. **Escassez: uma nova forma de pensar a falta de recursos na vida das pessoas e nas organizações.** 1 ed. Rio de Janeiro: Best Business, 2016.

SILVA, J. J. et al. (2020). Pobreza multidimensional no Brasil: uma análise do período 2004- 2015. *Brazilian Journal of Political Economy*, 40(1), 138-160. <https://doi.org/10.1590/0101-31572020-2924>.

SILVEIRA, Anny Jackeline Torres. **A Influenza Espanhola e a cidade planejada: Belo Horizonte, 1918.** Belo Horizonte, Argumentvm/ FAPEMIG/CAPES, 2007.

SILVEIRA, I. H.; ORTELAN, N.; PESCARINI, J. M.; FERREIRA, A. J. F. SOUZA-FILHO, J. A.; LEITE, L.; AQUINO, R.; AQUINO, E. M. L. **Medidas de distanciamento social e uso de máscaras no contexto da covid-19: impactos e desafios.** 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/10.9771/9786556300757.007>

SOUZA WM et. al. **Epidemiological and clinical characteristics of the early phase of the COVID-19 epidemic in Brazil.** *NatureHumamBehav* 2020; 4:856-865.

SUMNER, A. et al **Precarity and the pandemic COVID-19 and poverty incidence, intensity, and severity in developing countries.** UNU-WIDER, WorkingPaper 77, June 2020. Acesso: <https://doi.org/10.35188/UNU-WIDER/2020/800-9>.

TEDIJANTO C. **Social distancing strategies for curbing the COVID-19 epidemic.** MedRxiv. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.22.20041079v1>. Acesso em 12 de junho de 2021.

TEIXEIRA, M.; MEDINA, M. G.; COSTA, M. C. N.; NETTO, M. B.; CARNEIRO, R.; AQUINO, R. **Reorganização da atenção primária à saúde para vigilância universal e contenção da COVID-19.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 29 (4): e2020494, 2020.

TERRENCE, A.C.F. ESCRIVÃO FILHO, E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais.** In. ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 26., 2006, Fortaleza. Anais... Fortaleza, 2006. p. 1-9.

TRINDADE E. Os circuitos dos ricos e famosos que disseminaram Corona vírus no Brasil. Folha de São Paulo; 2020.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO SUL DA BAHIA (UFSB). **39º Boletim do Comitê Emergencial da Universidade Federal do Sul da Bahia,** 2021. Disponível em: <https://www.ufsba.ufba.br/ultimas-noticias/328-covid-19/3007-cenario-regional-da-pandemia-de-covid-19-e-analisado-no-39-boletim-do-comite-emergencial>. Acesso em: 12 jun. 2022.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração.** São Paulo: Atlas, 2005.

VIEIRA FS, Benevides RPS. **O direito à saúde no Brasil em tempos de crise econômica, ajuste fiscal e reforma implícita do Estado.** Revista de Estudos e Pesquisas sobre as Américas, v. 10, n. 3, p. 1-28, 2016.

VILLELA D. **Assessing the potential impact of COVID-19 in Brazil: mobility, morbidity and the burden on the health care system.** medRxiv 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.19.20039131v2>. Acesso em 02 de junho de 2021.

WAUTIER, Anne Marie. **Para uma sociologia da experiência.** Uma leitura contemporânea: François Dubet. Sociologias, p. 174-214, 2003.

World Health Organization (WHO). **WHO Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening** [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019. Acesso em: 07 jul. 2021.

ZWIELEWSKI, G. et al. **Protocolos para tratamento psicológico em pandemias: as demandas em saúde mental produzidas pela COVID-19.** Revista Debates em Psiquiatria, n. 2, abr/jun, p. 30-37, 2020

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DA ETAPA I quantitativa. Referentes as questões de 1 a 14, constantes na Parte I do roteiro que aborda as características sócio demográficas dos participantes. E adição da questão 27 referente a Parte II, deste mesmo questionário

I - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS QUESTÕES DE 1 A 10 E A 14

1. Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

2. Sexo:

Feminino Masculino

3. Cor/Raça Autorreferida:

A. Branca B. Preta C. Parda D. Indígena E. Amarela

4. Estado Civil:

A. Solteiro(a) B. Casado(a) C. Divorciado(a) D. Viúvo(a) E. Vive Junto

5. Nível Educacional:

A. Sem Escolaridade B. Fundamental incompleto C. Fundamental D. Médio incompleto E. Médio F. Superior incompleto G. Superior H. Pós-graduação

6. Quantas pessoas moram com você?

A. 0 B. 1 a 3 C. 4 a 7 D. 8 a 10 E. Mais de 10

7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para dormir inclui quartos e sala)?

A. 1 B. 2 C. 3 D. 4 ou 5 E. 6 a 8 F. Mais de 8

8. Quantos banheiros existem na sua casa?

A. Nenhum B. 1 C. 2 ou mais

9.1. Infraestrutura do domicílio (acesso a água):

A. Água encanada B. Poço artesiano C. Reservatório D. Outros _____

9.2. Infraestrutura do domicílio (esgotamento):

A. Rede de esgoto B. Fossa C. Vala (rio, igarapé, riacho)

10. Rendimento mensal do lar (em salários mínimos contando todos os moradores):

A. Até 1 SM - R\$1.045,00 B. Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00

C. Até 3 – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00 D. Até 4 – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00

E. + que 4 SM – R\$4.180,00 ou mais

14. O/a Sr(a) tem plano de saúde?

A. Sim Não

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

ANEXO 2

Questionário da ETAPA II da pesquisa. Deste roteiro semiestruturado, selecionou-se quatro questões, para análise, sendo:

- A) sobre as ações de enfrentamento das pessoas e famílias:
- 1) Como o Sr(a) e sua família lidaram ou estão lidando para o enfrentamento da pandemia?
- B) Sobre as informações recebidas:
- 3) Que orientação foi difícil de fazer? E por quê?
- C) Sobre os governos:
- 8) Na sua opinião, o que os governantes (presidente, governador, prefeito) e gestores (ministro da saúde e secretários de saúde) deveriam fazer para enfrentar a pandemia do CORONAVÍRUS?
- D) Sobre as mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias:
- 9) O que mudou na sua vida com o CORONAVÍRUS?

Quadro de categorias analíticas

Categoria analítica	Citação	Referências
Necessidade	[...] um desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem (AGNES HELLER, 1986, p. 170).	HELLER, A. Teoría de las necesidades em Marx. Barcelona: Península, 1986.
Desigualdade	Desigualdades, em saúde, podem ser interpretadas como resultado de diferentes formas de tratamento a indivíduos que pertencem a categorias essenciais ou grupos sociais. Já equidade em saúde pode ser interpretada como o resultado de políticas que tratam indivíduos que não são iguais de forma diferente. Nesse sentido, “equidade” e “iniquidade” correspondem a conceitos relacionados com a prática da justiça e à intencionalidade das políticas	VIEIRA DA SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Caderno de Saúde Pública, v. 25,

	sociais e dos sistemas sociais (VIEIRA DA SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009, p. 42).	Supl. 2, p. 217-226, Rio de Janeiro, 2009
Iniquidade	A “iniquidade” seria uma categoria analítica que marca a essência do problema da distribuição de bens na sociedade, enquanto a desigualdade corresponderia a evidências empiricamente observáveis. Quando a “iniquidade” surge historicamente, a diversidade assume um papel negativo, tornando-se veículo de exploração e subordinação. O termo “iniquidade”, por sua vez, seria sinônimo de injustiça. As diferenças constituiriam a expressão, nos indivíduos, ou da diversidade, em sociedades solidárias, ou da iniquidade, em sociedades em que haja concentração de poder (Breilh J, 1997, p. 219).	VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; ALMEIDA FILHO, Naomar de. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. Cadernos de Saúde Pública, v. 25, p. s217-s226, 2009.
Seguridade Social	[...] ao consagrar o modelo de seguridade social, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (título VIII, capítulo II, seção I, art. 194). [...] a seguridade social brasileira incorporou a descentralização e a participação social como princípios orientadores das reformas de duas das três políticas que a compõem – a saúde e a assistência social. Como consequência, assiste-se, em décadas recentes, à construção de uma nova institucionalidade na área social, expressa na democratização e ampliação do acesso a políticas, programas e serviços sociais, na adoção de novos mecanismos de gestão e financiamento das políticas públicas e na consolidação de estruturas de participação e controle social (p. 248)	FLEURY, Sonia. A seguridade social e os dilemas da inclusão social. Revista de Administração Pública-RAP, v. 39, n. 3, p. 449-467, 2005. LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; FLEURY, Sonia. Seguridade social, cidadania e saúde. In: Seguridade social, cidadania e saúde. 2009. p. 201-201.
Estado	O Estado é certamente concebido como organismo próprio de um grupo destinado a criar as condições favoráveis à expansão máxima desse grupo, mas este desenvolvimento e esta expansão são concebidos e apresentados como a força motriz de uma expansão universal, de um desenvolvimento de todas as energias “nacionais”, isto é, o grupo dominante é coordenado concretamente com os interesses gerais dos grupos	ALMEIDA, J. A relação entre mídia e sociedade civil em Gramsci. Revista ComPolítica, v.1, n.1, março – abril, 2011.

	subordinados e a vida estatal é concebida como uma contínua formação e superação de equilíbrios instáveis (no âmbito dele) entre os interesses do grupo fundamental e os interesses dos grupos subordinados, equilíbrios em que os interesses do grupo dominante prevalecem, mas até um determinado ponto, ou seja, não até o estreito interesse econômico-corporativo (GRAMSCI, 2000 <i>apud</i> ALMEIDA, 2011, p.122)	
Acesso	refere-se às características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam seu uso por potenciais usuários. A acessibilidade corresponde a características dos serviços que assumem significado quando analisadas à luz do impacto que exercem na capacidade da população de usá-los (DONABEDIAN, 1998, p.32).	DONABEDIAN, A. Los espacios de La salud. Aspectos fundamentales de La organización de La atención médica. Ed. Biblioteca de La Salud. 1ª edição espanhola, México, 1998.
Vulnerabilidade Socioeconômica	A concepção de vulnerabilidade denota a multideterminação de sua gênese não estritamente condicionada à ausência ou precariedade no acesso à renda, mas atrelada também às fragilidades de vínculos afetivo-relacionais e desigualdade de acesso a bens e serviços públicos (PNAS, 2009) [...] Tal perspectiva traz uma compreensão mais alargada das ações da política de saúde sobre os múltiplos fatores que incidem no cotidiano de vida dos sujeitos em seus territórios, contribuindo para a promoção ou deterioração dos seus estados de saúde (p. 02)	CARMO, M. E e GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2018, v. 34, n. 3

ANEXO 3

PRIMEIRA QUESTÃO

✓	<p>ADESÃO ÀS MEDIDAS SANITÁRIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sim – 14 ✓ Não <p>MOTIVAÇÃO DA AFETAÇÃO DA SAÚDE MENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Isolamento social – 7 ✓ Vulnerabilidade socioeconômica – 3 ✓ Iniquidade -1 ✓ Notícias ruins/mídia – 1 <p>TIPO DE EMOÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angústia – 4 ✓ Ansiedade – 2 ✓ Depressão – 1 ✓ Desespero – 1 ✓ Esperança/religiosidade/vacina – 3 ✓ Insegurança – 4 ✓ Medo – 4 ✓ Segurança/protocolo – 3 <p>PERCEPÇÃO DA PANDEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Normal – 1 ✓ Anormal – 13 	<p>ADESÃO ÀS MEDIDAS SANITÁRIAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ SIM – 14 ✓ NÃO <p>PERCEPÇÃO DA PANDEMIA</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Normal – ✓ Anormal – 14 <p>MOTIVAÇÃO DA AFETAÇÃO DA SAÚDE MENTAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniquidade - ✓ Isolamento social – 2 ✓ Morte de pessoas conhecidas – 3 ✓ Notícias ruins/mídia – 1 ✓ Vulnerabilidade socioeconômica – <p>TIPO DE EMOÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Angústia – 3 ✓ Ansiedade – 3 ✓ Depressão – ✓ Desespero – ✓ Esperança/religiosidade/vacina – ✓ Estresse – 3 ✓ Insegurança – 2 ✓ Medo – 2 ✓ Tristeza – 3 ✓ Luto – 2
---	---	--

ASPECTOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS DO ESTUDO

- a) Inicialmente, para analisar os desafios financeiros vividos pelas famílias na prevenção e cuidados básicos da covid-19 no âmbito da atenção primária à saúde, nas cidades de Porto Seguro, Coaraci e Itabuna, foram consultados os livros e artigos, emergindo as categorias analíticas, a seguir. Discutir o perfil socioeconômico dos participantes da pesquisa;
- b) Analisar se e o quanto a pandemia afetou o emprego e a renda dos usuários residentes no território das Unidades Básicas de Saúde;
- c) Analisar se os participantes da pesquisa foram contemplados com algum auxílio do governo;
- d) Apresentar os sentidos e significados atribuídos no momento pandêmico pelas famílias usuárias do SUS e assistidas pela ESF.