**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA – IMS/CAT**

**PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM URGÊNCIAS**

**LETÍCIA SIMÕES SANTOS**

**IMPRESSÕES DE USUÁRIOS DE SAÚDE QUANTO ÀS ORIENTAÇÕES PREVENTIVAS INSTITUCIONAIS DIRECIONADAS AO COVID 19**

**VITÓRIA DA CONQUISTA**

**2021**

**LETÍCIA SIMÕES SANTOS**

**IMPRESSÕES DE USUÁRIOS DE SAÚDE QUANTO ÀS ORIENTAÇÕES PREVENTIVAS INSTITUCIONAIS DIRECIONADAS AO COVID 19**

Trabalho apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Urgências da Universidade Federal da Bahia e Hospital Geral de Vitória da Conquista como requisito para obtenção do título de especialista em Urgências

Orientadora: Profª Enfª Ana Paula Steffens

**VITÓRIA DA CONQUISTA**

**2021**

**RESUMO**

O novo coronavírus da síndrome respiratória (SARS-COV-2), denominado COVID 19, provocou surtos inicialmente em território chinês causando posteriormente infecção a nível global. O que desencadeou crescente número de infectados e óbitos, tendo o Brasil em destaque epidemiológico na pandemia. Como a transmissão se dá de forma rápida,­ através de contato pessoa a pessoa e contato com superfícies infectadas, medidas não farmacológicas como etiqueta respiratória e hábitos de higiene foram recomendados pela Organização Mundial da Saúde. Associou-se o uso de máscaras de tecido devido escassez de Equipamentos de Proteção Individual. Tais orientações foram incluídas em nota técnica da ANVISA para a atuação em instituições de saúde, ao observar alta taxa de profissionais de saúde infectados. Diante da importância de tecnologias leves e educação em saúde na mitigação da pandemia, surgiu questionamento de como os usuários do serviço percebiam tais informações no período de internamento, objetivou-se conhecer tais concepções considerando histórico sociocultural dos participantes e enaltecer as premissas do SUS e de suas políticas de humanização e segurança do paciente considerando contexto histórico e social. Trata-se de pesquisa descritiva, exploratória, de metodologia qualitativa. Realizada em um hospital do sudoeste baiano com 33 usuários do serviço (pacientes e acompanhantes), escolhidos de maneira aleatória, por conveniência. A coleta se deu através de entrevista beira leito baseada em roteiro semiestruturado e encerrou-se com a saturação das respostas. A análise de dados foi realizada por análise temática, tendo a categorização dos discursos como uma das etapas desse processo. Os usuários apontaram a inexistência de orientações do serviço, relacionadas à prevenção do COVID 19, de maneira padronizada. Demonstraram possuir conhecimento prévio das medidas preventivas, baseado em mídias, porém possuíam dificuldades para a realização das mesmas, incluindo discursos sobre a influência de aspectos sociocult­urais, nesse sentido. Além disso, elencaram fragilidades estruturais e em aspectos de higienização. Tais respostas refletem sobre problemas antigos a níveis macro e micro políticos como obstáculos na prevenção da infecção em serviços de saúde, os quais são causados por sucateamento do Sistema Único de Saúde pelo judiciário, melhor evidenciado em momento de pandemia, o qual é permitido pela passividade dos cidadãos que são desestimulados em teor educacional e profissional. Percebe-se a necessidade de empoderamento do usuário de serviço, além de corresponsabilidade e cogestão entre os atores do sistema de saúde, principalmente nesse momento, onde as desigualdades e o negacionismo do governo se destacaram. A fim de corroborar com prática assistencial de qualidade, centrada na vida.

SUMÁRIO

[1 INTRODUÇÃO 1](#_Toc65330061)

[2 METODOLOGIA 2](#_Toc65330062)

[3 RESULTADOS E DISCUSSÃO 3](#_Toc65330063)

[3.1 Parte I- Caracterização sociodemográfica 3](#_Toc65330064)

[3.2 Parte II – Discursos relacionados às medidas de prevenção contra o COVID 19 4](#_Toc65330065)

[4 CONCLUSÃO 13](#_Toc65330066)

[5 REFERÊNCIAS 15](#_Toc65330067)

[6 ANEXOS 21](#_Toc65330068)

[6.1 Anexo B - Roteiro Coleta de dados 21](#_Toc65330069)

#

# 1 INTRODUÇÃO

 O novo coronavírus da síndrome respiratória aguda (SARS-CoV-2) foi identificado no final de dezembro de 2019 na província de Wuhan, na China. Assim denominado devido semelhança com vírus da mesma linhagem que provocou surtos no mesmo território anteriormente (GUAN et al, 2020).

 A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou emergência de saúde pública e interesse internacional em 30 de janeiro de 2020 após aumento das infecções a nível global. Em 11 de fevereiro do mesmo ano anunciou a sigla COVID19 referente à Coronavirus Disease, novo nome da doença. Desde então monitora a situação de pandemia. Até o dia 25 de fevereiro de 2021, a OMS explana 112.209.815 casos confirmados acumulados e 2.490.776 mortes pela doença em todo o mundo. Os Estados Unidos da América lidera o cenário mundial apresentando 27.955.338 em quantitativo acumulado de infectados e 499. 017 óbitos. O Brasil ultrapassou o Reino Unido e Federação Russa em agosto, ocupando o 2º lugar em número de confirmados. Até a data apresentada, ocupa o 3º lugar atrás da Índia (WHO, 2020a).

 No contexto nacional, de acordo com os dados da Secretaria de Vigilância em Saúde, até o dia 25 de fevereiro de 2021, o Brasil totaliza 10.390.461 casos acumulados e 251.498 óbitos. A região Sudeste possui maior quantidade de indivíduos acometidos e óbitos, correspondendo a 3.779.069 e 116.141 respectivamente. O Nordeste ocupa 2º lugar deste cenário totalizando 2.433.588 casos e 53.735 mortes (BRASIL, 2020f).

 A OMS alertou o surgimento de infecção comunitária, na qual há risco importante de transmissibilidade por assintomáticos. Até o momento solidificaram-se evidências de que a transmissão se dá através de gotículas respiratórias provenientes da fala, tosse ou espirro em uma distância inferior a 1 metro, contato com pessoas, objetos e superfícies contaminadas, além de aerossóis a curta e média distância (WHO, 2020c).

 Inicialmente diante da rápida disseminação viral e inexistência de vacinas e medicamentos direcionados à prevenção e tratamento da doença (comprovadamente efetivos), as intervenções não farmacológicas se constituíram como as ações mais eficazes para mitigação do COVID 19 (SILVA et al, 2020). E assim permanecem mesmo com a chegada das vacinas. Neste sentido, o Ministério da Saúde recomendou à população a adoção de distanciamento social; etiqueta respiratória; higiene das mãos e não compartilhamento de objetos. Posteriormente, devido escassez de equipamentos de proteção individual (EPI) como máscaras cirúrgicas, a precaução de barreira por meio de máscaras de tecido demonstrou-se efetiva e foi adicionada ao rol das medidas protetivas. Devido alta taxa de transmissão entre profissionais nos serviços de saúde, a ANVISA apresentou por meio de nota técnica, ações para minimizar a transmissão da COVID 19 dentro dos serviços de saúde incluindo a recomendação da orientação sobre as medidas de proteção supracitadas à pacientes e acompanhantes (BRASIL, 2020b).

 Diante da relevância da utilização de tecnologias leves para o controle de disseminação do COVID19, considerou-se a demanda gerada pela pandemia por serviços de saúde e gerou-se uma reflexão quanto a potencialidade dos profissionais de saúde como educadores. A partir disso, surgiu o seguinte questionamento: Qual a compreensão e avaliação de usuários internados em serviços de saúde e seus acompanhantes em relação às orientações recebidas para prevenção de infecção pela COVID 19?

 O desenvolvimento do estudo objetivou destacar a importância da adoção de princípios do SUS na prática assistencial como autonomia dos usuários e direito à informação (BRASIL, 1990e). Ao valorizar os direitos dos usuários de saúde ao protagonismo**,** corresponsabilidadeeautonomiana construção de melhorias no sistema de saúde, previstos no Programa Nacional de Humanização (BRASIL, 2008d), refletiu-se sobre a preconização da adoção de estratégias para prevenção de desfechos desfavoráveis pelo Programa Nacional de Segurança do Paciente (BRASIL, 2014c), como por exemplo, uma infecção por coronavírus em ambiente hospitalar, destacando a importância do uso de tecnologias leves, as quais tendem a ser negligenciadas enquanto forte instrumento de educação em saúde.

 Ao ouvir o usuário em relação a sua compreensão e permitir a ele avaliar as informações recebidas, além de privilegiar seu papel como ator principal, pretende-se criar um potencial de melhora das estratégias envolvidas para educar esse usuário, gerando dados sobre a qualidade da educação em saúde do serviço, corroborando na construção de novas estratégias para melhoria da assistência prestada, ou, outrossim, para alteração ou manutenção dos protocolos vigentes de ação. Nesse sentido, objetivou-se também conhecer o perfil sociodemográfico destes usuários para considerar o contexto histórico e social e correlacioná-lo às suas concepções.

# 2 METODOLOGIA

 Trata-se de estudo de campo com caráter exploratório (GIL, 2010) e metodologia qualitativa (MINAYO, 2010). Realizado em um hospital de grande porte da macrorregião de saúde do sudoeste baiano. Participaram do estudo 33 usuários do serviço. O número de amostra foi delimitado por conveniência. Os participantes são usuários adultos do serviço (pacientes e acompanhantes) dos setores de clínica cirúrgica e alas de observação masculina e feminina, do setor de emergência. Foram excluídos indivíduos menores de 18 anos; com agravamento do quadro clínico e/ou dificuldades de fala; além de pacientes em regime de isolamento.

 A coleta de dados iniciou-se após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Bahia sob o número CAEE 34996820.2.0000.5556,seguindo os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012g). Ocorreu no período de novembro de 2020 a janeiro de 2021 através de entrevista semiestruturada baseada em roteiro pré-testado constituído de duas partes. A primeira investiga dados sócio-demográficos, enquanto a segunda possui questionamentos quanto às percepções dos entrevistados em relação às orientações sobre medidas preventivas recebidas pela instituição estudada. A coleta se encerrou com a saturação das respostas. O pré-teste ocorreu com três duplas de participantes (paciente e seu respectivo acompanhante) distribuídas em cada um dos setores supracitados. Nesta fase, observou-se que os resultados obtidos atingiam o objetivo proposto do estudo, sendo portanto mantido.

 As entrevistas foram realizadas beira leito e para minimizar desconfortos e constrangimentos foi garantido privacidade e permitido interrupção da mesma a qualquer momento. Além disso, os dados foram mantidos sob sigilo sendo acessados apenas pela entrevistadora e orientadora. Para manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram codificados por letras seguidas de algarismos representando a ordem das entrevistas. Adotou-se a letra U para usuário do serviço. Os dados foram avaliados por análise temática constituído de três etapas: pré-análise, na qual o material é selecionado de acordo critérios de validade qualitativa (exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); exploração do material por categorização dos discursos e interpretação através de estatística simples e discussão baseada em literatura (MINAYO, 2010).

# 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

 Os dados foram agrupados em duas seções: Parte I - caracterização sociodemográfica e Parte II – discursos relacionados às medidas de prevenção contra o COVID 19.

# 3.1 Parte I- Caracterização sociodemográfica

 A organização dos dados estatísticos em freqüências absoluta e relativa, demonstra o perfil sociodemográfico da população estudada

 A amostra entrevistada equivale a aproximadamente 28% (33) de pacientes e acompanhantes dos setores de clínica cirúrgica e alas de observação do pronto socorro (feminina e masculina) no total. Desta amostra, 70% (23) possuem de 20 a 59 anos e 30% (10) de 60 a 89 anos. Sendo 33% (11) do sexo masculino e 67% (22) do sexo feminino.

 Relacionado à escolaridade, a maior parte dos participantes não concluíram o ensino fundamental, correspondendo ao quantitativo de 52% (17), apenas 6% (2) finalizaram esta modalidade. A conclusão do ensino médio e/ou curso técnico compreende 21% (7) dos entrevistados e 3% (1) estão em fase de conclusão. Felizmente apenas 3% (1) caracterizam-se como analfabeto e 6% (2) declaram apenas ler e escrever. Em contrapartida, somente 3% (1) concluíram uma graduação e 6% (2) cursam o ensino superior.

 Os entrevistados, em geral, não possuem profissão específica. Duas situações de trabalho destacaram-se: dona de casa 33% (11) e lavrador (a) 15% (5). A situação de desemprego atinge 9% (3) dos participantes.

 Os moradores do município de local do estudo contabilizam 55% (18) indivíduos, já 45% (15) equivalem ao quantitativo de residentes de outras regiões. Esta mesma porcentagem retrata, respectivamente, a utilização ou não do transporte público, porém não houve correlação entre as duas categorias. Além destas informações obtidas, é possível verificar o fato de que todos os participantes afirmam possuir acesso à televisão e redes sociais.

# 3.2 Parte II – Discursos relacionados às medidas de prevenção contra o COVID 19

 Após pré-análise do material transcrito, realizou-se a exploração do mesmo por meio de organização dos discursos em categorias específicas, as quais foram analisadas e discutidas frente a literatura. Foram obtidas três categorias, a saber: (1) Perspectiva dos usuários relacionada às orientações sobre prevenção, recebidas no período do internamento, (2) Compreensões dos usuários sobre medidas de precaução em ambiente hospitalar e (3) Limitações percebidas pelos usuários em aspectos estruturais e de higienização**.**

1 – Perspectiva dos usuários relacionada às orientações sobre prevenção, recebidas no período de internamento

 Nesta categoria, os discursos refletem a concepção dos usuários quanto à necessidade de informações sobre como se prevenirem contra o COVID 19 durante o processo saúde-doença no contexto hospitalar. Os mesmos destacam a ausência de impressos informativos, e trazem a ideia de que quando possuem algum tipo de orientação, está é transmitida de maneira isolada.

“Acho que podia alertar as ‘pessoa’. Na portaria. Falar como se cuida. Assim e assim. Não deu papel, nem nada. Nem na portaria nem aqui dentro, sobre o COVID não” (U 14)

 “Pra ‘cê vê’, nenhum folheto, nenhum informativo tem. ‘Cê não vê’ em nenhum lugar. Eu acho que devia ter uma informação melhor ‘pro’ paciente não ficar circulando muito ali fora. Pra não entrar pessoa de fora na sala” (U 28)

“Por mais que todo mundo sabe que tem que proteger, é bom sempre lembrar, porque com o tempo a gente relaxa. ‘Nois’ mesmo né”. (Aponta para máscara pendurada em suporte de soro). (U 20)

“Fazer um alerta, igual menino aqui falou da máscara (Enfermeiro). Mas nem todo mundo alerta” (U 22)

“Não recebí nenhuma orientação. Só o rapaz que limpa que orientou pra não deixar a máscara cair no chão, porque se não, não pode mais usar”. (U 10)

“Que eu lembre ninguém falou. Só usar a máscara, o pessoal da segurança”. (U 33)

 A situação de internação é um gerador de estresse e traz consigo uma certa vulnerabilidade dos usuários e familiares, que fica mais evidente quando estes pertencem a grupos com baixa escolaridade, como foi o caso dos participantes desse estudo. Somado a isso, por se tratar de unidade de referência regional, os usuários muitas vezes provém de cidades interioranas bastante pequenas, então o estranhamento da cidade grande, as demandas da hospitalização e ainda a necessidade de tantos novos cuidados podem gerar certa confusão, como a mostrada na fala do participante abaixo:

“Eu sou desorientada em tudo... Ainda mais a gente que é de fora. Eles deveriam explicar melhor várias coisas. O que deveria fazer e o que não deveria. E aí eu nem soube como fazer, não sou daqui...” (U5)

 A ausência de informações afirmada pelos participantes sugere a ideia de uma fragilidade na adesão ou mesmo ausência dessa no cumprimento das orientações às medidas gerais de segurança para pacientes e acompanhantes, especialmente na estratégia contra a disseminação do novo vírus para este público. Independentemente do contexto de pandemia, as instituições de saúde devem minimizar a possibilidade de contágio com qualquer microorganismo durante a assistência aos usuários do serviço, evitando assim um prolongamento do tempo de permanência na instituição e suas possíveis conseqüências, garantindo qualidade do serviço ofertado, assim como concebe a PNSP. A cultura de segurança do paciente defende a responsabilização de profissionais e gestores pela segurança do processo assistencial; identificação e notificação de incidentes para resolução de problemas e novas práticas baseada no aprendizado com o erro. Além disso, reitera a importância da oferta de recursos e estrutura para promover segurança efetiva (BRASIL, 2014c)

 Em nota técnica, a ANVISA explana a necessidade da adoção de medidas de prevenção e controle ao COVID 19 em serviços de saúde durante todo período de internamento. Incluem-se dentre estas, informações à pacientes e acompanhantes sobre sintomas da doença; higiene respiratória/etiqueta da tosse e higiene das mãos, enfatizando a afixação de alertas visuais como pôsteres e cartazes em locais estratégicos (BRASIL, 2020b) os quais não estão dispostos no hospital, segundo as falas dos participantes. Porém cabe aqui mencionar que não basta só informar, é necessário que haja um empoderamento dos usuários de saúde, conferindo-lhes noção da logística destas práticas em estabelecimentos de saúde com destaque à supervisão e avaliação da qualidade do serviço prestado, incluindo o direito à informações e questionamentos, assim como concebem a PNH e PNSP.

 A ausência de empoderamento é refletida em algumas pesquisas de opiniões de usuários, as quais demonstram concepções positivas em relação à assistência prestada. Possivelmente estes não compreendem o serviço público como direito, mas visualizam a assistência gratuita como favor (PAIVA e GOMES, 2007). Alguns usuários associam a qualidade em saúde apenas à menor tempo de espera, cordialidade dos profissionais e resolução de seu problema (Martins et al, 2014). Já Esperidião e Silva (2018) trazem uma reflexão mais profunda ao discutirem sobre os interesses envolvidos na realização destas pesquisas. Estes pontuam que a elevada satisfação da literatura correlaciona-se ao modo de se questionar e a concepção de posição social do entrevistado.

 De acordo com a PNSP, a assistência deve ser centrada no paciente que deve ser escutado e estimulado a participar do seu processo saúde-doença. Dessa forma exerce o dever de responsabilização como cidadão e usufrui de seus direitos como consumidor de um serviço (BRASIL, 2014c).

2 Compreensões dos usuários sobre medidas de precaução em ambiente hospitalar

 As falas dessa seção demonstram que os usuários possuem conhecimento sobre as medidas de prevenção ao COVID de maneira geral.

“A gente lava a mão, passa álcool, usa máscara”. (U 27)

“Ficar distância de 1 metro, não tossir, espirrar perto do outro...” (U15)

 Como o COVID é uma situação que vem sendo noticiada em exaustão pela mídia, é natural que exista um conhecimento prévio de medidas preventivas que devem ser aplicadas no cotidiano, inclusive fora do ambiente hospitalar. Assim, algumas falas sustentam que suas ações são guiadas exclusivamente por informações advindas da mídia, as quais não tiveram reforço ou algum aprofundamento dentro do ambiente hospitalar.

“A gente que veio, que já sabe que tem que lavar as mãos, usar máscara. Nem na portaria nem aqui dentro sobre o Covid não” (U 22)

“A gente já pegou o hábito. Sempre que pega em alguma coisa. Igual falou na televisão. A gente faz da nossa cabeça. Aqui ninguém ensina nada” (U 30)

 Entretanto, apesar de um conhecimento prévio, ao retratarem a forma de realizá-los, observa-se alguns equívocos como negligênciade etapas da higienização das mãos.

 “Eu lavo assim (entre os dedos) esfrego, no pulso”. (Pulando etapa de higienização da unha e polegar) (U 30)

“Eu lavo a mão aqui por dentro, por fora (fazendo gesto entre os dedos, pulando etapa de unha) no pulso. Aprendi fazer isso em casa” (U9)

 O processo de higienização das mãos é constituído de etapas, os quais são informados por meio de cartaz da ANVISA, a saber, ensaboar e friccionar palma e dorso das mãos; espaços interdigitais; dorso dos dedos, polegares, polpas digitais e unhas, finalizando com o punho. O enxágüe é realizado dos dedos para o antebraço. As mesmas etapas devem ser realizadas com o álcool gel a 70%. (BRASIL, 2020b).

 O uso inadequado das máscaras também é evidente nos discursos. Apesar de evidenciar que as máscaras de tecido tenham facilitado o acesso a este método de prevenção, nem sempre as pessoas as possuem ou carregam em número suficiente para a manutenção das trocas adequadas.

“Dentro do hospital fico dia todo com a máscara, quando levo pra casa, deixo de molho” (U 27)

“Descartar. Eu deixo de 3 em 3 horas, a descartável, mas como não tenho condições, só troco em casa” (U 29)

 As máscaras cirúrgicas não são necessariamente recomendadas para todo o público, sendo indicadas prioritariamente para indivíduos com comorbidades e sintomas respiratórios. Quando utilizadas devem ser trocadas de acordo sinais de saturação como umidade e sujidade. As máscaras de tecido devem ser manuseadas e descartadas corretamente seguindo recomendações, tais como, colocação pelos elásticos; evitar toque em parte frontal, se assim ocorrer, higienizar as mãos; Não retirá-las para comunicação verbal (evitando apoiá-las em queixo, braço); realizar troca quando umidade, acondicionando a máscara suja em saco plástico para posterior lavagem, a qual deve ser realizada com sabão ou detergente e de preferência com água quente (WHO, 2020b).

 Percebe-se que, alguns acompanhantes provenientes de municípios diferentes, possuem dificuldade em realizarem a troca e higienização adequada destas, por não terem um local apropriado para fazê-los.

 “Eu troco as máscaras e coloco no saquinho, não tem lugar pra lavar. Eu usei as que o motorista trouxe descartável, mas não troco todo dia” (U 13)

“Fico dia todo no hospital, durmo. Essa máscara, eu lavo. Eu trouxe mais duas. Já cheguei a ficar o dia todo com essa máscara. Lavo no chuveiro, tem até uma aqui debaixo da toalha secando. Eu passo álcool gel nela. E uso.” (U 5)

 Nessa circunstância, ações danosas podem ocorrer, como utilização de álcool gel 70% nas máscaras de tecido, ilustrada no discurso anterior. Como já discutido, essas devem ser lavadas com água e sabão. A utilização da máscara com álcool em vias aéreas talvez possa provocar irritações de mucosa das vias aéreas. O álcool gel 70% possui versões para superfície e para a pele sendo efetivo nos dois casos (SEQUINEL et al, 2020). Entretanto não há recomendações de seu uso para higienização de máscaras.

 Em relação a mídia, considerando a escolaridade da maior parte dos entrevistados, talvez o fato de os usuários conhecerem as medidas, porém fazê-la de maneira inadequada podem ser justificas pela inacessibilidade da informação, como por exemplo, o uso de linguagem rebuscada e termos técnicos. Dessa forma, é importante salientar que essas orientações de como lavar as mãos frequentemente e de maneira correta, e o uso de máscaras e álcool em gel são interpretadas pelas comunidades de acordo com suas especificidades culturais, exigindo dos profissionais de saúde uma comunicação culturalmente competente sob pena de não conseguir atingir essas pessoas (FLOSS et al, 2020).

 Além disso, não se pode deixar de considerar a importância do exemplo dado pelas figuras públicas, as quais inúmeras vezes tiveram sua imagem veiculada utilizando as máscaras de maneira inadequada como “penduricalhos” ou tocando com as mãos a parte frontal das mesmas. Importante também destacar outras tantas vezes em que pessoas em cargos de liderança do município, estado e país foram noticiadas em circunstâncias das mais diversas simplesmente abolindo o uso da máscara, o que retrata o quanto vivemos sob a égide de uma retórica negacionista por parte dos dirigentes do país. Diversos autores têm destacado o quanto essa questão impacta de forma negativa no controle de expansão da doença no Brasil, além de ser deletéria em vários níveis para a população, de modo mais específico, quando se trata de grupos mais vulneráveis economicamente (CAPONI, 2020; GIOVANELLA et al, 2020; DUARTE e CESAR, 2021; MOREL, 2021 VEIGA-NETO, 2021).

 Alguns aspectos culturais e políticos do país também merecem destaque, principalmente no que tange a regras básicas de higiene pessoal. Provenientes de comunidades com recursos educacionais limitados, inúmeras vezes sem acesso ao saneamento básico e com cerceio de aceso à água, existe a possibilidade de que processos como a lavagem das mãos constante sejam algo totalmente além dos hábitos cotidianos. No Brasil, mais de 100 milhões de pessoas não possuem acesso a água de forma segura, 39% das escolas brasileiras não dispõem de estruturas básicas para lavagem das mãos. Estas lacunas associam-se ao rol de dificuldades sobre as medidas protetivas, no país (UNICEF e BANCO MUNDIAL, 2020). Isso pode também justificar a realização inadequada das medidas preventivas supracitadas, mesmo com a divulgação da mídia, uma vez que essa lavagem de mãos utilizada como prevenção ao contágio da COVID 19 possua características mais sistematizadas, como a própria sequência de passos de lavagem, direção da água no enxágüe e secagem correta. Enquanto profissionais de saúde, essa lógica é internalizada desde o início dos cursos de formação, então uma explicação sobre ela pode atingir um caráter até mesmo simplista, mas aos olhos da população pode ser entendida como algo difícil, complexo e portanto, inatingível.

 A fala abaixo ilustra um pouco essa linha de pensamento.

“O negoço é que a gente brasileiro é um povo teimoso, não tem o hábito de fazer essas coisas. Isso não foi ensinado de pequeno” (U 10)

 As declarações também refletem sobre a configuração histórica e cultural do país, baseado no individualismo e ausência de senso político crítico/reflexivo. As quais interferem no envolvimento da população em seu processo de cuidado em saúde. O negacionismo da doença é promovido por informações tendenciosas que podem afrouxar as atitudes preventivas. Giovanella e colaboradores (2020) trazem esta perspectiva ao afirmar que o negacionismo da ciência e atitudes irresponsáveis e desumanas do governo Bolsonaro, em prol dos interesses do capital, enfraquecem a adesão da população à estas estratégias. Isso pode propiciar maiores riscos de propagação do vírus, com conseqüente aumento na demanda de leitos de isolamento em enfermarias e UTIs. Tais problemas reforçam a necessidade de orientações pela instituição envolvendo os usuários do serviço na prevenção da disseminação do vírus.

“Onde eu moro tem muita gente que desacredita que não existe corona. Que isso é coisa do governo pra ganhar dinheiro (risos) E não tá nem aí. Inclusive fala que a vacina vai vim contaminada” (U 12)

“Eu acho que por causa desse coronavírus tem que prevenir mais, o pessoal tá levando o causo na brincadeira. Tá abusando. Tem pessoas que acha que tá bem, mas tá com o vírus e passando pros outros. A pessoa que tem a imunidade forte não sente nada. Mas, outros que tá com a imunidade baixa, passa pra ela, pronto cabô”. (U 15)

 O surgimento desses discursos é extremamente importante, pois demonstra um esclarecimento da população ao compreender que estes aspectos influenciam negativamente no controle da pandemia, conforme comenta Costa et al (2020) sobre esta fornecer “lentes de aumento” para a população fazendo-a enxergar com maior clareza o descaso do governo e a potência do SUS mesmo diante de tantas barreiras. Dessa forma, a pandemia, oportunizou reflexões importantes em prol da defesa do nosso sistema de saúde. Embora seja complexo aos olhos da população conseguir perceber certas nuances políticas, a lógica de austeridade proposta pelo governo Bolsonaro, desfinanciou o SUS e fragilizou a estrutura de proteção, justamente no momento em que houve um aumento da pobreza e das desigualdades sociais (ALMEIDA-FILHO, 2021).

 Diante do contexto apresentado e considerando a importância de medidas não farmacológicas na prevenção ao COVID 19, o profissional de saúde constitui-se mais do que nunca como potencial educador. Ao incorporar a micropolítica do cuidado utilizando tecnologias leves promove cuidado humanizado, o qual como já mencionado tende a produzir vínculo e corresponsabilização em saúde. Tal prática deve transcender a simples transmissão de conhecimentos e desenvolver reflexões críticas, além de considerar as singularidades de cada indivíduo (CECCON & SCHNEIDER, 2020), devendo ocorrer em todos os níveis de assistência.

 Exemplos de ações interdisciplinares e intersetoriais que as equipes gestoras e assistenciais poderiam ter, ao identificar um acompanhante em vulnerabilidade social ou procedente de outro município, seriam, por exemplo, considerar a necessidade de encaminhamento deste ao serviço social, busca de suporte para higienização adequada de máscaras e roupas, e em casos extremos, o fornecimento destes por meio de campanhas de doações realizadas pelo serviço. Ações simples como estas potencializam a garantia à uma assistência integral e humanizada. E, ao orientar sobre normas de precaução no contexto hospitalar, proporciona ao usuário a possibilidade de compreensão da importância de suas ações na prevenção de possíveis eventos adversos, tanto para o seu familiar internado quanto aos demais pacientes, atribuindo-lhe autonomia e corresponsabilização na gestão em saúde.

3 Limitações percebidas pelos usuários em aspectos estruturais e de higienização

 Embora leigos, os participantes apontam inúmeras limitações que a própria instituição tem para garantir a adequada adesão às medidas de prevenção ao COVID. Além da provável fragilidade de cultura de segurança ao paciente, problemas estruturais e rotina de higienização por profissionais de saúde e de serviços gerais são destaques das falas dos participantes.

“Não tem aquele negocinho de álcool nos leitos. Tem 11 leitos aqui. Ali na entrada tem, mas é longe, podia ter pelo menos espaçado” (U10)

“As grades aqui são higienizadas por nós. Não existe higiene diária. Nunca ví. A limpeza geral aqui é só uma vez por dia” (U 2)

 A ANVISA além de pontuar a disseminação de orientações no contexto hospitalar, reforça a necessidade da intensificação de limpeza e desinfecção de objetos e superfícies (BRASIL, 2020b). A ausência de higienização de grades e limpeza mínima por dia nas enfermarias é um fato que precisa ser investigado e solucionado de forma breve na instituição, já que sua operacionalização envolve nível técnico e administrativo (organizacional). A distribuição de dispensadores de álcool em todos os leitos ou em maior número nas unidades de internação são questionamentos importantes. Porém talvez possa ocorrer em período mais prolongado ao considerarmos que sua instalação depende de recursos materiais, o que engloba nível político/ financeiro para sua resolutividade.

 A ausência de higienização entre os atendimentos pela equipe de enfermagem constitui-se como risco de propagação do vírus e de outros patógenos e é destaque nas falas dos entrevistados.

 “Aqui a enfermeira atende todo mundo, ela atende aqui, atende lá embaixo. Tem a mesma roupa. O aparelho de pressão. Eu vejo que alguns não higienizam, nem dá tempo. É muita gente. Mas lá na UTI é mais organizado” (U 20)

“Eu acho que todo momento. Igual elas aqui (técnicas de enfermagem), pega, examina, troca medicamento, não vejo passar álcool, essa questão de grade. Até agora não ví ninguém higienizando uma grade (U9)

 Em revisão integrativa, Duarte et al (2015) destacam a importância do envolvimento da categoria na prevenção de eventos adversos e concluem que os mesmos são gerados por inadequação de dimensionamento profissional, da liderança e da supervisão de enfermagem, além do problema de relacionamento entre membros da equipe e desta com pacientes e acompanhantes. Afirma-se também a permanência da cultura punitiva ao erro prejudicando a notificação de incidentes. Este último fato também foi discutido e explanado por Figueiredo e D’Innocenzo (2017).

 Devido ao fato de a enfermagem compor a equipe multidisciplinar em maior número e estar mais presente no contexto assistencial, é compreensível o foco dos discursos direcionado à essa categoria, o que não exclui a negligência de outros profissionais da saúde. Um dos pilares para a construção de cultura de segurança do paciente consiste na atuação interdisciplinar com responsabilidade coletiva e compartilhada (WEGNER et al, 2016). Nesse sentido, podemos também destacar os usuários como supervisores do cuidado ao reconhecer e notificar incidentes, como ausência de higienização de superfícies e das mãos dos profissionais entre os atendimentos de um paciente para o outro. O que segue descrito em guia de orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes, relacionado à segurança do paciente, da ANVISA. Neste destaca-se a informação de prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS) e a pontuação de direitos e deveres dos usuários nas instituições de saúde, além de canal de notificações (BRASIL, 2017a).

 Além das limitações em aspectos de higienização, os quais associam-se a ausência de segurança do paciente, como já discutido, evidenciou-se nas falas dos participantes a superlotação na emergência. Problema persistente no país, mesmo com a adoção de estratégias para sua redução como o QUALISUS do Ministério da Saúde, acaba imprimindo um baixo desempenho do hospital e da rede de assistência à urgências (BITTENCOURT, 2010). Considerando que os dados da pesquisa foram coletados após oito meses de início da pandemia, podemos corroborar com a ideia de Noronha e Fonseca (2020) que afirmaram haver uma limitação temporal em relação a medidas de redução de fluxo como postergação de internações eletivas e que outras demandas coexistiriam com os casos de COVID 19.

“Eu creio que, por exemplo, a gente já tá no corredor ali exposto. Aí passa o pessoal de COVID do lado. Eu acho isso muito errado. Não tem proteção. Quando ela tava lá, passou vários. Eles passavam paramentados do lado. Eles falavam pra se afastar que era COVID. Tinha que ter outro lugar” (U 30)

“Principalmente por ser um hospital e saber que é muito fácil de pegar, pela estrutura, entra qualquer acompanhante. Aqui é muito perto de todo mundo. Ninguém sabe quem tem cuidado” (U 32)

 O acúmulo de pacientes em corredores e o transporte de pacientes diagnosticados com COVID nestas áreas aumentam o risco de exposição a gotículas infectadas. Embora possam existir lacunas estruturais na instituição, e dificuldades políticas e/ou financeiras para a operacionalização de intervenções, isso não deveria justificar uma passividade na ação. Possíveis soluções devem ser levantadas e encaminhadas aos gestores por profissionais e usuários de saúde, mesmo que ocorram a médio e longo prazo, pois não se sabe ao certo qual o futuro da pandemia. Além disso, deve-se ter em mente que doenças respiratórias infectocontagiosas como a gripe H1N1 mesmo controladas, continuam existindo, sendo necessário pensar em áreas de transporte e internamento para todas as doenças infecciosas de etiologia respiratória, considerando que apesar de vacinas, nem toda a população é imunizada nestes casos e coexistem nos ambientes hospitalares pacientes imunossuprimidos devido diagnóstico ou tratamento implementado.

 Podemos afirmar que a maior parte dos percalços para a realização de medidas preventivas ao COVID 19, no hospital estudado, tratam-se de macro problemas antigos, os quais perpetuam-se ao longo dos anos dificultando a prevenção de eventos adversos e a qualidade da assistência nos serviços públicos de saúde. Estes são desencadeadas pelo desmonte e subfinanciamento crônico do SUS intensificados pelo golpe do capital em 2014 marcado pela Emenda Constitucional 95/2016 que congela o financiamento público durante vinte anos (PAIM, 2018). Na pandemia, além de financiamento reduzido à saúde, a transferência para os estados e municípios ocorreu de maneira lenta (Giovanella et al, 2020, ALMEIDA-FILHO, 2021).

 É importante destacar também o boicote silencioso à Atenção Primária em Saúde por meio de privatização da gestão de unidades básicas de saúde e modificações da Política Nacional de Atenção Básica em 2017: redução de agentes comunitários, financiamento baseado em cadastramento, dentre outras ações que fragilizam ainda mais a integralidade, coordenação do cuidado e intersetorialidade. E no contexto pandêmico prejudicam a triagem, acompanhamento dos casos e levantamento de determinantes em saúde (MEDINA et al, 2020) agravando o congestionamento dos serviços de saúde de alta complexidade.

# 4 CONCLUSÃO

 As concepções dos participantes sobre as orientações direcionadas ao COVID 19 recebidas, no hospital estudado, refletem ausência de informações orais e impressas nesse sentido, destacando diversos obstáculos para a realização de medidas preventivas, mesmo diante de conhecimento prévio inerente das mídias. Tais entraves ultrapassam o tema da pandemia e reafirmam problemas antigos a níveis macro e micro políticos, os quais se intensificam a medida que novas ações do judiciário contribuem para a desqualificação do SUS, tornando-o um meio de satisfação de interesses do capital.

 A passividade de profissionais e consumidores dos serviços públicos de saúde pode ser compreendida como um dos cernes da questão. E, talvez seja justificada pelo individualismo histórico e cultural do país, além de permanente desestímulo à educação, principalmente tratando-se do teor político/crítico/reflexivo do ensino fundamental a pós-graduação, fato reafirmado pelo contexto social dos entrevistados. Outro fator relevante é o desencorajamento à carreira pública por meio da desvalorização salarial e precárias condições de trabalho obrigando a vinculação dos profissionais a várias instituições. Isso torna o trabalho vivo cada vez mais mecânico, tirando o foco da assistência à vida do paciente, desqualificando a assistência.

 Apesar dos percalços, a pandemia do COVID 19 suscitou reflexões importantes e viabilizou o protagonismo do SUS para além da visão negativa de filas de espera e corredores lotados. A população enxergou a potência do sistema de saúde gratuito na assistência aos acometidos pelo novo vírus e nos esforços de produção de vacinas emergenciais mesmo com barreiras de financiamento e aumento de demanda. Com a necessidade de distanciamento social, as desigualdades econômicas e sociais também foram percebidas em maior magnitude, assim como as ações genocidas e irresponsáveis do atual governo.

 Entretanto, por questões culturais e por influência de interesses, ações biomédicas e de assistência farmacêutica continuam sendo enaltecidas, já que a medida de isolamento é um risco para a produção econômica. Não que o uso de tecnologias duras sejam desnecessárias, mas considerando que não existem até o momento comprovações científicas de prevenção e cura farmacológicos, até a efetivação de plena cobertura vacinal ou descoberta de alguma cura, o uso de tecnologias leves ao cuidado torna-se extremamente necessário, não só na Atenção Primária, mas no serviço de emergência também, por exemplo, que já sofre com superlotação à atendimento de inúmeras morbidades.

 Tais ações precisam surgir ou serem otimizadas na instituição estudada e em outros serviços públicos de saúde, no sentido de promover o protagonismo dos atores do SUS (usuários, profissionais e gestores) ao se corresponsabilizarem com a redução do risco de contágio contribuindo para o controle da pandemia e minimizando a demanda em serviços de alta complexidade. E, também, com a finalidade de permitir o exercício de avaliação da qualidade dos serviços levantando os principais problemas e respectivas vias de resolução. O que confere legitimidade às premissas do SUS e de suas políticas de segurança do paciente e de humanização.

# 5 REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA-FILHO, Naomar. Pandemia de COVID no Brasil: Equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In Lopes, Luciana Toledo; Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção COVID: Principais elementos, 338 p., v1, Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/2021/01/covid-19-volume1.pdf>. Acesso em 25 de fevereiro de 2021.

1. BITTENCOURT, Roberto José. A superlotação dos serviços de emergência hospitalar como evidência de baixa efetividade organizacional. Tese (Doutorado Ciências em saúde Pública). 152 f. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2568/1/ENSP\_Tese\_Bittencourt\_Roberto\_Jos%c3%a9.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2568/1/ENSP_Tese_Bittencourt_Roberto_Jos%C3%A9.pdf)>. Acesso em 5 de Fevereiro de 2021.

2. BRASILa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Guia: Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente? Orientações aos pacientes, familiares e acompanhantes. Pacientes pela segurança do paciente em serviços de saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/guia-como-posso-contribuir-para-aumentar-a-seguranca-do-paciente-orientacoes-aos-pacientes-familiares-e-acompanhantes>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

3. BRASILb. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020. Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por SARS-CoV-2 (COVID-19) dentro dos serviços de saúde. (Complementar à nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 04/2020). Brasília, 5 agosto 2020. Atualizada em outubro de 2020. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/noticias/176-nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada>. Acesso em 2 de maio de 2020.

4. BRASILc. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de Referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília, 2014. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf>. Acesso em 2 de maio de 2020.

5. BRASILd. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4 ed. 1ª reimpressão, Série B, Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização Brasília, 2008. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_gestores_trabalhadores_sus_4ed.pdf>>. Acesso em: 23 de maio 2020

6. BRASILe. Ministério da Saúde. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>>. Acesso em: 23 de maio de 2020.

7. BRASILf. Ministério da Saúde. Painel coronavírus. Página da internet. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 25 de fevereiro de 2021.

8. BRASILg. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: < http://bit.ly/1mTMIS3 >. Acesso em: 30de agosto de 2020

9. CAPONI, SANDRA. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal.**Estud. av.**,  São Paulo ,  v. 34, n. 99, p. 209-224,  agosto  2020 .   Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-40142020000200209&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 25 de fevereiro de 2021.

10. CECCON, Roger Flores; SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola. Light technologies in the pandemic times: Health education as a device to fight the Coronavirus.

[Scientific Electronic Library Online](https://preprints.scielo.org/index.php/index). São Paulo. Abril 2020. Disponível em: <<https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/136/version/141>>. Acesso em 4 de fevereiro de 2021.

11. COSTA, Ana Maria; RIZZOTTO, Maria Lucia Frizon; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Na pandemia da Covid-19, o Brasil enxerga o SUS.**Saúde debate**,  Rio de Janeiro,  v. 44, n. 125, p. 289-296,  Junho  2020.   Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-11042020000200289&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 4 de fevereiro de 2021.

 12. DUARTE, André de Macedo; CESAR, Maria Rita de Assis. Negação da Política e Negacionismo como Política: pandemia e democracia.**Educ. Real.**,  Porto Alegre ,  v. 45, n. 4,    2020.   Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2175-62362020000400202&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em  25 de  fevereiro de  2021.

13. DUARTE, Sabrina da Costa Machado et al. Eventos adversos e segurança na assistência de enfermagem.Rev. Bras. Enferm.,  Brasília ,  v. 68, n. 1, p. 144-154,  Fevereiro 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0034-71672015000100144&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 4 de  fevereiro de  2021.

14. ESPERIDIAO, Monique Azevedo; SILVA, Lígia Maria Vieira da. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. Saúde debate,  Rio de Janeiro ,  v. 42, n. 2, p. 331-340,  Outubro  2018 .   Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-11042018000600331&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

15. FIGUEIREDO, Mirela Lopes; D'INNOCENZO, Maria. Eventos adversos relacionados às práticas assistenciais: uma revisão integrativa. Enfermería Global. São Paulo, n. 47, p. 621-635. Julho 2017.

16. FLOSS, Mayara et al. A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária á saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v 36, n 7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000700502&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de fevereiro de 2021.

17. GIL, António Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas,

2010.

18. GIOVANELLA, Ligia et al . Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19.Saúde debate,  Rio de Janeiro,  v. 44, n. 126, p. 895-901,  Setembro 2020.   Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0103-11042020000300895&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

19. GUAN, W et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. New England Journal of Medicine. Fevereiro 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2002032>. Acesso em: 12 maio de 2020.

20. Maria Cecília de Souza, M. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

21. MARTINS, Luciana Fernandes Volpato; MENEGHIM, Marcelo de Castro; MARTINS, Luiz Cândido  e  PEREIRA, Antonio Carlos.Avaliação da qualidade nos serviços públicos de saúde com base na percepção dos usuários e dos profissionais.*RFO UPF*. Passo Fundo, v.19, n.2, p. 151-158. Abril 2014. Disponível em: <<http://revodonto.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-40122014000200003&script=sci_arttext>>. Acesso em 2 de fevereiro de 2021

22. MEDINA, Maria Guadalupe, et al. Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer?. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 36, n. 8, Junho 2020. Disponível em: http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1140/atencao-primaria-a-saude-em-tempos-de-covid-19-o-que-fazer. Acesso em 4 de fevereiro 2021.

 23. MOREL, Ana Paula Massadar. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica.**Trab. educ. saúde**,  Rio de Janeiro,  v. 19,  e00315147,  jan.  2021.   Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1981-77462021000100404&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em  25 de fevereiro de  2021.

24. NORONHA, Kenya Valeria Micaela de Souza et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários.Cad. Saúde Pública,  Rio de Janeiro,  v. 36, n. 6,  17 Junho 2020.   Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0102-311X2020000605004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em  5 de Fevereiro de  2021.

25. PAIVA, Sônia Maria Alves de.; GOMES, Elisabeth Laus Ribas. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. Revista Latino-Americana De Enfermagem, São Paulo, v.*15*, n. 5, p. 973-979. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2478>>. Acesso em: 2 de fevereiro de 2021.

26. PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.Ciênc. saúde coletiva,  Rio de Janeiro,  v. 23, n. 6, p. 1723-1728,  Junho 2018.   Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1413-81232018000601723&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 4 de fevereiro de 2021.

27. SEQUINEL, Rodrigo et al. Soluções a base de álcool para higienização das mãos e superfícies na prevenção da COVID-19: Compêndio informativo sob o ponto de vista d química envolvida. Quim.Nova, São Paulo,  v. 43, n. 5, p. 679-684,  maio 2020.  Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S0100-40422020000500679&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 de fevereiro de 2020.

28. SILVA, Lara Livia Santos da, et al. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. Cad. Saúde Pública,Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, Junho 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1183/medidas-de-distanciamento-social-para-o-enfrentamento-da-covid-19-no-brasil-caracterizacao-e-analise-epidemiologica-por-estado>. Acesso em 5 de fevereiro de 2021.

29. UNICEF; BANCO MUNDIAL. Nota técnica: O papel fundamental do saneamento e da promoção da higiene na resposta à COVID 19 no Brasil. Agosto de 2020. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/media/9721/file/nota-tecnica-saneamento-higiene-na-resposta-a-covid-19.pdf>. Acesso em 24 de Fevereiro de 2020.

30. WEGNER, Wiliam et al. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional.Esc. Anna Nery,  Rio de Janeiro,  v. 20, n. 3,    2016.   Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S1414-81452016000300212&lng=en&nrm=iso>. Acesso em  5  de Fevereiro de  2021.

31. [WHOa. Whorld Health Organization. Health Emergency Dashboard](https://extranet.who.int/publicemergency). Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em 25 de fevereiro de 2021.

32. WHOb. World Health Organization‎. Mask use in the context of COVID-19: interim guidance. Dezembro 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>. Acesso em: 24 de fevereiro de 2020.

33. WHOc. Whorld Health Organization. Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations. Março 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>. Acesso em: 20 maio 2020.

34. VEIGA-NETO, Alfredo. Mais uma Lição: sindemia covídica e educação.**Educ. Real.**,  Porto Alegre ,  v. 45, n. 4,,    2020.   Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\_arttext&pid=S2175-62362020000400203&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em  25  de fevereiro de 2021.

# 6 ANEXOS

# 6.1 Anexo B - Roteiro Coleta de dados

|  |
| --- |
| 1. **DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS**
 |
| Idade: ( )20 a 39( )40 a 59( )>59 | Gênero: ( )Masculino( )Feminino( ) Outro |
| Escolaridade:( )Analfabeto( )Ensino fundamental incompleto( )Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | ( )Ensino fundamental completo( )Ensino fundamental incompleto( )Ensino superior completo( )Ensino superior incompleto |
| Profissão: Município de origem:Data da chegada ao hospital:Acesso à TV, internet e outros meios de comunicação?Utiliza transporte público?Setor de internação: |
| 1. **QUESTÕES ESPECÍFICAS**
 |
| 1- Você recebeu alguma orientação sobre como se proteger e proteger outras pessoas contra o coronavírus dentro do hospital? Se sim, quais? Essas informações foram passadas no primeiro dia de internação ou depois? Por quem foram passadas?  |
| 2- Se resposta anterior afirmativa - O que achou dessas orientações? |
| 3- O que acha que o hospital poderia fazer para te ajudar a se proteger e a proteger outras pessoas? |
| 4- Como você entende a transmissão do vírus e a doença causada pelo mesmo?  |
| 5- Em que momento você acha que deve lavar a mão ou usar o álcool gel? Como você os faz?  |
| 6- Você utiliza máscara de tecido? Quais os cuidados que você considera importantes, em relação ao uso da máscara? |
| OBSERVAÇÕES - Não fazer as perguntas 4,5 e 6, caso as respostas apareçam na pergunta 1; Somente a parte 1 do questionário será reproduzida em várias cópias para melhor organização dos dados pelo aplicador;As respostas da parte 2 serão gravadas e transcritas. |