

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**

ELINE MARIA SANTOS DE SOUSA

**Prevenção e controle da COVID-19 em pacientes diabéticos *mellitus* tipo 2: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas nos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde.**

São Luís – 2022

ELINE MARIA SANTOS DE SOUSA

**Prevenção e controle da COVID-19 em pacientes diabéticos *mellitus* tipo 2:**  
percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas nos territórios de  
abrangência da Atenção Primária à Saúde.

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.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira  
Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Fiquene Conti  
Linha de pesquisa: Informação e Saúde

São Luís – 2022

DE SOUSA, Eline Maria Santos.

**Prevenção e controle da COVID-19 em pacientes diabéticos mellitus tipo 2:** percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas nos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde. São Luís - MA / Eline Maria Santos de Sousa. São Luís, 2022.

78 f.

Coorientadora: Profa. Dra. Cristiane Fiquene Conti.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira.

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

1. COVID -19. 2. Diabetes Mellitus. 3. Atenção Primária à Saúde. I.de Oliveira, Márcio Moysés. II. Conti, Cristiane Fiquene. III. Título.

ELINE MARIA SANTOS DE SOUSA

**Prevenção e controle da COVID-19 em pacientes diabéticos *mellitus* tipo 2: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas nos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão -UFMA /Profsaúde, para obtenção de grau em Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Informação e Saúde

Aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

---

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira (Orientador)

---

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho (Membro Interno)

---

Profa. Dra. Maria do Carmo Lacerda Barbosa (Membro Interno)

---

Profa. Dra. Francelena de Sousa Silva (Membro Externo)

---

Profa. Dra. Maria do Rosário da Silva Ramos Costa (Suplente)

## **AGRADECIMENTOS**

A Universidade Federal do Maranhão que me abraçou e me capacitou cada dia ao meu exercício de docência.

Ao Profsaúde que me oportunizou ser cada dia melhor como profissional e como ser humano.

Ao meu orientador que pacientemente deu seu suporte durante essa trajetória, sendo mais que um orientador, foi um mentor em minha vida profissional.

A todos os professores do Mestrado, pela grandeza em partilhar conhecimentos.

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS/ADSCRIPTIO**

Agradeço primeiramente a Deus por ter me levado a caminhos que sem sua intercessão eu jamais chegaria.

À minha família que sempre me apoia em todos os passos e sempre torce por meu sucesso, meu eterno agradecimento.

Aos meus amigos do Mestrado, pelo companheirismo, atenção, colaboração e engrandecedora convivência ao longo desta jornada.

## RESUMO

**Introdução:** A COVID-19 trata-se de uma infecção respiratória aguda, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global, o que resultou em uma sobrecarga ao sistema de saúde em todo o mundo, e revelou a existência de diferenças consideráveis na mortalidade pela infecção. Idade avançada e comorbidades como a diabetes *mellitus* têm-se associado a um mau prognóstico. **Objetivo:** Analisar como os pacientes diabéticos *mellitus* tipo 2 percebem e traduzem em práticas do cotidiano, nos âmbitos individual, familiar e coletivo, as medidas de prevenção e controle da COVID-19. **Metodologia:** fez-se uso de uma pesquisa quanti-qualitativa, transversal. O estudo foi realizado nos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde do Centro de Saúde São Cristóvão, São Luís - MA. As variáveis de interesse foram obtidas na primeira etapa por meio de questionário *online* semiestruturado com perguntas fechadas e na segunda etapa foi aplicada entrevista dialogada. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por pacientes na faixa etária de 18 a 89 anos com predominância de 40 a 59 anos (48,7%), mulheres (72%), casados (35,2%), estudo médio completo (33,9%), de cor autodeclarada parda (85,4%), famílias compostas de 1 a 3 pessoas por domicílio (60,9%), residências com 2 cômodos (40,2%), água encanada (95,1%), e apenas 1 banheiro (62,1%). Na análise qualitativa A Classificação Hierárquica Descendente identificou cinco classes que gerou quatro categorias: Estratégias de enfrentamento da Covid-19; Desafios/medos vivenciados no contexto da pandemia; Credibilidade nas informações; e Desempenho da APS no período pandêmico e por Similitude a árvore de palavras apresentou as seguintes ramificações: “Saúde”; “Estar/Só”; “Gente”; “Acreditar/Informação”, “Ficar/Casa”; “Difícil/Distanciamento”. **Conclusão:** Concluiu-se que boa parte dos entrevistados reconheceram a gravidade da pandemia, a importância de seguirem as recomendações sobre medidas de proteção e afirmaram credibilidade as informações recebidas. Observamos também que o medo de contrair a doença tende a desencadear sentimentos negativos. Concluiu-se também o dilema em que apesar de os participantes darem importância e credibilidade as medidas preventivas, eles não as aplicavam de forma integral pois tinham que sair para trabalhar e tinham a crença na contaminação. **Considerações finais:** Nesse sentido, estudos dessa natureza no âmbito da Atenção Primária podem sugerir ferramentas importantes para promover educação permanente pelos segmentos responsáveis pela difusão das informações nas comunidades diante de novos enfrentamentos.

**Palavras-chave:** COVID -19. Diabetes *Mellitus*. Atenção Primária à Saúde

## ABSTRACT

**Introduction:** COVID-19 is a acute respiratory syndrome, potentially serious, highly transmissible and globally distributed, which resulted in an overload on the health system worldwide, and revealed the existence of considerable differences in mortality from the infection. Advanced age and comorbidities such as diabetes mellitus have been associated with a bad prognosis. **Objective:** To analyze how type 2 diabetic patients perceive and manifest into everyday practices, at the individual, family and collective levels, the prevention and control measures of COVID-19. **Methodology:** a quantitative-qualitative, transversal research was used. The study was realized in territories covered by Primary Care Strategy (PCS) São Cristóvão Health Center, São Luís – MA. The variables of interest were recorded in the first stage through a semi-structured online questionnaire with closed questions and in the second stage, a dialogued interview was applied. **Results:** The study sample consisted of patients aged 18 to 89 years, with a predominance of 40 to 59 years (48.7%), women (72%), married (35.2%), complete average study (33.9%), self-declared brown (85.4%), families with 1 to 3 components per house (60.9%), residences with 2 rooms (40.2%), piped water (95.1%) %, and only 1 bathroom (62.1%). In the qualitative analysis, the descendence hierarchical classification identified five classes which created four categories of qualitative analysis: (Covid-19 confrontation strategies; Challenges/fears experienced in the context of the pandemic; Credibility in information; and PCS performance in the pandemic period) and by similarity the tree of words presented the following ramifications: “Health”; “Being/Alone”; “People”; “Believe/Information”, “Stay/Home”; “Difficult/Distancing”. **Conclusion:** It is concluded that most of the interviewed recognized the severity of the pandemic, the importance of following the recommendations on protection measures and stated the credibility of the information received, especially by health and television professionals, we also observed that the fear of having the disease triggers negative feelings. It’s also concluded the dilemma which despite the participants give importance and credibility to preventive measures, they did not apply them totally because they had to go out to work and the believed in contamination in this sense. **Final considerations:** In this sense, studies of this nature within the scope of Primary Care can suggest important tools to promote permanent education by the segments responsible for disseminating information in the communities in the face of new confrontations.

**Keywords:** COVID-19. Diabetes Mellitus. Primary Health Care.



## LISTA DE TABELAS

<b>TABELA 01</b>	Caracterização da amostra	28
<b>TABELA 02</b>	Infraestrutura dos domicílios	31
<b>TABELA 03</b>	Informações recebidas	34
<b>TABELA 04</b>	Grau de informação	35
<b>TABELA 05</b>	Grau de importância das medidas de prevenção	36
<b>TABELA 06</b>	Ações de prevenção adotadas	36
<b>TABELA 07</b>	Tipo de ação/atividade desenvolvida pela Unidade Básica de Saúde	39
<b>TABELA 08</b>	Benefício social e auxílio	39

## LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

<b>FIGURA 01</b>	Centro de Saúde São Cristóvão	24
<b>FIGURA 02</b>	Mapa territorial da área adscrita	24
<b>FIGURA 03</b>	Dendograma	42
<b>FIGURA 04</b>	Análise de Similitude	49
<b>GRÁFICO 01</b>	Distribuição de pessoas por moradia	30
<b>GRÁFICO 02</b>	Cômodos por habitantes	30
<b>GRÁFICO 03</b>	Serviço essencial	32
<b>GRÁFICO 04</b>	Necessidade de sair para trabalhar	32
<b>GRÁFICO 05</b>	SUS/Plano de Saúde	33
<b>GRÁFICO 06</b>	Confiança nas medidas de prevenção	37
<b>GRÁFICO 07</b>	Possibilidade de contaminação	37
<b>GRÁFICO 08</b>	Gravidade da doença	38
<b>GRÁFICO 09</b>	Doenças preexistentes	40
<b>GRÁFICO 10</b>	Diagnosticado com COVID-19	41

## DEFINIÇÃO DE LISTA DE ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AS	Análise de Similitude
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
COVID-19	<i>Corona Virus Disease – 19</i> (Doença Causada pelo Coronavírus)
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DM2	Diabetes <i>Mellitus</i> tipo 2
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
<i>DCV</i>	Doença Cardiovasculares
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MA	Maranhão
<i>MERS</i>	<i>Middle Eastern Respiratory Syndrome</i> (Síndrome respiratória do Oriente Médio)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RT-PCR	Reação de Transcristase Reversa seguida de Reação em Cadeia da Polimerase
<i>SARS</i>	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i> (Síndrome Respiratória Aguda Grave)
SARS COV-2	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2</i> (Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2)
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SUS	Sistema Único de Saúde
<i>2019-nCoV</i>	Novo Coronavírus 2019
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TC	Tomografia Computadorizada
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>13</b>
<b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>13</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>23</b>
4.1 OBJETIVO GERAL.....	23
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
<b>5 METODOLOGIA.....</b>	<b>23</b>
5.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
5.2 LOCAL DO ESTUDO.....	23
5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	24
5.4 COLETA DE DADOS.....	25
5.5 ANÁLISE DE DADOS.....	26
5.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
<b>6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>28</b>
6.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO.....	28
6.2 DADOS REFERENTES A PESQUISA QUALITATIVA.....	41
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>50</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>51</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 1 CARTA DE ANUÊNCIA DO MUNICÍPIO.....</b>	<b>62</b>
<b>ANEXO 2 QUESTIONÁRIO 1ª ETAPA.....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXO 3 ROTEIRO ESTRUTURADO 2ª ETAPA.....</b>	<b>67</b>
<b>ANEXO 4 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....</b>	<b>69</b>
<b>ANEXO 5 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>76</b>
<b>ANEXO 6 CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE.....</b>	<b>78</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A doença causada pelo novo coronavírus (COVID-19) foi identificada em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, na China, trata-se de uma infecção respiratória aguda, potencialmente grave, de elevada transmissibilidade e de distribuição global, o que resultou em uma sobrecarga no sistema de saúde em todo o mundo (RANZANI *et al.*, 2020). Fato este que levou a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 11 de março de 2020, decretar pandemia da doença denominada de *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19), caracterizando-a como uma “emergência de saúde pública de importância internacional”. (YGNATIONS *et al.*, 2021).

O Brasil é o terceiro país com mais casos de COVID-19 no mundo, sendo o segundo em óbitos (MARQUES *et al.*, 2020). Com base nos dados diários informados pelas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) ao Ministério da Saúde, de 26 de fevereiro de 2020 a 22 maio de 2022, foram confirmados 30,8 mil casos e 666 mil óbitos por COVID-19 (BRASIL, 2022).

Segundo Pititto *et al* (2020), os perfis clínicos da infecção causada pela COVID-19, mostram consistentemente que a presença de comorbidades crônicas como Diabetes *Mellitus* (DM) e suas doenças associadas como a obesidade, hipertensão arterial sistêmica (HAS) e doenças cardiovasculares representam os principais fatores de risco pela gravidade e pior prognóstico da doença, além da idade avançada. As evidências acumuladas têm causado grande preocupação em países com alta prevalência dessas morbidades, como o Brasil.

O Diabetes *Mellitus* (DM), dentre as doenças crônicas não transmissíveis, destaca-se devido à elevada prevalência mundial (387 milhões) e ao impacto nos indicadores (MARQUES *et al.*, 2020). O Brasil é o quarto país com mais casos da doença em adultos no mundo (14,3 milhões). (MORAES *et al.*, 2020).

Nessa perspectiva a Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental na abordagem comunitária, na vigilância em saúde e papel decisivo na continuidade do cuidado ao enfrentamento de qualquer pandemia. (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Diante do encontro entre pacientes diabéticos, serviços de saúde e a pandemia por COVID-19 é fundamental orientar as ações das equipes da saúde da família, melhorar a comunicação e o diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes diabéticos, melhorando vínculos, confiança e compromisso.

## 2 JUSTIFICATIVA

Levando em consideração que as mudanças decorrentes desta pandemia têm o potencial de impactar diretamente a vida de uma pessoa com DM, quer seja mantendo o isolamento social, baseado nas recomendações da Portaria n. 65/2020 (SOCIEDADE BASILEIRA DE DIABETES, 2020), ou incluindo a possibilidade de afastamento de seu trabalho e considerando a necessidade do monitoramento do estado de saúde e dos comportamentos das pessoas com diabetes, sobretudo na conjuntura da pandemia de COVID-19, torna-se relevante investigar se ocorreram mudanças no estilo de vida dessa população. Diante do exposto questiona-se: até que ponto as pessoas com diabetes, que fazem parte dos grupos de risco para COVID-19, percebem e expressam as medidas de prevenção e controle desta doença?

## 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nas últimas décadas, surgiram três diferentes Coronavírus capazes de se espalhar, trazendo consigo um estado de crise de saúde pública em escala global: a) A síndrome respiratória aguda grave (*SARS*); b) A Síndrome Respiratória do Oriente Médio (*MERS*); e c) A Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus 2 (*SARS CoV-2*). Sendo que as duas primeiras atingiram grandes áreas do planeta, no entanto, nenhuma delas atingiu a disseminação que obteve a *SARS CoV-2* (FUENTES *et al.*, 2021).

### 3.1 SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE POR CORONAVÍRUS 2

#### 3.1.1 História

Em dezembro de 2019 ocorreu um surto de pneumonia de causa desconhecida, relatada em pessoas expostas a um mercado de frutos do mar em Wuhan, província de Hubei, China e se espalhou rapidamente por todo o país em apenas um mês. Em 7 de janeiro de 2020, quando o mundo foi informado sobre este novo patógeno pertencente à família *Coronaviridae*, subfamília *coronavirinae* que foi inicialmente denominado Novo Coronavírus 2019 (*2019-nCoV*) pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e posteriormente o Comitê Internacional sobre o Estudo de Taxonomia para coronavírus mudou seu nome para Síndrome Respiratória Aguda Grave por Coronavírus-2 com base em sua filogenia, taxonomia e prática, que causa a agora denominada Doença COVID-19 (FUENTES *et al.*, 2021).

A transmissão dos primeiros casos pode ter sido uma travessia de exposição zoonótica ou ambiental, onde o crescimento da epidemia se apresenta secundariamente à transmissão de

humano para humano (DOMINGO *et al.*, 2021). Como foi observado nos surtos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) em 2002/2003 e na Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) em 2012, também causados por espécies de coronavírus, que demonstraram a possibilidade de transmissão animal-humano e humano-humano. A SARS-CoV-2 compartilha aproximadamente 96,2% de homologia de sequência com coronavírus de morcego e atualmente acredita-se que este vírus tenha sido introduzido em humanos por um animal intermediário ainda não identificado e depois se espalhou de humano para humano (ARANDIA; ANTEZENA, 2020).

Os primeiros casos de COVID-19 fora da China foram relatados em 19 de janeiro de 2020, sendo declarada uma emergência sanitária de interesse internacional em 30 de janeiro do mesmo ano pela OMS, por quem também foi reconhecida como uma pandemia em 11 de março de 2020 (FUENTES *et al.*, 2021). Em fevereiro de 2020 o Ministério da Saúde confirmou o primeiro caso do Novo Coronavírus no Brasil (MORAIS *et al.*, 2022). A expansão se explica pelo grau de globalização do planeta, que tem favorecido sua chegada em poucos meses em todos os continentes (FUENTES *et al.*, 2021).

### 3.1.2 Conceito e Prevalência

A COVID-19 trata-se de uma infecção respiratória aguda, podendo cursar com uma Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS), causada pelo coronavírus, tem alta transmissibilidade e ocasiona milhares de óbitos. A história natural da doença ainda não foi esclarecida, dificultando a elaboração de protocolos clínicos eficazes e medidas de prevenção. Apesar disso, pode-se afirmar que é uma doença de abordagem sistêmica, já que há evidências de complicações agudas e crônicas. (CAMPOS *et al.*, 2020).

Salienta-se que 80% dos pacientes apresentam quadro clínico respiratório leve, 15% grave e 5% requerem cuidados intensivos de acordo com o relato dos estudos revisados (FUENTES *et al.*, 2021). Os 20% restantes evoluem de dispneia e hipoxemia secundárias à pneumonia viral extensa. Um quarto desses casos (cerca de 5% do total) evolui para o estado crítico devido à insuficiência respiratória, coagulação intravascular disseminada, choque circulatório ou disfunção orgânica múltipla, requerendo cuidados de terapia intensiva. A letalidade nesse último grupo é superior a 40%. (DAUMAS *et al.*, 2020).

Dados internacionais mostraram que pacientes com obesidade, doenças cardiovasculares (DCV), hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus* (DM), doenças respiratórias crônicas e câncer, além da idade avançada são mais vulneráveis a desenvolverem

formas graves da COVID-19 e estão intrinsecamente ligadas aos preditores de maior mortalidade intra-hospitalar. (PECLY *et al.*, 2021).

### **3.1.3 Fisiopatologia**

A transmissão da SARS CoV-2, assim como a maioria dos vírus respiratórios, pode acontecer através de contato, gotículas ou por aerossóis (FUENTES *et al.*, 2021). As respostas imunitárias induzidas pela infecção são de duas fases: a de proteção e a de dano (SANTOS; VELOSO; VELOSO, 2020).

#### **3.1.3.1 FASE DE RESPOSTA VIRAL**

COVID-19 é uma doença sistêmica altamente transmissível, imprevisível, envolvendo a fase de replicação viral, seguida da fase inflamatória que pode evoluir para um estado de hiperinflamação. Uma vez dentro de uma célula humana, ele pode se replicar, permitindo que seu genoma acumule mutações que podem afetar sua capacidade de se espalhar e se tornar mais virulento. (GOMES *et al.*, 2021). A apresentação clínica da fase viral é tosse, febre e dor de garganta. O curso da doença é de uma a duas semanas, os achados laboratoriais são inespecíficos; linfopenia, elevação da proteína C reativa, nessa fase a radiografia de tórax precoce costuma ser normal (LIAQUE, 2020).

#### **3.1.3.2 FASE DE RESPOSTA INFLAMATÓRIA**

Do ponto de vista fisiopatológico, os autores levantam a hipótese de que a COVID-19 crítica está associada à desregulação imunológica, tempestade de citocinas e inflamação sistêmica. Assim, além do dano viral direto aos tecidos, o envolvimento de órgãos como lesão renal, pode ser secundário à inflamação, disfunção endotelial e hipercoagulabilidade (PECLY *et al.*, 2021).

Além disso, naqueles pacientes com COVID-19, valores elevados de glicose no sangue e hemoglobina glicada foram relatados. A hiperglicemia crônica altera a imunidade humoral e celular. Essa doença predispõe à superexpressão do receptor do vírus e a uma resposta inflamatória exagerada, aumentando o risco de descompensação e crises hiperglicêmicas (GONZALEZ *et al.*, 2021).

### **3.1.4 Diagnóstico Clínico e Laboratorial**

O aspecto clínico da COVID-19 é heterogêneo, apresenta-se inicialmente como uma gripe, com sintomas de febre, tosse, dor de garganta e coriza. Aproximadamente 80% dos

pacientes se recuperam sem complicações, e são classificados como casos leves, moderados ou graves (IBARRA, 2020)

Em casos de COVID-19 leve, os sintomas podem incluir aumento de temperatura, tosse seca, mal-estar geral, mialgias, anosmia e ageusia; alguns pacientes apresentam sintomas gastrointestinais, como anorexia, náuseas, vômitos e diarreia. Casos graves de COVID-19 ocorrem principalmente em pacientes com doenças crônicas de base, como doenças cardiovasculares, diabetes *mellitus*, doença renal crônica e obesidade, entre outras; no entanto, eles também foram relatados em pacientes sem comorbidade de qualquer idade. Esses pacientes podem apresentar complicações graves, como Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo (SDRA) com dispneia e hipoxemia, linfopenia, distúrbios do sistema nervoso central ou periférico, insuficiência renal, insuficiência cardíaca, insuficiência hepática e coagulopatias (ARANDIA; ANTEZENA, 2020).

Para limitar a propagação da infecção e executar um tratamento correto para os pacientes, foram desenvolvidos testes rápidos e várias abordagens médicas estão disponíveis para diagnosticar e detectar a COVID-19 em pacientes, como os kits de testes de reação em cadeia da polimerase de transcrição (RT-PCR) em amostras respiratórias como padrão ouro e imagens de tomografia computadorizada (TC) de tórax. A tomografia desempenhou um papel vital no diagnóstico durante esta pandemia (REIS, 2021). As imagens tomográficas revelaram que existem manchas brancas características chamadas de “vidro fosco”, na maioria dos pacientes (SANTOS; VELOSO; VELOSO, 2020).

### **3.1.5 Tratamento**

Algumas características do vírus já são conhecidas, restando ainda incertezas sobre a história natural da doença, suas formas em cada indivíduo e o resultado da imunização. As principais medidas farmacológicas, como corticoides e anticoagulantes, ainda se constituem nos tratamentos adjuvantes que vêm demonstrando eficácia em certas fases da doença. Outras, embora autorizadas por entidades médicas no âmbito da relação de prestação de serviços, entre os profissionais de saúde e pacientes, caracterizam-se por empirismo. (PEPE *et al.*, 2021).

Pacientes com infecção leve podem ser tratados em domicílio, tendo como principal objetivo prevenir a transmissão para outras pessoas. Casos confirmados e assintomáticos devem ficar em isolamento domiciliar por 14 dias. Os pacientes que evoluem para quadro graves precisam de tratamento hospitalar. Casos ainda mais graves que evoluem para síndrome do



desconforto respiratório agudo (SDRA), denominação que se refere ao acúmulo de líquido nos pulmões, é comum indicar a intubação com ventilação mecânica (ARAÚJO *et al.*,2020).

### 3.2 CORRELAÇÃO SARS COV-2, DIABETES MELLITUS E COMORBIDADES

DM é um estado de inflamação de baixo grau e a COVID-19 apresenta muita inflamação sistêmica, refletido por elevações nos marcadores inflamatórios, como proteína C reativa, dímero-D e ferritina. Portanto, o DM e suas doenças associadas podem fornecer um pano de fundo para exacerbar o processo inflamatório, contribuindo para a progressão da COVID-19 em indivíduos diabéticos (PITITTO *et al.*, 2020). Há de se considerar também que a infecção pela SARS-CoV-2 ocasiona resistência à insulina, piorando o prognóstico do diabetes preexistente. (YGNATIONS *et al.*, 2021).

Entre os mecanismos relacionados à evolução desfavorável da COVID-19 no DM estão a idade avançada, a inflamação crônica, o aumento da atividade de coagulação, a resposta imune prejudicada e o possível dano pancreático direto pelo SARS-COV-2 (IBARRA, 2020). Além desses fatores, a epidemia de diabetes é alimentada por altas taxas de sobrepeso e obesidade, com quase 70% das mulheres e 40% dos homens com sobrepeso e obesidade. (FRASER *et al.*,2020).

O DM, portanto, está emergindo como um importante determinante da gravidade da doença em pacientes com COVID-19. Relatórios internacionais da China, Itália e do Reino Unido sugerem que o DM e a glicemia não controlada em particular, e outras doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão associados ao aumento da mortalidade em COVID-19 (FRASER *et al.*, 2020). Sendo que o DM é a principal força motriz por trás da prevalência crescente de DCNT e do aumento da mortalidade e morbidades atribuíveis a elas, especialmente nas regiões de baixa renda e representa um aumento considerável nos orçamentos e sistemas de saúde em todo o mundo. (COETZEE *et al.*, 2020).

No que tange esta epidemia as DCNT tornam-se ainda mais preocupantes, visto que essas doenças e seus fatores de risco comportamentais e metabólicos agravam os casos, aumentam o tempo de internação e as taxas de mortalidade. Estudo na Itália revelou que 96,2% das pessoas que morreram devido à COVID-19 apresentavam hipertensão arterial sistêmica (69,2%), DM (31,8%), doença cardíaca isquêmica (28,2%), doença pulmonar obstrutiva crônica (16,9%) e câncer (16,3%). (MALTA *et al.*, 2021).

Ao mesmo tempo que um estudo chinês com 1.099 indivíduos em um hospital da China, relatou taxas semelhantes de óbitos, de 30% de hipertensão e 12% de DM (ZHANG *et al.*, 2020). À medida que a pandemia avançava para outros continentes, dados da Europa e das Américas confirmaram essa relação preocupante entre o DM e o prognóstico da COVID-19. Na região da Lombardia, na Itália, entre 1.591 pacientes de UTI afetados entre fevereiro e março de 2020, 68% tinham pelo menos uma comorbidade, 49% hipertensão sistêmica, 21% DCV, 17% DM tipo 2, 8% câncer e 4% Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). (PITITTO *et al.*, 2020).

No Brasil também identificam DM e DCV como as comorbidades mais associadas a óbitos em indivíduos acometidos pela SARS-Cov-2, segundo os dados do Boletim Epidemiológico Especial de óbitos conforme a data de ocorrência (BRASIL, 2021).

### 3.3 ASSISTÊNCIA EM SAÚDE

#### 3.3.1 Sistema Único de Saúde (SUS) / Atenção Primária em Saúde (APS)

A COVID-19 pode exacerbar o excesso de morbidade e mortalidade relacionadas à DM se não forem previstas e mitigadas. Em primeiro lugar, os indivíduos com DM são mais vulneráveis durante a pandemia, pois a sua capacidade de visitar instalações de saúde pode ser limitada por restrições de viagens e restrições de dinheiro devido à perda de emprego durante o *lockdown*; a redução no número de atendimentos também pode ter ocorrido devido ao medo do vírus nas unidades de saúde (FRASER *et al.*, 2020).

Nesse cenário a Atenção Primária a Saúde (APS) é potente na redução das iniquidades em saúde e deve, portanto, ser fortalecida e estruturada como uma das principais respostas do setor da saúde à pandemia, dado seu alto grau de capilarização em território nacional e alcance de parcelas expressivas da população expostas a riscos devido a suas condições de vida (SARTI *et al.*, 2020).

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade, com a capilaridade de seus serviços, tem o potencial para lidar com a pandemia (ESCARCINA; MEDINA, 2022).

A APS, portanto, deve ser considerada um importante pilar frente a situações emergenciais, tais quais as epidemias de Dengue, Zika, Febre Amarela, Chikungunya e, também agora, a COVID-19. Apostar naquilo que é a alma da atenção primária, como o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a

integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e o acompanhamento aos casos suspeitos e leves é estratégia fundamental tanto para a contenção da pandemia quanto para o não agravamento das pessoas com a COVID-19 (SARTI *et al.*,2020).

Para garantir um atendimento de qualidade neste nível de atenção, são necessários planejamento e reorganização dos serviços de acordo com as características da epidemia, tais como: profissionais de saúde capacitados, espaço físico adequado; fluxos e protocolos bem definidos, acessos prioritário a outros níveis e serviços de saúde, a fim de potencializar a coordenação do cuidado exercido pela APS; apoio diagnóstico e de cuidado compartilhado; profissionais suficientes, incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS); organização de processos de trabalho que articulem bem a assistência às pessoas e a produção de informações que possam retroalimentar o serviço e o sistema em tempo oportuno, fortalecendo o cuidado prestado à população (SARTI *et al.*, 2020).

Nesse sentido, a reorganização dos serviços de APS para, simultaneamente, enfrentar a epidemia e manter a oferta regular de suas ações é imperativa. A APS deve estar envolvida no gerenciamento de risco da epidemia, atuando de forma articulada com a vigilância em saúde dos municípios, estabelecendo fluxos, envio e recebimento de informações para aprimorar a qualidade das ações (MEDINA *et al.*, 2021).

Mesmo reconhecendo as diversas fragilidades de atuação das equipes, ressalta-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) é o modelo mais adequado, por seus atributos de responsabilidade territorial e orientação comunitária, para apoiar as populações em situação de isolamento social pois, no atual contexto é imprescindível manter o contato e o vínculo da comunidade com os profissionais responsáveis pelos cuidados com a saúde, visando assim, bloquear e reduzir o risco de expansão (MEDINA *et al.*, 2021).

Todos os fatores aqui elencados, bem como o uso significativo das redes sociais, fazem com que esse fenômeno seja ampliado, favorecendo uma complexa evolução entre os riscos biológicos e sociais que influenciam percepções e comportamentos, com impacto significativo no processo de controle da epidemia, comprometendo o alcance e a sustentabilidade do sistema global de saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICA DA SAÚDE, 2020a).

### **3.3.2 Medidas e Estratégias de Prevenção**

Sabe-se que a transmissão do novo coronavírus entre humanos ocorre principalmente na interação pessoa-pessoa pelo contato com gotículas produzidas por via oral e nasal, de

indivíduos infectados, sejam doentes ou assintomáticos. Desse modo, as recomendações para evitar a disseminação da doença foram o amplo distanciamento social e a higienização correta e frequente das mãos e para pacientes sintomáticos ou que testaram positivo para SARS-COV-2, o isolamento domiciliar e a quarentena dos seus respectivos contatos. (ORTELAN *et al.*, 2021).

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 de transmissão comunitária incluem: o distanciamento social; a lavar as mãos com água e sabão; a “etiqueta respiratória”, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir, o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como copos e talheres e o hábito de manter os ambientes ventilados. A partir de abril de 2020, o Ministério da Saúde (MS) também passou a orientar a população para o uso de máscaras de pano, para atuarem como barreira à propagação do SARS-COV-2 (SOUZA *et al.*, 2020).

Contudo, tais medidas trouxeram uma mudança brusca na vida das pessoas e da sociedade em geral. Além das questões sanitárias, o impacto da pandemia na dinâmica econômica, social, política e cultural da população mundial pôs à prova os governos dos países e agências internacionais, evidenciando os limites da globalização (SARTI *et al.*, 2020).

As limitações e medidas preventivas recomendadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como medidas não farmacológicas que contribuem para diminuir a propagação e a transmissão da COVID-19, pode, por outro lado, acarretar efeitos negativos à saúde, principalmente nas pessoas com DCNT. O distanciamento social pode resultar em mudanças nas rotinas diárias, no estilo de vida, como redução de atividade física, aumento do consumo do tabaco e bebidas alcóolicas, além de comprometer o acesso aos serviços de saúde e, conseqüentemente, a continuidade do cuidado prestado a indivíduos com DCNT, e propiciar o agravamento do seu estado de saúde (MALTA *et al.*, 2021).

A atual realidade também exige a criação de estratégias necessárias para a gestão de infodemias (ampla disseminação de informações), comunicação de riscos e engajamento comunitário (RCCE). Nesse sentido, a credibilidade e a clareza da comunicação são importantes para gerar confiança e aumentar a probabilidade de que as orientações de saúde sejam seguidas, e minimizar e tratar rumores e mal-entendidos que prejudicam a procura profissional nas Atenção Básica a Saúde (ABS) e podem levar a uma maior disseminação da doença. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020b).

### 3.3.3 Instrumentos de Apoio à Assistência em Saúde

As transformações que emergem no cenário mundial trazem à tona novos paradigmas, que se sustentam nas novas tecnologias de informação e comunicação. (CARVALHO, 2009).

Diante do fato de que a COVID-19 é hoje um problema de saúde pública com alcance global, o Ministério da Saúde (MS) adotou a informação/comunicação para a população e a imprensa como instrumentos de apoio à assistência em saúde dentro das estratégias fundamentais para o enfrentamento da doença. Portanto, é importante atuar sobre as formas de articulação entre conhecimento científico relacionado com a prevenção da transmissão nas comunidades mais vulneráveis e a continuidade da promoção da sua qualidade de vida. (SOUZA *et al.*, 2020).

Assim, o papel da informação em saúde tem sido entendido como subsídio a essa intervenção e contribui para influenciar decisões e modificar percepções. Denota, portanto, premissa essencial na organização de uma campanha ou atividade de que tem como fim disparar as questões acerca dos cuidados que se deve ter com a saúde, pois o acesso à informação amplia a capacidade de instrumentalização dos sujeitos nos processos decisórios (DORNELAS *et al.*, 2014).

O uso de redes sociais como veículo para disseminar o conhecimento na área de saúde pode minimizar as lacunas na difusão de conhecimentos sobre saúde, do meio acadêmico para a sociedade civil e, assim, tornar-se uma ferramenta de fomentação de medidas e práticas benéficas à saúde pública (CARVALHO *et al.* 2020). Para atender a essa demanda, foram utilizados como instrumentos de apoio as tecnologias de informação e comunicação, tais como o uso de *WhatsApp* e de aparelho celular na realização de teleconsultas, a fim de garantir a oferta de ações seguras, de modo que não haja descontinuidade e agravamento das condições dos usuários em tratamento (MEDINA *et al.*, 2021).

Os esforços na informação/comunicação para reduzir a disseminação da COVID-19 devem ser rigorosos em um país como o Brasil, que apresenta fragilidades na testagem, bem como limitações na infraestrutura de média e alta complexidade, contribuindo para a sobrecarga do sistema de saúde no enfrentamento à pandemia. Entretanto, a adesão às medidas de prevenção depende não somente das estratégias governamentais, mas também do apoio social recebido pelo indivíduo, fundamental para enfrentar as consequências negativas do distanciamento social. Postula-se que o apoio social adequada ajuda a manter um

distanciamento social satisfatório, seja através do apoio emocional, informacional ou instrumental (YGNATIONS *et al.* 2021).

Todos os fatores aqui elencados fazem com que esse fenômeno seja ampliado, favorecendo uma complexa evolução entre os riscos biológicos e sociais que influenciam percepções e comportamentos, com impacto significativo no processo de controle da epidemia, comprometendo o alcance e a sustentabilidade do sistema global de saúde. (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020a).

### **3.3.4 Educação em Saúde**

A educação em saúde é um instrumento que contribui para as escolhas conscientes dos usuários, considera os saberes populares, reflete autonomia e favorece um cuidado que atenda suas reais necessidades (FERNANDES; BACKES, 2010). Nesse cenário, a APS pode desenhar um papel central na mitigação dos efeitos da pandemia, mantendo e aprofundando todos os seus atributos, tais como o acesso ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado e, em especial, a competência cultural e a orientação familiar e comunitária (DAUMAS *et al.*, 2020).

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação em saúde é indispensável, seja na formação dos trabalhadores ou no cuidado com os usuários (VASCONCELOS *et al.*, 2009). A educação em saúde entendida como prática social, acontece em meio a expectativas, desejos, frustrações e implica na utilização de processos e técnicas voltados para a aprendizagem, que é sempre diretiva, pois é eivada de uma ideologia política, mesmo que velada (FREIRE, 2007).

Conceitua-se a educação em saúde como o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas com o autocuidado, ela possibilita, ainda, o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle da população sobre suas moléstias, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009).

Contexto privilegiado para a prática educativa é a Estratégia Saúde da Família (ESF), que se pauta na adscrição da população e primeiro contato para os usuários através de uma abordagem longitudinal e integral (MENDES, 2012). É o ponto de atenção de maior complexidade no SUS por se basear em tecnologias cognitivas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (VASCONCELOS *et al.*, 2009).

Partindo dessa premissa, essa pesquisa possui como desejo o aprimoramento de tecnologias leves e relacionais presentes no encontro entre pacientes diabéticos e serviços de saúde, por meio da compreensão das dinâmicas, das linguagens e dos modos como esses pacientes interpretam, traduzem e aplicam no seu cotidiano as orientações médico-científicas. Essa compreensão é fundamental para orientar as ações das equipes da saúde da família, melhorar a comunicação e o diálogo entre os profissionais de saúde e os pacientes diabéticos, melhorando vínculos, confiança e compromisso.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL:**

Analisar como os pacientes diabéticos da área de abrangência da Atenção Primária à Saúde do Centro de Saúde São Cristóvão percebem e traduzem em práticas do cotidiano, nos âmbitos individual, familiar e coletivo, as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

### **4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Dimensionar o universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos pacientes diabéticos para a prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientem;
- Conhecer o grau de credibilidade que os pacientes diabéticos atribuem às informações de prevenção e controle da COVID-19.

## **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**

A pesquisa foi realizada nos territórios de abrangência da Atenção Primária do Centro de Saúde São Cristóvão (FIGURAS 1 e 2), situado à rua Campo do Estrela, s/nº. Bairro São Cristóvão, São Luís – MA. População cadastrada de 1450 famílias, perfazendo um total de 5176 pessoas, sendo destes 380 diabéticos. A área total é dividida em 4 equipes de Estratégia Saúde

da Família, cada uma composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e apenas um dentista para toda a área.

**Figura 01:** Centro de Saúde São Cristóvão.



Fonte: Autoria própria, 2022.

**Figura 02:** Mapa Territorial da área adscrita.



Fonte: Google Maps, 2022.

### 5.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

#### 5.3.1 Primeira Etapa:

A amostra foi constituída por 82 pessoas com diabetes, usuárias e cadastradas na UBS, tendo como critérios de inclusão: serem maiores de 18 anos, terem sido atendidos nos últimos 90 dias que precederam a pesquisa, possuísem telefone celular e aceitassem participar da pesquisa. De não inclusão: os pacientes sem acesso à *internet*, sem cadastro na UBS e que após



três tentativas de envio, com intervalo de uma semana ou que após busca ativa, não responderam à solicitação para colaborar com a investigação. Apenas um membro da família poderia responder o questionário.

### **5.3.2 Segunda Etapa:**

Na segunda etapa foi definida uma amostra de conveniência de 20% dos participantes da primeira etapa ou até a saturação da amostra.

## **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 1), sendo assim estabelecido a melhor forma e momento de se iniciar a coleta de dados, que ocorreu no período de 08 de março a 30 de junho de 2021 e constituiu na aplicação de um questionário *online* (ANEXO 2) 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.

Posteriormente, procedeu-se a seleção dos usuários contando com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma vez que diante da situação pandêmica os pacientes diabéticos sujeitos da pesquisa tinham receios de ir aos postos. Buscou-se sempre incluir pessoas com características distintas, como: idosos, adultos jovens, aposentados, trabalhadores ativos, desempregados, níveis de escolaridades diversas e outras características para manter a diversificação da amostra por conveniência.

Ao convidar os usuários, explicou-se os objetivos do estudo e o que se esperava, bem como a forma de coleta das informações por meio de um questionário autoaplicável disponibilizado de forma impressa ou remota de acordo com a sua preferência. Os que preferiram responder de forma *online* foi enviado um *link* (<https://forms.gle/62zD3aZdafLZZ1Vy6>) por *e-mail* ou *WhatsApp*. Era imprescindível ter um *e-mail* para responder ao questionário, portanto, o usuário que não o tinha foi orientado a utilizar o *e-mail* de algum familiar ou mesmo criado um no momento da aplicação.

Para os usuários que preferiram responder ao questionário com auxílio, agendou-se a aplicação dele na própria UBS ou na residência dos usuários. Aplicando pelo celular ou através do questionário impresso.

#### **5.4.2 Segunda Etapa:**

Foram realizadas entrevistas dialogadas, no período de 09 de abril a 14 de novembro de 2021 segundo roteiro estruturado (ANEXO 3), sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19, contendo questões sobre: mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias; informações recebidas; estratégias de enfrentamento; ações dos serviços de saúde.

A seleção dos usuários nesta etapa, também contou com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde, que identificaram aqueles que aceitaram o convite e se dispuseram a fazer a entrevista, consistindo inicialmente de 20% da amostra de conveniência da primeira etapa, entretanto atingiu a saturação com 14 indivíduos.

De forma a registrar os dados e posteriormente realizar a transcrição dos mesmos, as entrevistas foram gravadas. Portanto, foi instalado no celular o aplicativo “Gravador de Voz Fácil”, do *Play Store* (Android 8.1 Oreo).

Uma vez agendada individualmente a entrevista, que ocorreu na UBS ou na residência do participante, conforme disponibilidade do mesmo, atentou-se para que sempre fosse um local que permitisse um ambiente reservado, segurança e integridade do participante, bem como garantisse a produção de áudios com qualidade. A gravação começou informando o nome do(a) entrevistado(a), data, local e hora.

As transcrições das entrevistas gravadas, foram feitas na íntegra considerando a fidelidade e qualidade dos dados fornecidos, sempre mantendo as informações e identidades em sigilo. Cada entrevista transcrita estava em um documento, identificado por um cabeçalho com o nome da UBS, Município, iniciais dos(as) entrevistados(as) e do(a) pesquisador(a).

### **5.5 ANÁLISE DOS DADOS**

Na primeira etapa a análise foi pela plataforma *Google Forms* através 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, áudios transcritos, analisados em seu conteúdo e categorias segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação. (MINAYO,2012; BARDIN, 2011).

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

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

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

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

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

## 5.6 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP: 4.562.047) - (ANEXO 4). Para participar da pesquisa cada sujeito deu aceite via *online* ou impresso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-(TCLE) - (ANEXO 5).

## 6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos resultados possibilitou evidenciar aspectos importantes da vivência dos pacientes diabéticos. Nesse sentido, apresentamos a seguir dados referentes a caracterização dos sujeitos envolvidos no estudo, seguidos da descrição das percepções e práticas dos pacientes diabéticos no território da APS.

### 6.1 DADOS DE CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DO ESTUDO

A descrição dos sujeitos do estudo na primeira etapa se deu através da aplicação dos questionários em 82 pacientes diabéticos que se encaixaram nos critérios de inclusão.

Os dados sociodemográficos (TABELA 01), do total de entrevistados, demonstraram uma amostra com idades de 18 a 89 anos, predominando indivíduos na faixa de 40 a 59 (48,8%), mulheres (72,0%), estado civil casados (40,2%), que autodeclararam da cor parda (62,2%), escolaridade com predominância de ensino médio completo (55%) e renda familiar de 1 salário-mínimo (55,9%).

**Tabela 01:** Caracterização da amostra, São Luís, Maranhão, 2022.

CARACTERÍSTICAS	%	CARACTERÍSTICAS	%
<b>SEXO</b>		<b>RAÇA/COR</b>	
Masculino	28,0	Preta	13,4
Feminino	72,0	Parda	62,2
<b>ESTADO CIVIL</b>		Branca	23,2
Casados	40,2	Amarela	0
União estável	12,2	Indígena	1,2
Solteiros	31,72	<b>ESCOLARIDADE</b>	
Divorciados	8,54	Ensino fundamental incompleto	8,54
Viúvo	7,34	Ensino Fundamental Completo	9,77
Outros	0	Ensino Médio Incompleto	6,09
<b>IDADE</b>		Ensino Médio Completo	55,0
18 a 39 anos	20,7	Ensino Superior Completo	16,6
40 a 59 anos	48,8	Não Alfabetizado	4,0
60 anos ou mais	30,5	<b>OCUPAÇÃO ANTES DA PANDEMIA</b>	
<b>RENDA</b>		Setor Público	42,75
Até 1 salário mínimo	55,9	Dona de Casa	9,9
De 1 a 2 salário mínimo	33,7	Aposentado	30,7
Até 3 salários mínimos	10,4	Não trabalha	7,09
Maior que 3 salários mínimos	0	Autônomo	9,56

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

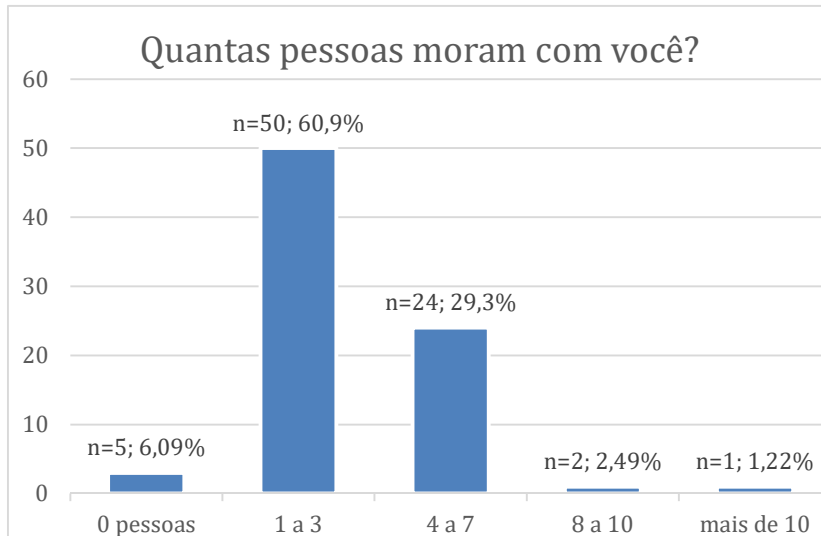
Em relação as características sociodemográficas dos participantes deste estudo que apontam para a predominância de adultos, do gênero feminino e de cor/raça parda, segundo a

pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) revelam dados conhecidos sobre a diferença de gênero no acesso e uso dos serviços de saúde, onde 82,3% das mulheres se consultam ao menos uma vez por ano, enquanto a porcentagem de homens é de 69,4%, e confirmam que as mulheres são mais cuidadosas com a saúde de forma rotineira, enquanto os homens somente buscam assistência em casos de doença. Nesse cenário, há necessidade de se adequar e buscar estratégias para mudar essa realidade em relação a visão masculina junto aos serviços de saúde.

Quanto aos dados referentes à raça/cor e escolaridade, neste estudo, ocorreram a predominância da cor parda com ensino médio completo, salienta-se que, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), 46,8% dos brasileiros se declaram como pardos, 46,6% da população de 25 anos ou mais de idade estava concentrada nos níveis de instrução ensino fundamental completo ou equivalente, 27,4% tinham o ensino médio completo ou equivalente e 17,4% o superior completo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). Acredita-se que a amostra deste estudo representa dados mais atuais e relacionados ao território nacional em que foi desenvolvida a pesquisa, como também podemos considerar que os dados da PNAD contínua se encontram defasados em decorrência do hiato de tempo.

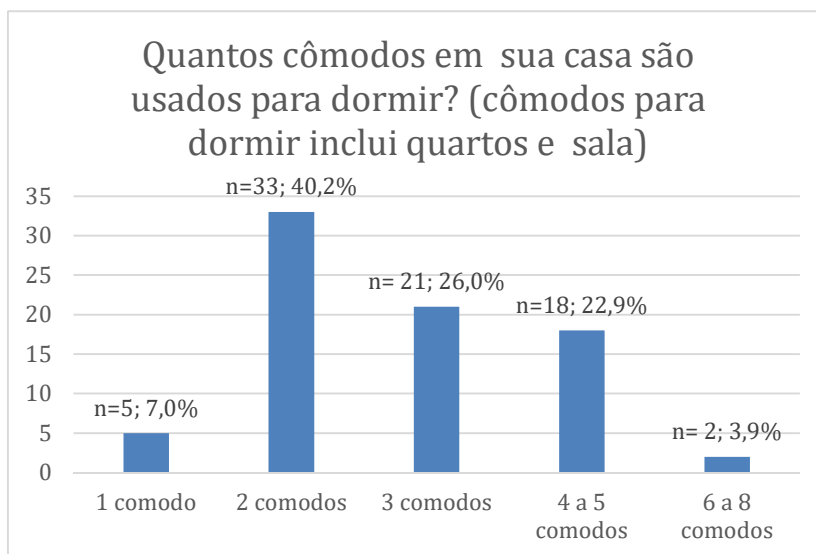
A população participante deste estudo apresentou uma predominância para renda familiar de um salário-mínimo, similar ao descrito no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), que declara renda familiar menor que o salário-mínimo nacional vigente no ano. Na atenção à saúde, é importante além do processo saúde-doença atentar-se para os fatores socioeconômicos, que também poderão influenciar diretamente no desenvolvimento, bem como na contenção da COVID-19. (GOULART *et al*, 2021).

A análise dos sujeitos da pesquisa face a distribuição de habitantes por moradia revelou que 60,9% das famílias eram compostas por 1 a 3 pessoas por domicílio (GRÁFICO 01), estes achados vão ao encontro dos dados demonstrados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019), de que os domicílios brasileiros são compostos de 1 a 3 pessoas. Esses aspectos revelam importantes informações a respeito dos adensamentos domiciliares, uma vez que vale ressaltar que maiores taxas de incidência foram associadas a uma maior proporção de pessoas que vivem em domicílios superlotados. A literatura destaca que viver em condições inadequadas é fator de risco para infecções respiratórias. (FIGUEREDO *et al.*, 2020).

**Gráfico 01:** Distribuição de pessoas por moradia.

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Complementando a análise de dados básicos dos domicílios brasileiros relacionados às condições de controle da disseminação da COVID-19, tendo por base o adensamento domiciliar sobre a composição dos domicílios, 40,2% das residências pesquisadas apresentou dois cômodos da casa reservados para dormir (GRÁFICO 02), fato este que poderia dificultar a aplicação de medidas de prevenção como o isolamento e distanciamento dentro do domicílio. Recentemente, um estudo mostrou que áreas com maior número de pessoas por domicílio apresentam taxas mais altas de infecção por COVID-19 e que parte da população apresenta limitações ao isolamento de pessoas com COVID-19 e à aplicação de medidas de proteção individual necessária para impedir a transmissão no domicílio (SMITH; JUDD, 2020).

**Gráfico 02:** Cômodos por habitantes.

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

No que concerne a infraestrutura dos domicílios (TABELA 02) quanto ao saneamento básico, que é direito da população e se relaciona com a qualidade de vida das comunidades, a maioria afirmou possuir água encanada (95,1%), o que demonstra condição e acesso para realizar as medidas preventivas voltadas para a higienização das mãos. A Organização Mundial de Saúde (2020a), desde o início da pandemia, faz orientações técnicas a serem seguidas pelos países no enfrentamento da nova doença e uma das principais orientações refere-se à manutenção de bons hábitos de higiene, dentre eles, lavar as mãos com água e sabão.

Entretanto, mesmo tendo acesso a água encanada, 62,2% das famílias apresentaram em seus domicílios apenas 1 banheiro para toda a família e 17% possuíam fossa séptica, elementos que favorecem meios para a contaminação pela COVID-19. Nesse contexto, a contaminação hídrica é um dos principais problemas ambientais enfrentados pela população, estando diretamente ligada à perda das condições de saúde dos indivíduos, especialmente nos grupos mais vulneráveis. (PAIVA *et al.*, 2018).

**Tabela 02:** Infraestrutura dos domicílios.

VARIÁVEL	n	%
Poço artesiano	4	4,9
Água encanada	78	95,1
Fossa séptica	14	17
Rede de esgoto	68	83
BANHEIRO	n	%
1	51	62,2
2	31	37,8

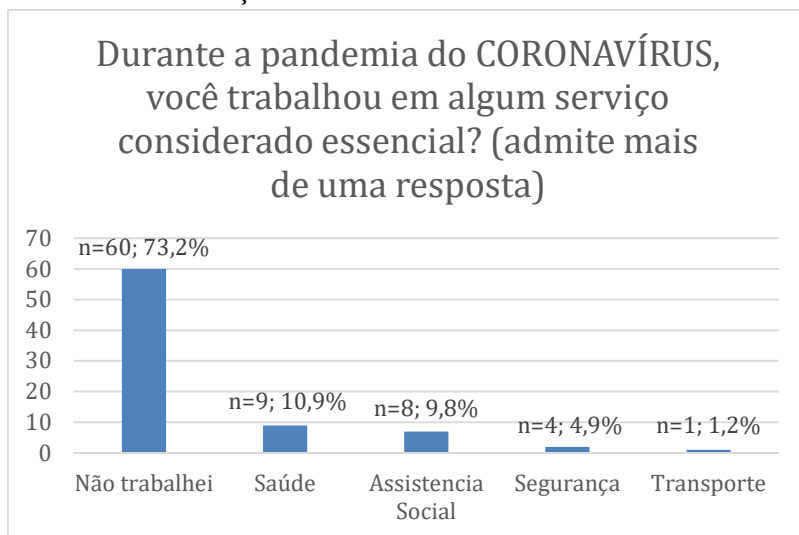
**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Serviços essenciais são aqueles indispensáveis ao atendimento das necessidades inadiáveis da comunidade, assim, se não atendidos colocam em perigo a sobrevivência, a saúde ou a segurança da população (MADEIRA *et al.*, 2021). Portanto, durante a pandemia por COVID-19, como em qualquer estado de emergência, manter o acesso aos serviços essenciais é direito enquanto durar a situação extraordinária.

Nessa realidade o governo nacional tratou dos serviços públicos e as atividades essenciais no Decreto nº 10.282, visando garantir a aquisição dos serviços e insumos destinados ao enfrentamento da pandemia e promover o distanciamento social. Cada estado atuou de acordo com seus dados epidemiológicos, determinando o fechamento e a abertura dos serviços essenciais e não essenciais. (MADEIRA *et al.*, 2021).

Para tanto, questionamos aos participantes deste estudo qual o seu perfil de trabalho diante dessa realidade, sendo evidenciado que 73,2% da amostra pesquisada refere não ter trabalhado em serviço considerado essencial, e dos que trabalhavam em serviço essencial apenas 10,9% afirmaram ser na área de saúde (GRÁFICO 03).

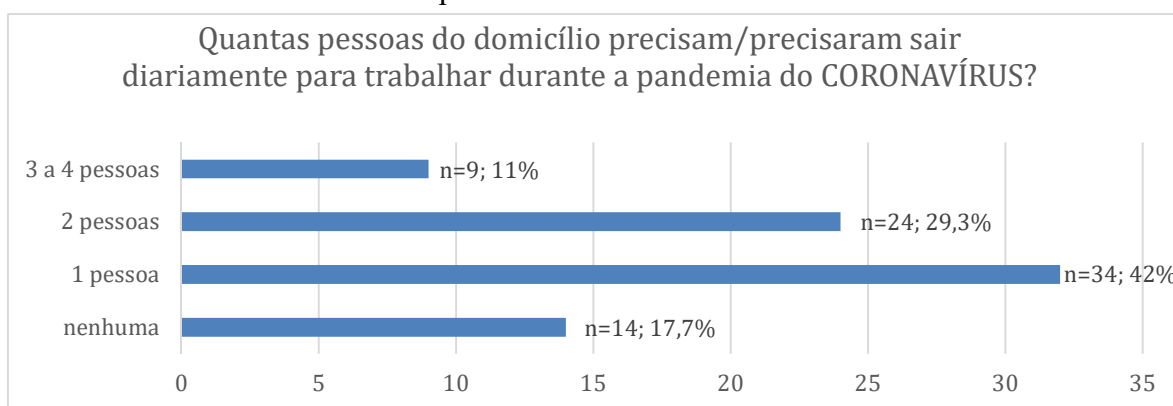
**Gráfico 03:** Serviço essencial.



**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Embora a maioria da amostra afirma não trabalhar em serviço essencial, constatamos que somente 17,7% dos sujeitos da pesquisa não tinham nenhuma necessidade de sair para trabalhar, enquanto que em 42% pelo menos um morador precisava sair para trabalhar, 29,3% duas pessoas saíam para trabalhar e 11% três a quatro integrantes da família tiveram a necessidade de sair para trabalhar (GRÁFICO 04), denotando a importância da manutenção da renda familiar sobre as medidas preventivas de isolamento e distanciamento social preconizadas pela OMS, aumentando assim, as chance de contágio.

**Gráfico 04:** Necessidade de sair para trabalhar



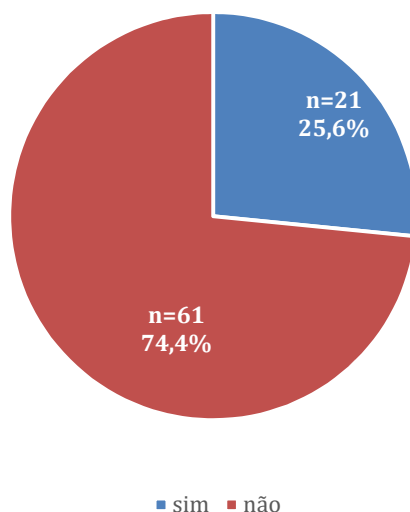
**Fonte:** Autoria própria, 2022.



Quando se analisa o cenário da saúde (GRÁFICO 05), 74,4% afirmaram depender do Sistema Único de Saúde (SUS), dados esses corroborados por pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) que mostra que 71,5% dos brasileiros, ou seja, mais de 150 milhões de pessoas utilizam esse sistema, dados de antes da pandemia. O que reforça a necessidade primordial de fortalecimento do SUS em especial a Atenção Primária à Saúde, que é a porta de entrada da população na assistência em saúde, tanto no controle e combate a pandemia, bem como na manutenção do tratamento e assistência aos pacientes portadores de DCNT como o Diabetes *Mellitus*.

**Gráfico 05:** SUS/Plano de Saúde.

O/a Sr(a) tem plano de saúde?



**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Ressalta-se ainda as diferenças entre o grau de instrução, “Quanto mais elevado o grau de instrução, maior, também, a cobertura de plano de saúde, variando abruptamente de 16,17% (sem instrução ou com ensino fundamental incompleto) a 67,6% (nível superior completo), sendo o Sudeste a região do país com maior número de pessoas com plano de saúde (37,5%), enquanto o Nordeste possui apenas 16,6% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2019).

Várias estratégias para enfrentar e controlar a pandemia da COVID-19 foram adotadas e a análise nesse estudo sobre as informações recebidas a respeito das medidas de prevenção revelaram (TABELA 03): o isolamento social (65,8%), a lavagem das mãos (17,1%), e uso de

máscaras quando saírem de casa (17,1%), que suas principais fontes de informações sobre a pandemia da COVID-19 foram através dos profissionais de saúde (51,2%) bem como por televisão (34,2%) e que a maior credibilidade é atribuída aos profissionais de saúde (42,7%).

**Tabela 03** – Informações recebidas.

VARIÁVEL	n	%
<b>INFORMAÇÕES RECEBIDAS</b>		
Isolamento social	54	65,8
Higienização das mãos	14	17,1
Uso de máscaras	14	17,1
<b>FONTE DAS INFORMAÇÕES</b>		
Profissionais de Saúde	42	51,2
Televisão	28	34,2
Internet/Whatsapp	12	14,6
<b>FONTE MAIS CONFIÁVEL DAS INFORMAÇÕES</b>		
TV, Rádio e Jornais	17	20,7
Comunidade/Vizinhos/Jornais	12	14,6
Redes sócias: Whatsapp/Facebook	10	12,2
Governantes	08	9,8
Profissionais de Saúde	35	42,7

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Em todo o país, observou-se uma ampla disseminação de informações sobre a COVID-19. Essas informações, em geral, buscavam minimizar os riscos e a gravidade da doença (GOULART *et al.*, 2021). Nesse cenário revelou-se de fundamental importância o trabalho do profissional de saúde, sobretudo da APS, a qual foi atribuída como a principal fonte de credibilidade de informações, promovendo a orientação e divulgação das informações pautadas em protocolos científicos validados, contribuindo para o controle da pandemia. O que reforça que apostar naquilo que é a alma da atenção primária: o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre o usuário e a equipe de saúde, a integralidade da assistência e o monitoramento das famílias vulneráveis, como sendo fatores e veículos importantes para a educação em saúde da população.

A análise da percepção dos usuários face as fontes de informações (TABELA 04) revelou a maior prevalência para: sentem-se muito bem-informados pelos profissionais de saúde (58,5%) e por TV, rádio e jornais (50%); bem-informados pela comunidade/vizinhos/religião (34,1%) e redes sociais (28%).

**Tabela 04:** Grau de informações.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>TV, RÁDIO E JORNAIS</b>		
Muito bem-informado	41	50,0
Bem-informado	30	36,5
Razoavelmente informado	11	13,5
<b>COMUNIDADE/VIZINHOS/RELIGIÃO</b>		
Muito bem-informado	19	23,1
Bem-informado	28	34,1
Razoavelmente informado	18	14,8
Sem informação	04	4,87
Mal-informado	13	15,8
<b>REDES SOCIAIS</b>		
Muito bem-informado	16	19,5
Bem-informado	23	28,0
Razoavelmente informado	20	24,4
Sem informação	12	14,6
Mal-informado	11	13,4
<b>PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>		
Muito bem-informado	48	58,5
Bem-informado	26	31,7
Razoavelmente informado	6	7,31
Sem informação	2	2,43

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Santana (2017), destaca que a intervenção não se expressa exclusivamente a partir da lógica do profissional que intervém, mas que se trata de um processo interativo, de troca que envolve o grupo onde é afetado, os resultados deste estudo mostram essa realidade uma vez apresentada a credibilidade nas informações, principalmente atribuídas aos profissionais de saúde.

Quando abordados sobre a importância nas medidas de prevenção (TABELA 05), os sujeitos afirmaram que todas as medidas eram de muita importância como: higienização das mãos (85,4%), evitar aglomerações (85,4%) e uso de máscaras (84,1%). As medidas preventivas contribuem para a redução do risco de transmissão da COVID-19 para toda a população, em especial, para aqueles com DCNT, que têm maior risco de agravamento dos casos e mortalidade. (MALTA *et al.*,2021).

**Tabela 05:** Grau de importância das medidas de prevenção.

VARIÁVEL	n	%
<b>USO DE MÁSCARAS</b>		
Muito importante	69	84,1
Importante	5	6,1
Razoavelmente importante	8	9,8
<b>HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS</b>		
Muito importante	70	85,4
Importante	5	6,1
Razoavelmente importante	7	8,5
<b>EVITAR AGLOMERAÇÕES/ISOLAMENTO SOCIAL</b>		
Muito importante	70	85,4
Importante	7	8,5
Razoavelmente importante	5	6,1

Fonte: Autoria própria, 2022.

Porém, mesmo considerando como muito importantes todas as medidas de prevenção, quando abordados sobre as medidas mais utilizadas individualmente e pela família, os dados (TABELA 06) mostram que prioritariamente fizeram o isolamento social (70,8%), sobrepondo as demais.

**Tabela 06:** Ações de prevenção adotadas pessoal/familiar.

VARIÁVEL	n	%
Uso de máscaras	12	14,6
Higienização das mãos	12	14,6
Evitar aglomerações/isolamento social	58	70,8

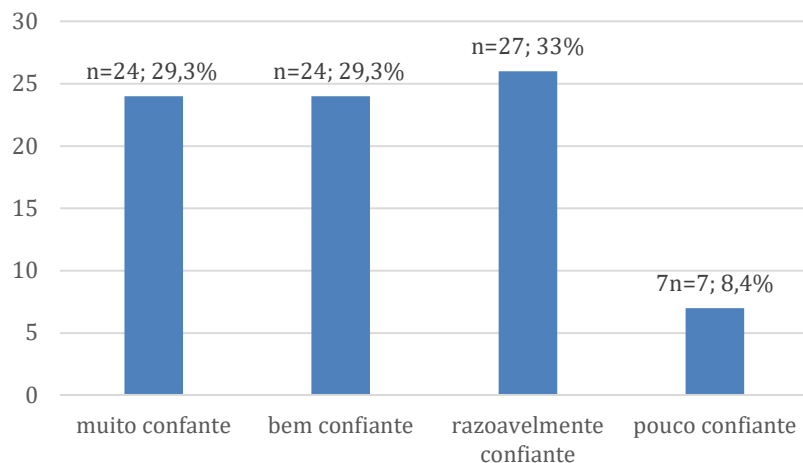
Fonte: Autoria própria, 2022.

Diante do contexto atual, foram necessárias mudanças nos hábitos de vida das pessoas, como a adoção do isolamento e distanciamento social, de normas de higiene e ambientes adequados para prevenção do vírus. Esse cenário requer profissionais de saúde e também da sociedade ações de prevenção da doença, de cuidado de si e do outro (FILHO *et al.*, 2021). Com isso em mente preocupa o fato de uma população receber a informação, dar credibilidade ao meio em que recebeu e a importância ao conhecimento, entretanto, não tomam como prioridade a aplicação de todas essas informações como ações de prevenção da doença.

No que refere a confiança nas medidas preventivas (GRÁFICO 06), o estudo revelou que embora 33% dos participantes sentem-se razoavelmente confiantes e 8,4% pouco confiantes nas medidas adotadas, os dados demonstram uma tendência favorável a confiança onde 58,6% estão incluídos nos grupos muito confiante e bem confiante (29,3% cada).

### Gráfico 06: Confiança nas medidas de prevenção.

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 ?

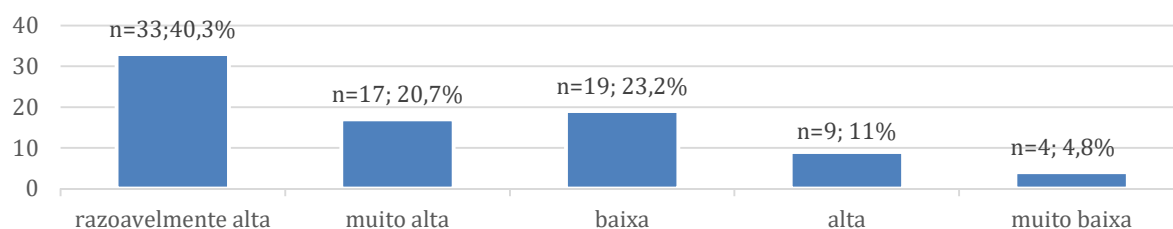


Fonte: Autoria própria, 2022.

Acontece de forma similar quando questionamos quanto a probabilidade de contaminação (GRÁFICO 07), ocorrendo uma tendência favorável à contaminação (72%) na junção dos que acreditam que é razoavelmente alta (40,3%), alta (11%) e muito alta (20,7%) em oposição aos 28% dos grupos baixa (23,2%) e muito baixa (4,8%). O que poderia justificar o fato da não utilização das medidas de prevenção em sua totalidade, uma vez que em sua maioria acreditavam que poderiam ser contaminados mesmo assim. Isso evidencia a necessidade de se criar outras estratégias que sejam efetivas no controle e adesão as medidas preventivas.

### Gráfico 07: Possibilidade de contaminação.

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



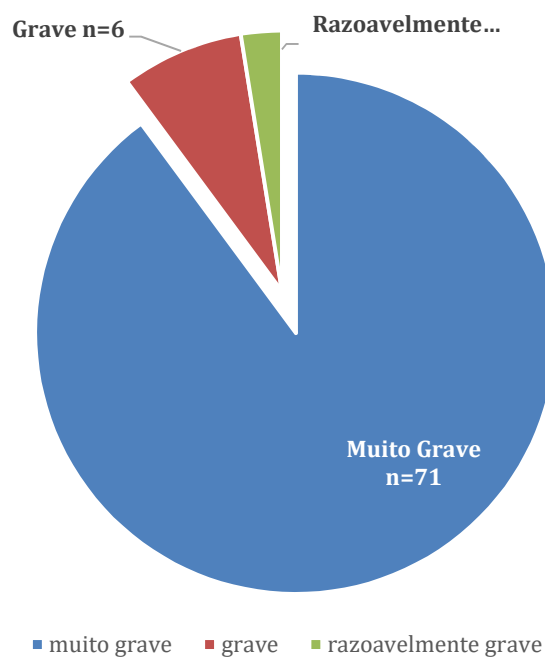
Fonte: Autoria própria, 2022.

Estudos revelam desde o início da pandemia que a doença afeta de forma mais grave principalmente pessoas idosas, com presença de comorbidades, como o DM e a HAS (SANTOS *et al.*, 2021). Sobre a gravidade da doença (GRÁFICO 08), observou-se que a maioria (n=71)

considerou como muito grave a doença causada pelo COVID-19, o que nos remete novamente ao paradoxo entre o conhecimento e a aplicabilidade, pois mesmo diante da valorização e confiança de todas as informações sobre as medidas para a prevenção e de que consideram a doença muito grave, continuam se deslocando para trabalhar e possuem a crença de que se contaminarão.

**Gráfico 08:** Gravidade da doença.

Na sua opinião , a doença provocada pelo  
CORONAVÍRUS é:



**Fonte:** Autoria própria, 2022.

A pesquisa identificou (TABELA 07) que as principais ações percebidas pelos participantes em relação a Equipe de Saúde foram as visitas domiciliares dos ACS (30,5%), as orientações sobre prevenção (14,6%), as consultas médica/enfermagem (14,6%) e a vacinação (13,4%). Ao mesmo tempo observa-se que um percentual baixo não foi ao posto (11%) e que somente 3,7% não sabiam responder quais as ações foram desenvolvidas, isso mostra que na opinião dos usuários a equipe de saúde continuou a desenvolver suas ações mesmo com a pandemia. Nesse contexto sanitário, os dados mostram que a APS tem papel fundamental em manter a motivação das pessoas na adesão as medidas preventivas, aos tratamentos medicamentosos e as mudanças de hábitos de vida, na tentativa de reduzir o número de hospitalizações e conseqüentemente o número de óbitos.

**Tabela 07:** Tipo de ação/atividade desenvolvida pela Unidade Básica de Saúde.

<b>VARIÁVEL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Consulta médica/enfermagem	12	14,6
Vacina	11	13,4
Visita domiciliar ACS	25	30,5
Palestras	00	0,00
Orientações sobre COVID-19	07	8,5
Orientações sobre prevenção	12	14,6
Sala de espera	03	3,7
Não foi ao posto	09	11
Não sei	03	3,7

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Em relação as políticas de distribuição de renda (TABELA 08), 57,3% afirmaram que antes da pandemia não recebia nenhum benefício governamental, contudo uma grande parcela 42,7%, afirmou receber algum tipo de benefício, sendo (bolsa família – 18,3% e aposentadoria – 24,4%). Já durante a pandemia 55% não recebia qualquer auxílio e uma grande parcela 42,6% necessitaram do auxílio governamental. O que retrata uma dificuldade enfrentada nesse período. Segundo Pereira *et al* (2021), a insuficiência de renda é uma das principais causas da pobreza, e assinala que nos contextos de vida a falta de oferta de serviços básicos propiciam situações de vulnerabilidade.

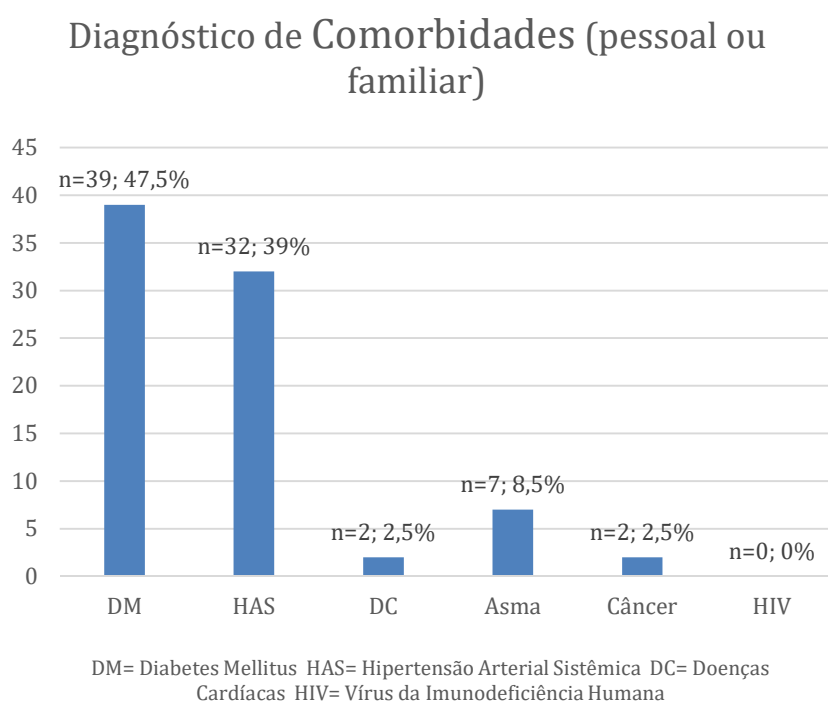
**Tabela 08:** Benefício social e auxílios.

<b>BENEFÍCIO SOCIAL</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>ANTES DA PANDEMIA</b>		
Aposentadoria	20	24,4
Bolsa família	15	18,3
Bolsa defeso	-	-
Nenhum	47	57,3
<b>DURANTE A PANDEMIA</b>		
Auxílio emergencial governo federal	35	42,6
Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação)	-	-
Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação)	-	-
Auxílio de instituições de caridade	-	-
Auxílio de ONGs	1	1,2
Auxílio da própria comunidade	-	-
Auxílio de Igreja	-	-
Auxílio de amigos/parentes	-	-
Outros	1	1,2
Nenhum	45	55

**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Dos entrevistados, a prevalência afirmou ser apenas diabético (47,5%), diabéticos e hipertensos (39%), o que configura, na atual conjuntura, pertencerem aos grupos de riscos para desenvolver a forma grave da COVID-19. Desde o início da pandemia, diversos estudos mostraram que a doença afeta de forma mais grave principalmente pessoas idosas e com a presença de comorbidades e que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes *mellitus* (DM) estavam presentes nas pessoas que mais foram a óbito em decorrência dessa doença (SANTOS *et al.*,2021). Diante dessa realidade a caracterização das pessoas infectadas é fundamental para o planejamento do combate à doença.

**Gráfico 09:** Doenças preexistentes.



**Fonte:** Autoria própria, 2022.

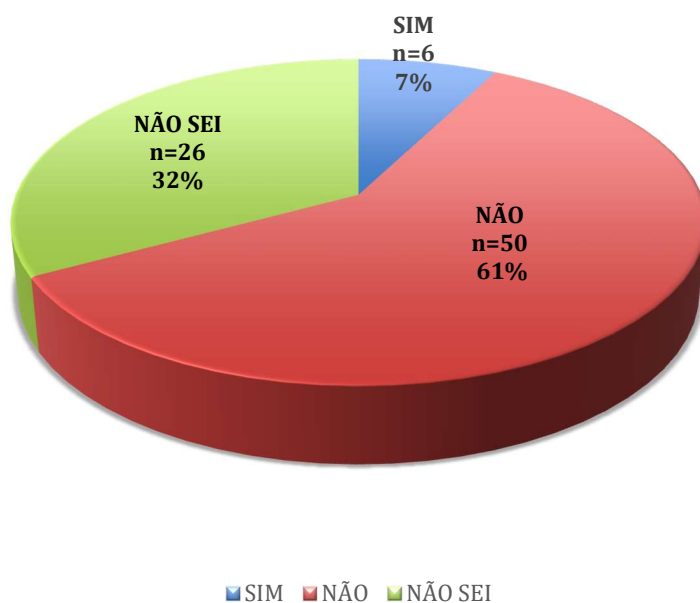
No decorrer da pandemia, governos estaduais e municipais do Brasil mobilizaram ações estratégicas para controlar a exposição ao vírus, visando diminuir a malignidade da doença (OLIVEIRA *et al.*, 2021b). O governo do Maranhão disponibilizou fluxos de atendimentos para sintomas leves de gripes que seriam as Unidades Básicas de Saúde, posteriormente, abril de 2020, também disponibilizou nessas UBS testagens rápidas (*swab* nasal) e para os sintomas graves (dificuldade para respirar) as Unidades de Pronto Atendimento (UPAS). Mesmo diante de todas as possibilidades de acesso a assistência e de testagem para a COVID-19, 61% dos entrevistados afirmaram não ter sido contaminado pelo novo coronavírus e 32% não sabiam (GRÁFICO 10). Vale ressaltar que não temos como quantificar quantos



desses sujeitos tiveram a forma assintomática ou leve e a caracterização das pessoas infectadas é essencial para o planejamento do combate à doença.

**Gráfico 10:** Diagnosticado com COVID-19.

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



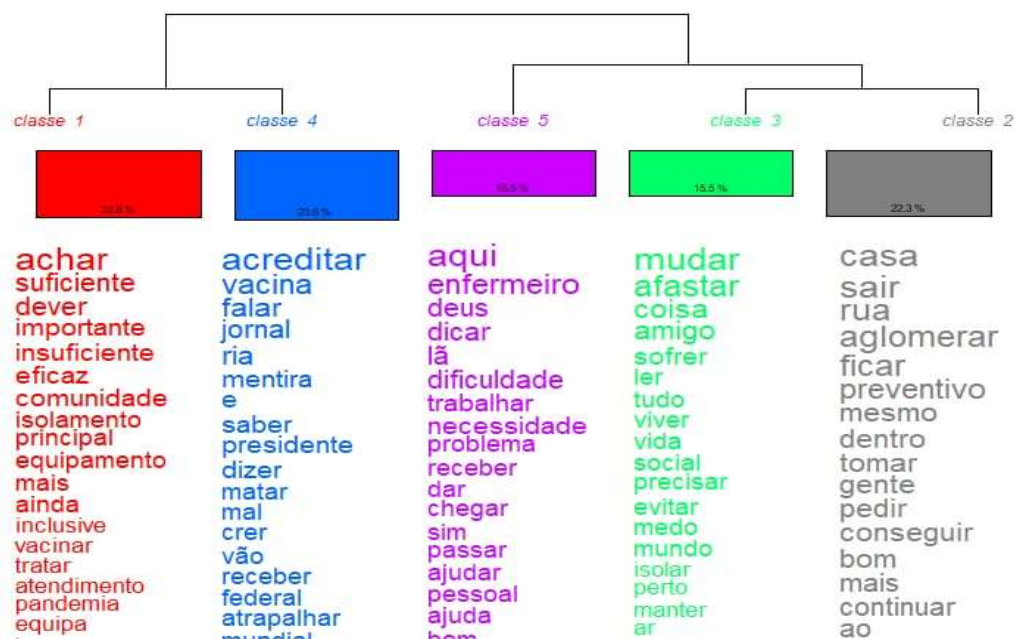
**Fonte:** Autoria própria, 2022.

## 6.2 DADOS REFERENTES A PESQUISA QUALITATIVA

Uma vez transcritas as entrevistas realizadas seguindo o roteiro estruturado, os dados qualitativos, oriundos desta segunda etapa do estudo, foram submetidos ao *software* IRAMUTEQ que processou o *corpus* inicial produzido a partir de um *corpus* único contendo 14 entrevistas, dividindo-o em 176 segmentos de textos, contendo 1.222 formas, que registraram 6052 ocorrências, 763 formas ativas, e 82 suplementares.

Esse tipo de *corpus* promoveu a interferência dos subtemas na elaboração das classes, e após sua análise no relatório de processamento do *software* verificamos que originou 5 classes, com aproveitamento de 94,32% do *corpus* (FIGURA 3). Estas classes em um primeiro momento surgiram da divisão do *corpus* textual nas classes 1 e 4 de um lado e do outro lado as classes 2, 3 e 5. Atendendo-se que em seguida ocorreu uma segunda partição separando e isolando a classe 5 das classes 2 e 3 quando então o sistema se tornou estável e encerrou as partições.

**Figura 03:** Dendograma da CHD



**Fonte:** Autoria própria, 2022.

Dentre os recursos disponíveis no *software* utilizou-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Análise de Similitude (AS) como ferramentas de análise.

### 6.2.1 Classificação Hierárquica Descendente (CHD) – Categorias

Os dados provenientes do IRAMUTEQ quando expressados sob o formato de Dendograma destaca as palavras com maior significância, o que nos possibilitou realizar uma Classificação Hierárquica Descendente (CHD) (ANEXO 6) permitindo a análise das categorias identificadas.

#### 6.2.1.1 Estratégias de enfrentamento da COVID-19

Ao analisarmos as classes 1 e 2, considerando que nos remetem a pensar como a comunidade enfrentou a pandemia de forma individual e coletiva, observamos que as mesmas poderiam ser agrupadas como subcategorias desta categoria:

- A classe 1 (vermelha), ora denominada subcategoria “Estratégias de Enfrentamento pela Comunidade durante a pandemia”, contém representatividade de 22,82% do *corpus* textual, evidenciando-se com as palavras: achar ( $x^2 = 63,34$ ;  $p < 0,0001$ ); suficiente ( $x^2 = 28,16$ ;  $p < 0,0001$ ); importante ( $x^2 = 19,7$ ;  $p < 0,0001$ ); eficaz ( $x^2 = 16,28$ ;  $p < 0,0001$ ); comunidade ( $x^2 = 16,14$ ;  $p < 0,0001$ ); isolamento ( $x^2 = 16,28$ ;  $p < 0,0001$ );

- Ao mesmo tempo a classe 2 (cinza) evidencia a subcategoria “Estratégias de Enfrentamento Individual na pandemia”, compreendendo 22,33% de representatividade de ( $\chi^2 = 23,32$ ;  $p < 0,0001$ ), destacando palavras como: casa ( $\chi^2 = 23,32$ ;  $p < 0,0001$ ); sair ( $\chi^2 = 22,17$ ;  $p < 0,0001$ ); ficar ( $\chi^2 = 19,45$ ,  $p < 0,0001$ ); preventivo ( $\chi^2 = 14,19$ ;  $p < 0,0001$ ); aglomerar ( $\chi^2 = 21,5$ ;  $p < 0,0001$ ).

Ao analisarmos de forma mais atenta verificamos nos dados constantes acima que os sujeitos que compuseram a amostra do estudo tenderam a aderir às medidas de prevenção e controle no intuito de conter a transmissão e melhorar os indicadores. Pois expressaram que na medida do possível fazem uso de máscaras, praticam o isolamento social, bem como passaram a higienizar frequentemente as mãos. Alguns trechos caracterizam essas afirmativas:

Na minha comunidade foi o isolamento social, fazer uso de máscara, lavar as mãos, fizemos as coisas mais importantes que eles pediram para gente fazer. (clte.8)

O isolamento social, todo mundo isolado. Ruas desertas, parecia filme de terror. (clte.6)

O uso de máscaras, algumas pessoas na comunidade, o número de pessoas que não usaram era menor do que as usavam, e a questão do isolamento social na primeira onda foi mais efetiva. (clte.12)

Usando álcool em gel, tentando não aglomerar né, o distanciamento social quando pode, mais é difícil porque todo mundo trabalha e a gente aglomerava dentro dos ônibus, mais a gente isolava o quanto podia. (clte.7)

É, eu particularmente estou seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde. Lavando as mãos com água e sabão, usando máscaras e quando possível usando álcool em gel. E quanto a locomoção, eu reduzir de forma brusca, tenho ficado a maior parte do tempo em casa, por ser safenado. (clte.9)

O que nós estamos fazendo, eu e minha família e até os vizinhos, amigos, as pessoas mais próximas de mim é a gente se isolar, evitar aglomerações e usar principalmente a máscara e o álcool em gel, a higienização das mãos é indispensável, é isso que estamos fazendo. (clte.2)

Para Massarani (2021), as medidas restritivas, como o confinamento, o uso de máscaras, distanciamento social, são especialmente desafiadoras para o enfrentamento da doença, torna-se fundamental o engajamento da população às recomendações da OMS e de autoridades sanitárias.

Ao mesmo tempo Soares *et al* (2021) destacam que a necessidade de retorno com segurança às atividades laborais e ao convívio social, requer um processo de aprendizado pela população e somente assim, a adoção de medidas de prevenção, desenvolvidas mediante embasamento científico, pode contribuir para a contenção viral e consequente redução de casos e que as pessoas consideradas de risco para a COVID-19, ou seja, as pessoas que possuem

problemas de saúde subjacentes como os DM (entre outras doenças crônicas), idosos e gestantes devem priorizar as medidas de prevenção.

Salientamos que desde a emergência do vírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-COV-2), debates sobre as medidas de prevenção e controle da pandemia têm ganhado destaque na mídia e na literatura científica. Sabe-se que a transmissão do novo coronavírus entre humanos ocorre principalmente na interação pessoa-pessoa pelo contato com gotículas produzidas por via oral e nasal na respiração, fala, tosse ou espirro de indivíduos infectados, sejam doentes ou assintomáticos (ORTELAN *et al.*, 2021). Diante disso, os países estabeleceram medidas preventivas, tais como: o isolamento social, o uso de equipamentos de proteção individual, fechamento de fronteiras e cuidado com os indivíduos enquadrados nos chamados grupos de risco, como idosos, hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros. (PAZ *et al.*, 2021).

A gestão de uma pandemia decorrente de um vírus respiratório, segundo Garcia *et al.* (2020) requer capacidade da saúde pública para resposta coordenada para implementação de restrições de circulação obrigatória (bloqueios, quarentenas, toque de recolher) e voluntária (distanciamento social e uso de máscaras). Também necessitando de testes em grande escala para rastreamento dos infectados, vigilância rigorosa e monitoramento em tempo real da trajetória da epidemia, além de gestão de recursos humanos para cuidados de saúde e serviços essenciais. (MASSARINI, 2021).

Segundo Ygnatios *et al.*, (2021), a adesão às medidas de prevenção e controle da COVID-19 dependem não somente das estratégias governamentais, mas também do apoio social recebido pelo indivíduo, postula ainda que este apoio satisfatório, seja através do emocional, informacional ou instrumental, torna-se fundamental para enfrentar as consequências negativas das medidas preventivas.

#### 6.2.1.2 Desafios/medos vivenciados no contexto da pandemia

A pandemia do novo coronavírus (COVID-19) imprimiu à humanidade nova realidade, novas maneiras de enfrentar e viver, de trabalhar, impôs distanciamento social, isolamento domiciliar entre outras mudanças. A adaptação à nova realidade pode desencadear sentimentos de solidão, angústia e sintomas como estresse, insônia (FARIAS; PATINO, 2022).

Podemos interpretar que a classe 3 (verde) com 15,5% do *corpus*, trouxe as seguintes palavras que caracterizam essa realidade: mudar ( $x^2 = 68,45$ ;  $p < 0,0001$ ); afastar ( $x^2 = 50,47$ ;

$p < 0,0001$ ); amigo ( $x^2 = 33,6$ ;  $p < 0,0001$ ); sofrer ( $x^2 = 16,55$ ;  $p < 0,0001$ ); medo ( $x^2 = 15$ ,  $p < 0,0001$ ).

Em geral os sujeitos da pesquisa relataram medo de se afastar e preocupação com a possibilidade de sua família adoecer. Isso pode ser exemplificado quando se referem sobre as orientações de distanciamento da família, dos amigos, de não poder aglomerar, de perder pessoas amigas e de não poder se despedir. Essas descobertas, principalmente determinam emergências de sentimentos negativos, que precisam ser valorizados.

As repercussões negativas, expressam-se nas falas a seguir:

Estamos com muito medo, mais sempre em casa e deixando de aglomerar e só saindo quando necessário. (clte.1)

Essa orientação do isolamento social nos faz sofrer muito, sofrer porque nós precisamos socializar, precisamos reunir a família e durante esse período a gente teve que evitar isso. E isso, de fato nos fez sofrer. (clte.9)

Mudou muita coisa, a respeito da gente não poder visitar os amigos, a família, abraçar. Eu perdi muitas pessoas amigas bem próximas e eu não pude dar um abraço, não pude ficar perto enquanto doentes, isso para mim foi muito difícil, me fez sofrer muito. (clte.13)

Mudou muita coisa, mudou a convivência social, mudou a aproximação das pessoas, eu sou uma pessoa que gosto muito de cumprimentar as pessoas, de abraçar e conversar, e isso me isolou bastante, isso é muito ruim, estou sentido falta. (clte.2)

O convívio das pessoas, dos amigos, afastados dos familiares, tem tempos pior que esse? (clte.10)

Muita coisa mudou, muita coisa, caso de stress, de ansiedade, de tristeza. (clte.14)

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2006), o isolamento social prolongado pode gerar diversas consequências e sentimentos negativos que poderão ter impactos posteriores, pois a pandemia trouxe mudanças repentinas e sem prazo para terminar. Afirma também que pandemias como a de COVID-19 afetam pessoas no mundo inteiro com potencial para desencadear sintomas psicológicos, o medo, o estresse e as incertezas podem levar a consequências relacionados à saúde mental (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2020c).

Para Brooks *et al.* (2020), alguns dos principais estressores no contexto da pandemia estão relacionados à duração da quarentena, ao distanciamento social, à frustração e ao tédio, relacionam-se também à COVID-19, o medo de contrair a doença, a preocupação com a saúde própria e dos entes queridos, o estigma da doença e os riscos do trabalho.

Alradhawi *et al.* (2020) referem que a ruptura do cotidiano gera a perda da espontaneidade, desconfortos, insegurança e instabilidade, potencializa as incertezas e a

percepção da incapacidade de prever a evolução da doença e retomada de suas atividades. Desse modo, ao cogitarem o prolongamento do tempo de distanciamento social, as pessoas expõem seus conflitos afetivos, conjugais, dificuldade para manutenção dos vínculos, a adesão de novos hábitos, em especial o afastamento de pessoas de seu convívio, têm repercutido no aumento expressivo de distúrbios psicoemocionais, uso abusivo de substâncias e violência intrafamiliar.

A pandemia tem se mostrado um estressor comum, uma vez que promove incertezas, ameaças à vida e desestabilização de rotinas. O indivíduo está sob estresse quando percebe as situações e os eventos como ameaçadores ou desafiadores. (RYAN *et al.*, 2021).

Ao serem impossibilitados de transitar livremente nos espaços de sociabilidade, os homens ancoram no sentimento de impotência e na percepção da própria incapacidade de ajudar as pessoas que se encontram afetadas pela COVID-19, em especial aquelas em vulnerabilidade que vivem ao seu entorno, esse sentimento de impotência também está associado ao medo e ao pânico frente ao desconhecido, e conseqüentemente paralisa o sujeito reduzindo sua capacidade de enfrentamento. (ORNELL *et al.*, 2021).

### 6.1.3 Credibilidade nas informações

A classe 4 (azul) emergiu com a maior representatividade (23,8%) do *corpus* textual evidenciando a importância das informações durante a pandemia. Algumas palavras tiveram relevância significativas para caracterizá-la: acreditar ( $x^2 = 53,33$ ;  $p < 0,0001$ ); jornais ( $x^2 = 19,8$ ;  $p < 0,0001$ ); vacina ( $x^2 = 66,6$ ;  $p < 0,0001$ ); informação ( $x^2 = 40,74$ ;  $p < 0,0001$ ); televisão ( $x^2 = 66,67$ ;  $p < 0,0001$ ).

Pelos dados apresentados o estudo revela que a população analisada mostrou credibilidade nas informações recebidas, chama atenção que ela foi maior atribuída aos profissionais de saúde, aos jornais e televisão, contudo, também afirmam confiar nas informações dos vizinhos, igreja e comunidade.

A credibilidade ganha ênfase nos depoimentos em destaque:

As informações que a gente escuta pela televisão e dos médicos e enfermeiros, eu acredito em todas. (clte.3)

Eu dei atenção as sérias, do Ministério da Saúde, da Organização Mundial de Saúde, do povo da saúde. (clte.6)

Toda informação é benéfica, principalmente para essa doença que a gente não sabe quase nada dela, muitas pessoas que estudaram e que estudam e que estão aí em busca de informação. Então temos que acreditar. (clte.2)

Sempre recebi informações através de televisão e jornais e foram bem claras e não tive dúvidas, acreditava nelas. (clte.10)

Mesmo não tendo culto, sempre ouvia o que o pastor falava pelas televisões, nessas horas de desespero é importante a fé? Não é? (clte.8)

Os vizinhos falam muitas coisas, verdades e mentiras, mais como a gente não sabe as verdades, melhor acreditar do que desacreditar. (clte.14)

O sucesso de políticas públicas para evitar o contágio e barrar a transmissão da doença depende, em parte, da percepção, do grau de confiança nas instituições, na mídia e na percepção de risco das pessoas sobre a pandemia. A comunicação torna-se, assim, relevante em situações como a imposta pela pandemia da COVID-19. (MASSARANI, 2021).

Para a Organização Mundial de Saúde (2018), a “troca de informação, aconselhamento e opiniões entre peritos, líderes comunitários, funcionários e as pessoas que estão em risco” é parte integrante de qualquer resposta de emergência, permitindo às pessoas compreender e adotar comportamentos de proteção, além de propiciar às autoridades o processo de escuta da população e de responder às suas demandas com aconselhamento relevante e confiável.

Também cabe destacar que a informação em saúde fornece subsídios para o próprio setor de saúde e serve tanto à produção de informações importantes e pertinentes quanto, também, à disseminação de equívocos e de produtos de manipulação indevida dos dados em saúde. (MORENO *et al.*, 2009).

Segundo Torres *et al.* (2018), a informação e a comunicação facilitam e dinamizam o processo do aprendizado. Assim, o uso de ferramentas de comunicação, constitui uma importante estratégia de disseminação do conhecimento de qualidade, sobretudo para os grupos mais vulneráveis, em um cenário de incertezas.

A confiabilidade nas informações são ferramentas importantes para os indivíduos responder aos riscos em diferentes contextos sociais e, principalmente, colaborar para a construção de pontes de conexão adequadas e de comunicação, identificando fatores determinantes da aceitação e adoção de medidas de proteção (MASSARANI, 2021).

#### 6.2.1.4 Desempenho da APS no período pandêmico

Com a chegada da pandemia ao Brasil, observou-se a suspensão de alguns serviços antes ofertados nas UBS, bem como houve grande queda no número de atendimentos, fato que ocasionou e ocasiona descontinuidade e pode levar a complicações e problemas, por falta de cuidados aos portadores de doenças crônicas, pois eles continuam necessitando de atenção e cuidado contínuo (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

O dendograma nos permitiu identificar na classe 5 (lilás), uma representatividade de 15,5% do *corpus* e destaca o trabalho dos profissionais e dos serviços da Atenção Primária à Saúde durante a pandemia. Contendo as seguintes palavras em destaque: enfermeiros ( $x^2 = 51,24$ ;  $p < 0,0001$ ); trabalhar ( $x^2 = 14,66$ ;  $p < 0,0001$ ); ajudar ( $x^2 = 22,43$ ;  $p < 0,00001$ ); acompanhar ( $x^2 = 10,99$ ;  $p < 0,0001$ ).

Cumpre salientar que selecionamos citações para evidenciar os resultados, considerando as que melhor representavam o argumento e universo dos dados, dando credibilidade ao esforço do Serviço Primário à Saúde.

Elas fizeram muito, muito mais que ajudar, elas foram as únicas pessoas que tiveram coragem de chegar perto dessa doença e graças a eles o pessoal da saúde eu posso estar aqui hoje dando essa entrevista, sendo entrevistado por uma enfermeira. (clte.14)

Infelizmente as equipes não podem fazer mais do que já fazem, porque tem poucos recursos, mais os profissionais de saúde são guerreiros, não medem esforços para informar a comunidade e para tratar os doentes. (clte.9)

O posto de saúde, as meninas do postinho passam aqui frequentemente, elas têm o cuidado de passar, de saber como a gente estava, os agentes de saúde aqui do bairro. (clte.5)

Aqui já vieram três ou quatro vezes saber como a gente estava. Graças a Deus somos bem acompanhados. (clte.2)

Lá em casa, os agentes passavam de longe e perguntavam se teve algum problema com sua pressão? (clte.13)

Para mim, acho que fizeram o suficiente, acho que eles deram o suporte que eles poderiam ter dado para toda a comunidade. (clte.8)

Torna-se necessário aliar cuidado de qualidade individual e coletivo afim de preservar os atributos de acesso, longitudinalidade, coordenação de cuidado, abordagem familiar e comunitária. Nesse cenário a APS tem papel crucial na necessária abordagem comunitária e de vigilância em saúde, com suas equipes multiprofissionais e de enfoque comunitário e territorial, que apresenta ao longo do tempo impactos positivos na saúde da população e deve atuar no enfrentamento de qualquer pandemia, tendo papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle e na continuidade da assistência. (GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Medina *et al* (2020), acreditam que a APS pode tanto dirigir-se a cidadãos não doentes, quanto orientar para a proteção do contágio, detecção precoce dos sintomáticos, rastreamento dos contatos, isolamento, tratamento e reabilitação de pacientes com sequelas da COVID-19. Ao mesmo tempo que Seixas *et al.* (2021) afirmam que ela tem o potencial de intervir junto a grupos sociais vulneráveis, identificar situações de extrema precariedade e articular ações intersetoriais que colaborem para a segurança epidêmica.





Ao analisar minuciosamente a similitude, observou-se que os ramos interligam às palavras “gente”, “casa”, “estar/só, sofrer, mudar, adoecer, tratar, tentar se prevenir, para Bezerra *et al* (2020), a pandemia imprimiu a humanidade novas formas de viver, impôs distanciamento social, isolamento domiciliar e outras mudanças na vida afim de diminuir a transmissão do vírus. Essa realidade nos remete a ramificação da grandiosidade da palavra “CASA” como refúgio, proteção e ao mesmo tempo das dificuldades de se praticar o distanciamento/isolamento social, da solidão imposta na busca de se sobreviver, intensificando sentimento de tristeza, sobretudo dos idosos, grupos mais vulneráveis.

Em relação a ramificação com foco na palavra “saúde”, a similitude nos evidenciou a conexão com as palavras “acreditar”, “achar”, “informação” esses dados nos remete pelas palavras em destaque dentro dos balões das ramificações que foram: higienização das mãos, sabão, uso de máscaras, ajudar, orientar, posto, domiciliar, seguir as recomendações da Organização Mundial de Saúde, praticar o isolamento social. Evidenciando, assim a credibilidade apresentada pelos participantes do estudo sobre as medidas de prevenção sobretudo advindo da saúde.

Sampaio *et al* (2015), sugerem que o conhecimento, a motivação e a competência das pessoas para acessar, compreender, aderir e avaliar as informações em saúde, de forma a fazer julgamentos e tomar decisões no dia a dia, no que se refere ao cuidado pessoal e coletivo, é primordial para manter ou melhorar a qualidade de vida. A questão, portanto, não é apenas saber se o indivíduo compreendeu as informações repassadas, e sim, o que ele é capaz de fazer diante de novos conhecimentos.

Nesse sentido os profissionais e a APS desempenham papel de facilitador e devem sempre buscar aprimorar e adequar suas ações a fim de manter a continuidade da assistência e promover a redução da disseminação do vírus. Dado a crescente atribuição de credibilidade nas informações recebidas, o conhecimento dessa compreensão nas informações para manutenção da saúde é significativo e importante para que as pessoas possam receber instruções que sirvam efetivamente e que através delas possam colocar em prática.

## **7 CONCLUSÃO**

Conclui-se que boa parte dos entrevistados reconheceram a gravidade da pandemia, a importância de seguirem as recomendações sobre medidas de proteção e afirmaram credibilidade as informações recebidas, principalmente pelos profissionais de saúde e televisão,

assim como consideraram as medidas de prevenção e controle indicadas pelas autoridades de saúde e jornais como principais fontes válidas e seguras.

Entretanto, conclui-se também o dilema em que apesar de os participantes darem importância as medidas preventivas, credibilidade às informações e que se trata de uma doença grave, eles não aplicavam essas medidas preventivas de forma integral, pois necessitavam sair para trabalhar e acreditavam que iriam inevitavelmente contrair a doença.

Observamos também, que o medo de contrair a doença devido à gravidade da infecção e as próprias estratégias de prevenção tenderam a desencadear sofrimento e sentimentos negativos, o que tornaram a aplicabilidade destas na vida cotidiana muito difícil. Essas repercussões ocorrem em todas as gerações analisadas e de diferentes formas.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Nesse sentido, estudos dessa natureza no âmbito da Atenção Primária à Saúde podem sugerir ferramentas importantes para promover educação permanente no desenvolvimento de boas práticas de comunicação pelos segmentos responsáveis pela difusão das informações nas comunidades diante de novos enfrentamentos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALRADHAWI, Mohammad; SHUBBER, Nour; SHERPPARD, Jack; ALI, Yoursif. Effects of the COVID-19 pandemic on mental well-being amongst individuals in society – A letter to the editor on “The Socio-Economic Implications of the Coronavírus and COVID-19 Pandemic: A Review”. **Int J Surg** 2020; 78:147-148.

ARANDIA, Guzman Jaime; ANTEZANA, Llaveta Gabriela. G. SARS-Cov-2: estrutura, replicação e mecanismos fisiopatológicos relacionados ao COVID-19. **Gac Med Bol** v.43 n.2 Cochabamba Dec. 2020.

ARAÚJO, Luís Fernando Silva Castro de; MACHADO, Daiane Borges. Impactos do COVID-19 na saúde mental em um país de baixa média renda. **Ciênc. saúde coletiva** 25(supp11). Jun 2020.

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

BEZERRA, Anselmo César Vasconcelos; SILVA, Carlos Eduardo Menezes; SOARES, Fernando Ramalho Gameleira; SILVA, José Alexandre Menezes. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciênc. Saúde Colet.** 2020; 25(1):2411-2421

BROOKS, Samantha K; WERBSTER, Rebecca K; WOODLAND, Lisa; GREENBERG, Neil et al. The psychological impact of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912-920. 26 de fevereiro de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico Especial Doença pelo coronavírus – COVID-19. Brasília, 2022. Disponível em: [www.gov.br/saude/pr-br/centrias-de-conteudo/publicações/boletins/boletins/boletins-epidemiologicos-covid-19/2021/boletim\\_epidemiologicos\\_covid\\_92\\_10dez21.pdf/view](http://www.gov.br/saude/pr-br/centrias-de-conteudo/publicações/boletins/boletins/boletins-epidemiologicos-covid-19/2021/boletim_epidemiologicos_covid_92_10dez21.pdf/view) Acesso em 17 de abril de 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. ASCOMSE/UNA-SUS. Notícias sobre o novo coronavírus. 2021 [www.unasus.gov.br/notícia/coronavíruswww](http://www.unasus.gov.br/notícia/coronavíruswww)

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília - DF: Ministério da Saúde, 2009.

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel.indicadores\\_sus\\_promocao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/painel.indicadores_sus_promocao_saude.pdf)

Acesso em maio de 2022

BRASIL, Ministério da Saúde. Contribuições para o enfrentamento da pandemia. **Ciênci. Saúde Coletiva**. 25(suppl 2)30 set 2020 out 2020.

<https://doi.org/10.1590/1413.812320202510.2.27662020>. Acesso em 20 de março de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Morbidade hospitalar do SUS [Internte]. Rio de Janeiro: Coordenação Geral de Desinformação em Saúde, 2018. [cited 2021 jul 30] available form: <https://tabnet.datasus.gov.br/cgi.exe?sih/snv/niuf/def>. Acesso em 29 de abril de 2022

CAMPOS, Mônica Rodrigues; SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade; EMMERICK, Isabel Cristina Martins; RODRIGUES, Jéssica Muzy; AVELAR, Fernando Genovez de; PIMENTEL, Thiago Goes. Carga de doenças da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública** 36(11) 30 de outubro 20202020.

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

CARVALHO, André Luís Bonifácio. Informação em saúde como ferramenta estratégica para a qualificação da gestão e o fortalecimento do controle social no SUS. **Actas de Saúde Coletiva**, vol. 3, n. 3, p. 16-30, jul./set. 2009.

CARVALHO, Lucas Mendes; NASCIMENTO, Felipe Azevedo Alberto; GRANATO, Renan Rocha; DAMASCENO, Osvaldo Correia; TEIXEIRA, Francisco Bruno; SATO, Diana Albuquerque. COVID-19-Xingu: Medidas Sociais e Informais no Combate à COVID-19 em Altamira – Pará. **Rev. bras.edu,med**. vol.44 supl.1 Brasília 2020. Epub. Oct 02, 2020.

COETZEE, A; TALJAARD, J. J; HUGO, S. S; CONRADIE, M; CONRADIE Smit M. Diabetes mellitus e COVID-19: Uma revisão e orientação de gestão para a África do Sul. **SAMJ, S. Afr. med. J.** vol. 110, n. 8. [S.I], ago. 2020.

DAUMAS, Regina Paiva; SILVA, Gulnar Azevedo e; TASCA, Renato; LEITE, Iuri da Costa; BRASIL, Patrícia; GREGO, Dirceu B.; GRABOIS, Victor; CAMPOS, Gastão Wagner de. O papel da atenção primária na rede de atenção à saúde no Brasil: limites e possibilidades no enfrentamento da COVID-19. Espaço temático: COVID-19 – Contribuições da Saúde coletiva. **Cad. Saúde Pública**, [Rio de Janeiro], vol. 36, n. 6, jun 2020.

DIEHL, Rafael; MARASCHIN, Cleci; TITTONI. Ferramentas para Intervenção Psicossocial no Desenvolvimento Humano no Leste de Cuba, a partir de uma Perspectiva Interativa [Internet]. Editora GrinVerlag; 2006.

DOMINGO, Maria José Escobar; DOMINGO, Daniela Paola Escobar; CORREA, Moreno Correa. Mecanismos fisiológicos relacionados com a infecção por SARS-COV-2 em pessoas expostas durante 2019 e 2020. **Univ. Med.** vol. 62 nº. 3 Bogotá jul/sep 2021. Epub june 30,2021.

DORNELAS, Rodrigo; SOUSA, Maria de Fátima; MENDONÇA, Ana Valéria. Informação, educação e comunicação em saúde: análise das concepções dos coordenadores de voz no distrito federal. **Rev CEFAC** 16 (1). Mar 2014.

ESCARCINA, Jésus Enrique Patino; MEDINA, Maria Guadalupe. Vigilância em Saúde no âmbito da atenção primária para enfrentamento da pandemia da COVID-19: revisão documental. **Saúde debate** 46 (spe1) 11 Abr 20222022.

FARIAS, Andreia Chaves, OLIVEIRA, José Dimas; MOREIRA, Maria Rosilene Cândido; COSTA, Milena Silva. **Itinerário terapêutico de famílias de crianças com deficiência à luz do modelo teórico dos sistemas de cuidados à saúde.** *New Trends in Qualitative Research*, v. 3, p. 359-371, 2020

FARIAS, Lina; PATINO, Rafael, Andrés. Dimensão psicossocial da pandemia do Sarc-CoV-2 nas práticas de cuidado em saúde de idosos. *Interface (Botucatu)* 26.2022.

FIGUEIREDO, Alexandre Medeiros de; Figueiredo, Cristina Moreira Marculino de; GOMES, Luciano Bezerra; MASSUDA, Adriano; GARCIA, Eugenia Gil; VIANNA, Rodrigo Pinheiro de Toledo; DAPONTE, Antônio. Determinantes sociais de saúde e infecção por COVID-19 no Brasil: uma análise da pandemia. **Rev. Bras. Enferm.** 72(Supp12). 2020.

FRASER, Agnes Erzse; LEVIT, Naomi; HOFMAN, Karen. SAMJ. S. Priorizando a ação no diabetes durante o COVID-19. **Afr. med. J.** [S.I.], vol.110 n. 8, Aug. 2020.

FERNANDES, Maria Clara Porto Fernandes; BACKES, Vânia Marli Schubert. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 4, p. 567-573, jul./ago. 2010

FILHO, José Adelmo da; SILVA, Caik Ferreira; ALBUQUERQUE, Gracy Alencar; PINTO, Antônio Germane Alves; OLIVIERA, Dayanne Rakelly de; CAVALCANTE, Edilma Gomes

Rocha... Recomendações preventivas em tempos de covid-19 à luz da teoria ambientalista. **Rev. enferm.** vol.38 supl.1 Bogotá Dec. 2020 Epub July 28, 2021.

FUENTES, Guillermo Medina; LÉON, Emma Bárbara Carbajales; LÓEN, Ana Isabel Carbajales; Gonzáles, Yakelin Fiqueredo; MARTINEZ, Lisel Montiel. **Características clínico-epidemiológicas de pacientes confirmados para a doença no estágio pós COVID-19 em Camaguey.** Multimed vol.25 nº.3 Granma May-JUN.2021 Epub 02-May-2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 14. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007.

GARCIA, Patrícia J.; ALARCON, Alex; ATUN, RITA; BAYER, Ângela; BUSS, Paulo, GUERRA, German; RIBEIRO, Helena; ROJAS, Karol; SAENZ, ROCIO; SNYDER, Salgado de; TUESCA, Sebastian. COVID-19 Response in Latin America. *AM J. Trop Med Hyg* 2020; 103(5):1765.1772.

GIOVANELLA, Lígia; MARTUFI, Valentina; RUIZ, Diana Carolina; MENDOZA, Maria Helena Magalhães de; BOUSQUAT AYLENE; AQUINO, Rosana; MEDINA; Maria Guadalupe. A Contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. **Saúde debate** 44(spe4). Dez 2020

GIOVANELLA, Lígia; MARTUFI, Valentina; MENDOZA, Maria Helena Magalhães de; BOUSQUAT AYLENE; AQUINO, Rosana; MEDINA; Maria Guadalupe. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à COVID-19. **Saúde debate** 45 (130). Jul-Sep 2021.

GOMES, Brenda Paula Figueiredo de Almeida; VASCONCELOS, Rodrigo Arruda; LOUZADA, Mendes Lidiane; GOMES Rebeca Figueiredo de Almeida; SOARES, Adriana de Jesus; ALMEIDA, Lúcia Rachel Figueiredo d; BALDACI Evandro Roberto. SARS-COV-2: Um divisor de águas profissional e social- Aspectos médicos e odontológicos. **Braço. Dente.** J. 35(5). Set. Out 2021.

GONZALEZ, Alejandro Román-González; RODRIGUES, Luís Antônio; BERRERA, Carlos Alfonso Builes; CASTRO, Diva Cristina; MONTANO, Carlos Esteban Builes; TORRO, Clara María Arango; RESTREPO, Johnayro Gutiérrez; GOMES, Juan David. Diabetes mellitus e COVID-19: fisiopatologia e proposta de tratamento para controle glicêmico em tempo de pandemia. **Iatreia** vol.34 nº2 Medellín abr./junho de 2021 Epub 20 de maio de 2021.

GOULART, Letícia Silveira; GRAÇA, Bianca Carvalho da; RODRIGUES, Vanessa Crisitns Ribeiro; GASQUE, Kellen Cristina da Silva. COVID-19 na Estratégia Saúde da Família: uma análise de como população percebe e adota as medidas de prevenção. **Revista de APS**. ISSN: 1009-8363 jan 2022.

YGNATIONS, Nair Tavares Milhem; ANDRADE, Fabíola Bof de; COSTA, Maria Fernanda Lima; TORRES, Juliana Lustosa. Predisposição a formas graves de COVID-19 e adesão às medidas de prevenção: o papel do apoio social. *Temas livres*. **Cienc. saúde coletiva** 26 (5). Maio 2021.

IBARRA, José Paz. Controle de diabetes mellitus em tempos de COVID-19. **ACTA médico. Peru**, vol. 37, n.2, abr-jun 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2019: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimentos. Rio de Janeiro: IBGE; 2019. 85p.

LOBO, Larissa Aline Carneiro; RIETH, Carmen Esther. Saúde mental e COVID-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate** 45(130). Jul Sep 2021

LIAQUE, Patrícia. 2019 Nova infecção por coronavírus em crianças. **Rev. Peru Med Exp Saúde Pública** 37(2) Abr. Jun 2020.

MADEIRA, Alexandra; SALVARO, Letícia; JUSTO, Taís; LONGEN, Willians Cassiano. Fisioterapia extra-hospitalar durante a pandemia: a visão e o posicionamento dos profissionais. Pesquisa Original. **Fisioter. Pesqui.** 28(4). oct. dec 2021.

MALTA, Débora Carvalho; GOMES, Crizian Saar; SILVA, Alanna Gomes da; CARDOSO, Laís Santos de Magalhães BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; LIMA, Margareth Guimarães; JUNIOR, Paulo Roberto Borges de Souza; SZWARCOWALD, Célia Landmann. Uso dos serviços de saúde e adesão ao distanciamento social por adultos com doenças crônicas na pandemia de COVI-19, Brasil, 2020. **Ciênc. Saúde Colet.** 26 (07). Jul 2021.

MENDES, Thiago, M; CARVALHO, Luís. Geografias da produção de conhecimento em coronarírus: uma análise global e dos países lusófonos. **Finisterra** nº 115 Lisboa. Dez 2020 Epub 31-dez-2020.



MASSARANI, Luísa; MENDES, Ione Maria; FAGUNDES, Vanessa; POLINO, Carmelo; CASTELFRANCHI, Yurij; MAAKAROUN, Bertha. Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de Covid-19 em 12 cidades brasileiras. **Rev. Ciênc. Saúde coletiva** 26 (08) 09 Ago 2021.

MARQUES, Rui; APARÍCIO, Daniel; CUNHA, Inês; BAGNARI, Inês; LOPES, Andreia; LEMOS, Ana; SEQUEIRA, Miguel. Coronamellitus: Uma Pandemia Infecto-Metabólica. **Medicina Interna** vol. 27 nº 3 Lisboa jil. 2020.

MEDINA, Maria Guadalupe; GIOVANELLA, Lígia; BOUSQUAT, Aylene; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? Espaço temático: COVID-19 – Contribuições da Saúde Coletiva. **Cad. saúde Pública** 36 (8) 17 Ago 20202020.

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

MORENO Arlinda B; COELI, Cláudia Medina; MUNCK, Sérgio. **Informação em saúde. Dicionário da educação profissional em saúde** [Internet]. 2009

MORAES, Cláudia Leite de; MARQUES, Emanuele Souza; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SOUZA, Edinilza Ramos de. Violência contra idosos durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: contribuições para o enfrentamento. **Ciênci. Saúde Coletiva**. 25(supl 2)30 set 2020 out 2020.

MORAIS, Daniela Aparecida; MORAES, Cíntia Maria Guedes de; SOUZA, Karina Mara de; ALVES, Roger Alves. Reorganização do atendimento pré-hospitalar móvel durante a pandemia de COVID-19: relato de experiência. Relato de Experiência. **Rev. Bras. Enferm.** 75(sup.1).2022.

OLIVEIRA, Anderson Milfont Feitosa de; MOREIRA, Maria Rosilene Cândido; XACIER, Samyra Paula Lustoza; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Análise de integração ensino-serviço para a formação de residentes em medicina de família e comunidade. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 45, 2021a.

ORNELL, Felipe; HALPERN Silvia Chwartzmann; KESSLER, Félix Henrique Paim; NARVAEZ, Joana Corrêa de Magalhães, FHP. O impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental dos profissionais de saúde. THEMATIC SECTION: COVID-19. PUBLIC HEALTH CONTRIBUTIONS. **Cad. Saúde Pública** 36(4) 30 Apr 20202020

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Departamento de Evidência e Inteligência para Ação em Saúde. (2020a) disponível em:

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infordemic_por.pdf?sequence=14)

[Infordemic\\_por.pdf?sequence=14](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infordemic_por.pdf?sequence=14) Acessado em 20 de março de 2022

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **A ONU contra a**

**desinformação sobre o COVID-19 e os ataques cibernéticos.** (2020b). Disponível em:

»<https://www.un.org/es/coronavirus/articles/onu-contra-desinformacion-covid-19-ataques-ciberneticos>. Acesso em 20 de junho de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Proteção da saúde mental em situações de epidemias.** [Internet]. OPAS: 2006. Acesso em fevereiro de 2022. Disponível

em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Proteção-da-Saude-Mental-em-Situaciones-Epidemias-Portugues.pdf>.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Considerações psicossociais e de saúde mental durante o surto de COVID-19. Geneva: OPAS: 2020c.

<https://doi.org/10.1590/0103.1104202113024> Acesso em 20 de abril de 2022

ORTELAN, Naiá; FERREIRA, Andréa Jacqueline Fortes; LEITE, Luciana; PESCARINI, Julia Moreira; SOUTO, Ana Cristina; BARRETO, Maurício Lima; AQUINO, Estela M. L. Máscaras de tecido em locais públicos: intervenção essencial na prevenção da COVID-19 no Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.** 26(02). Fev 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comunicação de riscos em emergência de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência. Genebra 2018.

PAIVA, Roberta Fernanda da Paz de Souza; SOUZA, Marcela Fernanda da Paz de.

Associação entre condições socioeconômicas, sanitárias e de atenção básica e a mortalidade hospitalar por doenças de veiculação hídrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 34(1) 05 Fev 2018.

PAZ, Monique Maria Silva da; ALMEIDA, Milene de Oliveira; CABRAL, Nadine Oliveira; ASSIS, Thais Josy Castro Freire de; MENDES, Cristina Katya Torres Teixeira. Barreiras impostas na relação entre puérperas e recém-nascidos no cenário de pandemia da COVID-19. Special Articles. **Rev. Bras. saúde Mater. Infant.** 21 (Suppl 1). Feb 2021.

PREDROZA, Giulia Gabriella d; MONÇÃO, Anne Cariline de Moraes; VALLADARES, Heitor de Oliveira; MELLO, Sávio Dias de Paula; SOUZA, Victor Hugo de Maria Paura; SILVA, Júlio Cesar Santos da; FERREIRA, Marcela dos Santos. Hábitos de vida de pessoas com diabetes mellitus durante a pandemia de COVID-19. **Cogitare Enferm.** 26. 2021.

PEREIRA, Silva de Oliveira; OLIVEIRA, Juliana Tosta de; VASCONCELLOS, Milton, Silva de; SANTOS, Darci Neves dos. Deficiência e transferência de renda diante da síndrome congênita do Zika vírus: um estudo sobre a Medida Provisória 894/2019. **Interface** (Botucatu) 25, 19 Abr 20212021.

PEPE, Vera Lúcia; NOVAES, Hillengonda Maria Dutilh; CASTRO, Cláudia Garcia Serpa Osório. COVID-19 e os desafios para a regulação de medicamentos em tempos de pandemia. **Ciênc. Saúde coletiva** 26(10). Out 2021.

PERCLY, Inah Maria de; AZEVEDO, Rafael B; MUXFELDT, Elizabeth S; BOTELHO, Bruna G; ALBUQUERUE, Gabriela G; DINIZ, Pedro Henrique P; SILVA, Rodrigo; RODRIGUES, Cibele IS. Uma revisão da Covid-19 e lesão renal aguda: da fisiopatologia aos resultados clínicos. **Bras. J. Nephrol.** (J. Bras. Nefrol.) 2021;43(4):552-571.

PITITTO, Bianca de Almeida; FERREIRA, Sandra Roberta G. Diabetes e COVID-19: mais do que a soma de duas morbidades. **Rev. Saúde Pública, São Paulo**, vol. 54, mai. 2020.

RAZANI, Otávio Tavares; BASTOS, Leonardo dos Santos Lourenço; SILVA, Amanda de Araújo Batista da; SOUZA, Guilherme Faveret Garcia de; MARCHESI, Janaína Figueira; DANTAS, Leila Figueiredo. Progressão dos casos confirmados de COVID-19 após implantação de medidas de controle. **REV Bras. Ter. intensiva**, São Paulo, vol. 32, n. 2, Apr./June 2020.

REIS, Hatice Catal. Diagnóstico de COVID-19 com Deep Learning. Ing. Investigação vol. 42 nº 1 Bogotá Jan./Abr.2022 Epub 22 de outubro de 2021.

RYAN, Richard M; DECI, Edward L. Self-determination theory: basic psychological needs in motivation, development and wellness. New York: The Guilford Press. **American Psychologist.** January 2000

SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho; CARIOCA, Antônio Augusto Ferreira; SABRY, Maria Olganê Dantas; SANTOS, Patrícia Mariano dos; COELHO, Maria Auristela Magalhães Coelho; PASSAMAI, Maria da Penha Baião. Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. **Ciênc. saúde coletiva** 20(3). Mar 2015.

SANTOS, Lucas Gomes; BAGIO, Jussara Almeida de Oliveira; LEAL, Thiago Cavalcanti; COSTA, Francisco A; FERNANDES, Tânia Rita Moreno de Oliveira; SILVA, Regicley Vieira da; ARMSTRONG, Anderson; CARMO, Rodrigo Feliciano; SOUZA, Carlos Dornels Freire de. Prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em Indivíduos com COVID-19: Um Estudo Restrospectivo de Óbitos em Pernambuco, Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.** 117(2). Ago 2021.

SANTOS, Thalita Albuquerque Ferreira; VELOSO, Larissa da Costa; VELOSO, Thaynara Lindoso Silva. Fisiopatologia da Infecção pela SARS-COV-2: uma revisão de literatura voltada para a clínica. **Ed. Atena.** 2020.

SARTI, Thiago DIAS; LAZARINI, Wellington Serra; FONTENELLE, Leonardo Ferreira; ALMEIDA, Ana Paula Santana Coelho. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia de COVID-19? **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, vol. 29, n.2, Brasília, abr. 2020.

SEIXAS, Clarissa Terenzi; MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SANTO, Thiago Braga do Espírito; JUNIOR, Helvo Slomp; CRUZ, Kathleen Tereza da. **A crise como potência: os cuidados de proximidade e a epidemia pela COVID-19.** Interface 25 (suppl 1). 2021

SOARES, Karla Hellen DIAS; OLIVIERA, Luana da Silva; SILVA, Renata Karolaine Flor da; SILVA, Dayanne Caroline de Assis Silva; FARIAS, Ariany Cristine do Nascimento Farias; MONTEIRO, Estela Maria Leite Meirelles; COMPAGNON, Milton Cezar. Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa. **REAS.** Vol. 13(2). Jan 2021

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). COVID-19 e Diabetes. [Internet]. SBD: 2020. <https://www.diabetes.org.br/covid-19/covid-10-e-diabetes/>. Acesso 13 de mar d2 2022

SOUZA, Cláudia Teresa Vieira; SANTANA, Clarice Silva de; FERREIRA, Patrícia; NUNES, João Arriscado; TEIXIERA, Maria de Lourdes Benamor; GOUVÊA, Maria Isabel Fragoso da Silveira. Cuidar em Tempos de COVID-19: Lições aprendidas entre a ciência e a sociedade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de janeiro, vol. 36, n.6, jun 2020.

SMITH, James A; JUDD, Jenni. COVID-19: vulnerabilidade e o poder do privilégio em uma pandemia. *Promoção da Saúde J Austr.* 2020;3(2):158-60.

TORRES, Ana Paula; PIMENTA, Leny; KERBAUY, Maria Teresa. O uso efetivo das tecnologias de informação e comunicação (TIC) no ensino superior. *Conhecimento & Diversidade.*

VASCONCELOS, Mara; GRILLO, Maria José Cabral; SOARES, Sônia Maria. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009

ZHANG, Jin Jin; DONG, Xiang; CAO, Yi Yuan; YUAN, Ya Dong; YANG, Yi Bin; YAN, You Qin; AKADIS, Cezmmi A Akdis; GAO, Ya Dong. Características clínicas de 140 pacientes infectados pelo SARS-CoV-2 em Wuhan, China. **Alergia.** 2020 julho

## ANEXOS

## ANEXO 1 – 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 Marla 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 da 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 - SEMUS  
Superintendência de Educação em Saúde/SEMUS

**ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO 1ª ETAPA****PERFIL DO ENTREVISTADO**

Estado: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_  
 Bairro/área/localidade \_\_\_\_\_  
 UBS: \_\_\_\_\_

1. Data de nascimento: \_\_\_\_\_
2. Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino
3. Cor/raça/etnia autorreferida: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda  
( ) Indígena ( ) Amarela
4. Estado Civil: ( ) Casado ( ) Solteiro ( ) Divorciado ( ) Viúvo ( ) Vive junto
5. Nível de Escolaridade: ( ) Sem Escolaridade ( ) Fundamental incompleto  
( ) Fundamental ( ) Médio incompleto ( ) Médio ( ) Superior incompleto  
( ) Superior ( ) Pós-graduação
6. Quantas pessoas moram com você? ( ) 0 ( ) 1 a 3 ( ) 4 a 7  
( ) 8 a 10 ( ) mais de 10
7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para dormir inclui quartos e sala): ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 a 5 ( ) 6 a 8 ( ) mais de 8
8. Quantos banheiros existem na sua casa? ( ) Nenhum ( ) 1 ( ) 2 ou mais
9. Infraestrutura do domicílio (Acesso à água)  
( ) Água encanada ( ) Poço artesiano ( ) Reservatório  
( ) Outro: \_\_\_\_\_
10. 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, presidentes)

## 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

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? (admita mais de uma resposta)

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

Nenhuma das opções anteriores

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

Sim  Não  Não sei  Não desejo responder

## ANEXO 3 – ROTEIRO ESTRUTURADO 2ª ETAPA

### ● 2ª FASE

#### ROTEIRO DE ENTREVISTA (QUALITATIVA)

##### 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**?

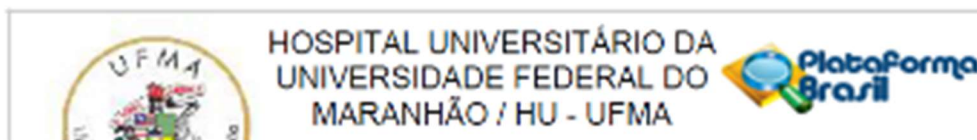
- 12) O que mais poderia ser feito pela equipe da Unidade de Saúde na sua comunidade para prevenção do **CORONAVÍRUS**?
- 13) Quais as principais dificuldades que o Sr. (a) e sua família enfrentaram para seguir as recomendações da Equipe de Saúde para prevenção da contaminação pelo **CORONAVÍRUS**?

**Sobre os governos**

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

## ANEXO 4 – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



#### 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\_1708192.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 Itapery nº 227

Bairro: CENTRO

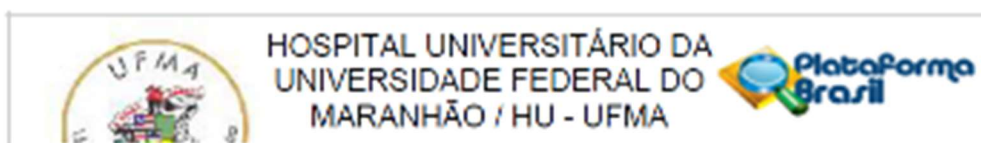
CEP: 65.004-070

UF: MA

Município: SÃO LUIS

Telefone: (98)2103-1250

E-mail: cep@ufma.br



Continuação do Parecer 4.262.017

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:

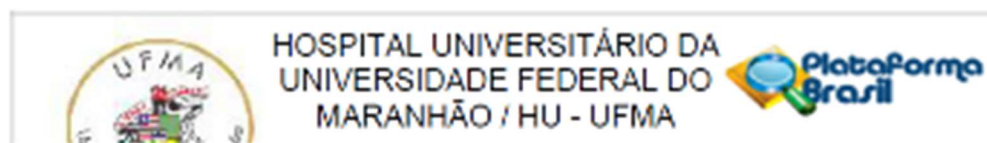
O universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias se expressa em estratégias utilizadas pela população adstrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco para a prevenção e controle da COVID19, de forma que 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 da 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 Igaray nº 227  
 Bairro: CENTRO CFP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1250 Email: oco@hufma.br





Continuação do Protocolo 4.062.017

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 PROF-SAÚDE/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).

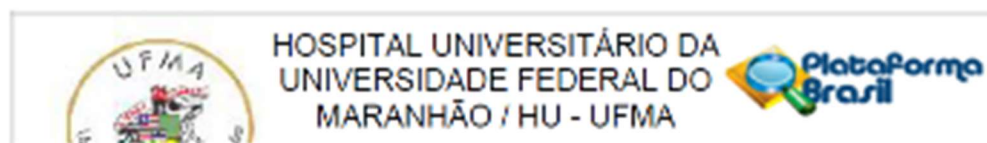
#### Critério de Inclusão:

Usuários(as), maiores de 10 anos, cadastrados(as) que tenham frequentado a UDS 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  
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070  
 UF: MA Município: SÃO LUIS  
 Telefone: (98)2109-1290 E-mail: cop@hustma.br



Continuação do Protocolo 4.062.017

#### 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 as significações 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:

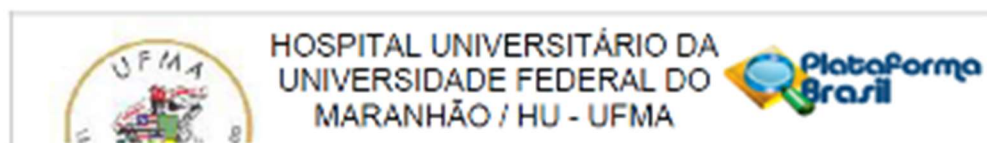
- Dimensionar o universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias;
- Identificar as estratégias utilizadas pela população adstrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco para a prevenção e controle da COVID-19 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 Irapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)2109-1290	E-mail: cop@hustma.br





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 do maior entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros.

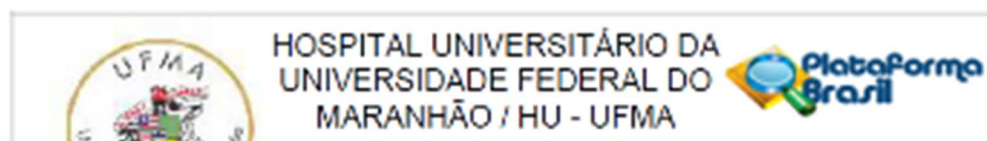
#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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: SADI LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: <a href="mailto:usp@ufma.br">usp@ufma.br</a>



Continuação do Parecer: 4.562.047

#### 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 CNS/MS 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 468/2012 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.

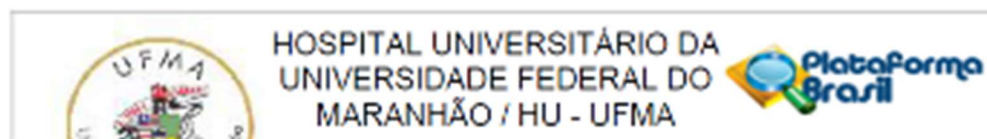
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PD_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1708182.pdf	25/02/2021 16:20:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPONSA.pdf	26/02/2021 16:27:10	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
TCE F / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCE F.pdf	25/02/2021 16:09:48	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRegionalPROFSAUDEUFMA.pdf	26/02/2021 16:09:35	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoRegionalPROFSAUDEUFMAword.docx	26/02/2021 16:09:19	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Outros	DeclaraçãodeResponsabilidadeFinanceira.pdf	21/02/2021 12:55:30	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.pdf	21/02/2021 12:55:10	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Declaração de	TermodeAnuênciaPesquisadores.pdf	21/02/2021	Márcio Moysés de	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227  
 Bairro: CENTRO  
 UF: MA Município: SÃO LUIS  
 Telefone: (98)2100-1290

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.562.047

Pesquisadores	TermodeAnuenciaPesquisadores.pdf	12:51:18	Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaZeDOCA.pdf	21/02/2021 12:54:32	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaSJRibamar.pdf	21/02/2021 12:54:19	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaSaoLuis.jpeg	21/02/2021 12:54:07	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaRosario.jpeg	21/02/2021 12:53:55	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaImperatriz.pdf	21/02/2021 12:53:39	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/02/2021 12:53:24	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	21/02/2021 12:52:42	Marcio Moyses 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)2106-1250 E-mail: cep@ufma.br

## **ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, sob responsabilidade dos pesquisadores Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia – FIOCRUZ Amazônia e José Pedrosa da Universidade Federal do Piauí. Essa pesquisa tem por objetivo analisar como a população dos territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle do novo Coronavírus (COVID-19).

Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário sobre as suas percepções em relação à epidemia por COVID-19 no Brasil. Existem questões sobre dados socioeconômicos e familiares. O tempo estimado para responder o questionário é de 15 minutos. Os riscos que você está exposto (a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar estes riscos o questionário pode ser respondido de modo privado e no momento e local de sua preferência. Um outro risco a que você está exposto (a) é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas no estudo. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado 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 recorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito de buscar nas instâncias legais a indenização e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012, assim como é seu direito ressarcimento de compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, que neste estudos consistirão nos seguintes itens: fornecimento de atestado de comparecimento para abono de falta no trabalho; Auxílio financeiro no transporte de ida ao local da entrevista na segunda etapa do estudo e da volta ao domicílio de responsabilidade do entrevistador no local e assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social para as equipes de saúde da família por meio de maiores entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros. No Portal da Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br/coronavirus>) você tem acesso a informações confiáveis e importantes sobre o novo Coronavírus.

A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o (a) Sr. (a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, o (a) Sr. (a) tem a garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa sem penalização alguma. Os pesquisadores responsáveis por este estudo, estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail conforme descrito em CONTATOS.

Este documento (TCLE) será elaborado em duas vias, sendo uma retirada com o pesquisador responsável e outra com o participante de pesquisa conforme determinado na Resolução CNS nº 466 de 2012 item IV. 3 f, IV 5 d, bem como também será encaminhado, preferencialmente via e-mail, junto ao questionário respondido, caso você aceite participar da pesquisa. O TCLE deverá ser rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, ou por ser representante legal, assim como pelo pesquisador responsável, ou membro da equipe.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante ou representante legal  
(assinatura)

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável ou  
membro da equipe  
(assinatura)



## ANEXO 6 – CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

Baseando na significância da Classificação Hierárquica Decrescente (CHD), surgiram a Classificação e Categorização das entrevistas.

Unidade de registro / falas	Código/tema	Subcategorias	Categorias
<p>“Os profissionais de saúde são guerreiros, eles não medem esforços para informar a comunidade e para tratar os doentes com COVID e outras doenças [...]”</p> <p>“Para mim, acho que eles fizeram o suficiente, acho que eles deram o suporte que eles poderiam ter dado a comunidade”</p> <p>“Lá em casa, eles passavam de longe e perguntavam: ‘tem algum problema com a sua pressão?’ E eu dizia: ‘tudo bem’.</p> <p>“Eles fizeram muito, muito mais que ajuda, eles foram as únicas pessoas que tiveram coragem de chegar perto dessa doença (..)</p>	Acesso a saúde	Ações de Enfrentamento	Desempenho da APS durante a pandemia.
<p>“Estamos com muito medo, mais sempre em casa e deixando de aglomerar e só sair quando necessário”.</p> <p>“Mudou muita coisa, a respeito da gente poder visitar os amigos, abraçar. Eu perdi muitas pessoas, amigas bem próximas e eu não pude dá um abraço, não pude ficar perto enquanto doentes, isso pra mim foi muito difícil”.</p> <p>“Essa orientação do distanciamento social nos faz sofrer muito, sofrer por que nós precisamos socializar, precisamos reunir a família e durante esse período a gente teve que evitar isso. É isso, de fato, nos fez sofrer”.</p>	Alteração da vida	Impactos da pandemia na saúde mental	Desafios / medos vivenciados no contexto da pandemia
<p>“As informações que a gente escuta pela televisão e dos médicos e enfermeiros, eu acredito em todas as informações”.</p> <p>“Toda informação é benéfica, é bem-vinda, principalmente para essa doença que a gente não sabe quase nada dela, muitas pessoas estudaram e que estuda a que estão aí m busca de informação preventiva” [...]</p> <p>“Sempre recebi informação através de televisão e jornais e foram bem claros e não teve dúvidas, acreditava nelas</p>	Acesso a informação	Infodemia	Credibilidade nas Informações
<p>“Na minha comunidade foi: isolamento social, fazer uso de máscaras, lavar as mãos, fizemos as coisas mais importantes que eles pediram pra gente fazer”.</p> <p>“O distanciamento social, todo mundo isolado. Ruas desertas”.</p> <p>“O uso de máscaras e a questão do isolamento social na primeira onda foi mais efetiva, agora tá mais difícil”.</p>	Evitar o adoecimento	Estratégias de Enfrentamento Comunitário.	Estratégias de enfrentamento da Covid-19
<p>“A gente fez do jeito que eles orientaram, usar mascara, evitar ficar em brigas aglomerado”.</p> <p>“Mudou tudo, ter que evitar as pessoas, ter que ficar em casa”.</p>	Medidas preventivas individuais.	Estratégia de Enfretamento Individual	
<p>“Me afastar das pessoa, a gente não pode sair, visitar, frequentar as casas, por que eu gosto muito de visitar as pessoas”.</p>			