



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



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

JOANA CAROLYNE DE OLIVEIRA FELIX PORTELA MELO

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

São Luís - 2022

JOANA CAROLYNE DE OLIVEIRA FELIX PORTELA MELO

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

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

Orientadora: Profa. Dra. Ivone Lima Santana
Coorientadora: Profa. Dra. Maria do Rosário da Silva Ramos Costa
Linha de pesquisa: Informação e Saúde

São Luís - 2022

Melo, Joana Carolyne de Oliveira Felix Portela.

Estudo de prevenção e controle da COVID-19 : percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população de um território de abrangência da Atenção Primária à Saúde no município de São Luís, Maranhão / Joana Carolyne de Oliveira Felix Portela Melo. - 2022. 95 f.

Coorientador(a): Maria do Rosário da Silva Ramos Costa.
Orientador(a): Ivone Lima Santana.

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

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Pandemia Covid-19. 3. Prevenção. 4. Territorialização da Atenção Primária. I. Costa, Maria do Rosário da Silva Ramos. II. Santana, Ivone Lima. III. Título.

JOANA CAROLYNE DE OLIVEIRA FELIX PORTELA MELO

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

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão – UFMA/Profsaúde, para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Linha de pesquisa: Informação e Saúde

Aprovado em ____ / ____ / ____

Profa. Dra. Ivone Lima Santana (Orientadora)

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

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

Profa. Dra. Monique Maria Melo Mouchrek (Membro Externo)

Profa. Emanuella Silva Joventino Melo (Suplente)

A Deus, pois sem Ele eu não teria forças para essa longa jornada, aos meus professores e a minha família, que de forma especial e carinhosa me apoiaram nos momentos de dificuldades.

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Maranhão, ao Profsaúde e a Fundação Oswaldo Cruz pela qualidade e excelência do ensino, que foram essenciais ao meu processo de formação profissional.

À Profa. Ivone, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes. Tantas vezes que nos reunimos e, embora em algumas eu chegasse desestimulada, bastavam alguns minutos de conversa e umas poucas palavras de incentivo e lá estava eu, com o mesmo ânimo do início. Obrigada por acreditar em mim e pelos tantos elogios e incentivos. Tenho certeza de que não chegaria neste ponto sem o seu apoio.

Aos membros da banca examinadora, Profa. Maria do Carmo Lacerda Barbosa, Prof^a. Nair Portela Silva Coutinho e Profa. Monique Maria Melo Mouchrek, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. À Profa. Maria do Rosário Silva Ramos Costa, agradeço ainda pelas breves orientações, porém importantíssimas.

Aos Professores do Profsaúde, pela dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado. À Profa. Maria do Carmo Lacerda Barbosa, por ter sido a primeira a acreditar em mim.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS/ADSCRIPTIO

A Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigada por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível” que não me permitiu desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigada por tudo. Ainda não descobri o que eu fiz para merecer tanto.

À minha mãe e ao meu pai, Francisca e Portela, deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação, abnegação, compreensão e perdão que vocês me dão a cada novo dia. Sinto-me orgulhosa e privilegiada por ter pais tão especiais.

Ao meu amado esposo Ricardo, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado, mesmo sem os carinhos rotineiros, sem a atenção devida e depois de tantos momentos de lazer perdidos. Obrigada pelo presente de cada dia, pelo seu sorriso e por saber me fazer feliz.

Ao meu quarteto fantástico, meus queridos filhos Matheus, Gabriel, Samuel e Pedro, por todo amor incondicional que vocês sempre me deram. Inúmeras foram as vezes que, às 2 ou 3 horas da manhã, após concluir algum trabalho, fui até os seus quartos e lá permaneci, feliz por vocês fazerem parte da minha vida. A existência desta família é o reflexo mais perfeito da existência de Deus.

À minha família, cunhados(as), amigos(as) e aos meus sogros Luiz Cláudio e Terezinha, por apoiarem e compreenderem o meu isolamento por um longo período.

À professora e amiga Emanuella Silva Joventino Melo, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser esse trabalho. Nossas conversas além dos grupos de estudos foram fundamentais.

Aos amigos do Profsaúde, obrigada pelo convívio, amizade e apoio demonstrado.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

“Na vida, não existe nada a temer, mas a entender.”

Marie Curie

RESUMO

Introdução: O contexto global de emergência em saúde pública causada pela pandemia da COVID-19 desafia os diversos países a pensar em estratégias para prevenção e controle da infecção pelo Sars-CoV-2. Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde é espaço estratégico para a oferta do cuidado de forma integral. **Objetivo:** Analisar como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo quanto as medidas de prevenção e controle da COVID-19. **Metodologia:** fez-se uso de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritiva e transversal. O estudo foi realizado nos territórios de abrangência da Atenção Primária do Centro de Saúde Amar - São Luís - MA. Para instrumento de pesquisa optou-se pela modalidade de entrevista estruturada. Os instrumentos foram aplicados na primeira etapa por meio de questionário on-line semiestruturado, e na segunda etapa foram aplicadas entrevistas dialogadas presenciais. **Resultados:** A amostra do estudo foi composta por pessoas de 18 a 82 anos, com predominância de 18 a 30 anos, mulheres, casadas, estudo médio completo, de cor autodeclarada parda, famílias compostas de 1 a 3 pessoas por domicílio, residências com 3 cômodos, água encanada e apenas 1 banheiro. Na análise qualitativa, a Classificação Hierárquica Descendente identificou cinco classes que gerou duas categorias: Educação em Saúde durante a Pandemia do Coronavírus; Estratégias de enfrentamento ao Coronavírus. A Análise Fatorial de Correspondência realizou cruzamento entre as variáveis do texto e suas classes, sendo possível identificar por Similitude que a Televisão foi a fonte mais acessada, com bom nível de confiança e ótimo nível de sentimento de informação. E que embora os profissionais de saúde tenham sido acessados por uma minoria dos entrevistados, não houve impacto negativo para os bons níveis de confiança e sentimento de informação que despertou na população. Observa-se ainda o grau de importância e credibilidade dado ao isolamento social, contudo o perfil de baixa renda das famílias impediu a adoção integral desta medida, devido à necessidade contínua de sair para trabalhar. **Conclusão:** Infere-se que estudos sobre percepções e práticas, em um período pandêmico, possibilitam conhecer melhor a experiência vivida de forma única e singular de cada sujeito, com intuito de planejar ações educativas e informativas para a população, reduzindo consequentemente seus possíveis impactos. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde. Pandemia Covid-19. Prevenção. Territorialização da Atenção Primária.

ABSTRACT

Introduction: The global context of public health emergency caused by the COVID-19 pandemic challenges different countries to think about strategies for the prevention and control of infection by Sars-CoV-2. In this context, Primary Health Care is a strategic space for the provision of comprehensive care. **Objective:** To analyze how the population of the territories covered by the PHC perceive and translate everyday practices in the individual, family and collective spheres regarding the prevention and control measures of COVID-19. **Methodology:** a quantitative-qualitative, descriptive and transversal research was used. The study was carried out in the territories covered by the Primary Care of the Amar Health Center - São Luís - MA. For the research instrument, the structured interview modality was chosen. The instruments were applied in the first stage through a semi-structured online questionnaire, and in the second stage, face-to-face dialogue interviews were applied. **Results:** The study sample consisted of people aged between 18 and 82 years, with a predominance of 18 to 30 years old, women, married, complete medium education, self-declared brown, families composed of 1 to 3 people per household, households with 3 rooms, running water and only 1 bathroom. In the qualitative analysis, the Descending Hierarchical Classification identified five classes that generated two categories: Health Education during the Coronavirus Pandemic; Strategies to fight the Coronavirus. The Correspondence Factor Analysis performed a cross between the text variables and their classes, making it possible to identify by Similitude that Television was the most accessed source, with a good level of trust and an excellent level of information feeling. And that although health professionals were accessed by a minority of respondents, there was no negative impact on the good levels of trust and feeling of information that aroused in the population. The degree of importance and credibility given to social isolation is also observed, however the low-income profile of the families prevented the full adoption of this measure, due to the continuous need to go out to work. **Conclusion:** It is inferred that studies on perceptions and practices, in a pandemic period, make it possible to better understand the experience lived in a unique and singular way of each subject, in order to plan educational and informational actions for the population, consequently reducing their possible impacts.

Keywords: Primary Health Care. COVID-19 pandemic. Prevention. Territorialization of Primary Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	–	Atenção Primária em Saúde
CEP	–	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	–	Classificação Hierárquica Descendente
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	–	Coronavírus <i>Disease</i> 2019
DANT	–	Doenças e Agravos Não Transmissíveis
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
FIOCRUZ	–	Fundação Oswaldo Cruz
GPLv2	–	<i>General Public Licence</i>
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	–	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PROFSAÚDE	–	Mestrado Profissional em Saúde da Família
SARS	–	<i>Severe Acute Respiratory Syndrome</i>
SUS	–	Sistema Único de Saúde
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UFMA	–	Universidade Federal do Maranhão
UCE	–	Unidades de Contexto Elementares
UCI	–	Unidades de Contexto Iniciais
WHO	–	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- GRÁFICO 01** – Informações Sociais e Demográficas dos Usuários Selecionados no Centro de Saúde AMAR. Questões de 1 a 5 do Anexo B
- GRÁFICO 02** – Informações Sociais dos Usuários Selecionados no Centro de Saúde AMAR. Questões de 6 a 9.2 do Anexo B.
- GRÁFICO 03** – Informações Econômicas dos Usuários Selecionados no Centro de Saúde AMAR. Questões de 10 a 14 do Anexo B
- GRÁFICO 04** – Informações sobre a Confiança nas Medidas Preventivas no Centro de Saúde AMAR. Questões 19 a 21 do Anexo B.
- GRÁFICO 05** – Informações sobre o Grau de Importância das Medidas Preventivas no Centro de Saúde AMAR. Questão 22 do Anexo B.
- GRÁFICO 06** – Informações sobre Ações de Saúde e de Educação no Centro de Saúde AMAR. Questões 23 e 24 do Anexo B.
- GRÁFICO 07** – Informações sobre as Medidas Preventivas e Protetivas Adotadas pelas Famílias do Centro de Saúde AMAR. Questões 25 e 26 do Anexo B.
- GRÁFICO 08** – Informações sobre Recebimento de Auxílios Financeiros pelas Famílias do Centro de Saúde AMAR. Questões 27 e 28 do Anexo B.
- GRÁFICO 09** – Informações sobre Auxílios Financeiros Não recebidos por Renda Familiar do Centro de Saúde AMAR. Questões 27 e 10 do Anexo B.
- GRÁFICO 10** – Informações sobre Diagnósticos de Doenças das Famílias do Centro de Saúde AMAR e de Contaminação pelo Coronavírus. Questões 29 e 30 do Anexo B.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- FIGURA 01** – Centro de Saúde Amar
- FIGURA 02** – Densidade Demográfica, principais avenidas e localização das Unidades Básicas de Saúde do distrito sanitário Bequimão
- FIGURA 03** – Dendrograma I
- FIGURA 04** – Dendrograma II
- FIGURA 05** – Gráfico da Análise Fatorial Correspondente Variáveis e Classes, Iramuteq
- FIGURA 06** – Árvore de Similitude da Classe 1, vermelha, Impacto das Informações sobre a COVID-19, Iramuteq
- FIGURA 07** – Árvore de Similitude da Classe 2, cinza, Dificuldades em Lidar com as Orientações Recebidas, Iramuteq
- FIGURA 08** – Árvore de Similitude da Classe 4, azul, Atuação da Atenção Primária à Saúde, Iramuteq
- FIGURA 09** – Árvore de Similitude da Classe 5, lilás, Medidas Individuais do Enfrentamento ao Coronavírus, Iramuteq

LISTA DE TABELAS

- TABELA 01** - Análise das Respostas das Questões de 6 a 9.2 do Anexo B.
- TABELA 02** - Análise das Respostas da Questão de 15 do Anexo B.
- TABELA 03** - Análise das Respostas das Questões de 16 e 17 do Anexo B.
- TABELA 04** - Análise das Respostas da Questão de 18 do Anexo B.
- TABELA 05** - Categorização das Classes de Conteúdos das Entrevistas
- TABELA 06** - Perfil da Classe 01, cor vermelha, Impacto das Informações sobre a COVID-19.
- TABELA 07** - Perfil da Classe 02, cor cinza, Dificuldades em Lidar com as Orientações Recebidas
- TABELA 08** - Perfil da Classe 03, cor verde, Orientações Recebidas pela Comunidade durante a Pandemia
- TABELA 09** - Perfil da Classe 04, cor azul, Atuação da Atenção Primária à Saúde
- TABELA 10** - Perfil da Classe 05, cor lilás, Medidas Individuais do Enfrentamento ao Coronavírus

Sumário

1 INTRODUÇÃO	15
2 JUSTIFICATIVA	16
3. OBJETIVOS	17
3.1 OBJETIVO GERAL	17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
4 REFERENCIAL TEÓRICO	17
5. METODOLOGIA	26
5.1 TIPO DE ESTUDO	26
5.2 LOCAL DO ESTUDO	26
5.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS PRIMÁRIOS.....	28
5.3.1 <i>Primeira Etapa</i>	28
5.3.2 <i>Segunda Etapa</i>	30
5.4 ANÁLISE DE DADOS	31
5.4.1 <i>Análise de Conteúdo (5.4.1)</i>	32
5.4.2 <i>Software</i>	34
5.5 ASPECTOS ÉTICOS	36
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA	36
6.1.1 <i>Características Sociais, Demográficas e Econômicas</i>	36
6.1.2 <i>Fontes de Informações, Percepção e Práticas decorrentes das Informações e/ou Recomendações das Medidas de Prevenção e Controle da COVID-19.</i>	40
6.1.3 <i>Relação com o Centro de Saúde AMAR e Utilização dos Serviços quanto as Medidas de Prevenção e Controle do Coronavírus</i>	43
6.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA	49
6.2.1 <i>Classificação Hierárquica Descendente</i>	49
6.2.2 <i>Análise Fatorial de Correspondência</i>	53
6.2.3 <i>Análise de Similitude</i>	55
7 CONCLUSÃO	63
REFERÊNCIAS	64

ANEXO A - LISTA DE MUNICÍPIOS DA AMOSTRA DA PESQUISA	69
ANEXO B - QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS (1ª ETAPA)	43
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	48
ANEXO D - ROTEIRO DA ENTREVISTA DIALOGADA (2ª ETAPA)	51
ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA	53
ANEXO F – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	54
ANEXO G – PERFIS DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE	61

1 INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019 na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China, revelando imediatos desafios para os serviços e profissionais de saúde (CHAN *et al.*, 2020; WANG *et al.*, 2020).

O surto do novo coronavírus foi considerado em 30 de janeiro de 2020, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII), o mais alto nível de alerta da Organização, ganhando *status* de pandemia pelo mesmo órgão no dia 11 de março de 2020 (WHO, 2022a; OPAS, 2022a). Em julho deste ano já foram confirmados no mundo mais de 548.685.699 casos e 6.362.700 mortes pela COVID-19 (WHO, 2022). Apesar dos esforços de contenção e isolamento social no enfrentamento da pandemia, a incidência da COVID-19 continuou avançando em alguns países. (BRASIL, 2021).

O SARS-CoV-2 pode ser transmitido de forma direta de pessoa a pessoa e/ou indiretamente através de superfícies contaminadas. A contaminação ocorre por meio das gotículas respiratórias e salivares de pacientes infectados (sintomáticos ou assintomáticos), expelidas através da fala, tosse, espirro ou secreção, que estabelecem contato com mucosa oral, nasal e ocular de pessoas saudáveis (KUCHARSKI *et al.*, 2020; XU, 2020, SILVA *et al.*, 2020).

O período de incubação do vírus varia de 1-14 dias, sendo que a maioria dos infectados podem ser assintomáticos ou apresentar sintomas leves compatíveis com a síndrome gripal (tosse, febre, cansaço e dor de garganta). Por outro lado, uma minoria pode evoluir para uma apresentação mais grave com insuficiência respiratória e até choque séptico (CHAN *et al.*, 2020). Muitos estudos estão sendo desenvolvidos, mas ainda não há medicamentos específicos disponíveis para a prevenção e tratamento da COVID-19 (EL-AZI *et al.*, 2020).

Em razão da sua alta taxa de transmissibilidade, o Brasil e o mundo estão diante de uma crise sem precedentes. O novo coronavírus (COVID-19) está produzindo impactos devastadores na saúde, na economia e na dinâmica do comportamento dos profissionais e das organizações. A adoção de medidas restritivas ao deslocamento das pessoas, voltadas ao isolamento social, assim como a higienização das mãos e uso de máscara, busca mitigar os efeitos da exposição ao contágio e promover o controle da pandemia em termos de atendimento às emergências e uso de equipamentos para manutenção da vida (BARROS-DELBEN *et al.*, 2020; CRUZ *et al.*, 2020).

Os efeitos desta crise certamente se estenderão por meses e talvez anos, comprometendo cenários socioeconômicos anteriormente previstos (SILVA, 2020). Trata-se, de fato, de um choque de alta intensidade na vida das populações e na capacidade das organizações em manterem suas rotinas operacionais, metas, produtividade e expectativas. Infelizmente, nem todos os países demonstram agilidade na inclusão de medidas preventivas, diante da irrupção causada pela COVID-19, no sistema público de saúde (KANDEL *et al.*, 2020).

Nesse contexto, tornou-se necessária a implementação de estratégias e recomendações, já conhecidas em função de outras experiências, para uma atuação efetiva em emergências dessa natureza (SOHRABI *et al.*, 2020). Pesquisadores(as) do mundo todo se mobilizaram para conhecer a doença e seu impacto nas populações, desenvolver tratamentos e fornecer suporte aos profissionais de saúde, às pessoas acometidas pelo vírus e à população.

O Brasil, no último dia 19 de setembro de 2022, chegou à marca de 34.638.288 pessoas contaminadas e 685.835 óbitos, revelando que as políticas de saúde de enfrentamento a COVID-19 não estão sendo efetivas ou, ao menos, eficazes.

Com este estudo espera-se conhecer e compreender melhor as práticas do enfrentamento da pandemia pela população brasileira, em especial a população atendida pelo Centro de Saúde AMAR, localizado no município de São Luís, Estado do Maranhão. Almeja-se ajudar equipes, gestores e políticas públicas nas orientações médico-científicas de prevenção e controle da COVID-19.

2 JUSTIFICATIVA

As mais diversas pandemias passadas deixaram um legado na história com um número significativo de óbitos e de pessoas enfermas. Essa experiência é capaz de mostrar a necessidade de elaboração de Planos de Preparação para Enfrentamento de Pandemias, flexíveis e capazes de dar resposta que o problema requer.

O cenário atual advindo da pandemia pela COVID-19 ainda se apresenta como situação de grande atenção e requer medidas cada vez mais assertivas e rigorosas. Tais medidas, sob uma sólida sustentação científica, possibilitam o fortalecimento de estratégias para a prevenção e contenção da propagação dessa patologia.

O universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias se expressa em estratégias utilizadas pela população adstrita ao

Centro de Saúde Amar e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco para a prevenção e controle da COVID-19, de forma que reflète em credibilidade desta população às informações de prevenção e controle da COVID-19.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

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

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

Identificar as estratégias utilizadas pela população adstrita ao Centro de Saúde Amar 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 ao Centro de Saúde Amar e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco atribuem às informações de prevenção e controle da COVID-19.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Doenças infecciosas emergentes e reemergentes são constantes desafios para a saúde pública mundial. Mesmo com avanços no tratamento de diversas doenças, a história mostra que o risco de novas epidemias pode ser algo factível; e, lidar com uma pandemia infecciosa de proporções continentais e mundiais, como a da COVID-19, transformou-se em um dos maiores desafios globais (CUI J, 2019).

Em dezembro de 2019, um médico de Wuhan, província de Hubei, China, procurou notificar a um grupo de colegas médicos alertando-os sobre um possível vírus que estava causando sintomas semelhantes ao da *Severe Acute Respiratory Syndrome* (SARS) de 2002.

Todavia, segundo o Departamento de Segurança Pública de Wuhan, o médico estava divulgando informações falsas que perturbavam a ordem pública (OPAS, 2020).

Embora com a acusação feita contra o médico Li Wenliang, entre 31 de dezembro de 2019 a 03 de janeiro de 2020, a Representação da Organização Mundial da Saúde (OMS) na China foi informada da detecção de 44 casos de uma pneumonia com etiologia desconhecida na cidade de Wuhan. Somente em 07 de janeiro de 2020 é que as autoridades chinesas identificaram o agente causador da infecção: um novo tipo de Coronavírus (SARS-CoV-2) (OPAS, 2020).

O novo tipo de Coronavírus (2019-nCoV), são vírus RNA envelopados, comumente encontrados em humanos, outros mamíferos e aves, capazes de causar doenças respiratórias, entéricas, hepáticas e neurológicas (ZHU, N *et al.*, 2019).

A COVID-19, doença causada por esse novo vírus, disseminou-se por vários países em poucos meses, de forma exponencial. Poucos dias após essa identificação, em 16 de janeiro, foi notificada a primeira importação em território japonês da doença. No dia 21 de janeiro, os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado, e, nesse momento, já havia milhares de pessoas em diversos países infectados pela doença da *Coronavirus Disease – 2019* (COVID-19).

Nesse cenário, em 30 de janeiro de 2020, quando já havia 7,7 mil casos confirmados e 170 óbitos na China, a OMS constituiu uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional – o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional. Essa decisão buscou aprimorar a coordenação, a cooperação e a solidariedade global para interromper a propagação do vírus (AHORSU *et al.*, 2020). Até que, no dia 11 de março de 2020, tendo em vista a taxa de transmissão do vírus (rápida e invisível), a distribuição geográfica da doença e a sua gravidade, foi declarada, pela Organização Mundial da Saúde – OMS, como pandemia do novo coronavírus (HUA *et al.*, 2020).

Em meados de fevereiro de 2021 já havia mais de 108 milhões de casos confirmados e mais de 2,3 milhões de mortes em todo o planeta. No Brasil quase 10 milhões de casos confirmados e 237.489 desses óbitos, ultrapassando o número de óbitos na China desde o final de abril de 2021 (WHO, 2021).

Segundo Liu *et al.* (2020), o controle dessa pandemia tem sido um enorme desafio e pensar em como combater esse problema de saúde pública é uma questão essencial que precisa ser abordada por todos os países; sendo necessária a implantação rápida de estratégias de contingência para essa infecção.

A OMS buscou divulgar informações confiáveis sobre a COVID-19, sobretudo relacionadas à prevenção, ao manejo e aos tratamentos possíveis para a doença, com vistas a se evitar ainda mais prejuízos à saúde pública (WHO, 2019).

Diversos estudos no mundo vêm sendo desenvolvidos no intuito de identificar uma forma de impedir a sua expansão. No entanto, não existem medicamentos antivirais específicos contra a infecção por COVID-19 para terapia potencial em seres humanos. Desta forma, atenção e esforços especiais para proteger ou reduzir a transmissão estão sendo aplicados em populações mais vulneráveis, onde se verificou maior índice de gravidade e mortalidade da doença, como idosos, pessoas imunossuprimidas ou com doenças crônicas, principalmente diabetes e hipertensão, e profissionais de saúde (BRASIL, 2020; BELASCO *et al.*, 2020).

Até a descoberta do 2019-nCoV, existiam seis espécies de Coronavírus conhecidas capazes de causar doenças em humanos. Quatro delas (229E, OC43, NL63 e HKU1) causavam sintomas comuns de gripe em pessoas imunocompetentes, contudo, duas espécies (SARS-CoV e MERS-CoV), provocam síndrome respiratória aguda grave com taxas elevadas de mortalidade. (ZHU, N *et al.*, 2019).

É provável que outros Coronavírus, periodicamente, afetem humanos devido à alta prevalência das infecções, ampla distribuição do vírus, diversidade genética, recombinação frequente de Coronavírus e aumento da interface homem-animal. (ZHU, N *et al.*, 2019).

Apesar dos esforços mundiais, até o momento, ainda não existe tratamento específico, comprovadamente eficaz, para a infecção do novo coronavírus, limitando a assistência em saúde ao uso de medicamentos sintomáticos. Um ano após o começo da pandemia da COVID-19, o esforço global deu como resultado o desenvolvimento e distribuição de vacinas avalizadas pelas autoridades sanitárias competentes. Contudo, a imunização de uma massa crítica da população mundial, crucial para controlar a pandemia, enfrenta um novo conjunto de desafios, que incluem novas cepas perigosas do vírus, a concorrência mundial por uma oferta limitada de doses e o ceticismo público sobre as vacinas.

Embora a COVID-19 tenha alcançado dimensões globais, analisar seus efeitos sem considerar os diversos contextos locais é errôneo e gera análises distantes das realidades (MENDENHALL, 2020). Isso porque as desigualdades territoriais, econômicas, sociais, políticas, identitárias – concebidas como duráveis e historicamente presentes nas sociedades do Sul Global, especialmente – produzem resultados distintos em termos de quais grupos sociais

estão mais expostos ao vírus e às inúmeras transformações e impactos de natureza social e econômica (PIRES, *et al.*, 2020).

Embora abordagens comunitárias sejam mais apropriadas para conter epidemias, como foi observado em crises de saúde anteriores (MILLER *et al.*, 2018), essa não foi a estratégia usada inicialmente para combater a COVID-19 pelo mundo (MEDINA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021). Mesmo países que possuem a APS como porta de entrada do sistema de saúde não usaram a estrutura desse nível de atenção para combater a COVID-19 em um primeiro momento. Desde o início, as estratégias de enfrentamento à emergência sanitária em todo o mundo, priorizaram respostas hospitalares, abordando apenas os casos graves das doenças (MEDINA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Nas diretrizes da APS, sugere-se que este serviço de saúde seja organizado de forma integrada e acessível, capaz de atender à grande maioria das necessidades individuais de saúde, desenvolver laços sustentáveis entre serviço e usuários e ser executado no contexto da família e da comunidade (ELLNER; PHILLIPS, 2017; MELO *et al.*, 2018). Segundo a OMS, os sistemas de saúde que possuem uma estrutura baseada no trabalho colaborativo e em equipes da APS não apenas incrementam seus resultados de saúde, como também melhoram a equidade e realizam cuidados abrangentes e longitudinais à população (ELLNER; PHILLIPS, 2017; STARFIELD *et al.*, 2005). Assim, fica clara a importância da abordagem comunitária para o bom funcionamento da APS.

A APS apresenta-se como um espaço potencialmente eficaz e eficiente para atuar na crise sanitária de COVID-19 nos mais distintos sistemas de saúde (HAINE *et al.*, 2020; GILMORES *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021; RAHMAN *et al.*, 2021). Tal fato se deve a seu baixo custo, se o compararmos à atuação do nível hospitalar; à sua proximidade aos usuários dos serviços de saúde; à alta capacidade de cuidado dos assintomáticos leves, caso da maioria das pessoas acometidas pela COVID-19; e à sua importante atuação nas ações de vigilância epidemiológica, sobretudo na identificação dos contaminados e seus contactantes.

Nesse sentido, respostas que se baseiam em engajamento comunitário e diagnósticos territorialidades são cruciais para garantir soluções que não reproduzam desigualdades previamente estabelecidas, mas sim tenham em conta as especificidades e demandas contextuais (GILMORE *et al.*, 2020; MEDINA *et al.*, 2020; GIOVANELLA *et al.*, 2021).

Não haverá apenas uma medida ou mesmo o ataque a uma das várias dimensões, intrínsecas e extrínsecas, contra o SARS-CoV-2, que seja capaz de resolver o problema em seu conjunto. O seu enfrentamento deve ser organizado a partir de ações articuladas nessas múltiplas dimensões. As medidas comportamentais preventivas são o principal recurso para impedir a disseminação do vírus e evitar a crise sanitária dos sistemas de saúde. (PAIM, 1982).

Destacam-se como medidas preventivas a lavagem frequentemente das mãos com água e sabão, sabonete líquido ou preparação alcoólica a 70%; a recomendação de evitar auto contato com as mucosas e conjuntivas, como nariz, boca e olhos; a higienização de superfícies e objetos com solução de água sanitária ou desinfetantes similares; o distanciamento mínimo de 1 metro entre pessoas em convívio social ou em ambientes públicos; a proibição de aglomerações e permanência em ambientes mal ventilados, o uso de máscaras, entre outras medidas promotoras da redução de contágio (BRASIL, 2021).

Sendo assim, torna-se laborioso fornecer estatísticas atualizadas, pois os dados relacionados à COVID-19 alteram-se diariamente.

Infelizmente, devido ao baixo nível de conhecimento técnico sobre a doença, na mesma medida em que se tentou conter a pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2), buscou-se também minimizar a disseminação desenfreada de notícias, sem embasamento científico, sobre o vírus. Sendo a COVID-19 um tipo de afecção viral recente, trouxe consigo um grande volume de informações sobre a doença, fato que dificulta o discernimento das pessoas sobre a veracidade dessas notícias (WUD *et al.*, 2020).

Desde dezembro de 2019, as notícias sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2) inundam as páginas de jornais, revistas, *blogs*, mídias sociais, *websites* e televisões. A quantidade de informações relacionadas à COVID-19, porém, elevou-se consideravelmente a partir de março de 2020, quando passou a ser considerada como pandemia pela OMS, bem como diante do início do período de quarentena, distanciamento ou isolamento social em quase todos os países do mundo (HUA, 2020).

Dessa forma, a quarentena tem provocado excessivo consumo de informações a partir dos meios de comunicação, bem como aumento na elaboração e disseminação de notícias falsas, diante da ociosidade de algumas pessoas no período do distanciamento social. Como o vírus é recente e seus efeitos estão sendo estudados, muitas informações ainda são dissonantes, levando algumas pessoas a se ocuparem em produzir conteúdos falsos com vistas a gerar pânico na população, configurando-se em um perigo à saúde pública, principalmente no que concerne à saúde mental (LAI, 2019).

Somado a isso, o isolamento social pode causar pressão psicológica, tendo em vista que o distanciamento entre os amigos e alguns familiares faz com que o indivíduo se sinta solitário e triste, podendo acarretar entre tantos comprometimentos, a episódios de transtorno depressivo maior. Outrossim, os sintomas depressivos podem estimular uma crise suicida quando relacionados às vulnerabilidades socioambientais e de saúde. Nesse mesmo cenário, o isolamento também traz riscos psicológicos para a população idosa, pois esse é um fator determinante para desencadear doenças graves, transtornos mentais, conflitos familiares e depressão. Dessa forma, os níveis de estresse, agitação e ansiedade da pessoa idosa se elevam, culminando no aumento de problemas psicossomáticos nessa faixa etária (LEANDRO-FRANÇA C, 2020).

Além disso, a população ainda não está preparada para lidar com o distanciamento social, pois esse novo momento gera dúvidas sobre, por exemplo, o que fazer durante o dia, como organizar as tarefas domésticas, o *home office* e a rotina com a família. Associado a isso, para alguns, o tempo ocioso aliado à preocupação em não contrair o novo vírus e o medo de que algum familiar venha a desenvolver a doença, bem como as angústias relacionadas a questões econômicas, podem ser fatores condicionantes para desencadear algum sofrimento psíquico nos indivíduos (LAI, 2019).

Por conseguinte, se a quantidade excessiva de informações, muitas vezes dissonantes, pode afetar psicologicamente os integrantes de uma família – que estão em suas residências durante o isolamento social –, mais vulneráveis estão os profissionais da saúde que atuam na linha de frente do combate à doença. Para muitos desses profissionais, a elevada carga de trabalho, as incertezas sobre a disponibilidade ou o esgotamento de EPIs, o distanciamento familiar e a falta de informações consonantes podem ser cruciais para o desenvolvimento de indicadores emocionais negativos, como depressão e angústia (LAI, 2019).

Dessa maneira, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a “infodemia” trata-se da superabundância de informações, precisas ou não, que dificultam o acesso das pessoas a fontes de orientações confiáveis quando elas necessitam (WHO, 2019).

Além dos impactos danosos à saúde mental da população, a infodemia também traz prejuízos aos serviços de saúde e aos profissionais que atuam nestes, como os da área médica. A divulgação desenfreada de notícias pode interferir direta ou indiretamente na dinâmica hospitalar, causando falta de equipamentos de proteção individual (EPI) e de medicamentos específicos, superlotação dos serviços de saúde e diminuição da equipe de profissionais da saúde (KHULLAR D *et al.*, 2020).

A infodemia pode, ainda, causar superlotação dos serviços de saúde, pois os vários sintomas que a afecção apresenta, constantemente divulgados pelas mídias, fazem com que a população se preocupe até mesmo com um mínimo sinal de resfriado e tenha dúvidas se está ou não com a doença. Ademais, entre os sintomas da ansiedade e do estresse está a falta de ar, logo, algumas pessoas confundem esse sinal com a dispneia, um sintoma comum da COVID-19, o que as leva a procurarem os serviços de saúde, contribuindo para sua superlotação. Com isso, a grande demanda e o crescente número de pessoas sendo internadas com suspeita de terem contraído o SARS-CoV-2, o número de leitos rapidamente é ocupado, faltando para quem realmente está necessitando da atenção hospitalar (KHULLAR *et al.*, 2020).

Fica claro que deve haver sensibilização quanto ao manejo cuidadoso das notícias, tendo em vista os perigos que a disseminação desenfreada de informações pode trazer para o sistema de saúde e em como isso pode afetar, de forma negativa, o crescente número de indivíduos com a COVID-19 que precisam de cuidados emergenciais e de terapia intensiva.

Por esses motivos, a OMS publicou um guia com cuidados para a saúde mental durante a pandemia, o qual orienta à diminuição do consumo de informações e à otimização do tempo em quarentena realizando outros tipos de atividades no domicílio. Do mesmo modo, os profissionais de Enfermagem, principalmente os que não estão na linha de frente do combate ao novo coronavírus, podem elaborar formas de educação em saúde com vistas a sensibilizar a população quanto ao uso adequado dos meios de informação, com o intuito de diminuir os efeitos negativos da infodemia. É evidente a preocupação dos órgãos de saúde com a COVID-19 e com as consequências psicológicas que ela traz, como o estresse e a ansiedade, os quais podem ser intensificados pela infodemia (ONU, 2020).

A Educação em Saúde pode ser identificada como uma estratégia que tem potencial para prevenir e promover a saúde junto à população. No entanto, essa atividade se depara com uma série de dificuldades na APS, com destaque para as práticas profissionais tradicionalmente direcionadas à dimensão técnica e biológica, o que limita a execução das estratégias de Educação em Saúde na rotina desse nível de atenção (BARRETO *et al.*, 2020). Diante da pandemia, a Educação em Saúde está sendo resgatada e estabelecida como prioridade dentre as tarefas de trabalho para promoção da saúde e prevenção da COVID-19 nos Serviços de Saúde.

Conforme a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), instituída no ano de 2004, trata-se da aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho (BRASIL, 2004).

Assim, a Educação Permanente em Saúde (EPS) objetiva a transformação das práticas, partindo da reflexão crítica pelos profissionais sobre as demandas de saúde da população, de modo a buscar soluções conjuntas para as dificuldades encontradas. No entanto, muitos profissionais possuem a percepção de que cabe às instituições de educação e ao Sistema Único de Saúde (SUS) a problematização do trabalho e das organizações de saúde (FERREIRA *et al.*, 2019).

Durante o início da pandemia, as ações de EPS na Atenção Primária à Saúde (APS) foram inicialmente direcionadas para elaborações e discussões dos protocolos e demais documentos relacionados à COVID-19, a fim de identificar desafios locais e construir estratégias para alcançá-los. Assim torna-se imprescindível a existência de um núcleo com o perfil dinâmico para atualizações, com novos protocolos e novas orientações redefinidas quase que diariamente pela OMS e pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

Em São Luís, não foi diferente. A capital do Maranhão, localiza-se na ilha Upaon-Açu (palavra indígena que significa Ilha Grande), no Atlântico Sul, entre as baías de São Marcos e São José de Ribamar. Limita-se com o Oceano Atlântico, ao Norte; com o Estreito dos Mosquitos, ao Sul; e com a Baía de São Marcos, a Oeste. Ocupa uma área de 828,01km², localizado a 4 metros acima do nível do mar. Limita-se com os municípios de Paço do Lumiar, São José de Ribamar, Raposa e com o Oceano Atlântico. É a maior cidade, em população, do Estado do Maranhão.

A composição étnica de São Luís tem origem europeia, indígena e africana. São Luís possui um contingente populacional de 1.108.975 habitantes, segundo estimativa do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2020. Segundo o Censo IBGE (2010), São Luís ocupa a 15^a posição em relação à população dos 5.565 municípios do país e a 1^a posição considerando os 217 municípios do Estado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nas décadas de 1991 a 2010, a população feminina se manteve superior à masculina em torno de 7%, o que implica na necessidade de políticas públicas de saúde que atendam a população como um todo, mas que também alcancem essa diferença, com uma maior oferta de estratégias de atenção à saúde específicas à saúde das mulheres (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Nesse mesmo período, ocorreu um intenso processo de urbanização, com a expressiva redução da população rural, de 64,39% para 5,55%, e crescimento da população urbana, de 35,61% para 94,45%. O que exigiu políticas públicas de saúde para acompanhar

esse processo de mudança, e atender às necessidades concentradas nos processos de saúde e doença, ligados principalmente à população urbana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Em São Luís, assim como em todo o país, a atenção à saúde necessita considerar o fenômeno da tripla carga de doenças, no qual tem-se uma agenda de saúde ainda não superada, referente às doenças e agravos transmissíveis, e principalmente demandas de saúde em franco crescimento, como as DANTs, acidentes e violências.

Aliado aos processos de transição demográfica, nutricional e epidemiológica, os aspectos socioeconômicos ainda influenciam na situação de saúde do município, referentes à tripla carga de doenças. Como, por exemplo: indicadores educacionais da população; processo de urbanização e saneamento - percentual de domicílios com água encanada e rede de esgoto, energia elétrica, coleta de lixo, acessibilidade, ocupação e renda e Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM).

Verifica-se que, indicadores negativos como baixa escolaridade, processo de ocupação urbana desordenado, com elevados percentuais de regiões com abastecimento de água e coleta de lixo irregulares, e sem rede de esgoto sanitário, impactam negativamente nos indicadores de saúde e na condição de saúde da população. Assim como, populações com menores rendas, vivendo em situação de vulnerabilidade social - situação de pobreza e extrema pobreza-, apresentam menor acesso aos serviços de saúde, indicadores de saúde e condições de saúde mais comprometidos.

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

A atenção primária à saúde (APS) tem papel crucial nessa necessária abordagem comunitária e de vigilância em saúde. A atenção primária à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a Estratégia Saúde da Família (ESF), pode e deve atuar na abordagem comunitária necessária ao enfrentamento de qualquer epidemia e tem papel decisivo na rede assistencial de cuidados, no controle da epidemia e na continuidade do cuidado (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

Quanto ao cenário da COVID-19, notificou-se até a data deste levantamento (30 de julho de 2022), 460.000 casos confirmados de COVID-19 e 10.939 óbitos (BRASIL, 2022),

sendo o 9º município do Estado em número de casos, mas apenas o 10º em número de óbitos totais (BRASIL, 2022).

Sabe-se que para enfrentar uma epidemia exige que se associe à atenção individual o cuidado centrado na comunidade, requerendo uma abordagem populacional. Essa junção é essencial para se combater a crise sanitária e humanitária atual (GIOVANELLA *et al.*, 2020).

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo com abordagem quanti-qualitativa, descritiva e exploratória, estruturada e 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 um projeto de pesquisa multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo inicialmente, 88 (oitenta e oito) municípios (ANEXO A) e 134 (cento e trinta e quatro) Equipes da Saúde da Família.

O universo da pesquisa regional, no estado do Maranhão, compreende na primeira etapa com 350 (trezentos e cinquenta) 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.

5.2 LOCAL DO ESTUDO

Assim, coube, em âmbito individual, na primeira etapa, aplicar o questionário com 70 (setenta) famílias atendidas pelo Centro de Saúde AMAR (Figuras 01 e 02), selecionadas por critério de conveniência, desde que estivessem regularmente cadastradas junto ao Centro e o tivessem frequentado nos 90 dias precedentes à pesquisa. Na segunda etapa, 20% das famílias (14 famílias) participantes da etapa anterior responderão à entrevista agendada e gravada em áudio, seguindo o critério de saturação de dados.

O Centro de Saúde AMAR, localizado na Rua Deputado Luís Rocha, nº 24, bairro Vicente Fialho, na cidade de São Luís - MA, é um estabelecimento de saúde tipo Centro de Saúde e Unidade Básica que executa serviços nas especialidades de Saúde da Família, Clínica

Geral, Ginecologia, Pré-natal/Parto e Nascimento, Pediatria, Odontologia, Controle de Tabagismo e Tratamento de Tuberculose.

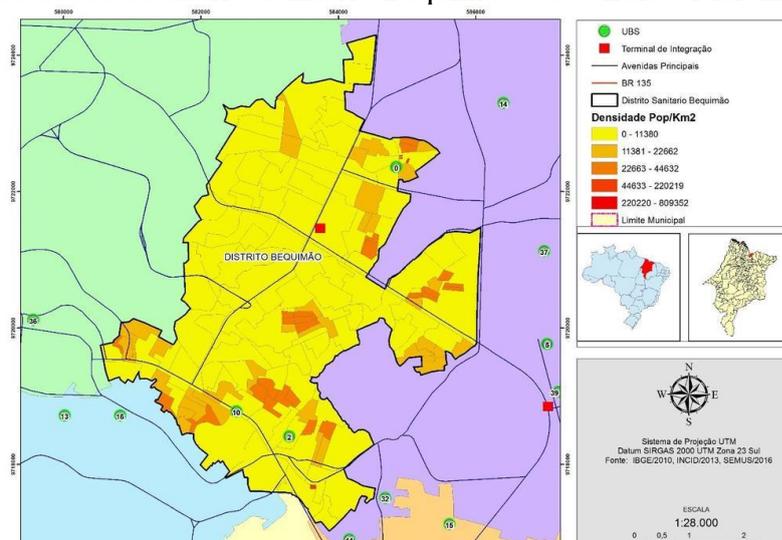
Figura 01: Centro de Saúde Amar



Fonte: Jornal Imparcial, 2015¹

A Unidade oferece serviços em consultas médicas, vacinas, curativos, inalações, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, medicações injetáveis, encaminhamento para especialidades e fornecimento de medicação básica. O Centro de Saúde possui três equipes de Estratégia de Saúde da Família, sendo cada equipe dividida em cinco microáreas de cobertura populacional.

Figura 02: Densidade Demográfica, principais avenidas e localização das Unidades Básicas de Saúde do distrito sanitário Bequimão – São Luís – Maranhão, 2012



Fonte: Adaptado pela autora

¹ Disponível em: < <https://oimparcial.com.br/cidades/2015/07/centro-de-saude-amar-tem-elevacao-de-30-no-numero-de-consultas/> >. Acesso em: 05 mai. 2021.

5.3 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DOS DADOS PRIMÁRIOS

As etapas de coleta dos dados primários aconteceram entre 20 de março e 30 de junho de 2021, onde teve-se como desfecho primário: compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados por meio da análise de como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo, as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

A coordenação nacional do projeto realizou um pré-teste para a validação dos instrumentos que ocorreu segundo previsto no cronograma do projeto nacional. A seguir descrevem-se os procedimentos da primeira e segunda etapa da coleta dos dados primários.

5.3.1 Primeira Etapa

A amostra foi definida por conveniência, a partir da inclusão das famílias de usuários(as) cadastrados que tenham frequentado o Centro de Saúde AMAR de modo permanente nos 90 dias precedentes à pesquisa.

Os usuários selecionados responderam o questionário *online* (ANEXO B), por meio da plataforma *Google Forms*, com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, divididas em 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 e/ou recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID-19.

Apenas um membro da família respondeu ao questionário. Cada região do país tinha um *link* diferente para acessar o questionário *online*. Seguem abaixo os procedimentos realizados:

1. Apresentação da Carta de Anuência (ANEXO E) do município, à coordenação do Centro de Saúde AMAR;
2. Discussão com a Equipe do Centro de Saúde AMAR sobre a melhor estratégia para a realização da pesquisa;
3. Seleção dos(as) usuários(as) que foram convidados a participar da pesquisa, obedecendo aos critérios de inclusão - usuários(as), maiores de 18 anos,

cadastrados(as) que tenham frequentado a UBS nos 90 dias precedentes à pesquisa, possuam telefone celular e se disponham a participar- e 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-;

4. Convite aos(as) usuários(as) selecionados(as) para participar da pesquisa, por meio de contato telefônico, através dos dados constantes nos prontuários ou abordagem direta na UBS.
 - a. Importante incluir, se possível, pessoas com características distintas como gestantes, idosos, pessoas portadoras de doenças crônicas, acompanhantes de crianças e outras características que se julguem apropriadas para manter a diversificação da amostra;
 - b. Ao convidar os(as) usuários(as), foram explicados os objetivos do estudo e o que se esperava, bem como a forma de coleta das informações por meio de um questionário autoaplicável que foi disponibilizado através de um link enviado por *e-mail* ou *WhatsApp*, conforme preferência do participante.
 - c. Ressaltou-se que a participação era voluntária e regida pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE – (ANEXO C), documento que assegura confidencialidade e sigilo dos dados do participante, bem como toda a assistência necessária, caso incidam efeitos adversos sobre o mesmo.
5. Disponibilizar um canal de comunicação rápida com o usuário(a) para que o mesmo(a) possa dirimir suas dúvidas;
6. Agendar aplicação presencial do questionário para aqueles usuários(as) que assim preferirem.
 - a. Foram usados o aparelho celular ou computador do pesquisador (mestrando) e, ao final, foi enviado ao usuário(a) uma cópia do formulário preenchido com o TCLE, incluso. O envio foi feito via *e-mail* ou *WhatsApp*.
7. Enviar *link* referente à Região Nordeste (<https://forms.gle/62zD3aZdafLZZ1vY6>) ao usuário(a) que aceitar participar da pesquisa.

- a. Foi imprescindível o fornecimento do *e-mail* para responder ao questionário. Caso o usuário não tivesse *e-mail*, recomendou-se que o mesmo utilizasse o *e-mail* de algum familiar, para responder ao questionário.

5.3.2 Segunda Etapa

Os pesquisadores seguiram as orientações e os protocolos dos Planos de Contenção ao novo coronavírus dos municípios.

Nesta etapa, trata-se de uma pesquisa qualitativa individual, na qual foram realizadas entrevistas dialogadas, mediadas por um roteiro (ANEXO D) sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

Esse método pretendeu compreender o porquê de determinados comportamentos, interpretando tendências e agindo na identificação de hipóteses para um problema, entendendo percepções e expectativas dos sujeitos. Assim, a observação do sujeito no seu ambiente natural possibilitou uma posterior análise do modo de vida de um grupo de indivíduos de características comuns, sendo possível compreender suas crenças, valores, motivações, perspectivas e como isso pode variar em diferentes momentos.

Para tanto, foram definidos aleatoriamente, aproximadamente 20% das famílias participantes da etapa anterior, ou seja, treze usuários selecionados, com os quais foram realizadas entrevistas de forma presencial - apenas um membro da família foi entrevistado -, sendo gravadas em áudio e seguindo o critério de saturação.

O fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (DENZIN; LINCOLN, 1994).

A coleta de dados desta etapa compreendeu numa entrevista semiestruturada planejada para cinco objetivos: mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias, informações recebidas, estratégias da família e comunidade, ações dos serviços de saúde e governos.

Destarte, para cada objetivo definido foram elaboradas questões encadeadas, que decorreram de um trabalho consolidado anteriormente com a aplicação de projeto piloto envolvendo fases de pesquisa sobre métodos de coleta de dados e sobre a utilização da entrevista

em particular. Posteriormente, realizaram-se discussões em fórum geral a fim de idealizar a condução informal da entrevista, em um tom familiar, com ambiente confortável e seguro para o entrevistado, sem interferências externas, de forma a propiciar respostas com transparência nas opiniões.

Antes da realização das entrevistas, com o intuito de fomentar maior motivação e adesão, as pessoas selecionadas foram contatadas para conscientização dos objetivos do estudo e da importância da participação.

Após agendada a entrevista, os espaços de sala de espera e outros locais da Unidade, como o jardim do estacionamento foram utilizados, uma vez que permitia a gravação de áudios com qualidade, para posterior auxílio durante a transcrição. Não foram realizadas visitas domiciliares.

Quanto às transcrições das entrevistas gravadas, estas foram realizadas na íntegra e de forma literal, e feitas pela própria entrevistadora, considerando a fidelidade e qualidade dos dados produzidos, uma vez que ela conhece bem o contexto da realização da entrevista.

Após coleta das informações e transcrição, a pesquisadora encaminhou os áudios e as transcrições das entrevistas para o e-mail pesquisa.profsaude@gmail.com com o assunto “Pesquisa COVID-19 PROFSAUDE”, com intuito de formação de um banco de dados nacional. Cada entrevista transcrita encontrava-se em um documento, identificada por um cabeçalho com nome da UBS, município, nome do entrevistador e do entrevistado.

5.4 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados da primeira etapa se deu por meio da estatística descritiva, através de frequências absolutas e relativas contidas na plataforma *Google Forms*, constituindo a parte quantitativa da pesquisa. Na segunda etapa, a análise dos áudios transcritos, em seu conteúdo e categorização segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação (MINAYO, 2012; BARDIN, 2011).

A pesquisa qualitativa vem responder a questões muito particulares, com um nível de realidade que não pode ser quantificada. Ou seja, “ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (MINAYO, *et al.*, 2002, p.21). Entretanto, para aumentar ainda mais o rigor dos dados obtidos utilizou-se a análise lexicográfica o que permitiu determinar

quantitativamente a ocorrências de palavras com a frequência absoluta, percentual, qui-quadrado e grau de significância ou P (significância) que foram obtidos a partir do processamento das respostas dos questionários pelo software Iramuteq 7.2.

Deste modo, esta modalidade de estudo visa esclarecer situações e desencadear uma tomada de consciência quanto aos problemas vivenciados pelo pesquisador no que se refere, tanto às causas geradoras quanto aos meios de resolvê-las, pois a saúde e a doença possuem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais, atribuindo lhes conceitos à condição humana. Segundo Silva (2008, p.42):

“A pesquisa qualitativa na área de saúde oferece ao pesquisador a possibilidade de captar a maneira pela qual os sujeitos-objeto dessa investigação pensam e reagem frente a situações de cuidar e ser cuidado, – confortar e ser confortado –, possibilitando que as pessoas envolvidas nesse contexto se manifestem a partir de sentimentos, valores, crenças e atitudes. Esse conhecimento possibilita ao pesquisador planejar ações que valorizem o ser que está incluído, ou, por detrás da pesquisa, pois se consegue, pelos dados coletados, conhecer em melhor a experiência vivida de forma única e singular por cada sujeito incluído no objeto de estudo.”

5.4.1 Análise de Conteúdo (5.4.1)

A análise de conteúdo, originada de uma longa prática de abordagens de textos de forma interpretativa, se destaca a partir do século XX pela preocupação com recursos metodológicos que validem suas descobertas. A principal pretensão na verdade é vislumbrar a possibilidade de fornecer técnicas precisas e objetivas que sejam suficientes para garantir a descoberta do verdadeiro significado de um texto ou de um conjunto de textos ao invés de uma tabela com valores. Portanto, nesta investigação a análise de conteúdo se encaixa perfeitamente na metodologia proposta para pesquisa qualitativa, pois, permite uma análise eficaz e objetiva das informações obtidas a partir do relato dos participantes.

Na teoria de Bardin sobre análise de conteúdo depreende-se que a prática da interpretação revela um processo hermenêutico, que estabelece toda e qualquer compreensão e interpretação de manifestação linguística, chegando assim ao principal objetivo deste método no seguinte aspecto; o que o pesquisador julga ver na mensagem está efetivamente contida nela, podendo esta visão pessoal ser partilhada por todos.

Bardin afirma que a técnica visa à inferência através da identificação e descrição objetiva e sistemática de características específicas nas mensagens, "estes saberes deduzidos dos conteúdos podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica ou econômica".

Com o propósito de tornar replicáveis e validar conhecimentos de dados (quantitativos ou não) de um contexto que envolve procedimentos especializados, a inferência nada mais é que uma operação intelectual na qual se passa de uma verdade a outra, "o interesse não reside na descrição dos conteúdos, mas sim no que estes nos poderão ensinar após serem tratados (classificados) relativamente a outras coisas" Bardin (2011).

A Análise de Conteúdo pode ser usada para analisar em profundidade cada expressão específica de uma pessoa ou grupo envolvido em um debate permitindo observar motivos de satisfação, insatisfação ou opiniões subentendidas, natureza de problemas, entre outras. É um método de observação indireto, já que a expressão verbal ou escrita do sujeito é que será analisada possibilitando explorar as entrelinhas das respostas. O pesquisador utiliza-se das mensagens já preparadas para inferir conhecimento sobre o emissor ou sobre seu meio pesquisado.

Neste sentido diferencia-se análise Léxica de análise de Conteúdo, onde a primeira começa pela organização completa do vocabulário utilizado. Mais do que palavras, consiste em averiguar ou medir a dimensão das respostas, o léxico é então por definição, a lista de todas as formas gráficas utilizadas. E a segunda consiste em uma leitura aprofundada de cada resposta onde se decodificando cada uma obtém-se uma ideia sobre o todo.

Alguns conceitos oferecem sustentação ao desenvolvimento da análise de conteúdo e permitem instrumentalizá-los como objetividade; sistematicidade; unidades de registro; unidades de contexto; construção de categorias; análise categorial; condições de produção e a já citada inferência.

Durante a interpretação do material deste estudo utilizou-se a técnica conforme Bardin, dividida nas seguintes etapas:

- Pré-análise: definição do corpus, transformação sistemática dos dados em unidades nos permitindo uma descrição das características do conteúdo. Este corpus foi preparado de acordo com as exigências do Iramuteq versão 7.2, codificado de acordo com as variáveis e digitado em bloco de notas.
- Análise categorial: codificação, enumeração ou quantificação simples de frequência ou análise fatorial com representação em gráficos e diagramas, gerando classificação dos diferentes elementos.

- Para estar em conformidade com o Iramuteq 7.2 procedeu-se as seguintes decodificações das variáveis: Bloco de perguntas (BL_MUDANÇA, BL_INFORMAÇÕES, BL ESTRATEGIAS, BL SERVIÇOS, BL GOVERNO), sexo (homem e mulher), pergunta (P1 a P14) e sujeitos participantes da pesquisa (R1 a R13). Exemplo: **** *BL_MUDANCA *MULHER *P3 *R8.
- Inferência: nesta etapa ocorre a dedução de maneira lógica, descrição e análise das diferentes classes encontradas pelo software, estabelecendo de maneira consciente uma correspondência entre as estruturas semânticas ou linguísticas e as estruturas psicológicas, sociológicas, ambiental e física.
- Interpretação: possibilita retornar ao referencial teórico, buscando embasar a análise dando sentido a interpretação. Visto que a interpretação pautada em inferências busca o que está subentendido no significado das palavras para um enunciado mais aprofundado dos discursos.

Dentro da análise de conteúdo desta pesquisa, apresenta-se de forma relevante a matriz lexical e sua categorização. Nesta operação os elementos da matriz lexical são separados ou reagrupados em razão dos caracteres comuns destes elementos por critérios semânticos, léxicos, sintáticos ou expressivos.

5.4.2 Software

O Iramuteq é um software gratuito que foi desenvolvido de acordo com a lógica *open source* e está licenciado pela *General Public Licence (GPLv2)*. Seu fundamento estatístico ancora-se no *software R* e na linguagem *Python*.

Este *software* possibilita diferentes tipos de análises de dados textuais, dos mais simples como no caso da lexicografia básica (frequência de palavras), até a realização de análises multivariadas (Classificação Hierárquica Descendente - CHD e Análise de Similitude), além de organizar sistematicamente a distribuição do vocabulário com representação gráfica em forma de árvore e nuvem de palavras.

O processamento da análise lexical no Iramuteq tem início na identificação e reformatação das unidades de textos, que transformam as unidades de Contextos Iniciais (UCI) em unidades de Contexto Elementares (UCE). Em seguida, a quantidade de palavras é mensurada o que possibilita a identificação da frequência média entre as palavras, destacando

a quantidade de palavras que não se repete os Hapax; realiza a pesquisa do vocabulário e reduz das palavras com base em suas raízes, este processo é denominado lematização, por fim, cria o dicionário de formas reduzidas identificando formas ativas e suplementares.

Quando realiza análise de especificidades, o Iramuteq é capaz de associar diretamente os textos do banco de dados com as variáveis pré-determinadas pelo seu usuário, assim, é possível analisar a produção textual em função dessas variáveis. Esta análise configura-se na análise de contrastes em que o corpus é dividido em função da variável escolhida pelo usuário.

O método da CHD foi proposto por Reinert (1990) e utilizado pelo software Alceste que classifica segmentos de textos em função dos seus vocabulários respectivos, sendo seu conjunto repartido com base na frequência das formas reduzidas. O objetivo desta análise é a obtenção de classes de UCE, sendo cada classe composta por vocabulário semelhante entre si e ao mesmo tempo diferente das UCE de outras classes.

Partindo da CHD, o Iramuteq fornece ao usuário outra forma de apresentação dos resultados que se dá por meio de uma análise fatorial de correspondência que têm por base a CHD, este processo é chamado de Análise Pós-Fatorial, cuja representação se dá num plano cartesiano com as diferentes palavras e variáveis associadas a cada uma das classes da CHD.

A Análise de Similitude está baseada na teoria dos grafos e por sua vez proporciona a identificação das concorrências entre as palavras, cujo resultado pode indicar a conexidade entre as palavras, auxiliando assim na identificação da estrutura de um corpus textual, não obstante, diferencia também, as partes comuns e as especificidades em função das variáveis ilustrativas (descritivas) que são identificadas na análise (MARCHAND E RATINAUD, 2012).

A representação em nuvem de palavras se dá pelo agrupamento e organização lexical em função da frequência dessas palavras, trata-se de uma análise lexical mais simples, entretanto, com uma ilustração gráfica que permite com facilidade e rapidez a identificação das palavras-chave de um corpus.

Enquanto corpus textual entende-se como o conjunto de unidades de contexto inicial (UCI) que se pretende analisar, e é constituído pelo pesquisador. Cada conjunto de entrevistas a que a análise foi aplicada será um texto.

A análise realizada no presente estudo foi através da Classificação Hierárquica Descendente, Análise Fatorial de Correspondência e Análise de Similitude.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP: 4.562.047 – ANEXO F). Para participar da pesquisa cada sujeito deu seu aceite via *online* do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (ANEX C).

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

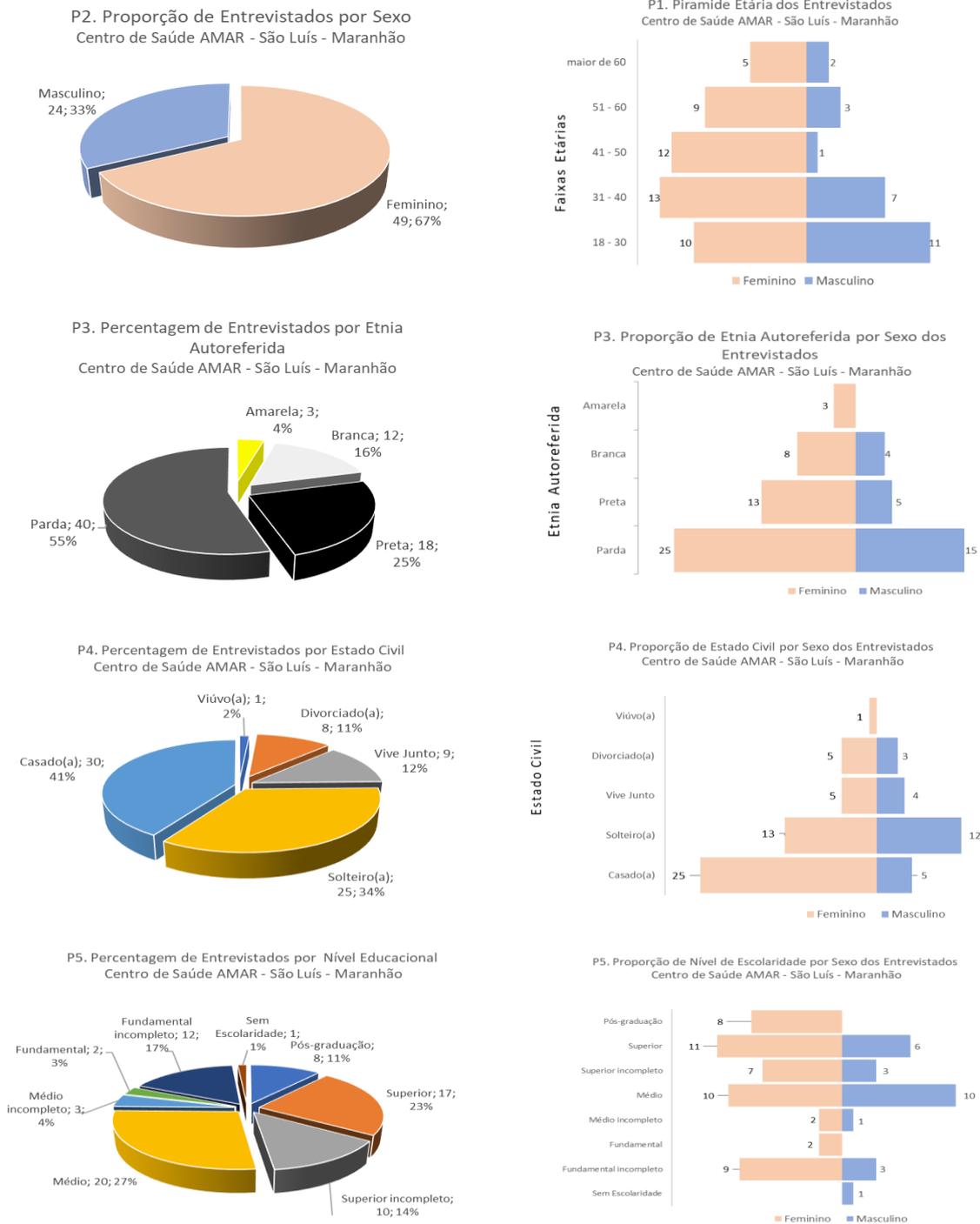
6.1 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA QUANTITATIVA

A partir dos critérios estabelecidos no item 5.3.1 foram selecionados 73 usuários do Centro de Saúde AMAR para responderam questionário do Anexo B. Em razão do pouco tempo para fechamento dos resultados da primeira etapa e da dificuldade enfrentada pelos usuários em acessar a plataforma *Google Forms*, os questionários foram aplicados de forma presencial e posteriormente incluídos na plataforma por essa pesquisadora. Os resultados foram:

6.1.1 Características Sociais, Demográficas e Econômicas

Em relação às características sociais e demográficas verificou-se que dos usuários selecionados e entrevistados 24 eram homens (33%) e 49 eram mulheres (67%). A maioria dos homens tinha entre 18 e 30 anos de idade (11, 46%), eram solteiros (12, 50%), possuíam ensino médio (10, 42%) e se autodenominavam pardos (15, 62%). Já a maioria das mulheres possuía entre 31 e 40 anos (13, 26%), eram casadas (25, 51%), com nível superior (11, 22%) e se autodenominavam pardas (25, 51%).

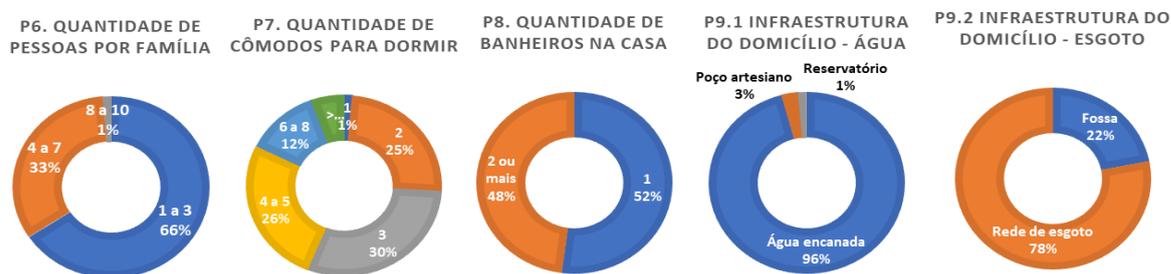
Gráfico 01: Informações Sociais e Demográficas dos Usuários Selecionados no Centro de Saúde AMAR. Questões de 1 a 5 do Anexo B.



Fonte: Autoria própria, 2022.

A maioria dos usuários entrevistados pertenciam a famílias com até 3 membros (48, 66%), moravam em residências com 3 cômodos para dormir (22, 30%), com 1 banheiro (38, 52%) e com fornecimento de água encanada (70, 96%) e rede de esgoto (57, 78%).

Gráfico 02: Informações Sociais dos Usuários Selecionados no Centro de Saúde AMAR. Questões de 6 a 9.2 do Anexo B.



Fonte: Autoria própria, 2022.

Tabela 01: Análise das Respostas das Questões de 6 a 9.2 do Anexo B.

6. Quantas pessoas moram com você?	Feminino	Masculino	Total
1 a 3	32	16	48
4 a 7	16	8	24
8 a 10	1		1
Total	49	24	73

7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para dormir inclui quartos e sala)	Feminino	Masculino	Total
1	1		1
2	15	3	18
3	11	11	22
4 a 5	13	6	19
6 a 8	6	3	9
> 8	3	1	4
Total Geral	49	24	73

8. Quantos banheiros existem na sua casa?	Feminino	Masculino	Total
1	23	15	38
2 ou mais	26	9	35
Total Geral	49	24	73

9.1. Infraestrutura do domicílio	Feminino	Masculino	Total
Água encanada	47	23	70
Poço artesiano	1	1	2
Reservatório	1		1
Total Geral	49	24	73

9.2. Infraestrutura do domicílio:	Feminino	Masculino	Total
Fossa	10	6	16
Rede de esgoto	39	18	57
Total Geral	49	24	73

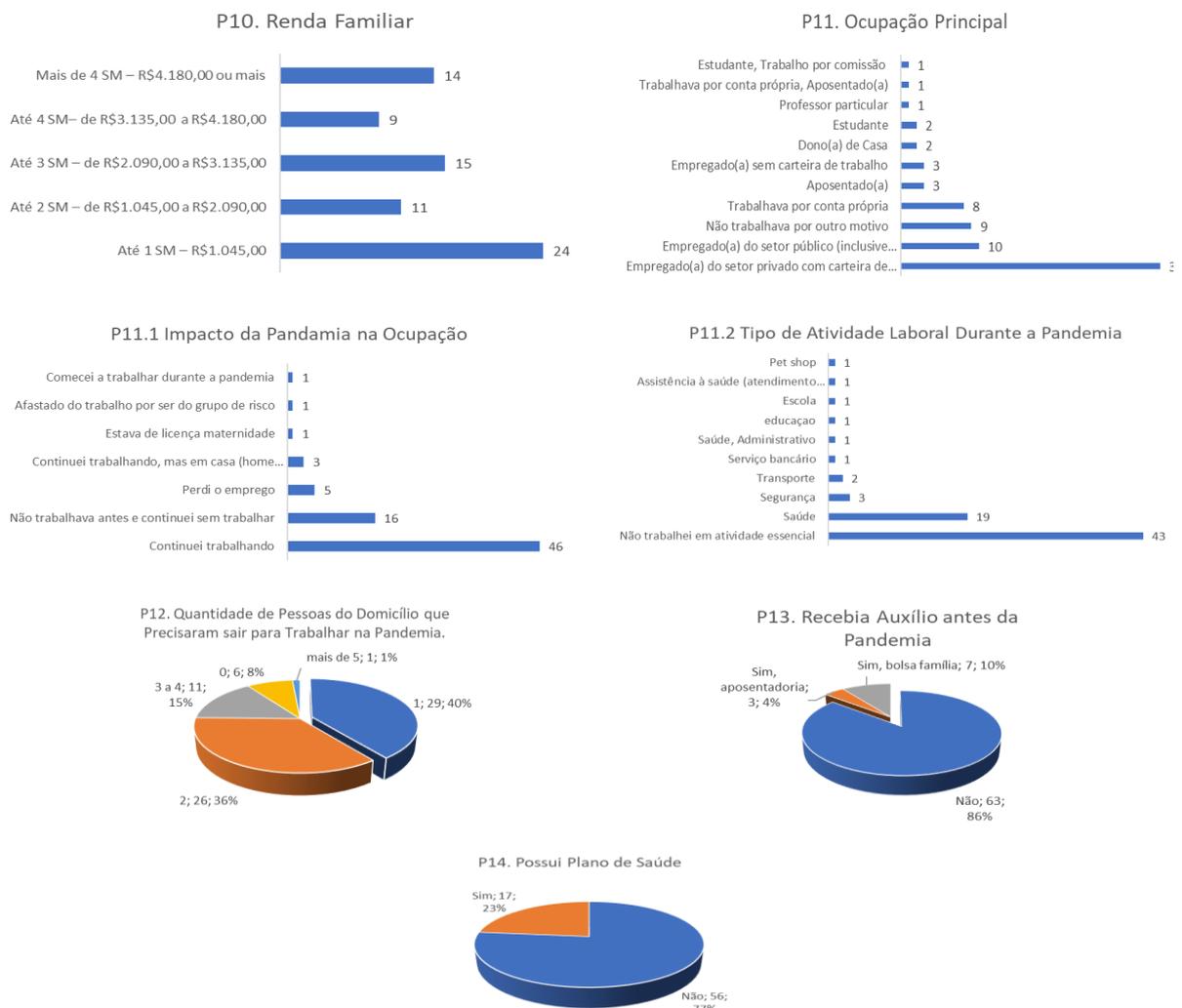
Fonte: Autoria própria, 2022.

As características sanitárias verificadas nas residências, quanto à infraestrutura de fornecimento de água e esgoto, colaboram para as medidas preventivas de enfrentamento a pandemia do coronavírus, bem como a proporcionalidade verificada entre número de pessoas nas famílias e quantidade de cômodos nas residências que facilitaria, em tese, a adoção do isolamento familiar. Esses aspectos revelam importantes informações a respeito das características domiciliares, uma vez que maiores taxas de incidência foram associadas a uma

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).

A análise das características econômicas revelou que 50 usuários (68%) possuíam renda familiar de até 3 salários-mínimos, ou menos, sendo considerados famílias de baixa renda², desses, 24 usuários (33%) possuíam renda familiar de até 1 salário-mínimo. A maioria dos usuários entrevistados eram empregados do setor privado (33, 45%), continuaram trabalhando durante a pandemia (46, 63%) e não trabalharam em atividades essenciais (43, 59%).

Gráfico 03: Informações Econômicas dos Usuários Seleccionados no Centro de Saúde AMAR. Questões de 10 a 14 do Anexo B



Fonte: Autoria própria, 2022.

² Família baixa renda é aquela com renda familiar mensal per capita de até meio salário mínimo; ou a que possua renda familiar mensal de até três salários mínimos, conforme definição do Decreto Federal 6.135/2007, que dispôs sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal.

Ao menos 1 membro da família precisou sair de casa para trabalhar no período da pandemia (29, 40%), o que representa um número significativo visto que a maioria dos entrevistados possuíam famílias de até 3 membros. As famílias, em sua maioria, não possuíam plano de saúde (56, 77%), demonstrando dependências dos serviços públicos de saúde, e não recebiam qualquer auxílio financeiro dos governos antes da pandemia (63, 86%).

A baixa renda familiar dos usuários e a ausência ou baixa adesão aos programas de auxílio financeiros teoricamente dificultam a implementação de medidas preventivas de enfrentamento à pandemia do coronavírus, principalmente aquelas ligadas ao isolamento social e aquisição dos equipamentos de proteção individual. 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).

6.1.2 Fontes de Informações, Percepção e Práticas decorrentes das Informações e/ou Recomendações das Medidas de Prevenção e Controle da COVID-19.

A pesquisa quantitativa revelou ainda que mais de 95% dos usuários selecionados receberam informações quanto à utilização de máscaras dentro de casa e ao sair dela, lavagem frequente das mãos e o uso de álcool gel, ou seja, as medidas individuais de prevenção e controle da COVID-19 foram devidamente difundidas, destacando-se que 100% (49) das mulheres entrevistadas acusaram ter recebido informações quanto ao uso de álcool em gel.

Cerca de 1,4% dos usuários evidenciaram não ter recebido qualquer informação quanto as medidas de prevenção e controle da COVID-19; e as medidas quanto ao isolamento social total e parcial foram informadas para menos de 80% dos usuários entrevistados.

Tabela 02: Análise das Respostas da Questão de 15 do Anexo B.

15. Quais as informações que o/a Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)	Feminino	Masculino	TOTAL	Fem. (%)	Masc. (%)	Total (%)
Uso de álcool gel	49	23	72	100,0%	95,8%	98,6%
Lavagem frequente das mãos	48	22	70	98,0%	91,7%	95,9%
Uso de máscara para quando tenho que sair de casa	47	23	70	95,9%	95,8%	95,9%
Utilizar máscara dentro de casa e protocolo de	47	23	70	95,9%	95,8%	95,9%
Isolamento social total	35	22	57	71,4%	91,7%	78,1%
Isolamento parcial	38	17	55	77,6%	70,8%	75,3%
não recebi		1	1	0,0%	4,2%	1,4%
TOTAL	264	131	395			

Fonte: Autoria própria, 2022.

A televisão foi utilizada por mais de 80% dos usuários selecionados para receber informações a respeito do coronavírus, sendo a fonte de informação mais acessada para esse fim. As redes sociais (*facebook, instagram e whatsapp*®) foram acessadas por 66% a 42% dos usuários, com destaque para o *whatsapp*® (66%) como fonte de informação mais acessada entre as redes sociais. Os governos e os profissionais de saúde foram as fontes de informações menos acessadas com 19% e 4% respectivamente.

Em relação à confiança na fonte de informação, os Jornais de TV e/ou internet tiveram a confiança de cerca de 48% dos entrevistados, seguidos da Televisão e dos Profissionais de saúde com a confiança de cerca de 31% a 22%. Os piores indicadores foram verificados nas redes sociais (*facebook, instagram e whatsapp*®) e governos, com 9% a 4%. A religião não obteve a confiança de nenhum dos entrevistados.

Tabela 03: Análise das Respostas das Questões de 16 e 17 do Anexo B.

16. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)	Feminino	Masculino	TOTAL	Fem. (%)	Masc. (%)	Total (%)
Televisão	39	21	60	79,6%	87,5%	82,2%
Jornais na TV e/ou na internet	37	15	52	75,5%	62,5%	71,2%
WhatsApp	31	17	48	63,3%	70,8%	65,8%
Instagram	25	11	36	51,0%	45,8%	49,3%
Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)	24	11	35	49,0%	45,8%	47,9%
Facebook	21	10	31	42,9%	41,7%	42,5%
Amigos/vizinhos/parentes da comunidade	17	9	26	34,7%	37,5%	35,6%
Governantes (prefeito, governador, presidente)	13	1	14	26,5%	4,2%	19,2%
Rádio	8	2	10	16,3%	8,3%	13,7%
Religião	6	0	6	12,2%	0,0%	8,2%
profissionais de saúde	2	1	3	4,1%	4,2%	4,1%
TOTAL	223	98	321			

17. Dessas fontes citadas quais delas confia mais? (admite mais de uma resposta)	Feminino	Masculino	TOTAL	Fem. (%)	Masc. (%)	Total (%)
Jornais na TV e/ou na internet	22	13	35	44,9%	54,2%	47,9%
Televisão	15	8	23	30,6%	33,3%	31,5%
Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)	16	6	22	32,7%	25,0%	30,1%
profissionais de saúde	10	6	16	20,4%	25,0%	21,9%
WhatsApp	4	2	6	8,2%	8,3%	8,2%
Instagram	4	2	6	8,2%	8,3%	8,2%
Facebook	3	1	4	6,1%	4,2%	5,5%
Governantes (prefeito, governador, presidente)	3	0	3	6,1%	0,0%	4,1%
Rádio	2	1	3	4,1%	4,2%	4,1%
Amigos/vizinhos/parentes da comunidade	2	0	2	4,1%	0,0%	2,7%
Religião	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL	81	39	120			

Fonte: Autoria própria, 2022.

As conclusões quanto à confiança no tipo de fonte de informações podem ser validadas pelo sentimento de informação revelado pela maioria dos usuários, questionado pela

pergunta 18 do formulário. Mais de 80% dos usuários se sentiram bem-informado ou muito bem-informado pelos profissionais de saúde; cerca de 70%, pela TV, rádio ou jornal e as redes sociais, apenas 40%. A religião ou amigos/vizinhos/parentes foi a fonte de informação com pior nível de sentimento de informação, pois 16% dos entrevistados acusaram se sentir mal-informado por essas fontes.

Tabela 04: Análise das Respostas da Questão de 18 do Anexo B.

18. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS?	Muito bem informado	Bem informado	Razoavelmente informado	Mal informado	Sem Informação	TOTAL
profissionais de saúde do seu território	26	33	11	1	2	73
TV, rádio ou jornal	13	38	19	3		73
WhatsApp, Facebook ou Instagram	6	26	33	6	2	73
religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade	6	18	33	12	4	73

18. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS?	Muito bem informado	Bem informado	Razoavelmente informado	Mal informado	Sem Informação
profissionais de saúde do seu território	36%	45%	15%	1%	3%
TV, rádio ou jornal	18%	52%	26%	4%	0%
WhatsApp, Facebook ou Instagram	8%	36%	45%	8%	3%
religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade	8%	25%	45%	16%	5%

Fonte: Autoria própria, 2022.

Em síntese, verifica-se que a Televisão foi a fonte mais acessada (82,2%), com bom nível de confiança (31%) e ótimo nível de sentimento de informação (muito bem-informado ou bem-informado por 70% dos usuários). Os profissionais de saúde apesar de obterem bons níveis de confiança (30%) e ótimo nível de sentimento de informação (muito bem-informado ou bem-informado por mais de 80% dos usuários), foram acessados por apenas 4% dos entrevistados, o que pode ser entendido como uma redução de atuação das UBS e de seus profissionais neste período de pandemia. Ressalta-se que neste período pandêmico o Centro de Saúde Amar suspendeu temporariamente seus atendimentos para demanda espontânea e programada, devido a necessidade de se tornar centro de testagem para a COVID-19. Salienta-se ainda uma redução na equipe assistencial devido perfil de grupo de risco para alguns e alto índice de contaminação interprofissional.

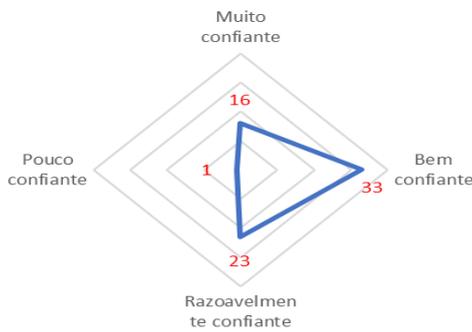
Por outro lado, as redes sociais, em que pese seu baixo nível de confiança (9% a 5%) e baixo sentimento de informação (razoavelmente ou mal-informado por 53% dos usuários), foram acessadas por mais de 40% dos usuários, com destaque para o *whatsapp*®,

usado por 66% dos entrevistados como meio de informação. Esta análise demonstra um amplo alcance, principalmente porque a maioria dos entrevistados tinha entre 18 e 30 anos.

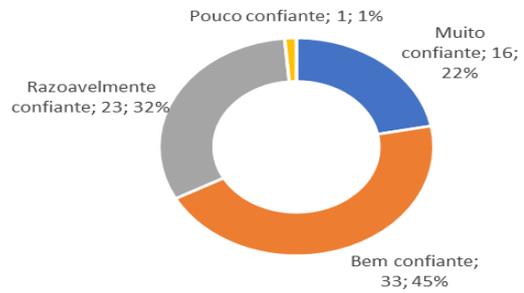
6.1.3 Relação com o Centro de Saúde AMAR e Utilização dos Serviços quanto as Medidas de Prevenção e Controle do Coronavírus

Gráfico 04: Informações sobre a Confiança nas Medidas Preventivas no Centro de Saúde AMAR. Questões 19 a 21 do Anexo B.

P19. Confiança com as medidas de prevenção e proteção ao coronavírus adotadas pela família



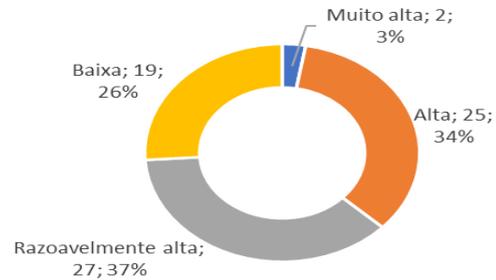
P19. Confiança com as medidas de prevenção e proteção ao coronavírus adotadas pela família



P20. Possibilidade da família ser contaminada pelo Coronavírus



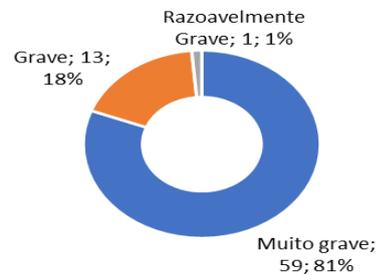
P20. Possibilidade da família ser contaminada pelo Coronavírus



P21. Gravidade da Doença provocada pelo Coronavírus



P21. Gravidade da Doença provocada pelo Coronavírus



Fonte: Autoria própria, 2022.

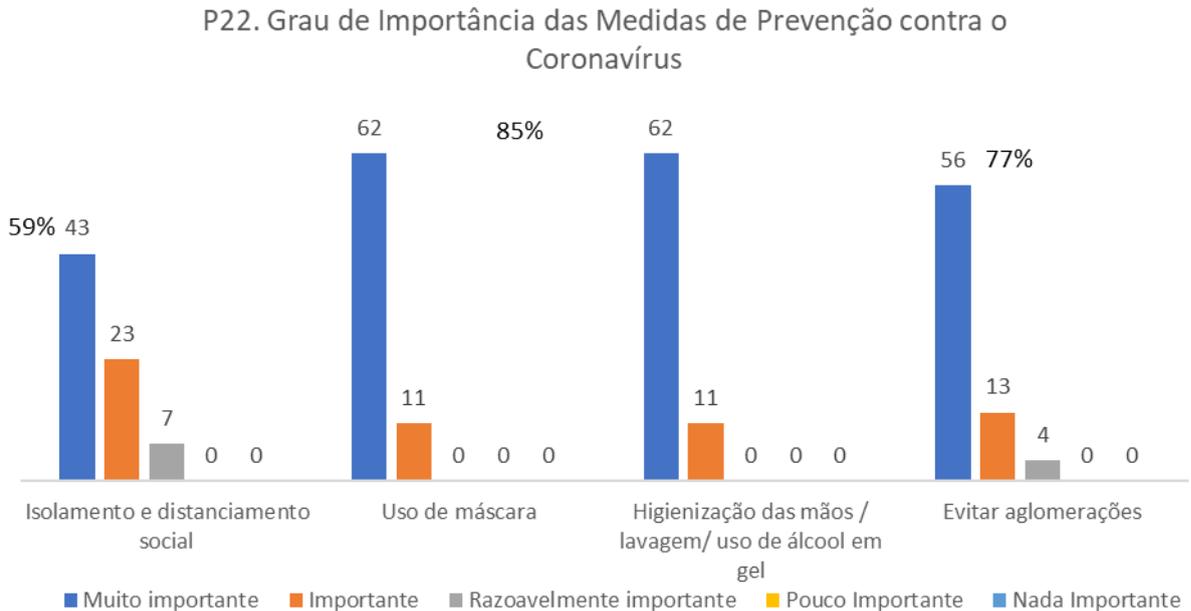
Em relação às medidas de prevenção e controle do coronavírus, verificou-se que cerca de 99% dos usuários reconhecem a gravidade de doença (Grave, 18%; Muito Grave, 81%), com forte tendência ao entendimento da maior gravidade da doença (Muito Grave, 59; Pouco Grave, 0). A confiança nas medidas de prevenção e proteção contra a contaminação pelo coronavírus, adotadas pelas famílias, obteve centralização das respostas dentro da escala de avaliação proposta (razoavelmente confiante, 32%; bem confiante, 45%), com maior tendência a confiança nas medidas de prevenção (pouco confiante, 1; muito confiante, 16). Igualmente, verifica-se a centralização das respostas na escala de avaliação proposta quanto a possibilidade de contaminação pelo coronavírus (alta, 34%; razoavelmente alta, 37%), com maior tendência a menor possibilidade de contaminação (baixa, 19; muito alta, 2).

A análise das informações revela que a população do Centro de Saúde AMAR reconhece a gravidade da doença, confia nas medidas de prevenção e proteção adotadas e entende que essas medidas diminuem a possibilidade de contaminação pelo coronavírus.

O Isolamento e distanciamento social, evitar aglomerações, o uso de máscaras e a higienização das mãos / uso de álcool gel foram as medidas preventivas contra a contaminação do coronavírus avaliadas quanto seu grau de importância pelos usuários do Centro de Saúde AMAR. No geral, todas as medidas preventivas obtiveram bons níveis de importância, com maior relevância para o uso das máscaras e higienização das mãos / uso de álcool gel consideradas muito importante por cerca de 85% (62/73) dos entrevistados.

Essa avaliação quanto à importância das medidas preventivas e protetivas contra a contaminação do coronavírus se correlacionam diretamente com os níveis de informações difundidos sobre elas (questão 15 do anexo B – Tabela 02). Observa-se que o uso das máscaras e higienização das mãos / uso de álcool gel obtiveram níveis de informações acima de 95% (Tabela 02), enquanto o isolamento social e parcial (evitar aglomerações) com níveis de informações na ordem de 75%, obtiveram menor grau de importância (consideradas muito importante por 59% e 77% dos entrevistados).

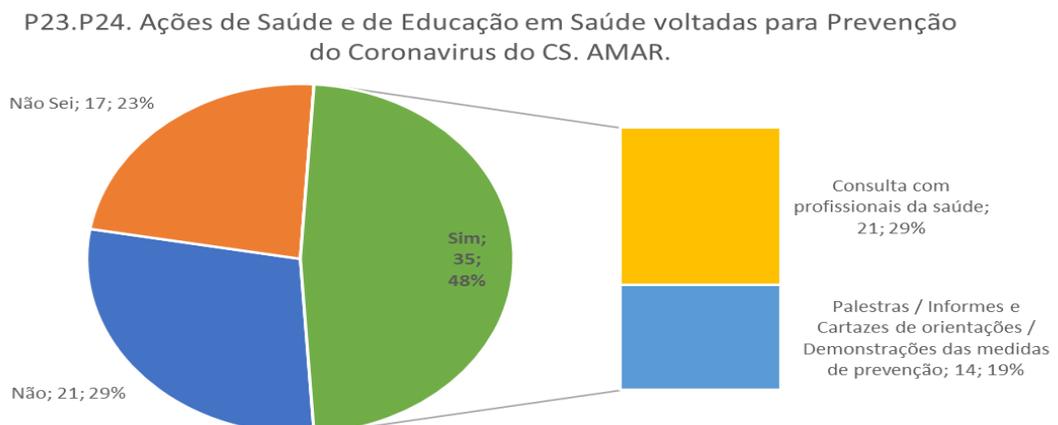
Gráfico 05: Informações sobre o Grau de Importância das Medidas Preventivas no Centro de Saúde AMAR. Questão 22 do Anexo B.



Fonte: Autoria própria, 2022.

Quando questionados sobre as ações gerais de saúde e de educação em saúde voltada para a prevenção do coronavírus desenvolvidas pelas equipes do Centro de Saúde AMAR, cerca de 52% dos usuários responderam que não sabiam ou que não houve ações desenvolvidas. Dos 48% dos usuários que responderam sim a indagação, 29% relacionaram que essas ações eram as consultas com os profissionais da saúde do Centro de Saúde AMAR e 19%, a realização palestras, informes, cartazes e demonstração das medidas de prevenção.

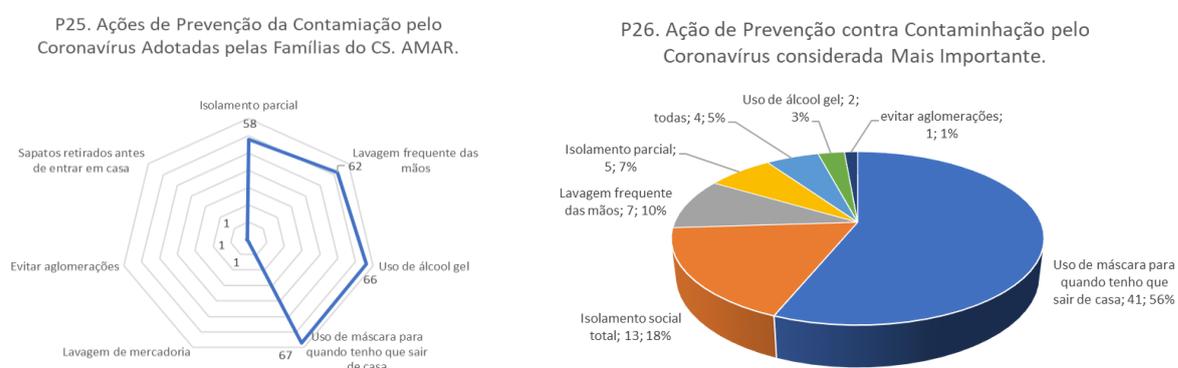
Gráfico 06: Informações sobre Ações de Saúde e de Educação no Centro de Saúde AMAR. Questões 23 e 24 do Anexo B.



Fonte: Autoria própria, 2022

As medidas protetivas e preventivas contra a contaminação do coronavírus quanto ao uso das máscaras, lavagem das mãos, uso de álcool gel e isolamento parcial foram as mais adotadas pelas famílias do Centro de Saúde AMAR, com índices de utilização acima dos 79% (isolamento parcial, 58/73). Destaca-se o uso do álcool em gel e o uso de máscara, medidas adotadas por mais de 90% (66/73) dos entrevistados, bem como, os “sapatos retirados antes de entrar em casa” e a “lavagem de mercadorias”, medidas elucidadas espontaneamente (não relacionadas na pergunta) por pelo menos 1 entrevistado.

Gráfico 07: Informações sobre as Medidas Preventivas e Protetivas Adotadas pelas Famílias do Centro de Saúde AMAR. Questões 25 e 26 do Anexo B



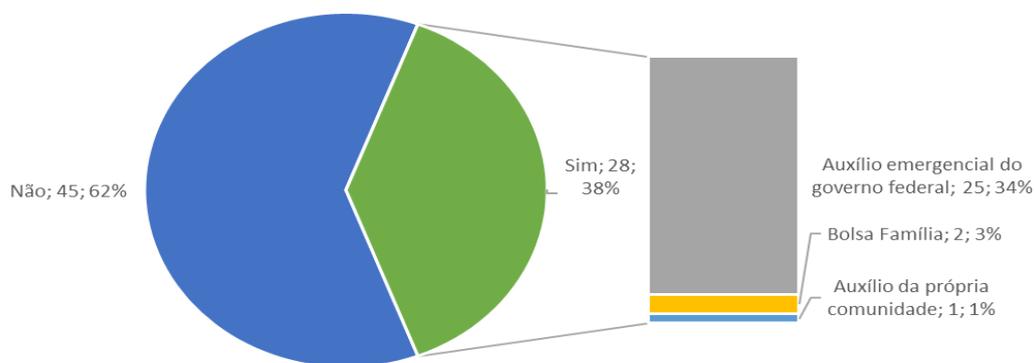
Fonte: Autoria própria, 2022.

Quando solicitados a eleger a medida protetiva mais importante, 41 (56%) dos usuários escolheram o uso da máscara, sendo o isolamento total (13, 18%) a segunda medida mais relacionada, a frente da lavagem das mãos (7, 10%) e do isolamento parcial (5, 7%). Verifica-se que o nível de informação (Tabela 02, questão 15 do anexo B) desta medida, a saber, 78,1%, influenciou sua posição na escala de importância em relação as outras medidas de prevenção, pois mesmo sem ser adotada por nenhuma família (Gráfico 07, questão 25 do anexo B), conseguiu manter seu grau de importância conforme já verificado neste estudo (Gráfico 05, questão 22 do anexo B).

Em relação aos auxílios financeiros recebidos pelas famílias durante o período da pandemia do coronavírus, verificou-se que 62% (45) famílias não receberam qualquer tipo de auxílio. Das 28 (38%) famílias que acusaram o recebimento de auxílio financeiro, 25 (34%) informaram serem beneficiárias do auxílio emergencial do governo federal.

Gráfico 08: Informações sobre Recebimento de Auxílios Financeiros pelas Famílias do Centro de Saúde AMAR. Questões 27 e 28 do Anexo B

P27.P28. Auxílio Financeiro Recebido pela Família durante a Pandemia do Coronavírus.

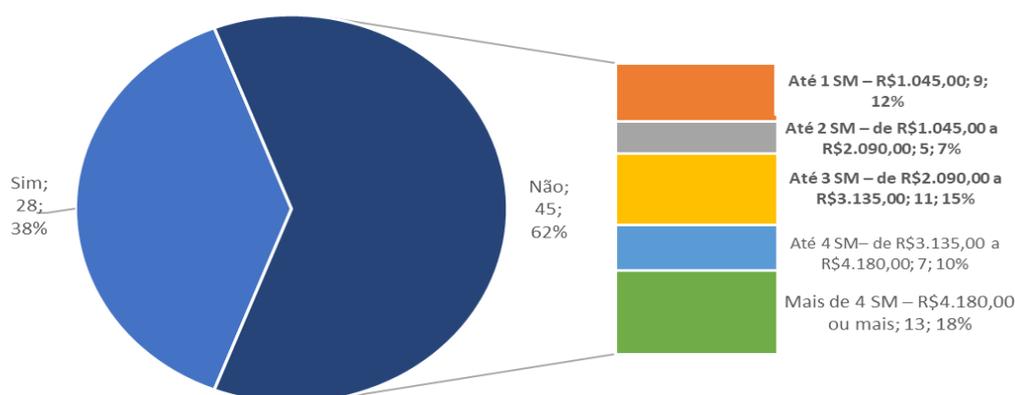


Fonte: A autoria própria, 2022.

Dos usuários que não receberam qualquer tipo de auxílio financeiro, verifica-se que 25 (34%) possuíam renda familiar até R\$ 3.135,00, ou seja, pelo critério da renda familiar³, poderiam ter recebido o auxílio emergência no período da pandemia. Verifica-se ainda que, antes da pandemia, 63 (86%) dos usuários não recebiam qualquer auxílio financeiro (Gráfico 03, resposta a questão 13 do anexo B) e, durante a pandemia, esse número caiu para 45 (62%), obtendo avanço de 18 (25%) famílias que passaram a receber auxílio financeiro.

Gráfico 09: Informações sobre Auxílios Financeiros Não recebidos por Renda Familiar do Centro de Saúde AMAR. Questões 27 e 10 do Anexo B

P27.P10. Auxílio Financeiro Não Recebido por Renda Familiar.



Fonte: A autoria própria, 2022.

³ Decreto Federal 10.661, de 26 de março de 2021, que institui o Auxílio Emergencial 2021 para o enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (covid-19).

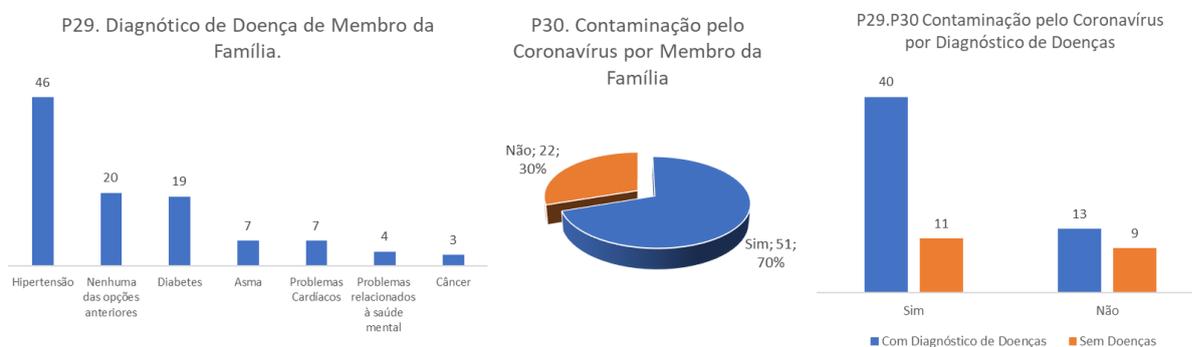
Apesar desse avanço, a saber, maior número de famílias recebendo auxílio financeiro, ele não foi suficiente para dar efetividade a medida protetiva e preventiva do isolamento social total, pois mesmo com nível de informação de 78,1% (Tabela 02, questão 15 do anexo B); considerada muito importante por 59% dos entrevistados (Gráfico 05, resposta a questão 22 do anexo B), sendo a segunda medida mais relacionada quando confrontada com as demais (13, 18%, Gráfico 07, resposta a questão 26 do anexo B), não foi adotada por nenhuma família (Gráfico 07, resposta a questão 25 do anexo B).

Infere-se que a baixa renda das famílias (Gráfico 03, resposta a questão 10 do anexo B) e a consequente necessidade de sair para trabalhar (Gráfico 03, resposta a questão 12 do anexo B) impediram a adoção do isolamento social total quer pela insuficiência de sua maior abrangência quer pelo valor do auxílio financeiro frente aos novos custos de vida advindos do período pandêmico (aquisição de equipamentos de proteção individual e de higienização, por exemplo).

Em relação às doenças diagnosticadas, 46 (63%) dos usuários relacionaram serem ou terem membros na família hipertensos, 20 (27%) não possuíam nenhuma das doenças relacionadas na pesquisa e 19 (26%) eram ou possuíam membros de suas famílias diabéticos. Os problemas relacionados à saúde mental foram relacionados por 4 (5%) dos entrevistados.

Por fim, analisando as respostas da última pergunta do questionário do anexo B, verificou-se que 51 (70%) dos usuários foram ou tiveram algum membro de sua família contaminados pelo coronavírus, desses 40 (55% dos entrevistados) possuíam algum diagnóstico das doenças relacionadas na pesquisa.

Gráfico 10: Informações sobre Diagnósticos de Doenças das Famílias do Centro de Saúde AMAR e de Contaminação pelo Coronavírus. Questões 29 e 30 do Anexo B



Fonte: Autoria própria, 2022.

Verifica-se que, mesmo dentro da população de risco (com comorbidades), o nível de contaminação pelo coronavírus foi significativo. Esse nível de contaminação, conforme já

relatado, não diminuiu o entendimento quanto a gravidade da doença e a confiança nas medidas de prevenção e proteção adotadas (Gráfico 04, respostas as questões 19 e 20 do anexo B). Tão pouco impactou na expressiva adesão ao uso das máscaras, lavagem das mãos, uso de álcool gel e isolamento parcial (Gráfico 07, resposta a questão 25 do anexo B).

O nível informacional das medidas protetivas e preventivas contra a contaminação do coronavírus (Tabela 02, respostas a questão 15 do anexo B) e o grau de gravidade aferida a doença pelos usuários (Gráfico 04, respostas as questões 21 do anexo B), manteve alto grau de importância nessas medidas (Gráfico 05, respostas a questão 22 do anexo B) mesmo diante de sua baixa efetividade (Gráfico 10, resposta a questão 30 do anexo B).

6.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA QUALITATIVA

Conforme metodologia elucidada no item 5.3.2, foram realizadas entrevistas dialogadas, mediadas pelo roteiro do Anexo D, quanto as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Aleatoriamente foram selecionados 13 usuários, correspondendo a 19% dos 73 usuários entrevistados na primeira etapa da pesquisa. As respostas foram tratadas conforme item 5.6.1 e submetidas ao processamento do Iramuteq (ver item 5.6.2). Os resultados foram:

6.2.1 Classificação Hierárquica Descendente

A classificação hierárquica descendente, segundo o método descrito por Reinert, visa obter classes de segmentos de texto (ST) que, ao mesmo tempo, apresentam vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente das ST das outras classes. Esta análise é baseada na proximidade léxica e na ideia de que palavras usadas em contexto similar estão associadas ao mesmo mundo léxico e são parte de mundos mentais específicos ou sistemas de representação.

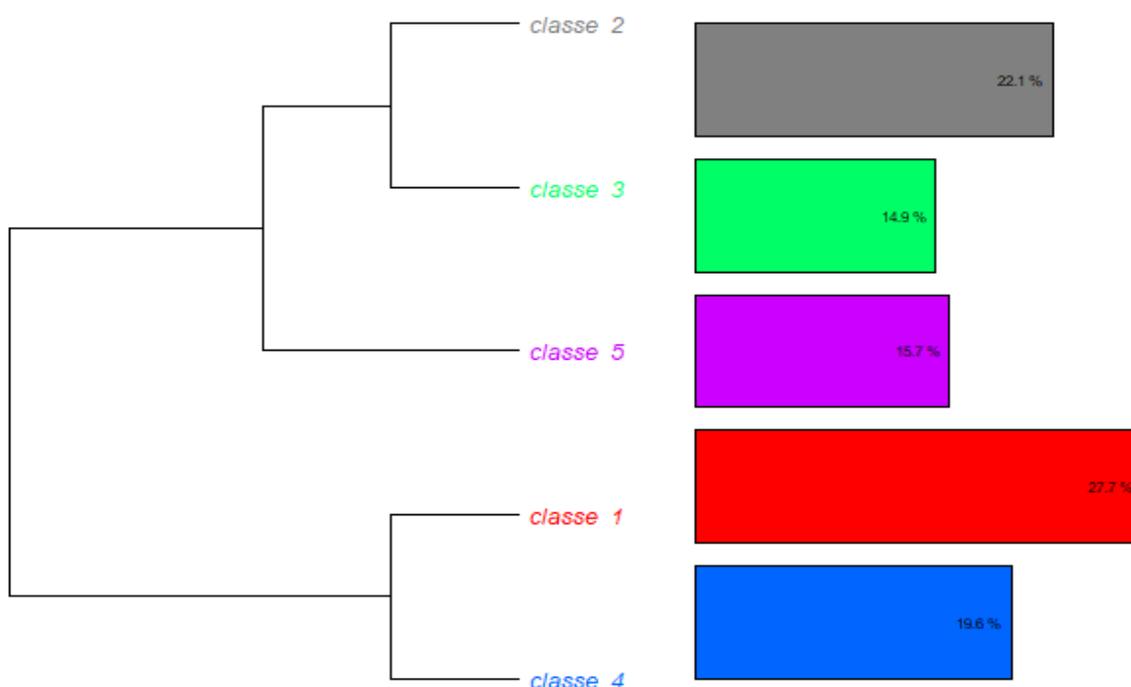
Nessa análise, os segmentos de texto são classificados de acordo com seu respectivo vocabulário e o conjunto de termos é particionado de acordo com a frequência das raízes das palavras. O sistema procura obter classes formadas por palavras que são significativamente associadas com aquela classe, ou seja, o Iramuteq, processa o texto de modo que possam ser identificadas classes de vocabulário, sendo assim, é possível inferir quais ideias o corpus textual

deseja transmitir. Vale lembrar que essa análise é feita a partir de uma lógica estatística processada por computador e aplicada de forma lexical (OLIVEIRA, 2015).

No resumo inicial o software analisou e dividiu o corpus em 182 (14 perguntas x 13 entrevistados) textos, com 9.521 ocorrências, 1.459 formas, sendo 740 hapax, ou seja, palavras apresentadas nos textos somente uma vez, que corresponderam a 7,77% das ocorrências e 50,72% das formas. A média de ocorrências por texto foi de 52.31%.

Os 182 textos foram agrupados em 320 segmentos de textos, com média de 29,75 formas por segmento. Destes segmentos de texto, o Iramuteq conseguiu classificar 235, correspondendo a 73,44% do total, em 5 classes de vocabulários, conforme dendrogramas⁴ abaixo:

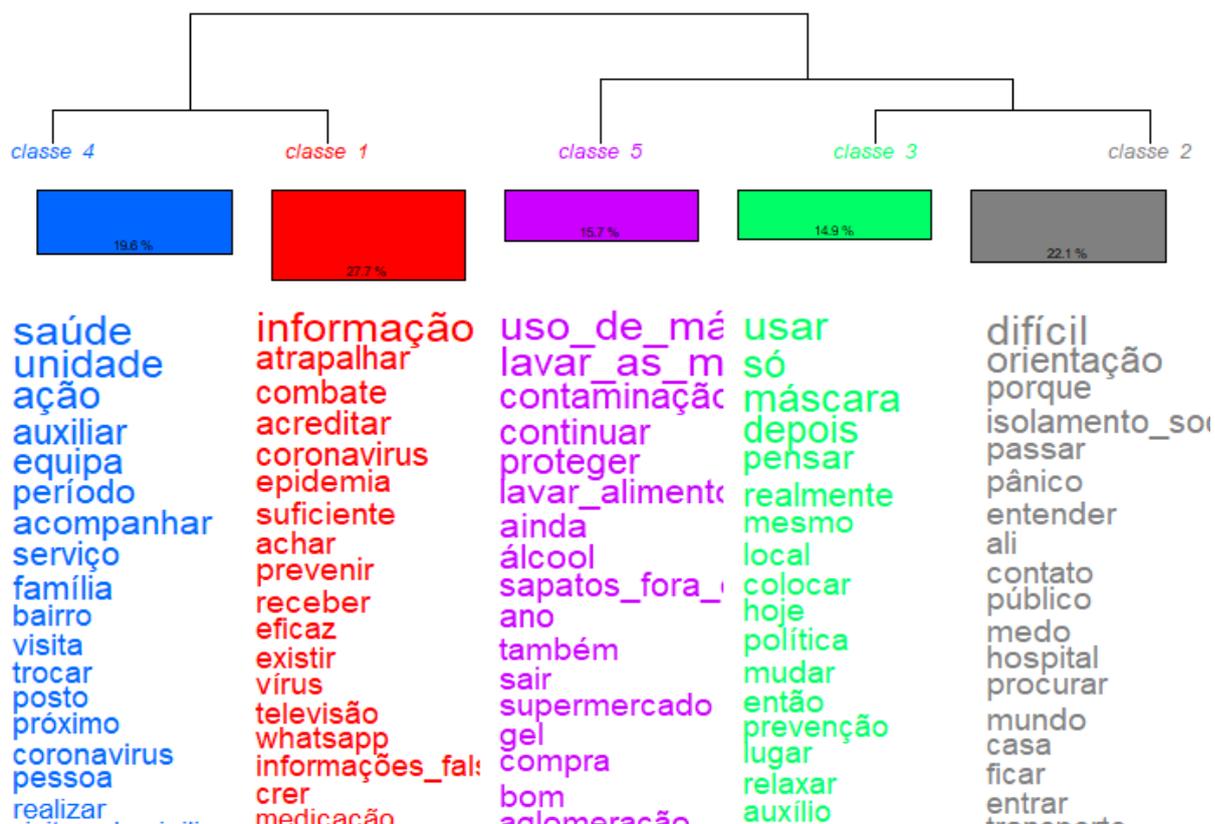
Figura 03: Dendrograma I, Iramuteq.



Fonte: Software Iramuteq 7.2

⁴ Tipo específico de diagrama ou representação icônica que organiza determinados fatores e variáveis. Resulta de uma análise estatística de determinados dados, em que se emprega um método quantitativo que leva a agrupamentos e à sua ordenação hierárquica ascendente - o que em termos gráficos se assemelha aos ramos de uma árvore que se vão dividindo noutros sucessivamente. <https://pt.wikipedia.org/wiki/Dendrograma>

Figura 04: Dendrograma II, Iramuteq



Fonte: Software Iramuteq 7.2

A leitura do dendrograma da figura 03 é feita da esquerda para a direita conforme a afinidade entre as classes; primeiro o software divide a amostra em dois grupos, destes dois grupos surgem um contendo duas classes (classe 1 e 4) e outro contendo três classes (classe 2, 3 e 5).

A figura 04 demonstra, em cada uma dessas classes e dentro destes subgrupos, os vocabulários expressos por suas formas ativas ou palavras mais significativas, ordenadas em razão de seu qui-quadrado (χ^2)⁵, destacando-se ainda o percentual de segmentos de textos agrupados em cada classe, vejamos:

- CLASSE 1, cor vermelha, com 65 segmentos de texto, representando cerca de 27,7% dos 235 segmentos classificados pelo Iramuteq, contendo 46 formas com 503 ocorrências, perfazendo uma média de 7,73 ocorrências por segmento de texto na classe, tendo como formas com maior χ^2 : “informação” ($\chi^2=101,5$; $p<0,0001$), “atrapalhar” ($\chi^2=41,91$; $p<0,0001$); “combate” ($\chi^2=35,99$;

⁵ Qui-quadrado: a distribuição χ^2 ou chi-quadrado é uma das distribuições mais utilizadas em estatística inferencial, principalmente para realizar testes de χ^2 . Este teste serve para avaliar quantitativamente a relação entre o resultado de um experimento e a distribuição esperada para o fenômeno. Isto é, ele nos diz com quanta certeza os valores observados podem ser aceitos como regidos pela teoria em questão. (Manual do Iramuteq)

$p < 0,0001$); “acreditar” ($\chi^2 = 35,44$; $p < 0,0001$); “coronavírus” ($\chi^2 = 33,73$; $p < 0,0001$), etc (ver Tabela 05, anexo G);

- CLASSE 2, cor cinza, com 52 segmentos de texto, representando cerca de 22,1% dos 235 segmentos classificados pelo Iramuteq, contendo 68 formas com 482 ocorrências, perfazendo uma média de 9,27 ocorrências por segmento de texto na classe, tendo como formas com maior χ^2 : “difícil” ($\chi^2 = 47,12$; $p < 0,0001$), “orientação” ($\chi^2 = 31,14$; $p < 0,0001$); “porque” ($\chi^2 = 20,26$; $p < 0,0001$); “isolamento_social” ($\chi^2 = 17,07$; $p < 0,0001$), etc (ver Tabela 06, anexo G);
- CLASSE 3, cor verde, com 35 segmentos de texto, representando cerca de 14,9% dos 235 segmentos classificados pelo Iramuteq, contendo 48 formas com 268 ocorrências, perfazendo uma média de 7,65 ocorrências por segmento de texto na classe, tendo como formas com maior χ^2 : “usar” ($\chi^2 = 40,78$; $p < 0,0001$), “só” ($\chi^2 = 34,99$; $p < 0,0001$); “máscara” ($\chi^2 = 34,93$; $p < 0,0001$); “depois” ($\chi^2 = 30,45$; $p < 0,0001$), “pensar” ($\chi^2 = 23,25$; $p < 0,0001$), etc (ver Tabela 07, anexo G);
- CLASSE 4, cor azul, com 46 segmentos de texto, representando cerca de 19,6% dos 235 segmentos classificados pelo Iramuteq, contendo 48 formas com 458 ocorrências, perfazendo uma média de 9,96 (458/46) ocorrências por segmento de texto na classe, tendo como formas com maior χ^2 : “saúde” ($\chi^2 = 87,79$; $p < 0,0001$), “unidade” ($\chi^2 = 70,54$; $p < 0,0001$); “ação” ($\chi^2 = 70,54$; $p < 0,0001$); “auxiliar” ($\chi^2 = 56,54$; $p < 0,0001$), “equipe” ($\chi^2 = 51,96$; $p < 0,0001$), etc (ver Tabela 08, anexo G);
- CLASSE 5, cor lilás, com 37 segmentos de texto, representando cerca de 15,7% dos 235 segmentos classificados pelo Iramuteq, contendo 53 formas com 324 ocorrências, perfazendo uma média de 8,76 (324/37) ocorrências por segmento de texto na classe, tendo como formas com maior χ^2 : “uso_de_máscara” ($\chi^2 = 58,24$; $p < 0,0001$), “lavar_as_mãos” ($\chi^2 = 53,90$; $p < 0,0001$); “contaminação” ($\chi^2 = 38,83$; $p < 0,0001$); “continuar” ($\chi^2 = 37,74$; $p < 0,0001$), “proteger” ($\chi^2 = 36,36$; $p < 0,0001$); “lavar_alimentos” ($\chi^2 = 29,68$; $p < 0,0001$), etc (ver Tabela 09, anexo G);

Ao analisar os perfis propostos pelo Iramuteq, as formas e palavras com maior frequência (eff. St.), maior qui-quadrado (χ^2) e maior nível de confiança ($p < 0,05$), no sentido

de promover as inferências de interpretação para as respostas fornecidas pelos usuários, torna-se possível definir a categorização dos conteúdos conforme tabela abaixo:

Tabela 05: Categorização das Classes de Conteúdos das Entrevistas

Classes	Subcategorias	Categorias
Classe 01	Impacto das Informações sobre a COVID19	Educação em Saúde durante a Pandemia do Coronavírus
Classe 04	Atuação da Atenção Primária à Saúde	
Classe 05	Medidas Individuais do Enfrentamento ao Coronavírus	Estratégias de Enfrentamento ao Coronavírus
Classe 02	Dificuldades em Lidar com as Orientações Recebidas	
Classe 03	Orientações Recebidas pela Comunidade durante a Pandemia	

Fonte: Autoria própria, 2022.

6.2.2 Análise Fatorial de Correspondência

A Análise Fatorial de Correspondência realiza o cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Trata-se de uma representação gráfica dos dados para ajudar a visualização da proximidade entre classes ou palavras.

Os procedimentos executados nesta análise englobam o cálculo das frequências e os valores de correlação qui-quadrado de cada palavra do *corpus*, a partir da frequência pré-definida; e a execução da análise fatorial de correspondências (AFC) numa tabela de contingência que cruza as formas ativas e as variáveis.

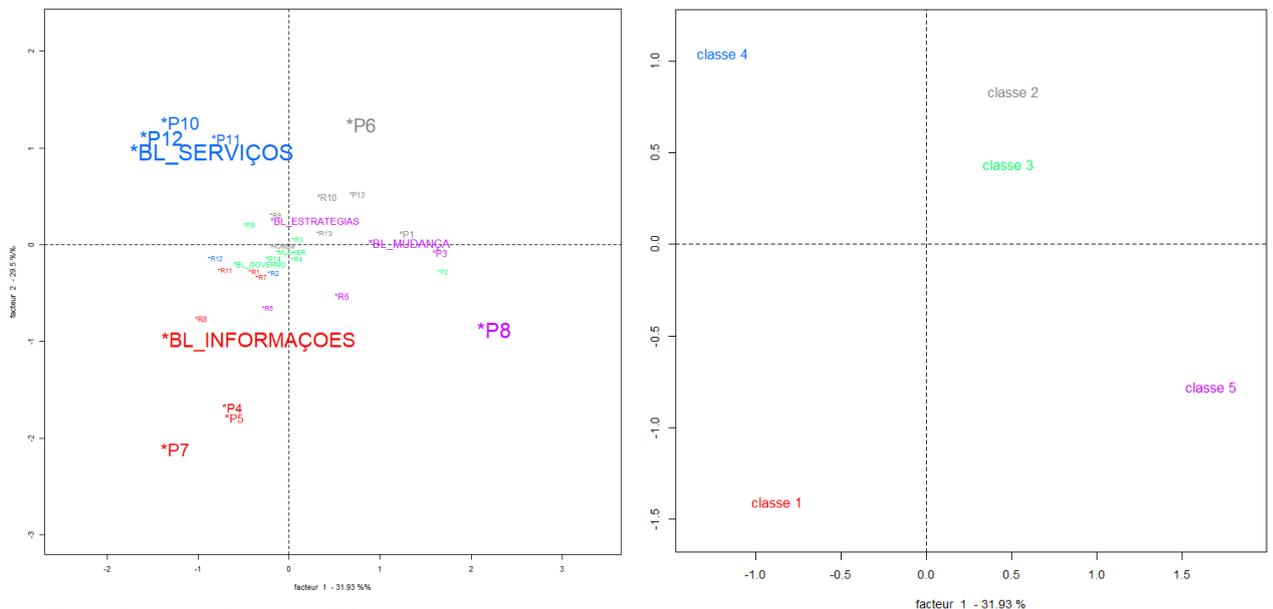
O Objetivo desta análise é identificar quais questões, ou bloco de questões, do roteiro do Anexo D conseguem ser respondidas ou inferidas a partir dos conteúdos categorizados nas classes, bem como identificar as formas (palavras) que serão submetidas a

análise de similitude para interpretação das respostas fornecidas pelos usuários do Centro de Saúde AMAR.

Conforme figura 5, verifica-se que, por meio análise fatorial correspondente, é possível estabelecer a correlação entre classes e variáveis definidas no *copus*, bem como identificar a força dessa correlação (na imagem o tamanho da letra da variável foi configurada para ser proporcional ao seu qui-quadrado dentro da classe, ou seja, quanto maior o qui-quadrado maior será o tamanho do nome da variável na ilustração).

Observa-se que as variáveis P10, P11, P12 e BL_Serviços, a saber questões 10, 11, 12 e questões relacionadas às ações dos serviços de saúde do anexo D, conseguem ser respondidas com bom nível de confiança ($p < 0,0001$) pelos conteúdos associados à classe 4 (Atuação da Atenção Primária à Saúde). Da mesma maneira, as questões 4, 5, 7 e aquelas relacionadas às informações recebidas do anexo D conseguem ser respondidas pelos conteúdos da classe 1. A questão 6 do mesmo anexo pode ser respondida pela associação de formas (palavras) da classe 2 com bom nível de confiança e, por fim, a questão 8, pelos conteúdos da classe 5. Tal conclusão pode ser confirmada pelo valor do chi2 e do percentual dessas variáveis nas tabelas 05 a 09 do anexo G.

Figura 05: Gráfico da Análise Fatorial Correspondente Variáveis e Classes, Iramuteq



Fonte: Software Iramuteq 7.2

Pondera-se pela impossibilidade de inferência de resposta as demais questões do roteiro do anexo D. Ocorre que a proximidade entre classes, perguntas ou blocos de perguntas, bem como sua baixa significância (χ^2) ou baixo nível de confiança ($p > 0,0001$) pode gerar uma falsa interpretação dos dados analisados pela ferramenta computacional.

6.2.3 Análise de Similitude

A Análise de Similitude baseia-se na teoria dos gráficos, sendo utilizada basicamente para descrever representações sociais (base de questionários de investigação). O objetivo desta análise é estudar a proximidade e a relação entre os elementos de um conjunto, suas formas apresentadas como “árvores de máxima” (número de ligações entre dois itens que se deslocam), procuram o menor número possível de ligações para chegar a um gráfico de conexões sem ciclo, Marchand e Ratinaud, (2011).

Essas ligações possibilitam a representação de uma árvore sem ciclo, árvore máxima ou árvore de coocorrências, criada pelas extremidades mais fortes do gráfico, obtendo-se a comparação de palavras semelhantes ou expressões de palavras que mais se repetem.

Conforme já verificado no item anterior, pode-se estabelecer relação, com bom nível de confiança, do conteúdo da classe 1, Impacto das Informações sobre a COVID-19, com as questões 4, 5, 7 do anexo D.

A questão 4 indagava sobre a credibilidade das informações recebidas durante a pandemia e solicitava a identificação da fonte desta informação. Verifica-se, pela figura 06, que “televisão” e “rádio” estão conectados a “acreditar” e “informação”, inferindo-se que essas eram as fontes de maior credibilidade dos entrevistados, vejamos as citações relacionadas a essas palavras:

eu acreditei nas informações que recebi durante a epidemia do coronavirus todas as informações que chegaram no whatsapp ou na televisão ou no rádio todas elas eu acreditei (Entrevistado 5);

não sabia como se prevenir os cuidados que tivemos foi os cuidados que foram ventilados pelos meios de comunicação televisão rádio. (Entrevistado 7);

olha pelo que eu acompanhei em televisão e no instagram, whatsapp é até rádio mesmo era bem divulgado as formas de prevenções eu acredito que deve ter tido também várias. (Entrevistado 3);

sim através da mídia da da televisão que se informou mais rápido. (Entrevistado 12).

Conforme já constatado pelos resultados da pesquisa quantitativa, a Televisão foi a fonte mais acessada (82,2%), com bom nível de confiança (31%) e ótimo nível de sentimento de informação (muito bem-informado ou bem-informado por 70% dos usuários). Verifica-se a convergência dos resultados em ambas as pesquisas.

A questão 5 do anexo D arguiu se as informações de prevenção contra o coronavírus foram suficientes e quais medidas eram as mais eficazes. Observa-se que as medidas preventivas foram categorizadas na classe 5, Medidas Individuais do Enfrentamento ao Coronavírus, sendo que as formas mais relevantes foram o “uso_de_máscara” e “lavar_as_mãos” (ver Tabela 09, anexo G).

Depreende-se da figura 6 que as palavras “informação”, “coronavírus”, “achar” e “suficiente” estão interrelacionadas, demonstrando que os entrevistados, em sua maioria, consideraram as informações suficientes, vejamos algumas citações:

eu acho que as informações foram suficientes para se prevenir do coronavírus a priori sim considerando que era um vírus e a tem pelo menos nós temos a noção de que vírus é algo que é transmitido de contato também no espirro. (Entrevistado 1);

eu acho que as informações foram suficientes para se prevenir do coronavirus eu acho que tiveram um excesso_de_informações as informações mais eficazes foram lavar_as_mãos e lavar_alimentos. (Entrevistado 2);

eu acho que as informações foram suficientes para se prevenir do coronavirus eu acho que foi bem útil as informações mais eficazes foram o uso_de_máscara e o álcool_em_gel. (Entrevistado 5);

eu acho que as informações foram suficientes para se prevenir do coronavirus apesar de ter muitas informações_falsas que assusta muita população, mas sim creio que sim as que foram divulgadas certinho sim eu acho que é mais mesmo hoje a higiene lavagem lavar_as_mãos direitinho. (Entrevistado 9).

Por fim, quanto às inferências possíveis advindas do conteúdo da classe 1, a questão 7 do anexo D buscou as informações que atrapalharam o combate do coronavírus. Percebe-se pela figura 6 que a palavra “informação” e “atrapalhar” estão conectadas a “combate” e “medicação”. Das citações advindas destas palavras percebe-se que a maioria dos entrevistados não relataram informações que houvessem atrapalhado o combate a pandemia, mas alguns citaram o uso de algumas medicações sem comprovação de eficácia, vejamos:

não existiram informações que atrapalharam no combate do coronavírus de forma nenhuma eu acho que todas as informações foram necessárias ainda que

existam contestações em relação a medicamentos que foi solicitado para uso. (Entrevistado 1);

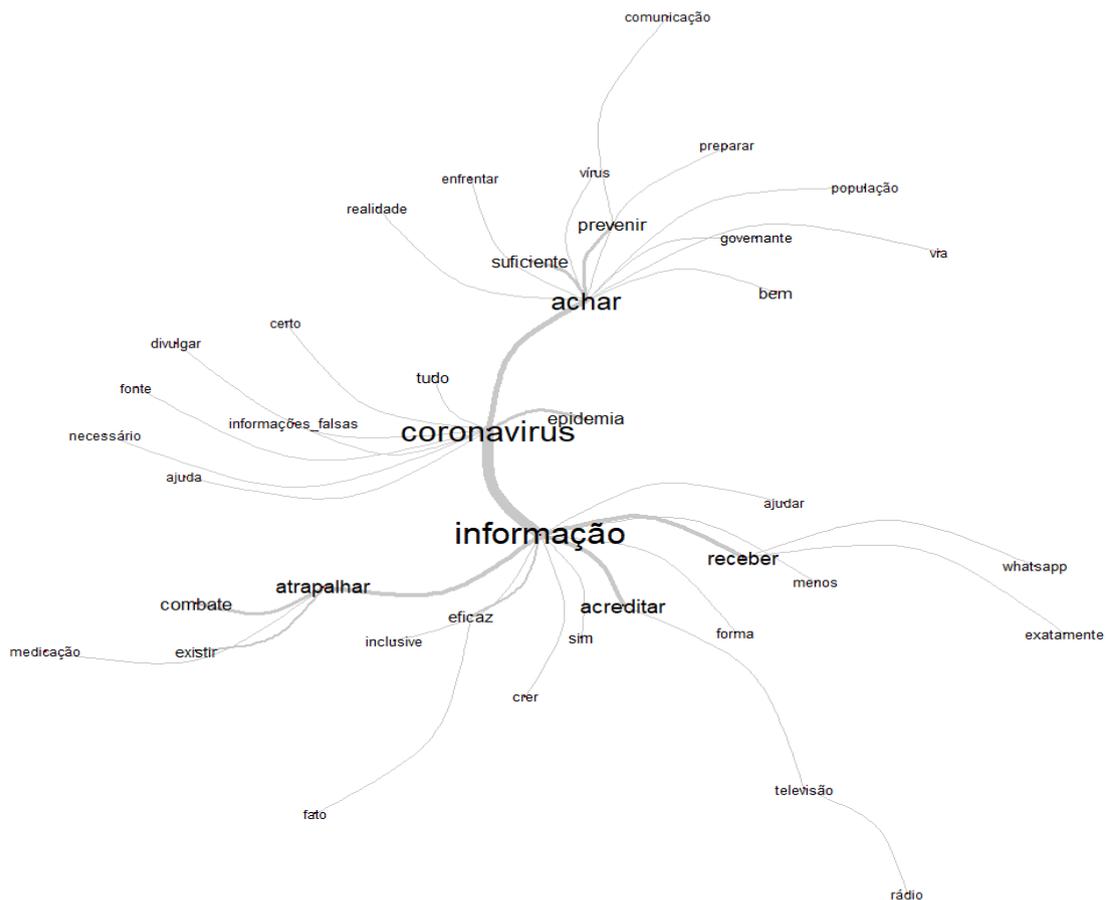
não existiram informações que atrapalharam no combate do coronavírus que eu me recorde não. (Entrevistado 2);

não existiram informações que atrapalharam no combate do coronavírus eu acredito que não. (Entrevistado 4);

eu acho que tiveram informações que atrapalharam no combate do coronavírus como as medicações sem efeito que sempre estava mudando e eu acho que isso atrapalha um pouco. (Entrevistado 6);

eu acho que tiveram informações que atrapalharam no combate do coronavírus no caso de algumas medicações alguns amigos nossos que foram e morreram justamente por conta de algumas medicações sem efeito que foram divulgadas para que eles utilizassem e que não surtiu efeito. (Entrevistado 7).

Figura 06: Árvore de Similitude da Classe 1, vermelha, Impacto das Informações sobre a COVID-19, Iramuteq



Fonte: Software Iramuteq 7.2.

Retomando o resultado da Análise Fatorial Correspondente (AFC), observou-se que os conteúdos categorizados na classe 2, Dificuldades em Lidar com as Orientações Recebidas, respondia com bom nível de confiança a questão 6 do anexo D.

A questão 6 buscava saber e entender a medida de combate ao coronavírus com maior dificuldade de execução. Conforme figura 07, observa-se que as formas “difícil”, “isolamento_social” e “orientação” possuem forte interconexão, inferindo-se que o isolamento social foi a medida preventiva e protetiva com maior dificuldade de execução, vejamos algumas citações da classe 2:

a orientação difícil de fazer foi o isolamento_social porque é muito difícil mudar rotina e eu tenho criança e ter que fazer com que aquilo afetasse menos a minha filha aí essa parte foi bem difícil. (Entrevistado 6);

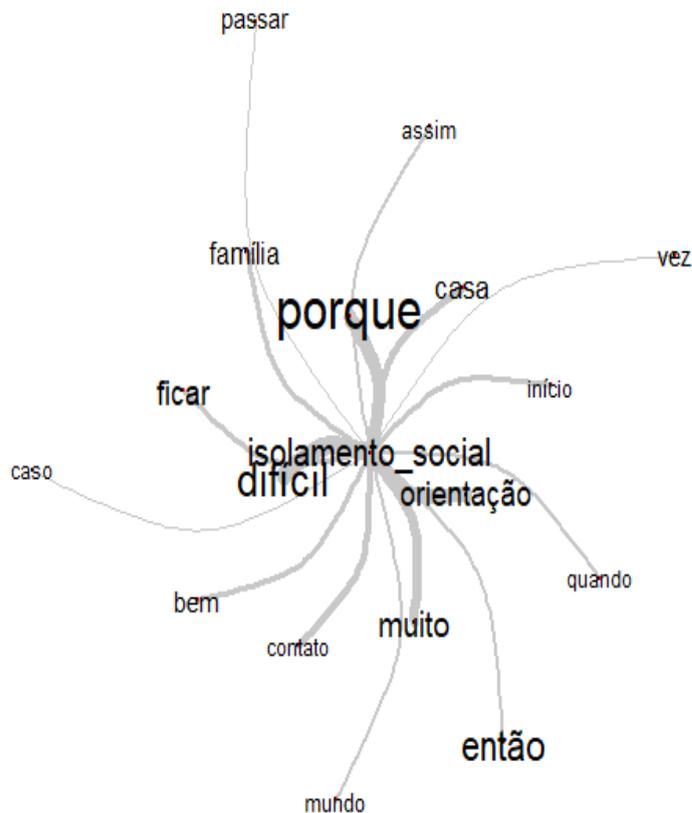
a orientação difícil de fazer foi o isolamento_social em casa porque é muito ruim ficar quieto sem poder ver ninguém ainda mais eu morava só eu moro só. (Entrevistado 9);

a orientação difícil de fazer foi o isolamento_social foi evitar o o contato com as pessoas que sempre a infelizmente quem anda de ônibus não é é a dificuldade que eu acho maior foi essa eu não tive esse problema mas a maioria do pessoal tiveram. (Entrevistado 11);

a orientação difícil de fazer foi o isolamento_social manter em casa porque perdemos o contato com as pessoas com os entes queridos da com os irmãos a não podia abraçar não podia nada. (Entrevistado 13).

Segundo 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.

Figura 07: Árvore de Similitude da Classe 2, cinza, Dificuldades em Lidar com as Orientações Recebidas, Iramuteq.



Fonte: Software Iramuteq 7.2

Em outro resultado apresentado pela Análise Fatorial Correspondente (AFC), verificou-se a aderência dos conteúdos da classe 4, denominada Atuação da Atenção Primária à Saúde, quanto sua capacidade em responder as questões 11 e 12 do anexo D.

A questão 11 buscou identificar qual serviço de saúde acompanhou as famílias durante a pandemia do coronavírus e a questão 12 indagou sobre o que a Unidade de Saúde da comunidade poderia ter feito para melhorar a prevenção.

Conforme se observa da figura 08, as formas “saúde”, “unidade” e “equipe” estão conectadas, mas desconectadas de “acompanhar”, deduzindo-se uma baixa atuação das equipes das unidades de saúde, vejamos algumas citações da classe 4:

não houve serviço de saúde que acompanhou minha família durante o coronavírus (Entrevistado 2);

não houve serviço de saúde que acompanhou minha família durante o coronavírus nunca passou nenhum na nossa residência (Entrevistado 4);

não houve serviço de saúde que acompanhou minha família durante o coronavirus graças a deus tivemos bem até hoje nós estamos bem graças a deus. (Entrevistado 11);

não houve serviço de saúde que acompanhou minha família durante o coronavirus (entrevistado 12).

A figura 08 revela ainda que as formas “visitas”, “visitas_domiciliares”, “teste”, “falar” e “vacina” derivam de “unidade”, inferindo as sugestões quanto a possíveis atuações das equipes de saúde na melhoria da prevenção da COVID-19, vejamos algumas citações da classe 4:

nós tínhamos que ir até lá estávamos em isolamento_social o ideal era que a equipe da unidade de saúde poderia ter realizado visitas ligar para eles fazerem visitas_domiciliares aí sim seria um momento de presença na minha opinião (Entrevistado 1);

então talvez eu não tenha visto e não tenha tido tanta ação mais ativa por conta do ser uma pandemia que era praticamente por conta de distanciamento então queria ser um contra ponto a equipe da unidade de saúde poderia ter realizado visitas_domiciliares. (Entrevistado 2);

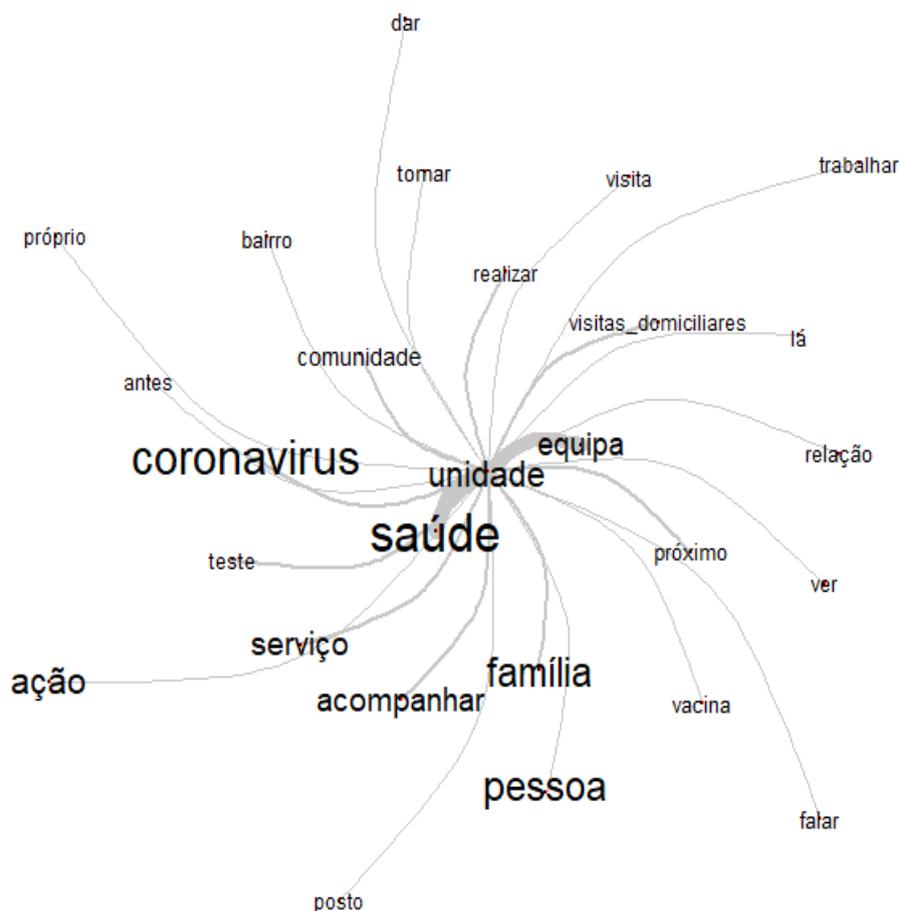
a equipe da unidade de saúde poderia ter falado em relação aos postos de vacina eu acredito que antes da pessoa se vacinar poderia fazer o teste primeiro antes de tomar porque muita não sente nada e pode estar contaminado vai lá você tá sentindo isso (Entrevistado 3);

a equipe da unidade de saúde poderia ter realizado campanhas mais eficazes embora não tenha ficado em nenhuma dessas instituições, mas eu não vi, não vi nada na comunidade de saúde, eu não vi particularmente acho que poderia ter mais campanha, mais informação (Entrevistado 6);

então eu acho que se foi mal atendido foi devindo não tá preparado para isso a equipe da unidade de saúde poderia ter se preparado melhor (Entrevistado 13).

Para 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 contenção viral.

Figura 08: Árvore de Similitude da Classe 4, azul, Atuação da Atenção Primária à Saúde, Iramuteq



Fonte: Software Iramuteq 7.2

Por fim, como última análise possível de ser realizada com bom nível de confiança, segundo estudo da AFC, trata-se da solução da questão 8 do anexo D pelo conteúdo da classe 5, nominada como Medidas Individuais do Enfrentamento ao Coronavírus.

A questão 8 indagou quanto as ações que as famílias fizeram para se proteger da contaminação do coronavírus. Por meio da figura 9 é possível verificar a interconexão das formas “proteger” e “contaminação” com “uso_de_máscara”, “lavar_as_mãos”, “isolamento_social”, “álcool”, “evitar” e “aglomeração”, sendo que com as duas primeiras essa ligação lexical é mais forte. Assim, evidencia-se que as medidas preventivas mais utilizadas pelos usuários foi o uso de máscara e a higienização das mãos, vejamos algumas citações da classe 5:

estamos nos protegendo da contaminação pelo coronavírus com uso_de_máscara e álcool em gel a lavar_as_mãos (Entrevistado 2);

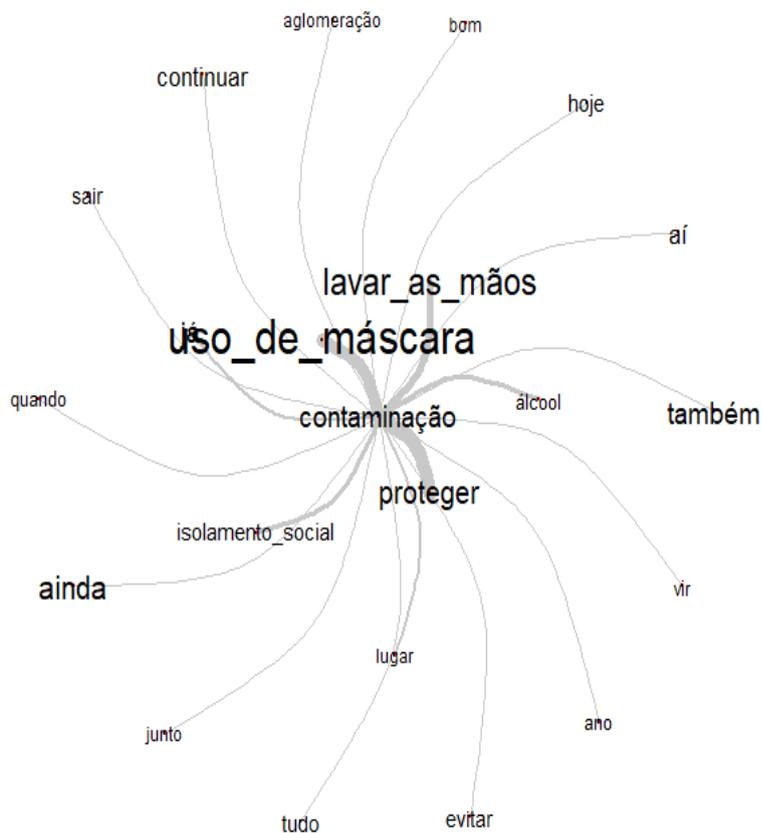
para nós protegendo da contaminação pelo coronavírus a comunidade em alguns comércios implementaram avisos de proibido a entrada o uso_de_máscara quando permitido entrar alguns atendem só de uma janelinha (Entrevistado 3);

estamos nos protegendo da contaminação pelo coronavírus com uso_de_máscara álcool em gel a lavar_as_mãos porque não só eu trabalho na saúde como também a minha outra irmã temos um primo também que todos moramos juntos e aí a já faz isso (Entrevistado 7);

estamos nos protegendo da contaminação pelo coronavírus com lavar_as_mãos e uso_de_máscara até hoje em todos os lugares que vamos. Nós tomamos vacinação e procuramos nos certificar de informações verdadeiras informações de fontes corretas (Entrevistado 8);

estamos nos protegendo da contaminação pelo coronavírus com uso_de_máscara álcool em gel a lavar_as_mãos isolamento_social tudo isso fazíamos (Entrevistado 10).

Figura 09: Árvore de Similitude da Classe 5, lilás, Medidas Individuais do Enfrentamento ao Coronavírus, Iramuteq



Fonte: Software Iramuteq 7.2

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.

7 CONCLUSÃO

Conclui-se que a gravidade da pandemia do Coronavírus foi reconhecida e entendida significativamente pelos entrevistados. A pesquisa revela que a Televisão foi a fonte mais acessada, com bom nível de confiança e ótimo nível de sentimento de informação. E que embora os profissionais de saúde tenham sido acessados por uma minoria dos entrevistados, não houve impacto negativo para os bons níveis de confiança e ótimo nível de sentimento de informação que despertou na população. Observa-se ainda o grau de importância e credibilidade dado ao isolamento social, contudo o perfil de baixa renda das famílias impediu a adoção integral desta medida, devido à necessidade contínua de sair para trabalhar. Infere-se, portanto, que estudos sobre percepções e práticas, em um período pandêmico, possibilitam conhecer melhor a experiência vivida de forma única e singular de cada sujeito, com intuito de planejar ações educativas e informativas para a população, reduzindo conseqüentemente seus possíveis impactos.

REFERÊNCIAS

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

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

BARROS-DELBEN, P. et al. Saúde mental em situação de emergência: Covid-19. Manuscrito submetido para publicação.

BELASCO AGS, Fonseca CD. Coronavirus 2020. **Rev Bras Enferm.** 2020[citado em 2020 abr. 11];73(2):e2020n2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020730201>. Acesso em: 02 de maio 2021.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. TD 0996 - O Sistema Classificatório de Cor ou Raça do IBGE. 2003. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4212. Acesso em: 21 de jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Coronavírus (COVID-19): o que você precisa saber. 2020[citado em 2020 abr. 11]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/> Acesso em: 01 de jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2021. Painel Coronavírus. <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 01 de jun. 2021.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. COVID 19 no Brasil, 2021. Página Inicial. Disponível em <https://qsprod.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html>. Acesso em 21 jun. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde – polos de Educação Permanente em Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Taxa de analfabetismo – Maranhão, 2021. Página Inicial. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206&id=7276981>>. Acesso em 21 jun. de 2021.

CHAN, J. F. et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person- to-person transmission: a study of a family cluster. **Lancet**, 395, 514-523. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986261/>. 10.1016 / S0140-6736 (20) 30154-9. Acesso em 29 de abril de 2021.

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

CUI J, Li F, Shi ZL. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nat Rev Microbiol** 2019; 17: 181-92. doi: 10.1038/s41579-018-0118-9.

DENZIN, NK; LINCOL, YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

EL-AZIZ, T. M. A.; STOCKAND, J. D. Recent progress and challenges in drug development against COVID-19 coronavirus (SARS-CoV-2) - an update on the status. *Infect Genet Evol*, 83, 104327. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32320825/>. D10.1016 / j. meegid..2020.104327. Acesso em 04 de maio de 2021.

ELLNER, Andrew L.; PHILLIPS, Russell S. The coming primary care revolution. **Journal of General Internal Medicine**, v. 32, n. 4, p. 380-386, 2017. DOI: 10.1007/s11606-016-3944-3.

FERREIRA L, Barbosa JSA, Espostiz CDD, Cruz MM. Educação Permanente em Saúde na Atenção Primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*. 2019;43(120); 223-39. [acesso em 2020 abril 16] Disponível em https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&-pid=S0103-11042019000100223. Acesso em 07 de maio de 2021.

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.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; MAGDALENO, Ronis Junior. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. *Psicol Estudo* [Internet]. 2012 [cited 2016 Oct 30];17(1):1763-71. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287123554008>

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

GILMORE, Brynne *et al.* Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. **BMJ Global Health**, v. 5, n. 10, p. 3.188, 2020. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003188.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* A contribuição da atenção primária à saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. 2020.

GIOVANELLA, Ligia *et al.* Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, e00310142, 2021. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00310.

GOULART, Letícia Silveira; GRAÇA, Bianca Carvalho da; RODRIGUES, Vanessa Crisitns Ribeiro; GASQUE, Kellen Cristin 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.

HAINES, Andy *et al.* National UK programme of community health workers for COVID-19 response. **The Lancet**, London, England, v. 395, n. 10.231, p. 1.173-1.175, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30735-2.

HUA J, Shaw R. Corona Virus (COVID-19) “Infodemic” and Emerging Issues through a Data Lens: the case of China. **Int J Environ Res Public Health**. 2020[citado em 2020 abr. 11];17(7):2309. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17072309>. Acesso em 30 de maio de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional de saúde 2021. Página inicial. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/ma/sao-luis.html>. Acesso em 05 de junho de 2021.

KANDEL, N. et al. Health security capacities in the context of COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data from 182 countries. **The Lancet**, 395(10229),1047-1053. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30553-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30553-5). Acesso em 20 de maio de 2021.

KHULLAR D, Bond AM, Schpero WL. COVID-19 and the Financial Health of US Hospitals. **JAMA**. 2020[citado em 2020 jun. 30];323(21):2127-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.6269>

LAI J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. **JAMA New Open**. 2020[citado em 2020 abr. 20];3(3)e203976. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>

LEANDRO-FRANÇA C, Murta SG. Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. **Psicol Ciênc Prof**. 2014[citado em 2020 abr. 20];34(2):318-29. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001152013>

LI H, Liu SM, Yu XH, et al. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): current status and future perspectives. **IntJAntimicrobAgents**. 2020;20:105951. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijantimicag.2020.105951>

MANUAL DO IRAMUTEQ. Página inicial. Disponível em: < <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/manual-do-aplicativo-iramuteq-par-maria-elisabeth-salviati> >. Acesso em 20 de abril de 2022.

MARCHAND, P e RATINAUD, P. L’analyse de similitude appliqué aux corpus textuels: les primaries socialistes pour l’élection présidentielle français. **Universidae de Toulouse, França** 2011. Disponível em <http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Marchand,%20Pascal%20et%20al.%20L'analyse%20de%20similitude%20appliquee%20aux%20corpus%20textuels.pdf>, acesso em 23/07/2015.

MASSARANI, Luísa; MENDES, Ione Maria; FAGUNDES, Vanessa; POLINO, Carmelo; CASTELFRANCHI, Yuri; 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.

MEDINA, Maria G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, e00149720, 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00149720.

MELO, Eduardo A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. especial 1, p. 38-51, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018s103.

MENDENHALL, Emily. The COVID-19 syndemic is not global: context matters. **The Lancet**, London, v. 396, n. 10264, p. 1731, 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32218-2.

MENDES EV. As redes de atenção à saúde Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. Acesso em 2020 maio 02] Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf.

MILLER, Nathan P. *et al.* Community health workers during the Ebola outbreak in Guinea, Liberia, and Sierra Leone. **Journal of Global Health**, v. 8, n. 2, p. 1-18, 2018. DOI: 10.7189/jogh-08-020601.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), 621-626. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)** [Internet]. 2020 [cited 2020 Jul 10]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875 » https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Covid-19: OMS divulga guia com cuidados para saúde mental durante pandemia**. Nova Iorque: ONU; 2020[citado em 2020 abr. 20]. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2020/03/1707792>

PAIM JS. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. **Abrasco**. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro: Abrasco; 1982. p. 4-19.

PIRES, Luiza N.; CARVALHO, Laura B.; RAWET, Eduardo L. Multidimensional Inequality and COVID-19 in Brazil. **Investigación Económica**, v. 80, n. 315, p. 33-58, 2020. DOI: 10.22201/fe.01851667p.2021.315.77390.

RAHMAN, Rahbel; ROSS, Abigail; PINTO, Rogério. The critical importance of community health workers as first responders to COVID-19 in the USA. **Health Promotion International**, p. 1-10, 2021. DOI: 10.1093/heapro/daab008.

RIOS, Amora Ferreira Menezes et al. Atenção Primária à saúde frente à Covid-19 em um centro de saúde. *Enferm. foco (Brasília)*. [Internet], v. 11, n. 1, p. 246-51, 2020.

SILVA, Carlos Roberto Lyra. O Conceito de Conforto na Perspectiva de Clientes e de Enfermeiras em Unidades de Internação Hospitalar - Rio de Janeiro: UFRJ. EEAN, 2008. xi, 185p. Teses (Doutorado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery, 2008.

SILVA, M. F. G. Uma história sobre pandemia (Covid-19), isolamento e fundamentos microeconômicos de políticas públicas. **Cadernos Gestão Pública e Cidadania**, 25(80). <https://doi.org/10.12660/cgpc.v25n80.81290>

SOARES, Karla Hellen Dias; OLIVEIRA, 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

SOHRABI, C. et al. World Health Organization declares global emergency: A review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). **International Journal of Surgery**. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.02.034> Acesso em 11 de maio de 2021.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. Contribution of primary care to health systems and health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV): strategic preparedness and response plan. Genebra: WHO; 2020[citado em 2020 abr. 11]. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf> Acesso em 01 de junho de 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Weekly epidemiologica update - 16 February 2021. COVID-19 Weekly Epidemiological Update. Genebra: WHO; 2021[citado em 2021 fev. 23]. Disponível em: [-epidemiological-update---16-february-2021](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/srp-04022020.pdf) Acesso em 31 de maio de 2021.

WuD, WuT, LiuQ, YangZ. The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. **Int J Infect Dis**. 2020;94:44-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.004>

YGNATIOS, Nair Tavares Milhem; ANDRADE, Fabíola Bof de Andrade; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; TORRES, Juliana Lustosa. Predisposição a formas graves de COVI-19 e adesão às medidas de prevenção: o papel do apoio social. **Ciência e Saúde Coletiva**. DOI: 10.1590/1413-81232021265.00822021

ZHU N, Zhang D, Wang W, Xingwang Li, Yang B, Song J, et al. A novel Coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. **N Eng J Med** 2020; 1-7. doi: 10.1056/NEJMoa2001017

ANEXO A - LISTA DE MUNICÍPIOS DA AMOSTRA DA PESQUISA

SUDESTE		SUL	
Serra- ES	Joinville- SC		
Angra- RJ	Maringá- SC		
Niterói/RJ	Colombo- PR		
Belo Horizonte- MG	Curitiba- PR		
Matias Barbosa- MG	Piraquara- PR		
Leopoldina- MG	Ponta Grossa- PR		
Juiz de Fora - MG	Toledo- PR		
Ouro Preto- MG	Corbélia- PR		
Mariana- MG	São José dos Pinhais- PR		
Carmo do Paranaíba- MG	Estrela- RS		
Patos de Minas- MG	Santa Maria- RS		
Serra do Salitre- MG	Caxias do Sul- RS		
Lagamar- MG	Marau- RS		
São Gotardo- MG	Canoas- RS		
Varjão de Minas- MG	Novo Hamburgo- RS		
Lagoa Formosa- MG	Porto Alegre- RS		
Lagoa Grande- MG	Venâncio Aires- RS		
São Gonçalo do Abaeté- MG	Paraíso do Sul- RS		
Araguari- MG	Novo Hamburgo- RS		
Bauru-SP	Lajeado- RS		
Bocaina-SP			
Botucatu- SP			
Diadema- SP			
Eldorado- SP			
Fernandópolis- SP			
Suzano- SP			

NORTE		CENTRO OESTE	
Parintins- AM	Cabeceiras-GO		
Irlanduba- AM	Distrito Federal-DF		
Manaus- AM	Rondonópolis-MT		
Presidente Figueiredo-AM	Alto Garças- MT		
Itacoatiara- AM	Bela Vista- MS		
Ananindeua- PA			
Belém- PA			
Cacoal- RO			
Porto Velho- RO			
Porto Nacional- TO			
Palmas- TO			
Gurupi- TO			
Araguaína- TO			

NORDESTE	
Arapiraca- AL	Campina Grande- PB
Atalaia- AL	Bayeux- PB
Feira Grande- AL	Araçagi- PB
Maceió- AL	Barra de Santana- PB
Itabuna- BA	Alhandra- PB
Eunápolis- BA	Aroeiras- PB
Porto Seguro- BA	Condado- PE
Barbalha- CE	Petrolina- PE
Itapiúna- CE	Moreno- PE
Baturité- CE	Batalha- PI
Fortaleza- CE	Canto do Buriti- PI
São Gonçalo do Amarante- CE	Pimenteiras- PI
São Luís- MA	Teresina- PI
Imperatriz- MA	Parnaíba- PI
São José de Ribamar-MA	Nísia Floresta- RN
Rosário – MA	Simão Dias- SE
Zé Doca – MA	Neópolis- SE
João Pessoa- PB	

ANEXO B - QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS (1ª ETAPA)



Prevenção e controle do COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde

1ª FASE

QUESTIONÁRIO PARA USUÁRIOS

Objetivo Geral: 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 do COVID-19.

Objetivos específicos:

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

➤ **Data da entrevista:**

➤ **Entrevistador(a):**

I – Perfil do entrevistado

Código ID:

Município:

Estado:

Bairro/área/comunidade:

Equipe de APS de referência:

Unidade Básica de Saúde/Unidade de Saúde da Família:

I - Características sociodemográficas:

1- Data de Nascimento: _____

2- Gênero:

Masculino Feminino Travesti Homem transexual

Mulher transexual Intersexo Cisgênero Não binário

Não sei responder Prefiro não responder Outro:

3- Cor autodeclarada:

- Branca Parda Preta
 Indígena Amarela Outra:

4- Estado Civil:

- Solteiro Casado Divorciado
 Viúvo vive junto

5- Nível Educacional:

- Sem escolaridade Fundamental incompleto Fundamental
 Médio incompleto Médio Superior incompleto
 Superior Pós-graduação

6- Ocupação:

- Desempregado Empregado formal/assalariado Profissional liberal
 Estudante Aposentado Dona de casa
 Empresário/microempreendedor Outro:

7- Rendimento mensal do lar (em salários mínimos contando todos os moradores):

- Até 1 SM - R\$1.045,00 Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00
 Até 3 – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00 até 4 – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00
 + que 4 SM – R\$4.180,00 ou mais

8- Recebe benefício social:

- Sim Não
Se sim, qual?
 Benefício de Prestação Continuada Aposentadoria Bolsa Família
 Bolsa defeso Outro:

9- Plano de saúde:

- Sim Não

10- Quantas pessoas moram com você? _____

11- Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? _____ (cômodo inclui: quartos e sala)

12- Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar?

13 – Infraestrutura do domicílio:

- 13.1 Acesso à água: água encanada poço artesiano reservatório outro
 13.2 Esgoto: Esgotamento sanitário fossa séptica Outro _____

II - Comunicação e Informação sobre o CORONAVÍRUS

2.1 Quais as informações que o Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS?

(admita mais de uma resposta)

- isolamento social total

- lavagem frequente das mãos
- uso de álcool gel
- isolamento parcial
- uso de máscara para quando tenho que sair de casa
- outro: Qual: _____

2.2- Como o Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)

- Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)
- Rede sociais com uso de internet: WhatsApp () Facebook () Instagram ()
- Meios de comunicação: Televisão () Jornais na TV e/ou na internet () Rádio ()
- Comunidade : igreja () Amigos/vizinhos/parentes da comunidade ()
- Governantes (prefeito, governador, presidente)
- Outros: _____

2.3- Dessas fontes citadas (o entrevistador repete as indicadas pelo entrevistado) quais delas confia mais? (admite mais de uma resposta)

- Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)
- Rede sociais com uso de internet: WhatsApp () Facebook () Instagram ()
- Meios de comunicação: Televisão () Jornais na TV e/ou na internet () Rádio ()
- Comunidade : igreja () Amigos/vizinhos/parentes da comunidade ()
- Governantes (prefeito, governador, presidente)
- Outros: _____

2.4- O Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS pelos meios de comunicação:

Likert (5): [] muito bem informado [] bem informado [] razoavelmente informado [] mal informado [] sem informação

2.5- O Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS pela sua comunidade:

Likert (5): [] muito bem informado [] bem informado [] razoavelmente informado [] mal informado [] sem informação

2.6 – O Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram)?

Likert (5): [] muito bem informado [] bem informado [] razoavelmente informado [] mal informado [] sem informação

2.7 - O Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS pelos profissionais de saúde do seu território?

Likert (5): [] muito bem informado [] bem informado [] razoavelmente informado [] mal informado [] sem informação

III - Medidas de prevenção e controle do CORONAVÍRUS

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

Likert (5): [] Muito confiante [] bem confiante [] razoavelmente confiante [] pouco confiante [] nada confiante

3.2- Qual a possibilidade do senhor ou sua família serem contaminados pelo CORONAVÍRUS?

Likert (5): [] Muito alta [] Alta [] razoavelmente alta [] baixa [] muito baixa

3.3- Na sua opinião , a doença provocada pelo CORONAVÍRUS é:

Likert (5): [] Muito grave [] grave [] razoavelmente grave [] pouco grave [] não é grave

3.4- Na sua opinião para prevenir o CORONAVÍRUS, o isolamento e distanciamento entre as pessoas é :

Likert (5): [] Muito importante [] Importante [] razoavelmente importante [] pouco importante [] nada importante

3.5- A equipe da Unidade de Saúde realizou alguma atividade voltada para a prevenção do CORONAVÍRUS?

Sim () Não () Não sei ()

3.6- Qual(is) profissional(is) da Unidade de Saúde estiveram envolvidos nas ações de prevenção e cuidado do CORONAVÍRUS (*admite mais de uma resposta*):

() médico

() enfermeiro

() dentista

() ACS

() técnico enfermagem

() outros profissionais : Qual: _____

3.7- Quais as seguintes ações Sr(a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS? (*admite mais de uma resposta*)

() isolamento social total

() isolamento parcial() lavagem frequente das mãos

() uso de álcool gel

uso de máscara para quando tenho que sair de casa

outro: Qual: _____

3.8- Qual as seguintes ações acima o 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: Qual: _____

3.9- Durante epidemia do CORONAVÍRUS o Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio?

Sim

Não

4.0- Qual o tipo de auxílio o Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo? (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

outros

4.1- Outras doenças na família? (admita mais de uma resposta)

Diabetes

Hipertensão

Problemas Cardíacos

asma

câncer

HIV

Outra, especificar: _____

ANEXO C - 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 a responsabilidade dos pesquisadores Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia e José Ivo 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 também questões sobre dados socioeconômicos e familiares. O tempo estimado para responder o questionário é de 15 minutos. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar estes riscos o questionário pode ser respondido de modo privado e no momento e local de sua preferência. Um outro risco a que você está exposto(a) é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, 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 decorrente 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 o 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 maior 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 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 retida 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 seu 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)

CONTATOS: Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com:

- 1- Coordenador da Pesquisa: Márcio Moysés de Oliveira, Departamento de Morfologia, Universidade Federal do Maranhão, Cidade Universitária – Bacanga – Prédio de Anatomia, Av. dos Portugueses nº 1966 – São Luís – MA – CEP: 65080-805, Fone: (98) 3272-8521, Site: www.ufma.br, E-mail: marcio.moyses@ufma.br. Horário de atendimento do pesquisador responsável: De segunda a sexta-feira. Manhã: 08h às 12h. Tarde: 14h às 17h.
- 2- Comitê de Ética do HU-UFMA, localizado na Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar, Centro, São Luís-MA – CEP: 65.020-070, Fone: (98) (98) 2109-1250, E-mail: cep@huufma.br. Horário de atendimento do Comitê de Ética: De segunda a sexta-feira. Manhã: 08h às 12h. Tarde: 14h às 17h.

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos - CEP do Hospital Universitário da UFMA é um grupo não remunerado formado por diferentes profissionais e membros da sociedade que avaliam um estudo para julgar se ele é ético e garantir a proteção dos participantes, ou seja, é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde. O comitê tem como objetivos: Receber e analisar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, grupos sociais, étnicos ou raciais, produtos transgênicos, implicações ambientais e tecnológicas, em células e tecidos biológicos humanos e emitir pareceres no prazo máximo de 30 (trinta) dias; Expedir instruções e normas técnicas para orientar os pesquisadores sobre aspectos éticos; Garantir a manutenção dos aspectos éticos da pesquisa; Manter comunicação regular e permanente com a CONEP e, nos casos determinados pela legislação em vigor ou a critério do CEP, encaminhar projetos e protocolos de pesquisa para sua apreciação; Zelar pela estrita observância do conteúdo normativo da legislação referente à ética na pesquisa envolvendo seres humanos; Tratar como confidencial a distribuição de projetos aos relatores que apresentarão seu parecer consubstanciado especificamente ao comitê.

ANEXO D - ROTEIRO DA ENTREVISTA DIALOGADA (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) Na sua opinião, o que os governantes deveriam fazer para enfrentar a pandemia do **CORONAVÍRUS**?

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA



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**

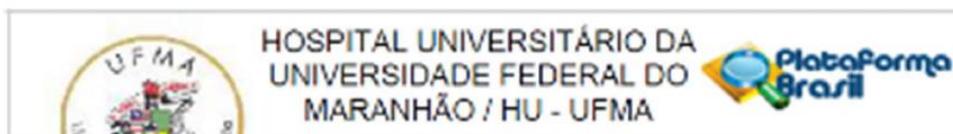
São Luís - MA, 30/03/2021.

Daniel Lago Borges
Superintendente de Educação
em Saúde SEMUS

Superintendência de Educação em Saúde/SEMUS

ANEXO F – 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 da Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 4337/021.0.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

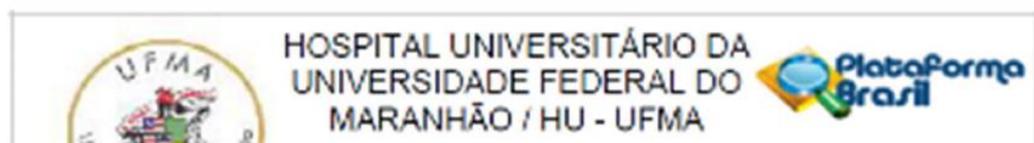
Número do Parecer: 4.562.047

Apresentação do Projeto:

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

A pesquisa intitulada "Estudo de prevenção e controle da COVID-19: percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde no Estado do Maranhão" é um projeto de pesquisa elaborado pela Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE/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 do Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.014-070
 UF: MA Município: SÃO LUIS
 Telefone: (55)2102-1250 E-mail: cep@ufma.br



Continuação do Projeto: 4.022.047

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

as demais Instituições de Ensino e Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSE) 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.

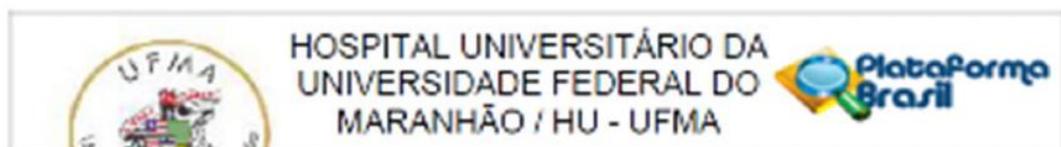
Hipótese:

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 Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO
 UF: MA Município: SÃO LUÍS
 Telefone: (66)2109-1210
 CEP: 65.020-070
 E-mail: oco@hufma.br



Contratado de Pesquisa: 4.562.047

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

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

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

SEGUNDA ETAPA: como já foi informado, os(as) pesquisadores(as) responsáveis pela coleta dos dados primários são os mestrandos e mestrandas do PRO-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).

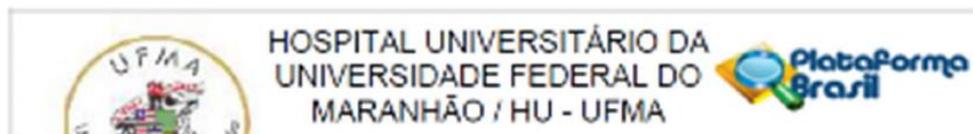
Critério de Inclusão:

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

Critério de Exclusão:

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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)2109-1292	E-mail: ccs@huufma.br



Contribuição do Pesquisador: 4.562,00

Metodologia de Análise de Dados:

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

Desfecho Primário:

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

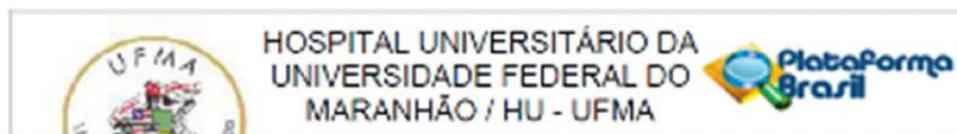
Objetivo Secundário:

- Dimensionar o universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias;
- Identificar as estratégias utilizadas pela população adstrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco para a prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientam;
- Conhecer o grau de credibilidade que a população adstrita às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e/ou grupos de maior vulnerabilidade e risco atribuem às informações de prevenção e controle da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109-1290 E-mail: oop@ufma.br



Continuação do Protocolo nº 502/047

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

Benefícios:

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

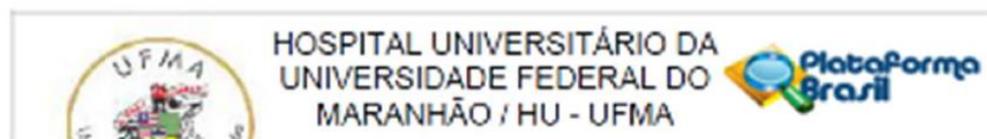
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa elaborado pela Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE/UFMA sobre COVID-19 que busca compreender os significados de prevenção e informações sobre a COVID-19 na dinâmica das vidas das pessoas em seus territórios. O projeto é um recorte da pesquisa multicêntrica, de abrangência nacional, com abordagem quanti qualitativa, transversal, envolvendo a Universidade Federal do Maranhão (UFMA) e demais instituições de Ensino e Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/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 3º 3.3).

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.005-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SÃO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cap@ufma.br



Continuação do Parecer: 4.562.067

Recomendações:

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

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

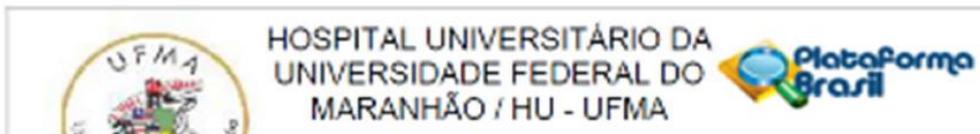
O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1708182.pdf	25/02/2021 16:20:20		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CARTARESPONSA.pdf	25/02/2021 16:27:10	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
TCI F / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCI F.pdf	25/02/2021 16:08:16	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRegionalPROFSAUDEUFMA.pdf	25/02/2021 16:09:35	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoRegionalPROFSAUDEUFMAword.docx	25/02/2021 16:06:19	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Outros	Declaração de Responsabilidade Financeira.pdf	21/02/2021 12:55:30	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORÇAMENTO.pdf	21/02/2021 12:55:10	Marcio Moyses de Oliveira	Aceito
Declaração de	Termo de Anuência Pesquisadores.pdf	21/02/2021	Marcio Moyses de	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
 Bairro: CENTRO CEP: 65.020-070
 UF: MA Município: SAO LUIS
 Telefone: (98)2109 1230 E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 4.582.247

Pesquisadores	TermodeAnuenciaPesquisadores.pdf	12:54:18	Oliveira	Acerto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaZelOUA.pdf	21/02/2021 12:54:32	Marcio Moyses de Oliveira	Acerto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaSJBamar.pdf	21/02/2021 12:54:19	Marcio Moyses de Oliveira	Acerto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaSaoLuis.jpeg	21/02/2021 12:54:07	Marcio Moyses de Oliveira	Acerto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaRosario.jpeg	21/02/2021 12:53:55	Marcio Moyses de Oliveira	Acerto
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termodeanuenciaImperatriz.pdf	21/02/2021 12:53:39	Marcio Moyses de Oliveira	Acerto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	21/02/2021 12:53:24	Marcio Moyses de Oliveira	Acerto
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	21/02/2021 12:52:42	Marcio Moyses de Oliveira	Acerto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAC LUIS, 28 de Fevereiro de 2021

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

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO CEP: 65.030-070
UF: MA Município: SAC LUIS
Telefone: (98)2109-1290 E-mail: cep@ufma.br

Página 01 de 01

ANEXO G – PER3FIS DA CLASSIFICAÇÃO HIERÁRQUICA DESCENDENTE

Tabela 06: Perfil da Classe 01, cor vermelha, Impacto das Informações sobre a COVID-19.

N.	eff. St	eff. Total	Percentual	chi2	Forma	p
1	44	54	81.48	101.50	informação	7,14E-18
2	15	15	100.00	41.91	atrapalhar	9,58E-05
3	13	13	100.00	35.99	combate	1,98E-03
4	19	24	79.17	35.44	acreditar	2,63E-03
5	41	80	51.25	33.73	coronavirus	6,32E-03
6	13	14	92.86	31.63	epidemia	1,87E-02
7	12	13	92.31	28.74	suficiente	8,26E-02
8	31	56	55.36	28.19	achar	1,10E-01
9	14	17	82.35	27.40	prevenir	1,66E-01
10	16	21	76.19	27.14	receber	1,89E-01
11	10	14	71.43	14.25	eficaz	1,60E+02
12	7	9	77.78	11.75	existir	6,09E+02
13	4	4	100.00	10.64	vírus	1,11E+03
14	4	4	100.00	10.64	televisão	1,11E+03
15	4	4	100.00	10.64	whatsapp	1,11E+03
16	4	4	100.00	10.64	informações_falsas	1,11E+03
17	4	4	100.00	10.64	crer	1,11E+03
18	3	3	100.00	7.95	medicação	4,82E+03
19	3	3	100.00	7.95	rádio	4,82E+03
20	3	3	100.00	7.95	comunicação	4,82E+03
21	6	9	66.67	7.12	sim	7,64E+03
22	4	5	80.00	6.99	inclusive	8,18E+03
23	4	5	80.00	6.99	exatamente	8,18E+03
24	4	5	80.00	6.99	divulgar	8,18E+03
25	5	7	71.43	6.91	realidade	8,58E+03
26	5	7	71.43	6.91	forma	8,58E+03
27	5	7	71.43	6.91	menos	8,58E+03
28	4	6	66.67	4.68	governante	3,05E+04
29	3	4	75.00	4.56	população	3,28E+04
30	3	5	60.00	2.67	ajudar	1,02E+05
31	3	5	60.00	2.67	enfrentar	1,02E+05
32	2	3	66.67	2.31	certo	1,28E+05
33	2	3	66.67	2.31	preparar	1,28E+05
34	2	3	66.67	2.31	necessário	1,28E+05
35	2	3	66.67	2.31	fato	1,28E+05
36	2	3	66.67	2.31	ajuda	1,28E+05
37	2	3	66.67	2.31	via	1,28E+05
38	2	3	66.67	2.31	fonte	1,28E+05
39	8	19	42.11	2.16	tudo	1,42E+05
40	10	25	40.00	2.13	bem	1,45E+05
41	50	111	45.05	31.78	eu	1,73E-02
42	60	181	33.15	11.86	que	5,72E+02
43	7	10	70.00	9.36	dever	2,22E+03
44	6	10	60.00	5.46	alguma	1,95E+04
45	13	29	44.83	4.87	durante	2,73E+04
46	3	4	75.00	4.56	vário	3,28E+04
47	22	58	37.93	4.06	se	4,39E+04
48	42	73	57.53	47.23	*BL_INFORMAÇÕES	6,30E-06
49	15	16	93.75	37.48	*P7	9,24E-04
50	14	19	73.68	21.88	*P4	2,90E+00
51	13	18	72.22	19.35	*P5	1,09E+01
52	8	15	53.33	5.28	*R8	2,16E+04
53	12	31	38.71	2.18	*BL_GOVERNO	1,40E+05
54	12	31	38.71	2.18	*P14	1,40E+05

Fonte: Software Iramuteq 7.2

Tabela 07: Perfil da Classe 02, cor cinza, Dificuldades em Lidar com as Orientações Recebidas

N.	eff. St	eff. Total	Percentual	chi2	Forma	p
1	19	25	76.00	47.12	difícil	6,68E-06
2	12	15	80.00	31.14	orientação	2,40E-02
3	24	54	44.44	20.26	porque	6,75E+00
4	14	26	53.85	17.07	isolamento_social	3,61E+01
5	8	12	66.67	14.56	passar	1,36E+02
6	4	4	100.00	14.32	pânico	1,54E+02
7	4	4	100.00	14.32	entender	1,54E+02
8	4	4	100.00	14.32	ali	1,54E+02
9	6	8	75.00	13.44	contato	2,47E+02
10	5	6	83.33	13.39	público	2,54E+02
11	5	6	83.33	13.39	medo	2,54E+02
12	5	6	83.33	13.39	hospital	2,54E+02
13	5	6	83.33	13.39	procurar	2,54E+02
14	7	11	63.64	11.54	mundo	6,81E+02
15	11	22	50.00	10.94	casa	9,40E+02
16	12	25	48.00	10.87	ficar	9,79E+02
17	6	9	66.67	10.77	entrar	1,03E+03
18	3	3	100.00	10.69	transporte	1,07E+03
19	3	3	100.00	10.69	depende	1,07E+03
20	5	7	71.43	10.18	ônibus	1,42E+03
21	5	7	71.43	10.18	pegar	1,42E+03
22	4	5	80.00	9.93	morar	1,63E+03
23	4	5	80.00	9.93	perder	1,63E+03
24	4	5	80.00	9.93	certeza	1,63E+03
25	4	5	80.00	9.93	morrer	1,63E+03
26	6	10	60.00	8.69	início	3,19E+03
27	4	6	66.67	7.09	mãe	7,76E+03
28	4	6	66.67	7.09	querer	7,76E+03
29	16	43	37.21	6.95	então	8,39E+03
30	3	4	75.00	6.60	parecer	1,02E+04
31	3	4	75.00	6.60	isolar	1,02E+04
32	4	7	57.14	5.13	deus	2,35E+04
33	8	19	42.11	4.79	vez	2,87E+04
34	6	13	46.15	4.61	quando	3,18E+04
35	6	13	46.15	4.61	caso	3,18E+04
36	3	5	60.00	4.25	aqui	3,92E+04
37	3	5	60.00	4.25	meio	3,92E+04
38	3	5	60.00	4.25	logo	3,92E+04
39	4	8	50.00	3.73	filho	5,33E+04
40	5	11	45.45	3.64	dia	5,63E+04
41	2	3	66.67	3.50	manter	6,14E+04
42	2	3	66.67	3.50	dificultar	6,14E+04
43	2	3	66.67	3.50	novo	6,14E+04
44	2	3	66.67	3.50	problema	6,14E+04
45	2	3	66.67	3.50	melhorar	6,14E+04
46	2	3	66.67	3.50	isolado	6,14E+04
47	2	3	66.67	3.50	horário	6,14E+04
48	2	3	66.67	3.50	fácil	6,14E+04
49	2	3	66.67	3.50	concepção	6,14E+04
50	9	25	36.00	3.12	bem	7,71E+04
51	3	6	50.00	2.78	lotado	9,57E+04
52	10	31	32.26	2.13	família	1,45E+05
53	7	20	35.00	2.10	assim	1,47E+05
54	13	43	30.23	2.01	muito	1,57E+05
55	34	104	32.69	12.08	ir	0.0005084836
56	33	106	31.13	9.09	ter	0.0025756280
57	7	14	50.00	6.71	meu	0.0095782989
58	3	4	75.00	6.60	maioria	0.0101882796
59	6	12	50.00	5.70	sem	0.0169525403
60	4	7	57.14	5.13	pro	0.0234664496
61	4	7	57.14	5.13	parte	0.0234664496
62	13	36	36.11	4.82	minha	0.0280625172
63	3	5	60.00	4.25	aquilo	0.0391945633
64	4	8	50.00	3.73	primeiro	0.0533194559
65	27	97	27.84	3.12	ser	0.0772132037
66	5	12	41.67	2.80	esse	0.0941610511
67	11	34	32.35	2.41	poder	0.1204061961
68	7	20	35.00	2.10	muita	0.1470958942
69	16	20	80.00	42.49	*P6	7,10586E-05
70	16	38	42.11	10.50	*R10	1194,308
71	12	26	46.15	9.79	*P1	1751,127
72	16	43	37.21	6.95	*BL_MUDANÇA	8394,762
73	5	9	55.56	6.07	*P13	13759,21
74	11	30	36.67	4.22	*R13	39979,09

Fonte: Software Iramuteq 7.2

Tabela 08: Perfil da Classe 03, cor verde, Orientações Recebidas pela Comunidade durante a Pandemia

N.	eff. St	eff. Total	Percentual	chi2	Forma	p
1	9	11	81.82	40.78	usar	1,71E-04
2	14	26	53.85	34.99	só	3,31E-03
3	8	10	80.00	34.93	máscara	3,42E-03
4	8	11	72.73	30.45	depois	3,42E-02
5	4	4	100.00	23.25	pensar	1,42E+00
6	6	10	60.00	16.76	realmente	4,23E+01
7	12	34	35.29	13.05	mesmo	3,03E+02
8	4	6	66.67	13.02	local	3,08E+02
9	4	6	66.67	13.02	colocar	3,08E+02
10	8	19	42.11	12.08	hoje	5,11E+02
11	3	4	75.00	11.60	política	6,60E+02
12	4	7	57.14	10.16	mudar	1,43E+03
13	13	43	30.23	9.77	então	1,77E+03
14	3	5	60.00	8.20	prevenção	4,19E+03
15	4	9	44.44	6.45	lugar	1,11E+04
16	2	3	66.67	6.43	relaxar	1,12E+04
17	2	3	66.67	6.43	auxílio	1,12E+04
18	2	3	66.67	6.43	upa	1,12E+04
19	2	3	66.67	6.43	histórico	1,12E+04
20	2	3	66.67	6.43	único	1,12E+04
21	2	3	66.67	6.43	significar	1,12E+04
22	2	3	66.67	6.43	pessoal	1,12E+04
23	2	3	66.67	6.43	levar	1,12E+04
24	2	3	66.67	6.43	imune	1,12E+04
25	2	3	66.67	6.43	adiantar	1,12E+04
26	5	13	38.46	6.03	tomar	1,41E+04
27	7	22	31.82	5.49	já	1,92E+04
28	24	122	19.67	4.57	não	3,25E+04
29	3	7	42.86	4.45	agora	3,49E+04
30	3	7	42.86	4.45	pandemia	3,49E+04
31	3	7	42.86	4.45	dar	3,49E+04
32	8	29	27.59	4.20	até	4,03E+04
33	4	11	36.36	4.20	dia	4,05E+04
34	2	4	50.00	3.96	mal	4,67E+04
35	6	20	30.00	3.94	assim	4,73E+04
36	3	8	37.50	3.34	conseguir	6,77E+04
37	12	54	22.22	2.97	porque	8,48E+04
38	2	5	40.00	2.54	cuidado	1,11E+05
39	2	5	40.00	2.54	graça	1,11E+05
40	2	5	40.00	2.54	acesso	1,11E+05
41	2	5	40.00	2.54	logo	1,11E+05
42	5	19	26.32	2.13	vez	1,45E+05
43	7	12	58.33	18.83	algum	1,43E+01
44	5	12	41.67	7.15	esse	7,49E+03
45	8	29	27.59	4.20	ele	4,03E+04
46	2	4	50.00	3.96	seu	4,67E+04
47	9	36	25.00	3.43	isso	6,42E+04
48	20	106	18.87	2.41	ter	1,21E+05
49	9	31	29.03	5.63	*BL_GOVENNO	0.01763683
50	9	31	29.03	5.63	*P14	0.01763683
51	2	4	50.00	3.96	*P9	0.04668701
52	9	38	23.68	2.76	*R10	0.09643710

Fonte: Software Iramuteq 7.2

Tabela 09: Perfil da Classe 04, cor azul, Atuação da Atenção Primária à Saúde.

N.	eff. St	eff. Total	Percentual	chi2	Forma	p
1	28	37	75.68	87.79	saúde	7,26E-15
2	16	16	100.00	70.54	unidade	4,51E-11
3	16	16	100.00	70.54	ação	4,51E-11
4	13	13	100.00	56.54	auxiliar	5,50E-08
5	12	12	100.00	51.96	equipa	5,67E-07
6	13	16	81.25	41.48	período	1,19E-04
7	13	16	81.25	41.48	acompanhar	1,19E-04
8	13	18	72.22	34.32	serviço	4,67E-03
9	18	31	58.06	33.61	família	6,75E-03
10	4	4	100.00	16.72	bairro	4,33E+01
11	3	3	100.00	12.49	visita	4,10E+02
12	3	3	100.00	12.49	trocar	4,10E+02
13	3	3	100.00	12.49	posto	4,10E+02
14	4	5	80.00	11.85	próximo	5,77E+02
15	25	80	31.25	10.50	coronavirus	1,19E+03
16	19	57	33.33	9.05	pessoa	2,63E+03
17	3	4	75.00	7.94	realizar	4,83E+03
18	3	4	75.00	7.94	visitas_domiciliares	4,83E+03
19	4	7	57.14	6.47	teste	1,10E+04
20	4	7	57.14	6.47	dar	1,10E+04
21	5	10	50.00	6.14	vacina	1,32E+04
22	3	5	60.00	5.30	próprio	2,13E+04
23	3	5	60.00	5.30	lá	2,13E+04
24	6	14	42.86	5.13	comunidade	2,36E+04
25	5	11	45.45	4.91	ver	2,67E+04
26	4	8	50.00	4.87	falar	2,73E+04
27	2	3	66.67	4.28	jeito	3,85E+04
28	2	3	66.67	4.28	nada	3,85E+04
29	2	3	66.67	4.28	doente	3,85E+04
30	2	3	66.67	4.28	contaminado	3,85E+04
31	2	3	66.67	4.28	capacidade	3,85E+04
32	4	9	44.44	3.68	relação	5,52E+04
33	3	6	50.00	3.62	antes	5,71E+04
34	5	13	38.46	3.12	tomar	7,74E+04
35	3	7	42.86	2.48	trabalhar	1,15E+05
36	25	66	37.88	19.53	fazer	9,89E+00
37	14	28	50.00	18.69	outro	1,54E+01
38	13	29	44.83	13.40	durante	2,51E+02
39	15	36	41.67	13.18	minha	2,83E+02
40	14	34	41.18	11.78	poder	5,98E+02
41	7	13	53.85	10.27	haver	1,35E+03
42	44	198	22.22	5.60	de	1,80E+04
43	23	84	27.38	5.06	para	2,45E+04
44	2	3	66.67	4.28	nenhum	3,85E+04
45	2	3	66.67	4.28	sobre	3,85E+04
46	3	7	42.86	2.48	aquela	1,15E+05
47	5	14	35.71	2.46	meu	1,17E+05
48	23	94	24.47	2.38	o	1,23E+05
49	29	52	55.77	55.57	*BL_SERVIÇOS	9,02643E-08
50	16	21	76.19	46.95	*P12	7,26911E-06
51	13	17	76.47	37.68	*P10	0,000832407
52	13	22	59.09	24.08	*P11	0,9261177
53	14	36	38.89	10.07	*BL ESTRATEGIAS	1503,86
54	4	11	36.36	2.07	*R12	150589,5

Fonte: Software Iramuteq 7.2

Tabela 10: Perfil da Classe 05, cor lilás, Medidas Individuais do Enfrentamento ao Coronavírus

N.	eff. St	eff. Total	Percentual	chi2	Forma	p
1	20	33	60.61	58.24	uso_de_máscara	2,32E-08
2	15	21	71.43	53.90	lavar_as_mãos	2,11E-07
3	10	13	76.92	38.83	contaminação	4,63E-04
4	8	9	88.89	37.74	continuar	8,07E-04
5	11	16	68.75	36.36	proteger	1,64E-03
6	9	13	69.23	29.68	lavar_alimentos	5,11E-02
7	12	22	54.55	27.55	ainda	1,53E-01
8	5	5	100.00	27.34	álcool	1,71E-01
9	4	4	100.00	21.78	sapatos_fora_de_casa	3,06E+00
10	5	6	83.33	21.20	ano	4,13E+00
11	10	20	50.00	19.34	também	1,10E+01
12	6	9	66.67	18.29	sair	1,89E+01
13	3	3	100.00	16.26	supermercado	5,52E+01
14	3	3	100.00	16.26	gel	5,52E+01
15	3	3	100.00	16.26	compra	5,52E+01
16	4	5	80.00	15.90	bom	6,68E+01
17	4	5	80.00	15.90	aglomeração	6,68E+01
18	6	10	60.00	15.42	evitar	8,61E+01
19	5	8	62.50	13.65	vir	2,20E+02
20	9	22	40.91	11.59	já	6,64E+02
21	3	4	75.00	10.77	pior	1,03E+03
22	4	7	57.14	9.32	álcool_em_gel	2,27E+03
23	4	7	57.14	9.32	junto	2,27E+03
24	3	5	60.00	7.54	deixar	6,03E+03
25	3	5	60.00	7.54	higiene	6,03E+03
26	3	5	60.00	7.54	bastante	6,03E+03
27	3	5	60.00	7.54	ponto	6,03E+03
28	7	19	36.84	6.94	hoje	8,45E+03
29	8	24	33.33	6.23	ai	1,25E+04
30	2	3	66.67	5.94	preocupar	1,48E+04
31	2	3	66.67	5.94	determinado	1,48E+04
32	2	3	66.67	5.94	água	1,48E+04
33	2	3	66.67	5.94	sabão	1,48E+04
34	2	3	66.67	5.94	repetir	1,48E+04
35	2	3	66.67	5.94	médico	1,48E+04
36	2	3	66.67	5.94	atualmente	1,48E+04
37	4	9	44.44	5.81	lugar	1,59E+04
38	5	13	38.46	5.35	quando	2,07E+04
39	3	7	42.86	4.00	agora	4,56E+04
40	6	19	31.58	3.91	tudo	4,81E+04
41	2	4	50.00	3.60	época	5,78E+04
42	2	4	50.00	3.60	limpeza	5,78E+04
43	3	8	37.50	2.95	conseguir	8,56E+04
44	7	26	26.92	2.75	isolamento_social	9,70E+04
45	6	10	60.00	15.42	tempo	0.0000860713
46	19	63	30.16	13.48	com	0.0002409966
47	3	4	75.00	10.77	ah	0.0010312581
48	13	46	28.26	6.75	por	0.0093524834
49	10	36	27.78	4.64	isso	0.0312305407
50	12	46	26.09	4.61	uma	0.0317537775
51	14	59	23.73	3.79	estar	0.0516962383
52	3	8	37.50	2.95	verdade	0.0856215915
53	8	32	25.00	2.39	essa	0.1219522546
69	12	15	80.00	49.87	*P8	1,64431E-06
70	16	43	37.21	18.28	*BL_MUDANÇA	19,08077
71	13	36	36.11	13.29	*BL ESTRATEGIAS	266,4297
72	7	15	46.67	11.55	*P3	677,8995
73	8	21	38.10	8.68	*R6	3210,189
74	8	26	30.77	4.97	*P1	25720,7

Fonte: Software Iramuteq 7.