

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA I / CCBS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UFMA / FIOCRUZ

THAMYRIS MENDES GOMES MACHADO

Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas adotadas pelos trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde no município de São Luís.

São Luís - MA

2022

THAMYRIS MENDES GOMES MACHADO

Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas adotadas pelos trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde no município de São Luís.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – ProfSaúde, vinculado a Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a Dr^a Cristiane Fiquene Conti
Coorientadora: Prof^a Dr^a Dra. Nair Portela Silva Coutinho

São Luís - MA

2022

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Diretoria Integrada de Bibliotecas/UFMA

MENDES GOMES MACHADO, THAMYRIS.

Estudo de prevenção e controle da covid-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas adotadas pelos trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde no município de São Luís / THAMYRIS MENDES GOMES MACHADO. - 2022.

88 p.

Coorientador(a): NAIR PORTELA SILVA COUTINHO.

Orientador(a): CRISTIANE FIQUENE CONTI.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2022.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Covid-19. 3. Prevenção e Controle. 4. Trabalhadores da Saúde. I. FIQUENE CONTI, CRISTIANE. II. PORTELA SILVA COUTINHO, NAIR. III. Título.

THAMYRIS MENDES GOMES MACHADO

Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas adotadas pelos trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde no município de São Luís.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão /FIOCRUZ, para obtenção de grau em Mestre em Saúde da Família.
Linha de pesquisa: Informação e Saúde

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Cristiane Fiquene Conti (Orientadora)

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira (Membro Interno)

Prof^a Dr^a Maria do Rosário da Silva Ramos Costa (Membro Interno)

Dr^a. Francelena de Sousa Silva (Membro Externo)

Prof^a Dr^a Ivone Lima Santana (Suplente)

Dedicatória

Dedico este trabalho à minha Mãe, Miramar, e ao meu pai, Neto Machado (In Memoriam) que sempre me apoiaram e incentivaram a estudar e fizeram de tudo para que eu alcançasse meus objetivos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Universidade Federal do Maranhão e ao PROFSAÚDE por todos os ensinamentos compartilhados de forma admirável, e por me guiar durante todo o processo de construção de aprendizagem.

A minha orientadora Cristiane e ao professor Márcio que pacientemente me auxiliaram na construção deste trabalho.

A todos os professores do Mestrado, pelo compartilhamento de conhecimentos.

Agradeço à Força Estadual de Saúde do Maranhão por ser fonte de inspiração e amor pela Atenção Primária à Saúde no Estado do Maranhão.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS/ADSCRIPTIO

Agradeço a Deus pela conquista, pela força e por sempre mostrar luz em meu caminho.

Agradeço à minha família, principalmente minhas irmãs Thamyra, Thanyse, Maria Antônia, ao meu irmão Junior, à minha tia Helena Machado, à minha mãe Mriramar e meu pai Neto Machado (*in memórian*) que estavam sempre ao meu lado em cada momento, em cada dificuldade e em cada conquista.

Agradeço aos meus colegas do mestrado, aos amigos FESMA e em especial à Pablo por sempre me apoiar, incentivar e ser inspiração para mim.

*Toda experiência de aprendizagem se inicia com
uma experiência afetiva.*

(Rubem Alves)

ALVES, 2002, p.68.

RESUMO

INTRODUÇÃO: No contexto da pandemia por COVID-19, os trabalhadores da saúde vivenciaram o processo de medo do desconhecido especialmente devido à disseminação e informações falsas sobre as medidas de prevenção e controle da doença, gerando impactos negativos na vida diária. Dessa forma, fez-se necessário compreender os significados de prevenção e informações sobre a COVID-19 na dinâmica das vidas destes profissionais. **OBJETIVO:** Analisar como os trabalhadores da saúde da APS percebem e traduzem em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19. **METODOLOGIA:** Estudo com abordagem transversal, quanti-qualitativa. Realizado em três territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde do município de São Luís, Maranhão. A amostra foi composta por 70 trabalhadores da saúde, a coleta de dados se deu em duas etapas, na primeira aplicou-se um questionário semiestruturado e na segunda etapa foi realizada entrevista dialogada com 20% da amostra. A análise de dados da primeira etapa se deu através da construção de percentuais, gráficos e tabelas, para a segunda etapa fez-se uso da análise de conteúdo por meio do *software* Iramuteq. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A análise das estratégias de comunicação e informação sobre a COVID-19 evidenciou que a maioria dos participantes receberam informações quanto a lavagem das mãos (95,7%), uso de máscara (90%) uso de álcool em gel (86%), isolamento social total (62,8%) e isolamento social parcial (58,5%). A fonte mais confiável das informações foram às oriundas dos profissionais de saúde do território (70%), 41,5% referiram estar bem confiante nas medidas preventivas. Quando questionados sobre as medidas adotadas prevaleceu o uso de álcool em gel (97,1%) seguido do uso de máscara (92,9%) e higienização das mãos (91,4%). Na análise qualitativa da pesquisa, o Iramuteq emergiu com 4 categorias: mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias; credibilidade nas informações; atuação da APS durante a pandemia e estratégias da família e comunidade. Na análise da similitude observou-se que a árvore de palavras apresentou três núcleos centrais dos quais surgiram as ramificações com as seguintes palavras em destaque: “achar, trabalhar, dever, contribuir, precisar, acompanhar, investir sozinho, conversar, sumir, acreditar, *fake news*, atrapalhar e *whatsApp*”. A análise da nuvem de palavras foi de encontro com os achados na análise de similitude. **CONCLUSÃO:** A pesquisa evidenciou que os trabalhadores da saúde atribuíram grau de credibilidade às informações recebidas sobre as medidas de prevenção e controle da doença e que refletiu diretamente na prática do cotidiano, conclui-se assim, que o universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessado pelos trabalhadores da saúde da APS se expressa na adoção de estratégias preventivas e em menor risco de contaminação **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A pandemia trouxe mudanças para as vidas cotidianas destes profissionais, recomenda-se o estudo e implementação de estratégias de cuidados biopsicossociais a serem ofertados a esta parcela da população que tanto se dedicou no enfrentamento à pandemia.

Palavras-chave: COVID-19; Prevenção e Controle; Trabalhadores da Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In the context of the COVID-19 pandemic, health workers experienced the process of fear of the unknown, especially due to the spread and false information about disease prevention and control measures, generating negative impacts on daily life. Thus, it was necessary to understand the meanings of prevention and information about COVID-19 in the dynamics of these professionals' lives. **OBJECTIVE:** To analyze how PHC health workers perceive and translate COVID-19 prevention and control measures into everyday practices at the individual, family and collective levels. **METHODOLOGY:** Study with a cross-sectional, quanti-qualitative approach. Held in three territories covered by Primary Health Care in the city of São Luís, Maranhão. The sample consisted of 70 health workers, data collection took place in two stages, in the first a semi-structured questionnaire was applied and in the second stage a dialogue interview was carried out with 20% of the sample. The data analysis of the first stage took place through the construction of percentages, graphs and tables, for the second stage, content analysis was used through the Iramuteq software. **RESULTS AND DISCUSSION:** The analysis of communication strategies and information about COVID-19 showed that most participants received information about hand washing (95.7%), mask use (90%) and use of alcohol gel (86%), total social isolation (62.8%) and partial social isolation (58.5%). The most reliable source of information came from health professionals in the territory (70%), 41.5% reported being very confident in preventive measures. When asked about the measures adopted, the use of gel alcohol (97.1%) prevailed, followed by the use of a mask (92.9%) and hand hygiene (91.4%). In the qualitative analysis of the research, Iramuteq emerged with 4 categories: changes in the lives of individuals and families; credibility in the information; PHC performance during the pandemic and family and community strategies. In the analysis of similarity, it was observed that the word tree presented three central cores from which the ramifications emerged with the following highlighted words: “find, work, must, contribute, need, accompany, invest alone, talk, disappear, believe, fake news, disrupt and whatsapp”. The word cloud analysis was in agreement with the findings in the similarity analysis. **CONCLUSION:** The research showed that the health workers attributed a degree of credibility to the information received about the prevention and control measures of the disease and that it directly reflected in the daily practice, it is concluded that the informational universe related to the prevention and control measures control of COVID-19 accessed by PHC health workers is expressed in the adoption of preventive strategies and a lower risk of contamination **FINAL CONSIDERATIONS:** The pandemic has brought changes to the daily lives of these professionals, it is recommended to study and implement care strategies biopsychosocial benefits to be offered to this part of the population that has dedicated so much to fighting the pandemic.

Keywords: COVID-19; Prevention and Control; Health Workers; Primary Health Care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização da amostra do estudo	27
TABELA 2	Infraestrutura dos domicílios	28
TABELA 3	Relação da amostra com o mercado de trabalho	29
TABELA 4	Recebimento de benefício social antes e durante a pandemia	32
TABELA 5	Fonte das informações a respeito do Coronavírus	34
TABELA 6	Fonte confiável das informações a respeito do Coronavírus	36
TABELA 7	Grau de confiança nas medidas de prevenção e proteção	37
TABELA 8	Grau de importância atribuído às medidas preventivas	39
TABELA 9	Tipo de ação/atividade desenvolvida pela UBS	40
TABELA 10	Medidas adotadas para prevenção	41

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Dendograma	45
FIGURA 2	Gráfico da análise de similitude	55
FIGURA 3	Nuvem de palavras	58
GRÁFICO 1	Pessoas que precisaram sair durante a pandemia	32
GRÁFICO 2	Recebimento de informações	34
GRÁFICO 3	Percepção sobre a gravidade da doença	38
GRÁFICO 4	Medidas preventivas	41
GRÁFICO 5	Comorbidades entre os trabalhadores da saúde	42
GRÁFICO 6	Participantes contaminados	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária em Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COE	Centro de Operações de Emergências
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavírus 2019
DCV	Doenças Cardiovasculares
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESPIN	Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	Maranhão
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PROFSaúde	Mestrado Profissional em Saúde na Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RNAM	Ácido ribonucleico mensageiro
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SG	Síndrome Gripal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMA	Universidade Federal do Maranhão
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVOS	15
3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA PANDEMIA NO BRASIL E NO MUNDO	15
4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A DOENÇA CAUSADA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19	16
4.2.1 Conceito, reservatório, transmissibilidade e período de incubação	16
4.2.2 Manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento	17
4.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE.....	18
4.4 ATUAÇÃO DA APS NO CONTEXTO DA PANDEMIA	20
4.4.1 A Saúde do trabalhador da saúde em tempos de COVID-19	21
4.5 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA	22
5 METODOLOGIA	23
5.1 TIPO DE ESTUDO	23
5.2 LOCAL DE ESTUDO.....	23
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO	23
5.4 COLETAS DE DADOS	24
5.4.1 Primeira Etapa	24
5.4.2 Segunda Etapa	24
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	25
5.6 ASPECTOS ÉTICOS	26
6 RESULTADO E DISCUSSÃO	26
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	26
6.2 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS	33
6.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO NOVO CORONAVÍRUS.....	37
6.4 ANÁLISE QUALITATIVA DA PESQUISA	44
6.4.1 Classificação Hierárquica Descendente (CHD) - Categorias	45
6.4.1.1 Mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias	46
6.4.1.2 Comunicação e informação sobre o coronavírus.....	47
6.4.1.3 Atuação da APS no enfrentamento da pandemia	50
6.4.1.4 Estratégias de prevenção e controle da COVID-19 na família e comunidade ...	52
6.4.2 Análise de Similitude	55
6.4.3 Nuvem de Palavras	57
7 CONCLUSÃO	58
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	60
ANEXOS	70

1 INTRODUÇÃO

A pandemia pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) apresenta-se como um dos maiores desafios já enfrentados pela sociedade moderna. O Brasil, atualmente, chegou a 30 milhões de casos confirmados e mais de 600 mil mortos, evidenciando uma letalidade de 2,1% (BRASIL, 2022). No estado do Maranhão, até junho de 2022, o vírus já contaminou mais de 400 mil pessoas, sendo 5337 trabalhadores da saúde, causando mais de 10 mil óbitos, com perda de 89 trabalhadores da saúde. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2022).

Com a transmissão comunitária do novo coronavírus, a Atenção Primária à Saúde (APS) adquiriu papel fundamental no enfrentamento da pandemia, pois assumiu a responsabilidade pelos casos leves da doença, desenvolvendo ações para o monitoramento dos casos em isolamento domiciliar e rastreamento de contactantes objetivando a quebra da cadeia de transmissão, além do grande potencial de identificação precoce de casos graves que deveriam ser manejados em serviços especializados. (BRASIL, 2020).

Para a concretização dessa nova forma de atuar com enfoque no enfrentamento da pandemia, foi necessária uma reorganização do processo de trabalho da APS, que gerou reflexos físicos e psicológicos nos trabalhadores da saúde. Muitos profissionais, sejam eles da APS ou da atenção hospitalar e/ou especializada, apresentaram problemas de saúde como intenso sofrimento psíquico, que se expressou em transtorno de ansiedade generalizada, distúrbios do sono, além do medo de adoecer e de contaminar colegas e familiares. (TEXEIRA *et.al.*, 2021).

Com a alta capacidade de disseminação da doença, existe uma importante preocupação com os trabalhadores da saúde, que enfrentam um elevado risco de exposição ao novo coronavírus, sendo necessário lançar mão de estratégias que garantam uma atuação segura e que englobem tanto a adoção de medidas preventivas, quanto o cuidado com a saúde mental destes trabalhadores, pois vivenciam o dilema de lidar com o risco de contrair a doença e com a alta disseminação de informações falsas sobre as medidas preventivas do vírus. (BAKER; PECKHAM; SEIXAS, 2020).

As medidas preventivas de transmissão do vírus podem ser classificadas como as medidas farmacológicas e não farmacológicas, dentre elas destacam-se as de cunho individual, relacionadas tanto ao cumprimento das orientações médico-científicas, quanto às medidas assistenciais prestadas que vão desde o diagnóstico, acompanhamento clínico, controle das complicações, até a reabilitação. E as de cunho coletivo, que se referem às ações

de vigilância em saúde que visam a análise, o acompanhamento da pandemia, a orientação da sociedade quanto às medidas preventivas, ao rastreamento, identificação, isolamento, e vacinação da população. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2021).

Todas essas medidas necessárias para o enfrentamento da COVID-19, tanto de cunho individual como coletivo, impactam fortemente a organização da sociedade, sendo um desafio não só aos seus sistemas de saúde e de proteção social, mas também aos seus valores; o modo de vida das pessoas; a forma como organiza a sua economia; a forma como essas sociedades se relacionam e a forma como distribuem poderes e decisões políticas. (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2021).

Com este estudo esperou-se conhecer e compreender melhor as práticas do enfrentamento da pandemia pelos trabalhadores da saúde da APS do município de São Luís, Maranhão, apoiando equipes, gestores e políticas públicas na formulação das orientações médico-científicas de prevenção e controle da COVID-19.

2 JUSTIFICATIVA

O enfrentamento da pandemia por COVID-19, além da garantia do cuidado individual requer uma abordagem comunitária de vigilância em saúde. Os serviços de APS do Sistema Único de Saúde (SUS) especialmente as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), por seus atributos de responsabilidade territorial, orientação comunitária e sua forte capilaridade em todo o território nacional são os mais adequados para esta abordagem. Faz-se necessária a articulação do individual com o coletivo fomentando a articulação entre atenção e orientações individuais e coletivas. (BOUSQUAT *et al.*, 2020).

A pandemia por COVID-19 trouxe não apenas o aumento do risco de morte por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), mas também uma pressão psicológica, tanto para a população em geral, quanto para os profissionais de saúde que atuam prestando cuidados à população. (TEXEIRA *et al.*, 2021).

Os desafios atuais e as alterações temporárias nos padrões de saúde e segurança no trabalho exigem a adoção de medidas preventivas essenciais tanto para a contenção da disseminação do vírus em ambientes ocupacionais quanto para a manutenção da saúde mental do trabalhador. Visto que o medo de ser infectado, a proximidade com o sofrimento e com a morte dos pacientes, bem como a angústia dos familiares afetam os trabalhadores da saúde e podem impactar negativamente no desenvolvimento das atividades no território. (ALGRANTI *et al.*, 2020).

O universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessado pelos trabalhadores da saúde se expressa em menor risco de contaminação e conseqüentemente em adoção de estratégias preventivas que serão disseminadas no território de atuação destes profissionais, portanto entende-se que compreender os significados de prevenção e informações sobre a COVID-19 na dinâmica das vidas dos trabalhadores da saúde da APS reflete na maneira como estas informações são repassadas e adotadas pela população.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar como os trabalhadores da saúde da APS percebem e traduzem em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as orientações médico-científicas quanto às medidas de prevenção e controle da COVID-19.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dimensionar o universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelos trabalhadores da saúde;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos trabalhadores da saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) para a prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientam;
- Conhecer o grau de credibilidade que os trabalhadores da saúde das Unidades Básicas de Saúde (UBS) atribuem às informações de prevenção e controle da COVID-19.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O surgimento do vírus SARS-CoV-2 em Wuhan, China, levou a uma epidemia local que se espalhou rapidamente em escala global, com mais de 500 milhões de casos da COVID-19 confirmados no mundo e 6 milhões de mortes até 10 de junho de 2022. (BRASIL, 2022).

4.1 CONTEXTO HISTÓRICO DA PANDEMIA NO BRASIL E NO MUNDO

Em dezembro de 2019 uma nova doença causada por coronavírus (COVID-19) foi identificada na China, mais precisamente na província de Hubei, tendo sua causa atribuída a um novo tipo de coronavírus que até o momento ainda não tinha sido descrito na literatura científica, o SARS-CoV-2 (XU *et al.*, 2020). Pesquisas evidenciaram que seus canais de

transmissão são diversificados, e sua velocidade e capacidade de infecção são mais fortes do que o SARS-CoV e MERS-CoV (CHU *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020). Estes fatores, associados à alta taxa de mortalidade das pessoas acometidas, resultaram na declaração de pandemia da COVID-19 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) no dia 11 de março de 2020.

No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, por meio da Portaria MS nº 188, o Ministério da Saúde declarou Emergência de Saúde Pública de Interesse Nacional (ESPIN). Tal Portaria também criou o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE-COVID-19) como instância de gestão em âmbito nacional, sob a responsabilidade da Secretaria de Vigilância em Saúde. A partir daí, foi construído um sistema de vigilância para registro de casos e óbitos de COVID-19, tendo também organizado a rede de laboratórios de referência. (SOUZA *et al.*, 2020).

4.2 CARACTERÍSTICAS GERAIS SOBRE A DOENÇA CAUSADA PELO CORONAVÍRUS 2019 – COVID-19

4.2.1 Conceito, reservatório, transmissibilidade e período de incubação

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies diferentes de animais, incluindo o homem, camelos, gado, gatos e morcegos que raramente têm o potencial de contaminar e se propagar entre seres humanos como o SARS-CoV-2, um betacoronavírus pertencente ao subgênero *sarbecovirus* da família *coronaviridae*, conhecido como o sétimo coronavírus a infectar seres humanos. (BRASIL, 2022).

Até o momento não foi identificado o reservatório do SARS-CoV-2. A sua transmissão, assim como a maioria dos vírus respiratórios, pode acontecer através de três mecanismos: por contato, gotículas ou por aerossóis. (ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD, 2020).

A transmissão por contato se dá por meio do contato direto com uma pessoa infectada ou por objetos e superfícies contaminadas. A transmissão por gotículas respiratórias expelidas, contendo vírus, ao tossir ou espirrar, principalmente quando ela se encontra a menos de 1 metro de distância de outra pessoa. Quando essas gotículas respiratórias são menores podem permanecer suspensas no ar, por distâncias maiores que 1 metro e por períodos mais longos, caracterizando a transmissão por aerossóis. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

As evidências científicas demonstram que o período de incubação, ou seja, o período entre o contato com vírus até o desenvolvimento de sintomas varia de 1 a 14 dias, com média

de 5 a 6 dias, já o período de transmissibilidade, ou seja, o período em que a pessoa é capaz de transmitir a doença, varia de 48h antes do início dos sintomas até o décimo dia de sintoma, caracterizando uma transmissão pré-sintomática e dificultando o estabelecimento de medidas preventivas em prol da quebra da cadeia de transmissão. (BRASIL, 2022).

4.2.2 Manifestações clínicas, diagnóstico e tratamento

A infecção pelo SARS-CoV-2 pode ser assintomática ou causar uma gama de manifestações clínicas que variam desde leves, como infecção do trato respiratório superior a sepse, com elevado risco de morte. (ALVES; GADELHA; ANDRADE, 2021).

Os sintomas mais comuns são a febre, tosse seca e falta de ar, sendo que análises radiológicas e laboratoriais, como linfopenia e elevação da lactato desidrogenase, são comuns, mas inespecíficas (WIERSINGA *et al.*, 2020). Além disso outros sintomas inespecíficos também foram relatados, como congestão nasal, rinorreia, dor de garganta, falta de ar, mialgia, falta de apetite e sintomas gastrointestinais como diarreia e vômitos, caracterizando um leque de sintomas que dificultam o diagnóstico sem uso do suporte laboratorial. (GUO *et al.*, 2020; CHEN *et al.*, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (2022) os casos de COVID-19 podem ser classificados em assintomáticos, leves, moderados, graves e críticos. Os piores desfechos clínicos estão associados à existência de comorbidades com capacidade de aumentar a morbimortalidade em pacientes com a doença, idosos também estão mais propensos à internação em unidades de terapias intensivas e ventilação mecânica com maior agravamento do quadro e evolução para o óbito, quando comparados com a população jovem. (GUZIK *et al.*, 2020).

O diagnóstico pode ser clínico e clínico epidemiológico, feito por investigação, anamnese e exame físico adequado do paciente com um quadro de síndrome gripal associado ou não a sintomas olfativos e gustativos. Pode ser laboratorial, por meio de biologia molecular, sorologia e testes rápidos, além do diagnóstico por imagem através da tomografia computadorizada com alterações compatíveis com caso de COVID-19 e por critério clínico-imagem. (CARUANA *et al.*, 2020).

De acordo com o Ministério da Saúde (2022), o atendimento adequado dos casos suspeitos ou confirmados da COVID-19 depende do reconhecimento precoce de sinais e sintomas da doença e monitoramento contínuo dos pacientes, nesse contexto, a organização da rede de atenção e dos fluxos deve estar bem estabelecida tanto para pessoas com Síndrome Gripal (SG), causada ou não pela COVID-19, quanto para as que necessitem de

acompanhamento por outras condições e agravos de saúde, como outras doenças transmissíveis, doenças crônicas e situações de vulnerabilidade e sofrimento psíquico, garantindo a continuidade do cuidado pelos serviços de saúde.

4.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE

Em consonância com as diretrizes internacionais, as medidas de prevenção preconizadas pelo Ministério da Saúde do Brasil para minimizar a transmissibilidade da COVID-19 em locais com transmissão comunitária incluem o distanciamento físico, higienização das mãos, etiqueta respiratória, uso de máscaras e vacinas contra a COVID-19. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2020).

As medidas de saúde pública que visam a diminuir ou interromper a cadeia de transmissão da doença pelo distanciamento físico entre indivíduos que possam estar infectados e os saudáveis, além de proteger aqueles indivíduos em risco de desenvolver a forma grave da doença, incluem o isolamento, a quarentena e o distanciamento social. (SILVA *et al.*, 2020).

O isolamento é a separação das pessoas doentes daquelas não infectadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença. A quarentena, é a restrição do movimento de pessoas que se presume terem sido expostas a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, ou porque não foram infectadas, ou porque ainda estão no período de incubação ou mesmo porque, na COVID-19, permanecerão assintomáticas e não serão identificadas. Já o distanciamento social envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir pessoas infectadas, ainda não identificadas e, portanto, não isoladas, como por exemplo, o cancelamento de eventos em massa, fechamento temporário de escolas e locais de trabalho, bloqueio de fronteiras e a recomendação para a população ficar em casa. (ZOU *et al.*, 2020).

A higienização das mãos foi declarada como medida eficaz para reduzir a contaminação, pode ser realizada com água e sabão, álcool a 70% ou álcool em gel, apesar de simples e de baixo custo para prevenir a propagação das infecções, a sua adesão por parte da população envolve fatores de comportamento humano, como falsas percepções de um risco invisível, subestimação da responsabilidade individual, falta de conhecimento, ou até mesmo esquecimento, além das dificuldades citadas existem barreiras socioeconômicas como a falta de pias e de insumos como água e sabão, bem como em comunidades sem suprimento de água e esgoto de forma regular. (FERREIRA; PASSOS; FERRAZ, 2020).

As recomendações sobre a etiqueta respiratória incluem um conjunto de medidas que devem ser adotadas para evitar a disseminação de pequenas gotículas respiratórias, dentre elas pode-se mencionar cobrir nariz e boca ao tossir, evitar tocar olhos, nariz e boca com as mãos não lavadas e manter uma distância mínima de cerca de um metro de qualquer pessoa tossindo ou espirrando. (MEIRA *et al.*, 2020).

O uso de máscara deve ser adotado de forma integrada com outras medidas para prevenção, controle e mitigação da transmissão da doença e possui recomendações diferenciadas entre a população em geral e os trabalhadores da saúde. (GARCIA, 2020).

Para os trabalhadores da saúde que atuam em áreas clínicas indicam-se apenas o uso de máscaras cirúrgicas, no entanto os que atuam realizando assistência a pacientes com COVID-19 e que desenvolvem procedimentos capazes de produzir aerossóis, recomenda-se o uso de proteção respiratória com máscara N95, PFF2 ou PFF3, ou equivalente, bem como demais equipamentos de proteção individual (EPI). (BRASIL, 2022).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2022), para a população geral, o uso de máscaras, incluindo as de tecidos, é fortemente recomendado para toda a população em ambientes coletivos, em especial no transporte público e em eventos e reuniões, como forma de proteção individual, reduzindo o risco potencial de exposição ao vírus, especialmente de indivíduos assintomáticos.

Uma pesquisa realizada com o objetivo de apresentar as evidências sobre o uso de máscaras por profissionais da saúde e pela a população em geral apontou benefícios protetivos do uso de máscaras em reduzir significativamente a transmissibilidade viral, apesar da menor eficácia da máscara de tecido em relação às demais máscaras estudadas, àquela pode ser a única opção de barreira física para uso em massa pela população e deve ser associada a ações de distanciamento físico e social, etiqueta respiratória e higiene das mãos, visando reduzir os casos e óbitos por COVID-19. (GARCIA, 2020).

Entende-se a vacinação da população como pilar fundamental no enfrentamento da pandemia. Atualmente, existem mais 200 projetos de desenvolvimento registrados na OMS, além das plataformas usualmente conhecidas, como as vacinas de vírus inativados, atenuados, subunitárias proteicas, recombinantes e vetores virais, novas tecnologias de ácidos nucleicos (DNA e RNAm) estão sendo utilizadas. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a).

No início da campanha de vacinação foi necessária a definição e priorização dos grupos a serem vacinados, elencados com base no risco de adoecer, ter complicações e óbito:

portadores de doenças crônicas, como câncer, diabetes, doenças cardiovasculares, doença renal, doença respiratória, enfermidades hematológicas, obesidade e pessoas acima de 60 anos, além dos profissionais da saúde que, por estarem na linha de frente têm risco maior de contaminação pelo vírus. Com o decorrer do tempo, foram sendo incluídos outros critérios de inclusão até a faixa etária atual, os maiores de cinco anos de idade. (DOMINGUES, 2021).

Cumprir destacar, que promover uma distribuição global da vacina, de forma rápida, segura, sem discriminação geopolítica, étnica, de classe ou de gênero, é uma tarefa importante para a transição por outra sociabilidade baseada no cuidado à vida. (FILHO CORRÊA; RIBEIRO, 2021).

4.4 ATUAÇÃO DA APS NO CONTEXTO DA PANDEMIA

A APS é considerada o principal modelo de organização da atenção à saúde e a via de acesso preferencial da população, com capacidade de responder de forma contínua, sistematizada e equânime, à maior demanda de saúde no âmbito individual e coletivo, tornando-se essencial para o enfrentamento da pandemia (CABRAL *et al.*, 2020). Portanto, é fundamental para a abordagem comunitária e de vigilância em saúde, em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), com suas equipes multiprofissionais e enfoque comunitário e territorial, que pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado. (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

O enfrentamento à pandemia exige decisões céleres tanto na gestão quanto na operacionalização da assistência e acompanhamento da população acometida, fortalecendo a atuação no território, que considere: a população a ser acompanhada; a adequada proteção dos profissionais de saúde, com condição segura à realização do seu trabalho; as mudanças organizacionais compatíveis com a realidade local; formação e educação permanente dos profissionais de saúde; mapeamento de potencialidades e dificuldades de cada território; a retaguarda necessária a uma ação coordenada da APS com outras instituições e serviços de saúde no território de abrangência das equipes ou fora dele; e parcerias com as organizações comunitárias, potencializando habilidades e estimulando a solidariedade. (MEDINA *et al.*, 2020).

Há orientação sobre a necessidade de integração entre a Vigilância em Saúde e APS como condição essencial para o alcance de resultados na adoção das medidas preventivas que atendam às necessidades de saúde da população, na ótica da integralidade da atenção à saúde,

visando estabelecer processos de trabalho onde sejam considerados os determinantes, os riscos e danos à saúde, na perspectiva da intra e intersectorialidade. (BRASIL, 2017).

No contexto da pandemia, a APS pode atuar com cuidados curativos imprescindíveis, como também atuar em prevenção e educação da população frente à doença por isso é necessário pensar no seu papel em emergências de saúde pública, afinal é onde a atenção primária tem uma atuação mais presente e há ganhos significativos na condição de saúde da população especialmente em epidemias. (SOARES; FONSECA, 2020).

4.4.1 A Saúde do trabalhador da saúde em tempos de COVID-19

No Brasil, aproximadamente 3,5 milhões de profissionais e trabalhadores da saúde estão direta ou indiretamente envolvidos com a prestação de serviços à população, seja nas unidades de atenção primária, nos serviços especializados e nos hospitais, tanto da rede pública quanto da rede privada. (TEXEIRA *et al.*, 2021).

Os trabalhadores da saúde envolvidos no enfrentamento da pandemia estão expostos cotidianamente ao risco de adoecer pelo coronavírus, sendo que a heterogeneidade que caracteriza este contingente da força de trabalho determina formas diferentes de exposição, tanto ao risco de contaminação quanto aos fatores associados às condições de trabalho das diversas categorias profissionais. (TEXEIRA *et al.*, 2021).

Apesar do elevado risco de infecção nos serviços de saúde, relato de um hospital de Singapura apontou que, durante o tratamento de paciente com COVID-19, 85% dos profissionais de saúde foram expostos, mas nenhum se contaminou, pois todos usavam adequadamente os equipamentos de proteção individual. (NG *et al.*, 2020).

A proteção da saúde destes profissionais é fundamental para se evitar a transmissão do novo coronavírus nos estabelecimentos de saúde e nos domicílios dos mesmos, sendo necessário adotar protocolos de controle de infecções (padrão, contato, via aérea) e disponibilizar EPI's (BOLETIM COVIDA, 2020). Além disso, deve-se proteger a saúde mental dos profissionais e trabalhadores da saúde, por conta do estresse a que estão submetidos nesse contexto. Não é incomum o descuido da proteção individual em ambientes de estresse aumentando o risco de contaminação. (HUANG *et al.*, 2020).

O principal problema de saúde que afeta estes profissionais é o risco de contaminação pela doença, em função das mudanças aceleradas nas condições de vida e trabalho, gerando fatores como o aumento do cansaço físico devido a jornadas de trabalho prolongadas, estresse psicológico e/ou negligência com relação às medidas de proteção e cuidado à saúde, ademais,

não afetam da mesma maneira as diversas categorias, sendo necessário atentar-se para as especificidades de cada categoria. (TEXEIRA *et al.*, 2021).

Atrelado ao estresse e sobrecarga de trabalho, o risco de contaminação é maior a partir da adoção de medidas preventivas e de controle incoerentes com as orientações médico-científicas disponíveis. Informações falsas disseminadas nas redes digitais e sociais são especialmente preocupantes para a saúde pública, visto que podem prejudicar a eficácia de programas, campanhas e iniciativas que visam à saúde e ao bem-estar dos cidadãos. (PULIDO *et al.*, 2020).

4.5 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA

As *fakes news* disseminadas pelos meios digitais relacionadas à COVID-19 têm o potencial de influenciar o comportamento da população, prejudicando sua adesão aos cuidados comprovados pela ciência. Em um cenário pandêmico, os efeitos são ainda mais devastadores, uma vez que pesquisas apontam que 110 milhões de cidadãos brasileiros (mais de 50% da população do país) acreditam em notícias falsas sobre a COVID-19. (AVAAZ, 2021).

Estudo realizado por Barcelos *et al.* (2021) caracterizou as *fakes news* sobre COVID-19 que circularam no Brasil de janeiro a junho de 2020 e identificou que as notícias falsas divulgadas eram, principalmente, relacionadas a conteúdos de posicionamento político e desinformação sobre número de casos e óbitos e medidas de prevenção e de tratamento. Os principais veículos de divulgação das *fake news* foram o *WhatsApp* e o *Facebook*, com utilização de mensagens, imagens e vídeos, tendo maior alcance nas regiões Sudeste e Nordeste do país. O combate às informações inverídicas sobre as medidas preventivas e de controle da pandemia deve ser realizado cotidianamente e existem órgãos públicos voltados para este enfrentamento.

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

Nesse sentido, Brisola e Bezerra (2018) enfatizam que a principal motivação para que as *fakes news* consigam se propagar e afetar a população com informações falsas de forma

tão rápida é o fato de os usuários de hoje serem atropelados pela quantidade e pela velocidade das informações que recebem a todo momento. É tudo tão rápido que as pessoas acabam não tendo tempo de checar a credibilidade e a origem de todas as informações que recebem.

Corroborando com esse pensamento, Sousa Júnior, Petroll e Rocha (2019) apontam que a falta de alfabetização digital da sociedade é o que motiva o crescente número de compartilhamento dessas notícias e trazem para a discussão a questão da responsabilidade do uso e do compartilhamento de informações no ambiente *on-line*. Assim, faz-se necessário que sejam realizadas mais pesquisas abordando a temática das *fake news* para que se compreenda, cada vez mais e melhor, esse fenômeno e, como consequência, criar estratégias mais eficazes que impeçam a proliferação desse tipo de informação em escala exponencial.

Para além das informações falsas, destaca-se também, um grande aumento no volume de informações associadas à COVID-19, que podem se multiplicar exponencialmente em pouco tempo. Este fenômeno é chamado de infodemia, e ocorre quando o excesso de informações, muitas vezes conflitantes, torna difícil encontrar aquelas que são verdadeiramente úteis para orientar as pessoas, e pode dificultar a tomada de decisão por gestores e profissionais da saúde, especialmente quando não há tempo hábil para avaliar as evidências disponíveis. (GRACIA; DUARTE, 2020).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

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

5.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no município de São Luís, nas Unidades Básicas de Saúde Amar, São Cristóvão e Turu. Localizadas nos distritos sanitários 5 e 6, respectivamente Bequimão e Tirical, conforme sinalizado no mapa territorial dos distritos sanitários (ANEXO 1).

5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

O universo da pesquisa compreendeu os trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde de três UBS do município de São Luís, a amostra foi de conveniência. A pesquisa possui duas etapas, para a primeira etapa foram selecionados 70 trabalhadores da saúde tendo

como critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos e terem atuado nos últimos 90 dias. Para a segunda etapa foi definida uma amostra de conveniência de 20% dos participantes da primeira etapa ou até a saturação da amostra, totalizando 14 trabalhadores da saúde.

5.4 COLETA DE DADOS

5.4.1 Primeira Etapa

No primeiro momento, a pesquisadora apresentou à direção da Unidade de Saúde a Carta de Anuência do município (ANEXO 2), sendo assim estabelecido a melhor forma e momento de se iniciar a coleta de dados, que ocorreu no período de agosto à dezembro de 2021, e constituiu na aplicação de um questionário com perguntas estruturadas (ANEXO 3), autoaplicável, disponibilizado de forma impressa, com três núcleos de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID-19.

Posteriormente, procedeu-se a seleção dos participantes da pesquisa. Buscou-se sempre incluir pessoas com característica distintas, como diferentes categorias profissionais, variados níveis de escolaridade, entre outras características para manter a diversificação da amostra por conveniência. Ao convidar os participantes (APÊNDICE A), explicou-se os objetivos do estudo e o que se esperava, bem como a forma de coleta das informações.

5.4.2 Segunda Etapa

A segunda etapa tratou-se de uma pesquisa qualitativa individual convencional descritiva, que teve como método a aplicação de entrevistas individuais, para compreender o porquê de determinados comportamentos, entendendo percepções e práticas dos sujeitos sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

Para segunda etapa foram definidos 20% dos participantes, totalizando 14 pessoas, de forma aleatória, para a realização da entrevista dialogada, realizada segundo roteiro de entrevista (ANEXO 4) que continham questões sobre: mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias; informações recebidas; estratégias de enfrentamento; ações dos serviços de saúde e dos governos. Cumpre destacar que foram seguidos as orientações e os protocolos dos Planos de Contenção ao novo coronavírus do município.

As entrevistas dialogadas aconteceram no período de dezembro de 2021 a março de 2022, de forma individual e reservada. Para o registro das entrevistas foi utilizado o aplicativo Gravador de Voz Fácil do *Play Store*. Posteriormente, foram realizadas as transcrições das entrevistas gravadas na íntegra, de forma literal, feitas pela própria entrevistadora considerando a fidelidade e qualidade dos dados produzidos, sempre mantendo as informações de identidades em sigilo.

5.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise da primeira etapa da pesquisa foi realizada por meio dos dados obtidos no questionário impresso, através da construção de percentuais, gráficos e tabelas, que descrevem a situação por meio de dados agregados e locais, constituindo a parte quantitativa da pesquisa.

Na segunda etapa, análise qualitativa da pesquisa, os áudios transcritos foram analisados em seu conteúdo e categorizados segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação. (BARDIN, 2011; MINAYO, 2012).

Para a análise qualitativa dos conteúdos das entrevistas utilizou-se o Iramuteq, um programa informático que se ancora no *software* R e permite diferentes formas de análises estatísticas sobre *corpus* textuais e sobre tabelas (CAMARGO; JUSTO, 2013). O motivo da escolha do Iramuteq se deu devido ao fato de ele oferecer um amplo número de ferramentas para a análise de dados qualitativos com base na estatística textual, ou lexicometria.

Dentre o universo de procedimentos lexicométricos disponíveis pelo *software*, nesta pesquisa foram utilizados os seguintes processamentos: Estatísticas Textuais, Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análise de Similitude e Nuvem de Palavras. A estatística textual identifica e reformata as unidades de texto, identifica a quantidade e frequência de palavras, pesquisa o vocabulário, reduz as palavras com base em suas raízes (formas reduzidas), cria o dicionário de formas reduzidas, além de identificar formas ativas e suplementares.

A Classificação Hierárquica Descendente (CHD) visa obter classes de segmentos de texto que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si, e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. A partir dessas análises, o *software* organiza os dados em um dendograma da CHD que ilustra a relação entre as classes. (CAMARGO, 2005).

A análise de Similitude baseia-se na teoria dos grafos (MARCHAND; RATINAUD, 2012). Possibilita identificar as coocorrências entre as palavras e seu resultado traz

indicações da conexão entre as palavras. Por fim, a Nuvem de Palavras agrupa as palavras e as organiza graficamente em função da sua frequência. A figura gerada não acompanha indicadores descritivos, mas pode facilitar uma rápida identificação dos termos que são preponderantes no conjunto de textos analisados (CAMARGO; JUSTO, 2013). Para a obtenção destes resultados, as entrevistas foram organizadas em um *corpus* textual onde cada entrevista representou um segmento de texto analisado, tendo como variável apenas uma numeração atribuída a cada entrevista para identificá-la e separá-la das demais. Os resultados foram exportados em imagens e analisados.

5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa teve autorização pela Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), de acordo com o item IX.10 da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 1212/2012 no âmbito dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) sob o seguinte número de parecer substanciado: 4.562.047 (ANEXO 5). Também passou por apreciação da Superintendência de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de São Luís com assinatura da Carta de Anuência. Para participar da pesquisa cada sujeito assinou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) documento que assegura confidencialidade e sigilo dos dados do participante, bem como toda a assistência necessária, caso incidam efeitos adversos sobre ele (APÊNDICE B).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise quantitativa da pesquisa é constituída pela caracterização sociodemográfica dos participantes, caracterização e análise das estratégias de comunicação e informação sobre o coronavírus; e das medidas de prevenção e controle do coronavírus adotadas.

6.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Com base na análise dos dados, percebe-se que a faixa etária mais prevalente foi a 31 a 40 anos com 44,4% (n=31), seguida da faixa etária de 41 a 50 anos (22,6%; n=16). Quanto ao sexo, observa-se que 71,4% (n=50) são do sexo feminino, corroborando com o estudo de Souza *et al.* (2020) realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre onde 85,8% dos trabalhadores pertencem ao sexo feminino. A tabela abaixo descreve as características sociodemográficas dos participantes do estudo (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização da amostra do estudo quanto a idade, sexo, raça, estado civil e renda.

CARACTERÍSTICAS	n	%	CARACTERÍSTICAS	n	%
Idade			Sexo		
20 a 30 anos	10	14,4	Feminino	50	71,4
31 a 40 anos	31	44,4	Masculino	20	28,6
41 a 50 anos	16	22,6	Escolaridade		
51 a 60 anos	6	8,6	Pós-Graduação	33	47,1
Acima de 60 anos	7	10	Superior Completo	20	28,6
Raça/Cor			Superior Incompleto	2	2,9
Branco	17	24,3	Médio Completo	14	20
Indígena	4	5,7	Médio Incompleto	1	1,4
Parda	36	51,4	Renda		
Preta	13	18,6	Até 1 SM	4	5,7
Estado Civil			Até 2 SM	8	11,4
Solteiro	26	37,1	Até 3 SM	17	24,3
Casado	26	37,1	Até 4 SM	4	5,7
Vive Junto	8	11,5	Mais de 4 SM	37	52,9
Divorciado	9	12,9			
Viúvo	1	1,4			

Fonte: Autoria própria.

Em relação à raça/cor a predominância foi da cor parda com 51,4% (n=36), indo de encontro com os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) onde 46,8% dos brasileiros se autodeclaram pardos.

Quanto ao estado civil observa-se que 37,1% (n=26) são casados, reservando a mesma porcentagem para o estado civil solteiro. Em relação à escolaridade nota-se que 47,1% (n=33) possuem pós-graduação, 28,6% (20) possuem ensino superior completo e 20% (n=14) ensino médio completo. Quanto a renda 52,9% (n=37) dos participantes possuem mais de quatro salários-mínimos como renda mensal.

Estes dados vão de encontro com um estudo realizado em Minas Gerais, onde os profissionais de saúde da APS, médicos e enfermeiros, são predominantemente jovens, do sexo feminino e pós-graduados (SANTOS, *et al.*, 2019). Assim como a pesquisa desenvolvida por Krug *et al.* (2021), onde se identificou que 35,5% dos profissionais possuíam pós-graduação e 15,9% possuíam ensino superior completo, nesta mesma pesquisa os autores identificaram que 21,1% possuíam renda entre 1 a 3 salários mínimos e 42,1% entre 5 a 10 salários mínimos. Fatores como renda e escolaridade apareceram como preditores negativos, ou seja, quanto menor a renda e a escolaridade, maiores são as probabilidades de contaminação pelo vírus, e, quanto maior a renda e a escolaridade do profissional, menor risco ele tem de ser contaminado. (CORREIA *et al.*, 2021).

A tabela abaixo caracteriza a infraestrutura do domicílio quanto a quantidade de moradores, de cômodos para dormir, de banheiro, acesso à água e à rede de esgoto (Tabela 2).

Tabela 2 - Infraestrutura dos domicílios.

CARACTERÍSTICAS	n	%	CARACTERÍSTICAS	n	%
Moradores			Banheiros		
0	6	8,6	1	21	30
1 a 3	40	57,1	2 ou mais	49	70
4 a 7	21	30	Acesso a Água		
8 a 10	3	4,3	Encanada	57	81,4
Cômodos para dormir			Poço Artesiano	12	17,2
1	5	7,1	Outro	1	1,4
2	20	28,6	Esgotamento		
3	22	31,4	Rede de Esgoto	59	84,3
4 a 5	13	18,6	Fossa	11	15,7
6 a 8	7	10			
Mais de 8	3	4,3			

Fonte: Autoria própria.

Com base nos dados acima pode-se identificar que 57,1% (n=40) dos participantes da pesquisa residem com 1 a 3 moradores no mesmo domicílio, indo de encontro dos dados demonstrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), de que os domicílios brasileiros são compostos por 1 a 3 pessoas.

O maior risco de transmissão de doenças respiratórias está relacionado a características do domicílio, um número elevado de moradores por domicílio representa um fator facilitador da transmissão, considerando-se a exposição à carga viral entre indivíduos suscetíveis e infectados no intradomicílio. (SANTOS *et al.*, 2020).

Pode-se, ainda, identificar que 31,4% (n=22) dos domicílios possuem 3 cômodos para dormir, 70% dos domicílios (n=49) possuem 2 ou mais banheiros, 81,4% (n=57) têm acesso a água encanada e 84,3% (n=59) possuem rede de esgoto. Tais características facilitam a execução de medidas preventivas para a contaminação do SARS COV-2 como a manutenção do distanciamento social no domicílio e a higienização das mãos. (SMITH; JUDD, 2020).

Estrela *et al.* (2020) ao refletir sobre os impactos da pandemia e as vulnerabilidades sociais e sanitárias menciona que é possível identificar que os fatores que contribuem para a rápida disseminação do SARS-COV-2 estão atrelados não apenas às características de patogenicidade do vírus, mas também aos determinantes sociais, sobretudo aqueles relacionados às condições sociais desfavoráveis como a baixas rendas, ao acesso à rede de esgoto e acesso à água.

Nesse contexto, a pandemia atinge com maior intensidade a população que reside em áreas precárias, sem acesso a água potável, moradia digna, sistemas privados de saúde e ao baixo rendimento associados ao trabalho informal sem acesso ao sistema de proteção social vinculado à carteira de trabalho assinada como férias, salário-mínimo, 13º salário, Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), licença-maternidade, licença médica e seguro-desemprego. (COSTA, 2020).

A relação dos participantes da pesquisa com o mercado de trabalho, antes e após o início da pandemia pode ser descrita na tabela a seguir (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação da amostra com o mercado de trabalho antes e durante a pandemia.

CARACTERÍSTICAS	N	%
Ocupação antes da pandemia		
Empregado(a) do setor público (inclusive empresas de economia mista)	52	74,4
Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho	9	12,6
Empregado(a) sem carteira de trabalho	3	4,4
Bolsista	6	8,6
Influência da pandemia sobre a ocupação		
Continuei trabalhando	56	80
Afastado do trabalho, por ser do grupo de risco	1	1,4
Trabalhando, mas em casa (home office)	7	10
Comecei a trabalhar na pandemia	1	1,4
Licença Maternidade	1	1,4
Perdi o emprego	1	1,4
Estudante	3	4,4
Campo de atuação durante a Pandemia		
Assistência à saúde (atendimento direto à população)	21	30
Saúde	46	67
Não trabalhei em atividade essencial	3	3

Fonte: Autoria própria.

As ocupações podem ser classificadas em informais e formais, dentre estas últimas destacam-se os empregados com carteira assinada e os funcionários públicos estatutários. Quando questionados sobre a relação com o mercado de trabalho antes do início da pandemia a classificação ocupacional que mais prevaleceu foi a classificação formal de trabalho com 74,4% (n=52) sendo empregados do setor público, inclusive de economia mista e 12,6% (n=9) empregados do setor privado com carteira de trabalho. Porém, 4,4% (n=3) e 8,6% (n=6) ainda trabalhavam sem carteira assinada ou eram bolsistas/estudantes/voluntários, respectivamente. Estes trabalhadores cumprem extensas jornadas de trabalho e dificilmente conseguem acessar linhas de financiamentos para o exercício legal da atividade (COSTA, 2020). Em 2009, a informalidade no Brasil ultrapassava os 50% e em 2017, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estava em torno de 40,8%.

Vale ressaltar que uma das principais repercussões da pandemia no mundo do trabalho diz respeito à questão do desemprego, pois as medidas de contenção da propagação do vírus incluem o fechamento de diversos serviços, dentre os entrevistados percebe-se que 1,4 (n=1) perdeu o emprego durante a pandemia, indo de encontro com os dados de uma pesquisa de recorte nacional que mostram que já estava havendo um aumento significativo no desemprego, 19% das pessoas entrevistadas afirmaram que já estavam desempregados antes da pandemia. Num primeiro momento já com a pandemia no país, 22% declararam estar sem trabalhar e, mais recentemente, o número cresceu para 26%, ou seja, um quarto dos respondentes. (OPINION BOX, 2020).

Quando questionados sobre a influência da pandemia na situação ocupacional percebe-se que a maioria dos participantes da pesquisa continuaram trabalhando (80%; n=56), por se tratar de trabalhadores da saúde, considerado um serviço essencial. Apenas 1,4% (n=1) encontravam-se afastados por serem do grupo de risco. Segunda a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, em setembro de 2020 dos 82,9 milhões de brasileiros ocupados, 5,4 milhões estavam afastados do trabalho, dos quais 3,0 milhões estavam afastados devido ao distanciamento social. Estes indicadores vêm apresentando quedas sucessivas desde o início da pandemia, à medida em que as restrições de isolamento vão sendo abrandadas, assim como a operacionalização da campanha nacional de vacinação. (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS COVID, 2020).

Destaca-se ainda que 10% (n=7) dos entrevistados foram afastados do trabalho, mas continuaram trabalhando em sistema de *home office*. Na pandemia da COVID-19, o *home office* deixou de ser opção e passou a ser a única saída para muitas empresas e trabalhadores (LOPEZ-LEON, FORERO; RUIZ-DÍAZ, 2020). Os desafios do trabalho remoto podem impactar notadamente na vida do trabalhador podendo serem agravados por consequências específicas da pandemia como as vivências do luto, do isolamento social, das incertezas sobre o futuro e da redução de redes de apoio/suporte. (PIETRABISSA; SIMPSON, 2020).

Um estudo que objetivava explorar os efeitos das características positivas e negativas de trabalhar em casa/*home office* evidenciou o quanto as condições de trabalho influenciam na saúde mental do trabalhador, sejam estas condições positivas, que atuam como fatores protetivos, ou negativas, que facilitam o surgimento de sintomas da *burnout*, no contexto da pandemia ocorreu uma sobreposição entre vida privada e trabalho, levando a uma maior dificuldade de estabelecer limites, alterando o equilíbrio trabalho-vida pessoal (SANTANA; ROAZZI, 2021). Principalmente em períodos mais restritos do isolamento social onde toda

a família precisa se privar da socialização e a casa passa a ser o único espaço para a realização de todas as atividades. Desse modo, as demandas da vida profissional e da vida pessoal tiveram que se concentrar em um único lugar. (BHUMIKA, 2020).

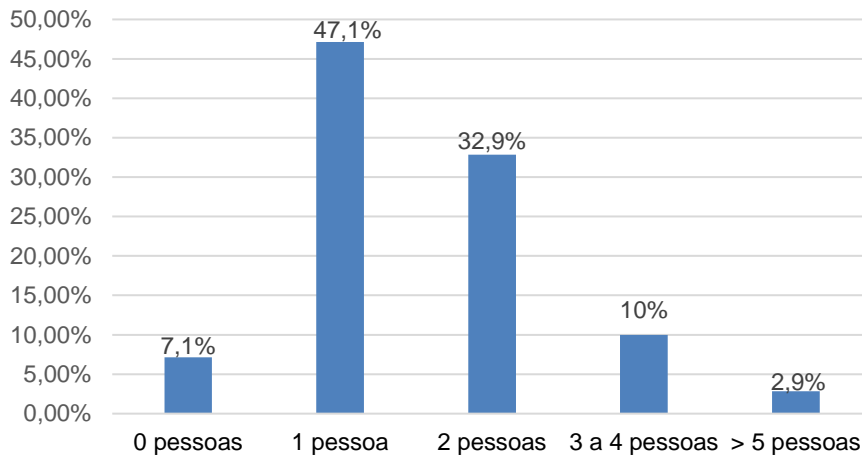
Fora do contexto do trabalho remoto há o trabalho em serviço essencial no qual o trabalhador precisa sair de sua casa para desenvolver suas atividades laborais, são atividades consideradas indispensáveis ao atendimento das necessidades da comunidade, e que, se não atendidos, colocam em perigo a sobrevivência da população (BRASIL, 2020). Dentre os entrevistados, 65,7% (n=46) trabalham no campo da saúde, 30% (n=21) trabalham na assistência à saúde prestando cuidados diretos a pacientes e 4,3% (n=3) informaram não estarem trabalhando em atividade essencial durante a pandemia.

Para a satisfação das necessidades básicas da coletividade, as atividades que continuaram a ser exercidas por força de sua essencialidade estão elencadas no decreto nº 10.282, de 20 de março de 2020 que ampliou os serviços considerados essenciais com o objetivo de impedir que uma eventual paralisação dos serviços prejudicasse a aquisição de bens e de insumos destinados ao enfrentamento da COVID-19. (BRASIL, 2020).

No entanto, a discussão sobre essencialidade e o direito ao trabalho digno emergiu no período pandêmico, pois, para além da agenda de priorização da economia em detrimento dos direitos trabalhistas e sociais, a ampliação significativa do rol de atividades essenciais implica ainda, em inúmeras restrições a todos aqueles que atuam em atividades essenciais, por exemplo: restrições incidentes ao direito de greve, à jornada de trabalho, ao repouso, à desconexão e a saúde e segurança no trabalho. (CRUZ; DUTRA, 2021).

O fato de ter que sair de casa para o exercício de suas atividades laborais gerou medo e insegurança por parte da população. Quando questionados sobre quantas pessoas precisam sair de casa para trabalhar percebe-se que 47,1% (n=33) informou que apenas uma pessoa precisa sair do domicílio, seguido de 32,9% (n=23) com duas pessoas, 10% (n=7) com três a quatro pessoas, 7,1% (n=5) informaram que ninguém precisa sair de casa para trabalhar e apenas 2,9% (n=2) informou que mais de 5 pessoas precisam sair de casa, conforme demonstrado no gráfico abaixo (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Pessoas do domicílio que precisam sair diariamente para desenvolver atividades laborais durante a pandemia.



Fonte: Autoria própria.

Isso pode estar relacionado ao fato de a maioria dos participantes da pesquisa serem trabalhadores da saúde, desenvolverem atividades essenciais e exercerem atividade formal. Cumpre destacar que o trabalho assume papel relevante na efetividade do distanciamento, seja pela viabilidade de manutenção deste e das condições de vida permitidas pelo vínculo de trabalho, seja pela impossibilidade de adoção das medidas de proteção devido à precarização do trabalho, aos tipos de serviços a serem prestados e aos desafios para a sobrevivência do trabalhador. (SANTOS *et al.*, 2020).

Os impactos da pandemia extrapolam o setor saúde e afetam inclusive a renda familiar, principalmente no Brasil, um país em que a desigualdade de renda já é persistente, com isso fez-se necessário o fortalecimento dos programas de transferência de renda do governo federal (SILVA; LUNELLI, 2021). Os participantes da pesquisa foram questionados sobre o recebimento de benefício antes e durante a pandemia, a tabela abaixo expõe os resultados (Tabela 4).

Tabela 4 – Recebimento de benefício social antes e durante a pandemia.

BENEFÍCIO SOCIAL	n	%
<i>Antes da Pandemia</i>		
Não	63	90
Sim, Bolsa Família	7	10
<i>Durante a Pandemia</i>		
Não	61	87,1
Sim	9	12,9

Fonte: Autoria própria.

Dentre os participantes da pesquisa, 90% (n=63) não recebia nenhum tipo de auxílio para fortalecimento da renda antes da pandemia e apenas 10% receberam benefício social como o Bolsa Família, provavelmente por se tratar de trabalhadores da saúde, em sua maioria assegurados pelos direitos sociais do trabalho formal. Porém, durante a pandemia observou-se um aumento de 2,9% quanto ao recebimento de benefício, onde 12,9% (n=9) dos entrevistados passaram a receber algum tipo de auxílio para complementação da renda, dentre ele o auxílio emergencial do governo federal e auxílio de igreja.

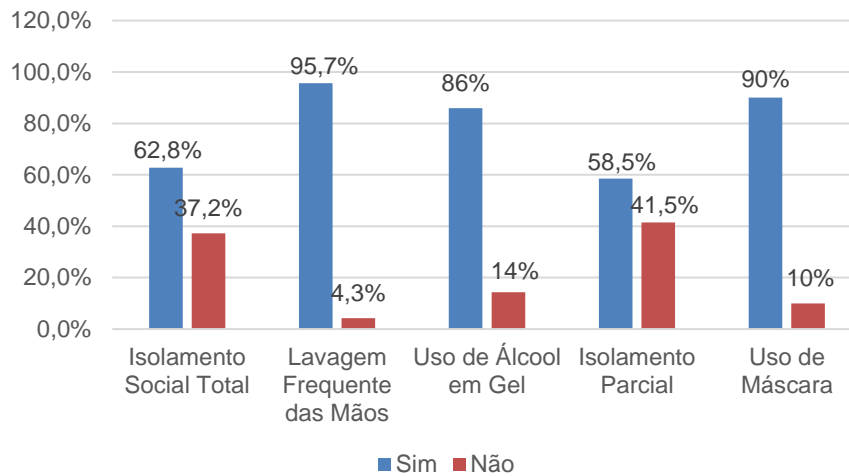
Ao se analisar os cenários dos sistemas de saúde acessados pelos participantes da pesquisa percebe-se que 55,7% (n=39) não possuem plano de saúde restando uma parcela de 44,3% que possuem acesso à saúde suplementar corroborando com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2019) onde apenas 28,5% da população possuía plano de saúde e destes, 67,6% é composta por pessoas com nível superior completo e que quanto maior o grau de instrução maior será o acesso a planos de saúde.

6.2 COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE O NOVO CORONAVÍRUS

As tecnologias de informação e comunicação têm-se disseminado globalmente e estão cada vez mais presentes em quase todos os aspectos da vida humana, incluindo a saúde. No contexto da pandemia, em meio à ampla disseminação de informações falsas, a questão da qualidade da informação tem assumido grande importância, onde tem-se enfrentado inúmeros desafios que impactam na adoção de uma série de medidas preventivas. (MERCEDES NETO *et al.*, 2022).

Mediante o exposto, os participantes da pesquisa foram questionados se haviam recebido ou não informações quanto às medidas preventivas como o isolamento social total e/ou parcial, lavagem das mãos, uso de álcool em gel e uso de máscara ao sair de casa. Cabe destacar que cada medida foi analisada isoladamente, pois os participantes poderiam escolher mais de uma medida como resposta, conforme demonstrado no gráfico abaixo (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Recebimento ou não de informações sobre as medidas preventivas do Coronavírus.



Fonte: Autoria própria.

As medidas preventivas que mais se destacaram foram a lavagem das mãos com 95,7% (n=67), seguida do uso de máscara com 90% (n=63), uso de álcool em gel com 86% (n=60), isolamento social total com 62,8% (n=44) e isolamento social parcial com 58,5% (n=41) indo de encontro ao estudo realizado no Rio de Janeiro, com 857 participantes, onde se identificou que 96,5% dos participantes compreendiam a importância do isolamento social parcial e/ou total, 92,3% faziam uso de álcool em gel, 78,76% usavam máscara ao sair de casa e 96,5% realizavam a lavagem frequente das mãos (ROCHA *et al.*, 2021).

São várias as informações acerca das medidas preventivas para o controle e quebra da cadeia de transmissão do novo Coronavírus. A preocupação acerca do modo como as pessoas, acessam e processam informações durante a pandemia deve estar acompanhada de um olhar mais amplo em relação aos processos econômicos, sociais e culturais que transpassam o tema (FISCHER *et al.*, 2022). Com isso, realizou-se o levantamento das fontes das informações sobre as medidas preventivas, analisadas de forma isolada (Tabela 5).

Tabela 5 – Fonte das informações a respeito do coronavírus.

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	n	%	N	%
Profissionais do Território	36	51,4	34	48,6
WhatsApp	42	60%	28	40
Facebook	12	17,2	58	82,8
Instagram	31	44,3	39	55,7

Fonte: Autoria própria.

(continua)

Tabela 5 – Fonte das informações a respeito do coronavírus.

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	n	%	N	%
Televisão	57	81,4	13	18,6
Jornais na TV e/ou na internet	54	77,1	16	22,9
Rádio	24	34,3	46	65,7
Religião	4	5,7	66	94,3
Amigos/vizinhos/parentes da Comunidade	13	18,8	57	81,2
Governantes (prefeito, governador, presidente)	48	68,6	22	31,4
Outras Fontes	4	5,7	-	-

Fonte: Autoria própria.

(conclusão)

Conforme tabela acima, percebe-se que dentre as fontes das informações obtidas pelos participantes deste estudo prevaleceu a televisão com 81,4% (n=57), jornais na TV e/ou internet 77,1% (n=54), governantes com 68,6% (n=48), *WhatsApp* com 60% (n=42) e trabalhadores da saúde do território com 51,4 (n=36).

É evidente que a mídia tem um papel importante na conscientização da população sobre a pandemia de COVID-19 e a forma como as informações são divulgadas podem trazer conscientização e sensibilização aos indivíduos. Ela pode e deve integrar-se no planejamento e gerenciamento de crises da saúde, colaborando com o esclarecimento à população e o envolvimento direto em determinadas ações. Através dela é informado, diariamente, a quantidade de pessoas que foram infectadas e as que morreram em decorrência da doença, o impacto da realidade sobre as vítimas do coronavírus pode despertar o público para os reais riscos e conseqüentemente fortalecer a adoção das medidas preventivas. (BAVEL *et al.*, 2020).

Um estudo realizado em Maringá evidenciou que o meio mais utilizado para obtenção das informações foram as redes sociais (*Facebook, WhatsApp, Instagram, Twitter etc.*) com 39,1%, televisão com 31,8%, ficando os artigos e/ou estudos científicos com 12,7%, sendo, portanto, as redes sociais demonstraram ser o meio de preferência para informações sobre a pandemia. (AQUINO *et al.*, 2020b).

Além das fontes de recebimento das informações, os participantes da pesquisa foram questionados quanto percepção acerca das informações recebidas, se sentiam-se ou não bem-informados, dessa forma, as fontes das informações foram analisadas de forma

isolada, pois os entrevistados poderiam escolher mais de uma fonte como resposta, conforme demonstrado na tabela a seguir (Tabela 6).

Tabela 6 – Fonte mais confiável das informações a respeito do Coronavírus.

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	n	%	n	%
Profissionais do Território	49	70	21	30
WhatsApp	5	7,2	65	92,8
Facebook	3	4,3	67	95,7
Instagram	5	7,2	65	92,8
Televisão	27	38,6	43	61,4
Jornais na TV e/ou na internet	37	52,8	33	47,2
Rádio	5	7,2	65	92,8
Religião	2	2,8	68	97,2
Amigos/vizinhos/parentes da Comunidade	1	1,4	69	98,6
Governantes (prefeito, governador, presidente)	29	41,4	41	58,6
Outras Fontes	4	5,7	-	-

Fonte: Autoria própria.

Observou-se que as informações oriundas dos trabalhadores da saúde, apesar de não terem sido as mais acessadas pelos participantes, foram as que eles atribuíram maior grau de credibilidade, com 70% (n=49), seguida dos jornais na TV e/ou *internet* com 52,8% (n=37). Uma pequena parcela dos entrevistados, 5,7% (n=4) referiu outras fontes, como publicações científicas e manuais do Ministério da Saúde.

Apesar das redes sociais serem a fonte mais utilizada para se buscar informações, percebe-se que a população estudada não se sente bem informada em relação às mesmas, assim como as informações obtidas por meio de amigos/vizinhos/parentes da comunidade, observa-se que foram as que menos geraram percepção de boa informação com 98,6% (n=67), seguidas da religião com 97,2% (n=68), do *Facebook* com 95,7% (n=69), do *WhatsApp* com 92,8 (n=65) e do *Instagram* com 92,8 (n=65), demonstrando um panorama de descredibilidade da comunidade nas redes sociais e nos aplicativos de conversas instantânea.

Uma pesquisa realizada com o objetivo de avaliar as perspectivas sobre informações de brasileiros acerca da pandemia da COVID-19 evidenciou que foi atribuída confiança às informações geradas pelos meios científicos, destacando a confiança em boletins epidemiológicos municipais e estaduais mais significativa do que naqueles emitidos pelo governo federal. Destaca-se ainda que a população jovem é a que mais confia em informações compartilhadas via *WhatsApp*. (FISCHER *et al.*, 2022).

6.3 MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO NOVO CORONAVÍRUS

São várias as estratégias que visam prevenir a transmissão da COVID-19. Os trabalhadores da saúde, assim como a população em geral, precisam conhecê-las e colocá-las em prática tanto para evitar a contaminação de si próprio como para promover a interrupção da propagação do vírus na comunidade. Para isso é de suma importância que se sintam confiantes quanto às medidas adotadas, pois o risco de contaminação é maior a partir da adoção de medidas preventivas e de controle incoerentes com as orientações médico-científicas disponíveis. (PULIDO *et al.*, 2020).

Quando questionados sobre o grau de confiança nas medidas de prevenção e proteção, 41,5% (n=29) dos participantes referiram estar bem confiantes e razoavelmente confiantes, 12,6% (n=9) referiu estar muito confiante e 4,4% (n=3) referiu estar pouco confiante que as medidas de prevenção e proteção do coronavírus adotadas são suficientes para protegê-los e às suas famílias (Tabela 7).

Tabela 7 - Grau de confiança nas medidas de prevenção e proteção do Coronavírus adotadas e possibilidade de contaminação.

VARIÁVEL	N	%
Grau de confiança nas medidas de prevenção e proteção		
Muito confiante	9	12,6
Bem confiante	29	41,5
Razoavelmente confiante	29	41,5
Pouco confiante	3	4,4
Possibilidade de contaminação		
Muito alta	11	15,7
Razoavelmente alta	11	15,7
Alta	33	47,2
Muito baixa	2	2,8
Baixa	13	18,6

Fonte: Autoria própria.

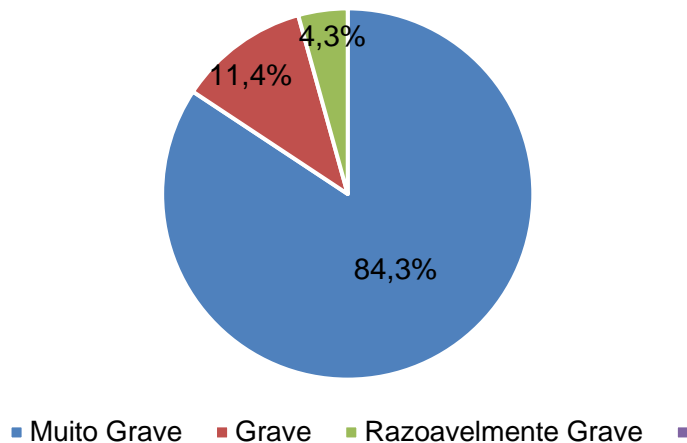
Tais achados podem estar relacionados ao grau de escolaridade e renda dos participantes da pesquisa. Um estudo realizado em 12 cidades brasileiras com objetivo de analisar a percepção sobre a COVID-19 identificou que escolaridade e renda domiciliar são as variáveis que mantêm uma relação de associação estatisticamente significativa com a escolha de “em quem acreditar”, ou seja, em relação àqueles em quem nutrem confiança. Aqueles com escolaridade universitária e pós-graduação tendem a expressar maior confiança na OMS do que as faixas inferiores de escolaridade; já aqueles com escolaridade até o Ensino Médio tendem a manifestar mais confiança no Ministério da Saúde. No ensino fundamental, há maior frequência de confiança em igrejas e religiosos do que nas demais categorias de

escolaridade. E na formação universitária há maior manifestação de confiança em jornalistas do que nas demais faixas. (MASSARANI *et al.*, 2021).

No entanto, o fato de a maioria dos participantes se sentir muito confiantes e/ou bem confiantes quanto às medidas preventivas não possui relação direta com a probabilidade de contaminação, pois 47,2% (n=33) referiu que possui alta possibilidade de contaminação, 15,7% (n=11) referiu possibilidade muito alta e razoavelmente alta, 18,6% (n=13) referiu probabilidade baixa e apenas 2,8% (n=2) referiu possibilidade muito baixa de contaminação.

Quando questionados sobre a gravidade da doença causada pelo novo coronavírus observou-se que 84,3% (n=59) percebe a doença como grave, 11,4% (n=8) como muito grave e 4,3% (n=3) como razoavelmente grave (Gráfico 3), corroborando com a pesquisa de Massarani *et al.* (2021) onde a maioria dos entrevistados percebe a gravidade da doença por COVID-19.

Gráfico 3 – Percepção sobre a gravidade da doença causada pelo novo Coronavírus



Fonte: Autoria própria.

O distanciamento social, no Brasil, e nos demais países, gerou medo e insegurança impactando na rotina diária da vida das pessoas, envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir tanto as pessoas infectadas, quanto as ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. (AQUINO *et al.*, 2020a).

Em relação ao grau de importância atribuído às medidas preventivas percebe-se que o uso de máscara, higienização das mãos e evitar aglomeração apresenta resultado $\geq 90\%$ ficando apenas o isolamento e distanciamento social com 84,3%, conforme demonstrado na tabela abaixo (Tabela 8).

Tabela 8 – Grau de importância atribuído às medidas preventivas contra o novo Coronavírus.

VARIÁVEL	GRAU DE IMPORTÂNCIA		
	Muito Importante	Importante	Razoavelmente Importante
Isolamento e Distanciamento Social	84,3%	12,8%	2,9%
Uso de Máscara	97,2%	2,8%	0%
Higienização das mãos	95,7%	4,3%	0%
Evitar Aglomerações	90,0%	10,0%	0%

Fonte: Autoria própria.

Estudo realizado com aproximadamente 17 mil brasileiros evidenciou que do universo amostrado, 32% afirmaram que cumpriram o isolamento total, ou seja, não saem de suas residências; 57% das pessoas estão em isolamento parcial, termo que significa, nesta pesquisa, sair de casa apenas para comprar alimentos e medicamentos; e 11% das pessoas não se enquadram nem como isoladas nem como parcialmente isoladas. De forma geral, 89% das pessoas acreditam que o isolamento reduz o número de vítimas da COVID-19, enquanto 8% não têm certeza, e apenas 3% responderam que o isolamento não é capaz de reduzir o número de vítimas da COVID-19. (BEZERRA *et al.*, 2020).

No cenário na promoção da saúde e prevenção do contágio do vírus, a APS surge como ferramenta primordial na organização de fluxos distintos para o cuidado, realizando monitoramento dos usuários com quadros leves, o rastreamento de contatos, identificando os usuários de maior risco de desenvolver quadros graves garantindo o encaminhamento oportuno daqueles que necessitam de cuidados de outros níveis de atenção. (DAUMAS *et al.*, 2020).

Porém, em muitas cidades brasileiras os serviços da APS foram suspensos durante o período crítico da pandemia, deixando de desenvolver atividades que impactariam positivamente na quebra da cadeia de transmissão do vírus. (SARTI *et al.*, 2020).

Os participantes desta pesquisa foram questionados se a Unidade Básica de Saúde havia realizado alguma ação durante a pandemia, 44,3% (n=31) dos participantes responderam que sim, 14,3% (n=10) afirmaram que não e 41,4% (n=29) não souberam informar.

Dentre as ações de saúde realizadas (44,3%; n=31) a que mais prevaleceu foram as atividades educativas com 54,8% (n=17), seguida das consultas médicas e de enfermagem com 19,4% (n=6), vacinação com 12,9% (n=4), testagem para o coronavírus com 9,7% (n=3) e rastreamento e monitoramento dos casos com 3,2% (n=1) conforme demonstrado abaixo (Tabela 9).

Tabela 9 - Tipo de ação/atividade desenvolvida pela Unidade Básica de Saúde.

VARIÁVEL	n	%
Consulta médica/enfermagem	6	19,4
Vacinação	4	12,9
Atividades Educativas	17	54,8
Testagem para o Coronavírus	3	9,7
Rastreamento e monitoramento	1	3,2

Fonte: Autoria própria.

Uma das principais medidas de promoção da saúde no território precisou ser suspensa durante o ápice da pandemia, a visita domiciliar, uma pesquisa realizada em grupos de ACS no *Facebook* mostrou o relato destes profissionais que mencionaram ter sua rotina de trabalho totalmente modificada (FERNANDEZ; MOTTA; CORRÊA, 2021). Corroborando com um estudo realizado em Rondonópolis, onde os entrevistados relataram que as ações preventivas para a COVID-19 realizadas pelas equipes da ESF foram: orientações, distribuição de panfletos, fixação de cartazes e visitas domiciliares para orientação. (GLOULART *et al.*, 2021).

Esta realidade é reflexo do cenário brasileiro onde a maioria das equipes das Unidades de Saúde não realizou ações de saúde ou de educação em saúde voltadas para a prevenção do coronavírus, um dado preocupante, pois impacta diretamente na adoção das medidas preventivas. (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020).

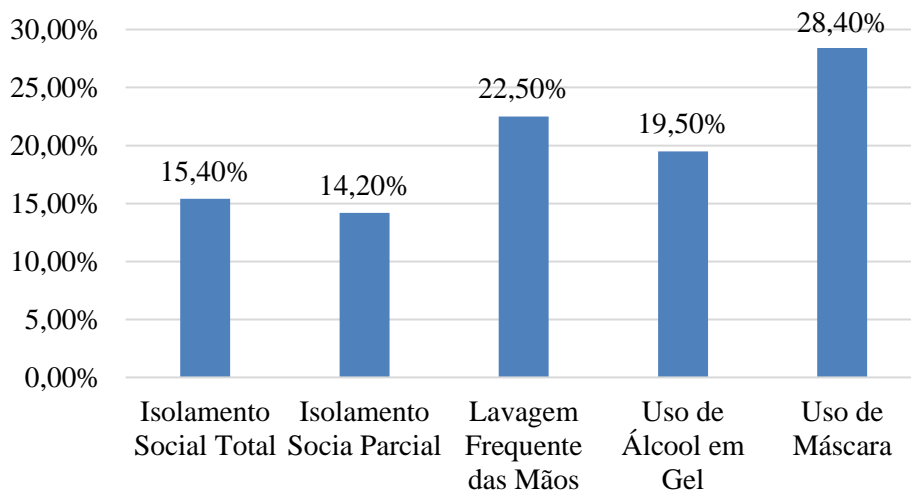
Os profissionais entrevistados foram questionados sobre quais medidas foram adotadas para se prevenir da contaminação do novo coronavírus, podendo-se aceitar mais de uma resposta (Tabela10).

Tabela 10 – Medidas adotadas para prevenção do contágio pelo novo Coronavírus.

VARIÁVEL	SIM		NÃO	
	N	%	n	%
Isolamento social total	14	20	56	80
Isolamento social parcial	52	74,3	18	25,7
Higienização das mãos	64	91,4	6	8,6
Uso de álcool em gel	68	97,1	2	2,9
Uso de máscara ao sair de casa	65	92,9	5	7,1

Fonte: Autoria própria.

Cumprir destacar que o uso de álcool em gel prevaleceu dentre as medidas adotadas, com 97,1% (n=68); seguido do uso de máscara com 92,9% (n=65) e higienização das mãos com 91,4% (n=64). Já, em relação às medidas que não foram adotadas prevaleceu o isolamento social total com 80% (n=56). Quando questionados qual das medidas citadas os profissionais consideraram a mais importante, prevaleceu o uso de máscara ao sair de casa com 28,4% (n=48), seguido da lavagem frequente das mãos com 22,5% (n=38), uso de álcool em gel com 19,5% (n=33), isolamento social total com 15,4% (n=26) e isolamento social parcial com 14,2% (n=24) conforme gráfico 4.

Gráfico 4 – Medida preventiva considerada mais importante para evitar a contaminação pelo novo Coronavírus.

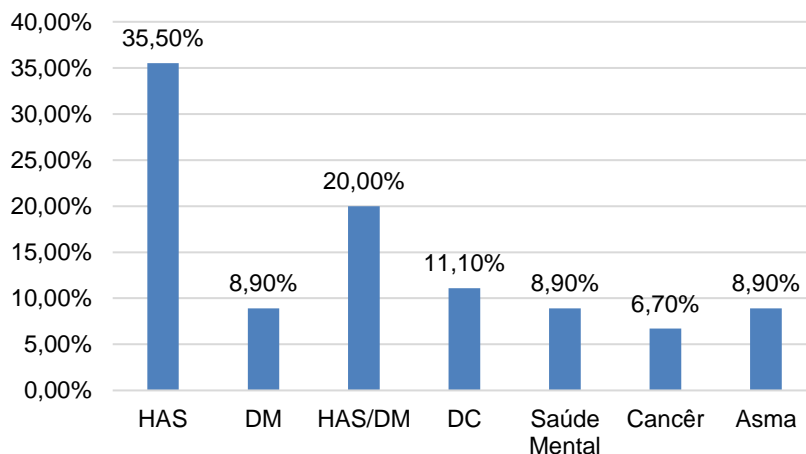
Fonte: Autoria própria.

É importante identificar como os impactos do isolamento se refletem nos diversos segmentos da sociedade, seja em função da renda, sexo, escolaridade, condições de habitação etc. Os dados de uma pesquisa realizada por meio de formulário eletrônico, mostraram que a maioria dos participantes acreditam que o isolamento social auxilia na mitigação da pandemia, tal percepção variou conforme a renda, escolaridade, idade e sexo, porém a maior

parte acreditava que se trata da medida de controle mais indicada e estavam dispostas a esperar o tempo que fosse necessário para contribuir com o enfrentamento à COVID-19 e evitar o colapso na assistência hospitalar e a redução no número de vítimas da COVID-19. (BEZERRA *et al.*, 2020).

O elevado número de casos levou a preocupações quanto à capacidade de resposta e resiliência dos sistemas de saúde no Brasil, inicialmente, o colapso na rede hospitalar se deu devido ao grande número de casos graves acometendo em sua maioria usuários com comorbidades que aumentavam a gravidade da doença e o risco de vida, sendo necessário assim um acompanhamento hospitalar (SANTOS; OLIVEIRA; ALBUQUERQUE, 2022). Dito isto, realizou-se o levantamento das comorbidades pré-existentes entre os trabalhadores da saúde participantes deste estudo (Gráfico 5).

Gráfico 5 – Comorbidades entre os trabalhadores da saúde participantes do estudo.



HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica; DM: Diabetes Mellitus; DC: Doença Crônica.

Fonte: Autoria própria.

A maioria dos trabalhadores da saúde participantes desta pesquisa possuía algum tipo de comorbidade (64,3%; n=45), sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) a mais prevalente com 35,5%, (n=16) seguido do Diabetes Mellitus (DM) com 8,9% (n=4), a HAS associada ao DM com 20% (n=9) e os problemas cardíacos com 11,1% (n=5). Corroborando com uma pesquisa realizada na China em 575 hospitais, com 1590 pacientes com diagnóstico de COVID-19 laboratorialmente confirmado, onde 25,1% dos pacientes apresentaram pelo menos uma comorbidade, sendo a mais prevalente a hipertensão arterial (16,9%), seguida por diabetes (8,2%), associadas a outras doenças cardiovasculares. (GUAN *et al.*, 2020).

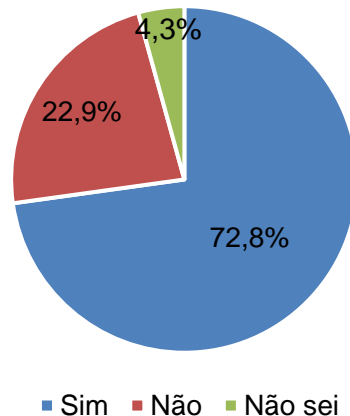
Cumprido destacar, a relevância da análise em relação ao aumento das taxas de letalidade intra-hospitalar nas internações por doenças cardiovasculares (DCV) como fator potencializador da necessidade de valorização deste grupo de risco na análise das complicações associadas à COVID-19. A HAS afeta mais de 30% da população adulta, devido apresentar-se, frequentemente, assintomática, o paciente pode evoluir para alterações estruturais e/ou funcionais em órgãos-alvo, como coração, cérebro, rins e vasos, o que aumentaria a suscetibilidade para o SARS-CoV-2, elevando o risco de desfechos desfavoráveis em pessoas com COVID-19. (BARROSO *et al.*, 2021).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão (2021), das comorbidades registradas nas declarações de óbitos por COVID-19 no estado entre janeiro de 2020 e janeiro de 2021 a HAS foi a que mais esteve associada aos casos, representando um total de 47,52%, a DM esteve associada a 37,62% dos óbitos registrados, 15,84% dos indivíduos que foram a óbito tinham algum tipo de cardiopatia, e 4,95% eram pneumopatas, cabe destacar, também, que do total óbitos um percentual de 1,48% corresponde a profissionais da saúde.

Percebe-se prevalência significativa de profissionais da saúde com teste positivo para COVID-19, principalmente a equipe de enfermagem, a qual fica em contato diário com pacientes e, portanto, estão mais suscetíveis a contaminação. Estudo sorológico realizado no período de julho de 2020 a março de 2021 com 265 trabalhadores da saúde do Sul do Brasil com o objetivo de analisar a prevalência de covid-19 entre trabalhadores da saúde identificou que 14% da amostra apresentou resultado “detectado” para SARS-CoV-2, sendo os técnicos de enfermagem os mais acometidos. (WAGNER *et al.*, 2021).

Dentre os participantes da pesquisa, observa-se que um percentual de 72,8% (n=51), já foram expostos ao vírus e desenvolveram COVID-19, 22,9% (n=16) ainda não se contaminaram com o vírus e um total de 4,3% (n=3) não souberam identificar se teve contato com o vírus (Gráfico 6).

Gráfico 6 – Participantes do estudo que já foram contaminados com o novo coronavírus.



Fonte: Autoria própria.

De acordo com o boletim epidemiológico estadual de 01 de julho de 2022, até o momento já foram 5352 profissionais da saúde contaminados com o novo coronavírus, destes um total de 5234 encontram-se recuperados e 89 foram a óbito. (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO, 2021).

6.4 ANÁLISE QUALITATIVA DA PESQUISA

Nessa etapa foram realizadas entrevistas dialogadas, mediadas por um roteiro planejado para cinco objetivos: mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias; informações recebidas; estratégias da família e comunidade; ações dos serviços de saúde e governos. A análise qualitativa possibilitou uma observação do sujeito no seu ambiente natural sobre o modo de vida de um grupo de indivíduos de características comuns, sendo possível compreender suas crenças, valores, motivações, perspectivas e como isso pode variar em diferentes momentos no campo das estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

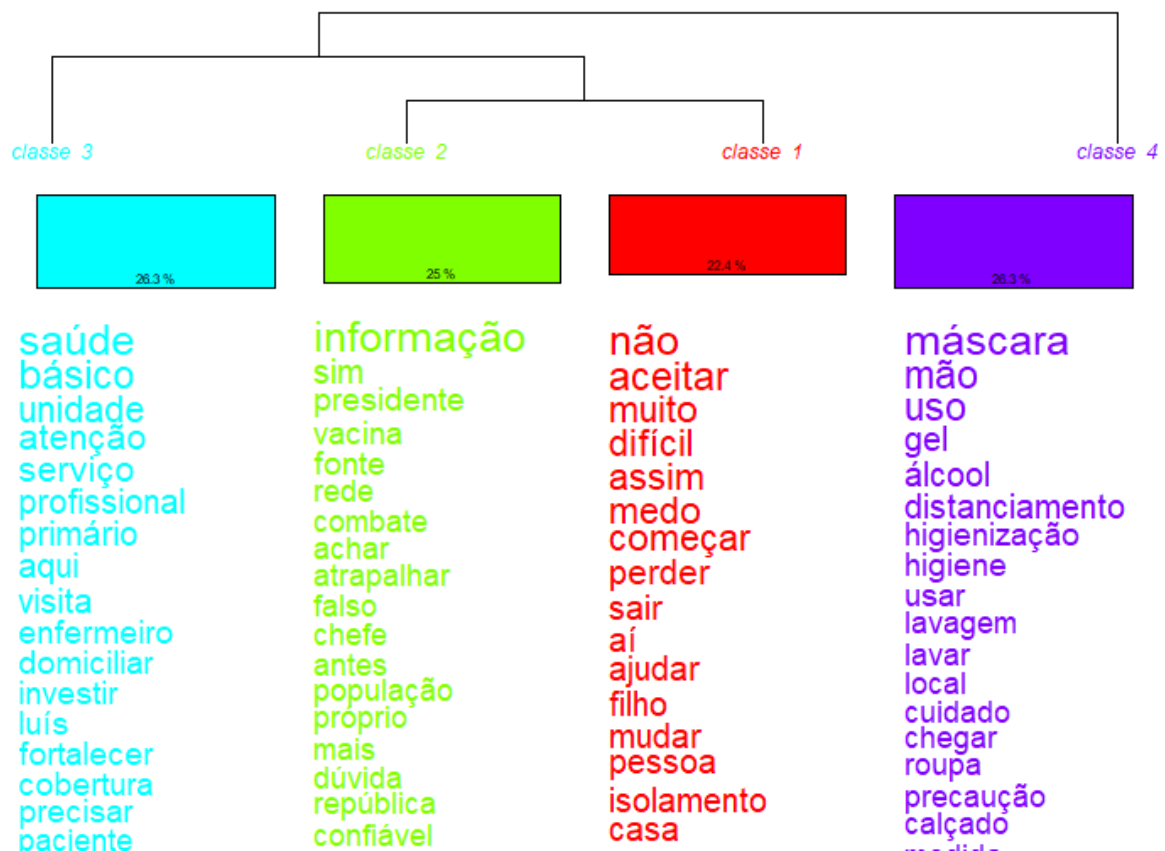
Fez-se uso do *software* Iramuteq que possibilitou as análises textuais dos seguintes tipos: estatísticas textuais, Classificação Hierárquica Descendente (CHD); Análises de Similitude e Nuvem de Palavras. Os resultados dessas análises demonstram a posição e a estrutura das palavras em um texto, ligações e outras características textuais, que permitem detectar indicadores e, assim, visualizar intuitivamente a estrutura e ambientes do texto a ser analisado. (KLAMT; SANTOS, 2021).

Desse modo, as entrevistas transcritas foram submetidas ao *software* Iramuteq que realizou o processamento do *corpus* inicial produzido a partir de um *corpus* único contendo

14 entrevistas, dividindo-o em 277 segmentos de textos, contendo 1.537 formas, que registraram 7.622 ocorrências, 900 formas ativas, e 125 suplementares, obtendo 226 segmentos de textos aproveitados para a análise.

Após a análise do relatório de processamento do *software* pode-se verificar a obtenção de 4 classes (Figura 1) com aproveitamento de 82,31% do corpus, cada classe de segmentos de texto apresenta vocabulário semelhante entre si, e ao mesmo tempo, diferente do vocabulário dos segmentos de texto das outras classes.

Figura 1 – Dendograma.



Fonte: Dados da pesquisa, Iramuteq.

6.4.1 Classificação Hierárquica Descendente (CHD) – Categorias

Os dados provenientes do Iramuteq quando expressados sob o formato de Dendograma (Figura 1) destacam as palavras com maior significância, o que nos possibilitou realizar uma Classificação Hierárquica Descendente permitindo a análise das categorias identificadas (APÊNDICE C). Ao analisar o processo de formação do dendograma, percebe-se que as classes em um primeiro momento surgiram da divisão do *corpus* textual na classe

4 de um lado, ramificando para a classe 3, que por sua vez possibilitou ramificação para as classes 2 e 1.

A análise do dendograma com suas respectivas classes permitiu a construção de quatro categorias: mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias; comunicação e informação sobre o coronavírus; atuação da APS durante a pandemia e estratégias da família e comunidade.

6.4.1.1 Mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias

Na tentativa de frear o avanço da pandemia, diversas medidas preventivas foram implementadas de forma gradual e de maneiras diferentes ao redor do mundo. No entanto, os seus resultados dependiam de aspectos socioeconômicos, culturais, políticos e de saúde, bem como da sua forma de operacionalização. O Brasil, por ser um país com muita desigualdade social e regional, apresentou inúmeras dificuldades na efetivação de tais medidas preventivas, pois dependiam da maneira como a política de proteção social é conduzida e como é prestada a assistência as famílias que se encontram em vulnerabilidade social e econômica, para que assim se garantam a sobrevivência dos sujeitos enquanto as restrições perdurassem. (LEMOS; ALMEIDA-FILHO; FIRMO, 2020).

Ao analisar a classe 1 (vermelha) pode-se identificar uma correlação com as mudanças ocorridas na vida das pessoas e comunidades, representando os medos e desafios vivenciados durante a pandemia. Esta classe possui representatividade de 22,4% do *corpus* textual, evidenciou medo ($\chi^2=21,82$; $p < 0,0001$) e dificuldade em aceitar ($\chi^2=17,74$; $p < 0,0001$) as mudanças impostas na nova rotina de vida devido à pandemia, como demonstram as citações a seguir:

Com o coronavírus tive mudanças nas relações sociais, profissionais e psicológicas. A família ficou mais afastada por conta do isolamento social. Como profissional de saúde, me dediquei mais ainda ao trabalho e não tinha atividades de lazer, aumentando o nível de stress e ansiedade (clte 9).

Tivemos que nos readaptar a um novo estilo de vida, à nova maneira de viver de máscara, de viver com o medo, com o número de pessoas contaminadas, número de doenças psicológicas por conta do medo e da ansiedade (clte 4).

Naquela época, tive muita dificuldade no início, pensei até em pedir demissão do emprego, por conta do medo do desconhecido, todo mundo muito aflito, minha família aflita com o fato de eu ter que estar na linha de frente (clte 14).

As percepções acerca das mudanças na vida das pessoas e comunidades identificadas nessa pesquisa vão de encontro com um estudo realizado por meio de questionário *on-line*

com objetivo de analisar o impacto do isolamento social na vida das pessoas no período da pandemia onde se identificou que o medo e a solidão foram os sentimentos mais mencionados pelos participantes da pesquisa, ocasionados devido às mudanças na vida diária das pessoas. (CARVALHO *et al.*, 2020).

Tais mudanças são ainda maiores quando se trata de trabalhadores da saúde. Pesquisas internacionais, como a de Zhang *et al.* (2020), apontam os profissionais da saúde como parte da população mais atingida em questões de danos à saúde mental. Um estudo realizado no sudoeste do Paraná identificou que, dos 70 profissionais participantes, 54,3% apresentavam ansiedade possível, 61,4% apresentavam uma possível depressão e 26,96% apresentavam estresse, que quando comparada à normativa brasileira (17,3%), é considerada elevada, indicando altos níveis/sinais de estresse nesses profissionais. (NAZAR *et al.*, 2022).

Percebe-se que o período pandêmico causou alterações nos campos da saúde, da educação, das atividades econômicas e sociais em todo o mundo, modificando as vidas das pessoas nos mais diversos aspectos e tais alterações foram sentidas de maneiras diferentes tanto entre os diferentes estratos sociais quanto entre as diferentes categorias profissionais, sendo necessário a implantação de estratégias que propiciem um olhar direcionado para a saúde mental do trabalhador da saúde. (OLIVEIRA; TOSTA, 2020).

6.4.1.2 Comunicação e informação sobre o coronavírus

O mecanismo de comunicação e informação sobre o coronavírus impacta diretamente na adesão às medidas de prevenção e controle por parte da população. Faz-se necessário um processo de conscientização, mediado por uma relação de confiança dos indivíduos com os representantes dos órgãos de saúde, pois a ausência deste processo concorre para situações de insegurança da população quanto a eficiência das medidas preventivas, e conseqüentemente dificulta a adesão dessas, diante da instabilidade das orientações disseminadas. (SOARES *et al.*, 2022).

Referente a este processo, a classe 2 (verde) emergiu com representatividade de 25% do *corpus* textual evidenciando a importância das informações no enfrentamento da pandemia. As palavras que tiveram maior significância foram “informação” ($\chi^2=73,78$; $p < 0,0001$); “presidente” ($\chi^2= 23,57$; $p < 0,0001$); “fonte” ($\chi^2=18,45$; $p < 0,0001$); “vacina” ($\chi^2=20,12$; $p < 0,0001$) e “combate” ($\chi^2=15,34$; $p < 0,0001$).

Assim, pode-se inferir a importância das informações recebidas sobre o coronavírus no combate à pandemia, tendo destaque para a fonte das informações como crucial para denotar credibilidade nas mesmas. Ao analisar as falas dos entrevistados pode-se destacar os

impactos das *fake news* e das informações não embasadas na ciência como dificultador nesse processo, inclusive quanto ao posicionamento do chefe máximo do governo, conforme citações a seguir:

Tiveram muitas *fake news*. Principalmente porque não sabíamos quais eram as informações certas e quais eram as erradas, depois das vacinas percebemos uma grande falta de informação (clte 1).

O posicionamento de alguns líderes que desacreditavam das medidas preventivas e da efetividade da vacina acabou refletindo nas respostas das comunidades (clte 3).

A postura do chefe maior do Estado, o próprio presidente duvidou da vacina e isso causou mais dúvidas na população e foi bastante difícil (clte 3).

A negação do real perigo do coronavírus e as *fakes news* sobre as vacinas atrapalharam de forma muito intensa e direta no combate à pandemia (clte 2).

Percebe-se que o início do período pandêmico foi marcado pelo excesso de informação sobre a COVID-19, constatou-se que a infodemia sobre as medidas preventivas e de tratamento causou danos psicológicos, sociais e o colapso dos serviços de saúde, tais danos são ainda maiores quando se trata dos trabalhadores da saúde, pois a divulgação desenfreada de notícias pode interferir direta ou indiretamente na dinâmica ocupacional, causando falta de equipamentos de proteção individual (EPI) e de medicamentos específicos, superlotação dos serviços de saúde e diminuição da equipe de profissionais da saúde. (ALENCASTRO; MELO, 2021).

Muitas informações e notícias falsas acerca do novo coronavírus foram postadas nas mídias sociais, criando uma rede de compartilhamento de *fake news*, produzidas de forma inverossímil que, sem a devida averiguação, leva o leitor a pseudo informações (MERCEDES NETO *et al.*, 2020). O Ministério da Saúde realizou um levantamento, entre janeiro e março 2020, das principais *fake news* disseminadas pelos país e as classificou em cinco categorias: aos discursos de autoridades na saúde, terapêutica, medidas de prevenção, prognósticos da doença e vacinação, todas com conteúdo que desorientam a população ao produzirem efeitos que, ao serem compartilhadas, colocam em risco as condutas diretivas. (SOUSA JÚNIOR *et al.*, 2021).

Um dos maiores impactos negativos da disseminação de notícias falsas está relacionado à adesão na vacinação contra a COVID-19, que causou hesitação vacinal em vários estados brasileiros. No Maranhão, um estudo realizado com o objetivo de identificar a prevalência da hesitação vacinal apontou relevante prevalência de hesitação vacinal (17,5%), sendo mais prevalente no sul do estado (24%) do que na região metropolitana da

Grande Ilha de São Luís (20,7%), os fatores associados estavam relacionados com fatores individuais, contextuais e clínicos, evidenciando a necessidade de preparar a população com mensagens mais efetivas sobre a vacina, alinhando o discurso político, religioso e de saúde em torno das vantagens associadas a ela. (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

No cenário político brasileiro, existem razões financeiras que impulsionam o fenômeno da criação e disseminação de notícias falsas, *fake news*, na *web*, pois a quantidade de cliques de acesso a matérias falsas de cunho sensacionalista e que estimulam o ódio fez surgir um novo modelo de negócios altamente rentável que tem como objetivo principal desinformar uma parcela da população manipulando-a com informação falsa. (SOUSA JÚNIOR; PETROLL; ROCHA, 2019).

Os indivíduos são, ainda, passíveis de acreditar em notícias falsas quando estas vão de acordo com sua ideologia política e isso faz com que a comunicação entre as pessoas, em momentos sérios como o da atual pandemia por COVID-19, seja repleta de informações duvidosas (PENNYCOOK; RAND, 2019). Conforme evidenciado nas citações abaixo:

Acho que a informação foi dada e o governo orientou, e se ele talvez proibisse mais do que proibiu, não seria uma democracia (clte 6)

O governo fez a parte dele, a população que não aceitou (clte 10).

E eu creio que houve muitas mortes, sim, pela covid, mas esse número que os jornais relatavam eu acho que não eram todos de covid. Acho que ele fez a parte dele e a população não aceitou (clte 4).

Por ideologias políticas, na minha família, meu pai teve dificuldade em entender a importância de manter o distanciamento social e o uso de máscara. E no início da imunização, ele não quis se vacinar (clte 2).

Diante deste cenário, emergiu um fenômeno conhecido como pós-verdade, em que fatos objetivos repercutem menos na opinião pública do que aqueles que apelam para as suas crenças, opiniões pessoais e emoções (SANTAELLA, 2018). Manifestada pelo desinteresse pela verdade, onde no contexto político brasileiro os indivíduos importam-se menos com a veracidade das informações do que com as opiniões de políticos e governantes, somando um maior volume de atitudes norteadas por crenças e opiniões pessoais do que com base na racionalidade e na ciência, levando os indivíduos a acreditarem naquilo que lhes soa mais conveniente. (GOULART; MUÑOZ, 2020).

Se, de um lado, dentro do contexto político, o compartilhamento de notícias falsas tem como finalidade vantagens políticas e econômicas, de outro, percebe-se que, na área de saúde, a disseminação de *fake news* instaura o medo e o caos entre seus receptores, assim,

faz-se necessário o fortalecimento das ferramentas de vigilância digital para monitoramento das mesmas. (JUNIOR *et al.*, 2021).

6.4.1.3 Atuação da APS no enfrentamento da pandemia

Têm-se fomentado discussões sobre as formas de organização dos serviços de saúde e dos processos de trabalho frente às novas demandas que emergiram com a pandemia, através do desenvolvimento de ferramentas e estratégias que garantam o cumprimento dos atributos da APS e dos princípios do SUS. A APS desempenha papel fundamental no enfrentamento da pandemia por COVID-19, pois é a porta de entrada prioritária para o SUS, de modo a ordenar e coordenar a Rede de Atenção à Saúde (RAS). (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A classe 3 (azul) foi categorizada como a atuação da APS no contexto da pandemia, obteve representatividade de 26,3% do *corpus* textual e as palavras que tiveram maiores significâncias foram: saúde ($x^2=52,2$; $p < 0,0001$); básico ($x^2=43,55$; $p < 0,0001$); atenção ($x^2=26,24$; $p < 0,0001$); serviço ($x^2=24,87$; $p < 0,0001$); profissional ($x^2=23,21$; $p < 0,0001$); visita ($x^2=20,21$; $p < 0,0001$); domiciliar ($x^2=17,25$; $p < 0,0001$) e enfermeiro ($x^2=17,25$; $p < 0,0001$). As citações abaixo destacam as percepções sobre a atuação da APS no enfrentamento da pandemia:

Na Unidade Básica de Saúde eu fazia atendimento com enfermeiro e médico, graças ao SUS tivemos acesso à vacina, à educação em saúde e uma série de coisas (clte 4).

A Unidade Básica de Saúde nos acompanhou, muito importante na vacinação e no enfrentamento da pandemia nos auxiliando a tomar as medidas cabíveis como o uso de máscaras e prevenindo outros vírus como a influenza (clte 11)

Eu não conheço a minha equipe de saúde ou unidade básica de saúde (clte 3).

O município de São Luís tem uma baixa cobertura com relação às Unidades Básicas de Saúde. E em capital é mais difícil, eu não tenho contato com meu agente comunitário de saúde, eu acho que o município deve tentar trabalhar um pouco mais e investir na questão da cobertura (clte 1)

A análise de conteúdo das falas dos entrevistados parte de dois contextos, um relacionado aos trabalhadores da saúde que residem em sua área de atuação, como os agentes comunitários de saúde, e outro relacionado aos participantes que não residem em sua área de atuação, mais predominantemente composto por médicos e enfermeiros. Percebe-se que os primeiros, por residirem no território de abrangência da UBS, são capazes de reconhecer todas as ações e serviços de saúde ofertados, já os segundos, médicos e enfermeiros,

reconhecem as atividades que são desenvolvidas no âmbito de atuação de sua equipe de saúde da família (eSF), no entanto, quando questionados sobre os serviços que os acompanham, a maioria refere não ter conhecimento sobre os desenvolvimentos de atividades em prevenção ao novo coronavírus, alguns, inclusive, residem em áreas descobertas da Estratégia Saúde da Família (ESF).

O mesmo acontece com o questionamento sobre o que mais poderia ser feito pela equipe da UBS na sua comunidade para prevenção do coronavírus, conforme podemos identificar nas citações abaixo:

Eu acho que tudo o que precisava ser feito foi feito. Foram realizadas visitas domiciliares, consultas, as vacinas foram aplicadas. Eu não vejo mais o que poderia ser feito que já não tenha sido realizado (clte 6).

Poderia ter sido realizado testagem em massa no meu bairro, já que ele tinha uma das maiores taxas de casos de covid da cidade e implantar um serviço de rastreamento e monitoramento de contatos de casos positivos para quebrar a cadeia de transmissão no bairro (clte 9).

Poderia ter feito mais campanhas, pois têm muitas pessoas que não saem de suas casas para tomar essas vacinas. Então eu acho que campanha seria uma peça fundamental para prevenir esse coronavírus. (clte 12)

Por serem profissionais atuantes na área, os participantes da pesquisa relataram que foi feito tudo o que poderia ter sido feito no âmbito da APS. Porém, ao partir para a outra parcela da amostra da pesquisa que não reside nos territórios de atuação das UBS estudadas percebe-se que é consensual a importância do fortalecimento da campanha de vacinação e da realização de outras atividades como a testagem em massa, o monitoramento dos casos ativos e rastreamento dos contatos para a quebra da cadeia de transmissão.

É imensa a dimensão de atuação da APS no enfrentamento da pandemia, por sua capilaridade e atuação no território, os serviços da APS são responsáveis pelo desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e cuidado a uma enorme gama de problemas de saúde que não podem ser descontinuados, como por exemplo as doenças crônicas, enquadradas como critérios de risco que aumentam o percentual de morbimortalidade. Em muitos municípios brasileiros, a APS é o único serviço disponível para a população, sendo assim, sua reorganização é imperativa, de modo a garantir a garantir o acompanhamento dos casos leves da doença, com indicação de isolamento domiciliar, realizar busca ativa de contatos, realizar apoio à quarentena e ordenar o compartilhamento a outros serviços da RAS oportunamente. (GIOVANELLA *et al.*, 2022).

Faz-se necessário o fortalecimento da APS no Maranhão. A capital do estado, por exemplo, possui apenas 35,04% de cobertura segundo a Nota Técnica do Departamento de

Saúde da Família do Ministério da Saúde, referência de dezembro de 2019, levando a população à adesão de planos de saúde, aproximadamente 30% da população paga um plano privado, onerando o orçamento familiar e provocando restrições financeiras em outros âmbitos da vida, conforme expresso citação abaixo:

Temos um plano de saúde. Graças a Deus. Muito sacrifício, mas pagamos o plano de saúde na pandemia (clte 7).

Precisamos fortalecer a atenção primária em saúde para estar preparada para receber não só casos de coronavírus, mas esses outros casos e essas outras demandas que chegam até a Unidade Básica de Saúde e deve investir em treinamento e capacitação para os profissionais e um salário digno para os profissionais que trabalham e fazem essa assistência. Investir na estrutura física da unidade de saúde das nossas comunidades. Aumentar o contingente dos nossos profissionais, a cobertura da atenção primária em saúde por meio da Estratégia Saúde da Família dentro dos municípios. Investir com relação aos insumos necessários, da assistência aos medicamentos necessários (clte 1).

Um estudo realizado por meio de um questionário aberto para elaboração de recomendações para o fortalecimento da APS por meio de um consenso entre 20 participantes representativos de cinco macrorregiões brasileiras destacou a ampliação do acesso à APS; a formação de profissionais para atuação na APS; à alocação de tecnologias para garantir a resolução; aprimorar a regulação/coordenação dos serviços; estrutura e financiamento; recursos humanos; apoio e incentivo às equipes; além de outras que reforçam a ESF como o melhor modelo para garantir uma APS forte, aliada a políticas que priorizem os atributos essenciais da APS, especialmente para inovação em tecnologias assistivas. (TASCA *et al.*, 2020).

6.4.1.4 Estratégias de prevenção e controle da COVID-19 da família e comunidade

As medidas de prevenção e controle da pandemia por COVID-19 além de frear a mortalidade causada pela doença, envolvem aspectos de natureza emocional, psicológica, biológica, social, cultural, política e espiritual. Requer utilização de estratégias de enfrentamento, como mudanças no estilo de vida, manter boas relações interpessoais *on-line*, afastar-se do excesso de informações sobre a doença, realizar atividades de lazer, exercer a solidariedade, entre outros. (DIAS *et al.*, 2020).

A classe 4 (roxa) emergiu com representatividade de 26,3% do *corpus* textual e evidencia as medidas de prevenção e controle adotadas pelas pessoas e comunidades, onde as palavras que tiveram maiores significâncias foram: máscara ($\chi^2=98,3$; $p < 0,0001$); mão ($\chi^2=75,11$; $p < 0,0001$); uso ($\chi^2=68,6$; $p < 0,0001$); álcool e gel com $\chi^2=36,32$ e $\chi^2=40,35$

respectivamente ($p < 0,0001$); distanciamento ($\chi^2=34,47$; $p < 0,0001$) e higienização ($\chi^2=32,36$; $p < 0,0001$). As citações abaixo discorrem sobre as principais medidas preventivas adotadas pelas famílias e comunidades:

Procuramos seguir as recomendações da OMS no que se refere ao isolamento social e medidas de higiene, como lavagem das mãos, uso de álcool em gel e o uso de máscaras (ctle 9).

Lockdown, uso obrigatório de máscara, distanciamento social e imunização (ctle 2).

Com o lockdown nós vimos uma diminuição dos casos. E fora isso, também o distanciamento social e a limitação de pessoas em determinados espaços públicos, a obrigatoriedade de utilizar máscaras, todas com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissibilidade (ctle 1).

Lavar frequentemente as mãos e deixar a casa sempre limpa, nem todos seguem a mesma coisa. Na minha área teve muita baixa, muitas pessoas que morreram, com comorbidades e sem comorbidades (ctl 14).

Ao analisar as falas, percebe-se que o isolamento social, o distanciamento social e o *lockdown* são medidas de enfrentamento bastante citadas pelos participantes da pesquisa, indo de encontro com o estudo realizado por Goulart *et al.* (2021) que questionaram sobre a importância das medidas preventivas adotadas no combate ao coronavírus e obteve o isolamento e o distanciamento social como importantes ou muito importantes para 77% dos participantes.

A efetividade das medidas mais restritivas foi observada em um estudo ecológico realizado com o objetivo de descrever as medidas de contenção de tipo *lockdown* e a incidência da COVID-19 em sete países, entre eles o Brasil, onde se identificou que os países que implementaram *lockdown* tiveram diminuição da incidência diária de COVID-19 (casos por milhão de habitantes) no período de três semanas, a contar do início da medida. (HOUVÈSSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

Percebe-se também, através da análise das entrevistas, que a higienização das mãos, o uso de álcool em gel e uso de máscara ao sair de casa obtiveram maior significância quanto às medidas adotadas, refletindo no cumprimento das medidas mais recomendadas de acordo com as evidências científicas disponíveis na literatura sobre prevenção e controle da COVID-19. (SOARES *et al.*, 2022).

Nesta pesquisa, foram considerados importantes dois aspectos para a efetivação das medidas de enfrentamento, um relacionado à percepção dos usuários em relação às medidas de prevenção da COVID-19, seja por dificuldade/limitação no cumprimento das medidas preventivas, seja por influência das redes sociais; e outro relacionado às medidas de prevenção e controle da COVID-19 aplicadas pela gestão sanitária e quais os meios de

operacionalização/concretização foram disponibilizados por parte da gestão. Assim, quando questionados sobre quais as principais dificuldades na adesão às medidas preventivas e qual foi a mais difícil de realizar podemos identificar as seguintes falas:

A mais difícil é o distanciamento social. Não fomos criados nesta singularidade de não ter aproximação e circulação com outras pessoas e em outros locais (clte 3).

O uso de máscara. Ficar com aquilo o tempo todo incomoda, você não vê um sorriso do outro. As pessoas ficaram com medo de você caso você espirrasse ou tossisse (clte 4).

A falta de equipamentos de proteção individual foi um grande dificultador. Porque no começo faltou tudo e tivemos dificuldade aos materiais, máscara, álcool e assim foi muito difícil, porque o salário tinha reduzido e as coisas aumentando de preço (clte 13).

A gestão deveria dar um suporte maior para o pessoal da saúde, em relação aos equipamentos de proteção individual como as máscaras que eram regradas, para pegar uma máscara eu tinha que assinar um livro e a mesma deveria ser usada durante um período inteiro, seis horas com a mesma máscara (clte 5).

As medidas de isolamento e distanciamento social além de serem consideradas as mais importantes e as mais adotadas pelos participantes da pesquisa para contenção comunitária do novo coronavírus, percebe-se que são também as mais difíceis de serem realizadas, justamente devido aos inúmeros impactos que geram na vida das pessoas, além de interferir em hábitos e costumes pertencentes a uma cultura/sociedade.

Não se pode deixar de destacar, também, o surgimento de sentimentos como o medo e a desconfiança por conta de, no passado, medidas de saúde pública já terem sido utilizadas como justificativa para implementar ações coercitivas contra certas comunidades, produzindo no fim o efeito oposto (um distanciamento) nos indivíduos. (PELLECCHIA *et al.*, 2015).

Outro aspecto que dificulta a efetividade das medidas preventivas trata-se dos meios disponibilizados pela gestão para sua operacionalização, pois, a atuação dos trabalhadores da saúde necessita de condições adequadas para proteção, segurança e manutenção da sua qualidade de vida. Durante a pandemia, ficou evidente a fragilidade e incapacidade do sistema de gestão que repercutiu negativamente no planejamento logístico de materiais e insumos para prestação da assistência segura e de qualidade.

O cenário apresentado destaca problemas, inúmeras vezes apontados na literatura, com evidências sólidas para tomadas de decisões mais contundentes e eficazes, buscando melhores condições de trabalho, remuneração, jornada de trabalho e segurança para desenvolver suas atividades laborais. (CARDOSO; SÓRIA, VERNAGLIA, 2021).

Nesta pesquisa, a análise de similitude foi construída com os 226 segmentos ativos mais frequentes no *corpus* textual. Foi possível identificar três núcleos centrais dos quais surgem as ramificações. Esses núcleos são representados pelas palavras: achar, acreditar e trabalhar. A palavra achar encontra-se no polígono central e possui maior destaque dentro da árvore, dela surgem quatro grandes ramificações que se desembocam em outras ramificações menores.

As palavras que formam o núcleo central de representatividade apresentam predomínio de significados (achar, dever contribuir, investir, visitar, viver, mudar), ao mesmo tempo retrata a realidade da necessidade de dever cumprir sua missão e a realidade da atual conjuntura que impõe a estes profissionais desafios diários para enfrentar o alto risco de contaminação e a possibilidade de transmissão da doença a terceiros e familiares. (BITENCOURT *et al.*, 2022).

Ao analisar as ramificações minuciosamente, percebe-se que ao lado direito da árvore existe um agrupamento de palavras que exprimem sentimentos de mudanças ocorridas na vida diária dos participantes da pesquisa, como “conversar”, “precisar” e “morar”, indo de encontro à classe 1, exposta anteriormente no dendograma, categorizada como mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias. Ao lado esquerdo da árvore de coocorrência emergiram dois polígonos voltados para os mecanismos de comunicação e informação sobre o coronavírus, classe 2 do dendograma, um relacionado às ações importantes nesse processo de comunicação evidenciadas pelas palavras “prevenir”, “orientar” e “agir” e outro relacionado às ações que interferem nesse processo, evidenciadas pelas palavras “fake news”, “atrapalhar” e “whatsApp”, ambos os polígonos são interligados pela palavra “coronavírus”.

Ao analisar a parte inferior da árvore pode-se perceber que as palavras agrupadas estão relacionadas às medidas preventivas, tanto às percepções, quanto às práticas adotadas pelos trabalhadores da saúde participantes da pesquisa, esses resultados indicam que entre os pares de associação no quadrante inferior existe uma forte relação entre “acreditar”, “disseminar”, “colaborar”, “procurar”, “manter” e “entender”, o que configura credibilidade nas informações recebidas. Observa-se que o elemento “acreditar” aparece como de maior centralidade exprimindo relações com os principais pares de associação que surgem nos quadrantes inferiores, evidenciando a influência direta da percepção da utilidade das informações, credibilidade e qualidade das informações.

Pois, sabe-se que a comunicação é uma estratégia-chave no processo de disseminação de informação sobre temas centrais de saúde das populações, e fontes de informações de

confiança são fundamentais face às consequências nefastas que a má informação pode ter na vida do indivíduo. (ALMEIDA; SEBASTIÃO, 2018).

Partindo do quadrante central para o superior pode-se observar um posicionamento por parte dos profissionais, no que se refere à sua funcionalidade havendo uma ligação forte entre as palavras “achar” e “trabalhar”, evidenciando o paradoxo vivenciado por esses profissionais uma vez que mesmo diante de uma situação nova, que causa pânico pelo que é desconhecido e letal, permaneceram firmes na profissão mesmo temendo o inevitável como evidenciado pelas palavras “continuar”, “atender”, “morrer”, “covid” e “evitar”.

Assim, pela similitude foi possível verificar que há traços fortes que ligam a palavra “achar”, na centralidade da árvore, com as demais ramificações, evidenciando forte relação dessa palavra com as dimensões conceituais das medidas preventivas inferindo sentimento de incerteza e insegurança quanto às mesmas, o que pode estar relacionado à dificuldade de atribuir credibilidade nas informações sobre o novo coronavírus, bem como com as dimensões atitudinais, relacionadas às práticas adotadas na vida pessoal e profissional.

Independentemente de cenários futuros, deve-se pensar no fortalecimento de atividades voltadas para o cuidado com a saúde mental do profissional, bem como o fortalecimento de dispositivos existentes no SUS que prestam assistência em lógica comunitária e territorial, seja na atenção primária ou na especializada, com o desenvolvimento de ações que estimulem o enfrentamento solidário e participativo, utilizando estratégias adaptadas às esferas sociais, culturais, religiosas e artísticas, de modo que contemplem diferentes demandas neste país de grandes dimensões e pluralidade. (DANTAS, 2021).

6.4.3 Nuvem de Palavras

E por fim, o Iramuteq realizou um processamento denominado Nuvem de Palavras, trata-se do agrupamento e organização gráfica das palavras em função da frequência que aparecem nos textos. As palavras com fontes maiores são consideradas mais relevantes porque foram utilizadas mais vezes em cada *corpus*. (VILELA; RIBEIRO; BATISTA, 2020).

A proposta de construção das nuvens de palavras levou em consideração 226 formas ativas com mais frequência no *corpus* textual com significância estatística ($p < 0,0001$), conforme demonstrado na figura abaixo (Figura 3).

de contaminação e, de fato, foram contaminados no decorrer da pandemia, repercutindo na saúde mental destes usuários que passaram a viver com medo do desconhecido, principalmente no início do período pandêmico, gerando grandes impactos em seus modos de viver e em suas relações pessoais, familiares e ocupacionais.

Observou-se que os trabalhadores da saúde perceberam as orientações médico-científicas sobre as medidas preventivas como fundamentais para a interrupção da cadeia de transmissão e as traduziram em práticas do seu cotidiano que, possivelmente, impactou positivamente na atuação destes profissionais no território de abrangência da APS pesquisada.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS possui papel essencial na prestação de cuidados e vigilância em saúde com potencial para promover atividades de informação e educação em saúde aos indivíduos e comunidades no território. Neste cenário de crise sanitária imposto pela pandemia do coronavírus, fica evidente a importância de fortalecimento da autonomia e condições de trabalhos a esses profissionais com a implementação de ações estratégicas que visam o desenvolvimento profissional, como educação permanente, e atividades que visam o cuidado com a saúde biopsicossocial.

O presente estudo reforça a importância da disseminação de informações seguras e eficazes sobre as medidas de prevenção e controle do novo coronavírus, e como a disseminação de *fake news* atrapalha no processo de credibilidade por parte da população.

Espera-se que esta pesquisa incite, no meio científico, a realização de mais estudos que abordem o tema, pois estudos sobre percepção e práticas são ferramentas importantes para entender como os indivíduos respondem aos riscos, as informações disponíveis, como definem e encaram os riscos e como enfrentá-los, principalmente por fornecerem possibilidade de colaboração para se intensificar ações educativas e informativas, visando ampliar o esclarecimento da população e reduzir os impactos da pandemia.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRO, A. S. M.; MELO, E. M. J. Reflexões acerca da "infodemia" relacionada à COVID-19. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais, v. 25, 2021.

ALGRANTI, E. *et al.* **Prevenção à COVID-19: orientações para prevenção e controle da Covid-19 nos locais de trabalho.** Fundacentro, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/fundacentro/pt-br/assuntos/noticias/noticias/2020/7/cartilha-dafundacentro-traz-medidas-de-prevencao-e-controle-da-covid-19>. Acesso em: 12 jun. 2020.

ALMEIDA, C. V.; SEBASTIÃO, S. P. A percepção dos profissionais de saúde sobre fontes de informação e sua influência na relação terapêutica. **Observatorio Journal**, 2018.

ALVES, M. K. B.; GADELHA, C. B.; ANDRADE, C. R. Relação entre a sintomatologia da Covid-19 e a inflamação vascular. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p.16812-16828 jul./aug. 2021.

ALVES, R. **A arte de produzir fome.** Sinapse. In: Folha de São Paulo, 29/10/2002, p.6. Disponível em <http://goo.gl/JWB870>. Acesso em 23 jun. 2022.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, n. 25, v. 1, p. 2423-2446, 2020a.

AQUINO, T. F. *et al.* Pandemia de COVID-19: o olhar da população em relação às medidas preventivas. **Glob Acad Nurs**, v. 1, n. 3, nov. 2020b.

AVAAZ. O Brasil está sofrendo uma infodemia de Covid-19. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>. Acesso em: 10 out. 2020.

BAKER, M.G.; PECKHAM, T.K.; SEIXAS, N.S. Estimando o fardo dos trabalhadores dos Estados Unidos expostos a infecção ou doença: um fator-chave para conter o risco de infecção por COVID-19. **MedRxiv**, mar. 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/node/73137.external-links.html>. Acesso em: 11 de jun. 2022.

BARCELOS, T.N. *et al.* Análise de fakenews veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, ed. 65 Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>. Acesso em 09 jan. 2021.

BARDIN, Laurence. Análise de Conteúdo. Edições 70, 2011.

BARROSO, W.K.S. et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v.116, p. 516-658, jun. 2021. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/sbc-dha/profissional/pdf/Diretriz-HAS-2020.pdf>

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

BEZERRA, A.C.V. *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n.1, p. 2411-2421, 2020.

BHUMIKA. Challenges for work–life balance during COVID-19 induced nationwide lockdown: exploring gender difference in emotional exhaustion in the Indian setting. *Gender in Management: An International Journal* Vol. 35 No. 7/8, 2020 pp. 705-718. 1754-2413 DOI 10.1108/GM-06-2020-016. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/GM-06-2020-0163/full/pdf?title=challenges-for-worklife-balance-during-covid-19-induced-nationwide-lockdown-exploring-gender-difference-in-emotional-exhaustion-in-the-indian-setting>.

BITENCOURT, J. V. O. V. *et al.* Creating spaces for care for nurses working in the pandemic in light of the nursing process. **Invest Educ Enferm**, vol. 40, n.1, jan-abril, 2022.

BOLETIM COVIDA. **Saúde dos trabalhadores de saúde no enfrentamento da pandemia da covid-19**. Bahia, ed. 05, 2020. Disponível em: <https://renastonline.ensp.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/recursos/boletim-covida-5-trabalhadores-da-saude.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

BOUSQUAT, A. *et al.* Desafios da Atenção Básica no enfrentamento da pandemia da Covid-19 no SUS. Relatório de Pesquisa. **Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde da Abrasco**. Rio de Janeiro, ago. 2020. Disponível em: <https://redeaps.org.br/>. Acesso em 15 nov. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Política Nacional de Atenção Básica, Brasília, 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Brasília, DF, 2021. Atualizado em:29/06/2021 às 18:30. Link de acesso: <https://covid.saude.gov.br>. Acesso em: 29 jun, 2021a.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria De Atenção Primária A Saúde. **Protocolo De Manejo Clínico Do Coronavírus (Covid-19) Na Atenção Primária À Saúde**. Brasília, DF, ed. 9, mai. 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. Brasília, 2021b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica: emergência de saúde pública de importância nacional pela doença pelo coronavírus 2019 – covid-19**. Ed. 4, Brasília, 2022.

BRISOLA, A.; BEZERRA, A. C. Desinformação e Circulação de “Fake News”: distinções, diagnóstico e reação. *In: XIX ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO – ENANCIB*, Londrina: Universidade Estadual de Londrina, 2018. **Anais [...]**, Londrina, 2018.

CABRAL, Elizabeth Regina de Melo et al. Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-12, 2020.

CAMARGO, B. V. ALCESTE: Um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. *In: MOREIRA, A. S. P. et al. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. Editora da UFPB*, João Pessoa, p.511-539, 2005.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016

CARDOSO, F. S.; SÓRIA, D. A. C.; VERNAGLIA, T. V. C. O uso do equipamento de proteção individual em tempos de COVID-19: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, 2021.

CARUANA, G. et al. Diagnostic strategies for SARS-CoV-2 infection and interpretation of microbiological results. *Clinical Microbiology And Infection. Elsevier BV*, v. 26, n. 9, p. 1178-1182, set. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cmi.2020.06.019>. Acesso em: 20 jun. 2022.

CARVALHO, D. R.; OLIVEIRA, R. M. A. Por que não desisti? Com a palavra, os permanentes do curso de ciências contábeis da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. **Conedu: Escola em tempos de conexões**, v. 3, p. 1091-1102, mar. 2021.

CARVALHO, L.S. et al. O impacto do isolamento social na vida das pessoas no período da pandemia COVID-19. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 7, p. 1-14, 2020.

CHEN, Nanshan et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 507-513, fev. 2020. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30211-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30211-7). Acesso em: 10 jun. 2022.

CHU, H. et al. Comparative tropism, replication kinetics, and cell damage profiling of SARS-CoV-2 and SARS-CoV with implications for clinical manifestations, transmissibility, and laboratory studies of COVID-19: an observational study. **The Lancet Microbe**, v. 1, n. 11, p. 14-23, 2020. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s2666-5247\(20\)30004-5](https://doi.org/10.1016/s2666-5247(20)30004-5).

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE – CONASS. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**, 4 ed. Brasília, mar 2021.

CORREIA, R. F. *et al.* SARS-CoV-2 seroprevalence and social inequalities in different subgroups of healthcare workers in Rio de Janeiro, Brazil. **The Lancet Regional Health – Americas**, v. 7, dez. 2021.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública**, v. 54, n. 4, jul-ago, 2020

CRUZ, M. G. A.; DUTRA, R. Q. Atividades essenciais no contexto da pandemia da Covid-19 e a centralidade do trabalho digno. **Revista Política & Sociedade**, Florianópolis, vol. 20, n.48 – mai-ago. 2021.

DANTAS, E.S.O. Saúde mental dos profissionais de saúde no Brasil no contexto da pandemia por Covid-19. **Revista Interface**, Botucatu, v. 25, p. 1-9, 2021.

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

DIAS, J.A.A. *et al.* Reflexões sobre distanciamento, isolamento social e quarentena como medidas preventivas da covid-19. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 10, ed. 3795, 2020.

Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41562-020-0884-z#citeas>

DOMINGUES, C. M. A. S. Desafios para a realização da campanha de vacinação contra a COVID-19 no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 37, n. 1, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KzYXRtNwy4fZjTXsgwSZvPr/?lang=pt>

ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD. Estrategia de detección precoz, vigilancia y control de covid-19, 9 jul. 2020. Disponível em: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCovChina/documentos/Covid19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf.

ESTRELA, F. M. *et al.* Pandemia da Covid 19: refletindo as vulnerabilidades a luz do gênero, raça e classe. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3431-3436, 2020.

FERNANDEZ, M.; MOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 19, mar. 2021.

FERREIRA, M. M. N.; PASSOS, M. A. N.; FERRAZ, C. R. A enfermagem empregando a gamificação para a adesão à higienização das mãos, no combate ao covid-19. **Revista JRG de Estudos Acadêmicos**, v. 3, n. 7, jul-dez. 2020.

FILHO CORRÊA, H. R.; RIBEIRO, A. A. Vacinas contra a Covid-19: a doença e as vacinas como armas na opressão colonial. **Saúde debate**, v. 45, n. 128, jan-mar, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2021.v45n128/5-18/>

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

GARCIA, L. P. Uso de máscara facial para limitar a transmissão da COVID-19. **Epidemiologia Serviço e Saúde**, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/CnRrjrVGFZZmYsy9YcKfvry/?lang=pt#>

GARCIA, L. P; DUARTE, E. Infodemia: exceso de cantidad en perjuicio de la calidad de las informaciones sobre la COVID-19. **Revista Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol.29 n.4, set. 2020.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C.M.; ALMEIDA, P.F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1475-1481, 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. 2020. **Saúde em Debate**, p.1 – 21. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/45013> Acesso em: 25 jul, 2021.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* **Desafios da Atenção Básica no Enfrentamento da Pandemia de Covid-19 no SUS**. In: PORTELA, M.C.; REIS, L. G. C.; LIMA, S. M. L. COVID-19: desafios para a organização nos sistemas e serviços de saúde. online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, p. 200-2015, 2022.

GOULART, L. S. et al. COVID-19 na Estratégia Saúde da Família: uma análise de como a população percebe e adota as medidas de prevenção. **Revista APS**, n. 24, p. 26-39, 2021.

GOULART, A. H.; MUÑOZA, I. K. Desinformação e pós-verdade no contexto da pandemia da Covid-19: um estudo das práticas informacionais no Facebook. **Liinc em Revista**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, ed 5397, dez. 2020.

GUAN, W. *et al.* Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: A Nationwide Analysis. *Eur.Respir.J.*, v.55, n.5, mai. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217650/>. Acesso em: 27 marc. 2022.

GUO, Yan-Rong *et al.* The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. **Springer Science and Business Media LLC**, Guangdong, v. 7, n. 1, p. 1-10, mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.1186/s40779-020-00240-0>. Acesso em: 05 jun. 2022.

GUZIK, Tomasz J *et al.* COVID-19 and the cardiovascular system: implications for risk assessment, diagnosis, and treatment options. *Cardiovascular Research*. **Oxford University Press (OUP)**, v. 116, n. 10, p. 1666-1687, abr. 2020. <http://dx.doi.org/10.1093/cvr/cvaa106>. Acesso em: 05 abr. 2022.

HOUVÈSSOU, G.M.; SOUZA, P.T.; SILVEIRA, M.F. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 30, n. 1, 2021.

HUANG, L. *et al.* Special attention to nurses' protection during the COVID-19 epidemic. **CritCare** [Internet], vol. 24, p.120, abr. 2020. DOI 10.1186/s13054-020-2841-7. Disponível em: <https://ccforum.biomedcentral.com/articles/>. Acesso em 15 jun. 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde 2019: Informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, 2019.

KAMPF, G.; TODT, T.; PFAENDER, S.; STEINMANN, E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **J Hosp Infect**, v. 104, p.246-251, mar. 2020. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>. Acesso em: 30 jun. 2021.

KLAMT, L.M.; SANTOS, V.S. O uso do software IRAMUTEQ na análise de conteúdo - estudo comparativo entre os trabalhos de conclusão de curso do ProfEPT e os referenciais do programa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 4, 2021.

KRUG, S.B.F. *et al.* Saúde e segurança de trabalhadores da atenção primária durante o período de pandemia do covid-19: Rio Grande do Sul/Brasil. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, SP, v. 19, n. 70, p. 221-234, out./dez. 2021.

LEMOS, P.; ALMEIDA-FILHO, N., FIRMO, J. COVID-19, desastre do sistema de saúde no presente e tragédia da economia em um futuro bem próximo. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v 2, n. 4, p. 39-50, 2020.

LI, Q. *et al.* Early transmission dynamics in Wuhan, China, of novel coronavirus-infected pneumonia. **N Engl J Med**, v. 382, n. 13, p. 1199-1207, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001316>.

LOPEZ-LEON, S.; FORERO, D. A.; RUIZ-DÍAZ, P. Recommendations for working from home during the COVID-19 pandemic (and beyond). – IOS Press and the authors. All rights reserved, vol. 66, p. 371-375, jul. 2020.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. *In: Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. Liège, Belgique. Retrieved*, v.13, p.687-689, abr. 2013. <marco/20/20200318-ProtocoloManejo-ver002.pdf>.

MARCHAND, P.; RATINAUD, P. L'analyse de similitude appliqué aux corpus textuelles: les primaires socialistes pour l'élection présidentielle française. *In Actes des 11eme Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles. JADT 2012.*

MASSARANI, L. *et al.* Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 8, p. 3265-3276, 2021.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00149720>. Acesso em: 09 dez. 2020.

MEIRA, M. M. *et al.* Manual de Práticas Educativas -Parte I: Etiqueta Respiratória no auxílio do enfrentamento da Pandemia da Covid-19. **Raízes e Rumos**, Rio de Janeiro, v.8

n.2, p. 285-295, jul.-dez., 2020. Disponível em:
<http://seer.unirio.br/raizeserumos/article/view/10316/9133>.

MERCEDES NETO, *et al.* Fake news no cenário da pandemia de covid-19. **Cogitare enferm**, v. 25, 2020

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), 621-626.2012.

NAZAR, T. C. G. *et al.* Quem cuida de quem cuida? Levantamento e caracterização da saúde mental de profissionais da saúde frente à pandemia do Covid-19. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, Umuarama, v. 26, n. 1, p, 47-55, jan-abr. 2022.

NG K, *et al.* COVID-19 and the Risk to Health Care Workers: A Case Report. **Ann Intern Med [Internet]**, v.16, mar. 2020. Disponível em:
<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/L20-0175>. Acesso em: 28 jun. 2021.

OLIVEIRA, B.L.C.A. *et al.* Prevalência e fatores associados à hesitação vacinal contra a covid-19 no Maranhão, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.55, n.12, 2021.

OLIVEIRA, T. D.; TOSTA, L. V. O “novo normal” e a qualidade de vida do trabalhador: uma análise das mudanças em decorrência da covid-19. **Revista GETS**, Sete Lagoas, v. 3, p.3-19, 2020.

OPINION BOX. Pesquisa: Impacto financeiro da pandemia e o comportamento do consumidor. Atualizado em abr. 2020. Disponível em:
<https://blog.opinionbox.com/pesquisa-impacto-financeiro-pandemia/>. Acesso em 10 jul. 2021.

PALÁCIO, M. A. V.; TAKENAMI, L. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia (Health Surveillance under Debate: Society, Science & Technology)*, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION/WORLD HEALTH ORGANIZATION. Screening for SARS-CoV-2 infections with colorimetric RT-LAMP and LAMP sequencing. May. 2020. Disponível em: <https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/1520?locale-attribute=es>.

PELLECCHIA, U. *et al.* Social Consequences of Ebola Containment Measures in Liberia. **PLoS ONE**, v. 10, n. 12, 2015.

PENNYCOOK, G.; RAND, D.G. Lazy, not biased: Susceptibility to partisan fake news is better explained by lack of reasoning than by motivated reasoning. **Cognition**, v.188. p. 39-50, jul. 2019.

PIETRABISSA, G.; SIMPSON, S. G. Psychological consequences of social isolation during COVID-19 outbreak. **Frontiers in Psychology**, v. 11, set. 2020. Disponível em:
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.0220>.

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS COVID, PNAD COVID-19, **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. IBGE, Rio de Janeiro, 2020.

PULIDO, C.M. *et al.* A new application of social impact in social media for overcoming fake news in health. **Int J Environ Res Public Health** [Internet], vol. 17, n. 7, apr. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7177765/>. Acesso em: 30 jun. 2021.

ROCHA, G. K. et al. Avaliação do conhecimento da população do estado do Rio de Janeiro sobre a pandemia de Covid-19. **Vértices**, Campos dos Goitacazes, vol. 23, n. 2, 2021.

SANTAELLA, Lucia. A pós-verdade é verdadeira ou falsa? Estação das Letras e Cores, Barueri, São Paulo, 2018.

SANTANA, A. N.; ROAZZI, A. Home Office e COVID-19: Investigação Meta-analítica dos Efeitos de Trabalhar de Casa. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 21, n. 4, p. 1731-1738. Dez. 2021.

SANTOS, J. P. C. *et al.* Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 5, 2020.

SANTOS, L. S. *et al.* Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária à Saúde de uma microrregião geográfica. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 4, p. 552-560, 2019.

SANTOS, P. P. G. V.; OLIVEIRA, R. A. D.; ALBUQUERQUE, M. V. Desigualdades da oferta hospitalar no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: uma revisão integrativa. **Saúde e Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 1, p. 322-337, mar 2022.

SARTI, T. S. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia Serviço e Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020.

SALVIATI, M. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. Planaltina, março de 2017 Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-mariaelisabeth-salviati> Acesso em: 24 jun. 2022.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. **Boletim Estadual Coronavírus**. Atualizado em 06/07/2021. Link de acesso: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2021/06/BOLETIM-29-06.pdf>. Acesso em 30 jun. 2021.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO MARANHÃO. **Boletim Estadual Coronavírus**. Atualizado em 10/06/2022. Link de acesso: <https://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2022/06/BOLETIM-10-06.pdf>. Acesso em 10 jun. 2021.

SILVA, F. A. B.; LUNELLI, I. C. A Judicialização do Auxílio Emergencial: lentidão e inefetividade das ações públicas entre os povos indígenas em São Gabriel da Cachoeira, no Amazonas. **Boletim de Análise Político-Institucional**, n. 26, mar. 2021.

SILVA, L. L. S. *et al.* Cad. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 336, n. 9, 2020.

SMITH, J.A.; JUDD, J. COVID-19: Vulnerability and the power of privilege in a pandemic. **Health Promot J Austr**, v. 31, n. 2, p. 158-160, 2020.

SOARES, K. H. D. *et al.* Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, fev. 2022.

SOARES, C. S. A.; FONSECA, C. L. R. Atenção primária à saúde em tempos de pandemia. **J Manag Prim Health Care**, v. 12, ed. 22, 2020.

SOUSA JÚNIOR, J. H. *et al.* Da Desinformação ao Caos: uma análise das Fake News frente à pandemia do Coronavírus (COVID-19) no Brasil. **Cadernos de Prospecção**, Salvador, v. 13, n. 2, Edição Especial, p. 331-346, abr. 2020.

SOUSA JÚNIOR, J. H.; PETROLL, M. D. L. M.; ROCHA, R. A. Fake News e o Comportamento Online dos Eleitores nas Redes Sociais durante a Campanha Presidencial Brasileira de 2018. In: XXII SEMEAD – SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, USP, São Paulo, 2019. **Anais** [...]. São Paulo, 2019.

SOUZA, Y. M. *et al.* Caracterização dos trabalhadores da saúde da enfermagem afastados por distúrbios osteomusculares em hospital universitário. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria- Rio Grande do Sul, v. 10, ed. 10, p. 1-17, jan. 2020.

TASCA, R. *et al.* Recomendações para o fortalecimento da atenção primária à saúde no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 44, ed. 4, 2020.

TEIXEIRA, C.F.S. *et al.* A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 9, set.2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 10 mar. 2022.

VILELA, R. B.; RIBEIRO, A.; BATISTA, N. A. Nuvem de palavras como ferramenta de análise de conteúdo: uma aplicação aos desafios do ensino no mestrado profissional. **Millenium**, v. 2, n. 11, p. 29- 36, 2020.

WAGNER, L. S. *et al.* Prevalência de covid-19 em profissionais da saúde. In: XXVI Seminário Interinstitucional de ensino, pesquisa e extensão: Ciência e inovação em um mundo em transformação. **[Anais]**... Cruz alta, 2021.

WIERSINGA, W. Joost *et al.* Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019. **American Medical Association (AMA)**, *Jama*, v. 324, n. 8, p. 782, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.12839>. Acesso em: 10 jun. 2022.

WILDER-SMITH, A.; CHIEW, C. J.; LEE, V. J. Can we contain the COVID-19 outbreak with the same measures as for SARS? **Lancet Infect. Dis**, v. 20, p. 30129-8, 2020.

working from home during the COVID-19 pandemic (and beyond). *Work*, 66, p. 371–375, 2020. <https://doi.org/10.3233/WOR-203187>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health Topics. Coronavírus. Coronavirus: symptoms.** World Health Organization, 2020a. Disponível em: https://www.who.int/healthtopics/coronavirus#tab=tab_3. Acesso em: 07 abr de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Draft landscape of COVID-19 candidate vaccines.** Dezembro, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of->

XU Z, *et al.* Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. **Lancet Respir Med**, v. 8, n. 4, p. 420-422, 2020.

ZHANG, J. *et al.* Resposta de intervenção de crise psicológica recomendada para o novo surto de pneumonia por coronavírus na China de 2019: um modelo de Hospital da China Ocidental. **Revista de Medicina Clínica de Precisão**, vol. 3, p. 3-8, mar. 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/pcm/article/3/1/3/5739969>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ZOU L. *et al.* SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. **N Engl J Med**, v. 382, n. 12, p. 1177-1179, 2020.

ANEXOS

ANEXO 1 – MAPA DA DISTRIBUIÇÃO TERRITORIAL DOS DISTRITOS SANITÁRIOS DE SAÚDE



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de São Luís, Maranhão, 2020.

ANEXO 2 – CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO

PREFEITURA DE SÃO LUÍS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SEMUS
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

AUTORIZAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os alunos:

1. Eline Maria Santos de Sousa
2. Joana Carolyne de Oliveira Félix Portela
3. Thamyris Mendes Gomes Machado

estão autorizados(as) a coletar dados em nossas unidades de saúde para a realização do Projeto de extensão e pesquisa intitulado: **Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde no Estado do Maranhão**

Sob a supervisão do professor orientador: **Márcio Moysés de Oliveira**

UNIDADES DE SAÚDE onde será aplicado o Projeto:

1. Centro de Saúde Amar
2. Centro de Saúde São Cristóvão
3. Centro de Saúde Turu

Nº do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa: **4.562.047**

São Luís - MA, 30/03/2021.

Daniel Lago Borges
Superintendente de Educação
em Saúde SEDS/SEMUS

Superintendência de Educação em Saúde/SEMUS

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO DA PRIMEIRA ETAPA

PERFIL DO ENTREVISTADO

Estado: _____

Município: _____

Bairro/área/localidade _____

UBS: _____

Data de nascimento: _____

Sexo: () Feminino () Masculino

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

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

Nível de Escolaridade: () Sem Escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental (

) Médio incompleto () Médio () Superior incompleto () Superior () Pós-graduação

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

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

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

Infraestrutura do domicílio (Acesso à água)

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

Outro: _____

Infraestrutura do domicílio: * (Esgotamento)

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

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

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

() Até 1 SM – R\$1.045,00

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

() Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00

() Até 4 SM – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00

() Mais de 4 SM – R\$4.180,00 ou mais

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

() Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho

() Empregado(a) sem carteira de trabalho

() Empregado(a) do setor público (inclusive empresas de economia mista)

() Trabalhava por conta própria

() Cooperativado(a)

() Trabalhava sem remuneração

() Bolsista

() Estudante

() Aposentado(a)

() Dono(a) de Casa

() Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar

() Procurava, mas não encontrava trabalho

Não trabalhava por outro motivo

Outro: _____

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

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

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

- Assistência à saúde (atendimento direto à população) *
 Saúde Segurança Transporte Serviço bancário Não trabalhei em atividade essencial

Outro: _____

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

- 0 1 2 3 a 4 5 e mais

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

- Sim, benefício de prestação continuada
 Sim, aposentadoria
 Sim, bolsa família
 Sim, bolsa defeso
 Não

Outros: _____

14. O/a Sr(a) tem plano de saúde? *

- Sim Não

II- COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO SOBRE O CORONAVÍRUS

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

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

Outro: _____

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

- Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)
 WhatsApp Facebook Instagram
 Televisão Jornais na TV e/ou na internet
 Rádio Religião Amigos/vizinhos/parentes da comunidade
 Governantes (prefeito, governador, presidente)

Outro: _____

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

- () Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)
 () WhatsApp() Facebook() Instagram
 () Televisão() Jornais na TV e/ou na internet
 () Rádio() Religião () Amigos/vizinhos/parentes da comunidade
 () Governantes (prefeito, governador, presidente)

Outro:

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

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

III- MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DO CORONAVÍRUS

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

- () Muito confiante() Bem confiante() Razoavelmente confiante
 () Pouco confiante() Nada confiante

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

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

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

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

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

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

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

Sim Não Não Sei

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

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

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

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

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

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

Sim Não

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

Auxílio emergencial do governo federal Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação) Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação) Auxílio de instituições de caridade

- Auxílio de ONGs
- Auxílio da própria comunidade
- Auxílio de Igreja
- Auxílio de amigos/parentes
- Não recebemos nenhum auxílio
- Outro:

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

- Diabetes Hipertensão Problemas Cardíacos Asma Câncer HIV
- Problemas relacionados à saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, esquizofrenia, abuso de álcool e outras drogas, etc)

Nenhuma das opções anteriores

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

- Sim Não Não sei Não desejo responder

ANEXO 4 – ROTEIRO DA ENTREVISTA DIALOGADA (2ª ETAPA)

Sobre as mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias

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

Sobre as informações recebidas

- 4) Durante a epidemia do **CORONAVÍRUS**, o Sr. (a) recebeu alguma informação na qual não acreditou? Seria possível identificar a fonte?
- 5) O Sr. (a) acha que as informações foram suficientes para se prevenir do **CORONAVÍRUS**? Quais achou mais eficazes?
- 6) Que orientação foi difícil de fazer? E por que?
- 7) Tem alguma informação que o Sr. (a) acha que atrapalhou no combate do **CORONAVÍRUS**?

Sobre as estratégias da família e Comunidade

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

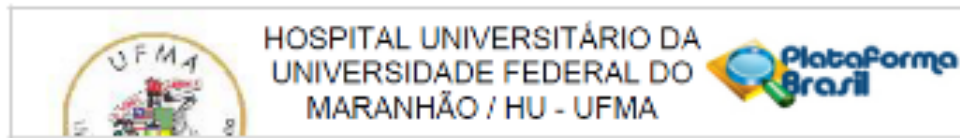
Sobre as ações dos serviços de Saúde

- 11) Qual (ais) serviço (s) de saúde acompanhou e tem acompanhado o Sr. (a) e sua família durante o **CORONAVÍRUS**?
- 12) O que mais poderia ser feito pela equipe da Unidade de Saúde na sua comunidade para prevenção do **CORONAVÍRUS**?
- 13) Quais as principais dificuldades que o Sr. (a) e sua família enfrentaram para seguir as recomendações da Equipe de Saúde para prevenção da contaminação pelo **CORONAVÍRUS**?

Sobre os governos

- 14) Em sua opinião, o que os governantes deveriam fazer para enfrentar a pandemia do **CORONAVÍRUS**?

ANEXO 5 – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde no Estado do Maranhão.

Pesquisador: Márcio Moysés de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 43377021.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

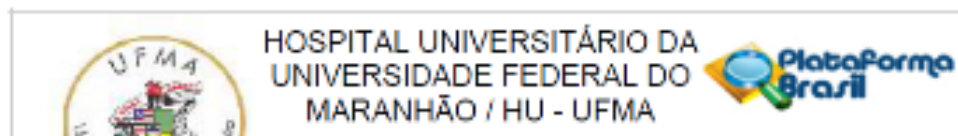
Número do Parecer: 4.562.047

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da PesquisaPB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1706192.pdf 25/02/2021 16:20:20

A pesquisa intitulada "Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde no Estado do Maranhão" é um projeto de pesquisa elaborado pela Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROPSAÚDE/UFMA sobre COVID-19. A pandemia decretada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em fevereiro de 2020, em virtude do aumento da incidência do novo coronavírus fez com que pesquisadores(as) do mundo todo se mobilizassem para conhecer a doença e seu impacto nas populações, desenvolver tratamentos e fornecer suporte aos profissionais de saúde, pessoas acometidas pelo vírus e população. O Brasil, no dia 08 de agosto, chegou a 3 milhões de contágios e 100 mil óbitos, mostrando que as estratégias de enfrentamento da COVID-19 não estão surtindo o efeito desejado pelas políticas de saúde, razão pela qual esta pesquisa busca compreender os significados de prevenção e informações sobre a COVID-19 na dinâmica das vidas das pessoas em seus territórios. Para tanto este projeto é um recorte de pesquisa multicêntrica, de abrangência

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.004-070
 UF: MA Município: SÃO LUIS
 Telefone: (98)2103-1250 E-mail: cep@ufma.br



Continuação do Parecer 4.502.047

nacional, com abordagem quanti-qualitativa, transversal, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e

as demais Instituições de Ensino e Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A equipe da pesquisa é composta por uma coordenação nacional; por coordenadores(as) locais da pesquisa, sendo estes(as), os (as) coordenadores(as) e docentes do PROFSAÚDE nas Instituições de Ensino e Pesquisa; bem como por mestrandos(as) do curso. Os(as) alunos(as) do PROFSAÚDE/UFMA, pesquisadora(s) neste estudo, serão os responsáveis pela condução da pesquisa nas UBS, tendo em vista que os sujeitos alvo do estudo são as famílias dos territórios adstritos às Unidades Básicas de Saúde (UBS) nas quais os(as) mesmos(as) estão vinculados(as). Os alunos(as) contarão com a supervisão e apoio dos(as) coordenadores(as) locais da pesquisa. Com este estudo espera-se conhecer e compreender melhor as práticas do enfrentamento da pandemia pela população brasileira, em especial a população do Estado do Maranhão, ajudando equipes, gestores e políticas públicas nas orientações médico-científicas de prevenção e controle da COVID-19.

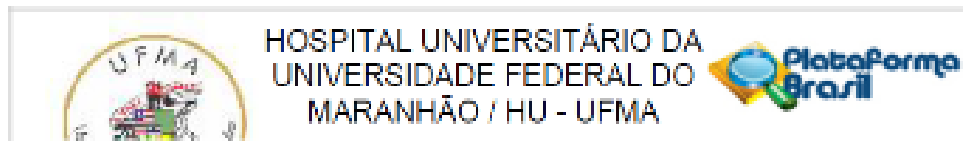
Hipótese:

O universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias se expressa em estratégias utilizadas pela população adstrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco para a prevenção e controle da COVID-19, de forma que reflita em credibilidade desta população às informações de prevenção e controle da COVID-19.

Metodologia Proposta:

Estudo com abordagem quanti-qualitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. O estudo é um recorte de projeto de pesquisa multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo inicialmente, 88 municípios e 134 Equipes de Saúde da Família. O universo da pesquisa regional compreende na primeira etapa 350 famílias distribuídas nas 05 (cinco) Equipes de Saúde da Família como participantes do projeto dos territórios adstritos às UBS, nas quais alunos(as) do PROFSAÚDE/UFMA estão vinculados(as), distribuídos em 05 (cinco) municípios no Estado do Maranhão: São Luís, São José de Ribamar, Rosário, Zé Doca e Imperatriz. Isso equivale a 70 famílias por equipe, em média, para responder ao questionário. A amostra é de conveniência por inclusão das famílias de usuários(as) cadastrados(as) que tenham frequentado a UBS nos 90 dias.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	Email: oco@huufma.br



Continuação do Parecer 4.000.047

precedentes à pesquisa. Na segunda etapa, 20% das famílias participantes da etapa anterior responderão à entrevista agendada e gravada em áudio, seguindo o critério de saturação sob a condução dos(as) mestrandos(as).

PRIMEIRA ETAPA: A amostra será definida por conveniência, a partir da inclusão das famílias de usuários(as) cadastrados que tenham frequentado a UBS de modo permanente nos 90 dias precedentes à pesquisa, que responderão a um questionário online pela plataforma Google Forms, com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, com três núcleos

de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID-19. Apenas um membro da família poderá responder o questionário. Cada região do país tem um link diferente para acessar o questionário online.

SEGUNDA ETAPA: como já foi informado, os(as) pesquisadores(as) responsáveis pela coleta dos dados primários são os mestrandos e mestrandas do PROFSAÚDE/UFMA, profissionais dos serviços de saúde vinculados às UBS, portanto seguirão as orientações e os protocolos dos Planos de Contenção ao novo coronavírus dos municípios. Ressalte-se que esses pesquisadores(as)/profissionais de saúde terão que negociar com os seus coordenadores nas UBS para realizar a pesquisa no período indicado no cronograma da pesquisa. Nessa etapa serão realizadas entrevistas dialogadas, mediadas por um roteiro sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Para tanto, serão definidos aleatoriamente, 20% das famílias participantes da etapa anterior com os quais serão realizadas entrevistas de forma presencial ou por telefone (apenas um membro da família poderá ser entrevistado), sendo gravadas em áudio e seguindo o critério de saturação, sob a condução dos(as) mestrandos(as).

Critério de Inclusão:

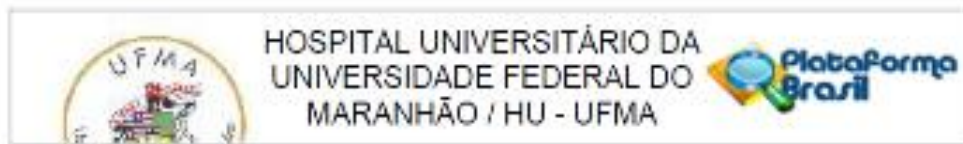
Usuários(as), maiores de 10 anos, cadastrados(as) que tenham frequentado a UBS nos 90 dias precedentes à pesquisa, possuam telefone celular e se disponham a participar

Critério de Exclusão:

Usuários(as) sem acesso à internet, sem cadastro nas UBS e que após três tentativas de envio, com intervalo de uma semana, ou que após busca ativa não responderam à solicitação de participação na pesquisa

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)2100-1290	E-mail: cog@ufma.br

Assinado em 01



Continuação do Protocolo 4.003.017

Metodologia de Análise de Dados:

Serão realizadas oficinas para a análise. A análise terá um agendamento específico por meio de grupos de trabalho para analisar os dados coletados de acordo com cada etapa da pesquisa, sendo na primeira etapa, através da plataforma Google Forms, a produção de percentuais, gráficos e tabelas que descrevam a situação por meio de dados agregados e locais. E na segunda etapa, a análise dos áudios transcritos, em seu conteúdo e categorização segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação. Utilizaremos o software MAXQDA para análises qualitativas do conteúdo das entrevistas.

Desfecho Primário:

compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados por meio da análise de como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- 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.

Objetivo Secundário:

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

- Identificar as estratégias utilizadas pela população adstrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco para a prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientam;

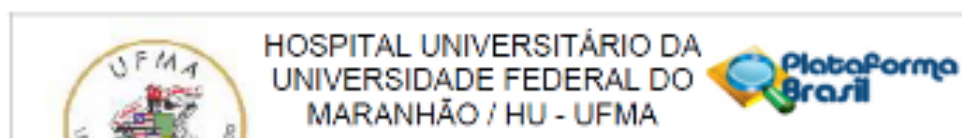
- Conhecer o grau de credibilidade que a população adstrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco atribuem às informações de prevenção e controle da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-010
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)2109-1290	E-mail: csp@hucma.br

Assinatura de: _____



Continuação do Formulário 4.562.047

Os riscos ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que se possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar estes riscos o questionário pode ser respondido de modo privado e no momento e local de preferência do participante. Um outro risco é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas no estudo. Os dados serão armazenados em um computador e o nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Tem-se a garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da participação no estudo, estão assegurados o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que tem-se o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Benefícios.

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

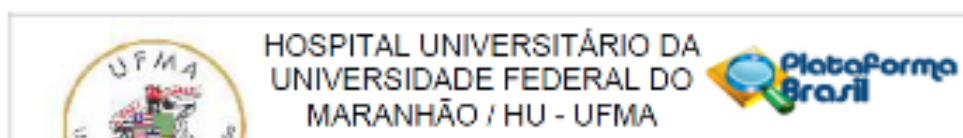
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa elaborado pela Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFMA sobre COVID-19 que busca compreender os significados de prevenção e informações sobre a COVID-19 na dinâmica das vidas das pessoas em seus territórios. O projeto é um recorte da pesquisa multicêntrica, de abrangência nacional, com abordagem quanti qualitativa, transversal, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e demais instituições de Ensino e Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROF-SAÚDE/MPSF) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ou Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3).

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.074-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA Município: SÃO LUIS	
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cap@ufma.br



Continuação do Parecer: 4.582.047

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O PROTOCOLO não apresenta óbices éticos, portanto atende aos requisitos fundamentais da Resolução CNSIMS nº 466/12 e suas complementares, sendo considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

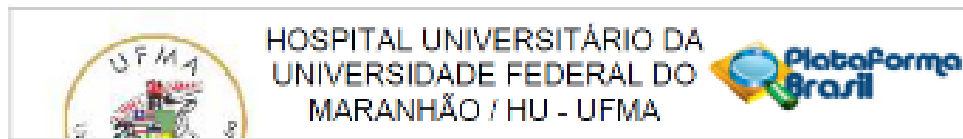
O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1708192.pdf	25/02/2021 16:20:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPOSTA.pdf	25/02/2021 16:27:10	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
TCI F / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCI F.pdf	25/02/2021 16:08:46	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRegionalPROFSAUDEUFMA.pdf	26/02/2021 16:09:35	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoRegionalPROFSAUDEUFMAwork.docx	25/02/2021 16:09:19	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Outros	Declaração de Responsabilidade Financeira.pdf	21/02/2021 12:55:30	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	21/02/2021 12:56:10	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Declaração de	Termo de Anuência Pesquisadores.pdf	21/02/2021	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109 1250 E-mail: cep@hufma.br



Continuação do Parecer: 4.582.047

Pesquisadores	TermodeAnuenciaPesquisadores.pdf	12:54:18	Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaZEUOCA.pdf	21/02/2021 12:54:32	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaSJKibamar.pdf	21/02/2021 12:54:19	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaSaoLuis.jpeg	21/02/2021 12:54:07	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaRosario.jpeg	21/02/2021 12:50:55	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaImperatriz.pdf	21/02/2021 12:53:08	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/02/2021 12:53:24	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	21/02/2021 12:52:42	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SÃO LUIS, 28 de Fevereiro de 2021

Assinado por:
Camiliane Azevedo Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Irapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
UF: MA Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)21159-1250 E-mail: ccep@huufma.br

APÊNDICE A – CONVITE DE PARTICIPAÇÃO

ESTUDO DE PREVENÇÃO E CONTROLE DA COVID-19: PERCEPÇÃO E PRÁTICAS NO COTIDIANO DAS ORIENTAÇÕES MÉDICO-CIENTÍFICAS ADOTADAS PELOS TRABALHADORES DA SAÚDE DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS

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

Endereço de e-mail:

Nome Completo:

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado para participar da pesquisa “Estudo de Prevenção e Controle da Covid-19: Percepção e Práticas no Cotidiano das Orientações Médico-Científicas Adotadas pelos Trabalhadores da Saúde da Atenção Primária à Saúde no Município de São Luís”. Essa pesquisa tem por objetivo analisar como os trabalhadores da saúde da APS percebem e traduzem em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário sobre as suas percepções em relação à epidemia por COVID-19 no Brasil. Existem também questões sobre dados socioeconômicos e familiares. O tempo estimado para responder o questionário é de 15 minutos. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. A sua participação neste estudo é voluntária e os pesquisadores responsáveis estão à disposição para esclarecimentos e dúvidas.

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

() Sim

() Não

ASSINATURA: _____

APÊNDICE C – CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

UNIDADES DE REGISTRO/FALAS	CLASSE	CÓDIGO/TEMA	CATEGORIA
<p>-Com o coronavírus tive mudanças nas relações sociais, profissionais e psicológicas. A família ficou mais afastada por conta do isolamento social. Como profissional de saúde, me dediquei mais ainda ao trabalho e não tinha atividades de lazer, aumentando o nível de stress e ansiedade (clte9).</p> <p>-Tivemos que nos readaptar a um novo estilo de vida, à nova maneira de viver de máscara, de viver com o medo, com o número de pessoas contaminadas, número de doenças psicológicas por conta do medo e da ansiedade (clte 4).</p>	1	Mudanças ocorridas na vida das pessoas	Mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias
<p>-Tiveram muitas <i>fakenews</i>. Principalmente porque não sabíamos qual eram as informações certas e quais eram as erradas, depois das vacinas percebemos uma grande falta de informação (clte 1).</p> <p>-Havia muita informação falsa, muitos <i>fakenews</i>, informações que eu procurei neutralizar, pois na minha opinião prevalece a ciência e o conhecimento técnico (clte 9).</p>	2	Acesso à Informação	Comunicação e informação sobre o coronavírus
<p>-Graças ao SUS tivemos acesso à vacina, à educação em saúde e uma série de coisas (clte 4).</p> <p>- A Unidade Básica de Saúde nos acompanhou, muito importante na vacinação e no enfrentamento da pandemia nos auxiliando a tomar as medidas cabíveis como o uso de máscaras e prevenindo outros vírus como a influenza (clte 11)</p>	3	Acesso à saúde	Atuação da APS durante a pandemia.
<p>-Procuramos seguir as recomendações da OMS no que se refere ao isolamento social e medidas de higiene, como lavagem das mãos, uso de álcool em gel e o uso de máscaras (ctle 9).</p> <p>-Lockdown, uso obrigatório de máscara, distanciamento social e imunização (ctle 2).</p> <p>-Com o lockdown nós vimos uma diminuição dos casos. E fora isso, também o distanciamento social e a limitação de pessoas em determinados espaços públicos, a obrigatoriedade de utilizar máscaras, todas com o objetivo de quebrar a cadeia de transmissibilidade (ctle 1).</p>	4	Evitar o adoecimento	Estratégias de prevenção e controle da COVID-10 da família e comunidade