

Universidade Federal de Juiz De Fora
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família

Amanda Melchiades Araujo

**Percepções e práticas de indivíduos com Doenças Crônicas Não
Transmissíveis durante a pandemia SARS-COV-2 atendidas por equipe da
Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais**

Juiz de Fora
2023

Amanda Melchiades Araujo

**PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO
TRANSMISSÍVEIS DURANTE A PANDEMIA SARS-COV-2 ATENDIDAS POR
EQUIPE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE MINAS GERAIS**

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

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena de Oliveira

Coorientador: Prof. Dr. Sérgio Xavier de Camargo

Juiz de Fora

2023

Ficha catalográfica elaborada através do programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Melchiades Araujo, Amanda.

Percepções e práticas de indivíduos com Doenças Crônicas Não Transmissíveis durante a pandemia SARS-COV-2 atendidas por equipe da Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais / Amanda Melchiades Araujo. -- 2023.

62 p. : il.

Orientadora: Helena de Oliveira

Coorientador: Sérgio Xavier de Camargo

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2023.

1. Covid-19. 2. Doenças crônicas. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. . I. de Oliveira, Helena, orient. II. Xavier de Camargo, Sérgio, coorient. III. Título.

Amanda Melchiades Araujo

Percepções e práticas de indivíduos com doenças crônicas não transmissíveis durante a pandemia SARS-CoV-2 atendidas por Equipe da Estratégia Saúde da Família de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAÚDE, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.
Área de concentração: Saúde da Família

Aprovada em 2 de fevereiro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Helena de

Oliveira - Orientadora

Universidade Federal de

Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Alanna Fernandes Paraíso

Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof.^a Dra. Milena Nunes Alves de Sousa

Centro Universitário de Patos (UNIFIP)



Documento assinado eletronicamente por **Milena Nunes Alves de Sousa, Usuário Externo**, em 02/02/2023, às 19:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Helena de Oliveira, Professor(a)**, em 03/02/2023, às [13:35, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Alanna Fernandes Paraíso, Professor(a)**, em 09/02/2023, [às 18:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º do art. 4º do Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no Portal do SEI-U f (www2.uf.br/SEI) através do ícone Conferência de Documentos, informando o código verificador **1130334** e o código CRC **CE34673B**.

Longe das massas populares, em interação apenas com seus livros, o intelectual corre o risco de ganhar uma racionalidade desencarnada, uma compreensão do mundo sem carne.

Paulo Freire

RESUMO

O covid-19 foi detectado inicialmente na China, em dezembro de 2019. A infecção por esse vírus tomou proporções mundiais, até ser declarada pandemia em março de 2020. A pandemia levou a impactos não só na saúde física, mas também nos aspectos social, econômico, emocional e cultural. Pessoas com doenças crônicas não transmissíveis encontram-se entre as que apresentam maiores riscos de agravamento da doença, não só por conta das comorbidades preexistentes, mas também pela redução da assistência à saúde em situações não urgentes, acarretada pela pandemia. As doenças crônicas não transmissíveis são importantes causas de morte no Brasil, especialmente de mortes prematuras. Os meios de prevenção e controle dessas doenças já estão bem estabelecidos, com um pequeno número de fatores de risco modificáveis sendo responsável pela grande maioria de mortes por tais doenças. O acesso a atividades programadas na Unidade Básica de Saúde (UBS) é capaz de reduzir suas complicações e, por consequência, também a vulnerabilidade aos efeitos da covid-19. O presente estudo teve como objetivo identificar se os cuidados em saúde das pessoas com doenças crônicas foram prejudicados em razão da pandemia de covid-19. A pesquisa teve uma abordagem qualitativa, seguindo orientações de Bardin (2011), a partir da análise das entrevistas coletadas no Projeto Multicêntrico “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”. Desse projeto, fazem parte pessoas atendidas na Unidade Básica de Saúde Pirineus, do município de Leopoldina-MG. O recorte considerado para a coleta das entrevistas incluía portadores de doenças crônicas. Verificou-se que os pacientes com doenças crônicas não transmissíveis tiveram prejuízos em sua saúde, pela contaminação por covid-19 e pelas consequências da pandemia. Houve queda na frequência e oferta de atendimentos para essa população. Foram adotadas medidas para buscar a redução da contaminação pela covid-19 na Atenção Primária em Saúde. Como resultado da pesquisa, sugere-se fortalecer a Atenção Primária e organizar os fluxos da Rede de Atenção à Saúde para minimizar os danos ocasionados pela pandemia de covid-19.

Palavras-chave: Covid-19. Doenças crônicas. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Covid-19 was initially detected in China in December 2019. The infection by this virus took on worldwide proportions until it was declared a pandemic in March 2020. The pandemic led to impacts not only on physical health, but also on the social, economic, emotional and cultural aspects. People with chronic noncommunicable diseases are among those who are at greater risk of aggravating the disease, not only because of preexisting comorbidities, but also because of the reduction in health care in non-urgent situations caused by the pandemic. Chronic noncommunicable diseases are important causes of death in Brazil, especially premature deaths. The means of preventing and controlling these diseases are already well established and a small number of modifiable risk factors are responsible for the vast majority of deaths from these diseases. Access to scheduled activities at Basic Health Units – *UBSs* – is able to reduce complications and, consequently, also the vulnerability to the effects of covid-19. The present study aimed to identify whether the health care of people with chronic diseases was impaired due to the covid-19 pandemic. Following the guidelines of Bardin (2011), the research had a qualitative approach, based on the analysis of the interviews collected in the Multicentric Project “Prevention and control of covid-19: multicentric study on the perception and practices in daily life of medical-scientific guidelines by the population of the territories covered by Primary Health Care”. This project includes people assisted at the Pirineus Basic Health Unit, in the municipality of Leopoldina-MG. The excerpt considered for the collection of interviews included patients with chronic diseases. It was found that patients with chronic noncommunicable diseases suffered damage to their health due to contamination by covid-19 and the consequences of the pandemic. There was a decrease in the frequency and offer of services for this population. Measures were adopted to reduce contamination by covid-19 in Primary Health Care. As a result of the research, it is suggested to strengthen Primary Care and to organize the flows of the Health Care Network to minimize the damage caused by the covid-19 pandemic.

Keywords: Covid-19. Chronic diseases. Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 - Linha do tempo dos estágios iniciais da pandemia de 2019-nCoV.. 15
- Figura 2 - Capa do número especial da revista Teoria e Cultura - faz paralelo entre as máscaras utilizadas na idade média para prevenção de Peste Bubônica e as atuais máscaras e material de proteção utilizados pelos profissionais de saúde contra a covid-19..... 17

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	-	Categorias de Análise.....	27
Quadro 2	-	Mudanças no cotidiano.....	29
Quadro 3	-	Mudanças nas Necessidades de Saúde.....	34
Quadro 4	-	Mudanças no autocuidado.....	37
Quadro 5	-	Mudanças no Cuidado da Atenção Primária.....	41
Quadro 6	-	Mudanças no Cuidado em Rede.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes comunitários de saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PHEIC	<i>Public Health Emergency of International Concern</i> (Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional)
RAS	Rede de Atenção à Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	12
2.1	O CENÁRIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.....	12
2.2	A PANDEMIA DE COVID-19.....	15
2.3	COVID-19 E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO.....	17
2.4	DCNT COMO FATOR DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DA COVID-19	19
3	JUSTIFICATIVA.....	22
4	HIPÓTESES.....	23
5	OBJETIVOS.....	24
5.1	OBJETIVO GERAL.....	24
5.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
6	METODOLOGIA.....	25
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	29
7.1	MUDANÇAS NO COTIDIANO.....	29
7.2	MUDANÇAS NAS NECESSIDADES DE SAÚDE.....	33
7.3	MUDANÇAS NO AUTOCUIDADO.....	36
7.4	MUDANÇAS NO CUIDADO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	41
7.5	MUDANÇAS NO CUIDADO EM REDE.....	44
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	49
	ANEXO A – Questionário (1ª etapa).....	55
	ANEXO B – Roteiro semiestruturado para entrevistas (2ª etapa).....	57
	ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	58

1 INTRODUÇÃO

A covid-19 foi identificada pela primeira vez em meados de dezembro de 2019, na China. Tomando proporções mundiais, foi decretada pandemia em março de 2020 (ESTRELA et al., 2020). Em dezembro de 2020, após um ano da identificação do novo vírus, pelo menos 1,8 milhão de pessoas morreram de covid-19 no mundo (GRASSO, 2020).

Desde então, a vida em praticamente todo o planeta foi alterada: o ritmo urbano se transformou, ruas e lugares de encontro público se esvaziaram, aulas e diversas atividades foram suspensas, o comércio fechou as portas, pessoas se viram sem trabalho do dia para a noite. No mercado financeiro, as bolsas derreteram com o horizonte de crise econômica projetado e embates entre autoridades do governo e da saúde pública foram expostos aos holofotes (MARQUES; SILVEIRA; PIMENTA, 2020, p. 227).

Orientadas as medidas de prevenção e controle da covid-19 – distanciamento social, higienização das mãos, etiqueta respiratória e uso de máscaras (BRASIL, 2020b) – o mundo todo se viu, apesar de todo o avanço tecnológico, diante de métodos adotados há pelo menos um século. Como relatam Marques, Silveira e Pimenta (2020), a quarentena, medida extrema de isolamento para evitar a propagação do vírus, é utilizada desde a antiguidade. No momento pandêmico, foi utilizado o termo distanciamento social, pois, como pontuado por Brasil (2020d), o termo pressupõe o comportamento conscientemente assumido, consentido. O hábito de desinfecção também é antigo e, em um momento mais recente, o uso do álcool gel já havia se difundido, por ocasião da epidemia de H1N1. O uso das máscaras, hoje cirúrgicas, descende das máscaras da peste, que “assemelhavam-se a carapuças com orifícios para os olhos feitos em vidro e um cone semelhante a um bico, fazendo às vezes de nariz” (MARQUES; SILVEIRA; PIMENTA, 2020, p. 236).

Em seu discurso na ocasião da declaração de pandemia, o diretor-geral da Organização Mundial de Saúde (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, destacou que fora dada muita atenção apenas a uma palavra – pandemia – e citou outras palavras que considerava mais importantes e que poderiam resultar em ações: “prevenção, preparação, saúde pública, liderança e, acima de tudo, pessoas” (Organização Pan-americana de Saúde [OPAS], 2020b).

A covid-19 pode se apresentar de formas variadas, desde sintomas leves a mais graves. Entre os fatores de risco associados à maior gravidade da doença, encontram-se as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como hipertensão (HAS) e diabetes *mellitus* (DM) (OPAS, 2020a).

Malta et. al. (2021) referem que as DCNT são responsáveis pelo agravamento da condição clínica, elevação do tempo de internação e das taxas de mortalidade, sendo as principais comorbidades dos pacientes com covid-19. Somadas a isso, as medidas de distanciamento, embora essenciais, podem gerar consequências na qualidade de vida das pessoas com DCNT, aumentando o sedentarismo e o uso de álcool e tabaco.

Além da saúde física, a pandemia de covid-19 trouxe mudanças nos aspectos social, econômico, emocional e cultural. A redução da oferta de atendimentos em saúde, já que os esforços estavam voltados ao atendimento da covid-19, e a dificuldade de acesso a atendimentos e procedimentos eletivos para doentes crônicos, somado ao medo da população em frequentar serviços de saúde, mesmo que necessários, geraram um impacto negativo no cuidado em saúde das pessoas com doenças crônicas (BORGES et. al., 2020).

Estimativas sobre o contingente de infectados e mortos contribuem diretamente com os efeitos sobre os sistemas de saúde, com a exposição de populações e grupos vulneráveis, a sustentação econômica do sistema financeiro, o acesso a bens e serviços essenciais (alimentação, medicamentos, transportes, dentre outros), a saúde mental e o potencial adoecimento das pessoas em tempos de confinamento levanta inúmeros desafios, pautado novas perguntas, sugerindo novas respostas (MARQUES; SILVEIRA; PIMENTA, 2020, p. 241).

A pandemia de covid-19, apesar de sua escala global, pode se desenvolver de diferentes formas, a partir da singularidade de infraestruturas, ambientes, práticas, sentidos, relações e hábitos de vida. É preciso considerar essas singularidades das populações, seus níveis de vulnerabilidade e exposição, conforme sua diversidade e sua desigualdade (MARQUES; SILVEIRA; PIMENTA, 2020).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CENÁRIO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

As DCNT englobam doenças como as cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer e diabetes. Geralmente são relacionadas a múltiplos fatores, como alimentação não saudável, tabagismo, abuso de álcool e sedentarismo, que levam ao sobrepeso e obesidade. São doenças de longa duração, podendo haver períodos de agudização que levem a incapacidades. Mesmo com tratamento, nem sempre é possível a cura (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020a).

Nas últimas décadas, passamos por um período de transição demográfica, com redução de mortes por doenças infecciosas e parasitárias, materno-infantis e desnutrição. Isso levou ao aumento da expectativa de vida e consequente envelhecimento populacional. Esse cenário é uma realidade mundial, tanto em países de alta renda quanto em nações de baixa renda (BRASIL, 2020a).

Entretanto, a prevalência dessas doenças ocorre de forma diferente, a depender de condições socioeconômicas (emprego, renda, acesso a bens e serviços públicos), culturais, raciais, urbanização, acesso à saúde, acesso à informação e garantia de direitos e possibilidades de fazer escolhas favoráveis à saúde (BRASIL, 2020a; OPAS, 2015). Brasil (2020a) aponta que as populações mais vulneráveis são as de baixa renda e escolaridade.

No Brasil, a transição vem ocorrendo de forma acelerada. Com algumas diferenças regionais – com maior magnitude no Sul e Sudeste, mas com avanços recentes nas demais regiões – é, de forma geral, uma causa importante de morte nas cinco regiões do país. Em 2018, foram responsáveis por 54,7% dos óbitos totais do país, levando a um novo cenário para o desenvolvimento de políticas públicas (BRASIL, 2020a).

Brasil (2020a) destaca ainda que, dentre esses óbitos, há uma porcentagem considerável de óbitos prematuros – 42,2% ocorreram em pessoas na faixa etária de 30 a 69 anos – sendo a maior parte em indivíduos do sexo masculino. A maior causa dos óbitos prematuros foram as doenças cardiovasculares, seguida das neoplasias, diabetes e doenças respiratórias crônicas, respectivamente. Além disso, amputações, perdas de mobilidade e de funções neurológicas e redução da qualidade de vida também estão entre os prejuízos causados (BRASIL, 2013).

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2015), a maioria destas mortes são evitáveis e poderiam ser postergadas. Do total de pessoas vivendo com DCNT apenas metade é diagnosticada e um quarto é tratado. Dentre esses, somente 25% alcançam as metas de tratamento desejadas e 10% são tratados com êxito, culminando no elevado índice de mortalidade e demais prejuízos causados por esse grupo de doenças.

Em 2018, foram responsáveis por 1,8 milhão de internações, gerando um gasto de 8,8 bilhões de reais. O impacto econômico dessas doenças não se limita aos gastos do SUS, inclui também despesas por absenteísmo, aposentadorias e morte da população economicamente ativa (BRASIL, 2013; BRASIL, 2020a).

Segundo a OMS (2005), os meios de prevenção e controle das DNCT já estão bem estabelecidos, visto que um pequeno número de fatores de risco modificáveis é responsável pela grande maioria de mortes por essas doenças. Esses fatores incluem a dieta não saudável, com ingestão excessiva de energia, mas insuficiente de frutas, verduras e legumes; inatividade física, levando ao sobrepeso e obesidade; dislipidemias, relacionadas ao consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal, como citado anteriormente. Por todas as partes do mundo, a relação entre esses fatores e as principais doenças crônicas se assemelham. Assim, recomenda-se que os países adotem uma abordagem abrangente e integrada de saúde pública, revisando e implementando as intervenções propostas.

Com base nisso, o Brasil criou em 2006 o sistema VIGITEL – Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – que objetiva definir o perfil epidemiológico da população brasileira e identificar os fatores de risco para DCNT que podem ser prevenidos.

A análise dos dados da pesquisa VIGITEL de 2006 a 2020 mostra uma queda na frequência de fumantes de 15,7%, em 2006, para 9,5% em 2020, tendo uma redução mais significativa nos indivíduos do sexo masculino e com menor escolaridade. Em relação ao fumo passivo, no domicílio a maior redução está entre as mulheres e, no trabalho, nos homens, variando de 13,4%, em 2009, para 8,2% em 2020, e de 17,0%, em 2009, para 9,1% em 2020, respectivamente. Nos dois casos, a redução mais expressiva se mostrou em indivíduos com menos anos de estudo. Observou-se que as diferenças entre os grupos populacionais diminuíram, já que todos os aqui citados eram os com maiores prevalências no início do período estudado (BRASIL, 2022a).

Houve aumento na frequência de adultos com excesso de peso (IMC maior ou igual a $25\text{mg}/\text{m}^2$ e menor que $30\text{kg}/\text{m}^2$) e obesidade em ambos os sexos, porém o maior aumento ocorreu entre as mulheres, passando de 38,5%, em 2006, para 56,2% em 2020, no caso do sobrepeso; e de 12,1%, em 2006, para 22,6% em 2020, na obesidade.

Em relação à alimentação, foram analisados o consumo de alimentos considerados marcadores de padrões saudáveis de alimentação (frutas/ hortaliças e feijão) e alimentos marcadores de padrões não saudáveis (refrigerantes). O consumo regular de frutas e hortaliças manteve-se estável no período variando de 33,0%, em 2008, para 32,7% em 2020. Já o consumo de feijão diminuiu, passando de 66,8%, em 2007, para 58,3% em 2020. A frequência no consumo de refrigerante também reduziu 30,9%, em 2007, para 15,2% em 2020 (BRASIL, 2022b).

A Pesquisa Nacional de Saúde, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2020, mostrou que dentre os serviços de saúde disponíveis para atendimento de pessoas com DNCT, o mais utilizado nos 12 meses anteriores à pesquisa foram as UBSs, representando 46,6% do atendimento dos hipertensos e 49,6% dos diabéticos. Essa proporção se eleva ainda entre aqueles com menor rendimento, sendo 65,1% dos hipertensos com rendimento até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Conforme citado por Barreto et. al. (2018), o investimento em atividades como a consulta programada e facilitação do acesso da população à UBS, é capaz de reduzir os números de internações por doenças crônicas, entre outras causas sensíveis à Atenção Primária em Saúde (APS). A frequência do paciente à unidade leva a uma motivação individual que incentiva atitudes de cuidado, como a adesão medicamentosa e não medicamentosa, com consequente redução dos níveis pressóricos.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (2015) destaca que a Estratégia Saúde da Família teve grande sucesso na abordagem dos problemas mais urgentes anteriormente – doenças infecciosas, problemas nutricionais e saúde materno infantil – e agora necessita de uma transição para enfrentar adequadamente a epidemia de DCNT. Propõe a aplicação de alguns modelos de atenção, como o Modelo de Cuidados Crônicos, com atenção integrada, centrada no paciente, trazendo benefícios para todos os pacientes, inclusive aqueles sem doenças crônicas.

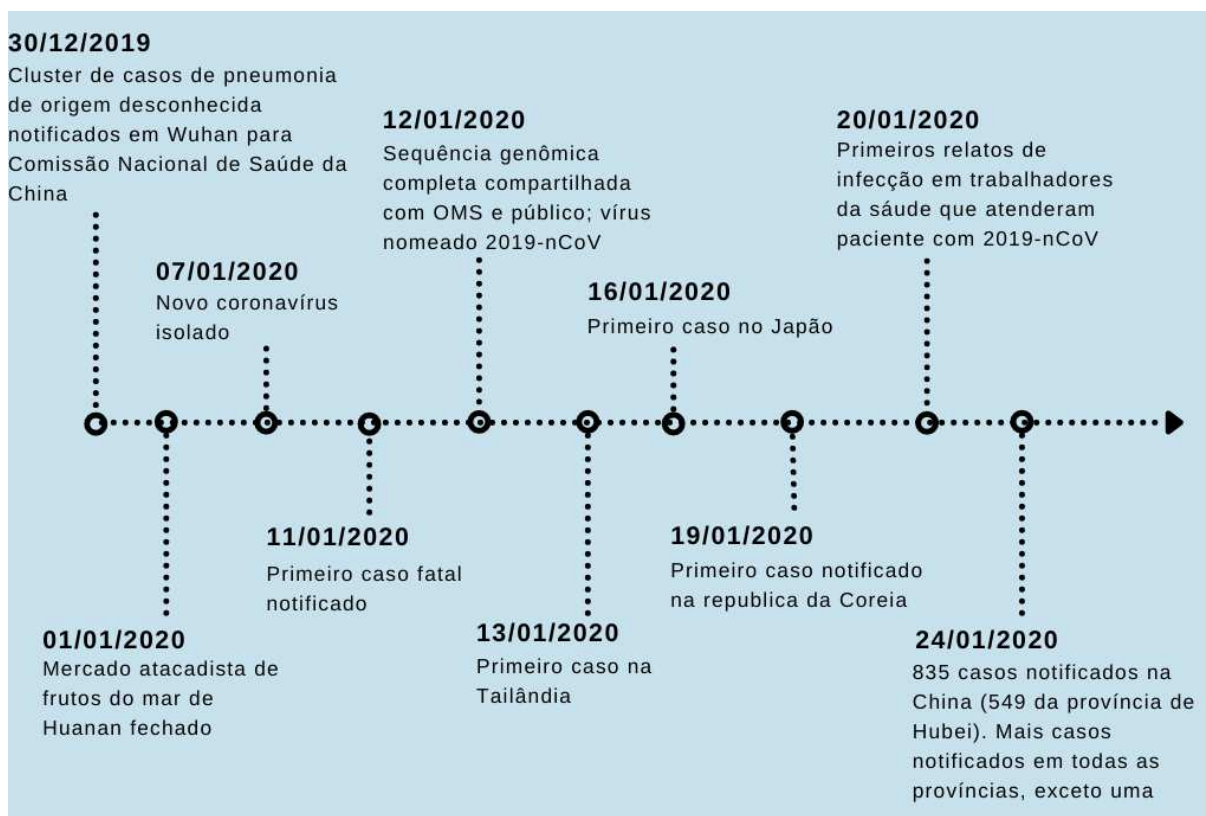
2.2 A PANDEMIA DE COVID-19

A covid-19 é uma doença causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Sua transmissão ocorre principalmente de pessoas sintomáticas a outros indivíduos por meio de contato próximo, através de gotículas respiratórias, por contato direto com pessoas infectadas, ou por contato com objetos e superfícies contaminados (OPAS, 2020a).

Brasil (2020b) informa que o vírus pode ser transferido através do contato entre as mãos contaminadas e a mucosa do nariz, olhos ou boca. A transmissão indireta é facilitada pelo contato das mãos contaminadas em superfícies.

A doença foi relatada pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, na China, naquele momento ainda como uma pneumonia desconhecida. Em janeiro de 2020, a OMS declara o surto como uma Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (*Public Health Emergency of International Concern* - PHEIC). Em fevereiro, a OMS anunciou o nome para a nova doença: Coronavírus ou covid-19 (figura 1) (MARQUES; SILVEIRA; PIMENTA, 2020).

Figura 1 - Linha do tempo dos estágios iniciais da pandemia de 2019-nCoV



Fonte: OPAS, 2020e.

No dia 11 de março de 2020, anunciava-se que a doença causada pelo novo coronavírus passaria, a partir de então, a ser caracterizada como pandemia, atingindo já 114 países (OPAS, 2020b).

Conforme divulgado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020g), o primeiro caso no Brasil foi anunciado oficialmente no dia 26 de fevereiro de 2020. Entretanto, conforme Delatorre et. al. (2020) estudos posteriores mostraram que o vírus já circulava em vários países ocidentais, inclusive no Brasil, antes da divulgação dos primeiros casos oficiais.

Em 8 de novembro de 2020, a Região das Américas da OMS representava 43% (21.370.015) do total de casos confirmados e 53% (654.512) de óbitos totais no mundo (OPAS, 2020d). Em fevereiro de 2021, um ano após a confirmação do primeiro caso no país, o Brasil somava mais de 10,5 milhões de casos e mais de 250 mil mortes pela doença (BRASIL, 2020g).

A vacinação contra a Covid-19 foi iniciada no dia 05 dezembro de 2020, na Rússia. Nos dias seguintes, a vacinação começou no Reino Unido, nos Estados Unidos da América e no Canadá (MARINHO, 2020). No Brasil, as primeiras doses da vacina contra covid-19 foram registradas no dia 17 de janeiro de 2021, por iniciativa de algumas Secretarias Estaduais de Saúde (SES) e em 18 de janeiro foi iniciada oficialmente a Campanha Nacional de Vacinação contra a covid-19 no Brasil (BRASIL, 2020g).

Conforme a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2021), até 1º de abril de 2021 havia 3 vacinas aprovadas pela OMS e outras 15 aprovadas por órgãos reguladores nacionais de diversos países do mundo. Além disso, 86 vacinas candidatas estavam em avaliação clínica em humanos e 18 vacinas candidatas estavam na fase pré-clínica. Até maio de 2022, a OMS já havia aprovado mais 12 vacinas (OMS, 2022).

De acordo com a divulgação do Ministério da Saúde do dia 19 de junho de 2021 (BRASIL, 2020g), haviam sido registradas 73,6 milhões de doses, sendo 52 milhões de D1 (primeira dose) e 21,6 milhões de D2 (segunda dose). Nesse momento, o Brasil atingiu a marca de 500 mil óbitos pela doença. Nessa data, seis estados já haviam atingido 1 milhão de infectados pela Covid-19: São Paulo, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Paraná, Bahia e Santa Catarina.

2.3 COVID-19 E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Com o alastramento mundial da covid-19, a OMS (2020a) recomendou um conjunto de medidas chamadas não-farmacológicas, com o objetivo de prevenir a transmissão da doença. Entre essas medidas, se incluem a higienização das mãos, o uso de máscaras, a etiqueta respiratória, o distanciamento físico e evitar aglomerações.

Mesmo com um conhecimento incipiente sobre a covid-19, em 2020, as medidas de prevenção recomendadas naquele período se basearam nas experiências com outras doenças respiratórias que acometem a população mundial desde épocas muito antigas – como as máscaras representadas na Figura 2.

Figura 2 - Capa do número especial da revista Teoria e Cultura - faz paralelo entre as máscaras utilizadas na Idade Média para prevenção de Peste Bubônica e as atuais máscaras e material de proteção utilizados pelos profissionais de saúde contra a covid-19.



Fonte: Revista Teoria e Cultura, 2020.

No Brasil, as medidas de prevenção foram orientadas por meio da Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020 (BRASIL, 2020f), que recomenda a toda população: higiene das mãos; uso de máscara em todos os ambientes; evitar tocar na máscara, olhos, nariz e boca; não compartilhar objetos de uso pessoal; evitar aglomerações; manter distância mínima de um metro entre pessoas; manter ambientes limpos e ventilados; além do isolamento de casos suspeitos.

O uso de máscara se tornou obrigatório em todo o país a partir da Lei Federal Nº 14.019 de 2 de julho de 2020 (BRASIL, 2020e), que coloca como obrigatório manter boca e nariz coberto por máscara de proteção individual, para circulação em espaços públicos e privados acessíveis ao público. A obrigação é dispensada em caso de pessoas com transtorno do espectro autista, com deficiência intelectual, com deficiências sensoriais ou com quaisquer outras deficiências que as impeçam de fazer o uso adequado de máscara de proteção facial, e no caso de crianças com menos de três anos de idade.

A OMS (2020b) publicou, em seu guia de orientação sobre o uso de máscaras, que, apesar de evidências limitadas, o uso da máscara seguia sendo recomendado. A população geral devia utilizar máscaras não-médicas em ambientes comunitários, com exceção dos indivíduos pertencentes ao grupo com maior risco de complicações da covid-19, que deveriam usar máscaras médicas em locais em que o distanciamento mínimo de 1 metro não pudesse ser mantido. Entretanto, destacava que a máscara sozinha não era capaz de proteger contra o vírus da covid-19, devendo ser utilizada como parte de um pacote abrangente de medidas.

Ortelan et. al. (2020) colocam a utilização de máscaras de tecido como uma alternativa mais econômica, acessível e viável para a população, além de ambientalmente sustentável, e que possibilitava que o estoque de máscaras profissionais fosse mantido. Essa foi uma medida de intervenção eficaz para reduzir a velocidade de transmissão do SARS-CoV-2, se utilizada em conjunto com as demais recomendações de distanciamento e higiene.

A higienização das mãos é uma medida já reconhecida para a redução de doenças infecciosas importantes, como as doenças diarreicas e doenças respiratórias. É recomendada a higienização das mãos com água e sabão, sendo o álcool ou produtos à base dele utilizados como alternativa em locais sem o uso de água. A medida é simples, de baixo custo e grande impacto. Apresenta o benefício de

não possuir efeitos adversos, exceto pelos possíveis riscos de alergia ao sabão ou ao álcool (OPAS, 2020f).

O conjunto de medidas denominado etiqueta respiratória, inclui ações como cobrir nariz e boca ao tossir ou espirrar, evitar contato físico, higienizar objetos como brinquedos e celular, não compartilhar objetos de uso pessoal, além de evitar aglomerações e manter ambientes limpos e ventilados. Tais medidas são recomendadas a fim de reduzir a disseminação de gotículas geradas pelo aparelho respiratório, que podem levar à contaminação de pessoas que se encontram em um mesmo ambiente (BRASIL, 2020b).

O distanciamento social visa evitar o contato entre pessoas, tendo como objetivo reduzir a velocidade de transmissão do SARS-CoV-2, visto que pessoas assintomáticas ou com poucos sintomas, também são capazes de transmitir o vírus. A recomendação é que, durante o período de pandemia, se evitassem locais em que não fosse possível a distância mínima de um metro entre as pessoas (BRASIL, 2020b).

2.4 DCNT COMO FATOR DE RISCO PARA COMPLICAÇÕES DA COVID-19

Diante do cenário da pandemia de covid-19, as pessoas com DCNT encontram-se em vulnerabilidade, devido tanto ao risco aumentado do grupo para as complicações da doença, quanto pela redução da assistência a situações não urgentes (como as patologias crônicas, por exemplo).

Como descrito em Brasil (2020c), essas pessoas experimentam um duplo risco: além do risco de infecção pela covid-19, podem desenvolver complicações que são características das doenças e formas graves da doença. Foi recomendada, assim, a retomada do acompanhamento dessa população, em especial pela APS. O documento destaca que é possível otimizar o atendimento a essa população na própria UBS, em caso de sintomas respiratórios, através do controle de fatores de risco que podem gerar complicações, como valor de pressão arterial e glicemia.

Relacionada ao risco de complicações, diversos estudos mostram que a morbimortalidade é maior em indivíduos com DCNT. Li et. al. (2020), observam ainda que, nos primeiros casos de covid-19, em Wuhan, na China, os casos graves tinham mais comorbidades – entre elas DPOC, doença coronária crônica, HAS e DM – quando comparados com os casos não graves. No estudo de Altuntas, Yilmaz e Guner

(2021), as taxas de casos graves e admissão em UTI foram maiores em pacientes com DM, cardiopatias e neoplasias, quando comparados aos pacientes sem doenças. Najera e Ortega-Avila (2021) concluíram que pessoas com diabetes, obesidade, hipertensão e doença renal crônica possuem maior risco de morte por covid-19, e, ainda, que este risco pode ser duas vezes maior quando há associação entre duas ou mais comorbidades.

Referindo-se ao diabetes, Borges et. al. (2020), relacionam a maior gravidade da covid-19, à hiperglicemia crônica que leva a prejuízos no sistema imunológico. Os autores recomendam que mesmo pacientes diabéticos não infectados com covid-19 devem manter o controle de glicemia, visando reduzir a incidência e a gravidade da infecção. Já Rahmani-Kukia e Abbasi (2021) destacam o risco relacionado às doenças inflamatórias, incluindo o diabetes, que levam à desregulação das imunidades inata e adaptativa, interrompendo o equilíbrio homeostático imunológico, levando esses pacientes a uma maior susceptibilidade de infecção e ao aumento da gravidade e da mortalidade pelo SARS-CoV-2, quando comparadas às pessoas sem doenças inflamatórias.

Conhecer fatores que agravam os riscos de progressão e morte por COVID-19 é importante para orientar as equipes de saúde quanto aos pacientes que carecem de maior concentração de cuidados para o tratamento da doença. Já a identificação e o controle de tais fatores podem reduzir os riscos de agravamento e devem ser feitos mesmo em pacientes sem contaminação pelo SARS-CoV-2 (JI, D. et. al., 2020; ZUIN M. et al., 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde recomendou uma série de cuidados voltados às pessoas com DCNT (BRASIL, 2020c), que incluem: 1. Estratificação de risco: identificar pessoas que estão controladas e assim reduzir a frequência desnecessária delas na UBS; 2. Busca ativa de pessoas com DNCT que deixaram de frequentar a UBS; 3. Viabilizar o atendimento a distância; 4. Quando necessário o atendimento presencial, este deve ser feito com hora marcada, o ambiente deve ser seguro, com fluxos diferentes para com e sem sintomas respiratórios, utilização de equipamentos de proteção individual pelos trabalhadores e lavagem adequada das mãos, uso de máscara por qualquer pessoa dentro da unidade; 5. Atendimento domiciliar para pessoas que o distanciamento social é mais indicado, atentando para as medidas de proteção; 6. Garantia de acesso a medicamentos através da prorrogação do prazo de receitas, ampliação do prazo de validade de novas receitas e entrega de maior volume

de unidades de medicamento; 7. Incentivo ao autocuidado, através da manutenção de uma alimentação saudável, prática de atividade física e orientações sobre automonitoramento.

Sobre a redução da oferta de serviços como prejuízo para as pessoas com doenças não transmissíveis, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 2020c) cita a diminuição de funcionários, que foram redirecionados para resposta à covid-19, o cancelamento de procedimentos eletivos, a falta de medicamentos e até mesmo a restrição da oferta de transporte público, impossibilitando o deslocamento de pacientes e profissionais de saúde.

Borges et. al. (2020) acrescentam o medo da população em buscar serviços de saúde, mesmo quando necessário. Em seu estudo com pessoas com DCNT, a maior parte não procurou atendimento de saúde. Entre os que procuraram, mas não encontraram, foram citadas como principais dificuldades o cancelamento de consultas, dificuldades de realizar exames solicitados, conseguir atendimento e conseguir medicações.

3 JUSTIFICATIVA

A pandemia de covid-19 gerou o afastamento entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde e as pessoas com DCNT, seja pelo medo de frequentar a unidade de saúde, seja pela sobrecarga dos profissionais, que não dispõem mais do mesmo tempo para realizar um atendimento com a devida qualidade, seja pela suspensão dos atendimentos coletivos, os grupos, os quais se constituíam um rico espaço de troca entre profissionais e usuários. É importante considerar, ainda, que essas pessoas constituem um grupo de maior risco para a covid-19, porque, como Arruda et. al. (2021) relatam em seu estudo, a prevalência de DCNT é muito mais frequente entre pacientes falecidos do que entre os recuperados.

Assim, faz-se necessário compreender como essas pessoas estão vivendo e quais são suas necessidades nesse momento, a fim de que possamos reestruturar nossa forma de atendimento diante de uma nova realidade, buscando reduzir o risco de exposição dessa população à covid-19, mas sem deixar de lado o acompanhamento das condições já existentes.

4 HIPÓTESES

A pandemia de covid-19 piorou o estado de saúde de indivíduos com DM, HAS e outras doenças crônicas. Sabemos que o acompanhamento dessas doenças é periódico e, com a paralisação de serviços de saúde não-urgentes, as pessoas com DCNT passaram a enfrentar dificuldades na realização de consultas e exames (BORGES et. al., 2020).

A redução de procedimentos eletivos em todo o Brasil teve por objetivo retardar a disseminação do SARS-CoV-2, além de disponibilizar profissionais e equipamentos para lidar com a COVID. Apesar de estes procedimentos eletivos serem considerados sem caráter emergencial, não se pode desconsiderar os prejuízos na qualidade de vida de doentes que necessitam destas intervenções (BORGES et. al., 2020, p.12).

Nesse contexto, a hipótese defendida é de que a pandemia de covid-19 levou a uma sobrecarga dos serviços de saúde, além de causar medo na população em manter suas atividades mesmo que necessárias, levando, assim, a um prejuízo no acompanhamento de saúde das pessoas com DCNT. Portanto, conhecer quais os prejuízos causados e os motivos pelos quais aconteceram possibilita a definição de estratégias para a retomada dos cuidados às pessoas com DCNT.

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Identificar se os cuidados em saúde das pessoas com doenças crônicas foram prejudicados em razão da pandemia de covid-19.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar as mudanças ocorridas no cotidiano das pessoas com doenças crônicas em razão da pandemia da covid-19;
2. Compreender as mudanças geradas nas necessidades de saúde (demandas) dos usuários com doenças crônicas, em razão da pandemia da covid-19;
3. Identificar mudanças ocorridas no autocuidado pelas pessoas com doenças crônicas diante da pandemia da covid-19;
4. Demonstrar as mudanças nas metodologias utilizadas pela equipe de atenção primária no cuidado aos usuários com doenças crônicas frente à pandemia da covid-19;
5. Demonstrar as mudanças nas metodologias do cuidado em rede aos usuários com doenças crônicas frente à pandemia da covid-19.

6 METODOLOGIA

Preliminarmente, trataremos as limitações apresentadas no desenvolvimento do presente estudo. O estudo é um subsidiário de um projeto multicêntrico. Sendo assim, os dados foram coletados a partir de um instrumento padronizado, não exclusivo para DCNT. As entrevistas foram realizadas por um membro da equipe da APS em que os entrevistados são cadastrados. Apesar de haver orientação sobre a natureza e os objetivos da pesquisa a cada participante, não se pode desconsiderar este vínculo.

Não obstante, o estudo demonstra sua validade enquanto pesquisa social, através da busca pelo profundo entendimento das vivências de pessoas com DCNT durante a pandemia de covid-19, não como algo fisicamente limitado, mas em uma construção social, política e psicológica, na busca pela efetivação de um conceito ampliado de saúde. “Aqueles engajados na investigação qualitativa, como uma forma de análise crítica voltada para a mudança social e política, evitam qualquer pretensão de receptividade ou objetividade; eles assumem uma postura ativista.” (PATTON, 2001, p. 548, tradução nossa).

A pesquisa utilizou uma abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa é aquela que se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado, com o espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis (MINAYO, 1994).

A pesquisa foi realizada no município de Leopoldina (MG), com usuários da área adscrita de uma das equipes de Estratégia Saúde da Família. O município de Leopoldina está localizado em Minas Gerais, tendo uma população estimada de 52.640 pessoas (IBGE, 2021). O município conta com 14 equipes do Programa Saúde da Família, como consta no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

A área escolhida para o desenvolvimento do estudo foi a adscrita da equipe denominada ESF XIII. A equipe é única na UBS Pirineus – onde está sediada – e atende os bairros Pirineus, Maria Guimarães França e Esteves, além da Rua Ribeiro Junqueira, todos na região central da cidade. É composta, atualmente, por doze profissionais, sendo eles um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um cirurgião-dentista, um técnico em saúde bucal, um auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde (CNES, 2020).

A UBS possui 3169 pessoas com cadastro ativo, sendo 2.702 adultos (idade maior ou igual a 18 anos). Entre esses, 898 referem HAS e 251 referem DM, representando 33,2% e 9,3%, respectivamente, de prevalência na população.

Em comparação com os dados brasileiros divulgados pela Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 2020), a equipe tem a proporção de hipertensos e diabéticos acima da nacional. Na pesquisa nacional, entre os indivíduos de 18 anos ou mais, 23,9% referiram diagnóstico médico de HAS e 7,7% de DM.

A pesquisa se deu através da análise de questionários e entrevistas já coletados no Projeto Multicêntrico “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”, o qual será denominado aqui somente como “Projeto Multicêntrico”.

O Projeto Multicêntrico foi realizado pela Instituições de Ensino Superior PROFSAÚDE/MPSF e a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, com famílias dos territórios adstritos às UBSs, nas quais alunos do PROFSAÚDE estão vinculados em diversos municípios do território brasileiro.

Seus dados foram coletados em 2 etapas. Para primeira etapa, foram selecionadas famílias de usuários das UBSs cadastrados, maiores de 18 anos, que tinham frequentado a UBS nos 90 dias anteriores à pesquisa e que se dispuseram a participar. Foram excluídos 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. A seleção dos sujeitos da pesquisa se deu por conveniência. A coleta de dados nessa etapa foi feita por meio de questionário *online* pela plataforma *Google Forms*, com perguntas estruturadas (anexo A).

Para a segunda etapa, foram selecionadas 20% das famílias participantes da etapa anterior e realizada entrevista dialogada segundo roteiro semi-estruturado (anexo B), as quais foram usadas para o presente estudo. Os participantes foram escolhidos conforme critérios sociodemográficos, sendo selecionados os de maior e menor idade, escolaridade e renda, dos sexos feminino e masculino, totalizando 12 participantes conforme esses critérios. Posteriormente, foram sendo selecionados outros participantes de forma aleatória para que se atingisse a saturação, totalizando 16 entrevistas. Todas as entrevistas foram realizadas durante o mês de novembro de 2021.

Para o presente estudo, foram utilizadas as informações de pessoas que participaram das duas etapas do Projeto Multicêntrico e que eram portadores de doenças crônicas, especificamente HAS e/ou DM. Foram excluídas aquelas cujo entrevistado não possuía DCNT e aquelas entrevistas que não puderam ser compreendidas na íntegra.

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo, segundo método proposto por Bardin (2011). A análise do conteúdo, a ser realizada com as entrevistas, segundo Bardin compreende um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos, de descrição do conteúdo das mensagens, visando obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

As fases da análise do presente estudo foram organizadas em três pontos cronológicos, descritos a seguir: 1. Pré-análise com organização das ideias iniciais, a partir das seguintes etapas: seleção das entrevistas conforme os critérios da pesquisa (pessoas com HAS/DM); escuta com transcrição; definição de categorias e subcategorias de análise, de acordo com os objetivos da pesquisa (quadro 1); nova escuta da entrevista com revisão da transcrição, quando necessário. 2. Segunda fase, com exploração do material: criação de subcategorias, quando necessário, e leitura, seleção das falas e classificação de cada fala de acordo com as categorias/subcategorias já descritas. 3. Tratamento dos resultados e interpretação, meio da análise dos resultados com base na literatura.

Quadro 1 – Categorias de Análise

Categorias temáticas	Subcategorias
1. Mudanças no cotidiano	Mudanças de renda/emprego
	Mudanças nas relações familiares
	Mudanças nas atividades do cotidiano
	Mudanças de ordem emocional
2. Mudanças nas necessidades de saúde (demandas)	Mudança na condição da doença de base
	Mudanças na saúde mental
	Outras adoecimentos e necessidades
3. Mudanças no autocuidado	Medidas de prevenção
	Percepção de grupo de risco
	Melhoras no autocuidado
	Contaminação por COVID

4. Mudanças no cuidado da atenção primária	Serviços ofertados
	Processo de trabalho
	Metodologias e estratégias
5. Mudanças no cuidado em rede	Serviços ofertados
	Processo de trabalho
	Metodologias e estratégias

Fonte: elaborado pela autora (2023).

A pesquisa seguiu o disposto nas Resoluções nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e na Norma Operacional nº 001/2013, ambas do Conselho Nacional de Saúde.

O presente estudo foi inicialmente submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora e, após a aprovação sob parecer número 5.393.268, foi iniciada. Ao participante, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C) em que ele poderia autorizar ou não a utilização da sua entrevista na presente pesquisa.

O risco decorrente da pesquisa é a quebra de sigilo. Para minimizá-lo, foi mantida a confidencialidade das informações fornecidas. Além disso, cada entrevista foi identificada apenas com números e o nome do participante não constou em nenhuma publicação, apresentação ou documento.

Caso ocorra qualquer dano decorrente da participação no estudo, estão assegurados ao participante o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano. Ressalta-se, ainda, que o participante tem o direito à assistência integral gratuita caso, ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Dentre os benefícios desta pesquisa está, de forma direta, permitir ao portador da DCNT participante o acesso a recursos disponíveis para o acompanhamento de sua condição crônica de saúde ou outra referida durante a entrevista, na medida em que a pesquisadora também é enfermeira da equipe da Estratégia Saúde da Família em que os participantes são acompanhados. De forma indireta, está 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 no território do município.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados desse trabalho foram analisados a partir de 5 categorias, conforme já exposto na matriz de análise, a saber: 1) Mudanças no cotidiano; 2) Mudanças nas necessidades de saúde; 3) Mudanças no autocuidado; 4) Mudanças no cuidado da atenção primária; 5) Mudanças no cuidado em rede.

7.1 MUDANÇAS NO COTIDIANO

Quanto à primeira categoria de análise – mudanças no cotidiano – foram identificadas as seguintes subcategorias: mudanças de renda/emprego; mudanças nas relações familiares; mudanças nas atividades do cotidiano; mudanças de ordem emocional.

Os resultados quanto à categoria mudanças no cotidiano podem ser observadas no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 - Mudanças no cotidiano

Subcategorias	Entrevistas	Unidades de registros/falas
Mudanças de renda/emprego	<p>E11 ^{E10}</p> <p>E3 ^{E5, E6, E7, E8}</p>	<p>Narrativa a: não mudou</p> <p>Da minha vida assim, na minha vida não mudou não, porque eu sou aposentada, pelo menos todo mês eu tenho o meu salarinho, não é muito não, mas eu tenho. (E11)</p> <p>Narrativa b: mudou muito</p> <p>Eu tive que parar. Tive que parar por causa do contato. Ninguém ia no salão me procurar mais, fiquei meses sentada, olhando para o teto, até que eu desisti e vim para dentro de casa. Eu passei muito aperto. Aí com esse negócio agora, dos colégios estar dando cesta básica, a bolsa família ter dado esse dinheiro, é que eu estou conseguindo manter.</p> <p>Eu tive vez de não ter um gás para botar aí, não ter condição de ter um botijão de gás dentro de casa. Juntou os irmãos tudo para me ajudar, cada um mandava um pouquinho de cada lado. Eu passei por isso aí.</p> <p>Estou devendo muito a minha água, porque eu não tive condições de pagar luz, água, comida.</p>

		Eu tinha tudo. Eu tinha uma vida tranquila. Eu fazia churrasco. Hoje eu não posso comprar um refrigerante para ajudar. É tudo para dentro de casa. (E3)
Mudanças nas relações familiares	<p>E5 E1, E3, E4, E6, E7, E8, E9, E10, E12, E14</p> <p>E2</p> <p>E11</p>	<p>Narrativa a: Afastou</p> <p>Ah, ficou um tempão sem ver eles. Ih, que eu estava ficando doente. Estava ficando doente sem ver meu netinho. Eu tenho uns netinhos que gosta de mim para caramba, então, fiquei um tempão sem ver eles. (E5)</p> <p>Narrativa b: Manteve</p> <p>Eu fui lá, ver ela. Mas, entre aspas né, a gente fica com um pé atrás, fica com medo. Fui eu, meu filho, minha nora, meu neto. Ficamos um final de semana e veio embora. (E2)</p> <p>Narrativa c: Melhorou</p> <p>Ah, só dentro de casa. E muito apoio das minhas irmãs. (E11)</p>
Mudanças nas atividades do cotidiano (isolamento, atividades domésticas)	<p>E5 E2, E3, E4, E6, E7, E8, E10, E11</p> <p>E1 E9, E13</p>	<p>Narrativa a: Redução de atividades de lazer</p> <p>Para mim foi sair de casa. Para mim foi à prisão dentro de casa, para mim foi a pior coisa. Foi pior do que pegar COVID porque se tivesse pegado COVID eu ia ou ficar internado ou tomava remédio melhorava.</p> <p>Eu não peguei, fiquei com medo de pegar e com medo de passar para os outros e fiquei preso dentro de casa e com medo das pessoas que ia chegar e passar para mim. Foi a pior maneira do COVID para mim foi isso aí.</p> <p>Eu saía muito, eu ia para o futebol, ia para a rua, ia tomar cerveja. E hoje? Eu fiquei um ano sem sair de casa. Já pensou um ano com vontade e só ficar dentro de casa? Você vai ali fora, tem uma área boa, sorte que tem uma área boa, a casa aqui é boa, aí eu andava ali, caminhava um pouco ali. Ficava andando por ali. (E5)</p> <p>Narrativa b: Aumento das atividades domésticas</p> <p>Cansativo é! Para quem faz direito, dentro do que manda é cansativo, muito cansativo. A roupa de cama eu trocava no dia sim, no dia não. A roupa dele vestir, tomava banho,</p>

	E14:	<p>trocava todo dia. Aí passava álcool na torneira do banheiro, na maçaneta e tudo. (E1)</p> <p>Narrativa c: Não sentiu diferença Para mim, eu não acho que mudou não, porque é igual o caso que falei, eu não sou de sair muito. (E14)</p>
Mudanças de ordem emocional (medo, solidão, ansiedade, infodemia)	<p>E2 E1, E5, E8, E9, E12</p> <p>E8</p> <p>E3 E1, E2, E5, E9</p> <p>E11, E12, E1, E2, E5, E9</p>	<p>Narrativa a: medo Fiquei com medo. Esse negócio só está dando morte, morte, muito difícil escapar. É muito difícil. Eu sei que aqui mesmo, eu vi o vizinho aqui, do lado de casa, coronavírus, morreu novo. Que a gente não pode nem fazer o velório né. Eu vi ele antes dele ir para o hospital, aí depois eu não vi mais. Fiquei muito chateada. Deu uma dor assim no coração, que não ia aguentar. (E2)</p> <p>Narrativa b: solidão E realmente a pandemia veio botou cada um, a gente vira egoísta. A gente fica egoísta, porque acha que é só, um e esquece que é do outro. E é muito difícil a realidade de todo mundo. (E8)</p> <p>Narrativa c: ansiedade Eu agora já estou assustada, diz que está vindo uma outra onda aí, lá de fora, do Japão, não sei de onde que é. Diz que está vindo uma onda bem forte aí, eu já vi falar. Vejo no celular e já estou me preparando para o, Deus que me perdoe, se esse negócio chegar aqui. (E3)</p> <p>Narrativa d: infodemia/fake News Porque se eu, minha filha, fico na televisão, eu não tinha me levantado não, porque só via isso. Eu só melhorei porque eu fechei meus olhos para televisão. Para não ver: “ah morreu fulano, morreu cicrano. Hoje morreu 600. Hoje morreu 700”. Nossa, você escutar isso aí todo dia foi dose. (E11) Porque no início foi muito, é ‘face’ (facebook), vizinho falava: “Ah, dá para a sua mãe ivermectina”, “toma o remédio de fulano que é bom”, “passa um produto na sua</p>

		casa, um repelente”. Que coisa é coisa assim, coisas banais. É um chá de babosa, chá de alguma coisa que ia deixar, pepino, comer pepino todos os dias era bom para tirar o COVID. (E12)
--	--	--

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Como demonstrado pelo quadro 2, as representações de mudança de renda/emprego variaram entre os que relataram mudar muito e os que relataram ausência de mudanças. As representações de mudanças nas relações familiares foram dos que se afastaram até os que se aproximaram dos familiares. Quanto às representações de mudanças nas atividades do cotidiano, foram identificadas redução de atividades de lazer, aumento das atividades domésticas e os que não sentiram diferença. Finalmente, quanto às mudanças de ordem emocional, foram identificadas representações associadas ao medo, solidão, ansiedade e infodemia/*fake news*.

Não houve relatos de melhoras nas condições de emprego e renda. Entre aqueles que citaram o tema, a maioria relatou piora. Os relatos incluem perda de clientes devido às recomendações de isolamento, dispensa do emprego, afastamento pelo medo de contaminação por ser do grupo de risco e, ainda, mudança na forma de trabalho. Grande parte dos entrevistados afirmou que houve redução nas atividades de lazer, levando a uma sensação de prisão, com influência nas relações sociais e familiares. Somente entrevistadas do sexo feminino tiveram queixas do aumento das atividades domésticas. Os entrevistados relataram que essas mudanças prejudicaram sua saúde mental.

Foram citados o medo da morte própria ou de parentes, luto pela morte de conhecidos, sensação de solidão e ansiedade, inclusive com sintomas físicos (dor no peito, dificuldade de concentração). O excesso de informações, tanto pelos meios de comunicação oficiais, quanto nas relações e redes sociais também foi apontado como agente causador de transtornos psicológicos.

Os transtornos mentais foram apontados como as doenças que mais sofreram piora durante a pandemia. Apesar de uma relação fisiológica com o mecanismo de infecção do vírus, há que se enfatizar as consequências da vivência da pandemia, como o isolamento social, a perda de familiares, o medo de adoecimento e morte pela covid-19 e as dificuldades de adaptação quanto aos novos meios de interação social,

gerando sintomas como ansiedade, tédio, raiva, frustração, irritabilidade e alterações do sono. Em indivíduos com comorbidade, os transtornos mentais, em especial a depressão, podem levar à piora das outras doenças, pelo maior risco de não adesão ao tratamento (BORGES et. al., 2020).

Lerner, Cardoso e Clébicar (2021), em sua pesquisa sobre o conteúdo veiculado nas mídias nos primeiros meses após a divulgação dos primeiros casos de contaminação pelo vírus da covid-19 – na época ainda apontado como um vírus misterioso –, demonstraram que o aumento da produção jornalística foi proporcional ao consumo. O jornalismo se retomou como uma fonte confiável e de credibilidade frente ao fenômeno da desinformação. O aumento das informações sobre a pandemia veio como consequência do aumento da audiência.

Entretanto, a disputa entre governo e mídia deu espaço às redes sociais, com postagens de temor, promessas de cura e negação das evidências científicas, levando à proliferação de informações falsas, incorretas e descontextualizadas. Os autores destacam que a desinformação, apesar de vetor de medo, ódio e indignação, também pode trazer esperança. Compreender o sentido e o efeito além da verdade ou da mentira pode contribuir para a criação políticas e estratégias públicas de comunicação (LERNER; CARDOSO; CLÉBICAR, 2021).

Os relatos encontrados expõem danos nas relações de emprego e renda, familiares e nas demais atividades do cotidiano. Essas situações, somadas ao medo, à solidão, às informações tanto em excesso quanto falsas sobre a doença, podem desencadear ou agravar quadros de ansiedade, tristeza e depressão, influenciando também a adesão ao tratamento das DCNT.

O tratamento das doenças crônicas, em especial na APS, já vinha caminhando para além da oferta de exames e prescrição de fármacos. Porém, nesse momento, torna-se ainda mais relevante identificar o contexto de vida do paciente e as possíveis influências sobre a saúde mental, frente às falhas no controle dessas doenças, buscando, assim, minimizar os prejuízos trazidos pela atual pandemia.

7.2 MUDANÇAS NAS NECESSIDADES DE SAÚDE

Quanto à segunda categoria de análise – mudanças nas necessidades de saúde –, foram identificadas as seguintes subcategorias: mudanças na condição da doença de base, mudanças na saúde mental, outros adoecimentos e necessidades.

Os resultados quanto à categoria mudanças nas necessidades de saúde podem ser observados no quadro 3, a seguir:

Quadro 3 - Mudanças nas Necessidades de Saúde

Subcategorias	Entrevistas	Unidades de registros/falas
Mudanças na condição da doença de base	<p>E1 E4, E5, E10</p> <p>E11 E2, E3, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14</p>	<p>Narrativa a: piorou a condição da doença de base Aí quando eu estava indo ele falou: “A senhora está infartando, tem que ir para fazer o procedimento lá em Muriaé”.</p> <p>Na mesma hora fez o negócio aqui, não sei não sei falar o que é. Aí no outro dia fez pela minha virilha. A operação foi um pouco complicada. (E1)</p> <p>Narrativa b: manteve o controle da doença de base Eu tomo sempre meu remédio, meu medicamento, então nesse, fazia sempre um chazinho de erva doce, uma coisa assim, para controlar o meu emocional. E mais o meu controle, de pressão. (E11)</p>
Mudanças na saúde mental	<p>E12 E1, E2, E3, E4, E5, E6, E9, E11</p> <p>E8</p>	<p>Narrativa a: percebeu alterações na saúde mental O medo de estar com aquilo me causou mais sofrimento do que se eu tivesse pegado aquela doença. Porque parece que eu fiquei muito mal só de pensar, porque aí eu fiquei doente psicologicamente, porque eu sentia falta de ar sem eu estar, eu sentia dor de cabeça. (E12)</p> <p>Narrativa b: manteve a condição de saúde mental Olha, dentro daquilo, o meu foi a normalidade. Como eu te disse eu não deixei de caminhar, porque eu tinha que ir ao mercado. Então a minha vida, eu ficava vendo filme. Eu via, às vezes, três filmes por dia e as ‘lives’ que a televisão te oferecia, mas com muita saudade. (E8)</p>
Outros adoecimentos e necessidades	E4 E3, E6, E10	<p>Narrativa a: piorou hábitos Descontrolou, subiu, mas acho que é devido a comer muito, compulsão de comer, e ansiedade também, de um dia melhor, de acabar, de a gente ficar à vontade, descansar, umas férias assim sabe, acho que é muita ansiedade também.</p>

	<p>E1 E3, E5, E6, E11</p>	<p>Eu engordei, voltei a fumar, depressão ficou descontrolada, meu emocional também. (E4)</p> <p>Narrativa b: desenvolveu uma nova doença/condição Que é isso, que é aquilo. E eu acho com isso, foi me afetando, foi me afetando, onde eu acho que o meu infarto foi mais prejudicado pela circunstância que estava, que eu estava lidando.</p> <p>Agora o meu infarto eu acho que é devido a minha ansiedade, a minha preocupação, o meu medo que eu tinha de pegar nas crianças. Onde foi acumulando e eu passando a noite acordada limpando banheiro, fazendo isso, fazendo aquilo. Então acumulou muita coisa em mim. Eu acho que deve ter sido isso. (E1)</p>
--	----------------------------------	---

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Como exposto no quadro 3, as representações de mudanças na condição da doença de base variaram entre aqueles que tiveram uma piora na doença de base e aqueles que mantiveram o controle da doença de base. Não houve representações de melhora na doença de base. Quanto às representações de mudanças na saúde mental, estas se expressaram entre aqueles que perceberam pioras na saúde mental e aqueles que mantiveram a saúde mental. Também não houve representações de melhoras nessa subcategoria. Já na subcategoria de outros adoecimentos e necessidades, foram identificadas as representações de piora nos hábitos e desenvolvimento de uma doença/condição.

Normando et. al. (2021) demonstraram que durante o período da pandemia de covid-19, houve aumento da taxa de letalidade por doenças cardiovasculares registrada no SUS, em comparação aos anos anteriores. Os autores relacionaram o resultado à gravidade da covid-19 nas doenças cardiovasculares e também a uma possível demora dos pacientes em buscar atendimento médico. Isso pode se associar ao presente estudo no qual, entre os entrevistados, quatro relataram piora na doença de base (HAS), sendo que três tiveram comprometimento cardiovascular grave, levando a um infarto agudo do miocárdio (IAM), um deles relacionado à contaminação por covid-19.

Parte significativa dos entrevistados relatou mudanças na saúde mental. Somente a palavra **medo** foi citada 152 vezes, no total das entrevistas. Os

entrevistados também referiram perda de memória, alterações de sono, além de sentimentos de tristeza e ansiedade relacionados à sensação de sentir-se preso, devido ao cumprimento das recomendações de isolamento social e também devido às mortes de pessoas próximas. Além disso, foram recebidos relatos de compulsão alimentar, redução da prática de atividade física, ganho de peso e retorno do hábito de fumar.

Kim e Kim (2022) utilizaram os dados de uma pesquisa realizada na Coreia durante a pandemia de covid-19 para comparar o resultado entre pacientes com e sem diabetes. O estudo demonstrou que pacientes com diabetes foram mais propensos a relatar estresse, depressão, aumento do tabagismo, redução da atividade física e do tempo de sono. Também foi percebido aumento no consumo de alimentos não saudáveis, consumo de alimentos por entrega e consumo de álcool. Os autores associaram o estresse e a depressão às mudanças de comportamentos não saudáveis nos pacientes com diabetes. Tais comportamentos prejudicaram o controle glicêmico em pacientes diabéticos, piorando o prognóstico em caso de contaminação por covid-19. Já o tabagismo é considerado fator de risco na covid-19 de forma geral, por deixar o indivíduo mais suscetível a infecções respiratórias.

Apesar de apenas uma pequena parcela dos entrevistados relatar piora na condição da doença de base, aqueles que a relataram tiveram complicações graves. Também foi demonstrado prejuízo para a saúde mental, piora nos hábitos de vida e desenvolvimento de novas condições.

Esses fatos somados alertam para o nível de gravidade que as doenças crônicas podem desenvolver, não só por sua fisiologia, como também pela associação com as consequências da pandemia de covid-19. Isso indica a necessidade do suporte não só aos pacientes de maior gravidade, mas também àqueles que até então não apresentam complicações, identificando e intervindo para minimizar fatores que possam prejudicar o tratamento da doença.

7.3 MUDANÇAS NO AUTOCUIDADO

Quanto à terceira categoria de análise – mudanças no autocuidado – foram identificadas as seguintes subcategorias: medidas de prevenção, percepção do grupo de risco e contaminação pelo vírus da covid-19.

Os resultados quanto a essa categoria podem ser observados no quadro 4, a seguir:

Quadro 4 - Mudanças no autocuidado

Subcategorias	Entrevistas	Unidades de registros/falas
Medidas de prevenção	E8 E1, E2, E3, E5, E6, E7, E9, E10, E11, E12, E13, E14	Narrativa a: aceitou a vacina: Eu confio na vacina. Confio quando a gente é criança lá no posto alguém sabe, procura saber a origem da vacina que está dando no seu filho? Por que agora que a outra não é boa? Então confio muito na ciência. (E8)
	E4	Narrativa b: desconfia da vacina: Porque muito rápido que a doença foi apareceu, matou tanta gente do nada apareceu essa vacina. Por que não inventa então uma vacina pro câncer? Para uma alguma outra doença também, HIV, câncer? Do nada surgiu essa vacina? De repente pode ser uma coisa só para dar uma amenizada, uma acalmada na população mesmo, porque mesmo com vacina as pessoas estão pegando, estão morrendo, está acontecendo tudo vacinado, eu não sei. Realmente pode ser que eu esteja errado, porque vacina é muito importante, todas que eu tomei, não deixei de toma nenhuma, desde bebê, eu sempre achei vacina muito importante, mas acho que é a que eu menos acredito assim. Tomei, todas, tomei todas as doses. (E4)
	E2 E1, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10, E11, E12, E14	Narrativa c: seguiu as medidas de prevenção recomendadas (máscara, higiene e isolamento): É o álcool gel, a máscara também. Que tem que usar mesmo. Usou, lava, se não for descartável, lava a máscara para usar de novo. Para ir na rua tem que ir com máscara, não pode ir sem máscara. Mas eu sou muito difícil eu ir na rua. Muito difícil mesmo. Porque precisa das coisas meu filho traz ou minha nora traz para mim. Aí para ir na rua passear, andar à toa, eu não vou. (E2)
	E13	Narrativa d: seguiu parcialmente as medidas de prevenção recomendadas: Eu não parei para nada, continuei fazendo tudo, não parei para nada. Eu só ponho assim minha máscara, dentro casa

		<p>não põe máscara não, eu quase morro de sufocada, eu não aguento máscara, mas na hora que eu saio na rua, eu saio. Saio e se eu precisasse de ir na rua eu ia do mesmo jeito, mesmo com a COVID, eu punha a máscara eu ia.</p> <p>Eu vou na rua, não parei dentro de casa, meu filho fica: “mãe, faz o favor de ficar dentro de casa, para com isso”. Falei assim: “eu não deixo de fazer meu serviço para ninguém fazer para mim, enquanto eu puder fazer eu vou fazer”. Se eu tiver de morrer um dia, eu vou morrer, então não adianta. (E13)</p>
Percepção de grupo de risco	<p>E7 E5, E6, E11, E14</p> <p>E6 E1, E3, E9, E11</p> <p>E13</p> <p>E8</p>	<p>Narrativa a: se percebe como grupo de risco</p> <p>Parei por causa da pandemia. Porque eu estou com 60 anos, sou diabético, eu estava obeso. Aí eu falei: “Não, vou parar”. (E7)</p> <p>Narrativa b: percebe alguém da casa como grupo de risco</p> <p>A princípio nós ficamos muito apreensivos por causa da minha mãe, porque ela tem 91 anos. Ela tem pressão alta e problemas no coração e agora apresentou um caso de pré-diabetes, mas graças a Deus, já está controlado. Minha preocupação primeira foi a dela. (E6)</p> <p>Narrativa c: outra pessoa o percebe como grupo de risco</p> <p>É porque ele fica preocupado comigo, que ele fala que eu sou velha, que eu estou ruim para andar já, vou fazer 81 anos terça-feira. (E13)</p> <p>N Narrativa d: não percebe o grupo de risco</p> <p>Não, é igual para todos. Porque o banheiro que a gente usa é o que todo mundo usa, na sala de café é todo mundo junto. Então eu acho que é para tudo. Como eu te disse, a gente fica ali. Eu quero isso aqui? Não, mas é para todos. (E8)</p>
Contaminação por COVID	<p>E10 E6, E7, E9, E13</p>	<p>Narrativa a: foi contaminado</p> <p>Olha, o mais do que a gente previne do coronavírus, minha filha, eu peguei coronavírus aqui dentro da minha casa. Como que a gente vai? Veio aqui dentro da minha casa o coronavírus. E a gente não sai, a gente sai, sai quando é</p>

	<p>E14 E1, E2, E6, E9, E10, E11, E13</p> <p>E3 E5, E8, E12</p>	<p>preciso, evita muito. Mas nós pegamos ele aqui dentro de casa, que ele veio. (E10)</p> <p>Narrativa b: Um ou mais moradores da casa foram contaminados</p> <p>Quando ele (o marido) teve. Aí eu usava a máscara, levava as coisas para ele no quarto, assim dava na porta, era assim.</p> <p>Narrativa c: nenhum morador da casa foi contaminado: Graças a Deus ninguém que teve nada, ninguém da família, nada.</p>
--	--	---

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Conforme o quadro 4, as medidas de prevenção foram aderidas total ou parcialmente, incluindo uso da máscara, medidas de higiene, isolamento e vacinação, não sendo encontradas falas de negação dessas medidas. Quanto à percepção do grupo de risco, as representações variam desde aqueles que se percebem como grupo de risco até aqueles que não acreditam que existam esses grupos. Por fim, em relação à contaminação pelo vírus da covid-19, foram de contaminados a não contaminados.

Os resultados encontrados corroboram com os mencionados na literatura. No estudo de Mesenburgl et. al. (2021), que utilizou a base de dados do inquérito nacional EPICOID, entre os participantes que referiram ter alguma DNCT, quase a totalidade referiu utilizar máscara para sair de casa. Entretanto, os autores observaram um possível viés de informação: os participantes podem afirmar utilizar a máscara pois sabem que esse é o comportamento recomendado/exigido no atual momento.

Ainda no estudo de Mesenburgl et. al. (2021), os autores demonstram que apesar da maior adesão de portadores de DCNT ao uso da máscara e ao isolamento, a presença de anticorpos contra SARS-CoV-2 foi equivalente ao grupo de não portadores de DCNT. Os autores observaram que os portadores de DCNT recebiam visitas de familiares e que, possivelmente, o uso da máscara não era adotado em casa, levando à contaminação por familiares que aderiam menos ao isolamento. Assim foi também relatado pelos entrevistados do presente estudo que, apesar de não saírem, foram contaminados em casa por moradores que não aderiram ao isolamento ou familiares que frequentavam a casa.

Quanto à vacinação, todos os entrevistados relataram ter tomado as doses da vacina recomendadas até o momento da entrevista. O estudo realizado no México por Jiménez-Corona *et al.* (2009) aponta que a percepção de risco da doença está associada ao comportamento em relação à saúde, o que leva uma pessoa que percebe a si ou a um familiar em risco a tomar atitudes mais positivas em relação à vacinação. Isso corrobora com os achados do presente estudo, em que apenas um entrevistado demonstrou não perceber o grupo de risco.

Jiménez-Corona *et al.* (2009) destacam que apesar das campanhas de desinformação, em especial sobre a vacina, realizada por diferentes meios não confiáveis ou que forneceram informações tendenciosas, gerando desconfiança e dúvidas em relação à real existência da doença, nível gravidade e eficácia da vacina, a aceitação da vacina para H1N1 em 2009, no México, foi grande. Os autores relacionam entre os fatores os registros de óbitos por casos graves, a saturação dos serviços de saúde e o histórico das campanhas de vacina já realizadas anteriormente no país. Assim, podemos correlacionar esses fatos ao ocorrido no Brasil agora, na pandemia de covid-19 e aos achados do presente estudo, em que um entrevistado relatou ter tomado todas doses recomendadas, apesar de estar desconfiado da vacina para covid-19, uma vez que toma vacinas desde criança e que sempre acreditou nelas.

De forma geral, os pacientes seguiram as recomendações de prevenção, inclusive com grande adesão à vacina. Apesar disso, o número de contaminações foi significativo, inclusive com relato de gravidade.

É relevante considerar que pessoas com DCNT, por representarem um grupo de risco da covid-19, necessitam de acompanhamento com um olhar diferenciado e atenção às queixas e sua correlação com possíveis consequências tardias da contaminação pelo vírus da covid-19, evitando assim complicações de sua condição. Observou-se também como as campanhas de saúde podem ter efeito a longo prazo e como a compreensão da doença crônica pode contribuir para adesão às recomendações. Entretanto, foi demonstrada a importância do envolvimento de familiares nessa compreensão, para que o cuidado se tornasse realmente efetivo.

7.4 MUDANÇAS NO CUIDADO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Quanto à quarta categoria de análise – mudanças no cuidado da atenção primária –, foram identificadas as seguintes subcategorias: serviços ofertados, processo de trabalho e metodologias e estratégias.

Os resultados quanto à categoria mudanças no cuidado da atenção primária podem ser observadas no quadro 5, a seguir:

Quadro 5 - Mudanças no Cuidado da Atenção Primária

Subcategorias	Entrevistas	Unidades de registros/falas
Serviços ofertados	E9 E2, E5, E6, E7, E8, E9, E11, E12, E13, E14 E3 E10	Narrativa a: recebeu atendimento Porque meu filho passou no dentista, nesse período de pandemia. Eu passei no médico, fiz o preventivo, igual eu estou falando. Quando era necessário eles vinham aqui assistir meu pai, o médico, a enfermeira vinha. (E9) Narrativa b: buscou e não conseguiu atendimento Aí eu fui lá em cima no Postinho tentar uma nutricionista, não tinha. Eu em desespero, porque eu estava deste tamanho, meu estômago, parecia que a barriga ia explodir. (E3)
Processo de trabalho	E8 E9 E2, E3, E6, E7, E13	N Narrativa a: não percebeu mudanças Continuou as visitas, eu não percebi mudança alguma. Então sempre foi muito bom. (E8) Narrativa b: percebeu mudanças Na conversa eu falei para ele se tinha visto fantástico e ele também, com o paizinho dele lá, que já estava com problema de saúde. Ele concordou comigo que aquilo foi muito triste. Aí a gente ainda falou na possibilidade dos nossos pais ser internado. Como a gente ia para o hospital para ficar, porque eles pediam: “Não vem pro hospital!”. Está com uma dor de cabeça, fica em casa, toma um remédio. Só nas últimas consequências mesmo que para vir para o hospital. Tudo isso a gente conversou e ele concordou comigo na época. (E9)
Metodologias e estratégias	E1 E5, E9, E12, E13, E14	Narrativa a: teleatendimento Tudo que eu preciso, eu ligo para lá, graças a Deus. Porque igual, quando ele deu a COVID, ligava para lá, vocês me

	<p>E8 E3, E9</p> <p>E3 E6, E7, E9, E11, E12, E14</p>	<p>informavam. Era até o doutor, pois então, conversei até com ele, por telefone, ele foi muito educado, explicou. A enfermeira me explicou. Não tenho nada que reclamar. (E1)</p> <p>Narrativa b: atenção a COVID-19 Trouxeram máscara para nós. Então assim, louvável. Teve o distanciamento das cadeiras. Acho que eu fui lá uma ou duas vezes, então ali foi, todo o preparo. Aquela fita nos distanciando, as cadeiras. Foi sim. (E8)</p> <p>Narrativa c: mudanças no fluxo de atendimento Eles estavam lá testando para COVID. Na parte de baixo do colégio, o portãozinho ao lado, estava tendo esse negócio de COVID. (E3)</p>
--	--	--

Fonte: elaborado pela autora (2023).

De acordo com o exposto no quadro 5, as representações de serviços ofertados variaram entre aqueles que receberam atendimento e aqueles que buscaram e não conseguiram atendimento. Como representações de processo de trabalho, foram encontrados aqueles que perceberam mudanças e os que não perceberam. Em representações de metodologias e estratégias, foram observadas teleatendimento, atenção à covid-19 e mudanças no fluxo de atendimento.

Como um dos critérios de inclusão do estudo foi ter frequentado a UBS nos 90 dias anteriores a pesquisa, todos os participantes receberam algum tipo de atendimento, mesmo que não tenham relatado. Entretanto, destacamos os relatos de atendimentos não relacionados à covid-19 ou não urgentes, como atendimento odontológico, realização de preventivo citopatológico e visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e também por profissionais de outras categorias. Os entrevistados que relataram ter conseguido atendimento foram aqueles que buscaram por atendimentos dos profissionais de apoio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que foram redirecionados para outras funções relacionadas à covid-19.

Foram relatadas mudanças no atendimento, em geral, positivas. Entre as falas, foram observadas citações de orientação sobre a covid-19 em atendimentos de rotina e também dos relatos do medo expressado pelos profissionais, principalmente em relação à contaminação dos familiares. Seidu et. al. (2022), em seu estudo com

profissionais da atenção primária do Reino Unido, demonstraram que grande parte dos profissionais se preocupava muito em se infectar ou infectar outros membros da família, além de se sentir sobrecarregada e emocionalmente esgotada, percebendo que a pandemia impactou na sua capacidade de atendimento, no caso aos pacientes com diabetes.

Os entrevistados mencionaram o telefone como meio de comunicação com a equipe, tanto para monitoramento de pacientes contaminados por covid-19, quanto para orientações e esclarecimentos de dúvidas dos usuários. Foram percebidas ações voltadas para redução do risco de contaminação realizadas na rotina da UBS, estratégias de fluxo dentro da unidade e, posteriormente, a criação de um centro de atendimento para covid-19.

Em diversos locais do país, foram relatadas iniciativas para reduzir a disseminação do vírus e garantir o cuidado individual dos casos confirmados e suspeitos de covid-19, como a organização de fluxos conforme a realidade local, com estratégias dentro da própria UBS, definição de estabelecimentos ou criação de polos de atenção à covid-19 para atender aos casos suspeitos. Além disso, há que se mencionar também o teleatendimento, que em alguns casos foi realizado pelas equipes da APS, incluindo profissionais da odontologia e NASF, outros por profissionais de outros níveis de atenção ou centrais próprias. Em algumas localidades, houve a disponibilização de *smartphones* e fluxos para o teleatendimento, inclusive para fornecimento de medicações e solicitação de exames.

Giovanela et. al. (2020) destacam a importância da continuidade dos cuidados rotineiros da APS, visto que as necessidades permanecem, em especial aos grupos de maior risco, como gestantes, criança, hipertensos e diabéticos. Assim, recomendam manter as visitas peridomiciliares pelos agentes comunitários de saúde (ACS) e, no caso de pacientes de maior risco, pelos enfermeiros e médico. Os autores relatam que em um primeiro momento o medo, a incerteza, a ausência de autoridade sanitária nacional e de diretrizes nacionais claras, levou à suspensão de atividades. Aos poucos, as atividades foram retomadas por iniciativas locais, porém houve grande discrepância devido à falta de uma orientação nacional.

Como visto, a APS buscou criar estratégias para reduzir o risco de contaminação durante o fluxo de atendimento e tentar manter uma certa normalidade na rotina das equipes. Apesar disso, sabemos que em determinados momentos os atendimentos precisaram ser suspensos ou reduzidos, tanto para diminuir o risco de

contaminação pela covid-19, quanto para atender à alta demanda de casos, nas chamadas ondas da pandemia.

Com a atenuação da emergência sanitária e liberação de procedimentos pelos órgãos competentes, pode haver uma sobrecarga da capacidade de atendimento das equipes, devido à demanda que vem sendo reprimida desde a declaração da pandemia de covid-19 pela OMS. Para amenizar essa situação, podem ser criados fluxos e protocolos que priorizem aqueles com maior indicação de atendimento e programas de educação continuada que possibilitem o maior aproveitamento do tempo despendido a cada paciente. Melhorias no sistema de teleatendimento, com o uso de equipamentos que permitam comunicações mais rápidas e visualização por câmaras também podem facilitar o acesso e aumentar a resolutividade.

Além do apoio para o desenvolvimento do trabalho, os profissionais podem necessitar de suporte psicológico, tanto devido ao sofrimento causado pela pandemia, quanto para lidar com retorno às atividades com provável aumento da demanda, tanto em número de pacientes quanto na necessidade de cada paciente.

7.5 MUDANÇAS NO CUIDADO EM REDE

Quanto à quinta categoria de análise – mudanças no cuidado em rede – foram identificadas as seguintes subcategorias: serviços ofertados, processo de trabalho e metodologias e estratégias.

Os resultados quanto à categoria mudanças no cuidado em rede podem ser observadas no quadro 6, a seguir:

Quadro 6 - Mudanças no Cuidado em Rede

Subcategorias	Entrevistas	Unidades de registros/falas
Serviços ofertados	E13 E1, E2, E3, E14	Narrativa a: recebeu atendimento Ela foi muito ruim, foi meio assim, morta, foi no SAMU. Ela internou umas três horas da tarde na segunda feira. Na quarta o marido dela foi de noite e morreu de madrugada. (E13)
	E5 E1	Narrativa b: não recebeu atendimento No ano passado eu não fui porque não agendava, não tinha agendamento. Não tinha agendamento. Eles não agendavam

		para gente ir. Então: “o médico não está aqui, o médico não está atendendo”. Então não tinha. (E5)
Processo de trabalho	E12 ^{E1, E11}	Narrativa a: medo de frequentar estabelecimentos de saúde Então os farmacêuticos ficaram atendendo as pessoas em casa, mandavam remédio, de tanto medo de você ir no hospital ou procurar uma assistência pública no posto, porque só estavam falando que a gente estava com essa doença. Internar você em um lugar, que você não está com COVID, junto com quem tem, você pira, você acaba ficando louca. E o medo de operação, de operar nessa pandemia? Aí eu fiquei louca. (E12)
Metodologias e estratégias	E4 E5	Narrativa a: atenção a COVID-19 Ah eu percebi mais dedicação né, eles se voltaram todos para esse problema. E muitas pesquisas, igual da vacina e tudo acho que realmente parou o mundo por conta disso para ver, olhar para essa questão. (E4) Narrativa b: mudanças no fluxo de atendimento Pergunta antes de você entrar, pergunta se alguém da família já teve, o tempo que teve. Porque se fosse recente, igual eu, se o [] fosse dado agora um mês atrás que fosse, eu não poderia entrar. E exigiu o cartão de vacina. Então foi uma coisa tranquila, sem medo. Porque lá não é de COVID, o hospital de COVID é outros hospitais. (E1)

Fonte: elaborado pela autora (2023).

Conforme visto no quadro 6, as representações de serviços ofertados variaram entre aqueles que receberam e os que não receberam. Como representação de processo de trabalho, foi observado o medo de frequentar os estabelecimentos de saúde. Por último, para representações de metodologias e estratégias foram observadas atenção à covid-19 e mudanças no fluxo de atendimento.

As falas relacionadas à rede de atenção à saúde (RAS) apareceram em menor quantidade, se comparadas às outras categorias. Quanto à manutenção da assistência, a maior parte das falas foi de entrevistados que, de alguma forma, foram atendidos, porém destacamos que os entrevistados que relataram não receber atendimento se referiram ao programa de atendimento para hipertensos e diabéticos

de alto risco. Chama a atenção o fato que esses dois entrevistados tiveram IAM no período pandêmico.

Um dos achados encontrados foi em relação ao medo de frequentar os estabelecimentos de saúde, inclusive os da APS, devido aos atendimentos de covid-19 nos locais e também ao risco de ser classificado com alguma suspeita da doença ao buscar atendimento. Uma das entrevistadas relatou se sentir segura em um hospital que não atendia casos de covid-19 e por perceber a utilização de protocolos de triagem de visitantes. Também foram observados os esforços para contenção da doença.

A pesquisa de Pinto et. al. (2021), realizada com profissionais que prestavam atendimento a usuários com HAS e DM, demonstrou que houve queda na frequência dos pacientes e, entre os fatores apontados, estava o medo dos pacientes de comparecer à consulta e contrair a covid-19. Observou que a maioria dos pacientes que buscaram atendimento o conseguiram, porém, a maior parte dos participantes não procurou atendimento, o que pode ser motivado pelo receio da exposição e infecção pelo coronavírus, justificando a piora relatada da doença crônica, mesmo em pacientes não infectados.

De forma geral, houve não só no Brasil, mas em diversos outros países, uma redução nos procedimentos eletivos, justificado pela tentativa de reduzir a transmissão do vírus da covid-19 e redirecionar profissionais, porém tal fato levou ao aumento da mortalidade e morbidade por outras causas, como já observado em outras epidemias (BORGES et. al., 2020; GIOVANELLA et. al., 2020).

Estudos demonstraram um aumento dos óbitos por doenças cardiovasculares, tanto hospitalares como domiciliares, a partir da declaração da pandemia pela OMS, em março de 2020, especialmente em pacientes que já apresentavam outras comorbidades como hipertensão, insuficiência cardíaca e diabetes. Ao mesmo tempo houve redução no registro de procedimentos desde os atendimentos nas UBS até as internações hospitalares (NORMANDO et. al., 2020; GUIMARÃES et. al., 2021).

O exposto demonstrou que o funcionamento da RAS foi prejudicado, tanto pela grande demanda de atendimentos para covid-19 e redução das consultas de rotina, quanto pelo medo dos pacientes em frequentarem estabelecimentos de saúde.

Nesse momento, torna-se interessante criar estratégias que possam otimizar o fluxo da RAS, como reformular e reforçar o uso de protocolos para encaminhamentos da APS para os demais níveis de atenção, além de fortalecer a capacidade de

resolução da APS, com programas de educação continuada, disponibilidade de recursos básicos (equipamentos, medicações, exames complementares) e profissionais de apoio (NASF).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foi demonstrado que os pacientes com DNCT sofreram pioras no estado de saúde, tanto por relação com a contaminação por covid-19, quanto pelas consequências da pandemia, como isolamento, medo, falta de esperança. Além do agravamento da DCNT, houve perda na qualidade da saúde mental, com agravamento ou surgimento de condições como depressão e ansiedade. Houve boa adesão às medidas recomendadas, especialmente a máscara e a vacina. Entretanto, muitos relataram casos de contaminação pela covid-19.

Ocorreu queda na frequência a consultas, atendimentos e atividades coletivas, devido à redução na oferta para minimizar o risco de contaminação pela covid-19 ou por redirecionamento dos profissionais para atendimentos relacionados a covid-19. O medo de frequentar estabelecimentos de saúde e as recomendações de isolamento também foram fatores que levaram os pacientes a reduzir o acompanhamento da DNCT. A APS buscou formas de reduzir os riscos de contaminação e incentivar a recomendações de prevenção. Sentimentos como medo também foram observados em profissionais.

A soma dos fatos demonstrados aponta para uma sobrecarga de atendimento na APS em um momento de atenuação da emergência sanitária, tanto pela demanda reprimida, quanto pelo agravamento das doenças preexistentes e surgimento de novas condições. Além disso, faz-se necessário ressaltar que a APS é responsável pelo acompanhamento de diversas outras condições de saúde e ciclos de vida, que possivelmente também passaram por situações semelhantes, e se somarão as necessidades de atenção das equipes.

Para enfrentar o impacto da pandemia nas DCNT faz-se necessário fortalecer a APS, com apoio aos profissionais, tanto por capacitações, quanto por atenção à saúde mental, especialmente aos que atuaram no enfrentamento da covid-19. Será necessário retomar o trabalho dos profissionais de apoio da APS, individuais, mas principalmente coletivos, já que esses são capazes de atender mais pacientes, em um mesmo tempo e com grande potencial de resolubilidade, principalmente dos casos de menor gravidade. Para evitar o colapso da rede de atenção saúde é importante garantir sua ordenação, com o auxílio de fluxos pré-estabelecidos e protocolos que possam garantir o acesso daqueles com maiores indicações aos demais pontos da rede.

REFERÊNCIAS

ALTUNTAS, M.; YILMAZ, H.; GUNER, A.E. Evaluation of patients with covid-19 diagnosis for chronic diseases. **Virology Journal**, v. 18, n. 57, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12985-021-01524-0>. Acesso em: 13 jun. 2021.

ARRUDA, D. E. G. et al. Prognóstico de pacientes com covid-19 e doenças crônicas: uma revisão sistemática. **Com. Ciências Saúde**, v. 31, n. 3., p.79-88, 2021. Disponível em: <http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/748>. Acesso em: 15 mai. 2021.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; LDA, 2011.

BARRETO, M.S. Não utilização de consultas de rotina na Atenção Básica por pessoas com hipertensão arterial. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 23, n. 3, p. 795-804, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/xT99R3JrMqWZyCgpHGgdmTj/?lang=pt> Acesso em: 17 jun. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2020: tabagismo e consumo abusivo de álcool**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de tabagismo e consumo abusivo de álcool nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Vigitel Brasil 2006-2020: estado nutricional e consumo alimentar**. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica do estado nutricional e consumo alimentar nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal entre 2006 e 2020. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas e agravos não transmissíveis no Brasil - 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional pela Doença pelo Coronavírus 2019**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Manual – como organizar o cuidado de pessoas com doenças crônicas na APS no contexto da pandemia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Atos do Poder Legislativo. Lei Federal nº 14.019 de 2 de julho de 2020. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, ed.126, seção 1, p. 2, 03 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.565, de 18 de junho de 2020. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, ed.116, seção 1, p. 64, 19 de junho de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Boletins Epidemiológicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: Saúde define critérios de distanciamento social**. Brasília, DF: 06 abr. 2020. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fantigo.saude.gov.br%2Fimages%2Fpdf%2F2020%2FApril%2F06%2F2020-04-06-BE7-Boletim-Especial-do-COE-Atualizacao-da-Avaliacao-de-Risco.pdf&clen=4944287&chunk=true>. Acesso em: 08 nov. 2021.

BORGES, K. N. G. et al. O impacto da pandemia de covid-19 em indivíduos com doenças crônicas e a sua correlação com o acesso a serviços de saúde. **Rev. Cient. Esc. Estadual Saúde Pública Goiás “Candido Santiago”**, v. 6, n. 3., 2020. Disponível em: <https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/240>. Acesso em: 02 mai. 2021.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos Em Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 06/11/2021.

DELATORRE, E. et. al. Acompanhando a data de início da disseminação comunitária do SARS-CoV-2 nos países ocidentais. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, Rio de Janeiro, v. 115, 2020. Disponível em: <https://memorias.ioc.fiocruz.br/article/10747/0183-tracking-the-onset-date-of-the-community-spread-of-sars-cov-2-in-western-countries>. Acesso em: 10 jun. 2022.

ESTRELA, F. M. et. al. Covid-19 e doenças crônicas: impactos e desdobramentos frente à pandemia. **Rev. baiana enferm.**, v. 34, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36559>. Acesso em: 14 mar. 2021.

FREIRE, P., FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta**. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

GIOVANELLA, L. et. al. A contribuição da Atenção Primária à Saúde na rede SUS de enfrentamento à Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 44, n. 4, p. 161-176, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E410>. Acesso em: 12 nov. 2022.

GUIMARÃES, N. S. et al. Aumento de Óbitos Domiciliares devido a Parada Cardiorrespiratória em Tempos de Pandemia de COVID-19. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 2, p. 266-271, 2021. Disponível em: <https://abccardiol.org/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php?xml=0066-782X-abc-116-02-0266.xml&lang=pt-br>. Acesso em: 25 out. 2022.

GRASSO, D. Em 2020, 1,8 milhão de vidas levadas pela covid-19. Em 2021, a esperança da vacina. **Jornal El País**, Madri, 31 dez. 2020. Disponível em: <https://brasil.elpais.com/sociedad/2020-12-31/em-2020-18-milhao-de-vidas-levadas-pela-covid-19-em-2021-a-esperanca-da-vacina.html>. Acesso em: 05 jul. 2021.

IBGE. **Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

IBGE. **População estimada**: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=downloads>. Acesso em: 06 nov. 2021.

Jl, D. et. al. Predição de risco de progressão em pacientes com pneumonia covid-19: a pontuação CALL. **Clin. Infect. Dis.**, v. 71, n. 6, p. 1393-1399, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32271369/>. Acesso em: 13 jun. 2021.

JIMENEZ-CORONA, M. E. et al. Knowledge, attitudes and practices about influenza A(H1N1) 2009, and influenza vaccine in Mexico: results of a population survey. **Salud Publica de Mexico**, v. 54, n. 6, p. 607-615, 2012. Disponível em: <https://scielosp.org/article/spm/2012.v54n6/607-615/es/>. Acesso em: 07 nov. 2022.

KIM, H. R.; KIM, J. S. Stress, depression and Unhealthy Behavior Changes among Patients with Diabetes during covid-19 in Korea. **Healthcare**, v. 10, n. 303, p. x-x, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020303>. Acesso em: 25 out. 2022.

LERNER, K.; CARDOSO, J. M.; CLÉBICAR, T. Covid-19 nas mídias: medo e confiança em tempos de pandemia. In: MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P.; SEGATA, J.. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. Rio de Janeiro: Observatório COVID-19; Editora FIOCRUZ, 2021. p. 221-231. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9786557080320.0018>. Acesso em: 24 out. 2022.

LI, X. et al. Risk factors for severity and mortality in adult covid-19 inpatients in Wuhan. **The Journal of allergy and clinical immunology**, v. 146, n. 1, p. 110-111, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7152876/>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MALTA, D. C. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e mudanças nos estilos de vida durante a pandemia de covid-19 no Brasil. **Rev. bras. Epidemiol.**, v. 24, 2021. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1251271>. Acesso em: 13 jun. 2021.

MARINHO, W. Quais países já começaram a vacinação contra a Covid-19 e quais são os próximos. **CNN Brasil**, São Paulo, 13 dez. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/saude/quais-paises-ja-comecaram-a-vacinacao-contr-a-covid-19-e-quais-sao-os-proximos/>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MARQUES, R. DE C.; SILVEIRA, A. J. T.; PIMENTA, D. N. A pandemia de Covid-19: interseções e desafios para a história da saúde e do tempo presente. In: SIQUEIRA, T. R. et al. (Org.). **Coleção história do tempo presente**. Boa Vista: Editora da UFRR, 2020. p. 225-249.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MESENBURG, M. A. et al. Doenças crônicas não transmissíveis e covid-19: resultados do estudo Epicovid-19 Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 55, n. 38, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wQR46xj6RxJGqcr93VMwRsv/?lang=pt&format=html#> Acesso em: 24 out. 22.

NAJERA, H.; ORTEGA-AVILA, A.G. Fatores de risco de saúde e institucionais da mortalidade por covid-19 no México, 2020. **Am. J. Prev. Med.**, v. 60, n. 4, p. 471-477, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0749379720305122>. Acesso em: 11 ago. 2021.

NORMANDO, P. G. et al. Redução na Hospitalização e Aumento na Mortalidade por Doenças Cardiovasculares durante a Pandemia da COVID-19 no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 116, n. 3, p. 371-380, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200821>. Acesso em: 24 out. 2022

OMS. **Preventing Chronic Diseases a vital investment**. World Health Organization. Geneva: WHO, 2005.

OMS. **Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief**. World Health Organization. 09 jul. 2020.

OMS. **Mask use in the context of COVID-19**. Interim guidance. 01 dec. 2020.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Status of COVID-19 Vaccines within WHO EUL/PQ evaluation process**. Guidance Document 26 May 2022.

OPAS. **Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas**. Washington, DC: OPAS, 2015.

OPAS. **Manejo Clínico da COVID-19**. Washington, DC: OPAS, 17 de maio de 2020.

OPAS. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia**. Washington: OPAS, 11 de mar. 2020.

OPAS. **Saúde digital**: uma estratégia para manter a assistência à saúde de pessoas que vivem com doenças não transmissíveis durante a pandemia de COVID-19. 2020.

OPAS. **Epidemiological Update: Coronavirus disease (COVID-19)**. Washington, D.C.: PAHO/WHO. 9 November 2020.

OPAS. **Novo Coronavírus 2019 (2019-nCoV)**: Plano estratégico de preparação e resposta. Brasília, D.F.: OPAS; 3 de fevereiro 2020.

OPAS. **Covid estratégias de prevenção Medidas não farmacológicas de saúde pública para mitigação do risco e impacto de epidemias e pandemias de Influenza**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2020.

OPAS. **Perguntas frequentes sobre vacinas contra a COVID-19**. v. 4. 7 de abril de 2021.

ORTELAN, N., et al. Máscaras de tecido em locais públicos: intervenção essencial na prevenção da COVID-19 no Brasil. **Cien Saúde Colet.**, v. 26, n.2, 2020. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/mascaras-de-tecido-em-locais-publicos-intervencao-essencial-na-prevencao-da-COVID-19-no-brasil/17814?id=17814>. Acesso em: 12 out. 2021.

PATTON, M. Q.. **Qualitative evaluation and reserch methods**. 3. ed.: Sage Publications, 2001.

PINTO, B. F. et al. Os impactos da covid-19 na manutenção da saúde dos pacientes hiperdia: o que os profissionais relatam? **Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida**, v.13, n. 3, 2021. Disponível em: <http://www.cpaqv.org/revista/CPAQV/ojs-2.3.7/index.php?journal=CPAQV&page=article&op=view&path%5B%5D=796> Acesso em: 25 out. 2022

RAHMANI-KUKIA, N.; ABBASI, A. Physiological and Immunological Causes of the Susceptibility of Chronic Inflammatory Patients to COVID-19 Infection: Focus on Diabetes. **Front. Endocrinol.**, v. 12, n. 576412, 2021. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2021.576412/full>. Acesso em: 13 jun. 2021.

Capa. **Revista Teoria e Cultura**, v.15, n. 1, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/30254>. Acesso em: 15 nov. 2021.

SEIDU, S. et al. The impact of the COVID pandemic on primary care diabetes services in the UK: A cross-sectional national survey of views of health professionals

delivering diabetes care. **Primary Care Diabetes**, v. 16, p. 257–263, 2022. Disponível em: [https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918\(21\)00231-X/fulltext#relatedArticles](https://www.primary-care-diabetes.com/article/S1751-9918(21)00231-X/fulltext#relatedArticles). Acesso em: 25 out. 2022.

ZUIN, M. et al. Incidence and mortality risk in coronavirus disease 2019 patients complicated by acute cardiac injury: systematic review and meta-analysis. **Journal of Cardiovascular Medicine**, v. 21, n. 10, p 759-764, 2020. Disponível em: https://journals.lww.com/jcardiovascularmedicine/Fulltext/2020/10000/Incidence_and_mortality_risk_in_coronavirus.6.aspx. Acesso em: 13 jun. 2021

ANEXO A – Questionário (1ª etapa)

Perfil do entrevistado

Características Sociodemográficas

1. Data de Nascimento: __/__/____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Cor/Raça Autorreferida: () Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela
4. Estado Civil: () Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Vive Junto
5. Nível Educacional: () Sem Escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental () Médio incompleto () Médio () Superior incompleto () Superior () Pós-graduação
6. Quantas pessoas moram com você? () 0 () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () Mais de 10
7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para dormir inclui quartos e sala)? () 1 () 2 () 3 () 4 ou 5 () 6 a 8 () Mais de 8
8. 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
9. Qual era a sua ocupação/ trabalho principal antes do início pandemia do CORONAVÍRUS (admita mais de uma resposta)?
 - () Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho
 - () Empregado(a) sem carteira de trabalho () Trabalhava por conta própria
 - () Cooperativado(a) () Trabalhava sem remuneração () Bolsista

- Estudante Aposentado(a) Dono(a) de Casa Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar
 Procurava, mas não encontrava trabalho Não trabalhava por outro motivo
 Outros _____

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

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

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

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

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

- 0 1 2 3 a 4 5 e mais

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

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

14. O/a Sr.(a) tem plano de saúde?

- Sim Não

ANEXO B – Roteiro semiestruturado para entrevistas (2ª etapa)

Sobre as ações de enfrentamento das pessoas e famílias:

1) Como o Sr.(a) e sua família lidaram ou estão lidando para o enfrentamento da pandemia?

Sobre as informações recebidas:

2) O Sr.(a) acha que as informações foram suficientes para se prevenir do CORONAVÍRUS? Quais achou mais eficazes?

3) Que orientação foi difícil de fazer? E por quê?

4) Tem alguma informação que o Sr.(a) não acreditou no combate do CORONAVÍRUS?

Sobre as estratégias da família e comunidade:

5) O que o Sr.(a) e sua família fizeram ou vem fazendo para se protegerem da contaminação pelo CORONAVÍRUS?

6) 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 pandemia do CORONAVÍRUS?

Sobre as ações dos serviços de Saúde:

7) O Sr.(a) e sua família receberam algum cuidado ou orientação dos serviços de saúde neste período de pandemia? Quais?

Sobre os governos:

8) Na sua opinião, o que os governantes (presidente, governador, prefeito) e gestores (ministro da saúde e secretários de saúde) deveriam fazer para enfrentar a pandemia do CORONAVÍRUS?

Sobre as mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias:

9) O que mudou na sua vida com o CORONAVÍRUS?

ANEXO C – Termo de consentimento livre e esclarecido

Gostaríamos de convidar você a participar como voluntário (a) da pesquisa **“Prevenção e controle da COVID-19: percepções e práticas do cotidiano de pessoas com doenças crônicas”**. O motivo que nos leva a realizar esta pesquisa é compreender como essas pessoas estão vivendo e quais são suas necessidades nesse momento, afim de que possamos reestruturar nossa forma de atendimento diante de uma nova realidade. Nesta pesquisa pretendemos conhecer as estratégias adotadas por pessoas com doenças crônicas para prevenção da COVID-19 e possíveis dificuldades encontradas.

Caso você concorde em participar, vamos fazer as seguintes atividades com você: análise de questionários e entrevistas já fornecidos ao Projeto Multicêntrico “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”. Esta pesquisa tem alguns riscos, que é a quebra de sigilo. Para diminuir a chance desse risco acontecer, será mantida a confidencialidade das informações fornecidas e cada entrevista será identificada apenas com números e o nome do participante não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento.

A pesquisa pode ajudar de forma direta, permitir a você, o acesso a recursos disponíveis para o acompanhamento de sua condição crônica de saúde ou outra referida durante a entrevista, na medida em que a pesquisadora também é enfermeira da equipe da Estratégia Saúde da Família em que você é acompanhado. De forma indireta, 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 no território do município.

Para participar deste estudo você não vai ter nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, se você tiver algum dano por causadas atividades que fizemos com você nesta pesquisa, você tem direito a buscar indenização. Você terá todas as informações que quiser sobre esta pesquisa e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Mesmo que você queira participar agora, você pode voltar atrás ou parar de participar a qualquer momento. A sua participação é voluntária e o fato de não querer participar não vai trazer qualquer penalidade ou mudança na forma em que você é atendido (a). O pesquisador não vai divulgar seu nome. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável e a outra será fornecida a você. Os dados coletados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos. Decorrido este tempo, o pesquisador avaliará os documentos para a sua destinação final, de acordo com a legislação vigente. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Declaro que concordo em participar da pesquisa e que me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Leopoldina, _____ de _____ de 20__.

Assinatura do Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Nome do Pesquisador Responsável: Amanda Melchiades Araujo

Endereço: Rua José Loureço Kelmer, s/n, Martelos – Campus da Universidade Federal de Juiz de Fora

**Faculdade/Departamento/Instituto: Núcleo de Assessoria Treinamentos e Estudos em Saúde –
NATES/UFJF**

CEP: 36036-900

Fone: (32) 2102 3830 (32) 99135-8895

E-mail: pesquisacovidleopoldina@gmail.com

Rubrica do Participante de pesquisa ou responsável: _____

Rubrica do pesquisador: _____