

Termômetro Social Covid-19 no Brasil

Estudo sobre os impactos da pandemia no Brasil e vulnerabilidades sob as perspectivas ético-política, social, comportamental e de saúde



Ricardo Alexandre Arcêncio
Regina Célia Fiorati
(Organizadores)

ISBN 978-65-88556-16-0

Termômetro Social Covid-19 no Brasil:

Estudo sobre os impactos da pandemia no Brasil e vulnerabilidades sob as perspectivas ético-política, social, comportamental e de saúde

Ricardo Alexandre Arcêncio
Regina Célia Fiorati
(Organizadores)

Ribeirão Preto

2024

Esta obra foi produzida no âmbito do Edital 2024, de Apoio à Publicação de Livros Digitais da USP da Agência de Bibliotecas e Coleções Digitais ABCD.



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Termômetro social COVID-19 no Brasil [livro eletrônico] : estudo sobre os impactos da pandemia no Brasil e vulnerabilidades sob as perspectivas ético-política, social, comportamental e de saúde / [organizadores Ricardo Alexandre Arcêncio, Regina Célia Fiorati. -- Ribeirão Preto, SP : Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, 2024.
PDF

Vários autores.
Bibliografia.
ISBN 978-65-88556-16-0

1. Coronavírus (COVID-19) - Aspectos da saúde
2. Coronavírus (COVID-19) - Prevenção 3. COVID-19 -
Pandemia 4. Epidemiologia 5. Políticas públicas
de saúde 6. Saúde pública 7. Sistema Único de
Saúde (Brasil) 8. Vulnerabilidade humana
I. Arcêncio, Ricardo Alexandre. II. Fiorati,
Regina Célia.

24-236437

CDD-304.62

Índices para catálogo sistemático:

1. Coronavírus : COVID-19 : Aspectos sociais :
Sociologia 304.62

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

Reitor: Prof. Dr. Carlos Gilberto Carlotti Junior

Vice-Reitor: Profa. Dra. Maria Arminda do Nascimento Arruda

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – EERP/USP

Diretor: Prof. Dr. Pedro Fredemir Palha

Vice-Diretora: Profa. Dra. Elucir Gir

CONSELHO EDITORIAL

Dra. Letícia Peticarrara Ferezin

Dr. Heriederson Sávio Dias Moura

Dra. Mônica Chiodi Toscano de Campos

Ms. Rander Junior Rosa

Ariela Fehr Tártaro

ORGANIZADORES

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Profa. Dra. Regina Célio Fiorati

CAPA

Ariela Fehr Tártaro

REVISÃO

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Profa. Dra. Regina Célio Fiorati

PROJETO GRÁFICO

Jonathan Leandro | Tikinet

DIAGRAMAÇÃO

Jonathan Leandro | Tikinet

Ilário Bortoloso Junior | Tikinet



“Esta obra é de acesso aberto. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e a autoria e respeitando a Licença Creative Commons indicada.”

Os autores são exclusivamente responsáveis pelas ideias, conceitos, citações e imagens apresentadas neste livro.

Em memória dos milhares de brasileiros e brasileiras que foram vítimas fatais da covid-19, e com uma homenagem especial à professora doutora Carla Nunes (in memoriam), ex-diretora da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa, cuja visão e liderança foram essenciais para a realização inicial deste projeto.

Agradecimentos

É com imenso respeito que reconhecemos a contribuição fundamental de diversos atores para a realização desta pesquisa. Primeiramente, expressamos nossos sinceros agradecimentos a todos os participantes das entrevistas, realizadas tanto via web quanto em campo. Sua disposição em compartilhar percepções, comportamentos e experiências foram essenciais para a pesquisa e riqueza do material deste livro.

Gostaríamos de destacar a colaboração inestimável dos pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz): Joviana Quintes Avanci, Kathie Njaine, Vera Lucia Marques da Silva, Fatima Regina Cecchetto, Delaine Martins Costa, Maria Lucia de Macedo Cardoso, Carolina Burle de Niemeyer, Pedro Burger, Joice Adriana Enzler, Felipe Amarante, Eduardo Azeredo Costa, Beatriz Nascimento Lins de Oliveira, Marcelo Fornazin e Luiz Otavio de Azevedo. Suas expertises foram vitais para a concepção e o desenvolvimento deste estudo.

Estendemos nossos agradecimentos aos pesquisadores de diversas instituições nacionais, incluindo a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Tocantins e Unioeste. No âmbito internacional, agradecemos às professoras doutoras Carla Nunes (*in memoriam*), Patrícia Soares, Ana Rita Oliveira Goes, Ana Gama, Ana Rita Sousa Pedro e Sônia Ferreira Dias, da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL), Portugal. Também reconhecemos a valiosa contribuição de pesquisadores da School of Nursing da Johns Hopkins, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da UNL, da Escola de Ciência e Tecnologia da Universidade de Évora e da Universidade dos Andes, Chile.

Ainda, nossos reconhecimentos se estendem aos membros do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) e da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (REDE-TB) por suas contribuições diretas e indiretas. Agradecemos à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) por proporcionar um ambiente ímpar para discussões, bem como o desenvolvimento desta pesquisa e deste livro.

Expressamos nossa gratidão à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro essencial à pesquisa e aos pesquisadores e alunos envolvidos.

Por fim, reiteramos nosso profundo agradecimento a todos os envolvidos neste projeto. Cada um de vocês representou uma fonte valiosa de conhecimento e inspiração, tornando possível a criação deste livro.

Ricardo Alexandre Arcêncio
Regina Célia Fiorati

Sumário

Prefácio.....	9
1. Apresentação do Projeto Termômetro Social covid-19 no Brasil.....	11
2. Risco percebido de infecção pela covid-19 durante a pandemia no Brasil: vulnerabilidades e fatores associados	25
3. Padrões de comportamento e medidas de adesão da população brasileira	41
4. Confiança da população nas entidades federativas para enfrentar a pandemia da covid-19 no Brasil (2020-2021): perspectivas e dilemas éticos	53
5. Violência durante a pandemia de covid-19 e seus determinantes: evidências do Brasil	77
6. Análise da relação entre interseccionalidade e proteção social nas populações vulnerabilizadas no Brasil (2021-2023)	95
7. “O Estado não tava nem aí”: o protagonismo e percepções de líderes de movimentos sociais da população em situação de rua durante a pandemia da covid-19 no Brasil	109
8. Rede de apoio social entre pessoas em situação de rua no Brasil: um inquérito epidemiológico durante a pandemia de covid-19	123
9. Aspectos associados à adesão vacinal contra à covid-19 na população brasileira	138
10. Relação entre a consulta em fontes de informações oficiais e adesão às medidas de proteção durante a pandemia da covid-19 entre populações vulnerabilizadas no Brasil (2021-2023)	149
11. Análise de dados secundários e indicadores de risco	164
12. Consulta a <i>stakeholders</i> e aplicação das evidências para políticas públicas	178
13. Desdobramentos da pesquisa	196
Organizadores.....	223
Autores	225

Prefácio

Convido os(as) leitores(as) a percorrerem, por meio do livro *Termômetro Social Covid-19 no Brasil: Estudo sobre os impactos da pandemia no Brasil e vulnerabilidades sob as perspectivas ético-política, social, comportamental e de saúde*, os caminhos trilhados e os resultados alcançados pelo projeto denominado “Termômetro Social Covid-19 no Brasil”. Esse nome foi escolhido em decorrência da sua prerrogativa de trazer evidências para a gestão e mitigação dos impactos da pandemia de covid-19 no país, notadamente no que se refere à compreensão dos comportamentos de risco, bem como à elucidação dos fatores relacionados à percepção de risco e suas consequências na adesão às medidas de prevenção na população brasileira e em algumas populações vulnerabilizadas, estas últimas consideradas no estudo pela necessidade de prioridade nas políticas públicas e pela sua invisibilidade aos olhos do Estado.

A coletânea sistematiza os esforços de pesquisadores, alunos e parceiros de diferentes instituições nacionais e internacionais, liderados por pesquisadores expoentes da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. Os estudos apresentados em diferentes capítulos refletem a atuação dos envolvidos no desenho da pesquisa, nas análises e nas propostas que foram frutos das aprendizagens ao longo do estudo, com diversas abordagens que esse processo demandou, desafiando a criatividade dos pesquisadores na busca de estratégias metodológicas que esse novo fenômeno exigiu e, conseqüentemente, desvelando evidências possíveis à época e dos dados decorrentes da pesquisa. Os capítulos que compõem esta coletânea abordam o período de 2020 a 2023, de forma a atender necessidades específicas à medida que os desafios se faziam presentes, considerando o universo das populações estudadas.

Esta obra apresenta resultados que se alinham com vários dos dezessete Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas, destacando os ODS 1 (Erradicação da Pobreza), 2 (Fome Zero e Agricultura Sustentável), 3 (Saúde e Bem-Estar), 5 (Igualdade de Gênero) e 10 (Redução das Desigualdades). Assim, cada capítulo oferece evidências essenciais para a formulação de políticas sociais eficazes, promovendo o acesso a bens fundamentais para o desenvolvimento humano.

Essas contribuições são cruciais para a promoção da justiça social e dignidade, especialmente em crises sanitárias, e demonstram a importância dos ODS como guia para ações que buscam um futuro mais justo e sustentável. O estudo serve, assim, como um recurso importante para formuladores de políticas e todos os comprometidos com a transformação social.

Esta coletânea, composta por treze capítulos, apresenta resultados aprofundados sobre os efeitos da pandemia, baseando-se em percepções, comportamentos e vivências dos participantes. Sua organização reflete um cuidadoso esforço metodológico e temático, abrangendo desde o início da pesquisa até os achados obtidos com as populações estudadas. Os dados foram coletados tanto por meio de abordagens on-line quanto por entrevistas de campo. O último capítulo destaca os desdobramentos da pesquisa, apresentando resultados que emergiram dos diferentes cenários explorados ao longo do estudo em nível nacional.

O corpus de evidências erigido ao longo dos capítulos deste livro, portanto, desempenha um papel relevante na reconstituição histórica dos impactos da pandemia de covid-19, contribuindo ainda para a definição de políticas mais assertivas e equitativas para mitigar o sofrimento da população brasileira, em especial das populações vulnerabilizadas. Assim, desejo uma excelente e fluida leitura!

Ricardo Alexandre Arcêncio



Capítulo 1

**Apresentação do projeto Termômetro Social
Covid-19 no Brasil**

Apresentação do projeto Termômetro Social Covid-19 no Brasil

*Letícia Peticarrara Ferezin
Rosa Maria Pinheiro de Souza
Severina Alice da Costa Uchoa
Liana Wernersbach Pinto
Heriederson Sávio Dias Moura
Thaís Zamboni Berra
Antônio Carlos Vieira Ramos
Ricardo Alexandre Arcêncio*

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto da pandemia global e relevância para o Brasil

Devido à sua alta transmissibilidade e ao rápido espalhamento global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto de SARS-CoV-2, o vírus responsável pela covid-19, constituía uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. Essa designação representa o nível mais elevado de alerta, conforme o Regulamento Sanitário Internacional. A decisão foi motivada pela rápida propagação do vírus e pelos impactos emergentes sobre a saúde pública global. No entanto, a OMS só classificou a covid-19 como uma pandemia em 11 de março de 2020, quando ficou claro que a doença havia se espalhado por todos os continentes e estava afetando uma proporção significativa da população mundial, o que justificava essa nova categorização (WHO, 2020; Zhu *et al.*, 2020).

A confirmação da infecção por covid-19 trouxe desafios significativos, especialmente porque cerca de 80% dos casos envolviam indivíduos assintomáticos ou com sintomas leves (Jin *et al.*, 2020), muitas vezes sem diagnóstico confirmado por meio de testes. O combate à covid-19 revelou-se particularmente difícil entre subpopulações vulneráveis, como pessoas em situação de rua, pacientes com tuberculose, com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), idosos, indígenas e aqueles privados de liberdade. As condições precárias, como a alta densidade populacional e a vida em áreas subnormais, como favelas, foram fatores que favoreceriam a propagação do vírus. Nessas áreas, o vírus frequentemente encontrou outras doenças, como tuberculose (Maciel *et al.*, 2020), HIV (Shiau *et al.*, 2020), diabetes e hipertensão arterial (Barros; Mazullo Filho; Mendes Júnior, 2020), o que resultou numa grave deterioração da saúde e numa crise humanitária.

O Brasil, caracterizado por uma elevada desigualdade social (World Bank, 2020), enfrentou uma transmissão acelerada da covid-19 que esteve diretamente ligada a essas desigualdades. Esse cenário resultou em dificuldades significativas para manter o isolamento social, comprometeu a eficácia da assistência aos serviços de saúde e restringiu o acesso a insumos básicos para proteção e higiene (Minayo; Freire, 2020). Observou-se que cerca de 40% dos cidadãos brasileiros atuam no setor informal (Silveira; Alvarenga, 2019). Esse cenário contribuiu para um déficit na adesão às medidas de distanciamento social, uma vez que muitos desses trabalhadores, que não têm acesso a direitos trabalhistas, precisavam continuar circulando nas ruas para garantir a renda necessária à sua sobrevivência (Magno *et al.*, 2020).

A OMS preconizou ações sociais e sanitárias para combater o avanço do vírus em escala mundial, articulando estratégias comunitárias e uso de tecnologias em saúde para acompanhamento da disseminação da doença e do número de infectados. Esses recursos tecnológicos, quando associados a fontes de informação, contribuíram para a caracterização dos locais mais vulneráveis e foram fundamentais para a consolidação de estratégias em campanhas de saúde para o controle e a prevenção da covid-19 (WHO, 2020).

No Brasil, a população apresentou comportamentos e percepções de risco bastante controversos durante a pandemia. Observou-se a ocorrência de aglomerações ilegais, resistência ao uso de máscaras e até mesmo a negação da gravidade da doença. Ao longo da crise sanitária, a proliferação de *fake news* agravou a situação, com notícias sobre festas clandestinas, bares e restaurantes superlotados, supermercados abarrotados e outras atividades comerciais operando em desacordo com as recomendações sanitárias. Esses comportamentos e práticas inadequadas contribuíram significativamente para a disseminação da covid-19 (Sodré, 2020).

E, na mesma medida, trabalhadores foram frequentemente forçados por seus empregadores, conforme a lógica neoliberal, a continuar em circulação para manter seus empregos (Pereira; Pereira, 2020). Esse cenário foi agravado pela falta de coordenação entre as diferentes esferas de governo na adoção de políticas mais rigorosas, como recomendações de *lockdown* e imposição de barreiras sanitárias para restringir o deslocamento e a mobilidade das pessoas. A ausência de penalidades efetivas para comportamentos que colocavam a saúde coletiva em risco também contribuiu para a dificuldade em controlar a disseminação do vírus (Sodré, 2020).

Por outro lado, as populações vulneráveis que residem em áreas onde o isolamento nem sempre é viável, assim como aqueles sem residência fixa, como as pessoas em situação de rua, enfrentaram desafios distintos. A percepção de risco e o comportamento dessas pessoas podem diferir significativamente devido às

condições sociais impostas, o que requer uma análise mais aprofundada. Além disso, a percepção de risco evoluiu ao longo do tempo, refletindo o progresso da ciência e o avanço dos recursos tecnológicos, como a disponibilidade de vacinas. A mudança na percepção do risco desde o início da pandemia até o momento atual demonstra como novas informações e ferramentas podem alterar as atitudes e comportamentos em relação à covid-19.

De maneira geral, os estudos frequentemente focam a análise do comportamento e da percepção de risco sem considerar adequadamente o contexto político-social e cultural, bem como os determinantes sociais do processo saúde-doença (Arcêncio, 2021). A literatura revela diversas conceituações de risco, que têm sido aplicadas de diferentes formas ao longo da história. A percepção de risco pode basear-se tanto em fundamentos científicos, oriundos do conhecimento empírico sobre potenciais consequências indesejáveis, quanto em aspectos imprevisíveis, quando a percepção de risco é incerta devido à falta de um entendimento mais profundo sobre o fenômeno em questão (Negreiros *et al.*, 2018).

Assim, grupos em situação de vulnerabilidade social podem não ter tais conhecimentos, podendo se colocar em situação de maior risco do que outros grupos. Empresta-se aqui o conceito de vulnerabilidade social como o resultado negativo da disponibilidade dos recursos materiais ou simbólicos dos atores, sejam eles indivíduos ou grupos, e a falta de acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm recursos para esses grupos, colocando-os em risco (Carmo, Guizardi, 2018; Negreiros *et al.*, 2018). Cabe diferenciar entre atitude de risco e comportamento de risco. Os estudos envolvendo atitude de risco geralmente abordam aspectos como tomada de decisão de risco e influência de aspectos psicossociais no processo de decisão (Alves, Zappe e Dell'aglio, 2015; Carmo, Guizardi, 2018). Por outro lado, os estudos envolvendo comportamento de risco abordam a manifestação propriamente dita de comportamentos potencialmente prejudiciais ao indivíduo e à própria coletividade (Negreiro *et al.*, 2018).

É válido dizer que comportamentos de risco levam a fatores de risco, como ir a locais com aglomeração, não adotar o uso de álcool gel, não utilizar máscara ou não se manter em distanciamento social. Da perspectiva da epidemiologia social, há evidências de que pessoas com maior poder econômico, das classes sociais mais favorecidas, diante de um contexto mais privilegiado, tendem a estar em condição mais protegida, com uso de máscaras mais apropriadas, mais medidas de higiene, habitações apropriadas para o distanciamento, permanecendo em suas residências, em teletrabalho, e com amplo acesso aos recursos tecnológicos de diagnóstico e aos serviços de saúde. Todavia, isso pode não ser verdade para as populações vulneráveis (Arcêncio, 2021).

Assim, considerando o panorama da covid-19 no Brasil, o projeto Termômetro Social Covid-19 avançou no conhecimento ao evidenciar os fatores associados aos comportamentos de risco e, ainda, à percepção das consequências da adesão às medidas de prevenção em níveis individuais e coletivos.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Projeto Termômetro Social Covid-19 no Brasil

O projeto Termômetro Social Covid-19 no Brasil foi inspirado no projeto “Barômetro Covid-19 – Opinião Social”, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL). Essa iniciativa envolveu a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz), a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP), e a ENSP-UNL. A colaboração internacional resultou em uma parceria produtiva, gerando uma série de produtos e resultados, dos quais alguns são apresentados nesta publicação.

No Brasil, esse projeto foi pioneiro e criado pela professora Rosa Maria Pinheiro Souza, analista Sênior em Gestão da ENSP-Fiocruz; seguiu então sendo coordenado pelo professor doutor Ricardo Alexandre Arcêncio, professor titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. A pesquisa contou com a colaboração de pesquisadores de diversas universidades, incluindo a Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Piauí, Universidade Federal do Maranhão, Universidade Estadual de Londrina, Universidade Federal do Tocantins, Unioeste, além da USP e da ENSP-Fiocruz. No cenário internacional, participaram do projeto pesquisadores da ENSP-UNL, que liderou o Termômetro Social em parceria com a ENSP-Fiocruz e a USP, bem como da School of Nursing da Johns Hopkins, do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da UNL, da Escola de Ciência e Tecnologia da Universidade de Évora e da Universidade dos Andes, Chile.

A diversidade dos pesquisadores envolvidos evidenciou a amplitude do tema, englobando uma vasta gama de áreas do conhecimento e linhas de investigação. A dimensão transnacional do projeto foi enriquecida pelas parcerias internacionais com pesquisadores renomados e de destaque global, o que contribuiu significativamente para o desenvolvimento da pesquisa, visando avançar no entendimento dos determinantes da crise sanitária causada pela covid-19 e impulsionar o progresso científico e tecnológico na área. Além disso, a colaboração com atores dos movimentos sociais trouxe uma perspectiva valiosa, aprofundando e ampliando o impacto do projeto.

Vale destacar que, para este estudo, foi necessário definir um marco teórico que permitisse compreender quais fatores estão associados ao comportamento de risco, e, ainda, quais são acessíveis para o manejo da sua redução, seja na perspectiva da política pública, seja na aplicação nos territórios por meio de ações em serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Ainda, segundo esse modelo, é possível depreender quais fatores podem estar envolvidos na percepção de risco e na concepção da população para a adesão a medidas de proteção e prevenção, sejam elas individuais ou coletivas. Resgata-se com isso o pensamento de Pereira e Pereira (2020), segundo o qual as ações de caráter individual – logo, os comportamentos – não têm consequências exclusivamente individuais, mas têm também impactado sobremaneira a saúde coletiva da população.

Assim, o marco teórico do estudo, conformado na Figura 1, decorre dos exercícios de discussão entre os pesquisadores e atores das áreas das ciências sociais, da saúde, das ciências exatas e das humanas, além daqueles da sociedade civil organizada, que fazem parte da equipe do projeto. Essa integração foi importante porque a percepção de risco e o padrão de comportamento da população deve ser explicado numa perspectiva interprofissional e transdisciplinar. A percepção de risco e o comportamento de risco são socialmente construídos e determinados, esbarrando na dimensão da política, da cultura, dos valores sociais que regem uma sociedade e, ainda, da solidariedade e da empatia, sendo também atravessados pela lógica de mercado, mais capitalista, da liberdade individual, numa visão neoliberalizante (Arcêncio, 2021; Mendonça *et al.*, 2020; Negreiros *et al.*, 2018; Pereira; Pereira, 2020). Acresce-se a esse referencial a vulnerabilidade positiva, por meio da participação dos movimentos sociais.

Com o objetivo de fornecer evidências para a gestão e a mitigação dos impactos da pandemia de covid-19, o projeto focou a compreensão dos padrões de comportamento e a elucidação dos fatores relacionados à percepção de risco e suas consequências na adesão às medidas de prevenção, tanto na população brasileira de forma geral quanto em grupos socialmente vulneráveis, selecionados conforme a prioridade para as políticas públicas devido à sua invisibilidade para o Estado. A proposta foi estruturada em três fases: Fase 1 – *survey*; Fase 2 – medida de adesão à proteção coletiva: recolha de dados secundários; e Fase 3 – consulta aos *stakeholders*.

Vale destacar que o projeto recebeu financiamento inicialmente da ENSP-Fiocruz, mediante recursos financeiros da Emenda Parlamentar nº 26160001/2021, de autoria do deputado federal Glauber Braga, e posteriormente da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, sob o Processo nº 2021/08263-7, e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), por meio do Código de Financiamento 001 e do Processo nº 88887.657730/2021-00, no âmbito do Programa Impactos Capes.

Figura 1. Modelo teórico adotado para a análise dos fatores associados à percepção de risco, aos padrões de comportamento e à adesão às medidas de prevenção em nível individual e coletivo (Projeto Termômetro Social Covid-19 – Brasil)



Fonte: Elaborada pelos autores.

2.2 Fases do projeto Termômetro Social Covid-19 no Brasil

2.2.1 Fase 1: Survey

A primeira fase baseou-se no desenvolvimento de um *survey* on-line, por meio de um questionário validado que se estruturou e buscou compreender a percepção, o comportamento de risco e seus fatores. Primeiramente, nessa fase, foram selecionadas pessoas residentes no Brasil, acima de dezoito anos, por meio de um link disponibilizado na internet e hospedado no Research Electronic Data Capture (REDCap). O REDCap é uma plataforma de software para coleta e gerenciamento de dados em pesquisas, desenvolvido para facilitar a criação e o gerenciamento de bancos de dados e questionários on-line, e ainda oferece um ambiente seguro e de fácil utilização para pesquisadores.

Para acessar os participantes, utilizamos as redes de contato de pesquisadores e estudantes envolvidos na equipe do macroprojeto. Enviamos convites por e-mail, WhatsApp, mídias sociais e outros meios. O questionário foi disponibilizado nas principais mídias e sites das instituições associadas à equipe. Ao acessar o link, os participantes visualizam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; se concordassem, teriam acesso ao questionário da pesquisa. A estética do instrumento digital foi desenvolvida utilizando a plataforma REDCap. Para conveniência dos

participantes, oferecemos a opção de deixar um contato de WhatsApp ou e-mail para futuros acompanhamentos pela coordenação do projeto, permitindo a monitorização contínua da percepção de risco ao longo da pandemia.

Considerando que no país nem todos têm acesso à internet, especialmente os grupos vulneráveis, que não possuem computadores ou celulares, que residem em áreas remotas, estão em situação de rua, têm baixa escolaridade ou não utilizam a tecnologia de forma proficiente, foi adotada uma segunda estratégia no projeto. Essa abordagem envolveu a mobilização dos participantes por meio dos movimentos sociais.

Além disso, nessa fase, foi realizada uma abordagem adicional para alcançar populações vulneráveis. Essa abordagem incluiu a realização de pesquisas de campo, nas quais o questionário foi aplicado por entrevistadores de campo em uma única sessão, garantindo que esses grupos também fossem incluídos na pesquisa, apesar das limitações de acesso digital. A seleção dessas populações vulneráveis foi justificada pelo fato de que elas frequentemente não recebiam a devida atenção das políticas públicas e enfrentavam desafios ainda maiores no combate à covid-19 (Arcêncio, 2021; Mendonça *et al.*, 2020). Com base nos dados de renda fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), ajustamos as amostras para refletir a proporção dos diferentes grupos populacionais da região, incluindo aqueles identificados como de maior vulnerabilidade social. Para alcançar e incluir esses grupos de forma mais eficaz e representativa, utilizamos a técnica de amostragem em bola de neve, que se revelou adequada para a situação.

Para garantir a equidade no acesso e a inclusão das populações em situação de vulnerabilidade, o estudo adotou uma estratégia abrangente de divulgação, sensibilização e recrutamento dos participantes através dos movimentos sociais, alinhando-se às metodologias de práticas populares (Oliveira; Valla, 2001). A colaboração com os movimentos foi essencial para a composição da amostra, com envolvimento de grupos como os Trabalhadores Rurais Sem Terra, o Movimento dos Trabalhadores e Trabalhadoras por Direitos, o Levante Popular da Juventude, a Central Única das Favelas, o Gerando Falcões e a Frente Nacional Antirracista, entre outros (Cunha *et al.*, 2018; Oliveira; Valla, 2001).

Vale ressaltar que, para a pesquisa de campo, os entrevistadores foram cuidadosamente treinados para padronizar as abordagens e assegurar a homogeneidade na coleta de dados, minimizando assim o viés de aferição. Utilizando tablet com o aplicativo REDCap na sua versão off-line, os entrevistadores realizaram as entrevistas sem necessidade de conexão com a internet durante a coleta de dados. A conexão com a internet foi requerida apenas ao final do período de coleta, para o envio dos dados à matriz do projeto, hospedada no servidor em nuvem da USP.

2.2.2 Fase 2: Medida de adesão à proteção coletiva: coleta de dados secundários

A segunda fase do estudo envolveu a complementação com dados secundários provenientes dos principais sistemas de informação. Foram analisados indicadores relacionados à cobertura vacinal e às consequências desses comportamentos, utilizando dados sobre morbimortalidade na população brasileira.

O objetivo dessa fase foi avaliar a adesão às medidas de proteção coletiva, como o distanciamento social e a cobertura vacinal, ao longo do ciclo da pandemia. Além disso, buscou-se identificar territórios ou municípios em risco devido à baixa adesão a essas medidas e analisar as consequências dessa baixa adesão, refletidas nos indicadores de morbimortalidade relacionados à covid-19.

Foram coletados dados sobre comportamento e prevenção coletiva de risco durante 2020 e 2021 para cada município do Brasil. Com base no marco teórico da pesquisa, foram selecionadas como medidas de proteção coletiva o distanciamento social e a cobertura vacinal, e como consequências foram considerados os indicadores de morbimortalidade por covid-19 e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), este último servindo como um indicador *proxy* da covid-19. Esses indicadores foram analisados em relação ao percentual de populações em situação de vulnerabilidade social em cada município.

A obtenção dos dados e as variáveis consideradas foram as seguintes: para os indicadores de morbimortalidade, foram utilizados dados sobre a taxa de incidência e mortalidade por covid-19, bem como sobre a taxa de incidência e mortalidade por SRAG, abrangendo os períodos de 2020 a 2022 e de 2020 a 2021, respectivamente, com informações do Ministério da Saúde. O comportamento de risco coletivo, refletido na mobilidade e no distanciamento social, foi analisado com base em relatórios de mobilidade comunitária fornecidos pelo Google para 2020 e 2021. A cobertura vacinal foi avaliada com dados obtidos entre 2021 e 2022 a partir do site Onde tem vacina. Finalmente, a vulnerabilidade social foi analisada com base no percentual da população em situação de vulnerabilidade, utilizando o Censo Demográfico de 2010 do IBGE, disponível na biblioteca virtual da instituição.

Ainda nessa fase, foram construídas séries temporais mensais dos casos de covid-19, SRAG, distanciamento social e cobertura vacinal, utilizando o método de decomposição sazonal por Loess (STL). Os indicadores foram estratificados para a população geral e para a população em situação de vulnerabilidade em cada município. Em cada ponto no tempo t , a série temporal Y_t foi decomposta em três componentes: sazonalidade (S_t), tendência (T_t) e ruído (Z_t). A tendência representa a direção geral do desenvolvimento das variáveis ao longo do tempo, indicando padrões de crescimento, decrescimento ou estacionariedade. A sazonalidade reflete padrões regulares que ocorrem em intervalos fixos, enquanto o ruído

abrange as flutuações irregulares e aleatórias remanescentes após a remoção dos outros componentes. Esse método de decomposição utiliza uma regressão localmente ponderada (Loess), permitindo estimar relações não lineares e visualizar cada componente isoladamente. A tendência identificada será usada para caracterizar o comportamento dos casos ao longo do tempo e gráficos serão gerados para o Brasil e para suas macrorregiões (Brockwell; Davis, 2002; Cleveland; Cleveland; McRae, 1990).

Além disso, para identificar os territórios ou municípios em risco em razão da baixa adesão à vacina (esquema completo) e suas consequências, expressas por seus indicadores de morbimortalidade, recorreu-se à análise espacial. Para tanto, realizou-se a geocodificação mediante obtenção das coordenadas geográficas dos municípios brasileiros, considerados como unidades de análise. Essa análise consiste em um índice global para avaliar a associação espacial de um atributo baseado em distâncias estatísticas e calculadas a partir de um somatório de valores para uma dada distância (Getis; Keith, 1992).

2.2.3 Fase 3: Consulta aos stakeholders

Os resultados das Fases 1 e 2, bem como sua integração, foram utilizados nesta etapa como base para a seleção de *stakeholders*, que contribuíram para a definição de estratégias para a translação dessas evidências para políticas públicas ou serviços de saúde, seguindo as orientações da literatura especializada (Cardoso *et al.*, 2019; Cousins, 1998). A consulta a diferentes *stakeholders* visou ampliar a compreensão dos resultados, aumentando assim sua utilização e aplicação efetiva (Cardoso *et al.*, 2019; Cousins, 1998; Fetterman; Campos; Znkoski, 2017; Rodríguez-Campos; Rincones-Gómez, 2012).

Para estabelecer diretrizes sobre a disseminação dos resultados do estudo e expandir sua aplicação na política nacional de combate à covid-19, foi selecionada uma amostra qualitativa. Essa amostra incluiu gestores do Ministério da Saúde, representantes do Conselho Nacional de Secretários da Saúde, profissionais de saúde de serviços de referência no combate à covid-19, representantes de movimentos sociais atuantes na área, identificados na etapa do *survey*, e participantes do projeto Barômetro em Portugal. A consulta foi conduzida por meio de uma abordagem participativa em duas rodadas: a primeira envolveu o envio de um formulário on-line com os objetivos da consulta e questões abertas sobre a disseminação e aplicação dos resultados na política. Os temas gerados foram então discutidos em um painel de peritos, realizado presencialmente ou à distância, conforme as condições da pandemia e a logística disponível.

Essa fase foi essencial para transformar os resultados anteriores em recomendações práticas para políticas públicas e serviços de saúde. A seleção cuidadosa

dos participantes e a abordagem participativa permitiram uma análise aprofundada das evidências e ajudaram a desenvolver estratégias eficazes para aplicar os achados do projeto na política nacional de combate à covid-19. A combinação de formulários on-line e discussões em painel facilitou um debate abrangente, permitindo que diferentes perspectivas fossem consideradas e contribuindo para a formulação de políticas mais informadas e eficazes.

2.3 Instrumento de medida

O instrumento Termômetro Social Covid-19 – Opinião Social, utilizado neste projeto, foi desenvolvido e validado pelos pesquisadores da ENSP-UNL em Portugal. Esse questionário foi amplamente utilizado para avaliar a percepção de risco (Laires *et al.*, 2021), padrões de comportamento (Pedro *et al.*, 2020) e a adesão às medidas de proteção sanitária na população portuguesa (Soares *et al.*, 2021). No Brasil, o questionário foi adaptado e passou por um processo de validação utilizando a técnica Delphi, que confirmou sua alta validade e confiabilidade para o contexto brasileiro, incluindo as populações vulneráveis. Além disso, um estudo-piloto foi realizado para testar a sensibilidade do questionário na população-alvo e para avaliar a eficácia da metodologia híbrida, que combinou pesquisa on-line com questionário autoaplicável e aplicação em campo, envolvendo a mobilização de participantes por meio de movimentos sociais e a aplicação do instrumento por entrevistadores treinados.

O instrumento foi estruturado com diferentes padrões de resposta, incluindo combinações de múltiplas opções, checklists e escalas Likert, estas últimas oferecendo cinco possibilidades de resposta. A primeira parte do questionário continha questões sócio-demográficas, de vulnerabilidade e outros domínios, detalhados a seguir:

a. Percepção de risco: Analisou como a sociedade percebeu a pandemia da covid-19, os padrões e comportamentos de risco que poderiam favorecer a disseminação da infecção.

b. Condição de saúde e comorbidades preexistentes: Levantou informações sobre comorbidades e multimorbidades existentes para estimar o fator de risco para a covid-19.

c. Fontes de informação: Identificou as principais fontes de informação consultadas para a adoção de medidas de proteção e prevenção da covid-19, bem como para esclarecimentos sobre a etiopatogenia, modos de transmissão, métodos de diagnóstico, entre outros aspectos.

d. Política e confiança: Avaliou a confiança da população nas decisões dos órgãos governamentais em diferentes níveis e nos profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação à covid-19.

e. Adesão às medidas de proteção e prevenção: Mediu o grau de adesão às medidas de proteção e prevenção, incluindo o uso de máscaras e ações para prevenção individual e coletiva, especialmente em áreas vulneráveis. Também investigou as razões para a não adesão a essas medidas.

f. Vacina: Descreveu a adesão da população à vacinação contra a covid-19, incluindo a motivação e o status da vacinação.

g. Redes de proteção social e seguridade: Identificou ações e iniciativas que forneceram suporte social e proteção social às pessoas, principalmente em situações de impossibilidade de trabalho ou perda de renda, incluindo auxílios governamentais e outras iniciativas não governamentais, como filantropia e parcerias com Organizações Não Governamentais (ONGs), lideranças religiosas e pastorais da saúde.

h. Violência: Investigou se houve um aumento nos índices de violência durante a pandemia e a magnitude do impacto na saúde da população.

3 CONCLUSÃO

O projeto Termômetro Social Covid-19 representou um avanço importante na análise dos efeitos da pandemia em diversos contextos sociais e geográficos, resultado de uma colaboração internacional abrangente e multidisciplinar. Com suas três fases, o projeto não só ofereceu uma visão detalhada sobre a percepção de risco, adesão a medidas de proteção e cobertura vacinal, como também assegurou a inclusão de grupos sociais frequentemente marginalizados nas pesquisas tradicionais, trazendo à tona questões de vulnerabilidade frequentemente ignoradas.

Nos próximos capítulos, será apresentada uma análise minuciosa dos resultados das três fases do projeto. Primeiramente, a fase inicial, que consistiu na realização do *survey on-line* e na coleta de dados primários, será explorada em detalhes, com ênfase nas metodologias adotadas e nos principais achados sobre a percepção de risco e comportamento de proteção da população. Em seguida, a segunda fase será analisada, focando a avaliação dos dados secundários sobre a adesão às medidas de proteção coletiva e seus efeitos, como a cobertura vacinal, o distanciamento social e os indicadores de morbimortalidade. Por fim, a terceira fase, que envolveu a consulta a *stakeholders* para a aplicação dos resultados em políticas públicas e práticas de saúde, será detalhada, destacando as recomendações e estratégias formuladas com base nas evidências obtidas. Esses capítulos proporcionarão uma visão abrangente e integrada dos resultados do projeto, oferecendo informações valiosas para futuras políticas e intervenções em saúde pública.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. F.; ZAPPE, J. G.; DELL'AGLIO, D. D. Índice de comportamentos de risco: construção e análise das propriedades psicométricas. *Estudos de Psicologia*, Campinas, v. 32, p. 371-382, 2015.

- ARCÊNCIO, R. A. Reiterando o sentido da epidemiologia social na compreensão das desigualdades e avanço da equidade em tempos da covid-19. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Lisboa, v. 20, p. 74-77, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.375>.
- BARROS, . M.; MAZULLO FILHO, J. B. R.; MENDES JÚNIOR, A. C. Considerações sobre a relação entre a hipertensão e o prognóstico da covid-19. *Revista de Saúde e Ciências Biológicas*, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 1-3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v8i1.3250.p1-3.2020>.
- BROCKWELL, P. J.; DAVIS, R. A. *Introduction to time series and forecasting*. New York: Springer-Verlag, 2002.
- CARDOSO, G. C. P. *et al.* Participação dos atores na avaliação do Projeto QualiSUS-Rede: reflexões sobre uma experiência de abordagem colaborativa. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 54-68, 2019.
- CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00101417>.
- CLEVELAND, R. B.; CLEVELAND, W. S.; MCREE, J. E. Seasonal-trend decomposition procedure based on LOESS. *Journal of Official Statistics*, [s. l.], v. 6, p. 3-73, 1990.
- COUSINS, J. B.; WHITMORE, E. Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation*, Hoboken, v. 1998, n. 80, p. 5-23, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1002/ev.1114>.
- CUNHA, M. B. *et al.* Vigilância popular em saúde: contribuições para repensar a participação no SUS. In: BOTELHO, B. O. *et al.* (org.). *Educação popular no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2018. p. 95-126.
- FETTERMAN, D. M. *et al.* *Avaliação colaborativa, participativa e de empoderamento: abordagens de envolvimento das partes interessadas*. New York: Guilford Publications, 2017.
- GETIS, A.; ORD, J. K. The analysis of spatial association by use of distance statistics. *Geographical Analysis*, Hoboken, v. 24, n. 3, p. 189-206, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1992.tb00261.x>.
- JIN, Y. *et al.* Virology, epidemiology, pathogenesis, and control of covid-19. *Viruses*, Washington, DC, v. 12, n. 4, p. 372, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3390/v12040372>.
- LAIRES, P. A. *et al.* The association between chronic disease and serious covid-19 outcomes and its influence on risk perception: survey study and database analysis. *JMIR Public Health and Surveillance*, [s. l.], v. 7, e22794, 2021. DOI: <https://doi.org/10.2196/22794>.
- MACIEL, E. L. N. *et al.* Tuberculose e coronavírus: o que sabemos? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200010>.
- MAGNO, L. *et al.* Desafios e propostas para ampliação da testagem e diagnóstico para covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 3355-3364, 2020.
- MENDONÇA, M. H. M. *et al.* A pandemia covid-19 no Brasil: ecos e reflexos nas comunidades periféricas. *APS em Revista*, Belo Horizonte, v. 2, n. 2, p. 162-168, 2020. DOI: <https://doi.org/10.14295/aps.v2i2.124>.
- MINAYO, M. C. S.; FREIRE, N. P. Pandemia exacerba desigualdades na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3555-3556, 2020.

- NEGREIROS, D. J. *et al.* Risco e vulnerabilidade: pontos de convergência na produção brasileira sobre juventudes. *Desidades: Revista Electrónica de Divulgación Científica de la Infancia y la Juventud*, Rio de Janeiro, n. 18, p. 20–33, 2018.
- OLIVEIRA, R. M.; VALLA, V. V. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000700016>.
- PEDRO, A. R. *et al.* Covid-19 barometer: social opinion—what do the Portuguese think in this time of covid-19? *Portuguese Journal of Public Health*, [s. l.], v. 38, p. 42–50, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1159/000513740>.
- PEREIRA, A. B.; PEREIRA, E. F. O distanciamento social como forma de cuidado coletivo. *Le Monde Diplomatique*, São Paulo, 28 mar. 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/o-distanciamento-social-como-forma-de-cuidado-coletivo/>. Acesso em: 6 set. 2024.
- RODRÍGUEZ-CAMPOS, L.; RINCONES-GÓMEZ, R. *Collaborative assessments: a step-by-step guide*. Stanford: Stanford University Press, 2012.
- SHIAU, S. *et al.* The burden of covid-19 in people living with HIV: a syndemic perspective. *AIDS and Behavior*, Washington, DC, v. 24, n. 8, p. 2244–2249, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02871-9>.
- SILVEIRA, D.; ALVARENGA, D. Trabalho informal avança para 41,3% da população ocupada e atinge nível recorde, diz IBGE. *G1*, Rio de Janeiro, 30 ago. 2019. Disponível em: <https://g1.globo.com/economia/noticia/2019/08/30/trabalho-informal-avanca-para-413percent-da-populacao-ocupada-e-atinge-nivel-recorde-diz-ibge.ghtml>. Acesso em: 30 ago. 2019.
- SOARES, P. *et al.* Factors associated with covid-19 vaccine hesitancy. *Vaccines*, [S. l.], v.9, p. 300, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines9030300>.
- SODRÉ, F. Epidemia de covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00302>.
- WHO. *World Health Organization coronavirus disease (covid-19) dashboard*. Geneva: WHO, 2020.
- WORLD BANK. Gini index (World Bank estimate): Brazil. Washington, DC: World Bank Group: 2020. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>. Acesso em: 30 ago. 2020.
- ZHU, N. *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 382, n. 8, p. 727–733, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.



Capítulo 2

**Risco percebido de infecção pela covid-19
durante a pandemia no Brasil: vulnerabilidades
e fatores associados**

Risco percebido de infecção pela covid-19 durante a pandemia no Brasil: vulnerabilidades e fatores associados

*Heriederson Sávio Dias Moura
Felipe Mendes Delpino
Murilo César do Nascimento
Débora de Almeida Soares
Ruan Víctor dos Santos Silva
Juliana Soares Tenório de Araújo
Rosa Maria Pinheiro de Souza
Regina Célia Fiorati
Ione Carvalho Pinto
Pedro Fredemir Palha
Aline Aparecida Monroe
Inês Fronteira
Ricardo Alexandre Arcêncio*

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 (Croda; Garcia, 2020; Opas, 2020a, 2020b) foi uma crise global de saúde que resultou em uma emergência de saúde pública de proporções sem precedentes. No Brasil, até setembro de 2024, foram confirmados 38.891.045 casos da doença e 713.115 óbitos (Brasil, 2022).

Considerando o grande número de casos de covid-19 no Brasil, foram adotadas diversas estratégias para reduzir o risco de exposição de parte da população ao vírus, incluindo o uso de máscaras, lavagem das mãos, vacinação e distanciamento físico (Wilder-Smith; Freedman, 2020). Porém, o sucesso dessas medidas de contenção utilizadas e das políticas públicas na prevenção do contágio e na interrupção da transmissão da covid-19 estava sujeito à percepção das pessoas sobre a visão das diferentes formas de risco interligados à pandemia (Massarani *et al.*, 2021).

No Brasil, a percepção de risco da população foi bastante controversa durante a pandemia de covid-19, com relatos de aglomerações e de pessoas se recusando a usar máscaras, sendo essas ainda influenciadas pela posição negacionista do governo federal, por meio da figura do então presidente do Brasil durante a crise sanitária (Calil, 2021), corroborando assim a nocividade e gravidade da doença no país, além de subestimar as percepções de risco da população.

De modo geral, os estudos insistem em analisar a percepção de risco apartada de uma esfera mais político-social e cultural dos determinantes sociais do processo saúde-doença (Arcêncio, 2021). Contudo, atentar para esses aspectos é fundamental ao estudar a percepção de risco, pois essa percepção varia entre diferentes grupos por ser uma construção social influenciada por fatores socioeconômicos, políticos e culturais, além de ser moldada pelo nível de conhecimento sobre o tema, pela comunicação e pelas informações disponíveis sobre os riscos, que podem ser apresentadas de maneiras distintas conforme os enquadramentos utilizados (Di Giulio *et al.*, 2015).

Assim, considerando que diferentes fatores podem influenciar a percepção de risco de uma população, fatores que estão alinhados a um contexto social e estruturalmente construído, segundo a representação de um processo de significados dentro de um universo simbólico, este estudo buscou analisar os fatores associados ao risco percebido de infecção pela covid-19 no Brasil.

2 DESENVOLVIMENTO

Este é um estudo transversal realizado por meio de um *websurvey*. Desde o planejamento e desenvolvimento do estudo até a comunicação dos resultados, foi adotada a estratégia do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (Strobe) (Elm *et al.*, 2008) como referência metodológica.

A população de referência consistiu em pessoas residentes no Brasil, sendo brasileiras ou imigrantes estrangeiros que compreendiam o idioma falado no Brasil (português brasileiro) e que haviam vivido no país por pelo menos 6 meses, com idade igual ou superior a 18 anos, que estivessem dispostas a participar da pesquisa e tivessem acesso à internet.

Dois desfechos de interesse foram considerados: “risco autopercebido de infecção pela covid-19” e “risco percebido de a população se infectar pela covid-19” foram utilizados no modelo final do estudo. As alternativas de resposta originais (sem risco, risco baixo, risco moderado, risco elevado e não sei) foram recategorizadas em respostas dicotômicas (0 = sem risco, risco baixo, risco moderado e 1 = risco elevado). Essa escolha foi feita porque o modelo dicotômico facilita a interpretação, e os autores concordaram que um risco moderado era considerado normal, uma vez que cerca de um quinto da população brasileira contraiu a covid-19.

As variáveis independentes utilizadas no modelo foram: idade (18 a 39; 40 a 59; 60 ou mais), sexo (homem, mulher), escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto, ensino superior completo, pós-graduação), número de residentes no domicílio, raça/cor/etnia (branca, preta, parda, amarela

ou indígena), estado civil (casado(a) ou união estável, solteiro(a), divorciado(a) ou separado(a) judicialmente, viúvo(a)), possui plano de saúde (sim, não), faz uso do Sistema Único de Saúde (SUS) (sim, não). As variáveis independentes foram selecionadas com base em uma revisão sistemática de 77 artigos que avaliaram a percepção de risco da covid-19 (Cipolletta; Andregretti; Mioni, 2022).

Foram realizadas análises descritivas de cálculo de medida de posição (média), dispersão (desvio-padrão, DP), frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Para a parte inferencial, as associações foram analisadas por meio de regressão logística binária, na qual foram considerados modelos univariados e multivariados, sendo realizadas análises brutas e duas ajustadas. O primeiro modelo foi ajustado para sexo, raça/cor, idade e escolaridade. Por fim, o primeiro modelo foi ajustado para conter plano de saúde e utilização do SUS. Vale destacar que para todas as análises foi calculado o *odds ratio* (OR) com seus respectivos IC95%. Todas as análises foram realizadas com o software Stata (versão 15.1), adotando um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$).

2.1 Resultados

Um total de 1.516 indivíduos da população brasileira participaram do estudo (Tabela 1). Os participantes eram em sua maioria mulheres (73%), com uma média de 2,8 residentes por domicílio, idade entre 40 e 59 anos (41,8%), brancas (68,1%), solteiras/divorciadas/desquitadas/separadas judicialmente (50,4%), tinham ensino superior completo (25,2%), plano de saúde (73,1%) e utilizavam o SUS (64%). Ainda, em sua maioria, os indivíduos se consideravam sem risco, risco baixo ou risco moderado em relação ao risco autopercebido de infecção pela covid-19 (81,6%). Em contrapartida, relataram risco elevado quanto ao risco percebido de a população se infectar pela covid-19 foram utilizados no modelo final do estudo (74,4%).

Tabela 1. Frequência das características socioeconômicas, o risco autopercebido de infecção pela covid-19 e o risco percebido da população se infectar pela covid-19 foram utilizados no modelo final do estudo (n = 1.516)

Variáveis	Média	DP*	IC95%
Número de residentes no domicílio	2,85	1,82	2,8-2,9
Variáveis	N	%	IC95%
Sexo (n = 1.441)			
Homem	389	27,0	24,8-29,3
Mulher	1.052	73,0	70,7-75,2

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	N	%	IC95%
Idade (n = 1.409)			
18 a 39	487	34,6	32,1-37,1
40 a 59	589	41,8	39,2-44,4
60 ou mais	333	23,6	21,5-25,9
Raça/cor/etnia (n = 1.430)			
Branco	974	68,1	65,6-70,5
Preto	108	7,6	6,3-9,0
Pardo	318	22,2	20,2-24,5
Amarelo/indígena	30	2,1	1,5-3,0
Estado civil (n = 1.453)			
Casado/união estável	684	47,1	44,5-49,6
Solteiro/divorciado/desquitado/ separado judicialmente	733	50,4	47,9-53,0
Viúvo	36	2,5	1,8-3,4
Escolaridade (n = 1.444)			
Ensino fundamental incompleto a ensino superior incompleto	352	24,4	22,2-26,7
Ensino superior completo	364	25,2	23,0-27,5
Pós-graduação	728	50,4	47,8-53,0
Possui plano de saúde (n = 1.443)			
Não	388	26,9	24,7-29,2
Sim	1.055	73,1	70,8-75,3
Faz uso do SUS (n = 1.443)			
Não	520	36,0	33,6-38,6
Sim	923	64,0	61,4-66,4
Risco autopercebido de infecção pela covid-19 (n = 1.204)			
Sem risco/risco baixo/risco moderado	983	81,6	79,4-83,7
Risco elevado	221	18,4	16,3-20,6
Risco percebido da população se infectar pela covid-19 (n = 1.213)			
Sem risco/risco baixo/risco moderado	311	25,6	23,3-28,2
Risco elevado	902	74,4	71,8-76,7

*DP = Desvio-padrão

Pessoas com idades entre 40 e 59 anos (OR = 1,98; IC95% = 1,37-2,86) e com 60 anos ou mais (OR = 1,80; IC95% = 1,15-2,82) apresentaram maiores chances de risco autopercebido de infecção pela covid-19 em comparação com aquelas de 18 a 39 anos (Tabela 2). Ainda, aqueles que usavam o SUS (OR = 1,46; IC95% = 1,02-2,09) também apresentaram maiores chances em comparação com aqueles que não utilizavam.

Tabela 2. Associação entre variáveis socioeconômicas e o risco autopercebido de infecção pela covid-19

Variáveis	Análise bruta		Modelo 1*		Modelo 2**	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo						
Homem	Ref		Ref		Ref	
Mulher	1,04	0,74-1,44	1,15	0,81-1,63	1,18	0,83-1,68
Idade						
18 a 39	Ref		Ref		Ref	
40 a 59	1,52	1,08-2,14	1,79	1,25-2,56	1,98	1,37-2,86
60 ou mais	1,32	0,87-2,00	1,51	0,98-2,33	1,80	1,15-2,82
Raça/cor/etnia						
Branco	Ref		Ref		Ref	
Preto	1,84	1,08-3,14	1,76	1,01-3,07	1,64	0,93-2,88
Pardo	1,24	0,88-1,76	1,23	0,85-1,76	1,13	0,78-1,64
Amarelo/indígena	1,73	0,67-4,47	1,73	0,66-4,84	1,82	0,69-4,77
Estado civil						
Casado/união estável	Ref		Ref		Ref	
Solteiro/divorciado/desquitado/separado judicialmente	1,11	0,83-1,50	1,10	0,80-1,50	1,04	0,75-1,43
Viúvo	2,15	0,95-4,87	1,82	0,74-4,47	1,88	0,76-4,66
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto a ensino superior incompleto	Ref		Ref		Ref	
Ensino superior completo	0,95	0,63-1,42	0,4	0,61-1,43	1,06	0,68-1,65
Pós-graduação	0,74	0,51-1,06	0,71	0,49-1,05	0,77	0,51-1,16
Possui plano de saúde						
Não	Ref		Ref		Ref	
Sim	0,68	0,49-0,93	0,72	0,50-1,04	0,82	0,56-1,21

Continua...

Tabela 2. Continuação

Variáveis	Análise bruta		Modelo 1*		Modelo 2**	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Faz uso do SUS						
Não	Ref		Ref		Ref	
Sim	1,47	1,07-2,03	1,56	1,10-2,19	1,46	1,02-2,09

*Modelo 1 = ajustado para sexo, raça/cor/etnia, idade e escolaridade.

**Modelo 2 = modelo 1 ajustado para possuir plano de saúde e utilização do SUS.

As mulheres (OR = 1,80; IC95% = 1,33-2,43) apresentaram maiores chances de perceber risco de a população se infectar com covid-19 em comparação com homens, assim como pessoas com 60 anos ou mais (OR = 2,06; IC95% = 1,37-3,10), comparadas com aquelas de 18 a 39 anos, e as pessoas pretas (OR = 2,37; IC95% = 1,18-4,75) em comparação com pessoas brancas. Por sua vez, indivíduos com pós-graduação (OR = 0,65; IC95% = 0,44-0,96) apresentaram menores chances em relação àqueles com ensino fundamental incompleto ao superior incompleto (Tabela 3).

Tabela 3. Associação entre variáveis socioeconômicas e o risco percebido da população se infectar com covid-19

Variáveis	Análise bruta		Modelo 1*		Modelo 2**	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Sexo						
Homem	Ref		Ref		Ref	
Mulher	1,55	1,17-2,06	1,77	1,31-2,38	1,80	1,33-2,43
Idade						
18 a 39	Ref		Ref		Ref	
40 a 59	1,00	0,74-1,34	1,19	0,87-1,61	1,24	0,91-1,70
60 ou mais	1,58	1,08-2,31	1,91	1,28-2,84	2,06	1,37-3,10
Raça/cor/etnia						
Branco	Ref		Ref		Ref	
Preto	2,64	1,33-5,21	2,44	1,22-4,88	2,37	1,18-4,75
Pardo	1,38	0,99-1,91	1,49	1,06-2,09	1,40	0,99-1,99
Amarelo/indígena	1,16	0,46-2,97	1,20	0,46-3,10	1,23	0,47-3,18

Continua...

Tabela 3. Continuação

Variáveis	Análise bruta		Modelo 1*		Modelo 2**	
	OR	IC95%	OR	IC95%	OR	IC95%
Estado civil						
Casado/união estável	Ref		Ref		Ref	
Solteiro/divorciado/desquitado/separado judicialmente	1,02	0,79-1,33	0,96	0,72-1,27	0,92	0,69-1,22
Viúvo	1,76	0,66-4,69	1,09	0,36-3,32	1,13	0,37-3,43
Escolaridade						
Ensino fundamental incompleto a ensino superior incompleto	Ref		Ref		Ref	
Ensino superior completo	0,79	0,53-1,17	0,67	0,44-1,01	0,73	0,48-1,12
Pós-graduação	0,73	0,52-1,02	0,61	0,42-0,88	0,65	0,44-0,96
Possui plano de saúde						
Não	Ref		Ref		Ref	
Sim	0,78	0,57-1,06	0,83	0,59-1,17	0,88	0,61-1,27
Faz uso do SUS						
Não	Ref		Ref		Ref	
Sim	1,18	0,90-1,54	1,28	0,95-1,71	1,23	0,91-1,67

*Modelo 1 = ajustado para sexo, raça/cor/etnia, idade e escolaridade.

**Modelo 2 = modelo 1 ajustado para possuir plano de saúde e utilização do SUS.

2.2 Discussão

O estudo buscou analisar os fatores associados ao risco percebido de infecção pela covid-19 no Brasil. Foi identificado que havia maiores chances de risco autopercebido de infecção pela covid-19 e risco percebido de a população se infectar pela covid-19 entre pessoas com idades entre 40 e 59 anos, 60 anos ou mais, mulheres, pretas e pardas, e aquelas que relataram utilizar o SUS. Por outro lado, havia menores chances de risco percebido da população se infectar com covid-19 entre participantes com pós-graduação.

Assim, os resultados indicam que o risco percebido está relacionado às vulnerabilidades sociais de determinados grupos da sociedade. A experiência de desigualdade social influencia a percepção que diferentes grupos populacionais têm de seus riscos e comportamentos cotidianos. Essa influência afeta a aceitação das restrições impostas e é moldada por uma série de fatores, incluindo aspectos socioeconômicos, comunitários, individuais, pessoais e culturais (Khosravi, 2020). Além disso, a percepção de risco está associada à compreensão das pessoas sobre

a prevalência e gravidade de uma determinada doença (Bults *et al.*, 2015; Funk; Salathé; Jansen, 2010).

Um estudo realizado entre abril e junho de 2020 com adultos (18 anos ou mais) na Arábia Saudita constatou que 27% dos entrevistados relataram que tinham maior probabilidade de se infectar com covid-19, cerca de 16% ainda consideravam que seria grave ou haveria risco de morte e 38% desejaram que a condição fosse moderada (Alkhaldi *et al.*, 2021).

Nas análises deste estudo, constatamos que as faixas etárias de 40 a 59 anos e de 60 anos ou mais dos participantes estavam associadas ao risco autopercibido de infecção por covid-19. Na literatura, as diferentes faixas etárias são retratadas como um fator fortemente associado com a percepção de risco à covid-19. Um estudo realizado na Etiópia demonstrou que a suscetibilidade percebida à covid-19 aumentava significativamente de acordo com a idade (Asnakew; Asrese; Andualem, 2020), ou seja, a idade estava associada ao aumento da autopercipção e da exposição da população à infecção pela covid-19.

Neste estudo, o risco percebido de a população se infectar pela covid-19 foi maior nas mulheres. No entanto, deve-se notar que o processo de seleção foi feito por meio do método bola de neve, ou seja, não houve estratificação por sexo, o que resultou em uma proporção desigual de participantes. Em particular, mulheres e pessoas com alta escolaridade participaram com mais frequência do que outras. Ainda assim, os achados alinham-se parcialmente com a suposição geral de que o sexo feminino está associado a uma maior preocupação com a saúde e com a percepção de risco da covid-19 (Dalecká *et al.*, 2021). Um estudo recente apontou que os homens geralmente se percebiam como menos em risco de infecção por covid-19 do que as mulheres (Lewis; Duch, 2021), resultando em uma maior proporção de desfechos adversos relacionados à infecção por covid-19 em homens.

Assim, a diferença de gênero pode ocorrer porque as mulheres têm maior suscetibilidade e adotam mais medidas de prevenção em comparação com os homens (Eastwood *et al.*, 2009; Kwok *et al.*, 2020; Lau *et al.*, 2003; Leung *et al.*, 2003; Seale *et al.*, 2020), além de terem uma chance maior (70%) de preocupação com a disseminação da covid-19 (Alkhaldi *et al.*, 2021).

Os resultados também indicaram uma disparidade racial do risco percebido à covid-19, acenando que pessoas negras apresentaram uma autopercipção aumentada à infecção pela covid-19. Isso se deve a vários contextos nos quais as populações negras e pardas estão inseridas na sociedade, entre eles as condições socioeconômicas e demográficas, que são relatadas em diversos estudos com impactos desiguais de mortalidade devido à covid-19 (Golestaneh *et al.*, 2020; Ribeiro *et al.*, 2021).

É observado na literatura que as percepções de risco de gravidade e desfechos de morte relacionados à covid-19 entre americanos negros e outras etnias

minoritárias foram significativamente maiores do que entre indivíduos americanos brancos. Ainda, relata-se que tais percepções foram baseadas em experiências anteriores à covid-19 (condições socioeconômicas, doenças e acesso aos serviços de saúde antes da pandemia) (Kumar; Encinosa, 2021). Nesse sentido, é importante refletir sobre os diversos fatores que influenciam a percepção de risco desses grupos populacionais, pois as condições de vida e o ambiente em que estão inseridos refletem como irão perceber um risco, seja ele socioeconômico, demográfico, de violência, de ausência de habitação e no mercado de trabalho.

Um estudo realizado com a população dos Estados Unidos durante a pandemia evidenciou que, em comparação com os brancos, os não brancos estavam em maior risco de exposição à covid-19 e tinham taxas populacionais mais altas de infecção, hospitalizações e mortes por 100 mil habitantes (Marrett, 2021). Um estudo realizado no Brasil observou que o número médio de mortes por covid-19 nas cinco regiões do país foi maior entre negros (pardos e pretos) em comparação com brancos, um fato que demonstrou de forma mais assertiva as desigualdades a que esse grupo populacional está exposto, além de acenar fortemente ao fato de que pessoas negras foram as maiores vítimas da covid-19 (Sthel; Silva, 2021).

Em linha com esses achados, um estudo verificou que, em 2020, houve uma disparidade racial no número de óbitos ao analisar raça/cor, visto que os óbitos de negros foram 27,8% superior ao esperado, enquanto na população branca a ocorrência foi 17,6% maior do que o esperado (Teixeira *et al.*, 2022). Assim, reafirmam-se as vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas pretas e pardas, que são maioria (55,8%) no Brasil (IBGE, 2019).

Quanto ao nível de escolaridade dos participantes, aqueles com pós-graduação apresentaram menores chances de risco percebido de a população se infectar pela covid-19. Um estudo realizado na Alemanha mostrou que o risco percebido de infecção pela covid-19 e a adoção de práticas preventivas e protetivas para a doença, como lavagem das mãos, foram maiores em pessoas com altos níveis de escolaridade (Rattay *et al.*, 2021). Notavelmente, esses achados reforçam que o nível educacional da população aumenta as chances de conscientização, e o déficit de educação pode levar a percepções equivocadas e práticas inadequadas (Hong, *et al.*, 2020), e, possivelmente, a um maior risco de contrair o vírus (Ladiwala *et al.*, 2021).

Outras situações que atendem à percepção de risco de a população contrair o vírus estão associadas à desinformação, ao aumento do desemprego, à queda na renda, às dificuldades em respeitar o isolamento social, às dificuldades de acesso aos serviços de saúde e pobreza (Soares; Menezes, 2021). Esses pontos demonstram a necessidade da população em retomar suas atividades presenciais na busca por melhores condições de vida. Assim, a percepção sobre os riscos de contrair o vírus da covid-19 é ignorada em relação às medidas de segurança em um cenário pandêmico difícil.

Deve-se considerar que o fato de pessoas com maior nível de escolaridade perceberem como baixo o risco de a população se infectar com covid-19 pode estar ligado aos privilégios que certos grupos sociais têm sobre outros, caracterizando essas observações como um ato discriminatório que está estruturalmente inserido na sociedade, o que pode ser visto por decisões governamentais e políticas públicas de prevenção ou contenção que não foram aplicadas universalmente, garantindo apenas a sobrevivência dos corpos mais valorizados socialmente, deixando aqueles grupos que antes da pandemia de covid-19 já estavam expostos a situações de vulnerabilidades sociais e que acabaram testemunhando piores situações com a pandemia (Santos, 2020).

No Brasil, durante a pandemia, a população enfrentou uma crise de saúde e humanitária causada pela covid-19, trazendo à tona desigualdades raciais e socioeconômicas previamente existentes (Matta *et al.*, 2021), aumentando o sentimento de vulnerabilidade de toda a população. Nesse contexto, este estudo identificou maiores chances de risco autopercebido de infecção pela covid-19 nas pessoas que utilizaram o SUS.

Sabe-se que um dos pilares da saúde brasileira é o acesso universal ao SUS. No entanto, esse processo de admissão tem inúmeros obstáculos, que se tornaram mais evidentes durante a pandemia, seja pela sobrecarga dos profissionais de saúde, superlotação das unidades, demora no atendimento, falta de equipamentos de proteção individual e de qualidade, espera nas filas para internações e taxas de ocupação de leitos próximas à capacidade máxima em todo o país (Cerqueira; Thomas; Bruno, 2020; Correia, 2020).

Nesse sentido, o risco percebido de cada indivíduo reforçou a estigmatização histórica e empírica do SUS, uma vez que frequentar as unidades de saúde durante a pandemia poderia ser visto como uma forma de exposição maior à infecção pela covid-19, considerando um imaginário popular. Acredita-se que essa representação social de sobrecarga e precariedade do sistema de saúde (Bitencourt; Andrade, 2021) possa ter contribuído para a percepção identificada de que esses espaços poderiam representar um cenário de risco para a proteção geral de si e dos outros.

Atentando para todo o contexto apresentado, torna-se importante mencionar que a forma como a sociedade percebeu a infecção pela covid-19 tornou-se preocupante, especialmente como as pessoas viram os riscos para com a população, não considerando apenas a sua própria exposição. Nesse sentido, uma revisão da literatura observou que 62,1% das pessoas estavam preocupadas com a possibilidade de seus familiares se infectarem com covid-19 (Aini, 2020).

Outro aspecto que merece destaque e que pode ter influenciado a percepção das pessoas sobre o risco de se infectar com covid-19 deve-se às relações do cotidiano e ao fato de que existem trabalhos essenciais durante uma pandemia, o que

fez com que parte da sociedade e até familiares continuassem a desenvolver suas atividades profissionais de forma presencial, com maior probabilidade de transmissão do vírus em seus lares (Kassas *et al.*, 2021), corroborando assim a incidência de infecção na população geral.

Outro aspecto relevante que pode ter influenciado a percepção das pessoas sobre o risco de infecção pela covid-19 é o impacto das relações cotidianas e a necessidade de manter trabalhos essenciais durante a pandemia, principalmente entre indivíduos de grupos populacionais que historicamente têm seus direitos negados e, por vezes, vivem à margem da sociedade, como pessoas preta e pardas, e aquelas com baixa escolaridade. Tal fato pode ter levado esses indivíduos a continuarem suas atividades profissionais de forma presencial, aumentando a probabilidade de transmissão do vírus em seus lares (Kassas *et al.*, 2021), elevando suas percepções da infecção pela covid-19 e contribuindo para sua alta incidência.

As limitações deste estudo incluem a amostra não probabilística adotada e o fato de que os brasileiros foram convidados a participar apenas virtualmente. Apesar das vantagens operacionais, temporais e logísticas para a coleta de dados, reconhece-se que a técnica de amostragem por bola de neve e a estratégia de pesquisa via web podem proporcionar uma seleção parcial do público-alvo. Assim, a taxa de retorno heterogênea, sob a perspectiva geográfica, juntamente com a falta de conhecimento sobre o acesso da população de interesse à internet, é destacada como fator não controlado que pode interferir na validade externa da pesquisa.

No entanto, os resultados aqui apresentados, embora não generalizáveis para todo o Brasil, avançam o conhecimento ao contribuir com um panorama importante sobre o risco autopercebido da população quanto a se infectar com covid-19.

3 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo destacam a importante relação entre o risco percebido de infecção pela covid-19 e as características socioeconômicas, com destaque para mulheres, pessoas com baixa escolaridade e pretas e pardas. A percepção de risco, tanto individual quanto coletiva, foi essencial na disseminação e controle da pandemia. A conscientização sobre a doença, os fatores de exposição e as medidas de contenção adotadas desempenharam papéis de destaque na limitação da propagação do vírus e na redução do impacto na saúde pública.

Para estudos futuros, recomendamos que haja um aprofundamento em análises voltadas às diferenças na percepção de risco entre diversos grupos socioeconômicos e etários, a fim de entender como essas percepções influenciam o comportamento e a adesão às medidas de prevenção. Também é importante avaliar o impacto das intervenções de saúde pública, como campanhas de conscientização

e medidas de contenção, sobre a percepção de risco e o comportamento da população. Essas estratégias podem orientar a criação de ações mais eficazes e adaptadas às necessidades específicas de cada grupo.

Além disso, futuras pesquisas devem considerar os fatores comunitários e estruturais que influenciam a percepção de risco e a resposta a surtos, além de considerarem modelos de estudos longitudinais e de abordagem qualitativa, pois é importante ainda considerar e compreender como as condições de vida, o acesso a recursos e as redes de apoio comunitário podem afetar as percepções das pessoas, ajudando assim a identificar áreas de vulnerabilidade e oportunidades para intervenção.

REFERÊNCIAS

- AINI, Q. Indonesian community behavior during the covid-19 pandemic. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, [s. l.], v. 7, p. 45-56, 2020. DOI: <https://doi.org/10.38124/IJISRT20AUG670>.
- ALKHALDI, G. *et al.* Perceptions towards covid-19 and adoption of preventive measures among the public in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, New York, v. 21, p. 1251, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11223-8>.
- ARCÊNCIO, R. A. Reiterando o sentido da epidemiologia social na compreensão das desigualdades e avanço da equidade em tempos da covid-19. *Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical*, Lisboa, v. 20, p. 74-77, 2021. DOI: <https://doi.org/10.25761/anaisihmt.375>.
- ASNAKEW, Z.; ASRESE, K.; ANDUALEM, M. Percepção de risco da comunidade e conformidade com medidas preventivas para pandemia de covid-19 na Etiópia. *Risk Management and Healthcare Policy*, Macclesfield, v. 13, p. 2887-2897, 2020. DOI: <https://doi.org/10.2147/RMHP.S279907>.
- BITENCOURT, S. M.; ANDRADE, C. B. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 1013-1022, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021263.42082020>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Painel coronavírus*. Brasília, DF: MS, 2022. Atualizado em: 12 dez. 2022. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 set. 2024.
- BULTS, M. *et al.* Perceptions and behavioral responses of the general public during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic: a systematic review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, Cambridge, v. 9, p. 207-219, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.160>.
- CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 140, p. 30-47, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>.
- CERQUEIRA, S.; THOMAS, J. A.; BRUNO, C. Covid-19: o drama nos hospitais públicos e as saídas para mitigar a crise. *Veja*, São Paulo, 15 maio 2020. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/COVID-19-o-drama-nos-hospitais-publicos-e-as-saidas-para-mitigar-a-crise/>. Acesso em: 13 set. 2024.
- CIPOLLETTA, S.; ANDREGHETTI, G. R.; MIONI, G. Risk perception towards covid-19: a systematic review and qualitative synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 19, 4649, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19084649>.

CORREIA, B. Fila de espera de pacientes com covid-19 aumenta no Rio; hospitais têm leitos, mas faltam profissionais. *G1*, Rio de Janeiro, 27 maio 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2020/05/27/fila-de-espera-de-pacientes-com-covid-19-aumenta-no-rio-hospitais-tem-leitos-mas-faltam-profissionais.ghtml>. Acesso em: 13 set. 2024.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000100021>.

DALECKÁ, A. *et al.* Perception of health risk and compliance with preventive measures related to covid-19 in the Czech population: preliminary results of a rapid questionnaire survey. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, Łódź, v. 34, p. 165-176, 2021. DOI: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01747>.

DI GIULIO, G. M. *et al.* Percepção de risco: um campo de interesse para a interface ambiente, saúde e sustentabilidade. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, p. 1217-1231, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015136010>.

EASTWOOD, K. *et al.* Knowledge about pandemic influenza and compliance with containment measures among Australians. *Bulletin of the World Health Organization*, Washington, DC, v. 87, p. 588-594, 2009. DOI: <https://doi.org/10.2471/BLT.08.060772>.

ELM, E. V. *et al.* The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (Strobe) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, Amsterdam, v. 61, p. 344-349, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>.

FUNK, S.; SALATHÉ, M.; JANSEN, V. A. A. Modelling the influence of human behaviour on the spread of infectious diseases: a review. *Journal of the Royal Society Interface*, London, v. 7, p. 1247-1256, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1098/rsif.2010.0142>.

GOLESTANEH, L. *et al.* A associação de raça e mortalidade por covid-19. *EClinicalMedicine*, Amsterdam, v. 25, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100455>.

HONG, B. *et al.* Knowledge, attitudes and practices towards covid-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the covid-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. *International Journal of Biological Sciences*, Sydney, v. 16, p. 1745-1752, 2020. DOI: <https://doi.org/10.7150/ijbs.45221>.

IBGE. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 13 set. 2024.

KASSAS, B. *et al.* Perception versus preference: the role of self-assessed risk measures on individual mitigation behaviors during the covid-19 pandemic. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254756>.

KHOSRAVI, M. Perceived risk of covid-19 pandemic: the role of public worry and trust. *Electronic Journal of General Medicine*, Eastbourne, v. 17, p. 1-2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.29333/ejgm/7856>.

KUMAR, V.; ENCINOSA, W. Racial disparities in the perceived risk of covid-19 and in getting needed medical care. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, New York, v. 29, p. 1-10, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01191-5>.

KWOK, K. O. *et al.* Respostas da comunidade durante a fase inicial da epidemia de covid-19, Hong Kong. *Emerging Infectious Diseases*, Atlanta, v. 26, p. 1575-1579, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3201/eid2607.200500>.

LADIWALA, Z. F. R. *et al.* Knowledge, attitude and perception of Pakistanis towards covid-19; a large cross-sectional survey. *BMC Public Health*, New York, v. 21, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10083-y>.

LAU, J. T. *et al.* Monitoring community responses to the SARS epidemic in Hong Kong: from day 10 to day 62. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 57, p. 864-870, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.57.11.864>.

LEUNG, G. M. *et al.* The impact of community psychological responses on outbreak control for severe acute respiratory syndrome in Hong Kong. *Journal of Epidemiology & Community Health*, London, v. 57, p. 857-863, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.57.11.857>.

LEWIS, A.; DUCH, R. Gender differences in perceived risk of covid-19. *Social Science Quarterly*, Hoboken, v. 102, p. 2124-2133, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/ssqu.13079>.

MARRETT, C. B. Racial disparities and covid-19: the social context. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, New York, v. 8, p. 794-797, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-00988-8>.

MASSARANI, L. *et al.* Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de covid-19 em 12 cidades brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, p. 3265-3276, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.05572021>.

MATTA, G. C. *et al.* Os impactos sociais da covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021. DOI: <https://doi.org/10.7476/9786557080320>.

OPAS. OMS afirma que covid-19 é agora caracterizada como pandemia. *Opas*, Brasília, DF, 11 mar. 2020a. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/11-3-2020-who-characterizes-covid-19-pandemic#:~:text=OMS%20afirma%20que%20COVID-19%20%C3%A9%20agora%20caracterizada%20como%20pandemia,-11%20Mar%202020&text=11%20de%20mar%20%C3%A7o%20de%202020,agora%20caracterizada%20como%20uma%20pandemia>. Acesso em: 13 set. 2024.

OPAS. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. *Opas*, Brasília, DF, 30 jan. 2020b. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 13 set. 2024.

RATTAY, P. *et al.* Differences in risk perception, knowledge and protective behaviour regarding covid-19 by education level among women and men in Germany: results from the Covid-19 Snapshot Monitoring (Cosmo) study. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 16, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0251694>.

RIBEIRO, K. B. *et al.* Desigualdades sociais e mortalidade por covid-19 na cidade de São Paulo, Brasil. *International Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 50, p. 732-742, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyab022>.

SANTOS, B. S. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almedina, 2020.

SEALE, H. *et al.* Covid-19 is rapidly changing: examining public perceptions and behaviors in response to this evolving pandemic. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235112>.

SOARES, A.; MENEZES, R. F. Coronavírus no Brasil: a marcha da insensatez. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200653>.

STHEL, F. G.; SILVA, L. S. A crise da pandemia da covid-19 desnuda o racismo estrutural no Brasil. *Sociologia On Line*, Lisboa, v. 26, p. 11-32, 2021. DOI: <https://doi.org/10.30553/sociologiaonline.2021.26.1>.

TEIXEIRA, R. A. *et al.* Excess mortality due to natural causes among whites and blacks during the covid-19 pandemic in Brazil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Brasília, DF, v. 55, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0283-2021>.

WILDER-SMITH, A.; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *Journal of Travel Medicine*, Oxford, v. 27, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020>.



Capítulo 3

**Padrões de comportamento e medidas de
adesão da população brasileira**

Padrões de comportamento e medidas de adesão da população brasileira

Letícia Peticarrara Ferezin

Mônica Chiodi Toscano de Campos

Rander Junior Rosa

Heriederson Sávio Dias Moura

Ariela Fehr Tártaro

Juliana Soares Tenório de Araújo

Thaís Zamboni Berra

Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

É válido destacar que desde o momento do anúncio da pandemia de covid-19 no Brasil, foi reforçada e amplamente divulgada por cientistas e figuras públicas em diversos canais de comunicação, como televisão, rádio, mídias sociais, entre outros meios, a importância da adoção das medidas preventivas, tendo destaque para a utilização de máscaras, isolamento social e a utilização de álcool em gel para higienização das mãos. Posteriormente, com o número de casos e óbitos crescendo vertiginosamente, medidas mais restritivas de isolamento social foram empregadas, como o fechamento de comércios, escolas, universidades, academias e demais serviços públicos, além da quarentena de casos confirmados ou pessoas com síndromes gripais e suspeita da doença (Malta *et al.*, 2020).

Nesse contexto crítico da pandemia de covid-19, a adoção de medidas de proteção tornou-se essencial para achatar a curva epidêmica. Essas medidas visavam impedir um aumento abrupto no número de casos e reduzir o pico de demanda por serviços de saúde. Vale ressaltar que, na época, não existiam vacinas ou tratamentos eficazes, e a população brasileira enfrentava vulnerabilidades relacionadas às condições de vida e de saúde (Castro *et al.*, 2020). Isso visava prevenir a sobrecarga do sistema de saúde e evitar seu colapso, o que poderia resultar em um aumento da letalidade devido à escassez de leitos e à limitação de cuidados intensivos (Garcia; Duarte, 2020).

Para enfrentar uma doença de propagação rápida, que não apenas afeta indivíduos, mas também compromete o sistema de saúde e a sociedade em geral, medidas preventivas individuais são insuficientes. Por isso, é de suma importância adotar estratégias de alcance comunitário. Essas estratégias incluem a imposição de restrições ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio

comunitário, transporte público e outros ambientes com alta concentração de pessoas, como eventos sociais e esportivos, teatros, cinemas e estabelecimentos comerciais não essenciais (Qualls, 2017).

A adoção dessas medidas é respaldada pela experiência de países previamente afetados pela covid-19, pelas recomendações da Organização Mundial da Saúde e pelas evidências disponíveis sobre intervenções eficazes para o controle da doença. Além disso, estudos realizados em outros países fornecem uma base sólida para a implementação dessas estratégias, demonstrando sua eficácia no combate à propagação do vírus (Oliveira *et al.*, 2020).

Presume-se que a implementação mais precoce e o incentivo efetivo de medidas de distanciamento físico e quarentena poderiam ter mitigado significativamente os casos e óbitos no país, especialmente se adotadas de forma mais oportuna pelo governo brasileiro. Essas medidas seriam particularmente importantes para as populações mais vulneráveis, que frequentemente carecem de acesso a informações e insumos de proteção, ou que, em alguns casos, foram mal orientadas sobre a necessidade de proteção contra a covid-19 (Calil, 2021; Souza-Júnior *et al.*, 2020).

Além desses fatores, a propagação da covid-19 foi exacerbada pelas desigualdades sociais preexistentes no país. Muitos brasileiros enfrentaram dificuldades para manter o distanciamento físico devido à necessidade de retornar ao trabalho, garantir a subsistência de suas famílias, por desinteresse ou descrença na gravidade da doença (Minayo; Freire, 2020). Essas condições refletiram a complexidade do cenário e os desafios adicionais impostos pela desigualdade social na gestão da pandemia.

A adesão dos indivíduos às medidas preventivas exige um processo de conscientização que seja sustentado por uma relação de confiança entre a população e os representantes dos órgãos de saúde. A ausência desse processo contribui para a sensação de insegurança da população quanto à eficácia das medidas preventivas, dificultando sua adesão devido à instabilidade nas orientações disseminadas (Lima *et al.*, 2020). Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi verificar a adesão das medidas de proteção da população brasileira em geral durante a pandemia da covid-19 e identificar quais aspectos sociodemográficos estão associados a essa adesão.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 Características sociodemográfica dos participantes do estudo

O perfil da população do estudo revela as seguintes características: a idade média dos participantes é de 46,3 anos, com um desvio-padrão de 15,3 anos, variando entre 18 e 87 anos. Em termos de sexo, a maioria é mulher, representando 73,3% (n = 1.728) da amostra; quanto a cor/raça, 64,0% (n = 1.510) dos participantes

se identificam como brancos; sobre o estado civil, 46,1% (n = 1.088) dos participantes estão casados ou em união estável; com relação à escolaridade, 48,6% têm pós-graduação (n = 1.145); e, por fim, no tocante à renda familiar mensal, 49,3% (n = 1.161) dos participantes têm uma renda acima de cinco salários mínimos.

Tabela 1. Perfil sociodemográfico da população geral durante a pandemia da covid-19

Variáveis	Média	Mínimo	Máximo
Idade	46,3	18	87
Variáveis	n	%	
Sexo			
Homem	621	26,4	
Mulher	1.728	73,3	
Outro	7	0,3	
Não responderam	7	0,3	
Cor/raça			
Branca	1.510	64,0	
Preta/parda	749	31,8	
Amarela	55	2,3	
Indígena	13	0,6	
Sem declaração	32	1,4	
Não responderam			
Estado civil			
Casado(a) ou união estável	1.088	46,1	
Divorciado(a) ou separado(a)	301	12,7	
Viúvo(a)	54	2,3	
Solteiro(a)	915	38,8	
Escolaridade			
Pós-graduação	1.145	48,6	
Superior completo	557	23,7	
Superior incompleto	379	16,1	
Secundário completo	156	6,6	
Secundário incompleto	21	0,9	
Fundamental completo	56	2,4	
Fundamental incompleto	36	1,5	
Sem escolaridade	4	0,2	

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	n	%
Renda familiar mensal		
Menos de 1 salário mínimo	107	4,5
De 1 a 2 salários mínimos	252	10,7
De 2 a 3 salários mínimos	231	9,8
De 3 a 5 salários mínimos	417	17,7
Acima de 5 salários mínimos	1.161	49,3
Sem rendimento	30	1,3
Não responderam	155	6,6

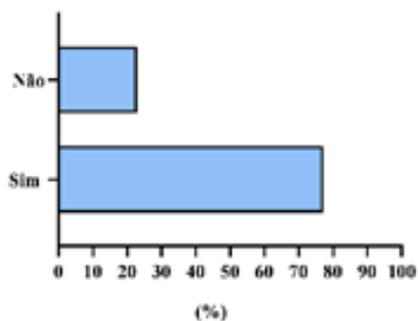
2.2 Percentual de adesão às medidas de proteção e concordância com as medidas de flexibilização entre os participantes do estudo

Na Figura 1 estão apresentados dados sobre as medidas de proteção adotadas pela população em geral durante a pandemia de covid-19. Observa-se que 58,1% (n = 1.372) saíram de casa ou do abrigo temporário apenas em casos de necessidade, enquanto 54,8% (n = 1.294) evitaram tocar em objetos ou superfícies que outras pessoas haviam tocado. Além disso, 77,1% (n = 1.822) lavaram as mãos regularmente com água e sabão ou álcool 70, e 76,8% (n = 1.814) usaram máscaras que cobriam a boca e o nariz sempre que saíam de casa. A prática de cobrir a boca e o nariz ao espirrar ou tossir com um lenço de papel ou com o antebraço foi adotada por 65,9% (n = 1.558), e 68,6% (n = 1.621) evitaram contato próximo com pessoas que apresentavam febre, tosse ou dificuldade respiratória. Além disso, 52,5% (n = 1.241) evitaram tocar o rosto com as mãos, 53,2% (n = 1.256) evitaram compartilhar objetos pessoais ou alimentos, 52,9% (n = 1.251) limpavam as compras ou objetos que vieram de fora de casa e 64,6% (n = 1.526) evitaram espaços fechados com grande concentração de pessoas. É importante destacar que apenas 0,9% (n = 22) relatou não ter adotado nenhuma dessas recomendações.

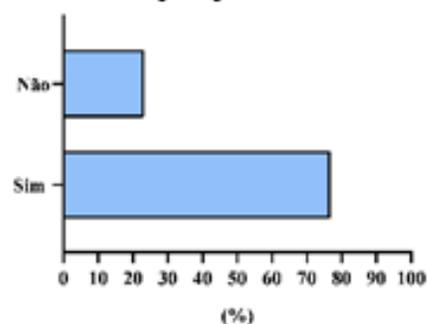
Na Figura 2 são apresentados os dados sobre a concordância da população em geral com as medidas de flexibilização adotadas no Brasil durante a pandemia de covid-19. Os resultados mostram que 36,9% (n = 561) dos participantes concordaram parcialmente com essas medidas.

Figura 1. Medidas de proteção adotadas pela população em geral durante a pandemia de covid-19, conforme recomendado pelo Ministério da Saúde

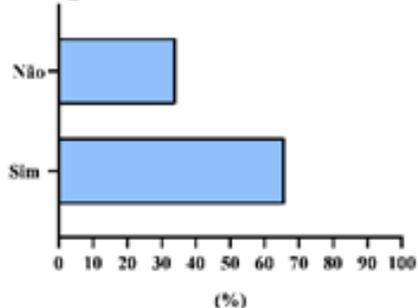
Evitar tocar ou superfícies em que outras pessoas tocaram



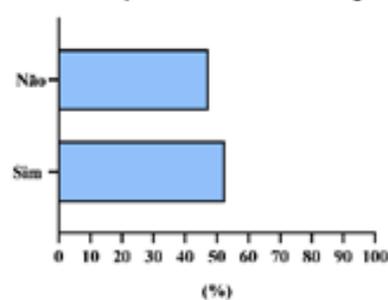
Usar máscara que cubra a boca e o nariz sempre que sai de casa



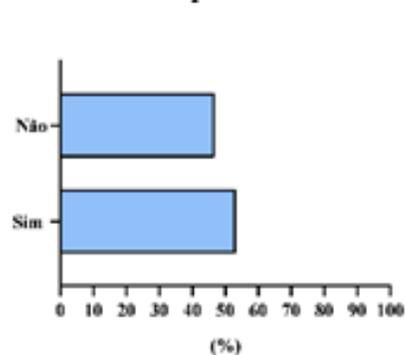
Lavar as mãos regularmente com água e sabão ou álcool 70



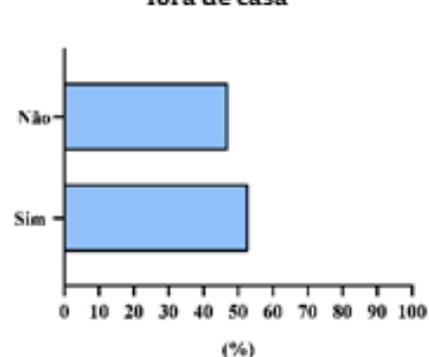
Evitar contato próximo com qualquer pessoa com febre, Tosse e/ ou dificuldade respiratória



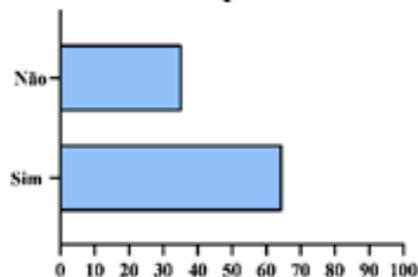
Evitar partilhar objetos pessoais ou comida em que tenha tocado



Limpar compras ou objetos que venham de fora de casa



Evitar espaços fechamento com concentração de pessoas



Não adotei nenhuma recomendação

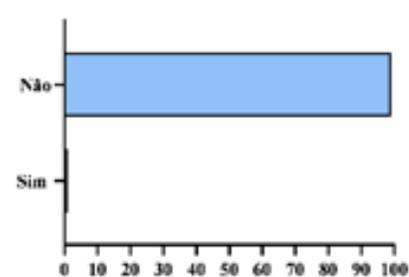
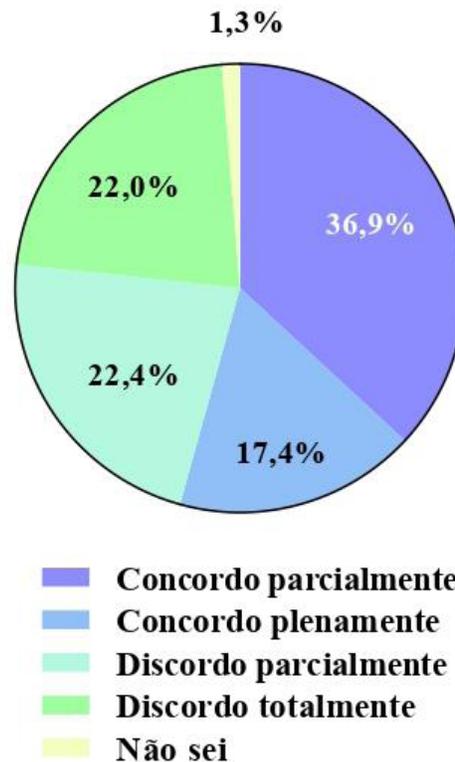


Figura 2. Percentual de concordância da população em geral com as medidas de flexibilização adotadas no Brasil durante a pandemia de covid-19

Concorda com as medidas de flexibilização



2.3 Identificação dos aspectos sociodemográficos associados à adesão às medidas de proteção dos participantes do estudo

Com relação à associação entre as medidas de proteção e os fatores sociodemográficos (Tabela 2), observou-se que as mulheres adotaram medidas de proteção contra a covid-19 de forma mais rigorosa do que os homens. Elas implementaram essas medidas 10% (IC95%: 1,05-1,15) mais frequentemente, e essa diferença permaneceu estatisticamente significativa mesmo após ajustes para fatores de confusão (RP = 1,09; IC95%: 1,04-1,14). Além disso, a faixa etária de 40 a 59 anos mostrou a maior adesão às medidas de proteção contra a covid-19, indicando que esse grupo etário foi o mais diligente em seguir as recomendações de prevenção durante a pandemia.

Os resultados indicam que a escolaridade desempenhou um papel significativo na adoção de medidas de proteção contra a covid-19, mesmo após ajustes para fatores de confusão. Especificamente, indivíduos com ensino superior completo apresentaram uma razão de prevalência 8% maior (IC95%: 1,02-1,15) na adesão às medidas de proteção em comparação com aqueles com ensino superior incompleto ou menos. Além

disso, aqueles com pós-graduação ou mais exibiram uma adesão 17% maior (IC95%: 1,11-1,24) às medidas de proteção, destacando a influência positiva da escolaridade mais avançada na adesão às recomendações de prevenção durante a pandemia.

Tabela 2. Associação entre adoção de medidas de proteção e fatores sociodemográficos na população em geral durante a pandemia de covid-19

Variáveis	Análise bruta	Análise ajustada ^a
	Razão de prevalência (IC95%) ^b	Razão de prevalência (IC95%)
Sexo		
Masculino	Ref ^c	Ref
Feminino	1,10 (1,05-1,15)	1,09 (1,04-1,14)
Idade		
18-39 anos	Ref	Ref
40-59 anos	1,09 (1,05-1,15)	1,05 (1,01-1,11)
60 anos ou mais	1,03 (0,98-1,09)	0,99 (0,94-1,05)
Escolaridade		
Superior completo ou menos	Ref	Ref
Graduação	1,11 (1,05-1,18)	1,08 (1,02-1,15)
Pós-graduação ou mais	1,21 (1,16-1,28)	1,17 (1,11-1,24)
Raça/cor		
Branco	Ref	Ref
Preto	0,86 (0,80-0,94)	0,98 (0,90-1,06)
Pardo	0,98 (0,94-1,03)	1,01 (0,96-1,08)
Amarelo/indígena	0,95 (0,82-1,09)	0,96 (0,83-1,10)
Estado civil		
Casado/união estável	Ref	Ref
Separado/solteiro	0,94 (0,91-0,98)	0,98 (0,94-1,03)
Viúvo	0,98 (0,86-1,11)	0,91 (0,79-1,05)
Fumante		
Não	Ref	Ref
Sim	1,16 (1,08-1,24)	1,17 (1,09-1,25)
Religião		
Sim	Ref	Ref
Não	1,07 (1,03-1,12)	1,08 (1,03-1,13)

^aAjustado para sexo, cor da pele, idade, escolaridade e estado civil;

^bIC95%: Intervalo de Confiança de 95%; ^cRef: Variável referência.

2.4 Discussão

Os dados apresentados oferecem uma visão detalhada do perfil demográfico dos participantes e suas práticas e opiniões durante a pandemia de covid-19, incluindo suas reações às medidas de flexibilização adotadas. A análise desses dados revela diferenças significativas na adesão às medidas de proteção relacionadas a fatores sociodemográficos, evidenciando a influência do gênero, da faixa etária e do nível de escolaridade. Essas percepções são essenciais para compreender a resposta da população brasileira à crise sanitária e para a formulação de estratégias mais eficazes na gestão de emergências de saúde pública.

A amostra do estudo é predominantemente feminina, com 73,3% de mulheres, o que pode indicar um viés de gênero na participação em pesquisas sobre saúde pública ou uma maior propensão das mulheres a se engajar em estudos relacionados à pandemia (Dev *et al.*, 2022; Tan *et al.*, 2022). A faixa etária dos participantes é ampla, com uma idade média de 46,3 anos e um desvio-padrão de 15,3 anos, o que sugere uma diversidade significativa de experiências e preocupações em relação à pandemia entre os diferentes grupos etários (González-Herrera *et al.*, 2022).

Quanto à cor/raça, 64,0% dos participantes se identificam como brancos, o que pode sugerir uma sub-representação de grupos racialmente diversos em comparação com a composição racial do Brasil como um todo (Darko, 2022). A elevada proporção de participantes com nível superior (48,6% com pós-graduação) e a renda familiar mensal superior a cinco salários mínimos (49,3%) indicam um possível viés socioeconômico na amostra, refletindo predominantemente indivíduos com maior nível educacional e econômico. Esses fatores podem impactar a adesão às medidas de proteção e a percepção das políticas de flexibilização, uma vez que o acesso a informações e recursos financeiros pode influenciar a capacidade de seguir as recomendações e avaliar criticamente as estratégias adotadas pelo governo (Papageorge *et al.*, 2021).

Os dados sobre a adesão às medidas de proteção demonstram um comprometimento significativo dos participantes, com altas taxas de adesão ao uso de máscaras (76,8%) e à lavagem regular das mãos (77,1%), indicando uma conscientização efetiva sobre as práticas recomendadas para mitigar a propagação do vírus. A baixa taxa de não adesão (0,9%) ressalta o forte engajamento com as diretrizes de saúde pública. No entanto, práticas como evitar tocar o rosto (52,5%) e limpar objetos provenientes de fora de casa (52,9%) mostraram uma adesão relativamente menor, o que pode sugerir desafios práticos ou uma percepção reduzida do risco associado a essas ações específicas. Apesar do alto nível de comprometimento dos participantes com as principais medidas de proteção contra a covid-19, os achados destacam ainda a necessidade de estratégias adicionais para abordar e

superar as dificuldades na implementação consistente de todas as medidas preventivas, especialmente aquelas com menor adesão.

A concordância parcial com as medidas de flexibilização, observada em 36,9% dos participantes, sugere uma postura ambivalente em relação às políticas adotadas. Essa aceitação parcial pode indicar um reconhecimento inicial das medidas de flexibilização, porém acompanhando de reservas quanto a sua execução ou eficácia. Tal atitude pode derivar de preocupações persistentes com a saúde pública, desconfiança das políticas governamentais ou uma percepção de que as medidas de flexibilização não foram suficientemente ajustadas para equilibrar a proteção à saúde e as necessidades econômicas (Li *et al.*, 2022).

Os resultados mostram que as mulheres adotaram medidas de proteção contra a covid-19 de maneira mais rigorosa do que os homens, com uma frequência 10% maior. Esses resultados corroboram a literatura existente, que sugere que as mulheres são mais proativas na adoção de comportamentos preventivos de saúde e na conformidade com as orientações de proteção pessoal e comunitária. A maior adesão observada entre as mulheres pode ser atribuída a diferenças na percepção de risco e no senso de responsabilidade em relação à saúde pública, bem como a influências culturais e sociais que moldam os comportamentos de proteção (Can; Ergül-Topçu; Topçu, 2022; Soskolne, 2015).

A faixa etária de 40 a 59 anos exibiu a maior adesão às medidas de proteção contra a covid-19, sugerindo que esse grupo etário demonstrou maior diligência em conformidade com as recomendações durante a pandemia. A elevada adesão observada nesse segmento pode ser atribuída a uma maior conscientização e percepção de risco relacionadas à covid-19, potencialmente decorrentes de experiências prévias com outras condições de saúde e de um senso ampliado de responsabilidade para com familiares e comunidades (Kim; Crimmins, 2020). Adicionalmente, é possível que esse grupo tenha tido acesso mais abrangente a informações e recursos, facilitando a implementação eficaz das medidas de proteção.

Os dados indicam que a escolaridade desempenhou um papel importante na adesão às medidas de proteção contra a covid-19. Os indivíduos com ensino superior completo apresentaram uma taxa de adesão 8% superior em comparação com aqueles com nível de escolaridade inferior. A adesão foi ainda mais pronunciada entre os indivíduos com pós-graduação ou mais, que mostraram uma taxa de adesão 17% superior. Esses resultados evidenciam a relevância da escolaridade na compreensão e aplicação das medidas de proteção. Indivíduos com níveis educacionais mais elevados tendem a ter melhor acesso à informação e uma capacidade crítica aprimorada para avaliar e seguir as recomendações de saúde pública. Além disso, esse grupo pode dispor de mais recursos para implementar as medidas recomendadas, como a aquisição de produtos de higiene e a adesão a práticas de distanciamento social (Scholz; Bermudez; Freund, 2023; Scholz; Freund, 2021).

3 CONCLUSÃO

Os resultados evidenciam a necessidade de estratégias de comunicação aprimoradas e adaptadas à heterogeneidade populacional. É essencial que as políticas de flexibilização considerem as percepções e preocupações da população, fornecendo informações claras e facilitando a adesão às medidas recomendadas. Além disso, a inclusão de diversos grupos socioeconômicos e étnicos nas futuras pesquisas é de suma importância para assegurar que as políticas de saúde pública sejam representativas e eficazes para todos os segmentos da sociedade.

A análise dos dados revela que, embora haja alta adesão às medidas de proteção, a aceitação das medidas de flexibilização é parcial, destacando a complexidade da resposta populacional à pandemia. Esse cenário sublinha a importância de estratégias de saúde pública que integrem uma comunicação clara e inclusiva, abordando tanto aspectos comportamentais quanto preocupações socioeconômicas e culturais. As variações na adesão com base em fatores sociodemográficos, como gênero, faixa etária e escolaridade, indicam a necessidade de intervenções personalizadas. Essas intervenções devem considerar essas diferenças para aprimorar a eficácia das campanhas de prevenção e promover uma adesão mais equitativa às medidas de proteção de futuras crises sanitárias, como a pandemia de covid-19.

REFERÊNCIAS

- CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Serviço Social & Sociedade*, [s. l.], n. 140, p. 30–47, 2021.
- CAN, F.; ERGÜL-TOPÇU, A.; TOPÇU, G. Health beliefs in association with behaviors in compliance with covid-19 public health guidelines: A cross-sectional study. *Social Work in Public Health*, Washington, DC, v. 37, n. 1, p. 14–27, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/19371918.2021.1965938>.
- CASTRO, M. C. *et al.* Demand for hospitalization services for covid-19 patients in Brazil. *MedRxiv*, London, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.03.30.20047662>.
- DARKO, N. Race, ethnicity and health inequalities. In: DARKO, N. *Engaging black and minority ethnic groups in health research*. Bristol: Policy Press, 2022. p. 19–36.
- DEV, R. *et al.* Impacto do sexo biológico e fatores relacionados ao gênero no engajamento público em comportamentos de saúde protetores durante a pandemia de covid-19: análises transversais de uma pesquisa global. *BMJ Open*, London, v. 12, n. 6, 2022.
- GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da covid-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200009>.
- GONZÁLEZ-HERRERA, A. *et al.* Diferenças de idade em conhecimento, atitudes e práticas preventivas durante a pandemia de covid-19 na Espanha. *Scientific Reports*, New York, v. 12, n. 1, 2022.

- INE. *Inquérito Nacional de Saúde 2014*. Lisboa: INE, 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2&xlang=pt. Acesso em: 27 mar. 2025.
- KIM, J. K.; CRIMMINS, E. M. How does age affect personal and social reactions to covid-19: results from the national Understanding America Study. *PloS One*, San Francisco, v. 15, n. 11, 2020.
- LI, Y. *et al.* A percepção de risco motiva o comportamento preventivo durante uma pandemia? Um estudo longitudinal nos Estados Unidos e na China. *American Psychologist*, Washington, DC, v. 77, n. 1, p. 111, 2022.
- LIMA, L. S. C. *et al.* Reflexões sobre biossegurança no contexto da covid-19: repercussões para profissionais e para população. *Research, Society and Development*, Vargem Grande Paulista, v. 9, n. 9, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.7993>.
- MALTA, D. C. *et al.* A pandemia da covid-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal, 2020. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, [s. l.], v. 4, p. e2020407, 2020.
- MINAYO, M. C. S.; FREIRE, N. P. A pandemia agrava as desigualdades na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 3555–3556, 2020.
- OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>.
- PAPAGEORGE, N. W. *et al.* Socio-demographic factors associated with self-protecting behavior during the covid-19 pandemic. *Journal of Population Economics*, Washington, DC, v. 34, p. 691-738, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00148-020-00818-x>.
- QUALLS, N. Diretrizes comunitárias de mitigação para prevenir a gripe pandêmica — Estados Unidos, 2017. *MMWR. Recomendações e relatórios*, [s. l.], v. 66, 2017.
- SCHOLZ, U.; BERMUDEZ, T.; FREUND, A. M. Covid-19 protective behaviors: a longitudinal study applying an extended protection motivation theory. *Health Psychology*, Washington, DC, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1037/hea0001322>.
- SCHOLZ, U.; FREUND, A. M. Determinants of protective behaviours during a nationwide lockdown in the wake of the covid-19 pandemic. *British Journal of Health Psychology*, Washington, DC, v. 26, n. 3, p. 935-957, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12513>.
- SOSKOLNE, V. Preventive health behaviors and physician visits: relevance to health inequality. *Israel Journal of Health Policy Research*, Washington, DC, v. 4, p. 1-4, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13584-015-0006-y>.
- SOUZA JÚNIOR, J. R. C.; CORNÉLIO, F. M. Estoque de capital fixo no Brasil: séries desagregadas anuais, trimestrais e mensais. *Texto para Discussão*, 2020.
- TAN, J. *et al.* Diferenças de gênero em comportamentos de proteção à saúde e suas implicações para a pandemia de covid-19 em Taiwan: um estudo de base populacional. *BMC Public Health*, New York, v. 22, n. 1, p. 1900, 2022.



Capítulo 4

Confiança da população nas entidades federativas para enfrentar a pandemia da covid-19 no Brasil (2020-2021): perspectivas e dilemas éticos

Confiança da população nas entidades federativas para enfrentar a pandemia da covid-19 no Brasil (2020-2021): perspectivas e dilemas éticos

*Heriederson Sávio Dias Moura
Juliana Soares Tenório de Araújo
Felipe Mendes Delpino
Débora de Almeida Soares
Antônio Carlos Vieira Ramos
Thaís Zamboni Berra
Rosa Maria Pinheiro de Souza
Liana Wernersbach Pinto
Miguel Fuentealba-Torres
Giselle Lima de Freitas
Regina Célia Fiorati
Pedro Fredemir Palha
Ione Carvalho Pinto
Juliane de Almeida Crispim
Yan Mathias Alves
Jonas Bodini Alonso
Luís Velez Lapão
Letícia Peticarrara Ferezin
Ricardo Alexandre Arcêncio*

1 INTRODUÇÃO

A pandemia de covid-19 afetou os sistemas de saúde em todo o mundo de várias maneiras, com efeitos mais graves observados em países de baixa e média renda (OECD, 2020). Os sistemas de saúde que não estavam organizados em torno de uma lógica de prevenção ou de sistemas universais também parecem ter sido os mais impactados (Balser *et al.*, 2021; Desta *et al.*, 2021; OECD, 2020), e esses sistemas de saúde entraram em colapso devido à pandemia (Goel *et al.*, 2020), o que levou à falta de leitos e causou fatalidades entre indivíduos que aguardavam atendimento médico (Andrade *et al.*, 2020; Portela *et al.*, 2021).

Diversos aspectos determinam as repercussões de uma pandemia, especialmente a organização dos serviços de saúde e as condições de vida da população,

incluindo fatores motivacionais – como confiança no governo, medo, normas subjetivas e preocupação (Das *et al.*, 2021; Gotanda *et al.*, 2021; Kim; Tandoc, 2022; Lee; Li, 2021; Masser; Hyde; Ferguson, 2020; Raude *et al.*, 2020) – e fatores socio-demográficos (Barber; Kim, 2021; Rana *et al.*, 2021; Niño *et al.*, 2021). Entre os fatores motivacionais, a confiança no governo tornou-se um ponto crucial na gestão da pandemia de covid-19 e foi um determinante-chave na aceitação pela população das políticas, restrições e diretrizes de saúde pública (Blair; Morse; Tsai, 2017) adotadas no combate à pandemia.

Para definir a ideia essencial de “confiança”, seguimos as definições mais citadas, baseadas em expectativas positivas – ou seja, seguem uma perspectiva de processo cognitivo que distingue indivíduos e instituições como confiáveis, não confiáveis ou desconhecidos (Baier, 1986; Lewis; Weigert, 1985). Neste estudo, referimo-nos à confiança em termos da confiança da população nas entidades federativas para enfrentar a pandemia de covid-19 no Brasil. Essa percepção delimita o nível de satisfação com as instituições políticas e a eficácia da gestão em alcançar os resultados desejados (North, 1990).

Durante a pandemia de covid-19, os governos de diferentes países adotaram medidas estratégicas para conter a disseminação do vírus, com foco na prevenção (Ferguson *et al.*, 2020). No entanto, para que essas estratégias fossem eficazes, tornou-se necessário um processo de tomada de decisão integrado, baseado em consenso entre o governo e outros setores envolvidos na gestão, principalmente devido à capacidade de convergência e cooperação, o que destacou as responsabilidades essenciais do governo federal (Fiocruz, 2020).

No Brasil, houve inconsistências e divergências nas ações dos governos federal, estaduais e municipais (Aquino *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2021) em relação à tomada de decisões durante a pandemia, o que influenciou a confiança de toda a população nas entidades federativas. Como exemplo dessas divergências, pode-se destacar as recomendações e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde do Brasil, que estavam sendo seguidas pelos governos estaduais e municipais, mas não pelo governo federal. Este incentivava o não cumprimento das recomendações de distanciamento físico (Aquino *et al.*, 2020), a negação da pandemia (Calil, 2021) e a promoção do uso de medicamentos cientificamente não comprovados para o tratamento da covid-19 (Calil, 2021), entre outras narrativas que visavam minimizar a gravidade da pandemia (Morel, 2021).

Com as disparidades entre os governos federal, estaduais e municipais no Brasil, houve a necessidade de desenvolver novos marcos de cooperação inter-governamental entre estados e municípios, com os governos estaduais desempenhando um papel de liderança nesses esforços. Isso garantiu ações coordenadas e

oportunas tanto vertical quanto horizontalmente entre estados e/ou municípios na mesma região ou em diferentes regiões (Aleluia *et al.*, 2023).

Em um quadro catastrófico de pandemia, antecedido pela crise econômica em décadas, por retrocessos nas esferas políticas e sociais, entre outras, e por um cenário ainda agravado por uma gestão autocrática, desordenada e inconsistente da pandemia, é importante considerar a gestão ética, social e política da pandemia de covid-19. A gestão ética pode ser entendida como a forma com que os problemas éticos afetam diretamente a eficácia do sistema de saúde, em linhas gerais os limites da individualidade, de ultrapassá-los em prol da dimensão coletiva. Estudos têm mostrado que a confiança no governo se traduz em maior adesão às medidas de prevenção da covid-19 (Gotanda *et al.*, 2021; Shanka; Menebo, 2022). No entanto, estudos que exploram a relação entre saúde pública e confiança da população frequentemente se baseiam em abordagens anedóticas ou evidências qualitativas (Blair; Morse; Tsai, 2017). Nesse contexto, para fornecer evidências exploratórias sobre o assunto, este estudo teve como objetivo analisar a confiança da população nas entidades federativas para enfrentar a pandemia de covid-19 no Brasil.

2 DESENVOLVIMENTO

Este foi um estudo transversal (Instituto Nacional de Estatística de Portugal, 2016; Romanowski; Castro; Neris, 2019; Rothman; Greenland; Lash, 2008) realizado por meio de um *survey* on-line, com coleta de dados que ocorreram entre agosto de 2020 e janeiro de 2021.

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória dos dados, aplicando estatísticas descritivas por meio do cálculo de medidas de dispersão (desvio-padrão, DP) e de tendência central (média). Para variáveis qualitativas, foram contabilizadas frequências absolutas (n) e relativas (%). Para a análise de associação de variáveis categóricas, foi utilizado o teste qui-quadrado de Pearson. Para a comparação entre grupos de variáveis numéricas, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (Vieira, 2006).

Na análise de regressão logística multinomial, a confiança na capacidade do governo para enfrentar a covid-19 nos níveis federal, estadual e municipal foi considerada como as variáveis de desfecho do estudo, sendo avaliadas nas seguintes categorias: nada confiante, pouco confiante, confiante e muito confiante. Como as variáveis dependentes do estudo eram ordinais (Nada confiante < Pouco confiante < Confiante < Muito confiante), optou-se por utilizar o modelo *logit* cumulativo.

O modelo *logit* cumulativo (Agresti, 2002) é caracterizado pela soma de todas as probabilidades das categorias menores ou iguais a j ($j = 2, \dots, J$) e pode ser definido matematicamente como:

$$\text{logit}(P(x)) = \log \left(\frac{P(x)}{1-P(x)} \right)$$

Onde $P(x) = \pi_j + \pi_{(j+1)} + \dots + \pi_J$ representa as probabilidades acumuladas do evento ser maior ou igual a J . Neste caso, $j = 1, 2, 3, 4$, onde 1 = Nada confiante, 2 = Pouco confiante, 3 = Confiante e 4 = Muito confiante. A relação entre as variáveis dependente e independentes no modelo de regressão logística ordinal com *logits* acumulados é dada pela expressão:

$$\text{logit}(P(x)) = \alpha_j + \beta_{jk} x_k$$

Onde α_j representa o intercepto do modelo do j -ésimo logito e $\beta_{j1}, \dots, \beta_{jk}$ com $k = 1, \dots, p$ representa os respectivos vetores de parâmetros do j -ésimo logito, com $j = 2, \dots, J$.

Um caso particular ocorre quando assumimos a hipótese de paralelismo, ou seja, todos os *logitos* apresentam o mesmo parâmetro de inclinação ($\beta_{2k} = \beta_{3k} = \dots = \beta_{jk} = \beta_k$). Nessa simplificação é dito que o modelo é de *odds* proporcionais (McCullagh, 1980). No entanto, há algumas situações para as quais em algumas variáveis se aplica a mesma inclinação, enquanto para outras a hipótese de proporcionalidade não se aplica. Nessa situação há um modelo de *odds* proporcional parcial (Agresti, 2010).

As variáveis independentes do modelo incluíram: sexo (homem, mulher); idade (anos); região (Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste, Sul); nível de escolaridade (\leq ensino fundamental, ensino médio, ensino superior, pós-graduação); renda (menos de um salário mínimo, um a dois salários mínimos, dois a cinco salários mínimos, cinco a dez salários mínimos, acima de dez salários mínimos, não sabe/preferiu não dizer); raça/cor/etnia (branco, preto/pardo, amarelo/indígena); estado civil (solteiro, casado/união estável, separado, viúvo); religião (católica, espírita, evangélica, outras religiões, sem religião); ocupação (aposentado, desempregado, servidor público, empregado no setor privado, autônomo/informal/bicos, estudante, outro); anos de residência (0 a 10 anos, > 10 a 20 anos, > 20 a 30 anos, > 30 anos); número de pessoas que vivem na residência (contagem); número de pessoas que contribuem para a renda familiar (contagem); área residencial (urbana, rural); tipo de moradia (própria, alugada/arrendada, outro); possui plano de saúde (sim, não); faz uso do Sistema Único de Saúde (SUS) (sim, não); recebe visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (sim, não); possui posto de saúde na comunidade ou bairro (sim, não, não sabe); e recebe algum tipo de auxílio governamental (sim, não). As variáveis de fonte de informação avaliadas incluíram: instituições governamentais (sim, não), universidades (sim, não), redes sociais digitais (sim, não) e internet (sim, não).

A seleção das variáveis independentes usadas no modelo foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa foi avaliada a presença de multicolinearidade entre as variáveis independentes. A avaliação da multicolinearidade examina a inclusão de variáveis no modelo que estão altamente correlacionadas entre si. Uma das medidas mais utilizadas é o Fator de Inflação da Variância (VIF), cuja expressão é definida (Montgomery; Peck; Vining, 2006) como:

$$VIF_j = \frac{1}{1 - R_j^2}$$

Onde R_j^2 é o coeficiente de correlação múltipla resultante da regressão de X_j nos outros $p - 1$ regressores. Quanto maior o grau de dependência de X_j dos regressores remanescentes, mais forte a dependência e maior o valor de R_j^2 . Como ponto de corte adotou-se um valor de $VIF > 5$ (Myers; Montgomery; Anderson-Cook, 2016). Visto que as variáveis independentes são as mesmas para ambos os desfechos, o resultado dessa análise também será válido para ambos.

Na segunda etapa será aplicado o procedimento de seleção de variáveis denominado como *stepwise*, com o uso do Critério de Informação de Akaike (Sakamoto; Ishiguro; Kitagawa, 1986), para as variáveis remanescentes da primeira etapa. Por razões de ordem numérica relacionada ao número de parâmetros, o procedimento foi aplicado considerando-se o modelo de *odds* proporcionais. Para as variáveis selecionadas pelo *Bayesian Information Criteria*, testou-se de forma individual, pelo teste da razão de verossimilhança (Zeileis; Hothorn, 2002), a suposição de não proporcionalidade dos parâmetros do modelo.

No modelo final, os *odds ratios* correspondentes foram calculados a partir dos parâmetros obtidos para cada um dos modelos ajustados. Os modelos finais não proporcionais foram classificados em: pouco confiante ou mais (1), confiante ou mais (2) e muito confiante (3). Todas as análises foram realizadas utilizando o programa R (R Core Team, 2021) com um nível de significância de 5% ($\alpha = 0,05$), empregando o pacote de modelos lineares e aditivos vetoriais generalizados (VGAM) (Yee, 2010).

2.1 Resultados

O estudo contou com 1.018 participantes (Tabela 1), com idade média de 46,1 anos, predominantemente mulheres (75,2%), autodeclaradas brancas (69,5%), casadas ou em união estável (49,8%), trabalhando como funcionárias públicas (37,8%), com graduação completa (54,6%), renda familiar mensal de cinco a dez salários mínimos (29,3%), casa própria (71,3%), residindo em áreas urbanas (97,1%), que não recebiam nenhum tipo de auxílio governamental (87,6%),

tinham seguro de saúde (77,3%) e utilizavam o SUS (77,3%), não recebiam visita do ACS (85,1%) e possuíam posto de saúde na comunidade ou bairro (84,9%).

Ainda na Tabela 1, em relação à confiança na capacidade dos governos para enfrentar a covid-19, 705 (69,3%) declararam estar nada confiantes com o governo federal, 453 (44,5%) estavam pouco confiantes com o governo estadual e 396 (38,9%) relataram estar nada confiantes com o governo municipal. Sobre as fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19, 639 (62,8%) informaram utilizar instituições governamentais, 685 (67,3%) universidades, 417 (41%) as redes sociais digitais e 612 (60,1%) a internet.

Tabela 1. Frequência das características sociodemográficas, confiança nos governos federal, estadual e municipal para lidar com a covid-19 e fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19, Brasil, 2020-2021 (n = 1.018)

Variáveis	Média	DP*
Idade	46,1	14,8
Número de moradores no domicílio	2,8	1,7
Número de pessoas que contribuem com a renda da família	1,8	0,8
Variáveis	n	%
Sexo		
Homem	252	24,8
Mulher	766	75,2
Região		
Centro-Oeste	43	4,2
Nordeste	94	9,2
Norte	65	6,4
Sudeste	672	66
Sul	144	14,1
Raça/cor/etnia		
Amarelo/indígena	21	2,1
Branco	708	69,5
Preto/pardo	289	28,4
Estado civil		
Casado/união estável	507	49,8
Separado	143	14
Solteiro(a)	351	34,5
Viúvo(a)	17	1,7

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	n	%
Religião		
Católico	389	38,2
Espírita	122	12
Evangélico	114	11,2
Outras religiões	93	9,1
Sem religião	300	29,5
Ocupação		
Aposentado(a)	141	13,9
Autônomo/informal/bicos	97	9,5
Desempregado(a)	46	4,5
Empregado privado	146	14,3
Empregado público	385	37,8
Estudante	124	12,2
Outra	79	7,8
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto	9	0,9
Ensino fundamental completo	16	1,6
Ensino secundário	177	17,4
Superior completo	260	25,5
Pós-graduação	556	54,6
Renda familiar mensal		
Menos de 1 salário mínimo	22	2,2
De 1 a 2 salários mínimos	72	7,1
De 2 a 5 salários mínimos	273	26,8
De 5 a 10 salários mínimos	298	29,3
Mais de 10 salários mínimos	286	28,1
Não sabe/prefere não responder	61	6
Sem rendimentos	6	0,6
Tipo de moradia		
Própria	726	71,3
Arrendada	242	23,8
Cedida	37	3,6
Outros	13	1,3

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	n	%
Área de residência		
Rural	30	2,9
Urbana	988	97,1
Auxílio governamental		
Auxílio emergencial da pandemia	94	9,2
Bolsa Família	8	0,8
Benefício de Prestação Continuada	6	0,6
Outros	18	1,8
Não recebi nenhum tipo de auxílio governamental	892	87,6
Possui algum convênio ou plano de saúde		
Sim	787	77,3
Não	231	22,7
Usa o Serviço Único de Saúde		
Sim	787	77,3
Não	231	22,7
Recebe visita do Agente Comunitário de Saúde		
Sim	152	14,9
Não	866	85,1
Possui posto de saúde na comunidade ou bairro		
Sim	864	84,9
Não	96	9,4
Não sei	58	5,7
Confiança na capacidade dos governos para enfrentar a covid-19		
Governo federal		
Nada confiante	705	69,3
Pouco confiante	208	20,4
Confiante	71	7
Muito confiante	34	3,3
Governo estadual		
Nada confiante	371	36,5
Pouco confiante	453	44,5
Confiante	172	16,9
Muito confiante	22	2,2

Continua...

Tabela 1. Continuação

Confiança na capacidade dos governos para enfrentar a covid-19		
Governo municipal		
Nada confiante	396	38,9
Pouco confiante	391	38,4
Confiante	199	19,5
Muito confiante	32	3,1
Fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19		
Instituições governamentais (Ministério da Saúde, Secretarias de Saúde etc.)		
Sim	639	62,8
Não	379	37,2
Universidades (cientistas ou pesquisadores/projetos desenvolvidos pela comunidade universitária)		
Sim	685	67,3
Não	333	32,7
Redes sociais (Twitter, Facebook, Instagram, Whatsapp etc.)		
Sim	417	41
Não	601	59
Internet (Google, YouTube, podcasts etc.)		
Sim	612	60,1
Não	406	39,9

*DP = Desvio-padrão

A Tabela 2 mostra o modelo final ajustado para o desfecho “confiança no governo municipal”. Os resultados revelam que residentes da região Centro-Oeste tinham 88% (IC95%: 0,02-0,86) menos probabilidade de responder estar tão confiantes ou mais do que aqueles da região Sudeste. Residentes da região Nordeste tinham 4,40 (IC95%: 2,78-6,97) vezes mais probabilidade de responder estar tão confiantes ou mais do que residentes da região Sudeste. Participantes da região Norte tinham 2,14 (IC95%: 1,21-3,77) vezes mais probabilidade de responder estar tão confiantes ou mais do que residentes da região Sudeste, e aqueles da região Sul tinham 4,45 (IC95%: 2,75-7,19) vezes mais probabilidade de responder estar pouco confiantes em relação aos residentes da região Sudeste.

As pessoas que disseram ter recebido visitas do ASC tinham 1,50 (IC95%: 1,08-2,07) vezes mais probabilidade de responder estar pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes em comparação com aquelas que não receberam. Pessoas que moravam em imóveis alugados tinham 24% (IC95%: 0,57-0,99) menos chance de responder estar pouco confiantes ou mais, ou muito confiantes, comparadas com aquelas que moravam em sua própria casa.

Os participantes que usaram instituições governamentais nacionais como fonte de informação tinham 2,32 (IC95%: 1,03-5,19) vezes mais probabilidade de responder estar muito confiantes em relação àqueles que não utilizaram.

Tabela 2. Associação de variáveis sociodemográficas e fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19 com a confiança da população no governo municipal para combater a covid-19 no Brasil (2020-2021)

Variáveis	OR	IC95%	Valor de p**
Região			
Sudeste	Ref	Ref	Ref
Centro-Oeste: 1	0,99	0,53-1,85	0,9656
Centro-Oeste: 2	0,12	0,02-0,86	0,0350*
Centro-Oeste: 3	0,99	0,13-7,73	0,9903
Nordeste: 1	3,14	1,87-5,29	0,0000*
Nordeste: 2	4,40	2,78-6,97	0,0000*
Nordeste: 3	3,20	1,26-8,13	0,0143*
Norte: 1	1,76	1,01-3,07	0,0470*
Norte: 2	2,14	1,21-3,77	0,0085*
Norte: 3	1,19	0,27-5,37	0,8181
Sul: 1	4,45	2,75-7,19	0,0000*
Sul: 2	2,69	1,80-4,01	0,0000*
Sul: 3	1,99	0,79-4,98	0,1416
Recebe visita do agente comunitário de saúde			
Não	Ref	Ref	Ref
Sim	1,50	1,08-2,07	0,0159*
Tipo de moradia			
Próprio	Ref	Ref	Ref
Arrendado	0,76	0,57-0,99	0,0493*
Outros	1,13	0,66-1,94	0,6597
Fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19			
Instituições governamentais nacionais: Não	Ref	Ref	Ref
Instituições governamentais nacionais: Sim: 1	1,59	1,21-2,08	0,0007*
Instituições governamentais nacionais: Sim: 2	1,94	1,38-2,73	0,0002*
Instituições governamentais nacionais: Sim: 3	2,32	1,03-5,19	0,0411*

Abreviações: OR = Odds ratio; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; Ref = Referência.

Notas: *Nível de significância: $p < 0,05$; **O valor de p foi calculado utilizando o teste do qui-quadrado.

Legenda: 1 = Pouco confiante ou mais; 2 = Confiante ou mais; 3 = Muito confiante.

A Tabela 3 mostra o modelo final ajustado para o desfecho confiança no governo estadual. Participantes da região Nordeste tinham 6,22 (IC95%: 4,06-9,54) vezes mais probabilidade de responder estar pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes do que residentes da região Sudeste, enquanto aqueles da região Sul tinham 3,53 (IC95%: 2,48-5,03) vezes mais probabilidade de responder estar pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes em comparação com os da região Sudeste.

Os espíritas tinham 45% (IC95%: 0,35-0,85) menos chance de responder estar pouco confiantes ou mais do que aqueles da religião católica. Participantes de outras religiões tinham 66% (IC95%: 0,15-0,75) menos chance de responder estar confiantes ou mais do que católicos, e aqueles sem religião tinham 55% (IC95%: 0,32-0,63) menos chance de responder estar pouco confiantes ou mais do que católicos.

Os participantes que não sabiam se tinham um centro de saúde onde moravam tinham 57% (IC95%: 0,22-0,82) menos probabilidade de estar um pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes do que aqueles que disseram não ter uma unidade de saúde primária. Aqueles que usaram organizações internacionais como fonte de informação eram 1,77% (IC95%: 1,37-2,27) vezes mais propensos a responder estar pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes em comparação com aqueles que não usaram.

A Tabela 4 mostra o modelo final ajustado para o desfecho confiança no governo federal. Considerando o sexo/gênero, os homens tinham 1,72 (IC95%: 1,25-2,38) vezes mais probabilidade de responder estar pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes do que as mulheres. Residentes da região Norte tinham 2,33 (IC95%: 1,40-3,88) vezes mais probabilidade de responder estar pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes do que aqueles na região Sudeste, e aqueles da região Sul tinham 1,67 (IC95%: 1,12-2,48) vezes mais probabilidade de responder estar pouco confiantes ou mais, muito confiantes ou mais, ou muito confiantes do que aqueles da região Sudeste.

Os participantes espíritas tinham 59% (IC95%: 0,25-0,67) menos chance de responder estar pouco confiantes ou mais do que católicos, e aqueles sem religião tinham 78% (IC95%: 0,15-0,33) menos chance de responder estar pouco confiantes ou mais do que católicos. Aqueles que usaram instituições governamentais nacionais para se manter informados eram 2,08 (IC95%: 1,52-2,87) vezes mais propensos a responder estar pouco confiantes ou mais, confiantes ou mais, ou muito confiantes do que aqueles que não usaram essa fonte de informação, e pessoas que consultaram universidades eram 60% (IC95%: 0,22-0,41) menos propensas a responder estar pouco confiantes ou mais, ou muito confiantes do que pessoas que não consultaram (Tabela 4).

Tabela 3. Associação das variáveis sociodemográficas e das fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19 com a confiança da população no governo estadual para o combate à covid-19 no Brasil (2020-2021)

Variáveis	OR	IC95%	Valor de p**
Região			
Sudeste	Ref	Ref	Ref
Centro-Oeste	1,31	0,72-2,39	0,3717
Nordeste	6,22	4,06-9,54	0,0000*
Norte	1,31	0,80-2,15	0,2855
Sul	3,53	2,48-5,03	0,0000*
Religião			
Católico	Ref	Ref	Ref
Espírita: 1	0,55	0,35-0,85	0,0068*
Espírita: 2	0,65	0,36-1,17	0,1524
Espírita: 3	1,32	0,37-4,73	0,6745
Evangélico: 1	0,72	0,45-1,14	0,1563
Evangélico: 2	1,20	0,72-2,00	0,4734
Evangélico: 3	0,36	0,05-2,80	0,3276
Outras religiões: 1	0,72	0,44-1,18	0,1906
Outras religiões: 2	0,34	0,15-0,75	0,0077*
Outras religiões: 3	1,04	0,22-4,82	0,9608
Sem religião: 1	0,45	0,32-0,63	0,0000*
Sem religião: 2	0,69	0,23-2,03	0,0252*
Sem religião: 3	0,69	0,23-2,03	0,4991
Possui posto de saúde na comunidade ou bairro			
Não	Ref	Ref	Ref
Sim	0,43	0,22-0,82	0,4459
Não sei	0,43	0,22-0,82	0,0100*
Fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19			
Instituições governamentais nacionais: Não	Ref	Ref	Ref
Instituições governamentais nacionais: Sim: 1	1,77	1,37-2,27	0,0000*

Abreviações: OR = Odds ratio; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; Ref = Referência.

Notas: *Nível de significância: $p < 0,05$; **O valor de p foi calculado utilizando o teste do qui-quadrado.

Legenda: 1 = Pouco confiante ou mais; 2 = Confiante ou mais; 3 = Muito confiante.

Tabela 4. Associação de variáveis sociodemográficas e fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19 com a confiança da população no governo federal para combater a covid-19 no Brasil (2020-2021)

Variáveis	OR	IC95%	Valor de p**
Sexo			
Mulher	Ref	Ref	Ref
Homem	1,72	1,25-2,38	0,0010*
Região			
Sudeste	Ref	Ref	Ref
Centro-Oeste	1,33	0,66-2,68	0,4321
Nordeste	1,50	0,94-2,39	0,0915
Norte	2,33	1,40-3,88	0,0012*
Sul	1,67	1,12-2,48	0,0119*
Religião			
Católico	Ref	Ref	Ref
Espírita: 1	0,41	0,25-0,67	0,0004*
Espírita: 2	0,87	0,45-1,67	0,6695
Espírita: 3	2,26	0,93-5,48	0,0715*
Evangélico: 1	1,25	0,80-1,96	0,3189
Evangélico: 2	1,34	0,75-2,40	0,3237
Evangélico: 3	0,84	0,27-2,64	0,7649
Outras religiões: 1	0,72	0,43-1,20	0,2121
Outras religiões: 2	0,83	0,38-1,79	0,6321
Outras religiões: 3	1,09	0,30-3,97	0,8940
Sem religião: 1	0,22	0,15-0,33	0,0000*
Sem religião: 2	0,24	0,11-0,49	0,0001*
Sem religião: 3	0,44	0,15-1,36	0,1550
Fontes de informação utilizadas para se manter informado sobre a covid-19			
Instituições governamentais nacionais: Não	Ref	Ref	Ref
Instituições governamentais nacionais: Sim: 1	2,08	1,52-2,87	0,000*
Universidades: Não	Ref	Ref	Ref
Universidades: Sim: 3	0,30	0,22-0,41	0,000*

Abreviações: OR = Odds ratio; IC95% = Intervalo de Confiança de 95%; Ref = Referência.

Notas: *Nível de significância: $p < 0,05$; **O valor de p foi calculado utilizando o teste do qui-quadrado.

Legenda: 1 = Pouco confiante ou mais; 2 = Confiante ou mais; 3 = Muito confiante.

2.2 Discussão

O estudo analisou a confiança da população nas entidades federativas para enfrentar a pandemia de covid-19 no Brasil. Observou-se que a maioria dos entrevistados eram mulheres, brancas, casadas ou em união estável, com alta escolaridade e alta renda. Esses achados estão alinhados com as expectativas, uma vez que a literatura sugere que participantes do sexo feminino tendem a ser mais receptivos a questionários do tipo pesquisa (Damásio; Golart; Koller, 2015). Além disso, o alto nível de escolaridade e renda entre os participantes da pesquisa é consistente com descobertas de outros estudos (Bazán *et al.*, 2020; Faleiros *et al.*, 2016), já que esses indivíduos têm mais probabilidade de participar de estudos que utilizam uma abordagem on-line.

Na esfera municipal, houve uma tendência de que as pessoas nas quatro outras regiões (Centro-Oeste, Nordeste, Norte e Sul) apresentassem maiores variações na confiança em comparação com aquelas no Sudeste. Essa mesma polaridade ou falta de consenso na confiança foi observada nos outros entes federativos, com a confiança no governo estadual flutuando no Nordeste e no Sul, e a confiança no governo federal variando no Norte e no Sul.

Uma das possíveis explicações para as diferenças demonstradas é o fato de que o Brasil é um país de proporções continentais (26 estados e um Distrito Federal, com aproximadamente 5.570 municípios), o que faz com que as expectativas das pessoas em relação à governança – isto é, o conjunto de liderança, estratégia e mecanismos de controle implementados para avaliar, orientar e monitorar a gestão, com o objetivo de conduzir políticas públicas e fornecer serviços de interesse para a sociedade (Brasil, 2018) – variem significativamente devido à história única desses povos, seu desenvolvimento, população, economia e cultura (OECD, 2010).

A região Centro-Sul é a mais desenvolvida em termos de indicadores de saúde, educação, renda, mortalidade infantil e nível de pessoas com alta escolaridade, entre outras características (OECD, 2010), o que a torna mais exigente e consensual em relação à desconfiança no governo. Esses achados podem estar relacionados às políticas corporativas e de predileção das esferas de poder e ao favoritismo por parte do governo federal em relação a algumas regiões em detrimento de outras, o que pode gerar uma reação de desconfiança (Almeida, 2019).

Há também uma tendência de apoio a uma ideologia de centro-direita, de tom mais neoliberal e conservador, em algumas regiões brasileiras, principalmente no Sul e no Sudeste, em comparação com outras, como o Norte e o Nordeste, onde se observa uma expressão mais de esquerda e social-democrática (Ferreira, 2016). Isso ressalta uma maior confiança nos governos municipais e estaduais em comparação com o governo federal.

Os resultados mostram que as fontes de informação consultadas pelos participantes influenciaram sua confiança nos diferentes níveis de governo. Aqueles que recorreram e/ou tiveram acesso a informações por meio de estratégias de busca em instituições governamentais nacionais e universidades que divulgavam artigos e pesquisas verídicas tendiam a estar mais bem informados do que aqueles que não se preocuparam em se manter atualizados sobre a situação da pandemia e as decisões dos entes federativos.

Nesse sentido, observou-se que as infodemias – a propagação massiva de informações, às vezes sem suporte científico – foram um fenômeno frequente que pode ter provocado sentimentos de desconfiança, medo, estresse e insegurança na população, como evidenciado neste estudo. A terminologia foi criada pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) para designar um excesso de informações, algumas precisas e outras não, o que dificulta a busca por fontes confiáveis e orientações quando necessário (Opas, 2021). Folhetos informativos foram elaborados para orientar a população (Zarocostas, 2020); no entanto, grupos vulneráveis enfrentaram mais dificuldades para acessar esse material.

Isso destaca a importância dos funcionários públicos no combate às notícias falsas, assim como a necessidade de recomendar uma abordagem baseada em educação e informações verdadeiras para persuadir a população sobre os benefícios e a necessidade de aderir voluntariamente à vacinação e seguir as medidas de proteção. Desacordos entre as autoridades de saúde são positivos, mas devem ser resolvidos seguindo boas práticas e procedimentos de ética (Marco-Franco *et al.*, 2021). Atualmente, uma grande limitação das mídias sociais é a capacidade de disseminar rapidamente informações falsas que podem confundir e desviar a atenção da população (Venegas-Vera; Colbert; Lerma, 2020). Às vezes, até mesmo funcionários públicos – sem a devida cautela – ajudaram a espalhar notícias falsas, o que gerou insegurança.

As mídias sociais apresentaram efeitos positivos e negativos durante o advento da pandemia de covid-19. Os efeitos positivos incluíram uma maior acessibilidade à informação, com atualizações rápidas sobre a doença em tempo real. No entanto, também ocorreram efeitos negativos, visíveis quando a informação em circulação era falsa, sendo amplamente divulgada e facilmente acessível a toda a população, o que gerou dificuldades na gestão da informação verdadeira.

Também foi observado que a posição de poder econômico, como possuir uma casa própria, levou a uma avaliação mais conservadora e consensual da confiança nas esferas de governo na gestão da crise da covid-19. Entre aqueles que não possuíam sua própria casa, observam-se posições distintas e extremas de pouca ou muita confiança. Isso se refere aos próprios determinantes sociais (Solar; Irwin, 2010), ou seja, posições de maior poder e prestígio (e maior acúmulo de capital)

em comparação com grupos mais vulneráveis ou desfavorecidos têm mais sucesso na vocalização política e, portanto, tendem a ter mais poder político na eleição de representantes que estão mais alinhados com seus interesses e projeções.

É necessário estabelecer novos arranjos para que as populações mais desfavorecidas também tenham acesso aos recursos e descobertas científicas, mas de uma perspectiva mais emancipatória e popular, com forte penetração nos territórios e populações vulneráveis, não em uma perspectiva de dominação, mas por meio da vigilância popular em saúde (Trindade *et al.*, 2021), que valorize o conhecimento produzido pelas pessoas e pelos territórios. Isso permitiria trabalhar em conjunto com essas comunidades para encontrar maneiras de produzir ciência com equidade, bem como desenvolver importantes avanços no enfrentamento da pandemia, como uma versão mais orgânica, participativa e plural, como tem ocorrido com as populações pesqueiras e ribeirinhas (Trindade *et al.*, 2021) no projeto O Povo Cuidando do Povo nas favelas do Rio de Janeiro e do Recife, ou no Projeto Pontes, com populações em situação de rua em Ribeirão Preto, no Brasil (Grepí, 2021).

Este estudo também destacou uma conexão entre as visitas dos agentes comunitários de saúde e a confiança no governo municipal, o que demonstra que, mesmo durante a pandemia de covid-19, esse papel teve uma forte presença social, apesar de atuar por meio da reestruturação dos sistemas de saúde e da reorganização de todos os seus processos de trabalho, o que resultou em uma interrupção no fluxo de atendimento às populações designadas, especialmente aquelas em situações vulneráveis (Maciel *et al.*, 2020).

No entanto, apesar das restrições impostas aos agentes comunitários de saúde durante a pandemia de covid-19, eles historicamente desempenharam um papel essencial em surtos epidêmicos ou crises de saúde, sendo sempre encarregados de coordenar medidas preventivas, participar do diagnóstico de áreas de alto risco, conduzir atividades de disseminação de informações e prevenção, monitorar pacientes e identificar casos de vulnerabilidade que devem ser abordados pelos serviços de saúde e assistência, entre outras funções (Fernandez; Lotta; Corrêa, 2021).

Devemos enfatizar que os achados apontam para diferenças marcantes em relação à confiança da população nos governos federal, estaduais e municipais no enfrentamento da pandemia de covid-19 no Brasil. Isso se deve aos mal-entendidos e desacordos entre esses mesmos agentes, bem como à falta de gestão da crise por parte do governo federal. Essas diferenças podem ser compreendidas sob uma perspectiva legal, pois o Estado brasileiro é organizado como uma federação, na qual o poder político é distribuído entre as partes que compõem o Estado federal, que são os entes federativos compostos pelos governos federal, estaduais e municipais (Brasil, 1990).

A variação nas regras de governança devido à multiplicidade de organizações (com características, formas de organização e objetivos muito distintos) e atores

sociais (com interesses sociais, políticos e econômicos, bem como valores culturais e religiosos, entre outros) cria desafios que podem resultar em dissensões, divergências e disputas de hegemonia entre essas organizações. No Brasil, as intensas disputas de poder e polarizações frenéticas acabam enfraquecendo a governança na gestão de crises, o que ficou muito evidente em razão dos resultados observados durante a pandemia de covid-19 (Fiocruz, 2020).

Os achados deste estudo também apontam para a falta de consenso entre diferentes religiões sobre o assunto, revelando uma certa polaridade. Isso pode ser atribuído à relação em evolução entre religião e política no Brasil contemporâneo, que tem assumido novas dimensões entre a população (Sarto *et al.*, 2022). Historicamente, algumas igrejas (como as evangélicas) desempenharam um papel na formação de sociedades cooperativas, seja fornecendo apoio social na ausência do Estado ou por meio de outras formas de engajamento em causas sociais, demonstrando assim seu papel como instituições públicas (Scheliga, 2011).

A organização político-administrativa é prevista na Constituição Federal de 1988, que reconhece todos os entes federativos como autônomos em seus processos decisórios, incluindo o planejamento de ações contra crises como a da covid-19. Os entes federativos são definidos, portanto, por autogoverno, autoadministração, autolegislação, auto-organização e autonomia financeira, o que torna a governança de todas as ações bastante complexa (Silva *et al.*, 2020). Isso resultou em ações muito distintas entre os municípios e estados, que deveriam ter sido mais bem apoiadas por uma governança estratégica por parte do governo federal.

É importante mencionar que os governos devem atuar de forma a promover a coordenação, comunicação e cooperação entre os entes federativos, com orientação do governo federal, que deve se abrir ao capital social. É papel e responsabilidade das autoridades locais gerenciar crises ou riscos. Isso envolve, então, a redução das vulnerabilidades da população, o fortalecimento da capacidade de resposta intersetorial e do setor de saúde, e a prevenção de novos riscos e desastres (Fiocruz, 2020).

A falta de coerência e a presença de inconsistências entre os entes federativos podem corroer a confiança da população e aumentar os riscos e impactos da pandemia, levando à não adesão a medidas efetivas de proteção individual e coletiva. Mesmo assim, ações que foram tomadas, como a elaboração da Lei nº 13.979 (Brasil, 2020), que prevê medidas de combate à covid-19 propostas pelo governo federal para aplicação em todo o país a partir de 7 de fevereiro de 2020, foram fundamentais para estabelecer a plena autonomia executiva necessária aos entes federativos (estados e municípios brasileiros) para a implementação das medidas de mitigação da covid-19, de acordo com a realidade de cada território. No entanto, isso pode ter influenciado o perfil epidemiológico da propagação da doença, pois

a implementação das medidas ocorreu de forma descentralizada e dessincronizada (Silva *et al.*, 2020). Apesar das divergências entre os governos federal, estaduais e municipais no Brasil, a legislação do país que regula o funcionamento do SUS garante autonomia legislativa e executiva a cada um dos entes federativos que compõem as cinco regiões do território brasileiro para a implementação de estratégias adaptadas às necessidades específicas de cada território (Brasil, 1990).

Uma limitação importante deste estudo está relacionada a seu desenho, o que pode resultar em amostras não representativas de certas regiões. Isso poderia influenciar o perfil dos participantes descrito e pode não refletir adequadamente a diversidade da população brasileira, especialmente em regiões onde indivíduos com níveis educacionais mais baixos enfrentaram maior dificuldade em acessar o questionário. A literatura mostra que pesquisas on-line tendem a ter uma prevalência maior de indivíduos com acesso mais fácil à internet (Martos; Casarin, 2020; Szwarcwald *et al.*, 2021), o que não representa com precisão a realidade brasileira. Também é importante notar que o estudo foi conduzido durante um período de acesso restrito à população, quando a cobertura vacinal contra a covid-19 ainda era baixa. O isolamento físico e o *lockdown* foram as principais medidas para reduzir a propagação da covid-19, portanto, uma abordagem on-line foi a escolha estratégica para o estudo.

Outra limitação se refere especificamente aos entes federativos – federal, estaduais e municipais – que compõem a estrutura organizacional e executiva do país. Estudos futuros devem considerar outros setores e atores para uma compreensão mais ampla da confiança no governo.

3 CONCLUSÃO

Este estudo analisou a confiança da população nas entidades federativas para enfrentar a pandemia de covid-19 no Brasil. Isso pode ser explicado por perspectivas geográficas, culturais, religiosas, econômicas e sociais. O estudo revelou que a população brasileira estudada teve mais confiança em entidades municipais ou estaduais, provavelmente devido à sua proximidade, do que em entidades federais, o que pode estar relacionado à falta de transparência e coordenação das ações por parte desse nível de governo.

Realizar pesquisas baseadas no comportamento autorrelatado em relação à confiança no governo é uma abordagem válida, dado que a confiança é uma experiência inerentemente subjetiva, e os indivíduos são a melhor fonte para entender seus próprios sentimentos e comportamentos. Perguntar diretamente às pessoas sobre sua confiança no governo captura suas percepções, de modo que as respostas podem fornecer importantes visões sobre as percepções e sentimentos individuais em relação aos diferentes níveis de governo.

É importante destacar a questão da avaliação racionalista, que descreve objetivamente o desenvolvimento do raciocínio sobre a confiança e seus efeitos na prática. Embora não seja possível medir a confiança no governo de forma direta, a confiança depositada pela população nos governos federal, estaduais e municipais – especialmente em um contexto de pandemia – gera atitudes que podem exacerbar ou aliviar o desenrolar desse período. A confiança, portanto, torna-se um ponto crucial para que os governos repensem sua abordagem de gestão e desenvolvam novos planos para enfrentar um período de pandemia, considerando as diferentes dimensões da sociedade e sendo responsivos às medidas necessárias para o controle de uma crise de saúde, enquanto sempre levam em conta as reais necessidades da população.

REFERÊNCIAS

- AGRESTI, A. *Analysis of ordinal categorical data*. New York: Wiley, 2010.
- AGRESTI, A. *Categorical data analysis*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2002.
- ALELUIA, Í. R. S. *et al.* Gestão estadual da atenção primária à saúde em resposta à covid-19 na Bahia, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, p. 1341-1353, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.12732022>.
- ALMEIDA, R. Bolsonaro presidente: conservadorismo, evangelismo e a crise brasileira. *Novos Estudos Cebrap*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 185-213, 2019. DOI: <https://doi.org/10.25091/S01013300201900010010>.
- ANDRADE, C. L. T. *et al.* Covid-19 hospitalizations in Brazil's Unified Health System (SUS). *PLoS One*, San Francisco, v. 15, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243126>.
- AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2423-2446, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
- BAIER, A. Trust and antitrust. *Ethics*, New York, v. 96, n. 2, p. 231-260, 1986.
- BALSER, J. *et al.* Care systems covid-19 impact assessment: lessons learned and compelling needs. *NAM Perspectives*, Washington, DC, 2021. DOI: <https://doi.org/10.31478/202104d>.
- BARBER, S. J.; KIM, H. Covid-19 worries and behavior changes in older and younger men and women. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, Washington, DC, v. 76, p. e17-e23, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa068>.
- BAZÁN, P. R. *et al.* Exposição às informações sobre covid-19 em mídias digitais e suas implicações para funcionários do setor de saúde: resultados de uma pesquisa on-line. *Einstein*, São Paulo, v. 18, 2020. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6127.
- BLAIR, R. A.; MORSE, B. S.; TSAI, L. L. Public health and public trust: survey evidence from the Ebola virus disease epidemic in Liberia. *Social Science & Medicine*, Washington, DC, v. 172, p. 89-97, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.11.016>.

BRASIL. Ministério da Fazenda. *Guia da política de governança pública*. Brasília, DF: Casa Civil da Presidência da República, 2018. Disponível em: <https://www.gov.br/casacivil/pt-br/assuntos/downloads/guia-da-politica-de-governanca-publica/view>. Acesso em: 10 jul. 2024.

BRASIL. Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 7 fev. 2020. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm#:~:text=14.028%2C%20de%202020\)-,Art.,de%20evitar%20a%20sua%20propaga%C3%A7%C3%A3o](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm#:~:text=14.028%2C%20de%202020)-,Art.,de%20evitar%20a%20sua%20propaga%C3%A7%C3%A3o). Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Lei nº 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. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 31 mar. 2025.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 140, p. 30-47, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>.

DAMÁSIO, B. F.; GOLART, J. B.; KOLLER, S. H. Attrition rates in a Brazilian longitudinal survey on positive psychology: empirical and methodological considerations. *Psico-USF*, Campinas, v. 20, p. 219-228, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-82712015200203>.

DAS, A. K. *et al.* Fighting ahead: adoption of social distancing in covid-19 outbreak through the lens of theory of planned behavior. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, Washington, DC, v. 31, p. 373-393, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/10911359.2020.1833804>.

DESTA, A. A. *et al.* Impacts of covid-19 on essential health services in Tigray, Northern Ethiopia: a pre-post study. *PLoS One*, San Francisco, v. 16, n. 8, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256330>.

FALEIROS, F. *et al.* Uso de questionário on-line e divulgação virtual como estratégia de coleta de dados em estudos científicos. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 25, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016003880014>.

FERGUSON, N. *et al.* *Report 9: impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce covid-19 mortality and healthcare demand*. London: Imperial College London, 2020.

FERNANDEZ, M.; LOTTA, G.; CORRÊA, M. Desafios para a Atenção Primária à Saúde no Brasil: uma análise do trabalho das agentes comunitárias de saúde durante a pandemia de covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00321>.

FERREIRA, G. G. Conservadorismo, fortalecimento da extrema-direita e a agenda da diversidade sexual e de gênero no Brasil contemporâneo. *Lutas Sociais*, São Paulo, v. 20, p. 166-178, 2016. DOI: <https://doi.org/10.23925/ls.v20i36.31855>.

FIOCRUZ. *A gestão de riscos e governança na pandemia por covid-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês*. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde, 2020.

GOEL, S. *et al.* Clinical characteristics and in-hospital mortality for covid-19 across the globe. *Cardiology and Therapy*, Washington, DC, v. 9, p. 553-559, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40119-020-00189-0>.

GOTANDA, H. *et al.* Association between trust in government and practice of preventive measures during the covid-19 pandemic in Japan. *Journal of General Internal Medicine*, Washington, DC, v. 36, p. 3471-3477, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-021-06959-3>.

GREPI, G. Projeto da USP ajuda pessoas em situação de rua a enfrentar pandemia em Ribeirão Preto. *Jornal da USP*, São Paulo, 23 mar. 2021. Disponível em: <https://jornal.usp.br/universidade/projeto-da-usp-ajuda-pessoas-em-situacao-de-rua-a-enfrentar-pandemia-em-ribeirao-preto/>. Acesso em: 12 jun. 2024.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (Portugal). Inquérito Nacional de Saúde 2014. Lisboa [Portugal]: Instituto Nacional de Estatística, 2016. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOES-mod=2&xlang=pt

KIM, H. K.; TANDOC, E. C. Wear or not to wear a mask? Recommendation inconsistency, government trust and the adoption of protection behaviors in cross-lagged TPB models. *Health Communication*, Washington, DC, v. 37, n. 7, p. 833-841, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/10410236.2020.1871170>.

LEE, Y.; LI, J.-Y. Q. The role of communication transparency and organizational trust in publics' perceptions, attitudes and social distancing behaviour: a case study of the covid-19 outbreak. *Journal of Contingencies and Crisis Management*, Hoboken, v. 29, p. 368-384, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-5973.12354>.

LEWIS, J. D.; WEIGERT, A. Trust as a social reality. *Social Forces*, Oxford, v. 63, n. 4, p. 967-985, 1985. DOI: <https://doi.org/10.1093/sf/63.4.967>.

MACIEL, F. B. M. *et al.* Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, suppl. 2, p. 4185-4195, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.28102020>.

MARCO-FRANCO, J. E. *et al.* Covid-19, fake news, and vaccines: should regulation be implemented? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Washington, DC, v. 18, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18020744>.

MARTOS, T. C.; CASARIN, H. C. S. Saúde, informação e pandemia: comportamento de busca da informação sobre covid-19 por idosos. *Fontes Documentais*, Salvador, v. 3, p. 192-202, 2020.

MASSER, B. M.; HYDE, M. K.; FERGUSON, E. Exploring predictors of Australian community members' blood donation intentions and blood donation-related behavior during the covid-19 pandemic. *Transfusion*, Washington, DC, v. 60, p. 2907-2917, 2020. doi: <https://doi.org/10.1111/trf.16067>.

MCCULLAGH, P. Regression models for ordinal data. *Journal of the Royal Statistical Society: Series B (Methodological)*, Oxford, v. 42, n. 2, p. 109-127, 1980. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1980.tb01109.x>.

MONTGOMERY, D.; PECK, E.; VINING, G. *Introduction to linear regression analysis*. New York: John Wiley & Sons, 2006.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>.

MYERS, R. H.; MONTGOMERY, D. C.; ANDERSON-COOK, C. M. *Response surface methodology: process and product optimization using designed experiments*. Hoboken: Wiley, 2016.

NIÑO, M. *et al.* Race and ethnicity, gender, and age on perceived threats and fear of covid-19: evidence from two national data sources. *SSM: Population Health*, Washington, DC, v. 13, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100717>.

NORTH, D. C. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

OECD. The decade of falling income inequality and formal employment generation in Brazil. In: OECD. *Tackling inequalities in Brazil, China, India and South Africa*. Paris: OECD, 2010. p. 57-107.

OECD. *The impact of covid-19 on health and health systems*. Paris: OECD, 2020.

OPAS. *Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a covid-19: kit de ferramentas de transformação digital*. Washington, DC: Paho, 2021. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52054>. Acesso em: 9 set. 2024.

PORTELA, M. C. *et al.* Patterns of hospital utilization in the Unified Health System in six Brazilian capitals: comparison between the year before and the first six months of the covid-19 pandemic. *BMC Health Services Research*, Washington, DC, v. 21, p. 976, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07006-x>.

R CORE TEAM. *R: A language and environment for statistical computing*. [S. l.]: The R Foundation, 2021. Disponível em: <https://www.r-project.org/about.html>. Acesso em: 16 jan. 2022.

RANA, I. A. *et al.* Covid-19 risk perception and coping mechanisms: does gender make a difference? *International Journal of Disaster Risk Reduction*, Amsterdam, v. 55, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2021.102096>.

RAUDE, J. *et al.* Determinants of preventive behaviors in response to the covid-19 pandemic in France: comparing the sociocultural, psychosocial, and social cognitive explanations. *Frontiers in Psychology*, Lausanne, v. 11, 2020. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.584500>.

ROMANOWSKI, F.; CASTRO, M.; NERIS, N. *Manual de tipos de estudo*. 2019. Monografia (Trabalho de Graduação) – Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, 2019.

ROTHMAN, K.; GREENLAND, S.; LASH, T. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2008.

SAKAMOTO, Y.; ISHIGURO, M.; KITAGAWA, G. *Akaike information criterion statistics*. Dordrecht: D. Reidel, 1986.

SARTO, G.; VALAMIEL, P.; FERNANDES, S. *et al.* Entre clamor, transição e vibrações: controvérsias sobre conservadorismo e campo religioso brasileiro no contexto da covid-19. *Cultura y Religión*, Iquique, v. 16, p. 100-136, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-47272022000100005>.

SCHELIGA, E. L. *Educando sentidos, orientando uma práxis: etnografia das práticas assistenciais de evangélicos brasileiros*. 2011. Tese (Doutorado em Antropologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

SHANKA, M. S.; MENEBO, M. M. When and how trust in government leads to compliance with covid-19 precautionary measures. *Journal of Business Research*, Amsterdam, v. 139, p. 1275-1283, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2021.10.036>.

SILVA, C. R. D. V. *et al.* Risk communication in the fight against covid-19 in Brazil: a rhetorical analysis. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310204>.

SILVA, L. L. S. *et al.* Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da covid-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00185020>.

SOLAR, O.; IRWIN, A. *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Manila: WHO, 2010.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* ConVid: Pesquisa de comportamentos pela internet durante a pandemia de covid-19 no Brasil: concepção e metodologia de aplicação. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00268320>.

TRINDADE, A. A. M. *et al.* Vigilância popular da saúde nas comunidades pesqueiras tradicionais e ecologia dos saberes no enfrentamento à covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 6017-6026, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.14682021>.

VENEGAS-VERA, A. V.; COLBERT, G. B.; LERMA, E. V. Positive and negative impact of social media in the covid-19 era. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, Washington, DC, v. 21, p. 561-564, 2020. DOI: <https://doi.org/10.31083/j.rcm.2020.04.195>.

VIEIRA, S. *Análise de variância: Anova*. São Paulo: Atlas, 2006.

YEE, T. W. The VGAM package for categorical data analysis. *Journal of Statistical Software*, Innsbruck, v. 32, p. 1-34, 2010. DOI: <https://doi.org/10.18637/jss.v032.i10>.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. *The Lancet*, Amsterdam, v. 395, 2020.

ZEILEIS, A.; HOTHORN, T. Diagnostic checking in regression relationships. *R News*, Vienna, v. 2, p. 7-10, 2002



Capítulo 5

Violência durante a pandemia de covid-19 e seus determinantes: evidências do Brasil

Violência durante a pandemia de covid-19 e seus determinantes: evidências do Brasil

Ruan Víctor dos Santos Silva

Mônica Chiodi Toscano de Campos

Leticia Peticarrara Ferezin

Antônio Carlos Vieira Ramos

Adélia Roberto Nanque

Heriederson Sávio Dias Moura

Thaís Zamboni Berra

Rander Junior Rosa

Natacha Martins Ribeiro

Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

A violência representa um grave problema da humanidade, não apenas nos tempos atuais, mas desde seus primórdios, sendo observada em qualquer sociedade. No entanto, em determinadas populações, têm maior magnitude e pode levar a consequências sociais, econômicas, psicológicas e até biológicas para os indivíduos (Minayo, 1994). O surgimento da pandemia de covid-19, especialmente nos países em desenvolvimento, resultou num aumento de conflitos violentos na vida de muitas pessoas, particularmente em contextos domésticos, devido ao isolamento físico (Bloem; Salemi, 2021; Sharma; Borah, 2022).

Há evidências de que, após o surgimento da pandemia, uma em cada três mulheres no mundo sofreu violência de um parceiro íntimo ou do cônjuge (Nações Unidas Brasil, 2021; UN Women, 2023). No Brasil, desde o anúncio do *lockdown* em março de 2020, a Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres já havia registrado um aumento de 17% no número de denúncias relacionadas à violência interpessoal (Galvani, 2020).

É importante destacar que, para a prevenção contra a covid-19, existem vacinas disponíveis para proteção individual. No entanto, a violência extrapola o âmbito biológico, pois é multifatorial, socialmente determinada e se desenvolve entre indivíduos independentemente de sua natureza humana. Está relacionada com questões de territórios, políticas governamentais, economia, moral/ética, relações grupais e instituições (Bloem; Salemi, 2021; Minayo, 1994; Sharma; Borah, 2022). Além disso, para preveni-la, são necessárias ações mútuas, esforços sinérgicos e sustentados dos governos, comunidades e indivíduos (Bloem; Salemi, 2021; Minayo, 1994; Sharma; Borah, 2022).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a violência é definida como:

O uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha o potencial de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 1996).

Minayo (2006) vai além dessa definição e, de forma didática, define a complexidade da violência como violência autoinfligida, dirigida por uma pessoa contra si própria ou autoabuso; violência interpessoal, que ocorre no seio da família (violência de parceiros íntimos e entre familiares) ou na comunidade (violência que ocorre no ambiente social em geral, entre conhecidos e desconhecidos); violência coletiva, que engloba atos violentos que ocorrem nas esferas macrossocial, política e econômica e caracteriza a dominação de grupos e do Estado; e violência estrutural, que se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que perpetuam a fome, a pobreza e as desigualdades sociais de gênero e etnia, mantendo a dominação adultocêntrica sobre crianças e adolescentes (Minayo, 1994, 2006).

Assim, a pandemia de covid-19 pode ter tido impacto no fenômeno da violência, o que exige uma análise transnacional mais aprofundada. Para esse estudo, os termos “violência testemunhada” e “violência vivenciada” foram definidos com base em referências de estudos clássicos sobre o tema. A violência testemunhada é definida quando um indivíduo se depara com o fenômeno de uma forma passiva, observacional, não objetivamente perpetrada contra si próprio, mas contra outros. A violência vivenciada é a violência sofrida pelos indivíduos no ambiente familiar, na comunidade ou em qualquer outra forma, seja como vítimas ou agressores (Carinhonha; Penna, 2012; Lima *et al.*, 2022).

Estudos (Lalchandani, 2022; Santos *et al.*, 2021; Silva *et al.*, 2021; Wake; Kandula, 2022) apontam a necessidade de compromisso ético e político para o enfrentamento da violência. No entanto, para que isso se traduza em ações afirmativas e programas que possam mitigar os eventos violentos, é importante apresentar evidências. Em um país com uma história enraizada na escravidão, com o maior número absoluto de feminicídios e classificado como o oitavo país mais violento do mundo, estudos com esse enfoque tornam-se de suma importância (Ribeiro, 2022). O Brasil testemunha constantemente processos de violação de direitos, intenso racismo estrutural e seletividade, o que reforça a importância deste estudo.

Diversos estudos têm indicado o aumento da violência em um contexto de infecções por covid-19 em países europeus (Coomans *et al.*, 2022; Ruiz-Pérez; Pastor-Moreno, 2021), na América do Norte (Moffitt, 2022), na Ásia (Maji; Bansod;

Singh, 2022; Zhang, 2022), em países africanos (Alkhatabi *et al.*, 2023; Mahlangu *et al.*, 2022), na Oceania (Carrington *et al.*, 2021) e na América Latina (Campos; Oliveira; Caldas, 2020).

Com relação ao estudo na América Latina, é evidente como a violência está exacerbando as desigualdades, atingindo níveis recordes nos últimos tempos, particularmente após a covid-19 (Campos; Oliveira; Caldas, 2020; Gonçalves Júnior *et al.*, 2022). No Brasil, ainda eram escassos os estudos epidemiológicos sobre esse tema, especialmente os transnacionais que pudessem evidenciar o impacto da covid-19 na população brasileira. Assim, o Termômetro Social da Covid-19 analisou as situações de violência presenciada e vivenciada no Brasil durante a pandemia de covid-19, sua distribuição espacial no território nacional e os determinantes sociais.

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo transversal, com combinação de análise em nível individual e agregados. O estudo abrangeu os estados das cinco macrorregiões do país, no período de agosto de 2020 a setembro de 2022. A população de referência do estudo consistiu em participantes residentes no Brasil, das cinco macrorregiões, com diferentes origens (brasileiros e imigrantes), com 18 anos ou mais e com acesso à internet. Os participantes foram recrutados por meio do método de amostragem em bola de neve, adaptado para o ambiente virtual, caracterizado como uma amostragem não probabilística. As variáveis incluídas no estudo abrangem aspectos sociodemográficos dos participantes: idade, gênero, cor da pele, estado civil, religião, ocupação, macrorregião, escolaridade, renda, área de residência e territórios. Quanto à percepção de violência, foram considerados dois subgrupos, violência testemunhada e violência vivenciada, abrangendo as seguintes variáveis: violência doméstica (contra idosos, adolescentes, pessoas com deficiência, mulheres), causas externas (tráfico de drogas, conflitos armados, violência policial, homicídios, suicídios), discriminação e preconceito (racismo, violência contra LGBT, exploração sexual), situações vulneráveis (pessoas em situação de rua, trabalho forçado), negligência médica (doenças crônicas, transtornos mentais, covid-19), falta de serviços públicos (transporte público, saneamento básico), falta de acesso a bens e recursos (fome, falta de moradia), e outras situações de vulnerabilidade social.

Após a padronização do banco de dados e a categorização das variáveis de interesse, considerando os critérios de inclusão e exclusão mencionados anteriormente, foi realizada uma análise descritiva, incluindo o cálculo das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis sociodemográficas e de violência (testemunhada e vivenciada). Para identificar aglomerados espaciais de risco para

violência testemunhada e vivenciada nos estados e municípios brasileiros, foi utilizada a técnica estatística de varredura espacial (Kulldorff; Nagarwalla, 1995). Essa técnica associa a informação da área a um único ponto dentro do polígono, conhecido como centroide. Em seguida, é realizada uma varredura em toda a região de estudo para identificar áreas onde a ocorrência de um fenômeno é significativamente mais provável (Bavia *et al.*, 2012). A busca pelos aglomerados é feita colocando um círculo de raio variável ao redor do centroide e calculando o número de ocorrências dentro desse círculo. Se o valor observado dentro da região delimitada pelo círculo, chamada de “região z”, for maior do que o esperado, ela é considerada um “aglomerado”. Esse procedimento é repetido até que todos os centroides sejam testados (Lucena; Moraes, 2012). Assim, foi testada a hipótese nula (H_0), assumindo que não há áreas de alto ou baixo risco para violência nos estados e municípios, contra a hipótese alternativa (H_1), que assume que uma ou mais regiões z são áreas de maior probabilidade de risco para violência em comparação com as áreas fora dessa região (Lucena; Moraes, 2012). Foram consideradas áreas estatisticamente significativas aquelas com um valor de $p < 0,05$. O Risco Relativo (RR) de cada aglomerado foi calculado, permitindo a comparação entre diferentes áreas e indicando a intensidade da ocorrência dos eventos analisados. Os resultados obtidos nessa etapa da análise foram representados por meio de mapas coropléticos. Foi utilizado o software SaTScan® 9.6 para a análise estatística de varredura espacial e o ArcGIS® 10.6 para a criação dos mapas.

No período de agosto de 2020 a setembro de 2022, participaram do Termômetro Social um total de 2.660 indivíduos. A faixa etária predominante tinha entre 31 e 49 anos (40,1%), e a maioria era do sexo feminino (61,8%). A maioria dos participantes identificou-se como branca (54,5%) e era casada ou mantinha uma relação estável (44,3%). Em termos de origem geográfica, 61,9% eram da região Sudeste e 14,6% eram da região Nordeste. Além disso, 73,3% dos entrevistados relataram ter ensino superior e/ou pós-graduação (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas e de caracterização da população sob estudo, Brasil (2020-2022)

Variáveis	n	%
Macrorregião		
Centro-Oeste	114	4,3
Nordeste	389	14,6
Norte	248	9,3
Sudeste	1.647	61,9
Sul	256	9,6

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	n	%
Idade		
18 a 30	565	21,2
31 a 49	1.067	40,1
50 a 59	468	17,6
60 anos ou mais	560	21,1
Sexo		
Masculino	988	37,1
Feminino	1.645	61,8
Não binário	7	0,3
Pessoa transexual	6	0,2
Sem declaração	14	0,5
Cor da pele		
Amarela	58	2,2
Branca	1.450	54,5
Indígena	16	0,6
Preta/parda	1.089	40,9
Sem declaração	47	1,8
Situação conjugal		
Casado(a) ou união estável	1.044	39,2
Divorciado(a), desquitado(a) ou separado (a)	370	13,9
Solteiro(a)	1.178	44,3
Viúvo (a)	56	2,1
Sem declaração	12	0,5
Religião		
Afro-brasileira	70	2,6
Católica	990	37,2
Espírita	245	9,2
Evangélica	354	13,3
Outra religião	283	10,6
Sem religião	104	3,9
Sem declaração	614	23,1
Ocupação		
Agricultor	15	0,6
Aposentado	248	9,3

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	n	%
Ocupação		
Autônomo/informal	322	12,1
Desempregado	420	15,8
Empregado formal	1.166	43,8
Estudante	386	14,5
Outra	94	3,5
Sem declaração	9	0,3
Escolaridade		
Fundamental	361	13,6
Secundário	319	12,0
Superior/pós	1951	73,3
Sem escolaridade	12	0,5
Sem declaração	17	0,6
Rendimento		
Acima de 10 salários mínimos	557	20,9
De 5 a 10 salários mínimos	531	20,0
De 3 a 5 salários mínimos	384	14,4
De 1 a 3 salários mínimos	461	17,3
Menos de 1 salário mínimo	231	8,7
Sem rendimento	296	11,1
Sem declaração	200	7,5
Área de residência		
Rural	103	3,9
Urbana	2.537	95,4
Sem declaração	20	0,8
Territórios		
Acampamento/assentamento e ocupação	44	1,7
Área de fronteira internacional/área de refugiados	12	0,5
Área de proteção ambiental e ribeirinha	20	0,8
Em situação de rua	456	17,1
Favela/comunidade	94	3,5
Indígena e quilombola	4	0,2
Não se aplica	2.004	75,3
Outro	17	0,6
Sem declaração	9	0,3

Em todos os estados da federação houve respondentes ao Termômetro Social, com predominância de participantes dos estados de Minas Gerais e Rio de Janeiro. No total, os participantes do estudo estavam distribuídos em 341 municípios, abrangendo todas as regiões geográficas (Figura 1).

Na Tabela 2, são apresentadas as situações de violência presenciadas no local de residência, vizinhança e comunidade durante a pandemia de covid-19. Dentre as situações presenciadas, os maiores percentuais foram de violência em situação de vulnerabilidade (43,3%), falta de acesso a serviços e recursos de saúde (31,1%) e causas externas (28,2%).

Com relação às situações de violência vivenciadas no contexto da pandemia de covid-19 (Tabela 3), as situações mais prevalentes foram a violência em situação de vulnerabilidade (17,0%), as causas externas (11,8%) e a falta de acesso a bens e recursos de saúde (9,5%).

Quanto à distribuição espacial das violências presenciadas e sofridas durante a pandemia de covid-19, os estados que registraram os maiores números de violência foram São Paulo, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Alagoas e Amazonas (Figura 2).

Figura 1. Distribuição dos participantes do projeto Termômetro Social Covid-19, Brasil (2020-2022)

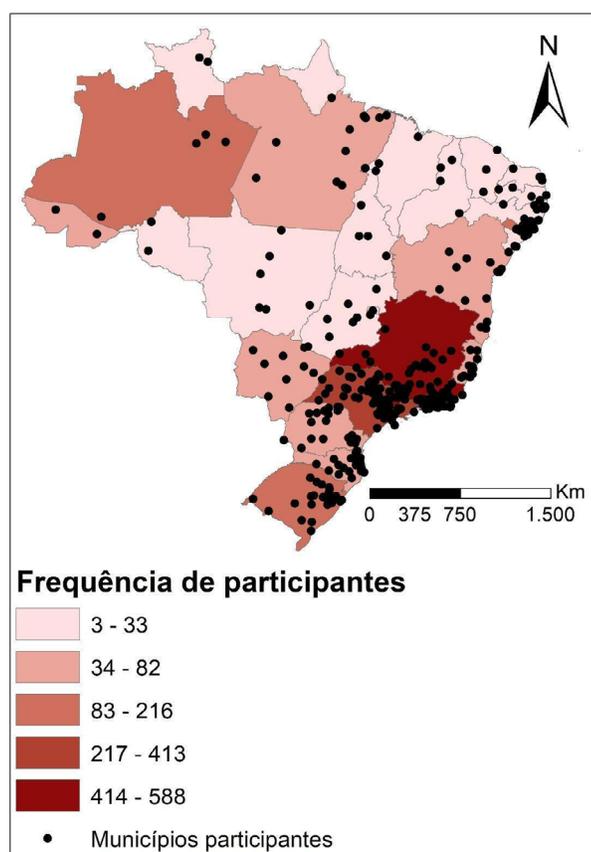


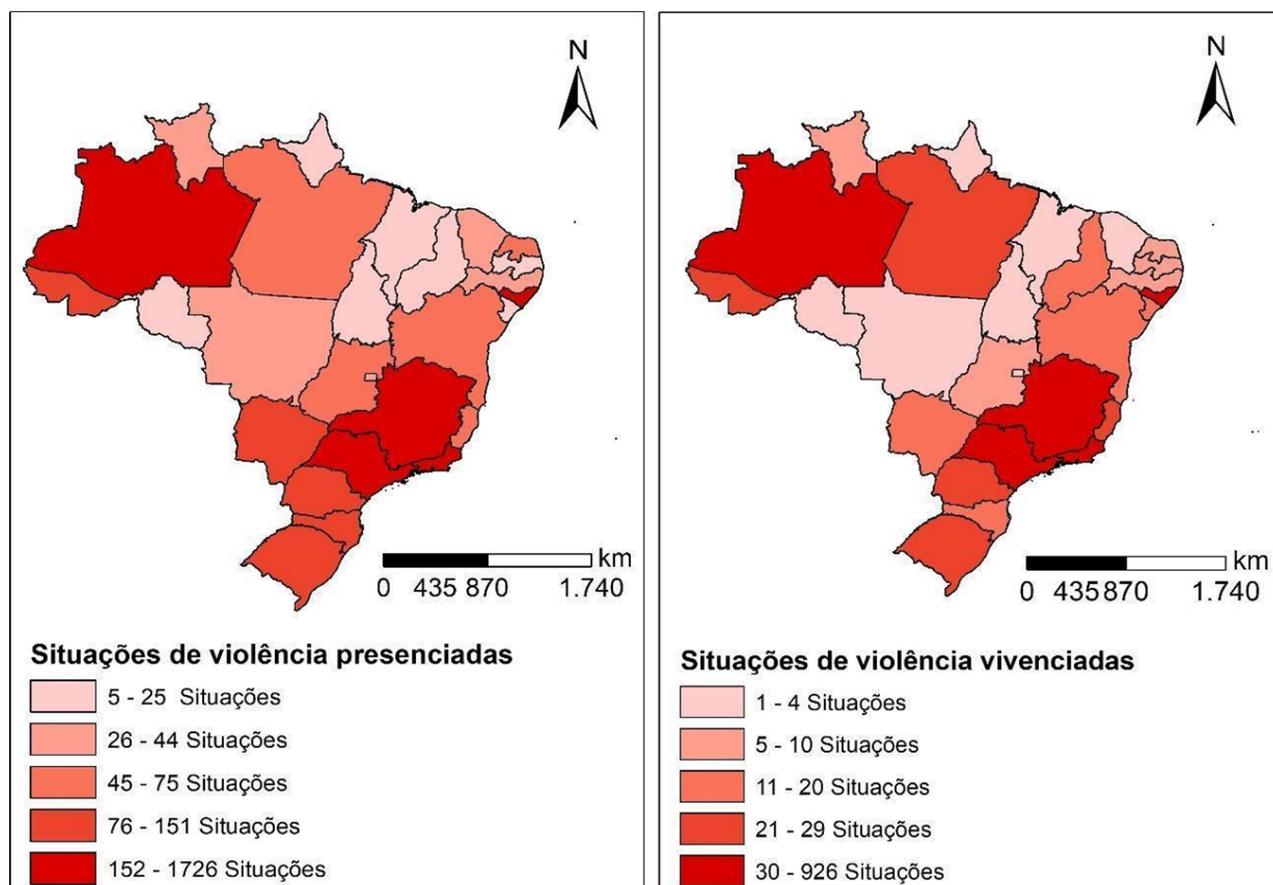
Tabela 2. Situações de violência presenciadas no local de residência, vizinhança e comunidade durante o isolamento social e a quarentena, Brasil (2020-2022)

Variável	Sim		Não	
	N	%	n	%
Violência doméstica (idosos, adolescentes, pessoas com deficiência, mulheres)	563	21,2	2.097	78,8
Causas externas (tráfico de drogas, conflitos armados, violência policial, homicídios, suicídios)	751	28,2	1.909	71,8
Discriminação e preconceito (racismo, violência LGBT, exploração sexual)	491	18,5	2.169	81,5
Situações de vulnerabilidade (pessoas em situação de rua, trabalho escravo)	1152	43,3	1.508	56,7
Negligência médica (doenças crônicas, transtornos mentais, covid-19)	558	21,0	2.102	79,0
Ausência de serviços públicos (transporte público, saneamento básico)	514	19,3	2.146	80,7
Falta de acesso a bens e recursos (fome, falta de moradia)	828	31,1	1.832	68,9
Outra situação de vulnerabilidade social	218	8,2	2.442	91,8

Tabela 3. Situações de violência no domicílio, vizinhança e comunidade vivenciadas durante o isolamento social e a quarentena, Brasil (2020-2022)

Variável	Sim		Não	
	n	%	n	%
Violência doméstica (idosos, adolescentes, pessoas com deficiência, mulheres)	172	6,5	2.488	93,5
Causas externas (tráfico de drogas, conflitos armados, violência policial, homicídios, suicídios)	314	11,8	2.346	88,2
Discriminação e preconceito (racismo, violência LGBT, exploração sexual)	202	7,6	2.458	92,4
Situações de vulnerabilidades (pessoas em situação de rua, trabalho escravo)	453	17,0	2.207	83,0
Negligência médica (doenças crônicas, transtornos mentais, covid-19)	171	6,4	2.489	93,6
Ausência de serviços públicos (transporte público, saneamento básico)	181	6,8	2.479	93,2
Falta de acesso a bens e recursos (fome, falta de moradia)	254	9,5	2.406	90,5
Outra situação de vulnerabilidade social	53	2,0	2.607	98,0

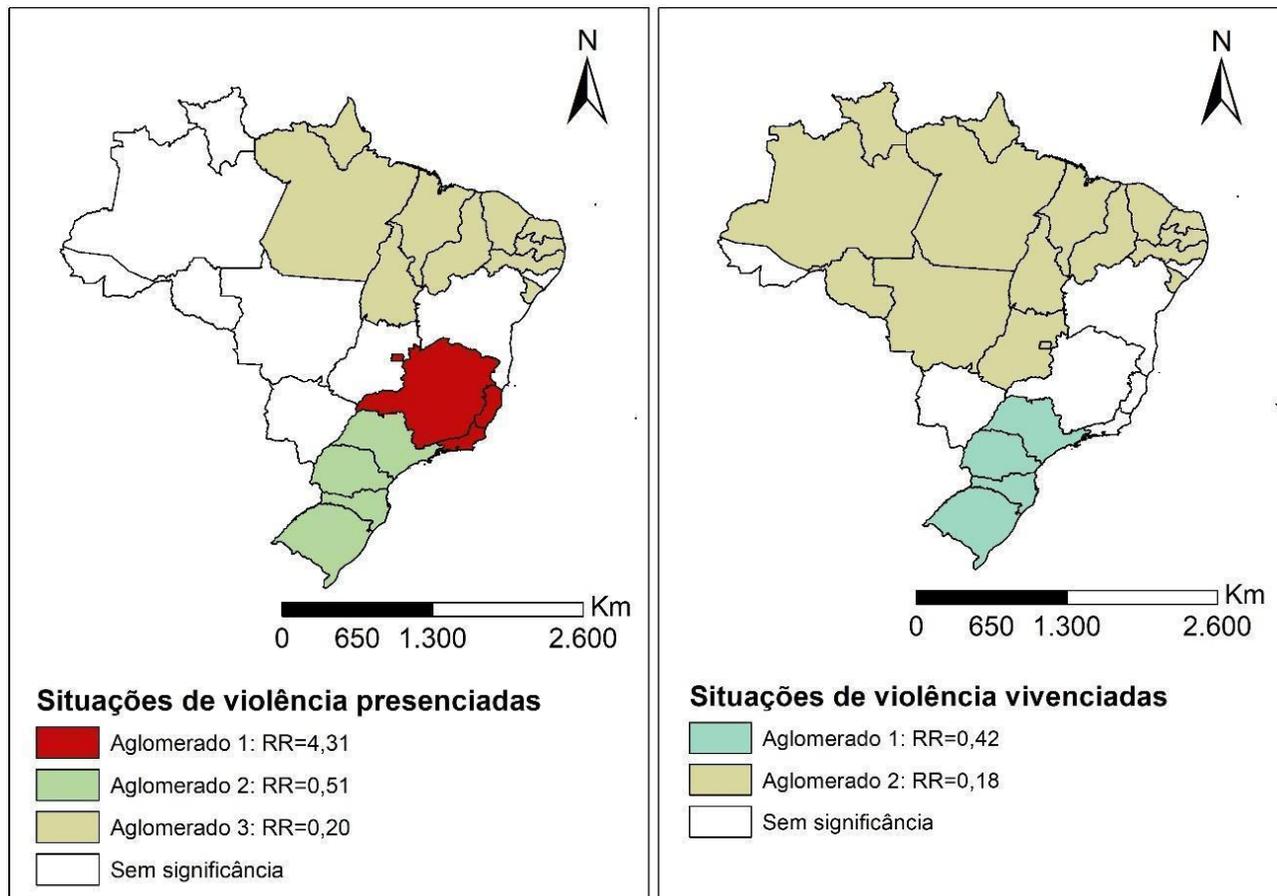
Figura 2. Distribuição das violências presenciadas e sofridas durante a pandemia de covid-19 segundo a unidade da Federação, Brasil (2020-2022)



Para as situações de violência presenciada, foram identificados um *cluster* de alto risco e dois *clusters* de baixo risco. O *cluster* 1, de alto risco (RR: 4,31; IC95%: 4,07-4,55), esteve presente nos estados de Minas Gerais, Rio de Janeiro e Espírito Santo. O *cluster* 2, com baixo risco (RR: 0,51; IC 95%: 0,18-0,23), incluiu os estados do Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. O *cluster* 3, também de baixo risco (RR: 0,20; IC95%: 0,18-0,23), foi composto pelos estados do Amapá, Ceará, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe e Tocantins.

Com relação às situações de violência vivenciadas, foram identificados dois *clusters*. O *cluster* de baixo risco incluiu os estados do Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo (RR: 0,42; IC 95%: 0,37-0,47). O *cluster* 2, também de baixo risco (RR: 0,18; IC 95%: 0,15-0,22), foi composto por Amazonas, Goiás, Mato Grosso, Rondônia, Roraima, Amapá, Ceará, Maranhão, Pará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Sergipe, Tocantins e Distrito Federal (Figura 3).

Figura 3. Clusters de situações de violência presenciada e vivenciada durante a pandemia de covid-19 segundo as unidades da Federação, Brasil (2020-2022)



Ao analisarmos as situações de violência presenciadas e vivenciadas no Brasil durante a pandemia de covid-19, observou-se um número significativo de relatos de atos de violência entre os participantes, tanto dirigidos contra eles quanto presenciados nas cenas de violência. A maioria dos participantes eram mulheres, que são comumente a população mais afetada pela violência, especialmente por parceiros íntimos e dentro de uma sociedade marcada por um modelo patriarcal.

Durante o período de pandemia de covid-19, um aumento da violência pode estar associado ao isolamento físico, quando muitas famílias permaneceram juntas por longos períodos, aumentando assim os casos de violência (Bloem; Salemi, 2021; Sharma; Borah, 2022; UN Women, 2023). É sabido que a violência, especialmente a doméstica, mesmo antes da pandemia, atingiu níveis críticos no país (Minayo, 2006; Nações Unidas Brasil, 2021; Ribeiro, 2022;). No entanto, não foi realizada uma comparação em relação ao período anterior à pandemia.

As diferentes concepções e formas pelas quais uma pessoa presencia ou vivencia a violência foram relatadas na maioria dos estados brasileiros, em maior ou menor

grau, o que reflete uma questão de âmbito nacional. Com relação aos participantes, a maioria tinha entre 31 e 49 anos, era predominantemente do sexo feminino, se autodeclarou de etnia branca, com emprego formal e nível superior/pós-graduação. Os resultados indicam que 41% das mulheres que continuaram a trabalhar durante a pandemia, mantendo os salários, referiram trabalhar mais durante a quarentena. A maioria dessas mulheres era branca, morava em áreas urbanas e tinha ensino superior, representando um segmento privilegiado de mulheres trabalhadoras que ainda vivenciavam situações exacerbadas de violência. No entanto, a crise sanitária afetou a estrutura de todos os domicílios das mulheres trabalhadoras, agravando ainda mais a questão da violência contra a mulher e os desafios enfrentados pelo Sistema Único de Saúde (Coomans *et al.*, 2022; Galvani, 2020; Nações Unidas Brasil, 2021; Ribeiro, 2022; Sem parar [...], 2020).

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística destaca que o nível de escolaridade das mulheres da região Sudeste é maior em relação às mulheres das demais regiões do país. Portanto, pode-se inferir que o maior acesso à informação leva a uma maior consciência de seus direitos como mulheres, o que pode ter influenciado o número de denúncias em comparação com outras regiões onde se observam maiores índices de analfabetismo e possíveis comportamentos submissos ou passivos diante da violência (Brasil, 2022; Souza *et al.*, 2017).

Durante o período de coleta do Termômetro Social, observou-se um aumento exorbitante nos índices de violação de direitos humanos e violência contra a mulher, não apenas na região Sudeste, mas em todo o país. Essa informação foi confirmada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2022), que registrou um aumento no número de denúncias relacionadas à violência doméstica durante a pandemia. Mais uma vez, a região Sudeste superou as demais, com 58.328 casos notificados, representando 60,34% dos casos de violência notificados nesse período. Em comparação, as denúncias feitas por homens não chegaram nem à metade desse número, com 28.693 denúncias.

Quanto aos aspectos relacionados à violência presenciada e vivenciada, os resultados identificaram percentuais de indivíduos em situação de vulnerabilidade social, falta de acesso a bens e recursos de saúde e causas externas envolvendo tráfico de drogas, conflitos armados, violência policial, homicídios e suicídios.

Embora os valores apresentados sejam menores para os entrevistados que não presenciaram ou vivenciaram nenhum desses tipos de violência, é importante destacar o contexto em que o estudo foi realizado, considerando os determinantes macrossociais, políticos, econômicos e culturais. Cada estado tem dinâmicas próprias e particularidades que contribuem para esses processos de violência de formas distintas. Portanto, nenhuma macrorregião pode ser reduzida a uma explicação geral ou unicausal. Entretanto, entre os resultados, podemos inferir a necessidade de uma análise multidimensional, pois determinados grupos populacionais estão mais propensos à infecção e a presenciar/vivenciar a violência.

Com relação à necessidade de trabalhar e às más condições de vida, principalmente em um país com baixo apoio social, altas taxas de desemprego, aumento da inflação, entre outros problemas sociais, alguns grupos se destacam como os mais afetados por essas consequências. Entre eles estão as mulheres e as famílias negras, que estão entre os que mais sofrem com a baixa renda. Durante a pandemia, elas enfrentaram sobrecarga de trabalho e pressão psicológica em relação a seu orçamento, pois tiveram que continuar trabalhando, cuidando da família e sendo infectadas.

Outro resultado digno de nota diz respeito às populações indígenas, que, em sua maioria, não têm acesso aos serviços de saúde devido à distância geográfica e à indisponibilidade de atendimento durante a pandemia (Diaz *et al.*, 2021). Esses achados se alinham com os resultados encontrados neste estudo quanto à percepção dos entrevistados sobre o agravamento das situações de violência coletiva e estrutural (Minayo, 1994, 2006).

De acordo com estudos realizados em Nova York, Chicago, Baltimore e Los Angeles em 2020 (Sutherland; Mckenney; Elkbuli, 2021), há uma associação entre as questões anteriormente mencionadas e determinadas formas de violência interpessoal e coletiva. Observou-se que o excesso de tempo passado fora do local de trabalho aumenta a probabilidade de envolvimento em disputas seguidas de ferimentos por armas de fogo. Além disso, o baixo rendimento e o estresse financeiro aumentam a probabilidade de envolvimento em assaltos à mão armada. O Termômetro Social forneceu um quadro de referência, mas é necessária uma exploração mais aprofundada das motivações durante o mesmo período.

Tais manifestações são incipientes em comparação com a complexidade dos encargos estruturais presentes na sociedade brasileira. Negros, comunidades indígenas, indivíduos LGBTQIA+, mulheres e estrangeiros, considerados minorias, acabam sendo os mais suscetíveis à violência devido à falta de políticas públicas que abordem a promoção da saúde, equidade e segurança para esses grupos (Diaz *et al.*, 2021; López; Chandler; Friedman, 2023; Tomar *et al.*, 2021).

Um estudo recente relatou que um quarto dos indivíduos LGBTQIA+ não teve acesso a cuidados de saúde mental durante a pandemia. Três quartos dos participantes LGBTQIA+ relataram um aumento da depressão e da solidão, e mais de metade (53%) apresentou sintomas de depressão durante o período (López; Chandler; Friedman, 2023; The Trevor [...] 2020; Tomar *et al.*, 2021). Essas conclusões abrangem as consequências da pandemia em termos de sentimentos de abandono, abuso de substâncias, falta de emprego, habitação precária, acesso a cuidados de saúde, aumento da automutilação ou ideação suicida (Bhattaram *et al.*, 2022).

Numa revisão sistemática sobre o impacto da pandemia de SARS-CoV-2 na violência doméstica e na função sexual, seis países de diferentes continentes,

como os Estados Unidos, a Etiópia, a Tunísia, a Itália, a Polônia e o Peru, forneceram provas de que a exposição à pandemia de covid-19 aumentou a violência doméstica entre os membros da família, levando a um aumento dos problemas de saúde mental e de disfunção sexual, o que, por sua vez, resultou numa escalada de disputas familiares (Bazyar *et al.*, 2021).

Nos países de origem africana, a pandemia teve um impacto nos programas destinados a reduzir a Mutilação Genital Feminina (MGF), nos quais a prática violenta é predominante. O Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) prevê um aumento de cerca de 2 milhões de casos de MGF entre 2020 e 2030, resultando numa redução de 33% no progresso para acabar com essa violência contra a saúde das mulheres. A implementação de intervenções para reduzir os casamentos precoces nesses países também foi afetada e, como consequência, há previsões de mais 13 milhões de casamentos precoces entre 2020 e 2030 (UNFPA, 2020). No entanto, esses resultados servem de referência para comparar as várias formas em que a violência pode se manifestar relacionada à covid-19, dependendo dos determinantes sociais da saúde de cada país.

No Termômetro Social, também foram observadas outras áreas com maior frequência de violência testemunhada/experenciada: o Amazonas, na região Norte, e Alagoas, na região Nordeste. Esses achados podem estar associados ao método de amostragem empregado; no entanto, durante o período do estudo, identificou-se que a região Amazônica apresenta uma taxa de 30,9 mortes por 100 mil habitantes, sendo o estado do Amazonas estratégico devido a sua concentração de áreas de garimpo ilegal e fronteiras com países vizinhos, o que facilita a entrada e a saída de drogas e afeta populações vulneráveis, especialmente povos indígenas e comunidades ribeirinhas, que sofrem com situações envolvendo tráfico de drogas, conflitos armados e trabalho escravo (Amazônia [...], 2023).

Com relação a Alagoas, apesar de ser o segundo estado menos populoso do Nordeste, abriga Maceió, a nona capital mais violenta do país. Embora a capital tenha apresentado uma redução de 17,5% em 2021 em comparação a 2020, a taxa de mortes violentas intencionais por 100 mil habitantes permaneceu em 29,8 na capital alagoana, superior à média nacional de 21,7.

Quanto aos *clusters* de baixo risco identificados, eles devem ser analisados com cautela, pois podem representar áreas com ocorrência de violência. Além disso, em vez de indicar que a violência ocorre com menor frequência nessas áreas, pode ser um indicativo de subnotificação.

3 CONCLUSÃO

Diante do exposto, e considerando a complexidade sociopolítica de cada região e o confinamento de muitas famílias durante o período pandêmico, é provável que

tenha ocorrido uma diminuição nas denúncias de violência, o que poderia explicar os dados apresentados na análise espacial. Estudos voltados para avaliar situações nessas áreas devem ser incentivados. Por outro lado, entre os *clusters* com maior risco de violência, mais uma vez a região Sudeste se destaca, com três dos quatro estados da região apresentando maior incidência de violência durante a pandemia de covid-19. Esses estados são Espírito Santo, Minas Gerais e Rio de Janeiro.

O Brasil testemunhou nos últimos anos ondas de intolerância e violações de direitos humanos que desafiam a razão, levantando a seguinte questão: a pandemia de covid-19 foi responsável por tudo o que foi destacado pelo Termômetro Social ou já estávamos enfrentando esses problemas de maneira velada, problemas que, sob o efeito da crise sanitária e da quarentena, revelaram o verdadeiro “eu” de uma sociedade violenta, insegura e perversa? Essa questão surge para que se elabore uma autocrítica sobre a violência estrutural existente, que depende de determinantes sociais, especialmente considerando o papel do Estado. O Estado enfrentava dificuldades para abordar situações de iniquidades, incluindo a violência presente no país, não sendo, no momento oportuno, eficaz em enfrentá-las.

O Termômetro Social elucidou o efeito da pandemia de covid-19 na percepção de violência nos estados brasileiros, revelando preocupações por trás desse fenômeno. Tais descobertas contribuíram para um corpo de literatura sobre os efeitos de longo prazo de desastres naturais na violência, exacerbando ainda mais os problemas de saúde pública e impedindo o progresso da sociedade como um todo. É imperativo atualizar e continuar a pesquisa sobre esse tema, pois, por meio do conhecimento adquirido, entendemos que o impacto da violência é complexo, profundo, dinâmico e biopsicossocial.

REFERÊNCIAS

AMAZÔNIA: garimpo ilegal em terras indígenas subiu 1.217% em 35 anos. *Agência Brasil*, Brasília, DF, 3 fev. 2023. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2023-02/amazonia-garimpo-ilegal-em-terras-indigenas-subiu-1217-em-35-anos>. Acesso em: 29 abr. 2023.

ALKHATTABI, F. *et al.* Understanding the epidemiology and impact of the covid-19 pandemic on domestic violence and child abuse in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *International Journal of Pediatric and Adolescent Medicine*, Pune, v. 9, n. 4, p. 209-215, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijpam.2022.12.002>.

BAVIA, M. E. *et al.* Estatística espacial de varredura na detecção de áreas de risco para a cisticercose bovina no estado da Bahia. *Arquivo Brasileiro de Medicina Veterinária e Zootecnia*, Belo Horizonte, v. 64, n. 5, p. 1200-1208, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-09352012000500018>.

BAZYAR, J. *et al.* Effects of the covid-19 pandemic on the intimate partner violence and sexual function: a systematic review. *Prehospital and Disaster Medicine*, Cambridge, v. 36, n. 5, p. 593-598, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1017/S1049023X21000789>.

- BHATTARAM, S. *et al.* Impact of covid-19 lockdown on self-harm and violence among patients presenting to the emergency department. *American Journal of Emergency Medicine*, Amsterdam, v. 51, p. 262-266, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2021.11.008>.
- BLOEM, J. R.; SALEMI, C. Covid-19 and conflict. *World Development*, Amsterdam, v. 140, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2020.105294>.
- BRASIL. MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS E DA CIDADANIA. *Painel de Dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos*. Brasília, DF: MDH, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/ondh/painel-de-dados/primeiro-semester-de-2022>. Acesso em: 30 abr. 2023.
- CAMPOS, L. S.; OLIVEIRA, M. B.; CALDAS, J. M. Covid-19: sexual vulnerabilities and gender perspectives in Latin America. *Health Care for Women International*, London, v. 41, n. 11-12, p. 1207-1209, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1833884>.
- CARINHANHA, J. J.; PENNA, L. H. Violência vivenciada pelas adolescentes acolhidas em instituição de abrigo. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 21, p. 68-76, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000100008>.
- CARRINGTON, K. *et al.* The impact of covid-19 pandemic on Australian domestic and family violence services and their clients. *Australian Journal of Social Issues*, Hoboken, v. 56, n. 4, p. 539-558, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1002/ajs4.183>.
- COOMANS, A. *et al.* Stay home, stay safe? The impact of the covid-19 restrictions on the prevalence, nature, and type of reporter of domestic violence in the Netherlands. *Journal of Family Violence*, New York, p. 1-17, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00473-8>.
- DIAZ, A. *et al.* Global health disparities in vulnerable populations of psychiatric patients during the covid-19 pandemic. *World Journal of Psychiatry*, Pleasanton, v. 11, n. 4, p. 94-108, 2021. DOI: <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i4.94>.
- GALVANI, G. Violência doméstica na quarentena: como se proteger de um abusador? *Carta Capital*, São Paulo, 29 mar. 2020. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/saude/violencia-domestica-na-quarentena-como-se-protoger-de-um-abusador/>. Acesso em: 23 fev. 2023.
- GONÇALVES JÚNIOR, J. *et al.* Domestic violence against Latin American women and female mental health during the new coronavirus (SARS-CoV-2) outbreak. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion*, Abingdon-on-Thames, v. 2, p. 193-196, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1080/17457300.2021.1978101>.
- KULLDORFF, M.; NAGARWALLA, N. Spatial disease clusters: detection and inference. *Statistics in Medicine*, Hoboken, v. 14, n. 8, p. 799-810, 1995. DOI: <https://doi.org/10.1002/sim.4780140809>.
- LALCHANDANI, P. *et al.* Influence of covid-19 restrictions on urban violence. *The American Surgeon*, Thousand Oaks, v. 88, n. 8, p. 1928-1930, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/00031348221086821>.
- LIMA, C. C. *et al.* Violência intrafamiliar presenciada e vivenciada por adolescentes escolares. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v. 27, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.84185>.
- LÓPEZ, D. J.; CHANDLER, C.; FRIEDMAN, M. R. “Take it out on the floor”: experiences of violence among black LGBT house and ball community youth in a rust belt city. *Journal of Interpersonal Violence*, Thousand Oaks, v. 38, n. 3-4, p. 3950-3978, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1177/08862605221113025>.

LUCENA, S.; MORAES, R. Detection of space-time cluster of homicides by stabbing in the João Pessoa city, Paraíba state, Brazil. *Boletim de Ciências Geodésicas*, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 605-623, 1 dez. 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1982-21702012000400006>.

MAHLANGU, P. *et al.* Impact of covid-19 lockdown and link to women and children's experiences of violence in the home in South Africa. *BMC Public Health*, New York, v. 22, n. 1, p. 1029, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13422-3>.

MAJI, S.; BANSOD, S.; SINGH, T. Domestic violence during covid-19 pandemic: the case for Indian women. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Hoboken, v. 32, n. 3, p. 374-381, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1002/casp.2501>.

MINAYO, M. C. S. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. S7-S18, 1994. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1994000500002>.

MOFFITT, P. *et al.* Intimate partner violence and covid-19 in rural, remote, and northern Canada: relationship, vulnerability and risk. *Journal of Family Violence*, New York, v. 37, n. 5, p. 775-786, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00212-x>.

NAÇÕES UNIDAS BRASIL. Uma em cada 3 mulheres em todo o mundo sofre violência. *Nações Unidas no Brasil*, Brasília, DF, 10 mar. 2021. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/115652-oms-uma-em-cada-3-mulheres-em-todo-o-mundo-sofre-viol%C3%Aancia>. Acesso em: 26 abr. 2023.

RIBEIRO, A. Apesar de queda em mortes violentas, Brasil é oitavo país mais letal do mundo. *O Globo*, Rio de Janeiro, 28 jun. 2022. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/noticia/2022/06/apesar-de-queda-em-mortes-violentas-brasil-e-oitavo-pais-mais-letal-do-mundo.ghhtml#top>. Acesso em: 26 abr. 2023.

RUIZ-PÉREZ, I.; PASTOR-MORENO, G. Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de covid-19. *Gaceta Sanitaria*, Amsterdam, v. 35, n. 4, p. 389-394, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>.

SANTOS, A. M. *et al.* Elder abuse during the covid-19 pandemic: a scoping review. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 34, 2021. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00336>.

SEM PARAR: o trabalho e a vida das mulheres na pandemia. [S. l.]: Sempre Viva Organização Feminista, 2020. Disponível em: <https://mulheresnapandemia.sof.org.br/>. Acesso em: 30 abr. 2023.

SHARMA, A.; BORAH, S. B. Covid-19 and domestic violence: an indirect path to social and economic crisis. *Journal of Family Violence*, New York, v. 37, p. 759-765, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00188-8>.

SILVA, M. C. *et al.* Evidence on the impacts of covid-19 pandemic on violence against children: Scoping review. *Texto & Contexto: Enfermagem*, Florianópolis, v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0058>.

SOUZA, E. R. *et al.* Homicides among women in the different Brazilian regions in the last 35 years: an analysis of age-period-birth cohort effects. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2949-2962, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.12392017>.

SUTHERLAND, M.; MCKENNEY, M.; ELKBULI, A. Gun violence during covid-19 pandemic: paradoxical trends in New York City, Chicago, Los Angeles and Baltimore. *American Journal of Emergency Medicine*, Amsterdam, v. 39, p. 225-226, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.05.006>.

THE TREVOR project: *how covid-19 is impacting LGBTQ youth*. [S. l.]: The Trevor Project, 2020. Disponível em: https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2020/10/Trevor-Poll_COVID19.pdf. Acesso em: 30 abr. 2023.

TOMAR, A. *et al.* Covid-19 among LGBTQ+ individuals living with HIV/aids: psycho-social challenges and care options. *AIMS Public Health*, Springfield, v. 8, n. 2, p. 303-308, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3934/publichealth.2021023>.

UNFPA. *Impact of the covid-19 pandemic on family planning and ending gender-based violence, female genital mutilation and child marriage*. New York: UNFPA, 2020. Disponível em: <https://www.unfpa.org/resources/impact-covid-19-pandemic-family-planning-and-ending-gender-based-violence-female-genital>. Acesso em: 29 abr. 2023.

UN WOMEN. *The shadow pandemic: violence against women during covid-19*. New York: UN Women, 2023. Disponível em: <https://www.unwomen.org/en/news/in-focus/in-focus-gender-equality-in-covid-19-response/violence-against-women-during-covid-19>. Acesso em: 23 fev. 2023.

WAKE, A. D.; KANDULA, U. R. The global prevalence and its associated factors toward domestic violence against women and children during covid-19 pandemic: “The shadow pandemic”: a review of cross-sectional studies. *Womens Health*, London, v. 18, p. 17455057221095536, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17455057221095536>.

ZHANG, H. The influence of the ongoing covid-19 pandemic on family violence in China. *Journal of Family Violence*, New York, v. 37, n. 5, p. 733-743, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00196-8>.



Capítulo 6

**Análise da relação entre interseccionalidade e
proteção social nas populações vulnerabilizadas
no Brasil (2021-2023)**

Análise da relação entre interseccionalidade e proteção social nas populações vulnerabilizadas no Brasil (2021-2023)

Rander Junior Rosa
Mônica Chiodi Toscano de Campos
Murilo César do Nascimento
Letícia Peticarrara Ferezin
Heriederson Sávio Dias Moura
Felipe Mendes Delpino
Natacha Martins Ribeiro
Ariela Fehr Tártaro
Juliana Soares Tenório de Araújo
Thaís Zamboni Berra
Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

A crise socioeconômica causada pela pandemia de covid-19 impactou negativamente as populações vulneráveis em diferentes regiões do Brasil, trazendo grandes desafios para as políticas públicas, especialmente no que diz respeito à proteção social e à preservação do emprego e da renda (Sott; Bender; Baum, 2022). A vulnerabilidade à covid-19 só pode ser plenamente entendida dentro dos contextos histórico-sociais. Embora todos sejam suscetíveis à infecção pela doença, as chances de se proteger da exposição ao vírus, assim como das consequências sociais adversas da pandemia, não são iguais para todos, estando envolvidas pelas condições de vida e pelo acesso a bens, serviços e direitos sociais (Teixeira; França Jr., 2020).

No Brasil, a cidadania é caracterizada por uma hierarquia na qual apenas uma pequena parte da população tem acesso privilegiado a recursos sociais, jurídicos, econômicos e simbólicos, desigualdade que se perpetua tanto em espaços públicos quanto privados. Em momentos de crise, como durante a pandemia, as políticas de proteção ou contenção não são aplicadas de forma universal, como aponta Santos (2020). Elas são seletivas, focadas na proteção dos corpos socialmente valorizados e considerados essenciais para a economia.

Tendo em vista o agravamento das condições de vida decorrente da vulnerabilidade, especialmente devido às condições desiguais em que as pessoas vivem,

é fundamental deslocar-se da rigidez de trabalhar com marcadores predefinidos e buscar entender a dinâmica entre as análises de situações concretas, evitando supor, de antemão, a primazia de uma categoria sobre as outras. Para identificar quais grupos são mais excluídos ou fomentar uma competição por políticas e recursos estatais, é essencial refletir sobre como, em determinadas sociais, as diferenças e particularidades evidenciadas remetem à desigualdade, opressão e/ou exploração, bem como às formas de apoio do Estado e às possibilidades de enfrentamento das questões relacionadas à equidade dessas populações (Barbosa, 2020). Em outras palavras, a perspectiva interseccional permite não apenas compreender as experiências concretas de vida de certos coletivos, mas também conectá-las às estruturas de poder que perpetuam e intensificam as opressões nas relações entre afetos, condições demográficas, socioeconômica, contextos e relações sociais e políticas (Cherol; Ferreira; Salles-Costa, 2021).

As particularidades das populações em situação de vulnerabilidade social denotam os efeitos prolongados da pandemia, como o acesso limitado a recursos financeiros, alimentos e educação. No entanto, é fundamental que o enfrentamento de uma opressão não acabe por reforçar outra. Para isso, as desigualdades não podem ser tratadas de forma isolada ou hierarquizada; é necessário compreender como elas se interconectam e se articulam em um contexto específico, influenciando o acesso à renda e aos alimentos.

Embora os estudos mostrem de forma rica e detalhada a articulação entre marcadores sociais de diferença e desigualdade em grupos marginalizados durante a pandemia, esses estudos se baseiam predominantemente em fontes secundárias e abordagens teóricas. Faltam investigações empíricas e dados primários que exemplifiquem de maneira concreta os impactos mencionados em diferentes territórios e populações vulneráveis, bem como uma avaliação prática das políticas públicas e das estratégias de resistência desenvolvidas por esses grupos. Isso limita a aplicabilidade imediata das reflexões, criando espaço para futuras pesquisas que possam sustentar empiricamente as questões levantadas e contribuir para a construção de soluções concretas e fundamentadas para os problemas sociais identificados. Nesse sentido, o objetivo deste estudo é apresentar a relação entre interseccionalidade e proteção social nas populações vulnerabilizadas no Brasil. Esses dados são um passo importante para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes para a proteção social das populações em situação de vulnerabilidade social

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo transversal, realizado por meio de entrevista de campo entre fevereiro de 2021 e outubro de 2023, a partir do instrumento Termômetro Social Covid-19 – Opinião Social.

Foram incluídas no estudo populações residentes de favelas e comunidades urbanas, áreas de acampamento, de assentamento, ribeirinhas, de ocupação, indígena, quilombola, de fronteira internacional e de refugiados e populações em situação de rua. Foram excluídos os participantes que não responderam integralmente ao questionário da pesquisa ou que tivessem menos de dezoito anos.

A variável desfecho foi o acesso ao auxílio governamental, incorporada no questionário de pesquisa na dimensão socioeconômica. Essa questão foi validada no Brasil com metodologia específica para adequação às características nacionais, permitindo avaliar o acesso a recursos financeiros durante a pandemia de covid-19. As questões tiveram como opção de resposta “sim” ou “não”.

A variável de exposição de interesse foi criada a partir do cruzamento entre raça/cor, gênero e nível de escolaridade: homem branco, mulher negra. A variável raça/cor foi obtida por meio da autodeclaração, com base nas seguintes opções: branca, preta e parda. A população negra foi composta pela junção das categorias pretos e pardos (IBGE, 2020). A variável sexo seguiu as classificações de autodeclaração: homens, mulheres e transexuais. O nível de escolaridade foi construído com base em quatro variáveis: pós-graduação/ensino superior completo; ensino superior incompleto/ensino médio completo; ensino médio incompleto/ensino fundamental completo; e ensino fundamental incompleto/sem escolaridade.

2.1 Resultados

Na Tabela 1 mostra-se o número total de participantes ($n = 3.406$), dentre os quais 2.045 (60,1%) eram homens e 1.302 (38,2%) mulheres, e 2.218 (65,1%) tinham idade entre 30 e 59 anos. No que diz respeito à raça/cor, 2.460 (72,3%) eram pretos/pardos; quanto ao estado civil, 2.418 (71,0%) eram viúvos, separados ou solteiros. Em termos de escolaridade, a maioria dos participantes tinha ensino fundamental incompleto/sem escolaridade, 1.084 (31,8%), e ensino médio incompleto/ensino fundamental completo, 919 (27,0%). Dentre os participantes, verificamos que a maioria afirmou estar desempregada, 1.328 (39,0%).

Tabela 1. Perfil dos participantes do estudo segundo características sociodemográficas – Brasil, 2020-2023 ($n = 3.406$)

Variáveis	n	%
Sexo		
Homem	2.045	60,1
Mulher	1.302	38,2
Transexuais	58	1,7

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	n	%
Idade		
18 a 29	877	25,7
30 a 59	2.218	65,1
60 ou mais	311	9,1
Raça/cor		
Branca	747	21,9
Amarelo	102	3,0
Indígena	63	1,9
Preto e pardo	2.460	72,3
Sem declaração	34	0,9
Situação conjugal		
Casado ou união estável	987	29,0
Viúvo, separado ou solteiro	2.418	71,0
NA	1	0,0
Escolaridade		
Ensino fundamental incompleto/sem escolaridade	1.190	34,9
Ensino médio incompleto/ensino fundamental completo	919	27,0
Ensino superior incompleto/ensino médio completo	1.084	31,8
Pós-graduação completo/ensino superior completo	211	6,2
Não responderam	2	0,1
Ocupação/emprego		
Trabalho formal	490	14,4
Trabalho informal	1.257	36,9
Desempregado	1.328	39,0
Estudante	143	4,2
Aposentado	187	5,5
Não responderam	1	0,0

A partir da análise detalhada dos indicadores demográficos, os resultados obtidos revelaram um panorama preocupante em relação à situação de saúde e vulnerabilidade socioeconômica da população estudada. Os dados apontaram que uma parcela significativa, correspondente a 93% dos participantes, não tinha convênio médico, evidenciando uma carência expressiva de acesso à saúde suplementar. Entretanto, é importante ressaltar que, apesar dessa limitação, uma

grande maioria dos participantes, 91,4% do total, tinha acesso aos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Além das questões relacionadas à saúde, o estudo também revelou dados alarmantes sobre a situação socioeconômica dos participantes. Uma proporção considerável, correspondente a 50,2% dos indivíduos, declarou não contar com apoio social para a aquisição de alimentos, o que sugere um cenário de insegurança alimentar preocupante. Adicionalmente, quase metade dos participantes (47,5%) relatou ter sofrido perda de renda, indicando um impacto econômico significativo na vida dessas pessoas. Como consequência desses fatores, observou-se que 44,1% dos indivíduos analisados enfrentaram dificuldades na obtenção de alimentos de modo geral, conforme ilustrado na Figura 1. Entre as populações em situação de vulnerabilidade social, um percentual significativo enfrentou desafios econômicos durante a pandemia de covid-19. De acordo com os dados apresentados, 57% dessas populações não recebem qualquer tipo de auxílio governamental nesse período da pandemia de covid-19 (Figura 1).

Além disso, a situação financeira dessas populações é ainda mais precária quando se observa que 37,2% dos indivíduos declararam receber menos do que um salário mínimo. Essa realidade ressalta a profunda desigualdade econômica e as dificuldades enfrentadas por uma parcela significativa da sociedade, especialmente durante uma crise sanitária global. Esses dados, ilustrados na Figura 1, evidenciam a necessidade de medidas imediatas e efetivas para mitigar o impacto econômico da pandemia sobre as populações mais vulneráveis.

Das unidades federativas onde foram conduzidas as entrevistas com os participantes, observou-se uma distribuição geográfica significativa. A análise dos dados revelou que a maioria dos entrevistados estava concentrada em quatro regiões principais do país. A região Nordeste apresentou a maior representatividade, com 26,6% dos participantes residindo nessa área. Em seguida vem a região Norte, com 22,3% dos entrevistados; a região Centro-Oeste, por sua vez, contava com 20,6% dos participantes, indicando uma parcela substancial. Por fim, a região Sul, embora com uma porcentagem menor, ainda contribuiu com 10,6% dos entrevistados, completando assim o panorama das principais regiões representadas no estudo.

Na análise estratificada por sexo e ajustada pelas demais variáveis, a ausência do benefício governamental apresentou associação (OR: 6,13; 95% CI: 2,08-18,8) com mulheres negras sem escolaridade, mulheres negras com ensino fundamental (OR: 6,01; 95% CI: 2,07-17,4), homens negros sem escolaridade (OR: 5,31; 95% CI: 1,83-15,3) e mulheres com ensino superior (OR: 3,31; 95% CI: 1,14-9,61).

Figura 1. Acesso a distribuição de renda, apoio social, uso do SUS, proteção social e renda salarial mensal

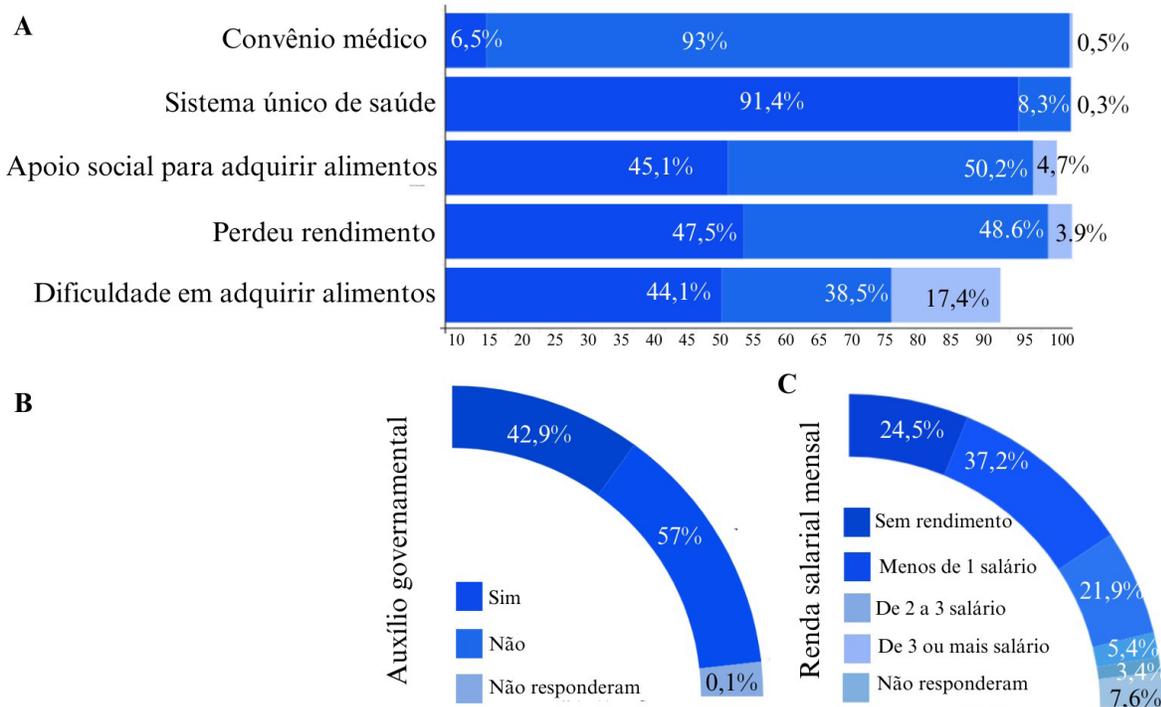


Figura 2. Distribuição geoespacial dos participantes por macrorregiões do Brasil

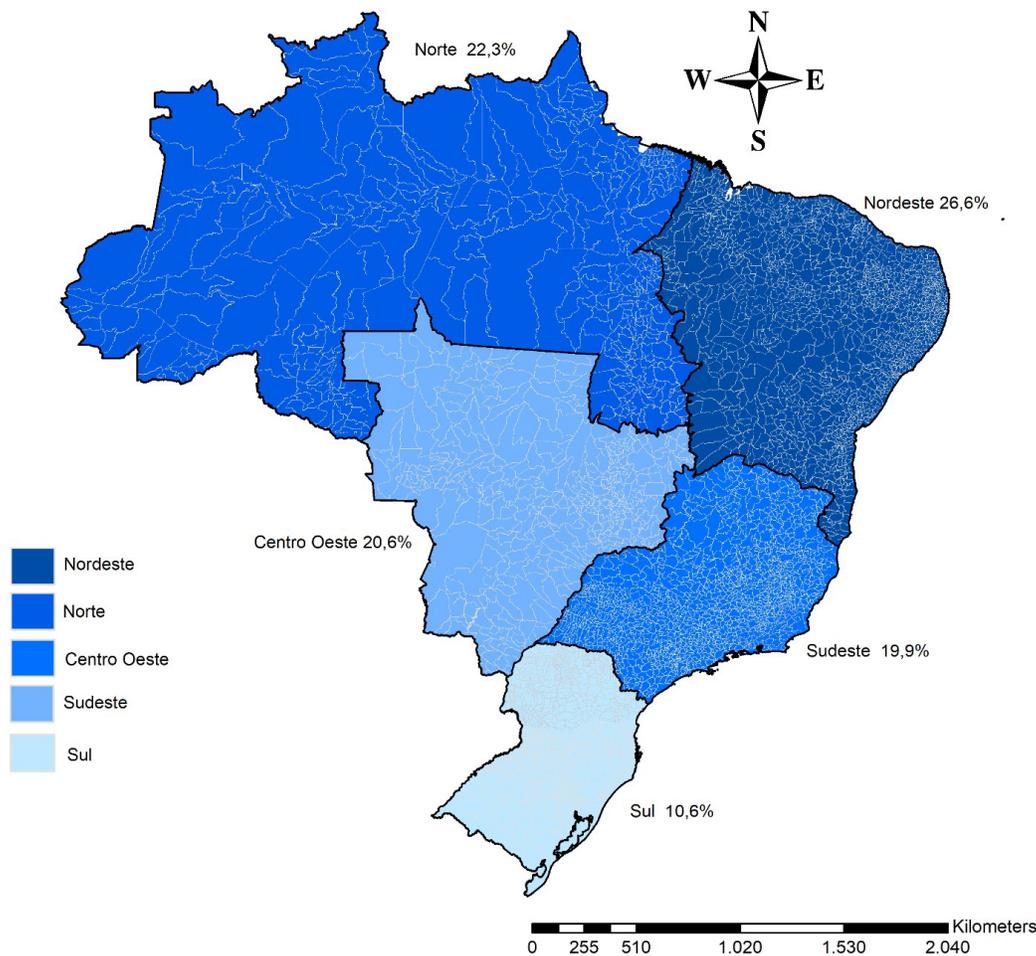


Tabela 2. Análise da associação entre benefício governamental e sexo, raça/cor e nível de escolaridade – Brasil, 2021-2023

Variável	Coefficiente	Valor p	Odds ratio [IC95%]
Homem branco com ensino superior completo	0,26	0,17	2,14 [0,71-6,40]
Mulher branca com ensino superior incompleto	0,16	0,02	3,31 [1,14- 9,61]
Homem preto sem escolaridade	0,10	0,00	5,31 [1,83-15,3]
Mulher preta com ensino médio incompleto	0,09	0,00	6,01 [2,07-17,4]
Mulher preta sem escolaridade	0,08	0,00	6,13 [2,08-18,0]

2.2 Discussão

A análise dos dados apresentados revela um panorama preocupante acerca da vulnerabilidade socioeconômica e de saúde da população estudada, evidenciando uma série de desafios interligados. Observou-se que a maioria dos participantes eram homens, e uma expressiva parcela tinha entre 30 e 59 anos, com idades variando entre 18 e 91 anos. Esse perfil etário sugere um grupo majoritariamente em idade ativa, que, teoricamente, deveria estar inserido no mercado de trabalho, mas enfrenta barreiras para o acesso ao emprego. A elevada taxa de desemprego corrobora essa percepção, sinalizando uma limitação importante no acesso a oportunidades de trabalho, especialmente entre os indivíduos com baixa escolaridade.

Uma parcela significativa dos participantes declarou ter apenas o ensino fundamental incompleto ou ser analfabeta. Barros, Mendonça e Santos (2019) apontam que a falta de acesso à educação de qualidade contribui para a perpetuação do ciclo de pobreza, especialmente em países em desenvolvimento. A baixa escolaridade não apenas limita a entrada no mercado de trabalho, mas também afeta a capacidade dos trabalhadores de se adaptarem a novas demandas tecnológicas e de habilidades, o que é indispensável em um contexto de rápidas mudanças econômicas e tecnológicas (Barros; Mendonça; Santos, 2019).

A precarização do trabalho impacta não apenas a situação financeira, mas também a saúde mental e física da população mais vulnerável, o que gera um aumento dos episódios de preconceito e violência doméstica (Almondes *et al.*, 2021).

O impacto da pandemia não se restringe às desigualdades em saúde, mas se estende a um amplo conjunto de desigualdades sociais e outras dimensões sociais que ultrapassam o campo da saúde. Assim, a análise das desigualdades intensificadas pela covid-19 não pode se limitar ao domínio mais restrito e redutor das desigualdades em saúde, sendo necessário ampliá-la para as múltiplas dimensões das desigualdades sociais. Dessa forma, a compreensão global e mais aprofundada da dimensão social da covid-19 e, em particular, de seus efeitos sobre

as desigualdades sociais, requer uma análise interseccional integrada acerca do seu impacto em diversos domínios e nos diferentes grupos sociais, sejam classes sociais, grupos étnico-raciais, territórios, grupos etários ou gêneros, nos quais se conectam e, por vezes, se multiplicam cumulativamente diferentes estruturas de desigualdades inter-relacionadas (Samaranch; Bathyány, 2021; Pegado, 2022).

A raça/cor também foi um fator determinante na análise, já que 72,3% dos participantes se autodeclararam pretos ou pardos, o que reflete uma realidade social de marginalização e maior vulnerabilidade entre as populações negras no Brasil. Esse grupo é historicamente mais afetado pelas desigualdades sociais e econômicas, o que se reflete nos indicadores de renda, educação e acesso a serviços essenciais. A desigualdade sempre se mostrou um problema no Brasil, e com o efeito da pandemia esse cenário se agravou. A pandemia de covid-19 impactou de forma mais intensa os grupos sociais vulneráveis, fazendo recrudescer as desigualdades sociais à medida que esses diferentes fatores se sobrepõem, se conectam e se acumulam. A associação entre a ausência de auxílio emergencial e mulheres pretas, sem escolaridade, reforça o recorte racial e de gênero como agravante dessas desigualdades, destacando a necessidade de políticas públicas direcionadas para esses grupos.

A ausência ou dificuldade de acesso ao auxílio emergencial durante a pandemia de covid-19 agravou ainda mais a situação de vulnerabilidade das mulheres pretas sem escolaridade. De acordo com Pinheiro *et al.* (2020), esse grupo enfrentou mais obstáculos para acessar o benefício, quer por falta de informação, quer por dificuldades com tecnologia ou ainda por barreiras burocráticas.

Outro dado preocupante é o estado civil dos participantes; 71% eram viúvos, separados ou solteiros, o que pode indicar uma rede de apoio social fragilizada. Essa ausência de suporte pode ter implicações diretas sobre a capacidade desses indivíduos de enfrentar crises, como a pandemia de covid-19, especialmente em termos de segurança alimentar e econômica.

A literatura aponta que indivíduos sem parceiro ou com uma rede de apoio social limitada enfrentam maiores dificuldades para acessar recursos e manter a estabilidade econômica em tempos de crise. Silva e Alves (2020) demonstram que o suporte social exerce um papel fundamental na promoção do bem-estar e na mitigação dos efeitos adversos de situações como doenças e pandemias. A ausência dessa rede de apoio pode resultar em níveis elevados de estresse e ansiedade, impactando negativamente a saúde mental e física dos indivíduos (Freitas *et al.*, 2021).

Ainda, a falta de suporte social está frequentemente associada a piores resultados em termos de segurança alimentar. Segundo Araújo e Oliveira (2021), famílias monoparentais ou indivíduos que vivem sozinhos têm maior probabilidade de enfrentar insegurança alimentar, pois geralmente têm menos acesso a recursos

econômicos e sociais. Durante a pandemia de covid-19, esses grupos foram desproporcionalmente afetados pela perda de renda e aumento dos custos de alimentos, agravando ainda mais a situação de insegurança alimentar (Santos *et al.*, 2022).

Considerando o acesso à saúde, a grande maioria (91,4%) dos participantes dependia exclusivamente do SUS, o que demonstra a importância vital desse sistema para as populações mais vulneráveis. Ao mesmo tempo, o fato de 93% dos entrevistados não terem plano de saúde privado evidencia uma exclusão significativa do acesso à saúde suplementar, reforçando a relevância do SUS no atendimento das demandas dessa população.

O acesso à saúde é uma questão central para a promoção da equidade e do bem-estar social, especialmente em países com profundas desigualdades sociais e econômicas como o Brasil. O SUS desempenha um papel fundamental ao proporcionar acesso universal e integral à saúde, sendo a principal e muitas vezes a única fonte de serviços de saúde para a maior parte da população brasileira (Paim *et al.*, 2011). Considerando que 93% dos entrevistados não tinham plano de saúde privado, reforça-se a relevância do SUS no atendimento das demandas dessa população. Estudos apontam que a ausência de cobertura por planos de saúde privados está diretamente associada a fatores socioeconômicos, como baixa renda e desemprego, que limitam a capacidade de pagamento por serviços privados (Mendes *et al.*, 2019).

Nesse contexto, o SUS se revela não apenas como um sistema de saúde, mas como um mecanismo de proteção social fundamental, garantindo atendimento mesmo em cenários de crise, como durante a pandemia de covid-19 (Castro *et al.*, 2021).

No aspecto socioeconômico, a insegurança alimentar emergiu como uma questão crítica. Metade dos entrevistados (50,2%) relatou não ter apoio social para a aquisição de alimentos, e 44,1% enfrentaram dificuldades na obtenção de alimentos de modo geral. Esses dados refletem a precariedade das condições de vida de muitos brasileiros, revelando como a falta de suporte social e econômico pode comprometer a segurança alimentar de famílias vulneráveis (Gonçalves; Silva; Lima, 2021).

A perda de renda, mencionada por 47,5% dos participantes, agrava ainda mais esse cenário, demonstrando que a pandemia teve um impacto profundo sobre a capacidade dessas pessoas de sustentar suas famílias. A redução ou interrupção da renda familiar durante a pandemia afetou desproporcionalmente os grupos de baixa renda, aumentando o número de pessoas que não conseguiam atender suas necessidades alimentares básicas (Recine; Beghin; Fagundes, 2020). De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), a insegurança alimentar aumentou globalmente durante a pandemia, mas foi particularmente aguda em regiões com alta desigualdade socioeconômica, como o Brasil (ONU, 2021).

A ausência de auxílio governamental para 57% das populações em situação de vulnerabilidade durante a pandemia reflete a lacuna nas políticas públicas de proteção social. Esse cenário expõe a incapacidade do Estado de oferecer suporte adequado a uma grande parte da população que enfrentou dificuldades financeiras severas durante a crise de saúde pública provocada pela covid-19. De acordo com a ONU (2021), a pandemia exacerbou as desigualdades sociais e econômicas em muitos países, especialmente em regiões com estruturas de proteção social frágeis ou insuficientes. No contexto brasileiro, esse problema foi agravado pela ausência de políticas públicas eficazes e coordenadas para garantir renda mínima e apoio aos mais vulneráveis (Recine; Beghin; Fagundes, 2020).

Soma-se à informação de que 37,2% dos entrevistados recebiam menos do que um salário mínimo a necessidade urgente de intervenções mais robustas e abrangentes para mitigar os efeitos da crise, considerando que a renda insuficiente compromete não apenas a subsistência imediata, mas também a capacidade de acesso a serviços essenciais, como saúde e educação, agravando assim as desigualdades sociais já existentes (Gonçalves; Silva; Lima, 2021).

Em termos de distribuição geográfica, observou-se que as regiões Norte e Nordeste, historicamente mais pobres, foram as que mais concentraram participantes, somando juntas quase 50% da amostra. Essa predominância dessas regiões também reflete a persistente desigualdade regional no Brasil, com o Sul e o Sudeste apresentando menor representatividade no estudo.

A predominância dos participantes dessas regiões pode apontar a vulnerabilidade estrutural dessas populações, que são mais afetadas por crises sociais e econômicas devido à menor resiliência econômica e social (Barros; Mendonça; Santos, 2019). Esses fatores agravam as condições de vida e limitam o acesso a oportunidades de desenvolvimento humano e econômico. Em contrapartida, as regiões Sul e Sudeste, que apresentaram menor representatividade na amostra, concentram maiores índices de desenvolvimento econômico, melhor infraestrutura e maior acesso a serviços públicos de qualidade, o que contribui para a redução de desigualdades sociais (Barbosa, 2020).

A desigualdade regional no Brasil é reforçada por políticas públicas que historicamente privilegiam o desenvolvimento de regiões mais ricas, enquanto regiões mais pobres recebem menos investimentos e suporte (Santos *et al.*, 2022). Esse padrão de desigualdade regional perpetua um ciclo de exclusão e limita o desenvolvimento dessas áreas, criando um cenário em que crises como a pandemia exacerbam as disparidades existentes. Nesse contexto, a desigualdade regional também se reflete na distribuição desigual de recursos e oportunidades, impactando diretamente o bem-estar e a saúde das populações (Almeida *et al.*, 2022).

Paralelamente a essas desigualdades regionais, os achados demonstram disparidades significativas no acesso a benefícios governamentais no Brasil,

com destaque para as interseccionalidades entre raça, gênero e escolaridade. Mulheres pretas sem escolaridade e homens pretos sem escolaridade apresentam maiores chances de receber auxílio, indicando uma combinação de fatores de vulnerabilidade. Essas interseccionalidades reforçam a influência da escolaridade e da raça como determinantes da dependência de programas sociais (Cruz; Faleiros; Bolfanni, 2024).

A escolaridade, por sua vez, se mostrou um fator protetivo importante. Homens brancos com ensino superior completo têm a menor probabilidade de acessar benefícios, enquanto mulheres brancas com ensino superior incompleto apresentam chances maiores, mas ainda inferiores às mulheres pretas com menor escolaridade. Dessa forma, além da escolaridade, a raça exerce um papel significativo na vulnerabilidade social, o que indica que essas variáveis precisam ser consideradas em conjunto para melhor compreensão da dependência de programas sociais (Mumba; Brantley; Cross, 2023).

As desigualdades de gênero também são evidentes, com mulheres pretas, mesmo com algum nível educacional, apresentando maior dependência de benefícios. Isso reforça a sobreposição de desvantagens raciais e de gênero, que limita o acesso dessas mulheres a melhores condições econômicas. Portanto, políticas públicas precisam abordar essas interseccionalidades para mitigar as desigualdades socioeconômicas e promover a inclusão (Mumba; Brantley; Cross, 2023).

Por fim, a pandemia de covid-19 exacerbou as desigualdades existentes, afetando mais intensamente os grupos já vulneráveis. Mulheres e homens pretos com baixa escolaridade foram os mais impactados, com maior dependência de auxílio governamental, enquanto homens brancos com ensino superior foram menos afetados. Esses resultados indicam que, embora as políticas emergenciais durante a covid-19 tenham mitigado algumas desigualdades em saúde, falharam em abordar plenamente as disparidades estruturais. Isso evidencia as limitações no combate aos determinantes sociais da saúde profundamente enraizados no país (Lazzari *et al.*, 2023).

3 CONCLUSÃO

Evidencia-se neste texto a complexidade dos desafios interconectados que afetam de maneira significativa as populações vulnerabilizadas. Existe uma forte correlação entre fatores econômicos, sociais e de saúde, indicando a necessidade de uma abordagem integral para o enfrentamento desses problemas. Diante do exposto, ressalta-se a urgência de políticas públicas concretas para enfrentar as desigualdades estruturais no país. A complexidade dos desafios identificados exige uma resposta multifacetada e coordenada entre diferentes setores da sociedade

e esferas do governo, por meio de reformas estruturais e esforços conjuntos, para promover mudanças significativas e duradouras na qualidade de vida das populações vulnerabilizadas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. C. M. *et al.* Desigualdade regional no Brasil: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Economia*, [s. l.], v. 76, n. 3, p. 315-334, 2022.

ALMONDES, K. M. *et al.* Comparative analysis of psychology responding to covid-19 pandemic in BRICS nations. *Frontiers in Psychology*, Lausanne, v. 12, p. 567-585, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.567585>.

ARAÚJO, L. A.; OLIVEIRA, C. S. Insegurança alimentar em tempos de pandemia: desafios e perspectivas. *Revista Brasileira de Nutrição*, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 101-112, 2021.

BARBOSA, J. L. Por uma quarentena de direitos para as favelas e as periferias! *Espaço e Economia*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 1-4, 2020. DOI: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10274>.

BARROS, R. P.; MENDONÇA, R.; SANTOS, D. Desigualdade de oportunidade e políticas públicas no Brasil. *Estudos Econômicos*, [s. l.], v. 49, n. 2, 2019.

CASTRO, M. C. *et al.* Brazil's unified health system: the first 30 years and prospects for the future. *The Lancet*, Amsterdam, v. 394, n. 10.195, p. 345-356, 2021.

CHEROL, C. C. S.; FERREIRA, A. A.; SALLES-COSTA, R. Social inequalities and household food insecurity in quilombola communities in Brazil. *Revista de Nutrição*, Campinas, v. 34, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1678-9865202134e200173>.

CRUZ, R. C.; FALEIROS, J. L.; BOLFANNI, I. C. M. Desigualdades sociais e o acesso aos direitos das mulheres negras no Brasil: uma análise interseccional. *Seven*, São José dos Pinhais, 2024. DOI: <https://doi.org/10.56238/sevened2024.012-046>.

FREITAS, M. P. *et al.* Impacto do apoio social na saúde mental durante a pandemia de covid-19. *Psicologia em Estudo*, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 45-56, 2021.

GONÇALVES, M. P.; SILVA, J. M.; LIMA, F. A. Insegurança alimentar e vulnerabilidade social no contexto da pandemia de covid-19. *Revista Brasileira de Nutrição*, [s. l.], v. 35, n. 3, p. 210-223, 2021.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101760>. Acesso em: 10 set. 2024.

LAZZARI, E. A. *et al.* Social determinants of health in Brazil during the covid-19 pandemic: strengths and limitations of emergency responses. *Health Affairs*, Oxford, v. 1, n. 1, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1093/haschl/qxad014>.

MUMBA, M. N.; BRANTLEY, S. G.; CROSS, A. Social and structural determinants of recovery: the impact of race. *Journal of Nursing Scholarship*, Washington, DC, v. 55, n. 3, p. 553-555, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12899>.

MENDES, A.; CARNUT, L.; WOSNY, A. M. O Sistema Único de Saúde (SUS) como política pública: a importância do debate e da produção de conhecimento. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 7-17, 2019.

ONU. *The state of food security and nutrition in the world 2021*. Geneva: FAO, 2021.

PAIM, J. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet*, Amsterdam, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PEGADO, E. A saúde é um direito: conquistas inacabadas e desafios para o futuro. In: CARMO, R. M.; TAVARES, I.; CÂNDIDO, A. F. (org.). *Que futuro para a igualdade? Pensar a sociedade e o pós-pandemia*. Lisboa: Observatório das Desigualdades, 2022. p. 43-58.

PINHEIRO, L. *et al.* *Os efeitos da pandemia sobre os rendimentos do trabalho e o impacto do auxílio emergencial: o que dizem os microdados da Pnad covid-19*. Brasília, DF: Ipea, 2020.

RECINE, E.; BEGHIN, N.; FAGUNDES, A. A. A crise da covid-19 e seus impactos na segurança alimentar e nutricional no Brasil. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 61-73, 2020.

SAMARANCH, E. A.; BATTHYÁNY, K. Género, desigualdades sociales y pandemia por SARS-CoV-2. *Revista Española de Sociología*, Madrid, v. 30, n. 3, 2021. DOI: <https://doi.org/10.22325/fes/res.2021.61>.

SANTOS, B. S. *A cruel pedagogia do vírus*. Coimbra: Almeida, 2020.

SANTOS, R. F. *et al.* Pandemia, renda e segurança alimentar: um estudo sobre os efeitos da covid-19 em populações vulneráveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1234-1248, 2022.

SILVA, A. L.; ALVES, P. F. Redes de apoio social e bem-estar em tempos de crise. *Revista de Sociologia e Saúde*, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 215-230, 2020.

SOTT, M. K.; BENDER, M. S.; BAUM, K. S. Covid-19 outbreak in Brazil: health, social, political, and economic implications. *International Journal of Health Services*, Washington, DC, v. 52, n. 4, p. 442-454, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1177/0020731422112265>.

TEIXEIRA, R. R.; FRANÇA JR., I. Suscetibilidade e vulnerabilidade à covid-19: somos todos iguais? *Tramadora*, São Paulo, 2020.



Capítulo 7

“O Estado não tava nem aí”: o protagonismo e as percepções de líderes de movimentos sociais da população em situação de rua durante a pandemia de covid-19 no Brasil

“O Estado não tava nem aí”: o protagonismo e as percepções de líderes de movimentos sociais da população em situação de rua durante a pandemia de covid-19 no Brasil

Heriederson Sávio Dias Moura

Letícia Peticarrara Ferezin

Isabela Zaccaro Rigolin

Quézia Rosa Ferreira

Ruan Víctor dos Santos Silva

Rander Junior Rosa

Natasha Martins Ribeiro

Mônica Chiodi Toscano de Campos

Jaqueline Garcia de Almeida Ballesterro

Regina Célia Fiorati

Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

As Populações em Situação de Rua (PSR), conforme definido pela Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), constituem um grupo heterogêneo caracterizado por extrema pobreza, vínculos familiares fragilizados e ausência de moradia regular (Brasil, 2009). Diversos fatores, como o abuso de substâncias, o desemprego, a violência, os conflitos familiares e a perda de entes queridos, levam indivíduos a essa condição de vida, resultando em marginalização social e na negação de direitos humanos e sociais (Brasil, 2009; Ponte *et al.*, 2022). Essa situação de vulnerabilidade é compreendida como uma combinação de fragilidades individuais, sociais e institucionais (Ayres, 2014; Ayres *et al.*, 2003, 2012).

Dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) indicam um aumento de 38% na PSR entre 2019 e 2022, totalizando 281.472 pessoas em 2022. Esse crescimento é atribuído, em grande parte, à perda de trabalho, moradia e renda, o que agrava a vulnerabilidade social e compromete estruturas básicas essenciais para a vida e a sobrevivência humana. Essa precarização também se correlaciona com um aumento na infecção, adoecimento e mortalidade relacionado à covid-19, que é particularmente severo entre a PSR e outras populações vulnerabilizadas devido às precárias condições de vida e ao acesso limitado a água potável, serviços de saúde, alimentação e higiene (Honorato; Oliveira, 2020).

Nesse contexto, ressalta-se o protagonismo dos Movimentos Sociais (MS), que são definidos como iniciativas coletivas organizadas em busca de transformações sociais por meio do engajamento político e da interlocução em espaços públicos (Ferraz, 2019; Gohn, 2007, 2011). As ações desses movimentos, especialmente voltadas para a saúde física e mental, alimentação, educação, cultura, redução de danos e conscientização sobre a prevenção e o combate à covid-19, desempenharam um papel crucial, oferecendo acolhimento e orientações de higiene pessoal mesmo diante das adversidades impostas pela pandemia (Cavalcanti, 2020; Nunes *et al.*, 2021).

Considerando o cenário descrito e as características específicas das PSR, este estudo demonstra sua relevância ao abordar uma temática voltada às formas de atuação – durante a pandemia de covid-19 – dos líderes dos MS com as PSR, tendo em vista que essa população historicamente sofre com a negligência por parte do governo e da sociedade. Este estudo teve como objetivo identificar as estratégias e ações realizadas em relação à percepção dos líderes dos MS quanto às vulnerabilidades e ao comportamento de risco da PSR frente à covid-19 e suas alterações positivas. Nesse contexto, a pesquisa contribui para o avanço do conhecimento e assume importância, mesmo no atual panorama pós-pandêmico, ao buscar identificar as vivências e percepções de líderes de MS da PSR durante a pandemia de covid-19.

2 DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório (Vergara, 2006) com abordagem qualitativa, realizado com líderes de MS da PSR que atuam em Florianópolis, capital do estado de Santa Catarina, localizado na macrorregião Sul do Brasil. Florianópolis está a 1.678,5 quilômetros de distância do Distrito Federal, especificamente nas coordenadas geográficas de latitude 27° 35' 49" Sul, e de longitude 48° 32' 58" Oeste.

De acordo com o censo demográfico de 2022 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023), Florianópolis tem área territorial de 674,844 km², população residente estimada em 537.211 pessoas e densidade demográfica de 796,05 hab/km².

Para o desenho amostral do estudo, foi utilizada uma amostragem intencional (Creswell; Clark, 2017). Inicialmente, estimou-se a inclusão de dez sujeitos, porém somente dois aceitaram participar da pesquisa, sendo um líder atuante no MS Voz das Manas e um do Movimento Nacional de População em Situação de Rua.

O instrumento utilizado foi um roteiro desenvolvido com perguntas semiestruturadas para coletar dados empíricos, sendo submetido a validação por especialistas na área. O roteiro incluiu questões relevantes para direcionar a interação entre entrevistador e entrevistado, facilitando a produção de dados sobre o tema de pesquisa.

Inicialmente, os líderes dos MS foram contatados por meio do aplicativo WhatsApp e convidados a participar da pesquisa. A partir da elaboração do roteiro de perguntas semiestruturadas, foram empregadas entrevistas individuais com os líderes vinculados aos MS da PSR.

As entrevistas se iniciaram somente após a concordância dos entrevistados em participar da pesquisa por meio da leitura, do aceite e da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Nesse momento, foi informada aos entrevistados a importância de ler o TCLE com bastante atenção antes de assiná-lo, e lhes foi dito que poderiam solicitar orientação quantas vezes fosse necessário para esclarecer todas as suas dúvidas, bem como que poderiam refletir, consultando, se preciso, seus familiares ou outras pessoas que pudessem ajudar na decisão. Além disso, o entrevistador informou aos participantes que não eram obrigados a responder a todas as perguntas e que poderiam desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que houvesse prejuízo por causa dessa decisão.

Destaca-se que as entrevistas ocorreram em ambiente virtual, na plataforma Google Meet. Nesse formato, a entrevista foi gravada em áudio e vídeo para posterior transcrição e análise das informações relatadas. As entrevistas tiveram duração média de trinta minutos.

Para garantir o sigilo e a privacidade dos entrevistados, os pesquisadores se comprometeram a proteger a identidade durante toda a pesquisa e a manter o sigilo de todos os dados obtidos; ou seja, as respostas foram tratadas de forma confidencial e anônima. Foi realizada também uma codificação com uma letra (P) e números arábicos sequenciais (1 e 2), que teve como objetivo manter o anonimato dos entrevistados. Ainda que precisassem exemplificar determinada situação, a privacidade foi mantida, mesmo ao mencionarem o nome ou a identificação de terceiros durante a entrevista. Ambas as entrevistas foram transcritas de forma literal em um editor de textos e, posteriormente, submetidas a análise qualitativa.

Para a análise de dados deste estudo foi utilizada a análise de conteúdo na modalidade temática, que é um conjunto de técnicas amplamente utilizado para a análise de dados qualitativos (Silva; Fossá, 2013). Essas técnicas, voltadas para a análise de comunicações, têm como propósito investigar o conteúdo das entrevistas ou observações realizadas pelo pesquisador. De forma sistemática, a análise de conteúdo permite descrever as mensagens e atitudes associadas ao contexto da comunicação, além de possibilitar inferências sobre os dados coletados (Bardin, 1977; Cavalcante *et al.*, 2014).

Conduziu-se a análise dos dados seguindo a abordagem proposta por Bardin (2016), na qual o método de análise de conteúdo compreende três fases

cronológicas distintas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação.

Na fase de pré-análise, as ideias iniciais do referencial teórico foram organizadas para operacionalização e sistematização. Essa etapa envolveu quatro sub-fases: 1) leitura flutuante para obter impressões iniciais do texto; 2) escolha dos documentos, definindo o corpus do estudo; 3) construção de objetivos e hipóteses, derivados da leitura inicial dos dados do corpus; e 4) elaboração de indicadores, para interpretar as informações coletadas.

Na fase de exploração do material, foram gerenciadas as decisões da fase anterior. Essa fase envolve a construção do processo de codificação, na qual o texto é dividido em unidades de registro e as informações são contadas, classificadas e agrupadas em categorias temáticas (Silva; Fossá, 2013). A codificação foi crucial na análise de conteúdo, transformando os dados brutos do texto e proporcionando uma compreensão mais clara de suas características.

A terceira etapa, delineada por Bardin (2016), envolveu o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação, sendo extraídos os conteúdos expressos e latentes do material coletado. Nessa fase, obtiveram-se resultados significativos que permitiram a formulação de inferências e interpretações relacionadas aos objetivos previamente estabelecidos ou a descobertas inesperadas.

Para organização dos achados, foi utilizado o software Atlas.ti 8.0 (ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH), de modo a auxiliar na análise dos dados empíricos.

2.1 Resultados

Participaram do estudo dois líderes de MS que atuam com a PSR de Florianópolis. No Quadro 1 está descrita a organização das temáticas decorrentes da contagem, classificação e agrupamento das informações em núcleos de sentido e seus respectivos códigos considerados para análise.

Quadro 1. Organização das temáticas de acordo com os temas e seus respectivos códigos selecionados para análise

Temas	Núcleo de sentido (código)
Vulnerabilidade e risco da PSR durante a pandemia de covid-19	Vulnerabilidade institucional Risco
Estratégias desenvolvidas para o combate à pandemia de covid-19	Informações disseminadas Infraestrutura Insumos/alimentação/higiene

2.1.1 Vulnerabilidade e risco da PSR durante a pandemia da covid-19

O governo demonstrou negligência em relação à PSR ao falhar em garantir os direitos fundamentais à vida e à integridade física, adotando medidas insuficientes para proteger adequadamente esse grupo vulnerável, o que é indicado pela falta de alimentação e espaço/acomodações inadequadas.

É que jogaram a gente ali só com almoço, sabe? Não tinha café da tarde, não tinha janta, e queriam que a gente não saísse, e pra população de rua é difícil (P1).

E tava vendo coisas assim terríveis, sabe? Que a gente chegou a ficar ali em 450 pessoas (P1).

Foi assim, é... teve um toque de recolher aqui em Florianópolis, veio todo mundo ficar dentro desse espaço, que no começo não tinha nenhum espaço, e... eu vi que tinha lugar que abrigava 100 moradores de rua e eu vi que chegou o covid e só ia poder ficar 50 (P1).

Porque se não eles iam se matar tudo e o Estado não tava nem aí, *brother*, tá ligado? Tinha mano que tava desacreditado (P2).

A negligência por parte das Organizações não Governamentais (ONGs) e governamentais é evidenciada pela alocação inadequada de recursos, revelando uma falta de priorização e comprometimento com a proteção e o bem-estar da PSR, que já estava sofrendo com a atividade de trabalho limitada durante a pandemia.

porque quem era remunerado, os educadores sociais de uma ONG, não tavam nem aí, irmão. Eles não chegaram nem perto da Pop Rua, *brother*. Eles davam comida a mais ou menos dois metros de distância (P2).

Era muito fácil vim e socar vacina com uma galera [...] Bota o toque de recolher, certo? Ninguém trabalha, certo? Pra quem tem casa não foi fácil isso aí, tá ligado? A gente entende isso. Pra quem tinha salário não foi fácil. Pra quem tinha acesso a um cartão de crédito pra alimentação não foi fácil. Imagina para população de rua que quando fecha todo comércio só fica eles na rua, porra. Eles depende de outras pessoas pra fazer geração de renda, trabalhar, o manguieio, né? O contador de história (P2).

Foi observado que determinados grupos populacionais pertencentes à PSR enfrentaram nos abrigos coletivos disponibilizados durante a pandemia uma maior vulnerabilidade a diferentes tipos de violência.

E eu vi que lá tinha um preconceito enorme com trans, gays, as mulheres (P1).

Então, tava tendo muito estrupo, coisas horríveis, sabe? Então a gente começou a ficar proibindo as coisas (P1).

2.1.2 Estratégias desenvolvidas para o combate à pandemia de covid-19

Os líderes relataram também que a maioria das informações sobre a pandemia, as medidas de prevenção, a infecção e os óbitos causados pela doença a que a PSR teve acesso eram fornecidas pelo consultório na rua e outras equipes de saúde.

Só que a [líder de outro movimento social] começou a fazer um grande movimento junto com a equipe Consultório na Rua. A gente tem um Consultório na Rua aqui. Grandes profissionais (P2).

Palestras do consultório na rua, mais equipes da saúde, sabe?.. daí eles dizem que de dia tinha que usar, tinha que lavar a mão, passar álcool gel (P1).

Não saia os resultados da gente quando a gente levava e o cara ia a óbito, mano. Ninguém falava pra gente que o cara tinha morrido com covid. Quando a gente começou a conversar com o consultório na rua, e o consultório começou a receber...eu acho que é o laudo, né? Acho que é isso? [fala do entrevistador] O laudo, lá, técnico, disse: “Não. Morreu de covid” (P2).

Os líderes dos MS destacaram, em suas falas, as mudanças na infraestrutura dos espaços fornecidos à PSR durante a pandemia, que contribuíram para garantir maior bem-estar e segurança.

O coletivo Voz das Manas foi feito um quarto só pros “GLBT”, um quarto só para as mulheres e um banheiro só para as mulheres e pros “GLBT”, assim nós conquistamos vários direitos que já era direito, né? Mas só que aqui não tinha essa lei, então conseguimos (P1).

Então, a gente criou várias estratégias nesse espaço. A gente criou centro de... espaço de biblioteca (P2).

Foram doados pela sociedade civil e adquiridos pelos esforços dos líderes diversos insumos relacionados à higiene e ao bem-estar, como produtos de limpeza, itens de cuidado pessoal e de prevenção à covid-19, além de materiais de conforto, com o objetivo de melhorar as condições de vida e promover a saúde da PSR.

a sociedade civil que ajudou com álcool gel (P1).

Daí, formou essa Rede com a rua que é um grupo que começou a dar o café da tarde e a janta, e levava álcool em gel, sabonetes pra galera ali (P1).

e começamos a levar colchão, coberta, daí... todo mundo ajudava com álcool gel, sabe? (P1).

A gente correu atrás... Tu vai rir pra caramba agora... A gente correu atrás de doação de aparelhos de celular, porra, né? (P2).

2.2 Discussão

Este estudo teve como objetivo compreender como ocorreu o protagonismo e as percepções dos líderes de movimentos sociais da população em situação de rua durante a pandemia de covid-19 no Brasil. O estudo contou com a participação de dois líderes de MS: um representante de um movimento local em Florianópolis e outro de um movimento nacional.

O governo demonstrou negligência em relação à PSR ao falhar em garantir os direitos fundamentais à vida e à integridade física desses grupos vulneráveis. Essa falha se evidenciou na ausência de medidas eficazes e adequadas para proteger essas populações, resultando em condições precárias e na exacerbada vulnerabilidade desses indivíduos. A falta de investimentos em infraestrutura, serviços de saúde e programas de apoio contribuiu para uma situação em que os direitos essenciais não foram plenamente assegurados, demonstrando uma clara omissão das responsabilidades governamentais, não só no Brasil, mas em outros países que verificaram a ausência de um lugar em que toda a família pudesse passar a noite junta durante a pandemia, o que as levou a se separarem para terem o direito de usar os abrigos (Del Pueblo, 2021). O governo, portanto, não apenas falhou em suas obrigações básicas, mas também contribuiu para a perpetuação da desigualdade e da exclusão social.

A negligência tanto das ONGs quanto das entidades governamentais foi claramente evidenciada pela alocação inadequada de recursos destinados à PSR, segundo as falas dos líderes dos MS. A insuficiência de investimentos e a gestão inadequada dos fundos destinados à proteção e ao bem-estar revelaram uma falta de priorização e comprometimento com essa causa, especialmente em um período crítico como a pandemia de covid-19. Durante esse período, em que a atividade laboral desses grupos já estava significativamente limitada, a falta de suporte adequado agravou ainda mais sua situação. Uma pesquisa realizada na cidade de Guangzhou,

na província de Guangdong, China (Wang *et al.*, 2021), revelou que a pandemia de covid-19 impactou profundamente a renda da PSR: cerca de 80,58% dos participantes enfrentaram uma redução em seus rendimentos, principalmente devido à restrição das atividades comerciais provocada pela crise sanitária e pelas medidas restritivas impostas pelo governo.

Além disso, a alocação inadequada de recursos não apenas demonstrou uma ausência de planejamento estratégico, mas também reforçou a fragilidade da rede de proteção existente. As ONGs e os órgãos governamentais, como citado pelos líderes dos MS, por exemplo, ao não direcionarem esforços e recursos para enfrentar os impactos da pandemia de forma eficaz, perpetuaram as dificuldades encontradas pela PSR, que já estava em situação de vulnerabilidade extrema na pandemia (Albon; Soper; Haro, 2020; Duber *et al.*, 2020; Tsai; Wilson, 2020). Essa negligência não só comprometeu a integridade e o bem-estar da PSR, mas também destacou a necessidade urgente de uma reavaliação das estratégias e políticas de suporte para garantir uma resposta mais efetiva e justa em futuras crises sanitárias.

Observou-se que diferentes tipos de violência emergiram nos abrigos coletivos disponibilizados durante a pandemia. Os líderes destacaram que essas ocorrências foram exacerbadas pela superlotação desses ambientes combinada com a falta de privacidade e a escassez de recursos adequados, criando condições propensas a abusos e práticas discriminatórias, uma vez que não foi considerada a interseccionalidade (Ronconi, 2022) das identidades presentes na PSR, como migrantes, mulheres cisgênero, transgênero ou travestis, crianças, indivíduos com deficiência e aqueles com vícios ou transtornos mentais. Essa falta de reconhecimento das múltiplas dimensões da opressão e da discriminação enfrentadas por esses grupos acentuou a sua exposição a situações de violência e a marginalização dentro dos abrigos.

Muitos desses indivíduos já carregam traumas e estigmas que se agravaram nas condições precárias e instáveis dos abrigos, intensificando a sensação de insegurança e marginalização. Essa realidade frequentemente leva muitas famílias a optarem, como uma alternativa mais segura, à permanência na rua, mantendo-se unidas e protegendo seus bens (Del Pueblo, 2021; Ronconi, 2022), em vez de escolher as condições precárias e instáveis dos abrigos.

Os líderes relataram que a maioria das informações sobre a pandemia, incluindo medidas de prevenção, infecção e óbitos, que chegaram à PSR eram fornecidas principalmente pelo consultório na rua e por outras equipes de saúde. Esses serviços desempenharam um papel essencial na disseminação de informações precisas e atualizadas, que foram importantes para que a PSR pudesse tomar medidas adequadas para proteger a si mesma e aos outros. A presença dessas equipes foi

fundamental para suprir a falta de acesso a canais tradicionais de comunicação em muitos locais a que as pessoas vulneráveis tiveram acesso, porém, em determinadas localidades, como o Rio de Janeiro, há resultados que demonstram o acesso principalmente a setores de assistência social (56,3%) e em menor proporção por serviços de saúde como o Consultório na Rua (15,5%) (Nunes; Rodriguez; Cinacchi, 2021).

A possibilidade de obter informações por meio de profissionais de saúde foi considerada um diferencial crucial, conforme as percepções dos líderes sobre a PSR. A integração de diferentes formas de comunicação e a ampliação do alcance das equipes de saúde foram passos fundamentais para superar as barreiras e aumentar a eficácia das medidas de saúde pública para essa população vulnerável em um período em que a mídia transmitia uma imagem alarmante da covid-19, sugerindo que a doença era uma sentença de morte iminente para todos (Nunes; Rodriguez; Cinacchi, 2021), ou quando até mesmo governantes do Brasil incentivaram o não cumprimento às recomendações de distanciamento físico e negaram a gravidade da situação (Aquino *et al.*, 2020; Calil, 2021; Morel, 2021). Nesse sentido, os profissionais de saúde e da assistência social (Oliveira *et al.*, 2024) desempenharam um papel essencial no fornecimento de informações precisas e confiáveis, ajudando a mitigar a situação de desconhecimento e a garantir que a PSR recebesse orientações mais bem direcionadas.

As mudanças da infraestrutura dos espaços fornecidos às PSR foram realizadas pelo protagonismo da própria PSR e dos líderes dos MS, fato que demonstrou a ausência do governo em ofertar um ambiente adaptado às necessidades dessa população. Em outros cenários, houve dados de que o número de alojamentos oferecidos à PSR foi insuficiente, fazendo com que muitas pessoas continuassem sem abrigo, além da infraestrutura desses locais (banheiros, refeitórios etc.) não terem sido ampliadas de acordo com suas necessidades (Del Pueblo, 2021).

Ainda, a adaptação desses ambientes, com a inclusão de espaços para aprendizado e leitura, tornou os abrigos mais acolhedores e funcionais para a PSR. Essas melhorias não apenas ofereceram um ambiente mais protegido, mas também promoveram uma maior dignidade às pessoas nesse local. Ao criar oportunidades para o acesso a materiais educativos e literários, os abrigos passaram a fornecer não só segurança, mas também estímulo intelectual e emocional, ajudando a reduzir o estigma e a valorizar os direitos e as necessidades da PSR.

Durante a pandemia, a sociedade civil e os líderes de MS desempenharam papéis de protagonistas na aquisição e doação de insumos essenciais para a PSR. Um estudo desenvolvido na China evidenciou que principalmente as ONGs, as instituições religiosas e os indivíduos estrangeiros ofereceram mais ajuda à PSR em relação aos governos locais (Wang *et al.*, 2021). Um outro estudo, codesenhado

com ONGs e pessoas com experiência vivida em situação de rua na cidade do Rio de Janeiro, verificou que mais da metade dos participantes afirmou ter recebido itens de higiene de ONGs como uma ajuda extra durante a pandemia (Nunes; Rodriguez; Cinacchi, 2021).

A distribuição desses recursos teve um impacto significativo na mitigação dos riscos associados à covid-19 e no aumento do bem-estar dos indivíduos em situação de rua. A resposta da sociedade civil e dos líderes foi fundamental, mas também evidenciou a necessidade de políticas públicas que visem a garantia de suporte adequado em situações de crise sanitária, destacando a importância de uma abordagem mais estruturada e contínua.

3 CONCLUSÃO

A análise dos resultados revelou uma grave negligência por parte do governo e das organizações envolvidas com a proteção e o bem-estar da PSR durante a pandemia. A falta de medidas adequadas para garantir direitos fundamentais, como alimentação e condições mínimas de habitação, demonstrou uma carência significativa na priorização e execução de políticas públicas que deveriam assegurar a integridade física e a qualidade de vida desse grupo vulnerável.

A insuficiência na alocação de recursos e a falta de planejamento quanto à infraestrutura dos abrigos evidenciam uma lacuna significativa na abordagem das necessidades dessa população. Por outro lado, a atuação de líderes comunitários e a mobilização da sociedade civil foram essenciais para mitigar algumas das adversidades enfrentadas pela PSR. A doação de insumos e a adaptação das infraestruturas dos abrigos, apesar de não compensarem completamente as falhas institucionais, ajudaram a melhorar as condições de vida e a promover a saúde da PSR.

Portanto, os resultados destacam a necessidade de melhorar políticas públicas e alocação de recursos para a PSR, especialmente em crises sanitárias como foi a pandemia de covid-19. Estudos futuros devem avaliar a eficácia das respostas atuais, explorando as soluções mais integradas, amplas e colaborativas, a fim de compreender como se deu a proteção e o bem-estar das populações vulneráveis em outros cenários.

REFERÊNCIAS

ALBON, D.; SOPER, M.; HARO, A. Potential implications of the covid-19 pandemic on the homeless population. *Chest*, Washington, DC, v. 158, n. 2, p. 477-478, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.03.057>.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, p. 2423-2446, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.110502020>.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 2, 2003.

AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: BARROS, S.; CAMPOS, P. F. S.; FERNANDES, J. J. S. (org.). *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. São Paulo: Manole, 2014.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Ways of comprehensiveness: adolescents and young adults in primary healthcare. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 16, p. 67-82, 2012.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2016.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento. *Diário Oficial da União*: Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 3 maio 2024.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Rua: aprendendo a contar: pesquisa nacional sobre população em situação de rua*. Brasília, DF: MDS, 2009. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Livros/Rua_aprendendo_a_contar.pdf.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 140, p. 30-47, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.236>.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação & Sociedade: Estudos*, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, 2014.

CAVALCANTI, A. O Movimento Unificados pela população de rua e o seu papel no combate à pandemia do novo coronavírus. *Escola Livre de Redução de Danos*, [s. l.], 15 jul. 2020. Disponível em: <https://www.escolalivredereducaodedanos.org/blog/post/86902/o-movimento-unificados-pela-popula%C3%A7%C3%A3o-de-rua-eo-seu-papel-no-combate-a-pandemia-do-novo-coronav%C3%A9rus>. Acesso em: 10 out. 2024.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. *Designing and conducting mixed methods research*. Thousand Oaks: Sage, 2017.

DUBER, H. C. *et al.* Addressing the needs of people living homeless during the covid-19 pandemic. *Journal of Public Health Management and Practice*, Washington, DC, v. 26, n. 6, p. 522-524, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1097/PHH.0000000000001234>.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO DE ECUADOR; ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES. *Diagnóstico situacional rápido de los derechos de las personas en situación de movilidad humana en el contexto de la covid-19 en Ecuador*. Quito: Defensoría del Pueblo de Ecuador, 2021.

FERRAZ, A. T. R. Movimentos sociais no Brasil contemporâneo: crise econômica e crise política. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, p. 346-363, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.182>.

GOHN, M. G. Movimentos sociais na contemporaneidade. *Revista Brasileira de Educação*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 333-361, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-24782011000200005>.

HONORATO, B. E. F.; OLIVEIRA, A. C. S. População em situação de rua e covid-19. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 54, p. 1064-1078, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-761220200268>.

IBGE. *Cidades e estados*: Florianópolis. Rio de Janeiro: IBGE, [2023]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/sc/florianopolis.html>. Acesso em: 2 set. 2024.

MOREL, A. P. M. Negacionismo da covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 19, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00315>.

NUNES, N. R. A.; RODRIGUEZ, A.; CINACCHI, G. B. Health and social care inequalities: the impact of covid-19 on people experiencing homelessness in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 18, n. 11, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph1811545>.

NUNES, N. R. A. *et al.* População em situação de rua em tempos de pandemia da covid-19 Rio de Janeiro: Editora PUC-Rio, 2021. Disponível em: http://www.editora.puc-rio.br/media/Popula%C3%A7%C3%A3o%20em%20situa%C3%A7%C3%A3o%20de%20rua_book.pdf. Acesso em: 11 nov. 2024.

OLIVEIRA, A. M. C. *et al.* População em situação de rua: comunicação e (des)informação no contexto da pandemia de covid-19. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 28, 2024.

PONTE, S. M. *et al.* A invisibilidade social da população em situação de rua: um relato de experiência de estágio. *ID On Line*, Jaboaão dos Guararapes, v. 16, n. 63, 2022. DOI: <https://doi.org/10.14295/idonline.v16i63.3584>.

RONCONI, L. Homeless people, covid-19 and the insufficient and discriminatory measures adopted by the city of Buenos Aires's government. *Journal of Human Rights and Social Work*, Washington, DC, v. 7, n. 3, p. 256-264, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1007/s41134-021-00206-9>.

SILVA, A. H.; FOSSÁ, M. I. T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília, DF. *Anais [...]*. São Paulo: Anpad, 2013.

TAN, L. F.; CHUA, J. W. Protecting the homeless during the covid-19 pandemic. *Chest*, Washington, DC, v. 158, n. 4, p. 1341-1342, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.05.577>.

TSAI, J.; WILSON, M. Covid-19: a potential public health problem for homeless populations. *The Lancet Public Health*, Washington, DC, v. 5, n. 4, p. e186-e187, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30053-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30053-0).

VERGARA, S. C. *Projetos e relatórios de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 2006.

WANG, Y. *et al.* The homeless people in China during the covid-19 pandemic: victims of the strict pandemic control measures of the government. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 9, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.679429>.



Capítulo 8

Rede de apoio social entre pessoas em situação de rua no Brasil: um inquérito epidemiológico durante a pandemia de covid-19

Rede de apoio social entre pessoas em situação de rua no Brasil: um inquérito epidemiológico durante a pandemia de covid-19

Heriederson Sávio Dias Moura

Daniele de Moraes Pinheiro

Rander Junior Rosa

Mônica Chiodi Toscano de Campos

Natacha Martins Ribeiro

Juliana Soares Tenório de Araújo

Rosa Maria Pinheiro de Souza

Letícia Peticarrara Ferezin

Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

A População em Situação de Rua (PSR) é um conjunto diversificado que enfrenta um forte estigma social. Segundo o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que estabeleceu a Política Nacional para a População em Situação de Rua (PNPSR), esse grupo é heterogêneo, caracterizado por extrema pobreza, laços familiares interrompidos ou fragilizados e falta de moradia regular (Brasil, 2009).

No Brasil, em 2022, o Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico) registrou 236.400 pessoas em situação de rua, correspondendo a uma em cada mil pessoas nessa condição. Mundialmente, estima-se que 150 milhões de pessoas estejam em situação de rua ou sem abrigo. Nesse sentido, percebe-se que o crescimento da PSR não se limita apenas aos países subdesenvolvidos (Prates; Santos; Bulla, 2022), mas também é um desafio em escala mundial, afetando países desenvolvidos como Estados Unidos, Canadá e França (Monzelli; Navarro; Cagnin, 2023).

Com o ineditismo da pandemia de covid-19, verificou-se o aumento do número da PSR, elevando ainda mais as disparidades sociais e estruturais a que essa população está exposta. De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea, 2023), durante a pandemia de covid-19 houve um aumento de 38% da PSR no Brasil, atingindo a marca de 281.472 pessoas. Tal crescimento é resultado principalmente dos impactos decorrentes da pandemia, seja pela perda de emprego, habitação e ou renda, o que contribui significativamente para a elevação das vulnerabilidades sofridas por esse grupo populacional.

Considerando todos os fatores que contribuem para a violação dos direitos fundamentais da PSR e da necessidade de estabelecer uma rede de suporte significativa para essa população, emerge a rede de apoio social como um meio de criar relações compartilhadas entre indivíduos e grupos, contribuindo para a formação da identidade tanto individual quanto coletiva na sociedade (Vale; Vecchia, 2019).

Um estudo realizado em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul verificou, por meio das narrativas de pessoas em situação de rua, que quatro eixos podem constituir uma rede de apoio social da PSR (Gramajo *et al.*, 2023): 1) as instituições governamentais, que são parte das políticas públicas; 2) as organizações não governamentais, que fornecem alimentos e roupas; 3) a sociedade civil e a família, que contribuem com doações diversas; e 4) a própria PSR, que, por meio de suas relações e rotinas, oferece acolhimento e apoio mútuo.

Contudo, os estudos se debruçam somente sobre os dois primeiros eixos das redes de apoio social, sobretudo no âmbito das estratégias governamentais e da assistência social. Porém, deve-se atentar para a influência da sociedade civil, da família e das relações individuais e coletivas dentre aqueles em situação de rua. Nesse sentido, este estudo teve como objetivo analisar os fatores associados à existência de uma rede de apoio social entre pessoas em situação de rua durante a pandemia de covid-19 no Brasil, com um olhar mais sensível às redes de apoio social da PSR, de maneira a considerar aspectos que também podem contribuir e acentuar ainda mais suas vulnerabilidades, o risco de doenças, a exclusão social e o ciclo de pobreza e marginalização.

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo transversal (Romanowski; Castro; Neris, 2019; Rothman; Greenland; Lash, 2008) realizado por meio de entrevistas de campo conduzidas no período de fevereiro de 2021 a outubro de 2023 nas capitais de 24 unidades federativas e do Distrito Federal brasileiro. Este estudo é oriundo de uma pesquisa matriz intitulada Termômetro Social Covid-19 no Brasil.

O Quadro 1 mostra as variáveis dependentes do estudo derivadas do questionário, juntamente com seus padrões de resposta correspondentes. Além disso, apresenta a versão usada na análise de regressão logística binária, que foi dicotomizada em valores de 0 e 1.

As variáveis independentes consideradas neste estudo foram amplamente selecionadas com base em sua relevância e impacto potencial sobre o desfecho em análise. No Quadro 2 estão apresentadas as opções de respostas originais, utilizadas no questionário do estudo, e os padrões de respostas dicotomizados consideradas para inclusão na análise de regressão logística binária.

Quadro 1. Operacionalização das variáveis dependentes do estudo

Variáveis dependentes	Opções de resposta originais do questionário	Dicotomizado em
Dificuldade financeira para adquirir alimentos durante a pandemia de covid-19	I. Tinha dificuldades financeiras antes da pandemia, mas agora não tenho II. Não tinha dificuldade financeira antes da pandemia, mas agora tenho III. Sempre tive dificuldade financeira IV. Nunca tive dificuldades financeiras V. Prefiro não responder	0 = tinha dificuldade financeira antes da pandemia e agora não tenho mais ou nunca tive dificuldade financeira para adquirir alimentos 1 = Não tinha dificuldade financeira antes da pandemia e agora tenho ou sempre tive dificuldade financeira para adquirir alimentos
Possui rede de apoio social (familiares, conhecidos ou em sua comunidade) para comprar alimentos e remédios, entre outros itens essenciais	I. Sim II. Não III. Não sei	0 = Não 1 = Sim

Quadro 2. Operacionalização das variáveis independentes do estudo

Variáveis independentes	Categoria	Dicotomizado em
Idade	18 a 29 anos	0 = Não 1 = Sim
	30 a 59 anos	0 = Não 1 = Sim
	60 anos ou mais	0 = Não 1 = Sim
Gênero	Homem Mulher Pessoa transexual Outro	0 = Mulher 1 = Homem
Raça/cor/etnia	Branca	0 = Não 1 = Sim
	Preta/parda	0 = Não 1 = Sim
	Amarela	0 = Não 1 = Sim
	Sem declaração	0 = Não 1 = Sim

Continua...

Quadro 2. Continuação

Variáveis independentes	Categoria	Dicotomizado em
Situação conjugal	Casado ou em união estável	0 = Não 1 = Sim
	Desquitado ou separado judicialmente	0 = Não 1 = Sim
	Solteiro	0 = Não 1 = Sim
	Viúvo	0 = Não 1 = Sim
Ocupação/emprego	Estudante Empregado público Empregado privado Autônomo Microempreendedor Empresário Agricultor familiar Empregado doméstico Aposentado Desempregado Informal/bicos Outra	0 = Não possui ocupação/ emprego (desempregado) 1 = Possui algum tipo de ocupação/emprego
Principal forma de moradia	Rua Outra	0 = Rua 1 = Outra
Escolaridade	Sem escolaridade a ensino fundamental incompleto	0 = Não 1 = Sim
	Ensino fundamental completo a Ensino secundário incompleto	0 = Não 1 = Sim
	Ensino secundário completo a Ensino superior incompleto	0 = Não 1 = Sim
	Ensino superior completo a pós-graduação	0 = Não 1 = Sim
Renda familiar mensal	Sem rendimento	0 = Não 1 = Sim
	Menos de um salário mínimo	0 = Não 1 = Sim
	Mais de um salário mínimo	0 = Não 1 = Sim

Continua...

Quadro 2. Continuação

Variáveis independentes	Categoria	Dicotomizado em
Auxílio governamental	Recebeu algum tipo de auxílio governamental Não recebeu	0 = Não recebeu 1 = Recebeu
Uso do SUS	Faz uso do SUS Não faz uso do SUS	0 = Faz uso do SUS 1 = Não faz uso do SUS
Visita do agente comunitário de saúde	Recebe visita do agente comunitário de saúde Não recebe visita do agente comunitário de saúde	0 = Recebeu visita 1 = Não recebeu visita

Inicialmente, realizou-se a análise de consistência e padronização do banco de dados, utilizando o software Microsoft Excel. Para caracterizar os participantes do estudo, foram também realizadas análises de frequência absoluta (n) e relativa (%). Os dados foram tabulados em planilhas utilizando o Microsoft Excel e importados para análise no software RStudio, versão 4.1.1. A distribuição de normalidade das variáveis quantitativas foi avaliada utilizando o teste de Shapiro-Wilk. Variáveis com valor de $p > 0,05$ foram consideradas com distribuição normal.

As variáveis independentes do modelo final de regressão logística binária foram selecionadas em duas etapas. Na primeira etapa, as variáveis estatisticamente associadas aos desfechos foram identificadas por meio de análises univariadas utilizando o teste do qui-quadrado, considerando um nível de significância de $p \leq 0,20$ para inclusão nos modelos multivariados, bem como aquelas teoricamente importantes. Os *odds ratios* (OR) foram calculados juntamente com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

Na segunda etapa, a multicolinearidade foi avaliada para evitar a inserção de variáveis correlacionadas no modelo. A presença de multicolinearidade foi testada utilizando o Fator de Inflação da Variância (VIF), uma das medidas mais utilizadas, adotando-se um valor de $VIF > 10$ (Zuur; Ieno; Elphick, 2010), cuja expressão é definida por:

$$VIF_j = 1 / (1 - R_j^2)$$

A seleção das variáveis independentes para o modelo final foi realizada usando o método *stepwise* regressivo, começando com um modelo completo (incluindo todas as variáveis independentes com $VIF < 10$) e removendo uma variável por vez, observando o comportamento do modelo. O melhor modelo foi selecionado com base no critério do menor valor do *Akaike Information Criterion* (AIC) (Wagh;

Kamalja, 2018). Para o modelo final, foram calculados os *odds ratios* ajustados (ORa) juntamente com seus respectivos IC95%.

Após a escolha do modelo final com base no menor valor de AIC, foram realizados os testes de Hosmer-Lemeshow e razão de verossimilhança para validação do modelo. Além disso, a capacidade preditiva e a precisão dos modelos foram verificadas com base na área sob a curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC) com seus respectivos valores de IC95%. As análises de regressão logística e os testes de validação foram realizados no software RStudio.

2.1 Resultados

Participaram do estudo 1.512 indivíduos. A mediana de idade dos participantes foi de 37 anos (mínima = 18 e máxima = 89). A maioria dos participantes eram homens (n = 1.183; 78,2%), pretos/pardos (n = 1.137; 75,2%), solteiros (n = 1.095; 72,4%), desempregados (n = 906; 59,9%), tendo a rua como principal forma de moradia (n = 983; 65,0%), com ensino fundamental incompleto (n = 596; 39,4%), sem renda (n = 618; 40,9%) ou renda familiar mensal inferior a um salário mínimo (n = 647; 42,8%); recebiam algum tipo de auxílio governamental (n = 854; 56,5%), utilizavam o Sistema Único de Saúde (SUS) (n = 1.317; 87,1%) e tinham rede de apoio social (n = 475; 31,%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características socioeconômicas e de acesso à saúde das pessoas em situação de rua incluídas no estudo – Brasil, 2021-2023 (n = 1.512)

Variáveis	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	37	18	89
Variáveis	n	%	
Gênero			
Homem	1.183	78,2	
Mulher	285	18,8	
Outro	43	2,8	
NR*	1	0,1	
Cor/raça/etnia			
Preta/Parda	1.137	75,2	
Branca	315	20,8	
Amarela	31	2,1	
Indígena	12	0,8	
Sem declaração	17	1,2	

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	37	18	89
Variáveis	n	%	
Situação conjugal			
Solteiro	1.095	72,4	
Divorciado, desquitado ou separado judicialmente	198	13,1	
Casado ou união estável	138	9,1	
Viúvo	69	4,6	
Separado	11	0,7	
NR*	1	0,1	
Emprego/ocupação			
Desempregado	906	59,9	
Informal/bicos	402	26,6	
Autônomo	100	6,6	
Aposentado	37	2,4	
Estudante	25	1,7	
Empregado privado	11	0,7	
Empregado público	3	0,2	
Agricultor/a familiar	3	0,2	
Empregado doméstico	2	0,1	
Outro emprego/ocupação	23	1,5	
Moradia principal			
Rua	983	65,0	
Abrigo	446	29,5	
Cedido	12	0,8	
Outro	71	4,7	
Escolaridade			
Sem escolaridade	74	4,9	
Ensino fundamental incompleto	596	39,4	
Ensino fundamental completo	237	15,7	
Ensino secundário incompleto	258	17,1	
Ensino secundário completo	269	17,8	
Ensino superior incompleto	40	2,6	
Ensino superior completo	32	2,1	
Pós-graduação	4	0,3	
NR*	2	0,1	

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	Mediana	Mínimo	Máximo
Idade	37	18	89
Variáveis	n	%	
Renda familiar mensal			
Sem rendimento	618	40,9	
Menos de 1 salário mínimo	647	42,8	
De 1 a 2 salários mínimos	82	5,4	
De 2 a 3 salários mínimos	11	0,7	
Acima de 3 salários mínimos	18	1,2	
Não sei	53	3,5	
Prefiro não informar	83	5,5	
Recebe algum tipo de auxílio governamental			
Sim	854	56,5	
Não	657	43,5	
NR*	1	0,1	
Faz uso do SUS			
Sim	1.317	87,1	
Não	187	12,4	
NR*	8	0,5	
Possui rede de apoio social (familiares, conhecidos ou na comunidade) para comprar alimentos, remédios, entre outros itens essenciais			
Sim	395	26,1	
Não	1.030	68,2	
Não sei	50	3,3	
NR*	37	2,4	

*NR: Não respondeu

Na análise de regressão logística binária (Tabela 2), foi encontrado que pretos/pardos (ORa = 1,41; IC95% = 1,04-1,92), casados ou em união estável (ORa = 2,17; IC95% = 1,48-3,17) e aqueles que recebiam acima de um salário mínimo (ORa = 1,61; IC95% = 1,05-2,46) apresentaram maior probabilidade de ter rede de apoio social para comprar alimentos e remédios, entre outros itens essenciais durante a pandemia de covid-19 no Brasil, enquanto aqueles que tinham a rua como principal forma de moradia (ORa = 0,52; IC95% = 0,40-0,67) apresentaram menor probabilidade.

Tabela 2. Variáveis sociodemográficas associadas à rede de apoio social para comprar alimentos, remédios, entre outros itens essenciais entre as pessoas em situação de rua durante a pandemia de covid-19 no Brasil, 2021–2023

Variáveis	Bruto			Ajustado		
	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
18 a 29 anos	1,26	0,95-1,67	0,092			
30 a 59 anos	0,89	0,68-1,16	0,368			
60 anos ou mais	0,71	0,39-1,23	0,206			
Homem	0,82	0,61-1,11	0,185			
Branca	0,71	0,51-0,96	0,023			
Preta/Parda	1,47	1,10-1,98	0,008	1,41	1,04-1,92	0,027
Amarela	0,43	0,11-1,26	0,108			
Indígena	0,98	0,17-4,10	0,972			
Sem declaração	1,04	0,24-3,64	0,944			
Solteiro	0,72	0,56-0,94	0,011			
Casado ou união estável	2,06	1,40-3,00	0,000	2,17	1,48-3,17	<0,01*
Viúvo	0,63	0,31-1,18	0,136			
Divorciado, desquitado ou separado judicialmente	1,15	0,82-1,61	0,383			
Ter algum tipo de ocupação ou emprego	1,27	1,00-1,62	0,044			
Ter a rua como principal forma de moradia	0,58	0,46-0,75	0,000	0,52	0,40-0,67	<0,01*
Sem escolaridade e ensino fundamental incompleto	0,88	0,69-1,12	0,303			
Ensino fundamental completo ao ensino secundário incompleto	0,90	0,70-1,17	0,422			
Ensino secundário completo ao ensino superior incompleto	1,29	0,97-1,72	0,069			
Ensino superior completo ou mais	1,43	0,64-3,06	0,319			
Sem rendimento	0,76	0,59-0,98	0,027			
Menos de um salário mínimo	1,10	0,85-1,41	0,453			
Acima de um salário mínimo	1,74	1,12-2,67	0,008	1,61	1,05-2,46	0,026

Continua...

Tabela 2. Continuação

Variáveis	Bruto			Ajustado		
	OR	IC 95%	Valor de p	OR	IC 95%	Valor de p
Recebe algum tipo de auxílio governamental	0,89	0,70-1,13	0,326			
Faz uso do SUS	1,08	0,75-1,59	0,663			

*Valor de P <0.01

Para a validação do modelo apresentado na Tabela 2, a acurácia do modelo por meio da área sob a curva ROC foi de 0,61. O teste de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,17$) e o teste da razão de verossimilhança ($p < 0,01$) também foram avaliados.

2.2 Discussão

Este estudo buscou analisar os fatores associados à existência de uma rede de apoio social entre pessoas em situação de rua durante a pandemia de covid-19 no Brasil. A maioria dos participantes eram homens, pretos/pardos, solteiros, desempregados, tinham a rua como principal forma de moradia, com ensino fundamental incompleto e com renda familiar mensal menor que um salário mínimo.

Estudos realizados no Brasil mostram a crescente estimativa desde 2016 do número de PSR: em 2016 eram 101 mil pessoas, em fevereiro de 2020 mais de 146 mil pessoas e em março de 2020 esse número aumentou para 222 mil pessoas em situação de rua (Brasil, 2020; Natalino, 2016; Natalino; Pinheiro, 2020). Um levantamento municipal e nacional publicado em 2008 mostrou as principais características sociodemográficas presentes na PSR: 82% eram homens, 67% negros, 43,21% jovens e 17,1% analfabetos, corroborando os achados deste estudo. O mesmo levantamento verificou que 70,9% dos indivíduos relataram exercer alguma atividade remunerada e 58,9% tinham alguma profissão, demonstrando que, por mais que essas pessoas estejam em situação de rua, ainda são um grupo produtivo (Silva *et al.*, 2021), sendo fortemente impactado pela pandemia de covid-19 e aumentando o número de pessoas desempregadas, por exemplo, como visto neste estudo.

Verificou-se também que pretos e pardos apresentaram maior probabilidade de ter rede de apoio social para comprar alimentos, remédios, entre outros itens essenciais durante a pandemia de covid-19 no Brasil. Nesse sentido, estudos buscaram verificar aspectos inerentes à desigualdade racial, demonstrando que a população preta e parda é maioria em situação de rua, o que pode aumentar a

busca ou a criação de redes de apoio social, colocando-as assim em uma posição potencialmente positiva para promover a saúde e a segurança alimentar (Meneses; Sarriera, 2005; Miller, 2015; Sousa *et al.*, 2019a, 2019b).

No entanto, apesar desse achado, é importante destacar que as pessoas negras e pardas constituem a maioria entre aqueles em situação de rua e frequentemente residem em condições precárias ou inadequadas, enfrentando a falta de acesso a serviços básicos, como saneamento, água potável e cuidados de saúde, e sendo expostas a altos índices de violência, o que agrava ainda mais sua condição de saúde (Brasil, 2017; Góes *et al.*, 2020). Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou ainda que a adoção de medidas de distanciamento social foi mais prevalente entre brancos, pessoas de maior renda e com nível de escolaridade mais elevado, em comparação com a população negra (Yilmazkuday, 2020).

Os achados demonstraram que indivíduos casados ou em união estável apresentaram maior probabilidade de ter uma rede de apoio social. Esse fato nos leva a considerar que ter uma estrutura familiar diminui o impacto das adversidades sociais sobre cada indivíduo, uma vez que a família se torna uma rede de apoio social (Seibel *et al.*, 2017), atuando como um fator de proteção para enfrentamentos de obstáculos.

Ainda, aqueles que recebiam acima de um salário mínimo apresentaram maior probabilidade de ter uma rede de apoio social para comprar alimentos e remédios, entre outros itens essenciais, durante a pandemia de covid-19 no Brasil. Tal achado corrobora o estudo de Lindemann, Oliveira e Mendoza-Sassi (2016), que verificou que o padrão alimentar de uma população é influenciado pelos recursos financeiros disponíveis. A partir dessa perspectiva, percebe-se que indivíduos que possuem uma renda financeira mais alta não só têm acesso a mais recursos materiais e alimentares, mas também têm um status social mais elevado e acesso a conhecimentos e tecnologias (Ribeiro *et al.*, 2013). Quanto mais elevado o status social, mais os indivíduos se colocam em posição de maior influência e acesso a oportunidades de ajuda, facilitando a construção de redes de apoio mais eficazes; ainda que elas façam parte da PSR, o status potencializa suas capacidades para enfrentar desafios impostos pela pandemia de covid-19.

Evidenciou-se também que os indivíduos que tinham a rua como principal forma de moradia tinham menor probabilidade de ter rede de apoio social para comprar alimentos e remédios, entre outros itens essenciais durante a pandemia de covid-19 no Brasil. O estudo de Gramajo *et al.* (2023) sobre a rede de apoio em PSR evidenciou que viver em situação de rua gera relações de cooperação e assistência que estabelecem um vínculo emocional e a capacidade de criar estratégias para a sobrevivência. Tal constatação diverge deste estudo ao verificar que a PSR tem o potencial de formar uma rede de apoio social para conseguir sobreviver nessa condição e, além disso, enfrentar as adversidades.

Como principal limitação deste estudo, verifica-se a possibilidade de viés de informação. Porém, algumas medidas foram utilizadas para mitigar a ocorrência desse viés, como a execução de um estudo-piloto e o uso de um questionário validado por pesquisadores com expertise nas temáticas abordadas na pesquisa. Cita-se ainda o recrutamento de participantes somente nas capitais das unidades federativas e no Distrito Federal brasileiro; porém, esses territórios foram utilizados pelo fato de essas populações se deslocarem principalmente para as grandes metrópoles em busca de melhores condições e oportunidades de vida e saúde.

Os resultados ora apresentados, apesar de não generalizáveis para a realidade das PSR de todo o Brasil, avançam no conhecimento ao contribuir com um importante retrato dos fatores associados à insegurança alimentar e à perda de renda, de modo a lançar luz sobre essas populações que ainda são invisibilizadas aos olhos do governo e das políticas públicas, e que ainda sofrem com o caráter depreciativo que a sociedade lhes atribui, ocasionando práticas discriminatórias, opressoras e estigmatizadoras.

3 CONCLUSÃO

Ao analisar o impacto da pandemia de covid-19 sobre as PSR, este estudo revelou uma população profundamente fragilizada, tanto social quanto estruturalmente, com suas vulnerabilidades acentuadas durante o período pandêmico. Os achados deste estudo apresentaram uma interseção crítica entre fatores socioeconômicos e a necessidade de uma rede de apoio social para a obtenção de bens essenciais. Esses fatores tornaram o contexto da PSR ainda mais complexo, impondo múltiplos desafios durante a pandemia e afetando negativamente os direitos humanos e sociais dessas pessoas.

Os desafios enfrentados para acessar uma rede de apoio social, como dos indivíduos que tinham a rua como principal moradia, foram influenciados significativamente pela desigualdade social que há no Brasil e que aumenta essa condição entre as pessoas. Nesse sentido, torna-se essencial a cooperação entre diferentes grupos, instituições e setores da sociedade para desenvolver estratégias de ação e de políticas públicas eficazes visando a redução das vulnerabilidades enfrentadas pela PSR. Além disso, é imprescindível que estudos sobre essas populações se expandam para uma gama mais ampla de questões sociais, a fim de identificar e abordar de forma mais completa os múltiplos fatores que impactam sua condição e qualidade de vida.

Ademais, este estudo revela a complexidade das dificuldades enfrentadas e fornece uma base para políticas públicas mais direcionadas e práticas sociais mais eficazes, contribuindo para uma compreensão mais profunda das necessidades dessa população e o desenvolvimento de soluções equitativas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 24 dez. 2009. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm. Acesso em: 2 abr. 2025.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Nota técnica nº 5/2020/CGRIS/DEPEDH/SNPG/MMFDH*. Orientações gerais sobre atendimento e acolhimento emergencial à população em situação de rua no contexto da pandemia do covid-19. Brasília, DF: Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política para o SUS*. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2017.
- GÓES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da covid-19. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00278>.
- GRAMAJO, C. S. *et al.* (Sobre)viver na rua: narrativas das pessoas em situação de rua sobre a rede de apoio. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 43, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003243764>.
- IPEA. Estimativa da população em situação de rua no Brasil (2012–2022). Brasília: Diretoria de Estudos e Políticas Sociais, n. 103, 2023.
- LINDEMANN, I. L.; OLIVEIRA, R. R.; MENDOZA-SASSI, R. A. Dificuldades para alimentação saudável entre usuários da atenção básica em saúde e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, p. 599–610, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.04262015>.
- MENESES, M. P. R.; SARRIERA, J. C. Redes sociais na investigação psicossocial. *Aletheia*, Canoas, n. 21, p. 53–67, 2005.
- MILLER, M. *Food security and social support: exploring relationships between social resources and access to adequate food*. Sainte-Anne-de-Bellevue: McGill University, 2015.
- MONZELLI, A. G.; NAVARRO, É. Z.; CAGNIN, J. G. População em situação de rua em meio à crise estrutural do capital. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 26, p. 202–211, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2023.e91260>.
- NATALINO, M. A. C. *Estimativa da população em situação de rua no Brasil*. Brasília, DF: Ipea, 2016.
- NATALINO, M. A. C.; PINHEIRO, M. B. *Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial*. Brasília, DF: Ipea, 2020.
- PRATES, J. C.; SANTOS, R. N.; BULLA, L. C. As refrações da questão social expressas nos processos de rualização no Brasil. In: NUNES, N. R. A.; SENNA, M. C. M.; CINACCHI, G. B. (org.). *População em situação de rua: abordagens interdisciplinares e perspectivas intersetoriais*. Porto Alegre: Rede Unida, 2022. p. 30–47.

- RIBEIRO, L. C. Q. *et al.* Desigualdades digitais: acesso e uso da internet, posição socioeconômica e segmentação espacial nas metrópoles brasileiras. *Análise Social*, Lisboa, v. 48, n. 207, p. 288-320, 2013. DOI: <https://doi.org/10.31447/AS00032573.2013207.02>.
- ROMANOWSKI, F.; CASTRO, M.; NERIS, N. *Manual de tipos de estudo*. 2019. Monografia (Trabalho de Graduação) – Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, 2019.
- ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, 2008.
- SEIBEL, B. L. *et al.* Rede de apoio social e funcionamento familiar: estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 120-136, 2017.
- SILVA, T. O. *et al.* População em situação de rua no Brasil: estudo descritivo sobre o perfil sociodemográfico e da morbidade por tuberculose, 2014-2019. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 30, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000100029>.
- SOUSA, L. R. *et al.* Changes in food security in Latin America from 2014 to 2017. *Food Security*, New York, v. 11, p. 503-513, 2019a. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12571-019-00931-0>.
- SOUSA, L. R. *et al.* Food security status in times of financial and political crisis in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 7, 2019b. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00084118>.
- VALE, A. R.; VECCHIA, M. D. “UPA é nós aqui mesmo”: as redes de apoio social no cuidado à saúde da população em situação de rua em um município de pequeno porte. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 28, p. 222-234, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019180601>.
- WAGH, Y. S.; KAMALJA, K. K. Modelos inflacionados a zero e estimação em distribuição de Poisson inflada a zero. *Communications in Statistics: Simulation and Computation*, [s. l.], v. 47, n. 8, p. 2248-2265, 2018.
- YILMAZKUDAY, H. Covid-19 and unequal social distancing across demographic groups. *Regional Science, Policy and Practice*, Amsterdam, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3580302>.
- ZUUR, A. F.; IENO, E. N.; ELPHICK, C. S. A protocol for data exploration to avoid common statistical problems. *Methods in Ecology and Evolution*, Hoboken, v. 1, n. 1, p. 3-14, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.2041-210X.2009.00001.x>.



Capítulo 9

Aspectos associados a adesão vacinal contra
a covid-19 na população brasileira

Aspectos associados a adesão vacinal contra a covid-19 na população brasileira

Juliana Soares Tenório de Araújo
Letícia Perticarrara Ferezin
Heriederson Sávio Dias Moura
Rander Junior Rosa
Mônica Chiodi Toscano de Campos
Thaís Zamboni Berra
Ariela Fehr Tártaro
Yan Mathias Alves
Murilo César do Nascimento
Antonio Carlos Vieira Ramos
Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, um novo coronavírus (SARS-CoV-2) foi identificado como o agente causal de uma grave infecção respiratória aguda (covid-19) em Wuhan, China. O vírus se alastrou por diversos países, e a Organização Mundial da Saúde declarou em 11 de março de 2020 a pandemia de covid-19 (Paho, 2020).

No meio daquela crise sanitária, causada por um vírus de fácil transmissão respiratória, o desenvolvimento de uma vacina capaz de prevenir a doença, reduzir as formas graves e, conseqüentemente, os índices de mortalidade, apresentou-se como uma esperança para vencer a pandemia (Freitas; Barcellos; Villela, 2021).

Em 26 de março de 2020, já existiam duas possíveis vacinas cujos ensaios clínicos haviam iniciado e 52 que se encontravam na fase pré-clínica. Em 23 de abril do mesmo ano, havia seis vacinas candidatas já em fase de estudo clínico, e 77 que na fase pré-clínica. Em janeiro de 2021 foi iniciada a vacinação contra a covid-19 no Brasil (WHO, 2020a).

Nesse ínterim, os sistemas de saúde estavam enfrentando inúmeros problemas decorrentes do rápido aumento por sua procura, associado com a falta de estrutura, de insumos e de profissionais capazes de atender toda aquela demanda. Como consequência trágica disso, os sistemas colapsaram. Quando os sistemas de saúde estão saturados, tanto a mortalidade direta, associada à pandemia, quanto a mortalidade indireta, suscitada por estados clínicos que necessitam de tratamento, aumentam, visto que os serviços já não conseguem dar as respostas em tempo hábil (Haas *et al.*, 2021).

O desenvolvimento e a aprovação de vacinas contra a covid-19 em tempo recorde representaram um importante avanço da ciência, da tecnologia e da saúde pública. Entretanto, alcançar as mais diversas populações num país com dimensões continentais e uma enorme desigualdade socioeconômica e cultural, garantindo a acessibilidade aos imunobiológicos, continua sendo um grande desafio. Assegurar que a população geral esteja imunizada representa o meio mais eficaz e seguro para mitigar a disseminação e a mortalidade associadas à doença (Watson *et al.*, 2022).

No entanto, a rapidez no desenvolvimento das vacinas não eliminou os desafios logísticos (territoriais e de distribuição), sociais (acesso aos serviços de saúde e populações vulneráveis), de desinformação e hesitação vacinal (Watson *et al.*, 2022).

No mesmo ano da inserção da vacina contra a covid-19 no Brasil, o projeto Termômetro Social reestruturou seus objetivos de pesquisa e seu questionário, com o intuito de acompanhar as mudanças e as fases da pandemia de covid-19. Investigações sobre a importância da adesão à vacinação contra a covid-19 já tinham sido realizadas no contexto internacional (Brown *et al.*, 2018). Todavia, no Brasil, ainda eram escassos estudos com esse objetivo.

2 DESENVOLVIMENTO

O projeto Termômetro Social acompanhou todo esse movimento na população, desde o surgimento da crise sanitária da covid-19 até o fim da emergência sanitária, e pôde captar ao longo das ondas da pandemia os determinantes da hesitação vacinal na população (Macdonald, 2015), além de conhecer os fatores associadas à aceitação ou não à vacina.

Entre os meses de outubro de 2021 e agosto de 2022, de forma on-line e off-line, o projeto Termômetro Social aplicou um questionário estruturado na população geral e um recorte na população em situação de rua, com o intuito de conhecer os determinantes da adesão populacional à vacina contra a covid-19 no primeiro ano de sua implantação no país. Definiu-se por conveniência a região Sudeste, especificamente a cidade de Belo Horizonte, no estado de Minas Gerais.

Quanto ao desenho amostral, o estudo foi baseado numa amostragem não aleatória, utilizando a técnica da bola de neve (Naderifar; Goli; Ghaljaie, 2017), que leva em conta o acesso mais restrito a populações de difícil acesso. Assim, considerando que em 2019 o Banco Mundial apontou que no Brasil 23,5% da população estava abaixo da linha da pobreza (The World Bank Group, 2019) e que isso pode ter sido agravado pela pandemia (Gemaque, 2021), foi estimada uma amostra mínima de cem participantes em situação de vulnerabilidade social, cadastrados em comunidades, assentamentos e/ou população vivendo em situação de rua.

Foram realizadas análises descritivas e inferenciais (Hilbe, 2014). As análises descritivas foram feitas por intermédio do cálculo de frequências e percentuais. As associações foram avaliadas por meio de regressão de Poisson (Hilbe, 2014). Sendo um estudo com delineamento transversal, a medida de associação utilizada foi a Razão de Prevalência (RP), com seus respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%) (Barros; Hirakata, 2003).

Na análise de associações, a variável dependente do estudo se refere ao interesse em vacinar-se contra a covid-19 (“Você foi vacinado”), classificado como “sim” ou “não”, para o qual foi adotado o uso do modelo de regressão de Poisson com variância robusta (Hilbe, 2014). Na análise de dados binários feita com o uso da regressão de Poisson, as variáveis binárias são convertidas para os valores 0 e 1 (e lidas como números).

Do conjunto de variáveis do questionário, foi considerado como desfecho de interesse o ato de vacinar-se contra a covid-19, avaliado pelas seguintes perguntas: “Você já foi vacinado contra a covid-19?”; “Caso não tenha sido vacinado, você pretende se vacinar contra a covid-19?”. Essas questões foram avaliadas de forma dicotômica e contemplavam duas opções de respostas para a primeira pergunta (“sim” ou “não”), e quatro opções de respostas para a segunda pergunta (“sim”, “não”, “não sei” e “já fui vacinado”).

As variáveis independentes foram: idade (18 a 39, 40 a 59, 60 ou mais), sexo (masculino, feminino), possuir religião (alguma religião/sem religião), região (Sudeste, Sul, Norte, Nordeste e Centro Oeste), escolaridade (superior incompleto ou menos, superior completo, pós-graduação ou mais), residir em território de vulnerabilidade social (sim, não), possuir comorbidades (sim, não), trabalhar exposto à covid-19 (sim, não), confiar na eficácia das vacinas (sim, não) e buscar informações sobre vacina (fontes oficiais e fontes não oficiais).

O modelo para análise dos dados (Van Buuren, 2018; Zou, 2004) contemplou duas perguntas de desfecho, visto que, no momento da coleta de dados, devido à fase da pandemia, nem todas as pessoas estavam elegíveis para tomar a vacina. E a resposta “Não tomei a vacina” não necessariamente confirmava a hesitação vacinal, de modo que tal resposta poderia estar relacionada à inelegibilidade momentânea devido à priorização de grupos com maior risco.

Participaram do estudo 675 indivíduos provenientes das cinco macrorregiões do Brasil. A maioria dos participantes era do sexo masculino (57,5%), referiram cor da pele preta/parda (57,6%), eram solteiros(as), divorciados(as), desquitados(as) ou separados(as) judicialmente (67%) e tinham nível de escolaridade equivalente ao ensino superior ou mais (49,8%). Cerca de 54,2% vivia em situação de vulnerabilidade social, 30,1% sem rendimento mensal e 75,7% informaram ter alguma religião. Observou-se que 63,3% das pessoas foram vacinadas contra a covid-19 com pelo

menos uma dose da vacina, e que 56,1% tinham esquema vacinal completo. Do total de entrevistados, apenas 2,5% não tinham a intenção de vacinar-se (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização dos participantes do estudo (n = 675)

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Idade	38,80	12,24
Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	388	57,5
Feminino	279	41,3
Pessoa transexual	2	0,3
NR*	6	0,9
Raça/Cor		
Branco	244	36,1
Preta/parda	389	57,6
Amarela	22	3,3
Indígena	6	0,9
NR	14	2,1
Estado civil		
Casado(a) ou união estável	207	30,7
Divorciado(a), desquitado(a) ou separado(a) judicialmente	85	12,6
Solteiro(a)	367	54,4
Viúvo(a)	12	1,8
NR	4	0,6
Escolaridade		
Sem escolaridade	7	1
Ensino fundamental incompleto/completo	198	29,3
Ensino médio incompleto/completo	129	19,1
Ensino superior incompleto/completo ou mais	336	49,8
NR	5	0,7
Renda familiar		
Sem rendimento	203	30,1
Menos de 1 salário mínimo	101	15
De 1 a 2 salários mínimos	63	9,3
De 2 a 3 salários mínimos	36	5,3
De 3 a 5 salários mínimos	79	11,7
De 5 a 10 salários mínimos	79	11,7
Acima de 10 salários mínimos	87	12,9
Prefiro não informar	27	4,0

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Idade	38,80	12,24
Variáveis	n	%
Religião		
Sim	511	75,7
Não	68	10,1
NR	96	14,2
Ocupação		
Estudante	99	14,7
Aposentado	22	3,3
trabalhador formal	225	33,3
trabalhador informal	94	13,9
Desempregado	223	33
NR	12	1,8
Região		
Norte	24	3,6
Nordeste	182	27
Sul	44	6,5
Sudeste	414	61,3
Centro-Oeste	7	1
NR	4	0,6
Território de residência de vulnerabilidade social		
Sim	366	54,2
Não	309	45,8
Recebe auxílio governamental		
Sim	236	35
Não	433	64,1
NA	6	0,9
Possui comorbidades		
Sim	144	21,3
Não	383	56,7
NA	148	21,9
Trabalhador exposto à infecção pela covid-19		
Sim	200	29,6
Não	375	55,6
NA	100	14,8
Foi vacinado		
Sim	427	63,3
Não	26	3,9
NA	222	32,9

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	Média	Desvio-padrão
Idade	38,80	12,24
Variáveis	n	%
Pretende se vacinar		
Sim	42	6,3
Não	17	2,5
Não sei	7	1
Já tomei a vacina	225	33,7
NR	376	56,3
Confia na eficácia da vacina		
Sim	370	54,9
Não	84	12,5
NA	220	32,6
Fonte de informação: Ministério da Saúde		
Sim	157	23,3
Não	518	76,7
Fonte de informação: amigos ou familiares		
Sim	44	6,5
Não	631	93,5
Fonte de informação: entidades religiosas		
Sim	7	1
Não	668	99
Fonte de informação: profissional de saúde		
Sim	136	20,1
Não	539	79,9
Fonte de informação: redes sociais		
Sim	120	17,8
Não	555	82,2
Fonte de informação: telejornais		
Sim	186	27,6
Não	489	72,4

*NR: Não respondeu

**NA: Não Aplicável

Ficou demonstrada a associação entre a adesão à vacina e a confiança e segurança nos imunobiológicos, de modo que confiar na eficácia das vacinas aumenta em 1,24 vez a probabilidade de tomar a vacina (IC95%: 1,11-1,38; p-valor: < 0,01). Já no que se refere às fontes de informação sobre as vacinas, para os participantes que utilizam as redes sociais como meio de informação, foi verificado um aumento

de 1,05 vez na probabilidade de vacinar-se (IC95%: 1,01-1,10; p-valor: 0,01). Os participantes do estudo que informaram ter religião foram os que tiveram associação com a possibilidade de hesitar ou recusar tomar a vacina; sendo assim, ter alguma religião nesta pesquisa diminuiu em 4% a possibilidade de aceitar a vacina (RP: 0,96; IC95%: 0,93-0,99; p-valor: < 0,01).

Tabela 2. Fatores associados ao interesse em vacinar-se contra covid-19

Variáveis	Valor P	RP*	IC95%**
Idade	0,0794	1,00	0,99-1,01
Sexo			
Masculino	Ref***		
Feminino	0,8994	1,00	0,96-1,04
Religião			
Não	Ref		
Sim	0,0087	0,96	0,93-0,99
Região			
Sudeste	Ref		
Norte	0,3530	1,02	0,98-1,07
Nordeste	0,0617	1,04	0,99-1,08
Sul	0,7013	1,02	0,94-1,10
Centro-Oeste	0,5881	1,02	0,95-1,10
Escolaridade			
Ensino superior incompleto/completo ou mais	Ref		
Ensino fundamental incompleto/completo	0,4915	0,97	0,89-1,06
Ensino médio incompleto/completo	0,2653	1,05	0,97-1,13
Território de residência de vulnerabilidade social			
Não	Ref		
Sim	0,6243	0,98	0,89-1,07
Possui comorbidades			
Não	Ref		
Sim	0,7293	1,01	0,96-1,06
Trabalhador exposto à infecção pela covid-19			
Não	Ref		
Sim	0,2563	1,03	0,98-1,07

Continua...

Tabela 2. Continuação

Variáveis	Valor P	RP*	IC95%**
Confia na eficácia da vacina			
Não		Ref	
Sim	0,0001	1,24	1,11-1,38
Fonte de informação: redes sociais			
Não		Ref	
Sim	0,0148	1,05	1,01-1,10

*RP: Razão de prevalência

** IC95%: Intervalo de confiança de 95%

***Ref: Variável referência

3 CONCLUSÃO

Mesmo diante da vulnerabilidade social que a pandemia gerou no país, os dados do estudo mostraram que a maioria dos participantes estão contribuindo com esse propósito, o que leva a concluir que a população brasileira aderiu à vacinação no primeiro ano da implantação do imunizante.

Garantir que a vacinação seja de fácil acesso para a população é a forma mais eficaz de mitigar a disseminação do vírus e reduzir a mortalidade associada à covid-19. Estratégias integradas que combinam uma logística eficiente, políticas públicas que abordem desigualdades e campanhas de comunicação eficazes são essenciais para enfrentar esses obstáculos (Sallam, 2021).

Em países de grande extensão territorial e com desigualdades socioeconômicas como o Brasil, garantir que as vacinas cheguem a todas as regiões, incluindo áreas remotas e populações vulneráveis, é uma tarefa complexa. A disparidade no acesso aos serviços de saúde, a desinformação e a hesitação vacinal são barreiras significativas que precisam ser superadas para garantir que a vacinação seja eficaz em mitigar a disseminação e a mortalidade da covid-19 (Couto; Barbieri; Matos, 2021).

Além disso, o esforço para imunizar toda a população exige não apenas a produção e distribuição eficiente das vacinas, mas também campanhas de conscientização que abordem a importância da vacinação, especialmente para grupos que demonstram hesitação ou relutância, e a igualdade no acesso, devido às consequências das iniquidades sociais vividas por uma grande parte da população brasileira. As vacinas continuam a ser o meio mais eficaz e seguro para controlar a pandemia e prevenir novas ondas de infecção e mortalidade associadas à doença (Bazán *et al.*, 2020).

Apesar desses desafios, a campanha de vacinação contra a covid-19 também trouxe inovações e aprendizados. A rápida adaptação das cadeias de distribuição, a implementação de campanhas de comunicação pública e a cooperação entre os setores público e privado foram elementos-chave para o sucesso da vacinação. No futuro, esses aprendizados podem ajudar a melhorar a resposta contra outras crises de saúde global. Esses desafios evidenciam a complexidade de uma campanha de vacinação em massa durante uma pandemia e a importância de uma resposta coordenada e adaptada às diferentes realidades locais

A vacinação contra a covid-19 em 2024 segue sendo uma das principais estratégias de saúde pública para prevenir formas graves da doença e reduzir a mortalidade (WHO, 2020c). A vacinação continua sendo crucial, especialmente em tempos de circulação de novas variantes, e os órgãos reguladores incentivam toda a população elegível a manter o esquema vacinal em dia para proteger a si e aos outros (WHO, 2020b).

REFERÊNCIAS

- BARROS, A. J.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, New York, v. 3, n. 1, p. 1-13, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-3-21>.
- BAZÁN, P. R. *et al.* Covid-19 information exposure in digital media and implications for employees in the health care sector: findings from an online survey. *Einstein*, São Paulo, v. 18, 2020. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO6127.
- BROWN, A. L. *et al.* Vaccine confidence and hesitancy in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00011618>.
- COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. D. S. A. Considerations on covid-19 impact on the individual-society relationship: from vaccine hesitancy to the clamor for a vaccine. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 30, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021200450>.
- FREITAS, C. M. D.; BARCELOS, C.; VILLELA, D. A. M. (org.). *Covid-19 no Brasil: cenários epidemiológicos e vigilância em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2021.
- GEMAQUE, A. A pandemia agravou a desigualdade de renda e a pobreza no Brasil. *EcoDebate*, [s. l.], 21 maio 2021. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2021/05/21/a-pandemia-agravou-a-desigualdade-de-renda-e-a-pobreza-no-brasil/>. Acesso em: 10 set. 2024.
- HAAS, E. J. *et al.* Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and covid-19 cases, hospitalisations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet*, Amsterdam, v. 397, n. 10.287, p. 1819-1829, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8).
- HILBE, J. *Logistic regression models*. London: Chapman and Hall, 2014.
- MACDONALD, N. E. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*, Amsterdam, v. 33, n. 34, p. 4161-4164, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036>.

NADERIFAR, M.; GOLI, H.; GHALJAIE, F. Snowball sampling: A purposeful method of sampling in qualitative research. *Strides in Development of Medical Education*, Kerman, v. 14, n. 3, 2017. DOI: <https://doi.org/10.5812/sdme.67670>.

PAHO. OMS declares public health emergency of international importance by outbreak of new coronavirus. *Paho*, Washington, DC, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus>. Acesso em: 5 set. 2024.

SALLAM, M. Covid-19 vaccine hesitancy worldwide: a concise systematic review of vaccine acceptance rates. *Vaccines*, Basel, v. 9, n. 2, 2021. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines9020160>.

THE WORLD BANK GROUP. *FY 2019 Brazil country opinion survey report*. Washington, DC: The World Bank Group, 2019. Disponível em: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/691661573116715073/pdf/FY2019-Brazil-CountryOpinion-Survey-Report.pdf>. Acesso em: 10 set. 2024.

VAN BUUREN, S. *Flexible Imputation of Missing Data*. London: Chapman and Hall, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1201/9780429492259>.

WATSON, O. J. *et al.* Global impact of the first year of covid-19 vaccination: a mathematical modelling study. *The Lancet Infectious Diseases*, London, v. 22, n. 9, p. 1293-1302, 2022. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00320-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00320-6).

WHO. Draft landscape of covid-19 candidate vaccines. *WHO*, Geneva, 23 abr. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines.pdf>. Acesso em: 5 set. 2024.

WHO. Global Research and Innovation Forum: towards a research roadmap/report. *WHO*, Geneva, 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/key-action/novel-coronavirus/en/>. Acesso em: 10 set. 2024.

WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on covid-19. *WHO*, Geneva, 11 mar. 2020c. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020>. Acesso em: 10 set. 2024.

ZOU, G. A modified Poisson regression approach to prospective studies with binary data. *American Journal of Epidemiology*, Oxford, v. 159, p. 702-706, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1093/aje/kwh090>.



Capítulo 10

Relação entre a consulta em fontes de informações oficiais e a adesão às medidas de proteção durante a pandemia de covid-19 entre populações vulnerabilizadas no Brasil (2021-2023)

Relação entre a consulta em fontes de informações oficiais e a adesão às medidas de proteção durante a pandemia de covid-19 entre populações vulnerabilizadas no Brasil (2021-2023)

Heriederson Sávio Dias Moura

Mayla Cristina Dinardi Canatto

Rander Junior Rosa

Mônica Chiodi Toscano de Campos

Natacha Martins Ribeiro

Thaís Zamboni Berra

Ariela Fehr Tártaro

Juliana Soares Tenório de Araújo

Letícia Peticarrara Ferezin

Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de covid-19 no Brasil foram identificados em pessoas mais favorecidas financeiramente (Oliveira et al., 2020). No entanto, a doença se espalhou rapidamente para as regiões periféricas, que enfrentam condições precárias de moradia e alta vulnerabilidade social, fato que evidenciou um desafio de combate à doença entre as populações vulnerabilizadas (Chioro et al., 2020). Esses grupos incluem pessoas em situação de rua, pacientes com tuberculose, portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Vírus - HIV), idosos, indígenas e indivíduos em privação de liberdade, os quais são socialmente vulneráveis e apresentam fatores de risco que aumentam sua suscetibilidade à covid-19 (Farias; Leite Junior, 2021).

Para um melhor entendimento e conceituação do fenômeno, cabe ressaltar o que seriam as populações vulnerabilizadas. De acordo com o Centro de Colaboração Nacional para Determinantes Sociais da Saúde do Canadá, as populações vulnerabilizadas são entendidas como “grupos e comunidades com maior risco de problemas de saúde como resultado das barreiras que enfrentam aos recursos sociais, econômicos, políticos e ambientais, também como limitações devido à doença ou deficiência” (Fiocruz, 2020).

É importante mencionar ainda que a vulnerabilidade social se refere ao resultado negativo da disponibilidade dos recursos materiais e à falta de acesso à estrutura de oportunidades sociais, econômicas e culturais que provêm recursos para esses grupos, culminando num resultado de desvantagem para sua mobilidade social, colocando-os em risco no cenário pandêmico (Carmo; Guizardi, 2018; Negreiros *et al.*, 2018).

É fato que as condições insalubres, como a grande densidade populacional e áreas subnormais como favelas, são elementos importantes para a propagação do vírus. Ao avançar nessas áreas, encontramos um grupo de doenças infecciosas (Maciel; Gonçalves; Dalcolmo, 2020) que podem desencadear uma situação dramática para a saúde e uma crise humanitária nessas regiões. Nesse sentido, verifica-se que as condições de saneamento, acesso a alimentação e serviços de saúde são fiéis expressões da desigualdade social, impactando significativamente as condições de saúde da população e o acesso aos serviços de saúde.

É notório que as condições de precaução e prevenção se estabelecem de formas diferentes em segmentos sociais diferentes, assim como ocorre com o potencial de letalidade do vírus (Calmon, 2020). Assim, compreender as singularidades das populações vulnerabilizadas é essencial para entender como a pandemia de covid-19 impactou diferentes realidades. Para além disso, é preciso verificar como essas populações se comportam diante das adversidades (Farias; Leite Júnior, 2021), visto que a pandemia colocou em evidência as fragilidades e necessidades já existentes nessas populações.

No curso da pandemia, principalmente no seu auge, a crise foi manchete por muito tempo e preocupava diariamente a população em geral, causando sentimentos de incerteza e ansiedade em relação ao futuro (Chiolero, 2020), principalmente devido ao grande volume de informações que circularam (Gruchola; Slawek-Czochra, 2021), incluindo notícias falsas (Fleming, 2020), que alcançaram as populações vulnerabilizadas de forma mais acentuada devido à dificuldade de acesso à internet e a informações noticiadas por meio de fontes oficiais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Ministério da Saúde e pesquisadores e profissionais da saúde, tornando-se assim um obstáculo para adesão satisfatória às medidas de prevenção e proteção contra a covid-19 nessa população vulnerável (Ennes; Goes; Meneses, 2021).

Nesse contexto, a busca pela identificação das fontes de informação mais eficazes e sua influência na adesão às estratégias de enfrentamento a crises sanitárias podem contribuir para o desenvolvimento de abordagens de comunicação mais eficazes e para a formulação de políticas públicas mais adequadas, garantindo assim a fiscalização e o investimento de recursos em informações vitais

sobre saúde, de modo a alcançar populações com maior dificuldade de acesso a fontes de informações oficiais e que sejam compreendidas por todos os segmentos da sociedade, especialmente aqueles em situação de maior vulnerabilidade. Assim, o objetivo deste estudo foi verificar a relação entre a consulta em fontes de informações oficiais e a adesão às medidas de proteção durante a pandemia de covid-19 entre populações vulnerabilizadas no Brasil.

2 DESENVOLVIMENTO

Trata-se de um estudo transversal (Rothman; Greenland; Lash, 2008; Romanowski; Castro; Neris, 2019), descritivo, conduzido por meio de entrevistas de campo realizadas com pessoas em situação de rua entre fevereiro de 2021 e maio de 2023, abrangendo as 26 unidades federativas do Brasil e o Distrito Federal.

Para a análise dos dados, após a verificação da consistência e a padronização do banco de dados, foram realizadas análises descritivas das variáveis utilizadas no estudo, a saber: cálculo de medida de posição (média), dispersão (desvio-padrão, DP), frequência absoluta (n) e frequência relativa (%), considerando a natureza das variáveis. Os dados foram tabulados em planilhas eletrônicas por meio do software Microsoft Office Excel 2013, importados e analisados utilizando o software R versão 4.1.1 (R Core Team, 2021).

Considerou-se como variável desfecho de interesse: fontes de informação e suas alternativas de respostas originais individuais, que foram recodificadas e agrupadas em respostas dicotômicas [fontes de informação oficiais] = Organizações internacionais (OMS, Organização das Nações Unidas [ONU] etc.); instituições governamentais (Ministério da Saúde, secretarias de saúde, prefeituras etc.); universidades (cientistas ou pesquisadores/projetos desenvolvidos pela comunidade universitária); profissionais da saúde; e redes de apoio social (Organizações não Governamentais (ONGs), consultórios na rua, lideranças comunitárias); e o [fontes de informação não oficiais] = internet (Google, Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp, YouTube, Podcasts etc.); amigos e/ou familiares; instituições religiosas/líderes religiosos (igrejas, templos, centros espirituais, pastores etc.); telejornais; carro de som; rádio; e jornais e revistas impressas, de acordo com agrupamentos vistos na literatura (Umakanthan *et al.*, 2022).

Para testar as associações entre as fontes de informação oficiais e as medidas de proteção adotadas pelas populações vulnerabilizadas, foram conduzidas análises bivariadas por meio do teste qui-quadrado de Pearson, considerando-se um nível de significância de $p < 0,05$, sendo executadas no programa SPSS, versão 22.

Calculou-se ainda os *odds ratio* (OR) com seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%).

2.1 Resultados

Participaram do estudo 3.256 pessoas vulnerabilizadas. Quanto às características dos participantes, a média das idades foi de 40,9 anos (DP = 13,5), a maioria do sexo masculino (n = 1.963; 60,3%), da raça/cor preta/parda (n = 2.338; 71,8%), solteiros (n = 1.840; 56,5%), desempregados (n = 1.350; 41,5%). A maioria recrutada estava em situação de rua (n = 936; 28,7%), com ensino fundamental incompleto (n = 1.000; 30,7%), renda familiar mensal com menos de um salário mínimo (n = 1.245; 38,2%), não recebiam auxílio governamental (n = 1.840; 56,5%), não tinham convênio ou plano de saúde (n = 3.043; 93,5%) e usavam o Sistema Único de Saúde (SUS) (n = 2.970; 91,2%). Quanto às características clínicas autorreferidas, observou-se prevalência apenas de diabetes *mellitus* (n = 206; 6,3%), hipertensão arterial (n = 403; 12,4%) e imunocomprometimento (n = 151; 4,6%).

Quanto às medidas de proteção, houve prevalência de adesão a lavar as mãos regularmente com água e sabão ou álcool 70% (n = 2.465; 75,7%), e usar máscara que cobria a boca e o nariz sempre que saía de casa (n = 2.337; 71,8%). As populações vulnerabilizadas declaram não adotar as demais medidas de proteção (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição das principais medidas de proteção adotadas pelas populações vulnerabilizadas incluídas na pesquisa, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, Brasil, 2021-2023 (n = 3.256)

Variáveis	n	%
Sair de casa/abrigo temporário somente em casos de necessidade (farmácia, mercado, atendimento médico etc.)		
Não	2.184	67,1
Sim	1072	32,9
Evitar tocar objetos ou superfícies em que outras pessoas tocaram (botão do elevador, postes, bancos de praça etc.)		
Não	2.400	73,7
Sim	856	26,3
Lavar as mãos regularmente com água e sabão ou álcool 70%		
Não	791	24,3
Sim	2.465	75,7

Continua...

Tabela 1. Continuação

Variáveis	n	%
Usar máscara que cubra a boca e o nariz sempre que sai de casa		
Não	919	28,2
Sim	2.337	71,8
Cobrir a boca e o nariz quando espirra ou tosse com um lenço de papel ou com o antebraço		
Não	1.903	58,4
Sim	1.353	41,6
Evitar contato próximo com qualquer pessoa com febre, tosse e/ou dificuldade respiratória		
Não	1.998	61,4
Sim	1.258	38,6
Evitar tocar no rosto com as mãos		
Não	2.438	74,9
Sim	818	25,1
Evitar partilhar objetos pessoais ou comida em que tenha tocado		
Não	2.383	73,2
Sim	873	26,8
Limpar compras ou objetos que venham de fora de casa		
Não	2.455	75,4
Sim	801	24,6
Evitar espaços fechados com concentração de pessoas (ex.: transportes públicos, igrejas, lojas etc.)		
Não	2.344	72,0
Sim	912	28,0
Não adotei nenhuma recomendação		
Não	2.913	89,5
Sim	343	10,5
Prefiro não responder		
Não	3.215	98,7
Sim	41	1,3
Outra		
Não	3.243	99,6
Sim	13	0,4

As principais fontes de informação (Tabela 2) que as populações vulnerabilizadas utilizaram para se manter informadas sobre a pandemia, incluindo as informações sobre as medidas de proteção adotadas contra a covid-19, foram os telejornais (n = 1.943; 59,7%) e a internet (n = 1.303; 40%).

Tabela 2. Descrição das principais fontes de informação que as populações vulnerabilizadas utilizaram para se manter informadas sobre a pandemia, incluindo as informações sobre as medidas de proteção adotadas contra a covid-19 (n = 3.256)

Variáveis	n	%
Organizações internacionais (OMS, ONU etc.)		
Sim	295	9,1
Não	2961	90,9
Instituições governamentais (Ministério da Saúde, secretarias de saúde, prefeituras etc.)		
Sim	238	8,0
Não	2755	82,0
Universidades (cientistas ou pesquisadores/projetos desenvolvidos pela comunidade universitária)		
Sim	138	4,2
Não	3118	95,8
Amigos e/ou familiares		
Sim	687	21,1
Não	2569	78,9
Instituições religiosas/líderes religiosos (igrejas, templos, centros espirituais, pastores etc.)		
Sim	193	5,9
Não	3063	94,1
Profissionais de saúde		
Sim	728	22,4
Não	2528	77,6
Redes de apoio social (ONGs, consultórios na rua, lideranças comunitárias etc.)		
Sim	296	9,1
Não	2960	90,9

Continua...

Tabela 2. Continuação

Variáveis	n	%
Internet (Google, Twitter, Facebook, Instagram, WhatsApp, YouTube, Podcasts etc.)		
Sim	1303	40,0
Não	1953	60,0
Telejornais		
Sim	1943	59,7
Não	1313	40,3
Carro de som		
Sim	140	4,3
Não	3116	95,7
Rádio		
Sim	578	17,8
Não	2678	82,2
Jornais e revistas impressos		
Sim	397	12,2
Não	2859	87,8
Nenhuma das anteriores		
Sim	187	5,7
Não	3069	94,3

Por meio da análise do teste qui-quadrado de Pearson (Tabela 3), as pessoas que saíam de casa/abrigo temporário somente em casos de necessidade (OR = 2,04; IC95% = 1,74-2,40), evitavam tocar objetos ou superfícies em que outras pessoas haviam tocado (OR = 1,89; IC95% = 1,59-2,23), lavavam as mãos regularmente com água e sabão ou álcool 70% (OR = 1,98; IC95% = 1,61-2,42), cobriam a boca e o nariz com um lenço de papel ou com o antebraço quando espirravam ou tossiam (OR = 2,36; IC95% = 2,01-2,76), evitavam contato próximo com qualquer pessoa com febre, tosse e/ou dificuldade respiratória (OR = 2,35; IC95% = 2,00-2,75), evitavam tocar no rosto com as mãos (OR = 1,60; IC95% = 1,35-1,90), evitavam partilhar objetos pessoais ou comida em que tivessem tocado (OR = 1,86; IC95% = 1,58-2,20), limpavam compras ou objetos que vinham de fora de casa (OR = 2,33; IC95% = 1,96-2,76) e evitavam espaços fechados com concentração de pessoas (OR = 2,30; IC95% = 1,95-2,71); esse grupo apresentou maior probabilidade de utilizar fontes de informações oficiais. Por sua vez, aquelas que não adotaram

nenhuma recomendação (OR = 0,41; IC95% = 0,30-0,56) apresentaram menor probabilidade de utilizar fontes de informações oficiais.

Tabela 3. Descrição da associação entre a utilização de fontes de informações oficiais e as principais medidas de proteção adotadas pelas populações vulnerabilizadas (n = 3.256)

Variáveis	X ² *	Valor de p	OR**	IC95%***
Sair de casa/abrigo temporário somente em casos de necessidade (farmácia, mercado, atendimento médico)	77,90	<0.05****	2,04	1,74-2,40
Evitar tocar objetos ou superfícies em que outras pessoas tocaram (botão do elevador, chão, postes, bancos de praça etc.)	55,51	<0.05****	1,89	1,59-2,23
Lavar as mãos regularmente com água e sabão ou álcool 70%	44,75	<0.05****	1,98	1,61-2,42
Usar máscara que cubra a boca e o nariz sempre que sai de casa	2,77	0,10	1,16	0,97-1,38
Cobrir a boca e o nariz quando espirra ou tosse com um lenço de papel ou com o antebraço	116,24	<0.05****	2,36	2,01-2,76
Evitar contato próximo com qualquer pessoa com febre, tosse e/ou dificuldade respiratória	114,74	<0.05****	2,35	2,00-2,75
Evitar tocar no rosto com as mãos	29,09	<0.05****	1,60	1,35-1,90
Evitar partilhar objetos pessoais ou comida em que tenha tocado	54,07	<0.05****	1,86	1,58-2,20
Limpar compras ou objetos que venham de fora de casa	97,81	<0.05****	2,33	1,96-2,76
Evitar espaços fechados com concentração de pessoas (transportes públicos, igrejas, restaurantes comunitários, abrigos, lojas, centros comerciais)	100,57	<0.05****	2,30	1,95-2,71
Não adotei nenhuma recomendação	32,36	<0.05****	0,41	0,30-0,56
Prefiro não responder	1,14	0,28	0,65	0,30-1,43
Outra	4,80	<0.05****	0,99	0,99-1,00

*X² = Teste qui-quadrado de Pearson

**OR = Odds ratio

***IC95% = Intervalo de Confiança de 95%

****Valor de p <0.05

2.2 Discussão

O estudo buscou verificar a relação entre a consulta em fontes de informações oficiais e a adesão às medidas de proteção durante a pandemia de covid-19 entre populações vulnerabilizadas no Brasil. Identificou-se que a maioria dos participantes eram homens, pretos/pardos e desempregados.

É notório que há abismos referentes às desigualdades sociais e econômicas entre a população geral e as populações vulnerabilizadas, que ficaram mais evidentes com a pandemia de covid-19, especialmente entre as pessoas pretas e pardas, que foram a maioria neste estudo e que, historicamente, são subalternizadas e colocadas à margem da sociedade (Santos; Silva, 2022). Destaca-se ainda que, em sua maioria, a população preta e parda ocupa os territórios de comunidades, os assentamentos e encontra-se em situação de rua, territórios estes pesquisados no estudo, que são locais onde há uma precária condição de saúde, educação, renda e de acesso a bens e serviços (Dantas; Silva; Barbosa, 2022).

É importante ressaltar que a amostra deste estudo contou com um número elevado de pessoas em situação de rua, fato preocupante no contexto sanitário. Estatísticas do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) mostraram que a população em situação de rua cresceu 38% durante a pandemia de covid-19, chegando a 281,4 mil pessoas somente em 2022 (Ipea, 2022). Tal condição se deve a diversos fatores que são retratados na literatura, como no estudo de Pedra (2021), realizado no Rio de Janeiro, que identificou a perda de trabalho, moradia ou renda como principais fatores que levaram cerca de 31% dos indivíduos a estarem em situação de rua há menos de um ano.

Os resultados deste estudo permitiram verificar ainda a intersecção das vulnerabilidades da população estudada com a prevalência de doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, como a diabetes *mellitus*, a hipertensão arterial e o imunocomprometimento. Essa associação se torna preocupante, pois as doenças crônicas por si têm um potencial de causar aos seus portadores inúmeras incapacidades (Brasil, 2013) e ainda podem elevar as chances de infecções mais graves pela covid-19 (Brasil, 2020).

A prevalência de adesão à lavagem das mãos regularmente com água e sabão ou álcool 70% e o uso de máscara que cobrisse a boca e o nariz corrobora os achados da pesquisa de Chioro *et al.* (2020), na qual 94,1% dos entrevistados fizeram uso de máscara, a maioria de origem caseira, atendendo às recomendações das autoridades sanitárias locais e estaduais. Ressalta-se que, devido à falta de recursos financeiros das populações vulnerabilizadas, algumas iniciativas de movimentos sociais, ONGs e instituições filantrópicas contribuíram direta ou indiretamente, quer por meio de recursos financeiros direcionados a essas populações, quer pela

disponibilização de equipamentos de combate à covid-19 aos indivíduos mais atingidos pela pandemia, como a doação de álcool em gel 70%, máscaras e pelos materiais de higiene e de limpeza (Leal; França Filho, 2020).

Ressalta-se ainda que algumas ações estratégicas realizadas, como a aprovação do Projeto de Lei Nº 3.229/2020, que concedeu ao poder público a utilização de recursos do Sistema Único de Assistência Social (Suas) para comprar álcool em gel e máscaras de proteção a serem distribuídos à população vulnerabilizadas durante a pandemia (Júnior; Librelon, 2021), foram primordiais para mitigar, ainda que de maneira ínfima, os impactos decorrentes da pandemia de covid-19.

Este estudo verificou que as principais fontes de informação que a população vulnerabilizadas utilizou para se manter informada sobre a pandemia foram a internet e os telejornais. No entanto, a literatura mostra que o acesso à internet no Brasil não é uniforme diante das desigualdades sociais, econômicas e regionais (Borges; Zanoni; Mayor, 2022). Ainda, dados mostram que cerca de 29 milhões de brasileiros em 2023 não têm acesso à internet, sendo o perfil composto principalmente por homens, pretos ou pardos, com sessenta anos ou mais e formação até o ensino fundamental (Otavio, 2023), corroborando os achados deste estudo.

Este estudo nos revelou também que consultar fontes de informação oficiais levaram a maior adesão a diversas medidas de proteção contra a covid-19, demonstrando que há um impacto positivo da busca de informações em fontes confiáveis sobre os comportamentos protetores de saúde individual e coletiva. Nesse sentido, o estudo de Walter *et al.* (2012) verificou que a maior adesão às vacinas estava relacionada à busca de informações em documentos oficiais ou mediante profissionais médicos, e a não adesão à utilização da televisão, do rádio ou da família e/ou amigos. Além disso, há uma preocupação em relação à divulgação de notícias falsas e nenhuma preferência de mídias sociais (Twitter, Instagram, YouTube etc.) como fontes de informações sobre a covid-19, fato que se justifica devido à internet e as redes sociais tornarem-se um local de reprodução de notícias falsas (Shin *et al.*, 2018). Ressalta-se ainda que há uma concordância quanto à necessidade do fornecimento de informações sobre a covid-19 por meio de fontes oficiais (Skarpa; Garoufallou, 2021).

A associação entre as fontes de informação e as medidas de proteção adotadas mostrou também que as pessoas que não adotaram recomendações apresentaram menor probabilidade de utilizar fontes de informações oficiais. O estudo de Kim, Kim e Li (2023) verificou que os indivíduos que utilizaram fontes de informação informais (como redes sociais, amigos e familiares) estavam menos envolvidos em comportamentos preventivos da covid-19, além de serem predispostos a ter uma baixa compreensão da gravidade da pandemia, de modo que essa situação expõe os indivíduos, principalmente aqueles inseridos em um contexto de vulnerabilidade social, a um agravamento adicional à saúde.

Como limitações do estudo, citam-se a amostra não probabilística por conveniência, devido ao fato de as entrevistas terem ocorrido apenas nas capitais dos estados brasileiros, limitando-se às populações socialmente vulneráveis desses territórios. No entanto, a abordagem foi utilizada nessas áreas devido às populações vulnerabilizadas se deslocarem principalmente para as grandes cidades em busca de melhores oportunidades e condições de saúde. Destaca-se ainda que nem todas as populações vulnerabilizadas foram pesquisadas, como ciganos, pessoas privadas de liberdade, pessoas que residem em área de proteção ambiental ou áreas indígenas, dentre outras, devido a dificuldades de acesso e tempo limitado para desenvolvimento do estudo. Dessa forma, sugere-se que estudos posteriores sejam realizados em nível nacional, considerando as diversas populações vistas como vulnerabilizadas diante das condições sociais e estruturais impostas.

Os resultados ora apresentados, apesar de não generalizáveis para a realidade de todas as populações vulnerabilizadas do Brasil, avançam no conhecimento ao contribuir com um importante retrato sobre as características sociodemográficas, clínicas, das fontes utilizadas para se manter informado sobre a covid-19 e da adesão às medidas de proteção dessas populações que são invisibilizadas aos olhos do governo e das políticas públicas.

3 CONCLUSÃO

De acordo com o perfil das populações vulnerabilizadas traçado no estudo, infere-se que esse grupo está exposto a diversos fatores sociais e estruturais que foram intensificados com a pandemia, tornando-as mais vulneráveis e influenciando a adesão às medidas de proteção contra a covid-19. As consequências da pandemia tendem a se agravar nas situações de desigualdade, aprofundando as crises econômica, política e social, e expondo a vulnerabilização dos corpos, grupos e territórios.

As análises de medidas de proteção e fontes de informação utilizadas revelam que essa população não tinha informações ou insumos adequados para o enfrentamento da pandemia. As desigualdades compreendidas pela relação histórica de opressão e das hierarquias, impostas pelas divisões entre classes sociais, elevam as condições de risco e as seletividades de proteção social e ambiental. Estratégias estruturadas pela articulação entre diferentes grupos, instituições e setores devem ser estimuladas, de modo a nortear políticas públicas assertivas que visem reduzir as vulnerabilidades.

Com base nos resultados obtidos por meio do teste de qui-quadrado, fica claro que há uma associação significativa entre a consulta às fontes de informação oficiais e a probabilidade de adesão às diversas medidas de proteção contra a covid-19. O teste de qui-quadrado evidenciou que aqueles que buscaram informações em

fontes oficiais apresentaram maior probabilidade de adotar as recomendações de proteção. De maneira inversamente proporcional, observou-se que as pessoas que optaram por não aderir a nenhuma recomendação de proteção apresentaram menor probabilidade de utilizar as fontes de informações oficiais.

Essa constatação reforça a relevância das fontes de informação oficiais como instrumentos cruciais para a promoção e implementação eficaz das medidas de proteção contra a covid-19. Dessa forma, é imprescindível que sejam implementadas estratégias de comunicação direcionadas a garantir o acesso e a compreensão efetiva das informações provenientes dessas fontes, visando a maximização da adesão e, conseqüentemente, a minimização dos riscos associados à pandemia.

Ainda, futuros estudos devem se pautar no movimento de compreensão da realidade territorial e social, de modo a considerar o contexto em que as populações vulnerabilizadas estão inseridas e, principalmente, considerando o período pós-pandêmico, onde as repercussões poderão evidenciar diferentes realidades.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS. Projeto autoriza uso de recursos do Suas na compra de máscaras para população vulnerável. Câmara dos Deputados. Trabalho, Previdência e Assistência, 2021. Disponível em: [https://www.camara.leg.br/noticias/823542-PROJETO-AUTORIZA-USO-DE-RECURSOS-DO-SUAS-NA-COMPRA-DE-MASCARAS-PARA-POPULACAO-VULNERAVEL#:~:text=O%20Projeto%20de%20Lei%203229,a%20pandemia%20do%20novo%20coronav%C3%ADrus](https://www.camara.leg.br/noticias/823542-PROJETO-AUTORIZA-USO-DE-RECURSOS-DO-SUAS-NA-COMPRA-DE-MASCARAS-PARA-POPULACAO-VULNERAVEL#:~:text=O%20Projeto%20de%20Lei%203229,a%20pandemia%20do%20novo%20coronav%C3%ADrus.). Acesso em: 24 abr. 2024.

BORGES, G. S.; ZANONI, L. O. T. C.; MAYOR, R. V. S. Individuals experiencing homelessness in Brazil, their digital exclusion, and violations of human rights. *Direitos Culturais*, [s. l.], v. 17, n. 42, p. 89-105, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Care for people with chronic diseases in PHC in the face of the covid-19 pandemic situation*. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guidelines for the care of individuals with chronic diseases in healthcare networks and priority care pathways*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

CALMON, T. V. L. Objective conditions for confronting covid-19: the Brazilian social abyss, racism and perspectives on social development as determinants. *Nau Social*, Salvador, v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020. DOI: <https://doi.org/10.9771/ns.v11i20.36543>.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. The concept of vulnerability and its meanings for public health and social assistance policies. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00101417>.

CHIOLERO, A. Covid-19: a digital epidemic. *BMJ Journals*, London, v. 368, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.m764>.

CHIORO, A. *et al.* Covid-19 in a metropolitan region: social vulnerability and public policies in contexts of inequality. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, p. 219-231, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020E414>.

DANTAS, M. N. P.; SILVA, M. F. S.; BARBOSA, I. R. Reflections on mortality of the black population due to covid-19 and racial inequality in Brazil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 31, n. 3, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902022200667en>.

ENNES, M.; GOES, A.; MENESES, C. *International migrations from multiple perspectives: collection necessary sociologies*. Aracaju: Criação, 2021.

FARIAS, M. N.; LEITE JÚNIOR, J. D. Social vulnerability and covid-19: CONSIDERATIONS based on social occupational therapy. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, São Carlos, v. 29, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoEN209>.

FIOCRUZ. *Populações vulnerabilizadas: determinantes sociais da saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020. Disponível em: <https://dssbr.ensp.fiocruz.br/glossary/populacoes-vulnerabilizadas/>. Acesso em: 16 abr. 2024.

FLEMING, N. Coronavirus misinformation, and how scientists can help to fight it. *Nature*, Washington, DC, v. 583, n. 7.814, p. 155-156, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1038/d41586-020-01834-3>.

GRUCHOLA, M.; SLAWEK-CZOCHRA, M. “The culture of fear” of inhabitants of EU countries in their reaction to the covid-19 pandemic: a study based on the reports of the Eurobarometer. *Safety Science*, Amsterdam, v. 135, p. 105140, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105140>.

IPEA. *The homeless population exceeds 281.4 thousand people in Brazil*. Brasília, DF: Ipea, 2022.

KIM, Y.; KIM, J.; LI, Y. Association of sources of covid-19 information with vaccine uptake, preventive behaviors, and perceived severity of covid-19. *Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, Amsterdam, v. 24, n. 8, p. 1143-1150, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.05.024>.

LEAL, L. P.; FRANÇA FILHO, G. C. Democratic solidarity movement: responses to the great crisis of the covid-19 pandemic. *Nau Social*, Salvador, v. 11, n. 21, p. 281-291, 2020.

MACIEL, E.; GONÇALVES, E.; DALCOLMO, M. M. Tuberculosis and coronavirus: what do we know? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, n. 2, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200010>.

NEGREIROS, D. J. *et al.* Risk and vulnerability: points of convergence in Brazilian productions on youth. *Revista Desidades*, [s. l.], n. 18, p. 20-33, 2018.

OLIVEIRA, W. K. *et al.* Como o Brasil pode deter a covid-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 29, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>.

OTAVIO, V. H. S.; MURILLO, O. Acesso à Internet cresce no Brasil e chega a 84% da população em 2023, diz pesquisa. *G1*, Rio de Janeiro, 16 nov. 2023. Disponível em: <https://g1.globo.com/tecnologia/noticia/2023/11/16/aceso-a-internet-cresce-no-brasil-e-chega-a-84percent-da-populacao-em-2023-diz-pesquisa.ghtml>. Acesso em: 2 abr. 2025.

PEDRA, M. *The homeless population increased during the pandemic*. Rio de Janeiro: Fiocruz 2021.

R CORE TEAM. R. *A language and environment for statistical computing*. [S. l.: s. n.], 2021. Disponível em: <https://www.r-project.org/about.html>. Acesso em: 16 jan. 2022.

ROMANOWSKI, F.; CASTRO, M.; NERIS, N. *Manual de tipos de estudo*. 2019. Monografia (Trabalho de Graduação) – Centro Universitário de Anápolis, Anápolis, 2019.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Epidemiologia moderna*. Filadélfia: Wolters Kluwer Health, 2008.

SANTOS, F. B.; SILVA, S. L. B. Gender, race, and class in Brazil: the effects of structural and institutional racism on the lives of the black population during the covid-19 pandemic. *Revista Direito e Práxis*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 1847-73, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/2179-8966/2022/68967>.

SHIN, J. *et al.* The diffusion of misinformation on social media: temporal pattern, message, and source. *Computers in Human Behavior*, Amsterdam, v. 83, p. 278-287, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.02.008>.

SKARPA, P. E.; GAROUFALLOU, E. Information seeking behavior and covid-19 pandemic: a snapshot of young, middle-aged and senior individuals in Greece. *International Journal of Medical Informatics*, Amsterdam, v. 150, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2021.104465>.

UMAKANTHAN, S. *et al.* Social environmental predictors of covid-19 vaccine hesitancy in India: a population-based survey. *Vaccines*, Washington, DC, v. 10, n. 10, p. 1749, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3390/vaccines10101749>.

WALTER, D. *et al.* Risk perception and information-seeking behaviour during the 2009/10 influenza A (H1N1) pdm09 pandemic in Germany. *Euro Surveill*, Washington, DC, v. 17, n. 13, 2012.



Capítulo 11

**Análise de dados secundários e
indicadores de risco**

Análise de dados secundários e indicadores de risco

*Thais Zamboni Berra
Letícia Peticarrara Ferezin
Heriederson Sávio Dias Moura
Rander Junior Rosa
Mônica Chiodi Toscano de Campos
Ariela Fehr Tártaro
Reginaldo Bazon Vaz Tavares
Ricardo Alexandre Arcêncio*

1 INTRODUÇÃO

A segunda fase do projeto Termômetro Social consistiu numa complementação das análises primárias considerando dados secundários de mundo real abrangentes de todo o Brasil, obtidos dos principais sistemas de informação onde foram levantados indicadores referentes ao número de notificações de casos e óbitos por covid-19 e a cobertura de vacinal, além de identificação dos territórios em risco por causa covid-19.

A realização da segunda fase da pesquisa, focada na coleta e análise de dados secundários, foi essencial para complementar e aprofundar as análises obtidas na primeira fase, que forneceu uma visão inicial baseada em entrevistas com amostras da população, enquanto a segunda fase amplia essa perspectiva ao integrar dados abrangentes e sistematicamente coletados em todo o Brasil.

A realização dessa etapa se justifica por diversos motivos e, dentre eles, é relevante destacar que dados do mundo real, provenientes dos sistemas de informação de saúde pública, oferecem uma cobertura mais ampla e representativa do cenário nacional. Ao incluir informações sobre notificações de casos, óbitos e cobertura vacinal em diferentes regiões do Brasil, a pesquisa ganhou uma dimensão mais robusta e detalhada, permitindo uma análise mais precisa das tendências e padrões de disseminação da covid-19.

Ainda, a utilização de dados secundários possibilita a identificação de territórios mais vulneráveis à covid-19 e de territórios cujos indicadores (incluindo casos e óbitos) continuam a crescer. Essa análise geoespacial tornou-se crucial para entender como fatores socioeconômicos, demográficos e infraestruturais influenciam a propagação do vírus e a eficácia das medidas de

combate. A identificação desses territórios visa guiar políticas públicas mais direcionadas e eficientes.

Os dados coletados na primeira fase, embora valiosos, são limitados a uma amostra específica e podem conter vieses inerentes ao método de coleta. A incorporação de dados secundários é uma espécie de mecanismo de validação, permitindo comparar e contrastar os achados iniciais com informações mais amplas e diversificadas. Isso fortalece a validade e a confiabilidade das conclusões da pesquisa.

Além disso, com o uso dos dados secundários, torna-se possível ainda incorporar análises de séries temporais que permitem uma análise longitudinal da evolução da pandemia. Essa perspectiva temporal é fundamental para entender as dinâmicas de transmissão, os efeitos das intervenções ao longo do tempo e as mudanças nos padrões de comportamento da população, além de permitir avaliar o impacto de diferentes fases da campanha de vacinação.

As evidências derivadas da análise de dados secundários são essenciais para informar e orientar políticas públicas. Compreender os fatores associados à percepção de risco, aos padrões de comportamento e à adesão às medidas de proteção em um nível macro permite o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e adaptadas às realidades locais, promovendo uma resposta mais coordenada e eficiente ao combate à pandemia.

Em resumo, a segunda fase da pesquisa foi crucial para complementar as análises primárias, oferecendo uma visão mais abrangente e detalhada do impacto da covid-19 no Brasil. A integração de dados secundários permite uma análise mais robusta e informada, essencial para desenvolver políticas públicas eficazes e estratégias de mitigação adaptadas às necessidades específicas da população brasileira.

Frente ao exposto, para ilustrar a importância e a aplicação das análises com dados secundários na pesquisa sobre os fatores associados à percepção de risco, aos padrões de comportamento e à adesão às medidas de proteção no combate à covid-19, apresentaremos alguns exemplos focados no estado de São Paulo. São Paulo é o estado mais populoso e um dos mais afetados pela pandemia no Brasil (Baqui *et al.*, 2020), além de ter sido o pioneiro na campanha de vacinação contra a covid-19, em 17 de janeiro de 2021, horas após a aprovação dos imunizantes CoronaVac e AstraZeneca pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (São Paulo, 2021). Portanto, ilustramos alguns exemplos utilizando o estado de São Paulo, que serve como um cenário representativo para demonstrar como a integração de dados secundários pode fornecer insights valiosos e apoiar a formulação de políticas públicas eficazes.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1 A covid-19 no estado de São Paulo: evidências de mundo real

Como fonte de dados, o total de casos e óbitos por covid-19 notificados entre fevereiro de 2020 (quando o primeiro caso foi confirmado no estado de São Paulo) e junho de 2023 foi obtido por meio do Seade (São Paulo, 2023). Também foram considerados os dados referentes à vacinação contra a covid-19 entre janeiro de 2021 (início da vacinação no estado de São Paulo) e junho de 2023, obtidos mediante o Ministério da Saúde (São Paulo, 2024).

2.1.1 Aplicações: cálculo de indicadores e análise de série temporal

Inicialmente, é importante retomar a definição de alguns conceitos importantes quando lidamos com a análise de dados epidemiológicos, incluindo casos e óbitos. A taxa de incidência é uma medida utilizada para quantificar o número de novos casos de uma doença que ocorrem em uma população específica durante um período definido.

Aqui a taxa de incidência foi expressa considerando como numerador o número de casos novos (notificados) mensais de covid-19 e, como denominador, a população total do estado de São Paulo, multiplicada pela constante 1.000. Essa medida é crucial para entender a dinâmica da propagação de uma doença, identificar surtos e avaliar o impacto de intervenções preventivas (Rothman; Greenland; Lash, 2008).

Já a taxa de mortalidade é uma medida que quantifica o número de óbitos ocorridos em uma população específica durante um período definido. Ela é expressa considerando no numerador o número de óbitos mensais por covid-19 e, no denominador, a população total do estado, multiplicado pela constante 100.000. A taxa de mortalidade é utilizada para avaliar a gravidade de uma doença, a eficiência do sistema de saúde e o impacto de intervenções médicas e de saúde pública (Gordis, 2013).

É importante destacar que a taxa de incidência fornece informações sobre o risco de contrair a doença e é particularmente útil para o planejamento e avaliação de estratégias de prevenção e controle. Ela ajuda a identificar populações de alto risco e monitorar mudanças na ocorrência da doença ao longo do tempo (Porta, 2014), enquanto a taxa de mortalidade fornece informações sobre a gravidade e a letalidade de uma doença, ajudando a avaliar o impacto geral da doença na população e a eficiência das respostas de saúde pública (Last, 2001). Essas medidas combinadas são essenciais para um entendimento abrangente da epidemiologia de uma doença, permitindo ações mais informadas e eficazes no combate a surtos e pandemias.

Entre fevereiro de 2020 e junho de 2023, o estado de São Paulo registrou 6.636.869 casos e 180.787 óbitos por covid-19. Os municípios que apresentaram as maiores taxas de incidência foram a cidade de São Paulo (1.181.817 casos; 17,80% do total de casos do estado), Campinas (224.656 casos; 3,38% do total de casos do estado) e São José do Rio Preto (164.161 casos; 2,47% do total de casos do estado).

Quanto aos óbitos, os municípios que apresentaram as maiores taxas de incidência foram a cidade de São Paulo (45.184 óbitos; 25% do total de óbitos do estado), Guarulhos (5.623 óbitos; 3,11% do total de óbitos do estado) e Campinas (5.489 óbitos; 3,03% do total de óbitos do estado).

Com relação à vacinação, 23 municípios do estado completaram a imunização de toda sua população, enquanto cinco municípios apresentaram mais da metade da população que não completou o esquema vacinal para a covid-19. Esses municípios são Indaiatuba (71,81%), Novais (58,62%), Queluz (52,05%), Jacupiranga (51,67%) e Barra do Turvo (50,08%).

Somente observando esses indicadores, já é possível ter alguns insights e utilizar técnicas de séries temporais. A análise de série temporal é uma técnica estatística utilizada para analisar sequências de dados coletados ou registrados em intervalos de tempo sucessivos. Esse tipo de análise é essencial para identificar padrões, tendências e ciclos ao longo do tempo, bem como para prever comportamentos futuros com base nos dados históricos (Chatfield, 2004).

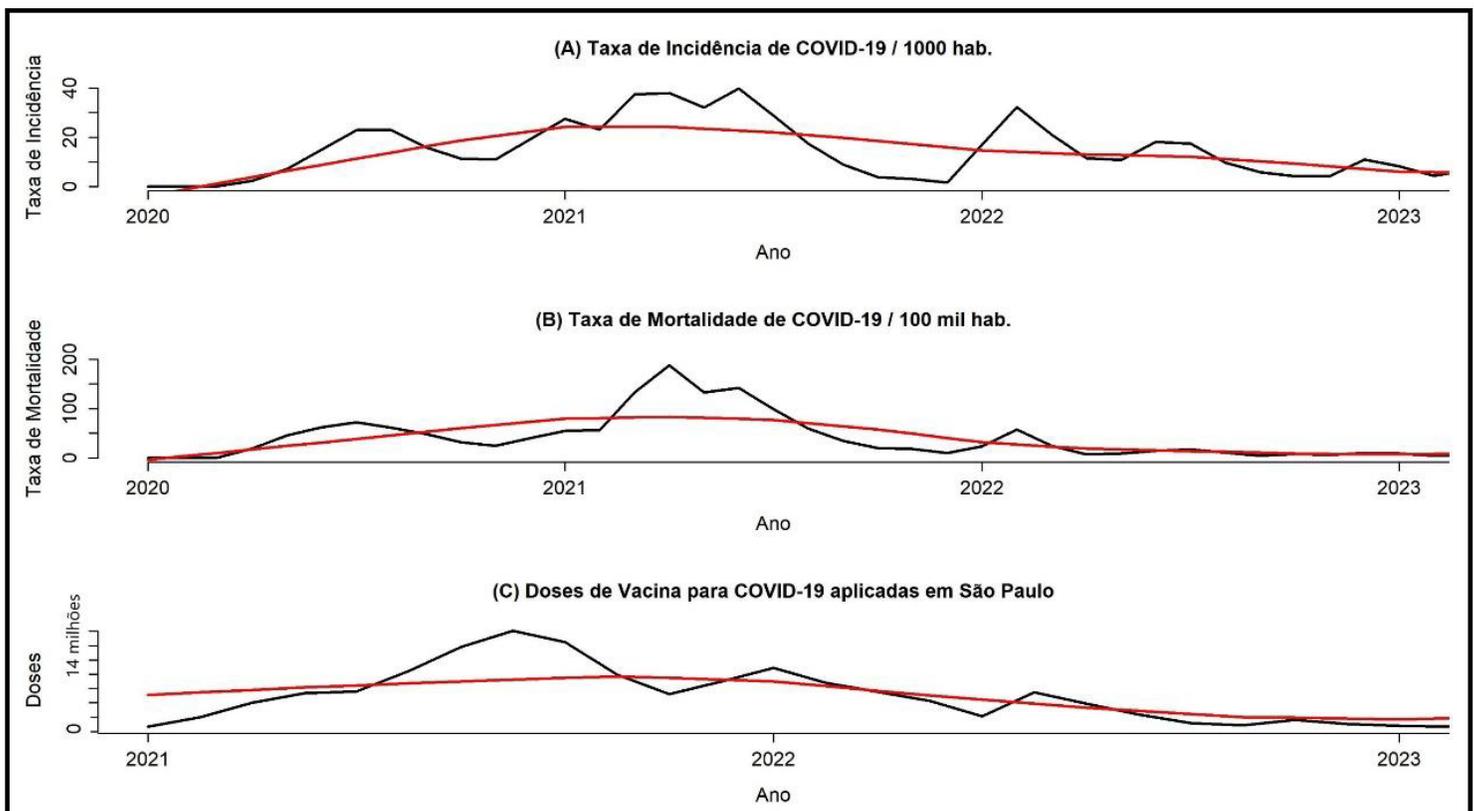
A análise de série temporal é amplamente utilizada em diversos campos, incluindo economia, finanças, meteorologia, engenharia, saúde pública e ciências sociais. Suas aplicações incluem: previsão (*forecasting*) – utilizada para prever valores futuros com base nos padrões observados nos dados históricos, o que é especialmente útil em planejamento financeiro, gestão de estoque, previsão de demanda e muitas outras áreas; identificação de padrões – para identificar tendências e padrões sazonais, permitindo uma melhor compreensão das dinâmicas subjacentes aos dados; tomada de decisão – por meio dos insights, pode-se guiar decisões estratégicas em negócios, políticas públicas e outras áreas (Box *et al.*, 2015).

Existem vários métodos e técnicas para analisar séries temporais. Aqui destacaremos uma técnica denominada decomposição de série temporal, que é um processo de desmembrar uma série temporal em seus componentes individuais de tendência, sazonalidade e ruído (Hyndman; Athanasopoulos, 2018), que foi aplicada a partir das taxas de incidência e mortalidade mensais por covid-19 no período de fevereiro de 2020 a junho de 2023, bem como do número de doses de vacina contra covid-19 administradas no estado no período de janeiro de 2020 a junho de 2023.

Para verificar o comportamento da série temporal ao longo do período analisado e sua tendência temporal, foi utilizado o método de decomposição denominado Seasonal-Trend decomposition using Loess (STL), que se baseia em uma regressão localmente ponderada (Cleveland; Cleveland; Mcree, 1990). Essa análise foi realizada utilizando o software RStudio por meio do pacote *forecast* (Hyndman *et al.*, 2024).

A série temporal das taxas de incidência, mortalidade e número de doses de vacina contra covid-19, juntamente com suas respectivas tendências temporais, pode ser observada na Figura 1. É possível identificar claramente as três principais ondas da doença registradas no estado, sendo a primeira em meados de 2020, a segunda em meados de 2021 e a terceira no início de 2023. Quanto às doses do imunizante, nota-se um rápido crescimento no início de 2021, à medida que os grupos-alvo foram ampliados para receber a vacina, seguido por uma diminuição ao longo dos meses, conforme a população foi sendo imunizada.

Figura 1. Série temporal mensal e tendência temporal da incidência e mortalidade por covid-19 e série temporal mensal e tendência temporal do número de doses de vacina aplicadas contra covid-19. São Paulo, Brasil (2020-2023)



Legenda: (A) Série temporal mensal e tendência temporal da incidência de covid-19 em São Paulo, Brasil (2020-2023). (B) Série temporal mensal e tendência temporal da mortalidade por covid-19 em São Paulo, Brasil (2020-2023). (C) Série temporal mensal e tendência temporal do número de doses de vacina aplicadas contra covid-19 em São Paulo, Brasil (2021-2023)

2.1.2 Aplicações: análise espacial

A análise espacial tem se mostrado uma ferramenta essencial no campo da saúde pública, fornecendo insights valiosos sobre a distribuição geográfica de doenças, fatores de risco e a eficácia das intervenções de saúde. Utilizando técnicas estatísticas para examinar padrões espaciais, torna-se possível identificar áreas de alta incidência de doenças, monitorar surtos e planejar intervenções mais eficazes.

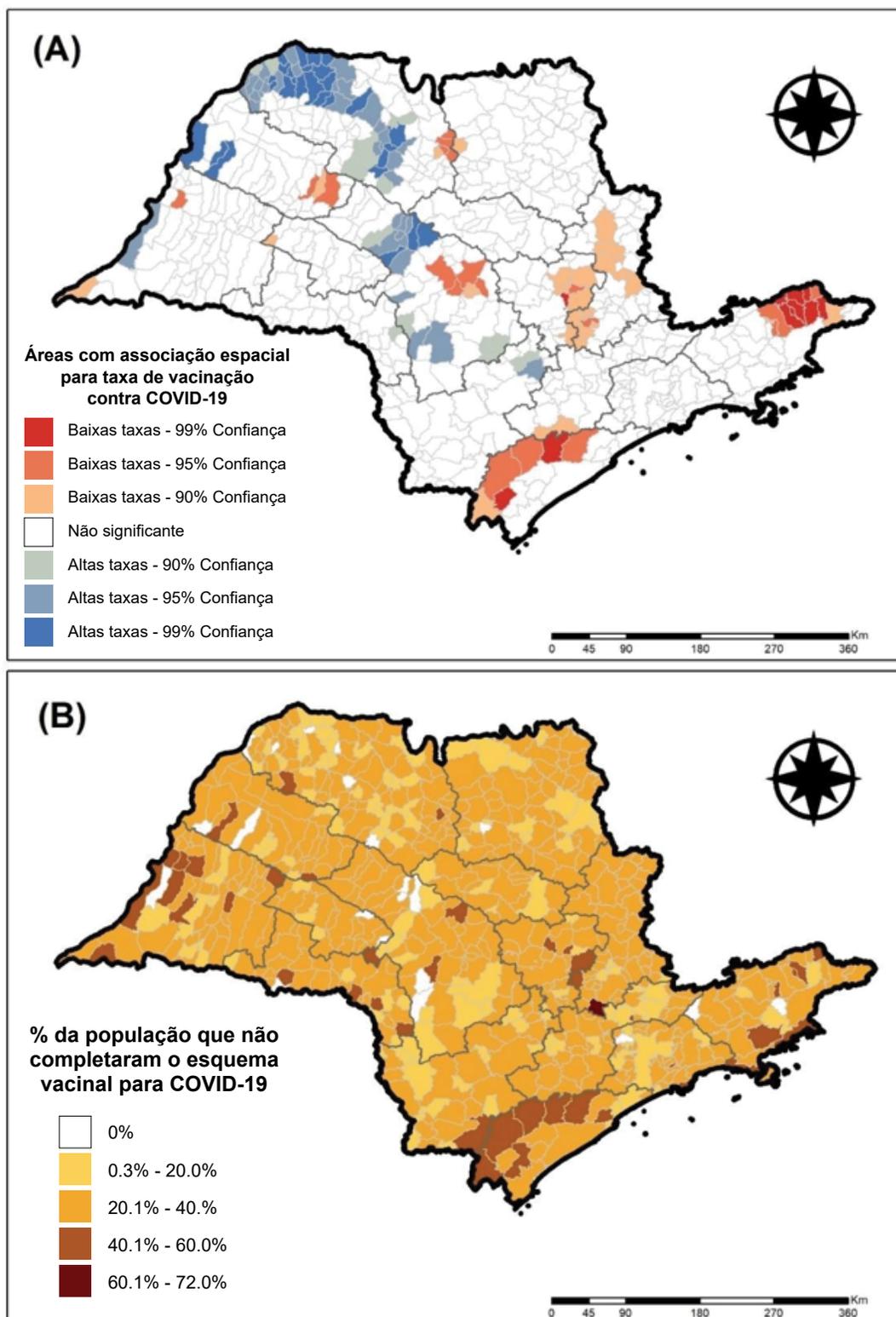
Uma das técnicas mais utilizadas nesse contexto é a estatística de Getis-Ord G_i^* (ou G_i^* Statistic), que é uma ferramenta estatística utilizada para identificar agrupamentos (*clusters*) espaciais de valores altos ou baixos em dados geográficos. Ela é amplamente usada em estudos de epidemiologia, criminologia, ecologia e outras disciplinas que lidam com dados espaciais (Cromley; McLafferty, 2011).

A estatística G_i^* é calculada para cada ponto em um conjunto de dados espaciais e compara a soma dos valores de um município e seus vizinhos com a soma total de todos os pontos no conjunto de dados. O resultado é um valor *z-score* que indica se há uma concentração estatisticamente significativa de valores altos (*hotspots*) ou baixos (*coldspots*) ao redor de um ponto específico. Um valor de *z-score* positivo indica a formação de um *hotspot*, ou seja, uma área onde valores altos estão agrupados, enquanto um *z-score* negativo indica a formação de um *coldspot*, ou seja, uma área onde valores baixos estão agrupados; já valores de *z-score* próximos de zero indicam que não há padrão espacial significativo ao redor do município.

Destacam-se algumas vantagens no uso da estatística G_i^* , como a identificação de *clusters* espaciais com alta precisão, destacando áreas de interesse para intervenção ou estudo adicional e sua versatilidade em poder ser aplicada em diversos campos e tipos de dados espaciais, desde saúde pública até estudos ambientais. Portanto, a técnica Getis-Ord G_i^* é uma ferramenta poderosa para a análise espacial de dados, proporcionando insights valiosos sobre padrões espaciais e auxiliando na tomada de decisões informadas em diversas disciplinas.

Para verificar a cobertura vacinal e a adesão da população em relação à imunização contra a covid-19, inicialmente calculou-se a taxa de vacinação para aqueles que completaram o esquema vacinal. Vale destacar que se considerou como esquema completo a administração de, no mínimo, duas doses do imunizante (ou uma dose única) mais uma dose reforço. Para o cálculo, utilizou-se no numerador o número de doses de reforço aplicadas e no denominador o total da população do estado, multiplicando-se pelo valor constante de 100. A partir da porcentagem da população vacinada, subtraiu-se esse valor obtido do valor total de 100% para obter a porcentagem da população que ainda não completou o esquema vacinal para covid-19.

Figura 2. Áreas com associação espacial segundo taxa de vacinação e distribuição espacial do percentual de pessoas que não completaram o esquema vacinal contra covid-19. São Paulo, Brasil (2020-2023)



Legenda: (A) Áreas com associação espacial para a taxa de vacinação contra covid-19 no estado de São Paulo, Brasil (2020-2023). (B) Distribuição espacial do percentual de pessoas que não completaram o esquema vacinal contra covid-19 no estado de São Paulo, Brasil (2020-2023)

Na Figura 2A é possível verificar as áreas com associação espacial para a taxa de vacinação a partir da aplicação da Estatística G_i^* . Foram identificados 56 municípios (8,56% do estado) com associação espacial para baixas taxas de vacinação contra covid-19, pertencentes às mesorregiões de Presidente Prudente, Araçatuba, São José do Rio Preto, Assis, Bauru e Itapetininga. Além disso, foram identificados 75 municípios (11,62% do estado) com associação espacial para altas taxas de vacinação contra covid-19, pertencentes às mesorregiões de Presidente Prudente, Araçatuba, São José do Rio Preto, Ribeirão Preto, Marília, Bauru, Piracicaba, Campinas, macrometropolitana paulista, litoral sul paulista e Vale do Paraíba.

A Figura 2B apresenta a classificação dos municípios do estado de São Paulo de acordo com a porcentagem de pessoas que não completaram o esquema vacinal contra covid-19, sendo que o maior percentual foi identificado no município de Indaiatuba (71,81%), pertencente à mesorregião de Campinas. Ademais, 42 municípios apresentaram um percentual de pessoas que não completaram o esquema vacinal contra covid-19 entre 40,1 e 60%, 447 municípios apresentaram percentual entre 20,1 e 40% e 132 municípios apresentaram um percentual abaixo de 20% da sua população.

2.1.3 Aplicações: análise espaçotemporal

A análise espaçotemporal é uma técnica que combina informações espaciais (localização) e temporais (tempo) para examinar padrões e relações em dados distribuídos no espaço e no tempo. Essa abordagem é particularmente útil em campos como epidemiologia, geografia, climatologia e ciências sociais, onde é essencial entender como eventos se distribuem e se correlacionam tanto no espaço quanto ao longo do tempo (Goodchild; Janelle, 2004).

Alguns benefícios da aplicação de técnicas de análises espaçotemporais são a capacidade de identificar padrões complexos que não são aparentes quando analisados apenas no espaço ou no tempo separadamente, a melhora da capacidade de prever eventos futuros e planejar intervenções oportunas e direcionadas, e o fornecimento de uma base sólida para a tomada de decisões em políticas públicas, saúde, planejamento urbano e outras áreas (Goodchild; Janelle, 2004).

A análise espaçotemporal é uma ferramenta indispensável para compreender a complexidade dos fenômenos que variam no espaço e no tempo, oferecendo insights valiosos para pesquisa e aplicação prática em diversas disciplinas. Aqui daremos destaque à técnica Spatial Variation in Temporal Trends (SVTT), desenvolvida por Martin Kulldorff e N. Nagarwalla em 1995 (Kulldorff; Nagarwalla, 1995).

Trata-se de uma metodologia estatística utilizada para detectar variações espaciais nos padrões temporais de dados epidemiológicos. O SVTT é particularmente eficaz para identificar áreas geográficas onde as tendências temporais de uma doença diferem significativamente do restante da região analisada.

A utilização do SVTT é justificada por várias razões, especialmente no campo da epidemiologia e da saúde pública, visto que permite a detecção de *hotspots* ou áreas onde a incidência de uma doença está aumentando ou diminuindo a taxas diferentes do que no restante da região. Isso é crucial para intervenções direcionadas e alocação de recursos. Além disso, a técnica ajuda a monitorar como as tendências de uma doença evoluem ao longo do tempo em diferentes localidades, fornecendo insights sobre a eficácia de medidas de controle e prevenção (Kulldorff, 1997).

Ademais, também permite uma análise espacial detalhada, levando em consideração tanto a dimensão espacial quanto a temporal dos dados, o que é essencial para compreender a dinâmica espaçotemporal das doenças, além de fornecer dados essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde mais informadas e eficazes, permitindo uma resposta mais rápida e direcionada a surtos de doenças (Kulldorff, 1997).

Com o objetivo de identificar os municípios do estado de São Paulo com tendência temporal crescente para os casos e óbitos por covid-19, utilizou-se a técnica SVTT, que, além das vantagens já expostas, difere das análises de varredura comumente utilizadas (puramente espacial e espaçotemporal), pois calcula as tendências temporais dos *clusters* e as compara com as demais áreas analisadas (Moraga; Kulldorff, 2016).

A identificação dos aglomerados é realizada por meio do posicionamento de um círculo de raio variável em torno do centroide de cada unidade de análise (municípios), e o número de casos observados e esperados é então calculado. Esse procedimento é realizado para todos os centroides, e quando o valor observado na área delimitada pelo círculo é maior ou menor que o esperado, é considerado um *cluster* (Kuldorf, 2015). É importante ressaltar que a SVTT não busca identificar aglomerados com número alto ou baixo de ocorrências do evento, mas verifica se a tendência temporal desse evento está aumentando ou diminuindo ao longo do tempo (Kuldorf, 2015).

A tendência temporal é calculada tanto dentro como fora do círculo de varredura. A mudança da tendência temporal do evento dentro de um *cluster* é chamada de Internal Temporal Trend (ITT), enquanto a tendência de todas as outras áreas que não pertencem a esse *cluster* é chamada de External Temporal Trend (ETT). Portanto, o que é estatisticamente significativo nessa análise são as tendências

temporais, não a formação do *cluster* em si, como ocorre na varredura puramente espacial e/ou espaço-temporal (Moraga; Kulldorff, 2016).

Com a aplicação da SVTT, constatou-se que os casos de covid-19 no estado de São Paulo estão apresentando decréscimo de 12,82% ao ano, corroborando a tendência temporal apresentada na Figura 1. Foi possível identificar seis *clusters* com variação na tendência temporal estatisticamente significativa apontando crescimento no número de casos ($p < 0,01$). O TTI variou de + 1,45% ao ano no *cluster* 1, englobando municípios das mesorregiões de São José do Rio Preto, macrometropolitana paulista, Itapetininga, litoral sul paulista e metropolitana de São Paulo, até TTI de + 78,97% ao ano, observado no *cluster* 6, referente ao município de Pindamonhangaba (mesorregião do Vale do Paraíba Paulista) (Figura 2).

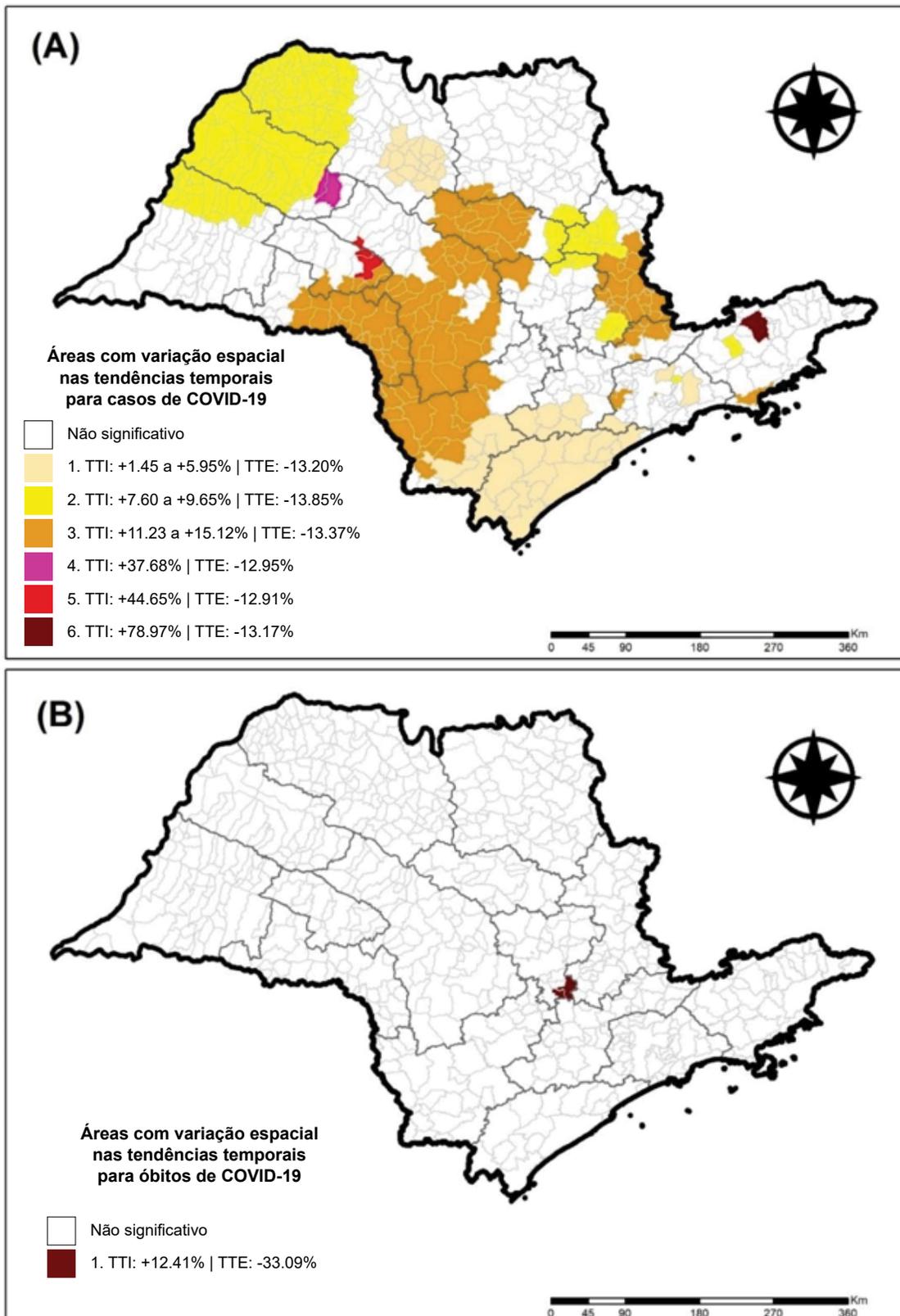
Ainda com o uso da SVTT, referente aos óbitos por covid-19 no estado de São Paulo, identificou-se um decréscimo de 33,05% ao ano, corroborando novamente a tendência temporal apresentada na Figura 1. Foi possível identificar um *cluster* com variação na tendência temporal estatisticamente significativa ($p < 001$), envolvendo os municípios de Capivari e Rafard (mesorregião de Piracicaba), com TTI de + 12.41% ao ano (Figura 2).

3 LIMITAÇÕES

Assim como qualquer tipo de estudo, é importante destacar algumas limitações a serem consideradas. A primeira delas é o delineamento ecológico utilizado ao analisar dados agregados (como taxas), que impossibilita a generalização dos resultados para o nível individual. Além disso, a utilização de dados de base secundária pode ter levado a informações indisponíveis ou incompletas, o que pode afetar a precisão dos resultados obtidos.

Outro aspecto importante a ser considerado frente aos dados apresentados como exemplos de aplicação do estado de São Paulo é que o diagnóstico de covid-19 foi realizado apenas em indivíduos sintomáticos e testados para a doença, o que, apesar de se tratar de banco de dados de mundo real, pode não representar o cenário epidemiológico do estado em sua totalidade.

Figura 2. Áreas com variação na tendência temporal para a ocorrência de casos e óbitos por covid-19. São Paulo, Brasil (2020-2023)



Legenda: (A) Áreas com variação na tendência temporal para a ocorrência de casos de covid-19 no estado de São Paulo, Brasil (2020-2023). (B) Áreas com variação na tendência temporal para a ocorrência de óbitos por covid-19 no estado de São Paulo, Brasil (2020-2023)

4 CONCLUSÃO

Este capítulo buscou apresentar e mostrar como o uso de técnicas de análises de dados secundários podem ser valioso na área da saúde pública. Com os dados do estado de São Paulo apresentados foi possível analisar as taxas de incidência, mortalidade e cobertura vacinal da covid-19, identificando territórios mais vulneráveis e com risco de novas catástrofes.

As ferramentas de análise espacial e séries temporais podem proporcionar uma visualização e melhor compreensão da evolução de agravos à saúde, fornecendo informações relevantes para nortear estratégias de controle e prevenção, visando mitigar os impactos da pandemia em áreas mais vulneráveis.

Portanto, utilizar um estudo que buscou dados de fontes primárias, em conjunto com insights a partir de dados secundários, proporciona uma base sólida para futuras intervenções e políticas de saúde pública, buscando melhorar a adesão à vacinação, identificar áreas com maior risco de disseminação do vírus (ou outros agravos em saúde) e adotar medidas eficazes de contenção. As autoridades de saúde devem continuar trabalhando em conjunto com diversos setores da sociedade para garantir o controle do novo coronavírus e proteger a saúde de toda a população. O aprimoramento contínuo do monitoramento epidemiológico e a disseminação de informações confiáveis são cruciais para enfrentar os desafios e garantir um futuro mais seguro para todos.

REFERÊNCIAS

- BAQUI, P. *et al.* Ethnic and regional variations in hospital mortality from covid-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. *The Lancet Global Health*, London, v. 8, n. 8, p. e1018-e1026, 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30285-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30285-0).
- BOX, G. E. P.; JENKINS, G. M.; REINSEL, G. C.; LJUNG, G. M. *Time series analysis: forecasting and control*. Hoboken: John Wiley & Sons, 2015.
- CHATFIELD, C. *The analysis of time series: an introduction*. Boca Raton: Chapman and Hall, 2004.
- CLEVELAND, R.; CLEVELAND, W.; MCCREE, J. E. Seasonal-trend decomposition procedure based on LOESS. *Journal of Official Statistics*, Stockholm, v. 6, p. 3-73, 1990.
- CROMLEY, E. K.; MCLAFFERTY, S. L. *GIS and public health*. New York: Guilford, 2011.
- GOODCHILD, M. F.; JANELLE, D. G. *Spatially integrated social science*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- GORDIS, L. *Epidemiology*. Philadelphia: Elsevier, 2013.
- HYNDMAN, R. J.; ATHANASOPOULOS, G. *Forecasting: principles and practice*. Melbourne: OTexts, 2018.

HYNDMAN, R. *et al.* *Package “forecast”*: Forecasting functions for time series and linear models. [S. l.]: Cran R-project, 2024. Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/forecast/forecast.pdf>. Acesso em: 9 set. 2024.

KULLDORFF, M. A spatial scan statistic. *Communications in Statistics: Theory and Methods*, Abingdon-on-Thames, v. 26, n. 6, p. 1481-1496, 1997. DOI: <https://doi.org/10.1080/03610929708831995>.

KULLDORFF, M. *SaTScan user guide V9.4*. [S. l.]: SaTScan TM, 2015.

LAST, J. M. *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2001.

MORAGA, P.; KULLDORFF, M. Detection of spatial variations in temporal trends with a quadratic function. *Statistical Methods in Medical Research*, Washington, DC, v. 25, n. 4, p. 1422-1437, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1177/0962280213485312>.

PORTA, M. (ed.). *A dictionary of epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2014.

ROTHMAN, K. J.; GREENLAND, S.; LASH, T. L. *Modern epidemiology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2008.

SÃO PAULO (Estado). Estado de São Paulo inicia vacinação contra covid-19. *Sp.gov*, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://www.saopaulo.sp.leg.br/blog/sao-paulo-inicia-vacinacao-contracovid-19/>. Acesso em: 9 set. 2024.

SÃO PAULO (Estado). *Seade coronavírus*. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2023. Disponível em: <https://coronavirus.seade.gov.br/>. Acesso em: 9 set. 2024.

SÃO PAULO (Estado). *Vacinômetro*. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2024. Disponível em: <https://vacinaja.sp.gov.br/vacinometro/>. Acesso em: 9 set. 2024.



Capítulo 12

Consulta a *stakeholders* e aplicação
das evidências para políticas públicas

Consulta a *stakeholders* e aplicação das evidências para políticas públicas

Mônica Chiodi Toscano de Campos
Letícia Peticarrara Ferezin
Rander Junior Rosa
Heriederson Sávio Dias Moura
Ariela Ferh Tártaro
Thaís Zamboni Berra
Juliana Soares Tenório de Araújo
Titilade Kehinde Ayandeyi Teibo
Reginaldo Bazon Vaz Tavares
Yan Mathias Alves
Clara Ferreira de Souza
Rosa Maria Pinheiro Souza
Severina Alice da Costa Uchoa
Ricardo Alexandre Arcêncio

1 INTRODUÇÃO

O projeto Termômetro Social Covid-19, conduzido em colaboração entre a Escola Nacional de Saúde da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL), a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-Fiocruz), foi dividido em três fases.

A primeira fase consistiu em um levantamento on-line utilizando um instrumento validado, com o intuito de compreender a percepção e o comportamento de risco, bem como seus determinantes. Em vista da dificuldade de acesso das pessoas em situação de vulnerabilidade social à internet, foi conduzida uma pesquisa de campo.

Na segunda fase foram analisados os indicadores do comportamento de risco coletivo da população, manifestado pelo distanciamento social, bem como a adesão às medidas de proteção coletiva, representada pela cobertura vacinal, e suas consequências, avaliadas por meio de indicadores de morbimortalidade tanto na população em geral quanto na população em situação de vulnerabilidade social.

Na terceira fase, as consultas com os *stakeholders* tiveram como objetivo ampliar a compreensão dos resultados da pesquisa e recomendar sua tradução para políticas públicas e para os serviços de saúde, visando impactar positivamente a população brasileira.

A inclusão dos *stakeholders* no processo de avaliação é vista como uma maneira de aumentar a relevância e a aceitação dos resultados de um projeto, decisão ou iniciativa em questão, bem como a aplicação prática da avaliação. Integrar diferentes perspectivas, valores e expectativas permite que os indivíduos se envolvam no processo de mudança de maneira comprometida (Cousins; Whitmore, 1998). Além disso, durante as fases de implementação, isto é, na execução das ações planejadas, essa inclusão possibilita a identificação precoce de possíveis problemas e a realização de ajustes necessários, visando aprimorar a efetividade da implementação. Pode-se caracterizar essa abordagem como uma atividade que engloba pesquisa, educação e ação de forma integrada (Furtado *et al.*, 2013; Moritz, 2010).

É importante ressaltar que a aplicação da consulta aos *stakeholders* em um projeto de pesquisa desempenha um papel crucial na garantia de que os resultados do estudo sejam relevantes, significativos e aplicáveis às partes interessadas envolvidas. Antes mesmo de iniciar o processo de pesquisa, é fundamental identificar e envolver os principais *stakeholders*, que podem incluir grupos como membros da comunidade, movimentos sociais, especialistas do setor, governos locais ou outros pesquisadores. A consulta aos *stakeholders* desempenha um papel fundamental na garantia da relevância e aplicabilidade dos resultados da pesquisa, ao mesmo tempo que fortalece os vínculos entre os pesquisadores e as comunidades às quais eles servem.

2 DESENVOLVIMENTO

No Termômetro Social Covid-19, foi conduzida uma apresentação sobre a consulta aos *stakeholders*, com a definição de *stakeholders*, os momentos adequados para realizar consultas, a identificação de possíveis *stakeholders*, as metodologias utilizadas na consulta e os benefícios dessa prática. O propósito da apresentação foi preparar e capacitar a equipe de pesquisa para o início da terceira fase do projeto Termômetro Social Covid-19. A primeira reunião para consulta aos *stakeholders*, foi realizada na EERP-USP, com a equipe de pesquisa multidisciplinar e com expertise valiosa para a discussão proposta.

Nesse momento, foram definidos para discussão da equipe quem seriam os *stakeholders*; a metodologia; o painel de evidências do projeto, considerando quais evidências seriam enviadas para a consulta aos *stakeholders*; o processo de comunicação com os *stakeholders*, considerando as características distintas desses atores; de que forma aconteceria a avaliação do processo de consulta aos *stakeholders*; e o cronograma da terceira fase.

A definição do painel das evidências do projeto elencadas foi feita por meio de uma votação de todos os que estavam presentes na reunião, conformando a definição das evidências, as estratégias para realização da consulta e a definição dos *stakeholders*, sendo classificado o nível de prioridade das evidências escolhidas com o foco de responder ao objetivo geral e específico do projeto. Além disso, também foram discutidas as possíveis formas de divulgação da translação das evidências do projeto, como jornais, redes sociais, movimentos sociais que atuam junto às populações vulnerabilizadas, folders e cartilhas.

Com essas definições, os pesquisadores elaboraram e enviaram o primeiro formulário on-line aos 56 *stakeholders*, por e-mail e WhatsApp, sendo oito gestores do Ministério da Saúde, dezesseis membros do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), nove profissionais da saúde de serviços de referência de combate à covid-19 durante a pandemia, vinte líderes de movimentos sociais e três membros do Barômetro Covid-19/ENSP-NOVA – Opinião Social. Foi estabelecido um prazo de 11 dias para a resposta ao primeiro formulário, destacando que o contato aos *stakeholders* foi feito por meio de um convite, e em caso de aceite, ao acessar o formulário, inicialmente, o participante deveria assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Somente após sua concordância poderia avançar para o preenchimento do formulário.

Após o prazo estabelecido, foi realizada uma reunião na EERP-USP com a equipe de pesquisa do projeto com o objetivo de verificar as respostas dos *stakeholders* do primeiro formulário enviado. Cabe ressaltar que obtivemos um total de treze respostas, e foram apontadas as temáticas mais relevantes do projeto e como deveriam ser transmitidas para a disseminação dos resultados.

Os *stakeholders* indicaram (69,2%) os “Territórios ou municípios em risco pela incompletude do esquema de vacinação da covid-19 e indicadores de morbimortalidade” como a evidência mais prioritária. No entanto, as demais evidências também foram elencadas como de alta prioridade, sendo 61,5% para os “Comportamentos de risco durante a pandemia de covid-19 (distanciamento físico, uso de máscara, lavagem das mãos) na população geral e nas populações vulnerabilizadas”; 38,5% para as “Desigualdades interseccionadas (gênero, raça, escolaridade, renda, território e outras)”, 53,8% para o “Acesso aos serviços de saúde (Visita do agente comunitário de saúde, Unidade Básica de Saúde, convênio/plano de saúde, profissional de saúde como fonte de informação etc.)” 46,2% para a “Autopercepção da saúde mental e manifestações psicológicas” e para as “Violências vividas e/ou presenciadas”.

Concomitantemente às respostas dos *stakeholders* ao primeiro formulário on-line, a equipe de pesquisa definiu a forma de disseminação e translação dos resultados do projeto para os gestores do Ministério da Saúde, membros do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), profissionais da saúde de serviços

de referência de combate à covid-19 durante a pandemia e membros do Barômetro Covid-19/ENSP-NOVA – Opinião Social, por meio de um relatório da síntese dos resultados que seria enviado por e-mail. Para os líderes de movimentos sociais foi agendada uma reunião on-line para apresentação do relatório e do folder, para distribuição para a população vulnerabilizada, e para a população geral foi elaborado um folder com os principais resultados do projeto divulgados por meio das redes sociais.

Para a construção da síntese final dos resultados, os pesquisadores apresentaram sua síntese por meio de gráficos, e os resultados mais relevantes foram escolhidos para a construção do segundo formulário on-line aos *stakeholders*. Nesse segundo formulário o objetivo foi consultar os *stakeholders* para que opinassem sobre quais políticas públicas ou mudanças nos serviços de saúde poderiam ser feitas diante dos resultados da pesquisa. Cabe ressaltar que esse segundo formulário foi enviado para os mesmos *stakeholders* que responderam ao primeiro formulário, e foi estabelecido um novo cronograma a fim de direcionar as etapas finais da terceira fase do Termômetro Social Covid-19. Ao final do período estabelecido, retornaram três respostas ao segundo formulário enviado aos treze *stakeholders*, e a partir dessa consulta os pesquisadores elaboraram o relatório da síntese dos resultados.

O Termômetro Social Covid-19 caracterizou os participantes considerando suas características sociodemográficas e de vulnerabilidade, e foram identificados os fatores epidemiológicos, sociopolíticos e culturais associados a essas percepções de risco e comportamentos.

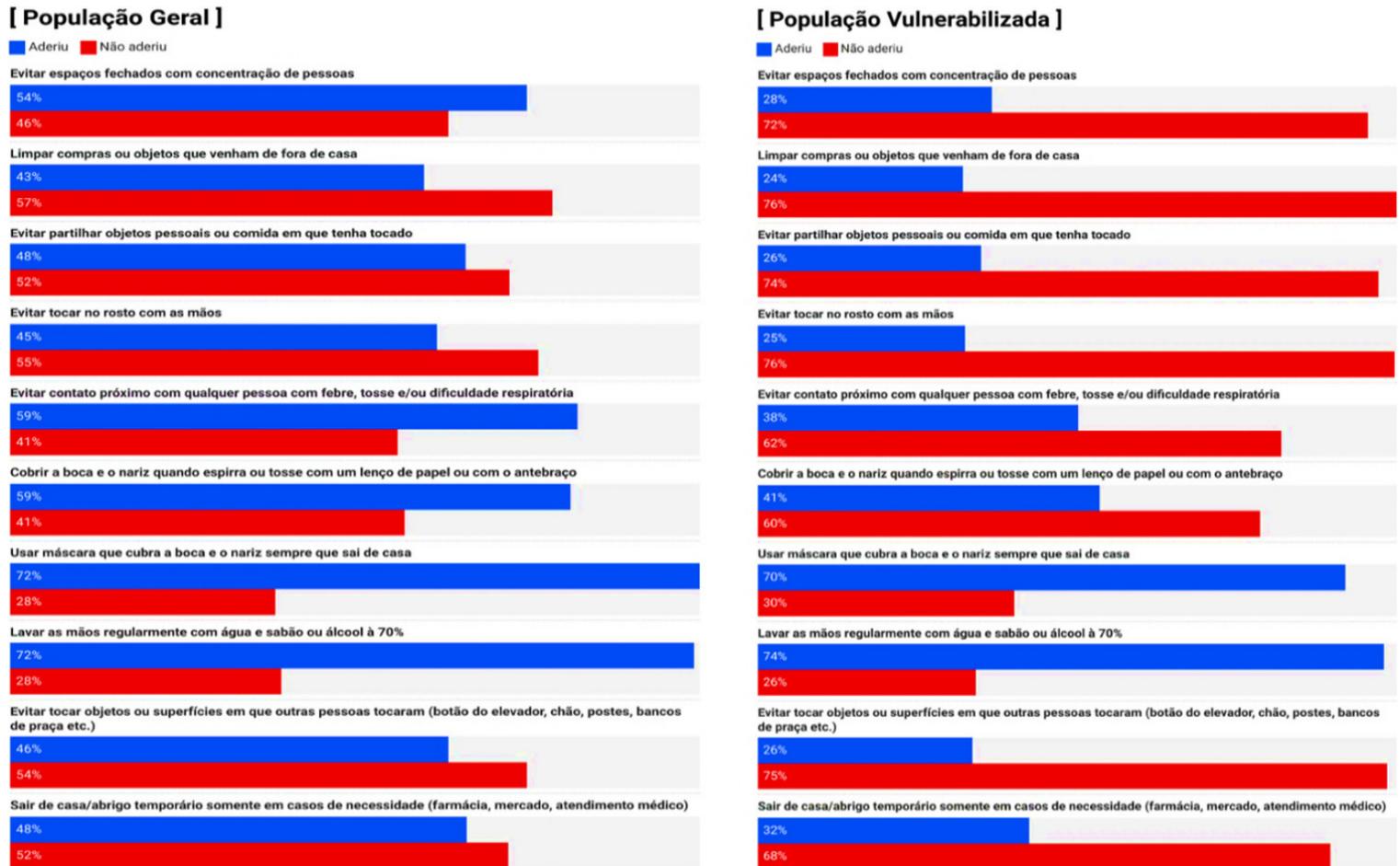
Na população geral, 3.408 pessoas responderam ao questionário; a maioria estava na faixa etária de 30 a 59 anos (58,9%), pertenciam ao gênero feminino (63,2%), com predominância da cor/raça branca (55,5%), nível de escolaridade de pós-graduação (40,3%) e rendimento acima de dez salários mínimos (20,7%). Considerando a população vulnerabilizada, 2.867 pessoas foram entrevistadas, a maioria também na faixa etária de 30 a 59 anos (66,8%), porém eram do gênero masculino (59,8%), cor/raça preta/parda (72,1%), fundamental incompleto (30,6%) e rendimento inferior a um salário mínimo (37,4%).

Apresentamos então os resultados do Termômetro Social Covid-19, considerando as evidências que foram elencadas pelos *stakeholders* como as de divulgação prioritária.

2.1 Comportamentos de risco durante a pandemia de covid-19 (distanciamento físico, uso de máscara, lavagem das mãos) na população geral e nas populações vulnerabilizadas

Constatou-se que a população vulnerabilizada aderiu a menos medidas de proteção necessárias para o controle e combate da covid-19, conforme evidenciado na Figura 1.

Figura 1. Comportamentos de risco durante a pandemia da covid-19 na população em geral e nas populações vulnerabilizadas no Termômetro Social Covid-19.



Diante desse cenário, procedeu-se à consulta dos *stakeholders*, com o propósito de discernir quais políticas públicas poderiam ser promulgadas para o aumento da adesão dessa população vulnerabilizada às medidas de proteção, almejando atenuar não apenas os impactos dessa pandemia, mas também potenciais crises sanitárias subsequentes. Considerando os comportamentos de risco observados, os *stakeholders* forneceram sugestões de políticas a serem adotadas:

- Estabelecer parcerias com organizações comunitárias, líderes locais e instituições religiosas para ampliar a disseminação de informações confiáveis e promover a adesão às medidas preventivas. Isso envolve a utilização de canais de comunicação acessíveis e confiáveis para alcançar essas populações e transmitir mensagens claras e pertinentes sobre a importância das medidas de proteção.
- Investir em programas de educação em saúde e garantir acesso a insumos e recursos necessários para a manutenção das medidas de proteção. Isso inclui a distribuição de máscaras, álcool em gel e outros materiais essenciais,

bem como a realização de campanhas educativas para orientar sobre o uso adequado desses recursos e promover a adoção de hábitos saudáveis.

- Realizar campanhas de sensibilização da população, visando educar de forma mais eficaz sobre a importância das medidas de prevenção. Isso pode incluir a divulgação de informações claras e acessíveis sobre os riscos associados à covid-19, bem como a promoção de comportamentos saudáveis e responsáveis para reduzir a propagação do vírus.

A implementação dessas políticas requer uma abordagem abrangente e colaborativa, envolvendo tanto o setor público quanto o privado, bem como a participação ativa das comunidades afetadas. Ao adotar medidas proativas e baseadas em evidências, é possível aumentar significativamente a adesão às medidas de proteção e reduzir o impacto da covid-19 e de futuras crises sanitárias.

2.2 Acesso e busca de informações sobre a covid-19

A busca de informação entre os profissionais de saúde revelou-se subutilizada tanto na amostra representativa da população em geral quanto nas populações mais vulnerabilizadas, conforme apresentado na Figura 2.

Nesse contexto, os *stakeholders* foram consultados sobre possíveis estratégias de políticas públicas que poderiam ser implementadas para destacar esses profissionais como agentes-chave na divulgação de informações confiáveis. Entre as sugestões recebidas, destacam-se as seguintes:

- Estímulo à criação de redes de apoio: proporcionar incentivos para o estabelecimento de redes entre os profissionais de saúde, visando a troca de informações, o compartilhamento de experiências e a disseminação de boas práticas, com o intuito de promover uma efetiva difusão do conhecimento acerca da covid-19.
- Implementação de políticas de educação permanente em saúde com possibilidade de progressão de carreira no Programa de Capacitação em Saúde Suplementar (PCSS), visando à atualização contínua e ao desenvolvimento profissional dos trabalhadores da saúde, possibilitando uma melhor capacidade de resposta frente aos desafios emergentes, como a pandemia de covid-19.
- Fortalecimento da Atenção Básica, com ênfase no reforço dos vínculos entre profissionais da saúde e a comunidade atendida. Isso envolve investimentos em recursos humanos, estrutura física e processos de trabalho, visando uma atuação mais integrada e eficiente na prevenção, detecção

e manejo de casos relacionados à covid-19, além de outras demandas de saúde da população.

Figura 2. Acesso e busca de informações por profissionais da saúde sobre a covid-19, pela população em geral e pela população vulnerabilizada no Termômetro Social Covid-19

[População Geral]

■ Sim ■ Não

Fonte de informação sobre a vacina da COVID-19: profissionais da saúde



Fonte de informação sobre a COVID-19: profissionais da saúde



[População Vulnerabilizada]

■ Sim ■ Não

Fonte de informação sobre a vacina da COVID-19: profissionais da saúde

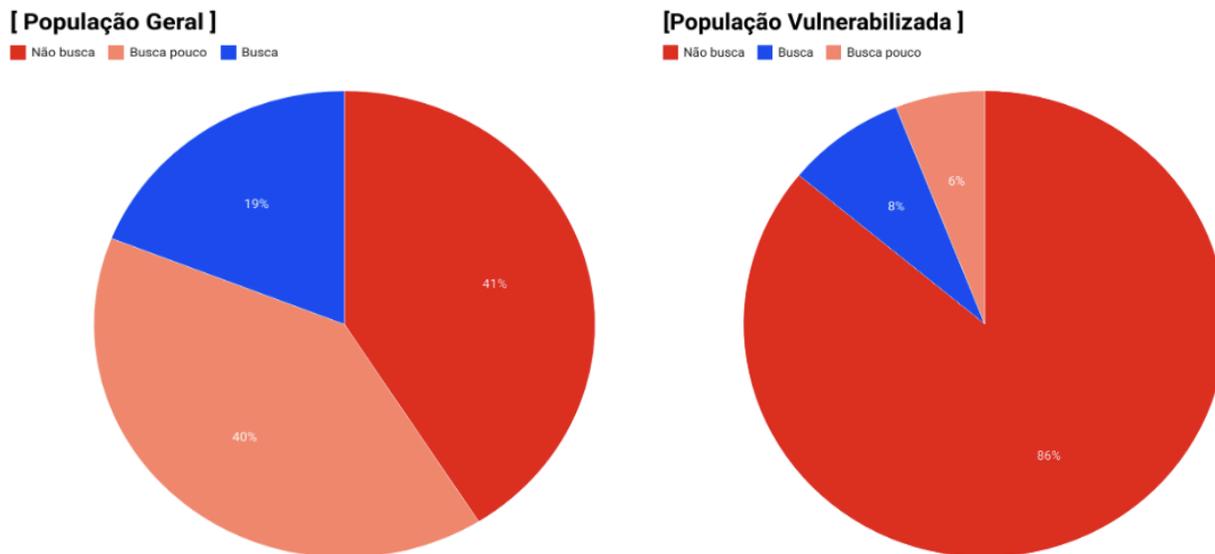


Fonte de informação sobre a COVID-19: profissionais da saúde



Ainda considerando a busca de informações, nossos dados revelaram uma tendência de baixa procura por conteúdo produzido por órgãos oficiais, tanto em âmbito internacional quanto nacional, bem como por instituições acadêmicas. Os dados indicam uma subutilização dos recursos informativos disponibilizados por entidades como a Organização Mundial da Saúde (OMS), a Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), o Ministério da Saúde, as secretarias de saúde, prefeituras e universidades, incluindo cientistas, pesquisadores e projetos desenvolvidos pela comunidade acadêmica, os dados são apresentados na Figura 3.

Figura 3. Acesso e busca de informações sobre a covid-19 em órgãos oficiais e instituições acadêmicas pela população em geral e pela população vulnerabilizada no Termômetro Social Covid-19



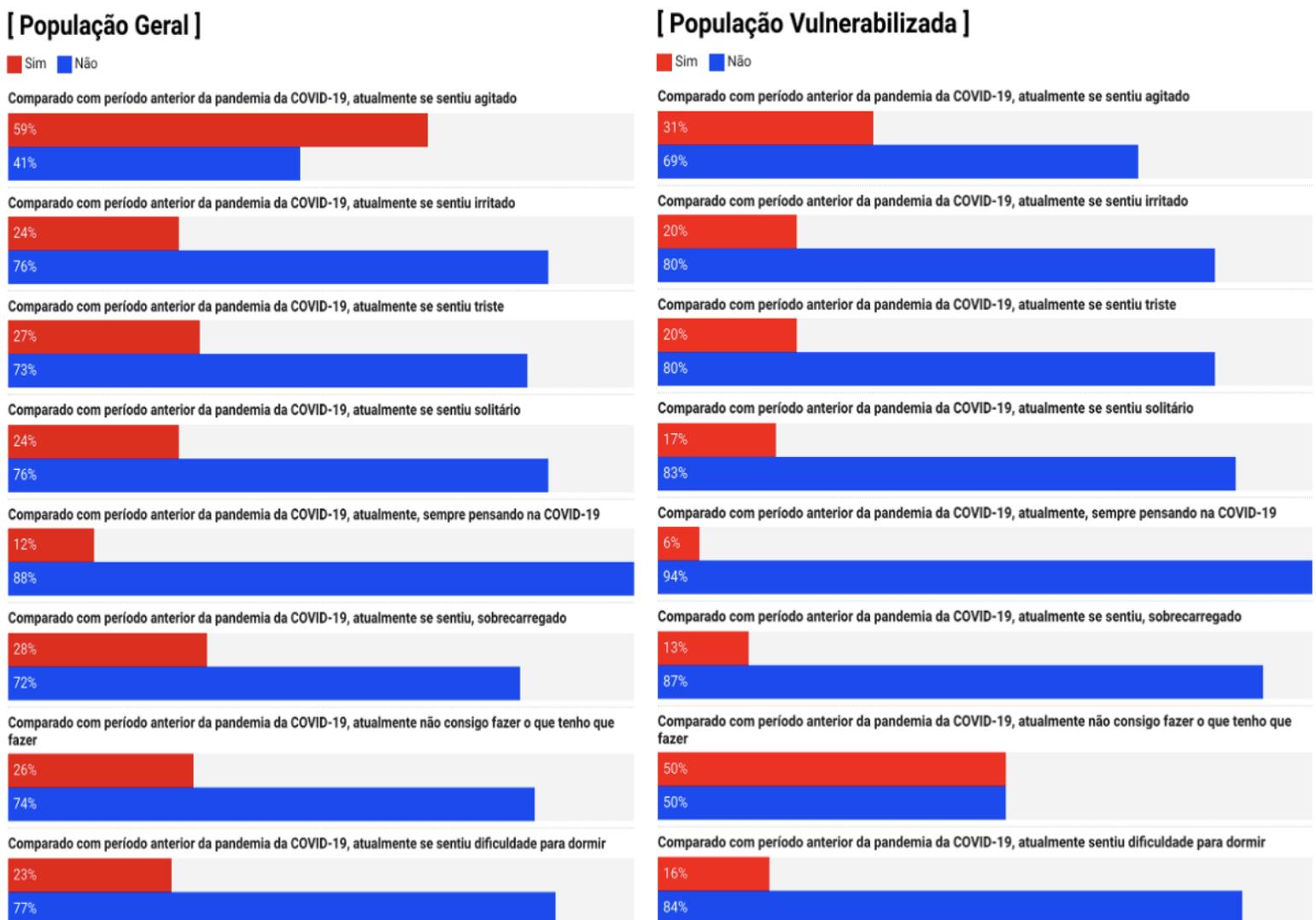
Nesse contexto, os *stakeholders* foram consultados quanto às possíveis políticas públicas que poderiam ser implementadas para ampliar a visibilidade das informações produzidas por tais instituições. As sugestões obtidas foram as seguintes:

- Campanhas de conscientização: propor o desenvolvimento de campanhas de conscientização veiculadas em diversos meios de comunicação, enfatizando a credibilidade e confiabilidade das informações oriundas de órgãos oficiais, universidades e entidades internacionais. O intuito é incentivar a população a buscar e confiar nessas fontes como referências confiáveis de conhecimento, especialmente no contexto da pandemia de covid-19.
- Utilização de mídias sociais: explorar as mídias sociais como ferramentas estratégicas para a disseminação de informações produzidas por órgãos oficiais e instituições acadêmicas. A criação e o compartilhamento de conteúdo relevante e embasado cientificamente nessas plataformas pode contribuir significativamente para alcançar diferentes segmentos da sociedade, especialmente os mais jovens e conectados.
- Fortalecimento dos canais oficiais de divulgação: investir no aprimoramento e fortalecimento dos canais oficiais de comunicação dessas instituições, garantindo que as informações relevantes sejam acessíveis, compreensíveis e facilmente encontradas pelo público. Isso pode incluir a atualização constante de *websites*, a disponibilização de materiais educativos e informativos, além da promoção de eventos e iniciativas de engajamento comunitário.

2.3 Autopercepção da saúde mental e manifestações psicológicas comparadas com o período anterior à covid-19

Os resultados da pesquisa revelaram um impacto significativo na saúde mental da população vulnerabilizada durante a pandemia de covid-19, em comparação com períodos anteriores, conforme demonstrado nos dados apresentados na Figura 4.

Figura 4. Autopercepção da saúde mental e manifestações psicológicas comparadas com o período anterior à covid-19 pela população em geral e pela população vulnerabilizada, no Termômetro Social Covid-19



Diante desse cenário, os *stakeholders* foram consultados sobre quais políticas públicas e estratégias específicas voltadas aos serviços de saúde poderiam ser implementadas para mitigar o impacto na saúde mental dessa população em futuras crises sanitárias. As sugestões obtidas foram as seguintes:

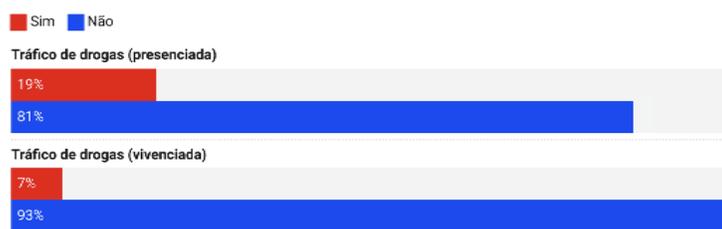
- Promoção da integração de serviços de saúde mental com outros serviços de saúde: proporcionar uma abordagem holística e integrada que atenda não apenas às necessidades físicas, mas também às necessidades mentais das populações vulnerabilizadas. Isso envolve a criação de estruturas e protocolos que permitam uma colaboração eficaz entre os diferentes profissionais de saúde, visando uma assistência abrangente e coordenada.
- Acesso a grupos terapêuticos, consultas com psiquiatras e psicólogos: garantir o acesso a uma variedade de serviços terapêuticos, incluindo grupos de apoio, consultas individuais com especialistas em saúde mental, como psiquiatras e psicólogos. Essas intervenções podem proporcionar suporte emocional, estratégias de enfrentamento e tratamento adequado para as condições de saúde mental enfrentadas pela população vulnerabilizada.
- Melhoria do acesso à terapia e aos cuidados mentais na rede pública: implementar medidas que ampliem o acesso da população vulnerabilizada aos serviços de terapia e cuidados mentais oferecidos pelo sistema de saúde pública. Isso pode incluir a expansão da oferta de serviços de saúde mental em unidades básicas de saúde, centros comunitários e hospitais, além do fortalecimento de programas de capacitação para profissionais de saúde que atuam nessa área.

2.4 Violência presenciada e vivenciada durante a pandemia de covid-19

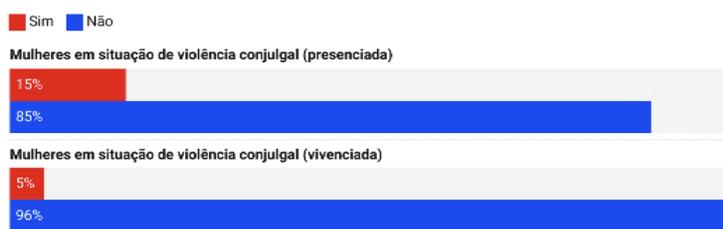
Os dados da pesquisa revelam que tanto a população em geral quanto as populações vulnerabilizadas vivenciaram e presenciaram situações de violência durante a pandemia de covid-19, conforme evidenciado nas Figuras 5 e 6.

Figura 5. Situações de violência presenciadas e vivenciadas pela população em geral e pela população vulnerabilizada durante a pandemia de covid-19, no Termômetro Social Covid-19

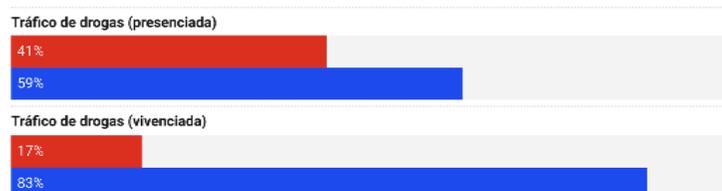
[População Geral]



[População Geral]



[População Vulnerabilizada]



[População Vulnerabilizada]

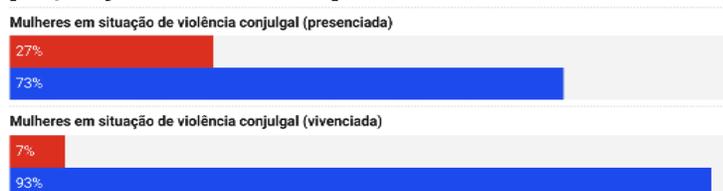
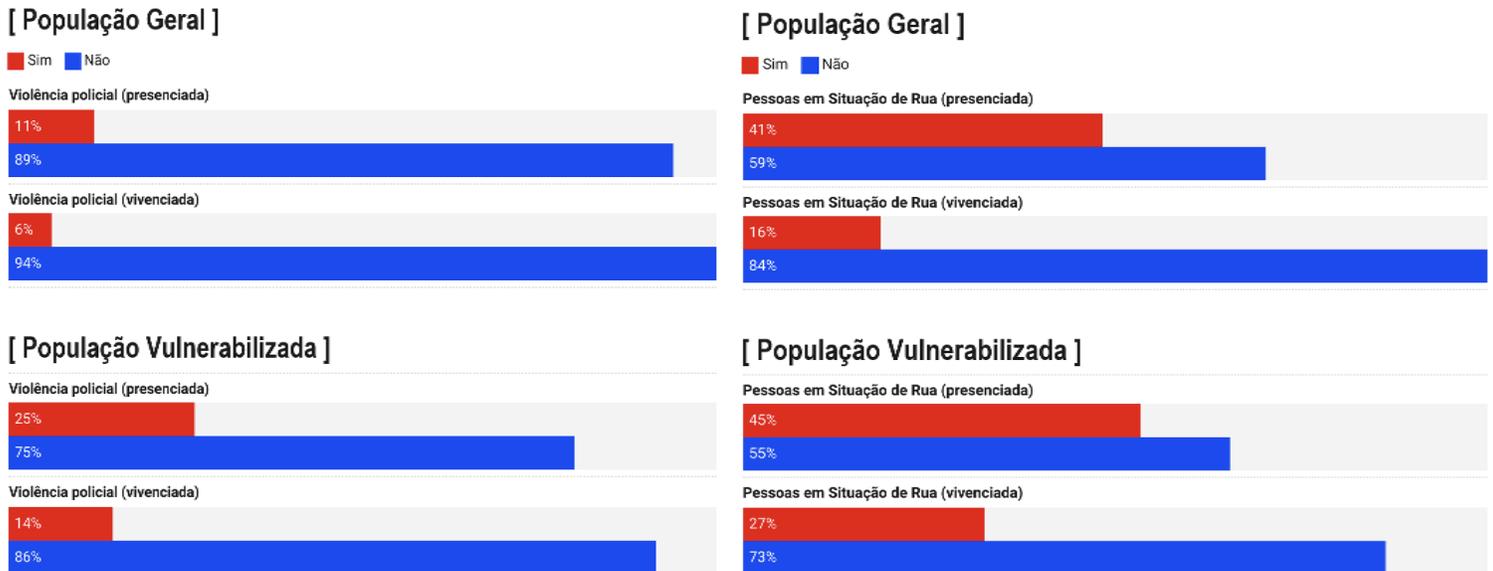


Figura 6. Situações de violência presenciadas e vivenciadas pela população em geral e pela população vulnerabilizada durante a pandemia de covid-19, no Termômetro Social Covid-19



Em resposta a esses desafios, foram sugeridas diversas estratégias e políticas públicas para abordar essas questões e fornecer suporte eficaz para reduzir a vulnerabilidade. As sugestões e respostas obtidas foram as seguintes:

No que diz respeito ao *tráfico de drogas*:

- Implementar programas de prevenção ao uso de drogas desde a infância: fornecer educação e informações claras sobre os riscos associados ao tráfico de drogas, com foco especial em comunidades vulnerabilizadas, visando prevenir o uso e o envolvimento com substâncias ilícitas desde cedo.
- Política multissetorial: desenvolver e implementar políticas que envolvam diversos setores, como saúde, educação, habitação e segurança, para abordar as causas subjacentes do tráfico de drogas e fornecer suporte abrangente para prevenir e combater esse problema.
- Melhoria do acesso à terapia e cuidados mentais: reforçar os programas de combate às drogas, incluindo maior acesso à terapia e aos cuidados mentais na rede pública como parte integrante de uma abordagem holística para lidar com as consequências do tráfico de drogas na sociedade.

Com relação à *violência conjugal*:

- Reforçar e expandir serviços de atendimento a vítimas de violência: garantir recursos adequados, treinamento para profissionais de saúde e mecanismos eficazes de denúncia para oferecer suporte às vítimas e interromper o ciclo de violência.

- Política multissetorial: promover a colaboração entre diferentes setores, como saúde, assistência social, habitação e segurança, para desenvolver e implementar estratégias abrangentes de combate à violência conjugal, visando proteger os direitos das vítimas e prevenir futuros casos de violência.
- Fortalecimento de programas de combate à violência: reforçar os programas existentes de combate à violência, garantindo maior segurança para a notificação e denúncia de casos, além de oferecer melhor acesso à terapia e aos cuidados mentais na rede pública para apoiar as vítimas em sua recuperação.

Com relação à *violência policial*:

- Implementar programas de treinamento para as forças policiais: priorizar treinamentos que enfatizem os direitos humanos, o respeito à dignidade das pessoas e técnicas de abordagem não violentas, visando reduzir incidentes de violência policial e garantir uma aplicação justa e equitativa da lei.
- Política multissetorial: promover uma abordagem integrada que envolva diferentes setores, como saúde, educação, habitação e segurança, para abordar as questões subjacentes que contribuem para a violência policial e promover a responsabilidade e transparência no exercício da força policial.
- Maior transparência das ações de instituições de segurança pública: garantir uma maior transparência nas ações das instituições de segurança pública, promovendo a prestação de contas e fortalecendo a confiança da comunidade nas forças policiais. Isso pode ser alcançado por meio de políticas que incentivem a divulgação de informações e a responsabilização por condutas inadequadas.

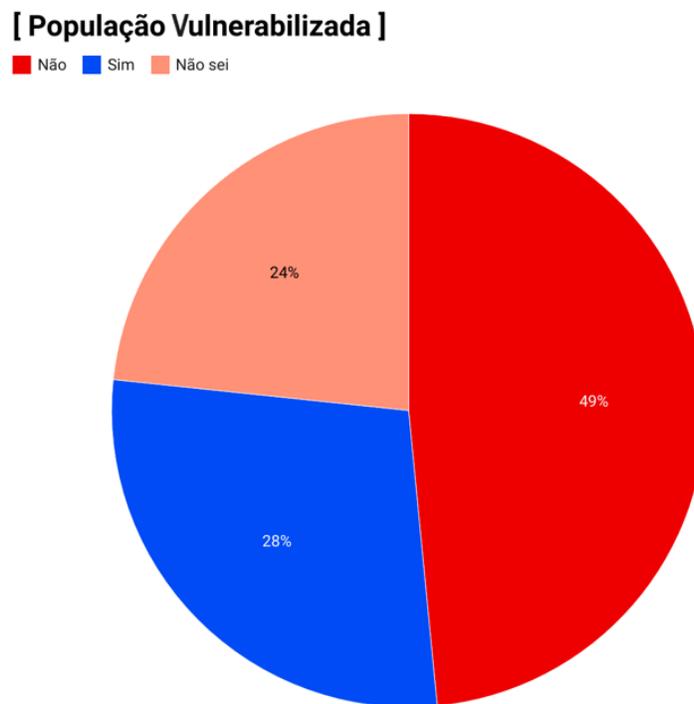
Para lidar com a situação de *pessoas em situação de rua* durante a pandemia:

- Implementar programas de habitação acessível: proporcionar moradias seguras e estáveis para indivíduos em situação de rua, juntamente com apoio habitacional que inclua assistência para aluguel e serviços de transição, visando facilitar a reintegração social dessas pessoas.
- Implementação das políticas públicas já vigentes: garantir a implementação efetiva das políticas existentes destinadas a essa população, a fim de assegurar que recebam os serviços e o apoio de que necessitam.
- Melhoria dos mecanismos de assistência social: aprimorar os serviços de assistência social para atender às necessidades da população em situação de vulnerabilidade, oferecendo recursos e suporte adequados para melhorar sua qualidade de vida.

2.5 Territórios ou municípios em risco pela incompletude do esquema de vacinação da covid-19 e indicadores de morbimortalidade

Durante o período da pandemia de covid-19, mesmo com a disponibilidade dos imunizantes contra a doença para toda a população, observou-se que as populações vulnerabilizadas que participaram da pesquisa manifestaram hesitação em relação à vacinação, ou desconhecimento sobre sua intenção de se vacinar, como evidenciado na Figura 7.

Figura 7. Adesão da população vulnerabilizada em relação à vacina da covid-19, no Termômetro Social Covid-19



Diante desse cenário, foram sugeridas diversas políticas públicas e estratégias específicas voltadas aos serviços de saúde com o objetivo de aumentar a adesão à vacinação nesse grupo populacional.

- Desenvolvimento de campanhas de conscientização culturalmente sensíveis: proporcionar campanhas informativas que sejam culturalmente adaptadas e compreensíveis para as populações vulnerabilizadas, abordando mitos, crenças e preocupações específicas relacionadas à vacinação. Essas campanhas devem ser acessíveis e abordar de forma clara e direta os benefícios da vacinação para a saúde individual e coletiva.
- Melhoria do acesso aos serviços de vacinação: garantir o acesso facilitado aos serviços de vacinação, eliminando possíveis barreiras, como a

exigência de documentos como CPF ou Cartão SUS, e os horários restritivos de funcionamento das salas de vacinação, além de combater a propagação de informações falsas (*fake news*) que possam gerar dúvidas ou receios sobre a vacinação.

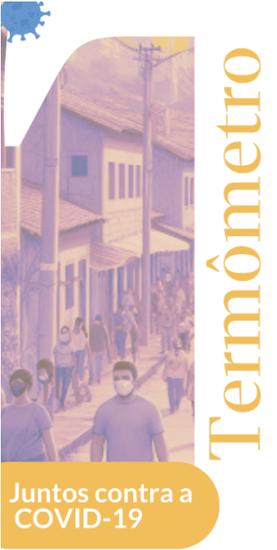
- Sensibilização da população vulnerabilizada: promover a conscientização e a educação sobre a importância da vacinação como medida de proteção coletiva, destacando os benefícios tanto para o indivíduo quanto para a comunidade em geral. Essa sensibilização deve ser realizada por meio de estratégias educativas e informativas direcionadas especificamente para as populações vulnerabilizadas, visando esclarecer dúvidas e dissipar receios relacionados à vacinação.

2.6 Desigualdades interseccionadas (gênero, escolaridade e situação trabalhista)

Para uma melhor compreensão das diferentes facetas sociais, realizamos uma análise multinível de heterogeneidade individual e precisão discriminatória com enfoque interseccional. O propósito foi aprofundar o entendimento das inter-relações entre os indivíduos, suas identidades sociais, as disparidades em saúde e seus comportamentos diante da pandemia de covid-19. O modelo multinível decorrente dessa análise configura uma abordagem inovadora para investigar as discrepâncias em saúde na interseção de múltiplas identidades sociais, salientando a heterogeneidade intra e entre os estratos sociais.

Inicialmente, foi necessário escolher as variáveis das dimensões que serão estratificadas, criando dimensões distintas para entender como cada estrato se relaciona com o desfecho escolhido. No Termômetro Social Covid-19, as dimensões cruzadas foram as variáveis sociodemográficas com adesão ou não adesão aos fatores de proteção contra a covid-19. As variáveis sociodemográficas que constituíram as dimensões sociais incluem o gênero, com duas possíveis respostas (“homens” e “mulheres”); a situação trabalhista, com cinco opções de respostas (“desempregado”, “estudante”, “trabalho informal”, “trabalho formal” e “aposentado”); e a escolaridade, que tem quatro categorias de respostas (“sem escolaridade”, “ensino fundamental”, “ensino médio” e “ensino superior”). A variável de desfecho foi a adesão ou não adesão aos fatores de proteção contra covid-19.

Figura 8. Folder apresentado aos líderes de movimentos sociais



Termômetro

Juntos contra a COVID-19

Os resultados apresentados neste folder são frutos da pesquisa "TERMÔMETRO SOCIAL COVID-19".

Esta pesquisa foi realizada na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP).

O objetivo da pesquisa foi compreender a percepção e comportamento de risco da população brasileira frente a pandemia da COVID-19, e seus fatores associados.



Siga as páginas para ficar ligado nas novidades

 Pesquisa Termômetro Social Covid-19 Brasil
 @pesquisatermometro

Um projeto feito em parceria entre:



Entendendo o impacto da Pandemia COVID-19 no cotidiano brasileiro

A CIÊNCIA AO NOSSO LADO



TERMÔMETRO SOCIAL COVID-19

O estudo contou com a resposta de pessoas de todo o Brasil

Populações vulnerabilizadas e geral

6277 participantes

Estes responderam a pesquisa que buscou saber sobre como os brasileiros vivenciaram a Pandemia da COVID-19

O estudo realizou entrevistas e também compartilhou o questionário para as pessoas responderem de forma *online*

Em cada população observamos diferentes perfis de respondentes, como:

Pop. vulnerabilizada	Pop. geral
67% - 30 a 59 anos	Idade 30 a 59 anos - 59%
60% - Homens	Gênero Mulheres - 63%
72% - Pretos/pardos	Raça/cor Brancos - 40%
30% - Fundamental incompleto	Escolaridade Pós-graduação - 40%

SAÚDE MENTAL

Como as pessoas se sentiram durante a Pandemia da COVID-19:

- + Dificuldade para dormir
- + Agitado
- + Irritado
- + Triste
- + Solitário
- + Sobrecarregado

A população geral deu destaque para:

- Agitado
- Sobrecarregado

A população vulnerabilizada destacou:

- Agitado

VIOLÊNCIA

Os participantes relataram aumento nas violências:

Perfil	Pop. geral	Pop. vulnerabilizada
Mulher	15%	27%
Policial	11%	25%
Tráfico de drogas	19%	41%

De olho nas FAKE NEWS

Mais de 50% dos respondentes disseram não buscar informações sobre a COVID-19, produzidas por:

- Universidades ou organizações de saúde;
- Profissionais da saúde.

E você? Onde busca suas informações sobre a saúde?

VACINAÇÃO

Mais de 80% das perguntas sobre vacinação não foram respondidas.

As poucas respostas revelaram grandes inseguranças sobre a vacina.

Por isso, é importante conversar com profissionais da saúde sobre qualquer medo ou preocupação relacionado à vacina.

Não deixe que dúvidas prejudiquem sua saúde!

MEDIDAS DE PROTEÇÃO

Pop. vulnerabilizada	Sim	Pop. geral	Sim
Usar máscara	70%	Usar máscara	72%
Usar álcool 70% em gel	74%	Usar álcool em gel	72%
		Evitar aglomeração	60%

Fonte das imagens: figuras geradas por algoritmo de inteligência artificial

Para a população em geral, a análise demonstrou que a condição de desemprego emerge como um fator preponderante na propensão à adesão mais pronunciada às medidas de proteção em comparação com a condição de aposentadoria. A pertença ao gênero feminino foi identificada como uma dimensão de risco para a não adesão às medidas de proteção, em comparação com os indivíduos do gênero masculino. Adicionalmente, o nível educacional, com uma explicação de 66%, exerce uma influência mais significativa na determinação da adesão ou não adesão às medidas de proteção, enquanto a situação ocupacional figura como um fator de menor relevância na explicação desse comportamento, com uma contribuição de 0,8%.

Para a população vulnerabilizada a condição de ser do sexo feminino representa um fator de proteção em relação à adesão às medidas em comparação com os estratos masculinos. Por outro lado, a condição de desemprego, a condição de estudante, o emprego formal ou informal, em comparação com a aposentadoria, são identificadas como fatores associados à não adesão às medidas de proteção. Adicionalmente, com uma taxa de explicação de 68%, constata-se que a variável preponderante na explicação da adesão ou não às medidas é a escolaridade. Por outro lado, as variáveis de gênero e situação trabalhista, de maneira equiparada, apresentam uma contribuição de 18% cada uma na explicação desse fenômeno.

3 CONCLUSÃO

Diante dos desafios apresentados em relação à covid-19, sugerimos uma abordagem integrada, com foco na interseccionalidade das populações e suas vulnerabilidades, para otimizar a eficácia das medidas preventivas de futuras crises sanitárias, assim como a pandemia de covid-19. A colaboração com organizações comunitárias, líderes locais e instituições religiosas é fundamental para disseminar informações confiáveis de forma acessível. Investir em programas de educação em saúde, garantir recursos essenciais e promover o uso adequado de insumos são passos importantes para uma possível evolução e amenização de eventos sanitários emergenciais.

Além disso, a formação de redes entre profissionais de saúde, a implementação de políticas de educação contínua e o fortalecimento da Atenção Básica são essenciais para lidar com desafios emergentes. Estratégias abrangentes de conscientização, focadas em canais confiáveis e nas mídias sociais, são essenciais para combater a hesitação vacinal. No âmbito da saúde mental, a integração de serviços e o fortalecimento da oferta pública são propostas possíveis. Para lidar com o uso de drogas, a prevenção desde a infância e o acesso à terapia são fundamentais.

No combate à violência conjugal, reforços nos serviços de atendimento, abordagem multissetorial e acesso à terapia são indispensáveis. No caso da violência policial, treinamento, transparência e responsabilização são cruciais. Para enfrentar a vulnerabilidade social, a habitação acessível, a implementação efetiva de políticas públicas e o aprimoramento da assistência social são os elementos propostos. Essas ações integradas visam criar um ambiente mais seguro e apoiador, promovendo o bem-estar e a saúde de toda a população.

REFERÊNCIAS

COUSINS, J. B.; WHITMORE, E. Framing participatory evaluation. *New Directions for Evaluation*, Hoboken, v. 1998, n. 80, p. 5-23, 1998. DOI: <https://doi.org/10.1002/ev.1114>.

FURTADO, J. P. *et al.* A elaboração participativa de indicadores para a avaliação em saúde mental. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000100012>.

MORITZ, A. F. E. *Satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o tratamento da aids no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação*. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2010.



Capítulo 13

Desdobramentos da pesquisa
(nível nacional)

Desdobramentos da pesquisa (nível nacional)

Letícia Peticarrara Ferezin

Regina Célia Fiorati

Giovanna Marina Fernandes Marini

Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

Giselle Lima de Freitas

Heriederson Sávio Dias Moura

Ricardo Alexandre Arcêncio

Giovanna Martins e Soares

1 INTRODUÇÃO

O impacto da pandemia de covid-19 no Brasil evidenciou e exacerbou diversas desigualdades sociais preexistentes, afetando de maneira desproporcional grupos vulneráveis, como a População em Situação de Rua (PSR). Este capítulo apresenta os desdobramentos da pesquisa Termômetro Social Covid-19 no Brasil, cujo objetivo foi investigar essas dinâmicas sob múltiplas perspectivas regionais e sociais.

Por meio de uma análise abrangente e multidimensional, buscamos compreender as particularidades das vivências dessas populações, assim como as variáveis socioeconômicas e geográficas que influenciam a disseminação do vírus e suas repercussões. Essa abordagem permite uma compreensão mais profunda das interseções entre a crise sanitária e os determinantes sociais da saúde, evidenciando a necessidade de intervenções direcionadas e informadas por dados empíricos.

Iniciaremos com uma abordagem qualitativa em Ribeirão Preto (SP), onde foram conduzidas entrevistas com indivíduos em situação de rua. Esses relatos proporcionam uma perspectiva aprofundada e humanizada das dificuldades enfrentadas durante a pandemia, revelando não apenas a vulnerabilidade material, mas também os impactos psicológicos e sociais decorrentes da crise sanitária. As narrativas coletadas ressaltam a luta pela sobrevivência em um contexto caracterizado pelo isolamento e pela insegurança, além de evidenciar a necessidade premente de políticas públicas que assegurem proteção e dignidade a essa população marginalizada. A análise dessas experiências busca contribuir para a compreensão das complexidades que permeiam a vida nas ruas, destacando a urgência de respostas sociais adequadas e eficazes.

Na sequência, procederemos à análise das desigualdades regionais durante a pandemia, com ênfase em Mato Grosso. Por meio de uma análise espacial, examinaremos as taxas de incidência e mortalidade da covid-19, evidenciando como fatores geográficos e socioeconômicos impactam a disseminação do vírus. Essa seção destaca a disparidade entre áreas urbanas e rurais, ressaltando a importância de

considerar contextos específicos na formulação de estratégias de enfrentamento da pandemia. Os dados indicam que, em um país de dimensões continentais como o Brasil, as experiências e os desafios enfrentados por diferentes regiões são profundamente variados, exigindo abordagens personalizadas que sejam sensíveis às realidades locais. Essa compreensão das dinâmicas regionais é fundamental para o desenvolvimento de políticas públicas eficazes, que não apenas respondam à crise de saúde, mas também atuem na mitigação das desigualdades estruturais que a pandemia exacerbou.

Por fim, abordaremos a violência enfrentada pela PSR em Belo Horizonte, empregando uma análise de correspondência para identificar as correlações entre a pandemia e o aumento da violência. Esse segmento destaca como a crise de saúde pública se entrelaça com outras formas de opressão e marginalização, criando um cenário ainda mais desafiador para aqueles que já vivem à margem da sociedade. A intersecção entre a pandemia e a violência urbana evidencia a necessidade de um olhar crítico e multidimensional que leve em conta as complexidades da vida nas ruas.

Assim, por meio dessas diferentes perspectivas, este capítulo não apenas busca compreender os impactos da pandemia, mas também contribuir para a formulação de políticas públicas que visem mitigar as desigualdades e promover a dignidade humana em tempos de crise. É imprescindível que os dados e as vozes coletadas ao longo da pesquisa sejam utilizados para a construção de um futuro mais justo e equitativo, no qual todas as vidas sejam valorizadas e respeitadas. A análise aprofundada das realidades enfrentadas por grupos vulneráveis deve servir como base para ações efetivas e sustentáveis, promovendo a inclusão e a proteção dos direitos humanos em contextos de vulnerabilidade extrema.

2 TERMÔMETRO SOCIAL COVID-19 BRASIL: UMA ABORDAGEM QUALITATIVA COM PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA (RIBEIRÃO PRETO, SP)

Esta pesquisa visou a percepção da PSR sobre as medidas de enfrentamento à covid-19, suas vulnerabilidades e o acesso a informações sobre a pandemia no Brasil, e foi desenvolvida em 2020 e 2021, tendo como objetivo analisar a percepção da PSR sobre as medidas de enfrentamento à covid-19, as vulnerabilidades, o acesso a informações e as ocupações afetadas pela pandemia.

Aplicou-se o instrumento Termômetro Social Covid-19 – Opinião Social com a PSR no município de Ribeirão Preto, especificamente em parceria com o projeto Construindo Pontes: Atenção e Cuidado à Saúde da População em Situação de Rua (Projeto Pontes), um projeto de ensino e extensão da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto. Entretanto, em Ribeirão Preto, além da aplicação do

instrumento citado, também desenvolveu-se uma etapa qualitativa efetuada por membros do Projeto Pontes, o qual aplicou o instrumento junto Termômetro Social Covid-19 – Opinião Social na PSR atendida constantemente pelo projeto.

Esta pesquisa é um estudo misto do tipo convergente paralelo. Nesse sentido, o estudo ocorreu em duas etapas: uma quantitativa, na qual foi aplicado o instrumento, e outra qualitativa, desenvolvidas simultânea e paralelamente, e que convergiram na análise e interpretação de dados. Esse método tem como propósito obter dados diferentes, mas complementares, sobre os mesmos temas (Creswell; Clark, 2013). A parte qualitativa consistiu em um roteiro de entrevistas semiestruturadas, construído pelos pesquisadores do Projeto Pontes sob orientação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio. As questões do roteiro foram tiradas do próprio instrumento do Termômetro Social Covid-19, organizadas sem a múltipla escolha, para serem respondidas narrativamente. As questões abordaram a forma como obtiveram informações sobre a covid-19 e as medidas de contenção governamentais estabelecidas, as vulnerabilidades sofridas a partir da pandemia e as mudanças em seu cotidiano de ocupações.

2.1 Iniciativas tardias com a população em situação de rua

O estudo foi desenvolvido na cidade de Ribeirão Preto, que se situa na região nordeste do estado de São Paulo, a 313 quilômetros da capital. A cidade conta com uma população de 658.059 habitantes, sendo 52% mulheres e 46% em idade economicamente ativa (até 60 anos). A composição do Produto Interno Bruto advém 80% de serviços e 19% da indústria (IBGE, 2019). O município enquadra-se no grupo de bons níveis de indicadores sociais e econômicos, tendo por principal fonte de recursos a agricultura, com destaque para a monocultura da cana-de-açúcar.

De acordo com o Índice Paulista de Responsabilidade Social, Ribeirão Preto está classificada no Grupo 2, o que significa uma localidade com bom nível de riqueza que não se reflete nos indicadores sociais, considerando-se principalmente indicadores de longevidade e escolaridade. Por outro lado, o Índice Paulista de Vulnerabilidade Social, feito com base no Censo 2000, revela 27% da população entre vulnerabilidade média e muito alta (Seade, 2012).

Entretanto, o município apresenta bolsões de pobreza, com a presença de extensas áreas de favelas, alto índice de violência, marcado por crimes de morte, alto índice de abandono escolar, de doenças infecciosas e outros problemas de saúde com determinantes sociais, taxas de desemprego e presença de atividades informais de obtenção de renda, além de grupos do crime organizado ligados ao tráfico de drogas (Freitas; Moraes, 2010; Rebehy *et al.*, 2015).

A pesquisa foi desenvolvida em locais comumente frequentados por pessoas em situação de rua em Ribeirão Preto, a saber: a Praça da Catedral, a praça Schimdt,

as imediações da rodoviária do município e a comunidade do Brejão (área de uso de substâncias), assim como em equipamentos da Secretaria Municipal de Assistência Social de Ribeirão Preto (Semas), que na época estavam assim organizados: Centro de Referência Especializado para Pessoas em Situação de Rua (Centro POP/Creas), Casa de Passagem e Central de Triagem e Encaminhamento ao Migrante/Itinerante e Morador de Rua (Cetrem).

Dados da Secretaria Municipal da Assistência Social (SEMÁS), de acordo com o Plano Municipal de Saúde 2018-2021, apontam que desde junho 2017 foram cadastradas 2.800 pessoas em situação de rua, a partir das abordagens realizadas e do cadastro do Serviço Especializado em Abordagem Social (SEAS/RP) (Ribeirão Preto, 2018)

Na cidade, os primeiros cinco casos de covid-19 foram confirmados no dia 21 de março de 2020 (Covid-19 [...], 2021) e o primeiro caso confirmado na PSR ocorreu no dia 14 de maio de 2020. O caso foi detectado a partir da intervenção do Projeto Pontes, e a equipe de saúde que atendeu ao caso dispensou o paciente diagnosticado, mesmo sabendo que iria se agrupar em uma praça pública, compartilhando utensílios e roupas com outras pessoas que estavam no mesmo local. Ainda não havia sido tomada nenhuma providência para proteção da PSR no município, e as primeiras medidas começaram a ser tomadas após a intervenção do escritório da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) local.

Para a PSR em Ribeirão Preto, como medida de isolamento social diante da pandemia, foi disponibilizado o primeiro abrigo emergencial apenas no dia 23 de abril de 2020, após pressões do Projeto Pontes e de ONGs que atuam com essa população, bem como após liminar da OAB de Ribeirão Preto. Todavia, o local tinha restrições, pois só recebia homens com menos de 60 anos, sendo fechado em março de 2021, de acordo com o coordenador do Instituto Limite, instituição responsável pela administração do abrigo. Além disso, também foram disponibilizados pela Semas os abrigos já existentes para a PSR no município, para que essas pessoas realizassem isolamento social, como a Cetrem.

A partir da participação da pesquisadora (professora doutora Regina Célia Fiorati) no Comitê Intersetorial de Políticas Públicas para a População de Rua de Ribeirão Preto como coordenadora do Projeto Pontes, perceberam-se que havia uma falta de informações em relação à pandemia de covid-19 e às medidas sanitárias de combate à transmissão do vírus e de combate à pandemia com a PSR do município. Verificou-se também que a PSR não estava sendo priorizada quanto ao acesso da informação, assim como em relação a nenhuma medida de proteção no combate à pandemia. Logo, percebeu-se que seria importante um estudo sobre de que forma a PSR, em Ribeirão Preto, recebia informações e como se protegia da pandemia. Assim, neste estudo, indagou-se sobre quais repercussões sociais da pandemia de covid-19 e quais medidas governamentais de saúde pública, adotadas para

contenção da doença, reverberaram na PSR e como essas medidas foram percebidas por essa população. Também se indagou como a PSR acessou informações sobre o vírus, a doença e a pandemia ou como foram fornecidas a essa população. Além disso, tornou-se importante identificar as principais vulnerabilidades sofridas por essa população e as alterações em suas ocupações cotidianas vividas durante a pandemia.

Desse modo, este estudo objetivou analisar a percepção das pessoas em situação de rua de Ribeirão Preto sobre as repercussões da pandemia, as medidas de enfrentamento à covid-19, sobre como se deu o acesso à informação das pessoas em situação de rua sobre a pandemia, as vulnerabilidades sofridas e as alterações nas ocupações cotidianas vividas durante a pandemia.

2.2 A população em situação de rua em Ribeirão Preto no contexto da pandemia

Foram entrevistadas 34 pessoas em situação de rua na etapa qualitativa. O perfil demográfico da população entrevistada mostra que, dos 34 entrevistados, 30 (88,24%) eram do sexo masculino e quatro (11,76%) do sexo feminino, conforme autodeclaração do participante. Dentre eles, 50% eram pardos, 20% negros e 28,3% brancos; com primeiro grau incompleto havia 58,3%, e 10% analfabetos; quanto à renda, 36,6% recebiam até R\$ 100,00 por mês e 60,0% até um salário mínimo. Entretanto, observou-se que 53,3% realizavam trabalho informal e 30% se encontravam desempregados, e, por não receberem nenhuma renda, declararam-se como “pedintes”.

Com relação ao tempo em Ribeirão Preto, percebemos que somente cinco participantes (14,71%) referiram ser naturais da cidade. Os outros 29 participantes (85,29%) não eram originalmente de Ribeirão Preto. Dessa forma, 50% dos participantes (17) chegaram no município após o início da pandemia.

Ao observarmos o tempo em situação de rua, que constitui um importante marcador da crise econômica e social, vemos que a grande maioria dos entrevistados (25 pessoas entrevistadas ou 73,53%) chegaram na rua após o início da pandemia. Além disso, também sob a ótica da PSR ser uma população caracteristicamente migrante, vemos que 16 participantes (47,06%) chegaram em situação de rua em Ribeirão Preto, enquanto 18 (52,94%) foram para a situação de rua após sua chegada na cidade.

Quando indagadas sobre o acesso às informações sobre o vírus, a pandemia e as formas de proteção social buscadas, a maior parte dos entrevistados relatou procurar e obter informações por meio dos telejornais; parcela menor obtinham informações mediante suas redes sociais e nos serviços de assistência social

Eu achei estranho né o cara de máscara...e ai todo mundo tava de máscara, achei que tava estranho, aí procurei uma TV. [...] fui no Centro-Pop né, não tinha onde comer as ONG das marmitas pararam, então fomos pra lá e ai a gente viu na TV (Pa 4).

As marmitta parou e procuramo alguma coisa aberta, tinha uma padaria, lá eles deram um pouco de pão com manteiga e ai eles falaram que nem podia tá aberto por causa da pandemia (Pa 21).

Indagados sobre a atuação dos serviços de saúde e assistência social, todos responderam que não receberam nenhum contato de quaisquer serviços públicos nessa fase inicial da pandemia.

Com relação ao processo para conseguir o auxílio emergencial, disponibilizado pelo governo federal, e a necessidade de ajuda para o processo de solicitação, doze participantes não conseguiram o auxílio e 22 responderam que conseguiram o auxílio. Dentre os doze que não conseguiram o auxílio, eles relataram não saber do auxílio ou, sabendo, não compreendiam como fazer o processo de solicitação com o cadastro on-line para receber o auxílio. Nesses casos, as principais dificuldades se relacionavam à falta de acesso a um aparelho celular e à não compreensão das etapas de preenchimento.

Dos 22 que conseguiram, catorze disseram que precisaram de ajuda para conseguir o auxílio e oito informaram que não precisaram de ajuda. Entretanto, dentre esses oito que não necessitaram de ajuda, seis deles já tinham Cadastro Único e recebiam o Bolsa Família, de modo que passaram automaticamente a receber o auxílio emergencial.

De acordo com o conhecimento deles sobre a covid-19, os sintomas, as normas de enfrentamento da doença, a procura de ajuda e os serviços de saúde para serem encaminhados, a maioria respondeu de forma incorreta sobre para onde se dirigir, enquanto uma parcela de doze respondeu corretamente.

No que diz respeito à sua rede de apoio durante a pandemia de covid-19, 17,65% dos participantes responderam que não tiveram contato com nenhum órgão/serviço ou ação de apoio social. Porém, uma parte significativa apontou receber apoio social de ONGs ou instituições religiosas, enquanto outra, a parcela de abrigados, apontou o apoio recebido dos abrigos emergenciais.

Com relação aos abrigos disponibilizados durante a pandemia, alguns relatos apontam que seu papel foi fundamental na garantia dos direitos da PSR na pandemia, como a alimentação, a moradia e a garantia de materiais de proteção individual. Porém, em alguns relatos os abrigos são avaliados criticamente, com importantes questionamentos sobre os serviços de assistência social disponibilizados em Ribeirão Preto. Por meio dos relatos, identifica-se: a grande burocratização para o acesso aos serviços, o excesso de regras nos serviços, a falta de comunicação entre os equipamentos, a ausência de atividades de lazer e recreação, a ausência de programas de inserção educacional e no mercado de trabalho, falta de mediação adequada, pelos profissionais, dos conflitos entre os abrigados,

marcados por relações de desrespeito entre os abrigados e entre os abrigados e os profissionais, a grande ocorrência de roubos dentro dos abrigos e sua impunidade, e, por fim, a invasão da privacidade por pessoas desconhecidas.

Aqui tem norma né, hora de entrar, hora de sair, hora de chegar, tem serviço que cê tem que ficar... Cê entendeu? Se tivesse um vale-transporte seria bem melhor, entendeu? Agora, você precisa disso, precisa daquilo... aí acaba desistindo. Tanto espera aí, espera aí, amanhã, amanhã. Que nem eu to te falando, se a pessoa quer fazer, ela pega e faz, não fica [adiando]... Cê precisa disso, ela vai lá e faz. (Pa33).

Os profissionais da saúde, eles não conversam com os outros. Olha o que aconteceu recentemente comigo por estar na rua: se vai em um lugar leva exame, “ah, mas cadê tal?” “ah, o fulano não mandou”, “não, mas o fulano mandou eu vir aqui direto”, então falta um pouco também, aquela conversação. O meu caso deu um pouco de trabalho por causa disso (Pa31).

No que tange às considerações dos participantes sobre ações governamentais voltadas à PSR durante a pandemia, 70% dos participantes citaram como principal fator positivo o auxílio emergencial. As outras citações positivas foram o Bolsa Família, os abrigos municipais e a vacinação da PSR no município.

As ações classificadas como negativas foram a falta de ajuda governamental para a PSR, a atuação do governo do estado de São Paulo, o fechamento do comércio, a falta de ação governamental, o presidente da república na época, o valor baixo do auxílio emergencial, a corrupção, a falta de lazer nos serviços de acolhida e a falta de educação para a população em relação ao vírus e à doença.

O que ajudou a gente, para ter um momento bom, foi esse auxílio. Mas o que falta mesmo e que é o necessário, que a vacina, para gente não chegou ainda né (Pa 2).

O único contato que eu tenho do governo é quando eles deposita algum auxílio a mais, aí cai no Bolsa Família, também é só isso (Pa 21).

Como que eu avalio? Aí eu te pergunto: cadê o governo? Que governo? Porque eu vejo só briga, o governo está mais preocupado com a Rede Globo... É o que eu vejo, o que eu sei, ta mais preocupado com o William Bonner, do que com as pessoas que estão passando fome (Pa 14).

Muito citado entre os entrevistados foi o fechamento de lojas e serviços:

Apesar que a única diferença que ficou, ficou muitas lojas fechadas né, meio sem serviço né. Loja fechada, nego sem trabaiá, desse jeito né. E aí como vai fazer

pra comer também? Difícil né. Como quem trabalha na loja vai comer? Passa fome né, ta feio, não tem serviço, tá osso memo (Pa 18).

Tudo os bagueiro fechado como que você vai pedir comida, se alimentar, não tem como. Sem médico, não podia ficar doente, sentir nenhuma dor (Pa 26)

Cara, não fazer um lockdown onde você trabalha a semana inteira e faz lockdown somente final de semana, é ridículo isso. Então quer dizer que o vírus só trabalha de final de semana, não durante a semana. Mas quem sou eu para falar alguma coisa... (Pa 16).

Com relação às vulnerabilidades vividas pela PSR durante a pandemia, as principais dificuldades e necessidades que os participantes relataram foram o desemprego, conseguir alimentação e passar fome, a “vida na rua”, que reflete imensas iniquidades vivenciadas diariamente pela população nessas condições, o atendimento médico, que foi citado como tendo profissionais sobrecarregados e serviços de saúde lotados, a doença e a obrigatoriedade de cumprir quarentena, conseguir regularizar a documentação, pois os serviços públicos estavam todos fechados, a vivência do luto em relação a amigos e parentes mortos pela covid-19, a humilhação e o preconceito com a PSR por parte da sociedade, a convivência com pessoas que não usavam máscara, a desconfiança generalizada com a vacina, o aumento da PSR, a falta de atendimento psicológico, os serviços sociais interrompidos, o abuso de drogas, a falta de comunicação entre os serviços de assistência social e a dependência da assistência social.

Faz três dias né, que eu tenho que estar aqui [no abrigo], três dias, mas essa é a terceira vez. [...] As maiores necessidades que eu encontrei, para mim, foi ficar um dia na rua, sem comer, passando fome, sem ninguém pra pedir... (Pa 2).

Não, eu não consegui o emprego. Ninguém dá trabalho, tá tudo fechado e muita dificuldade foi depois de perder tudo fui morar na rua né (Pa 30).

Foi sábado e domingo na rua, porque às vezes não tinha doação, o povo ficava com medo de trazer doação por causa da pandemia né. Comida, essas coisas (Pa 24).

O desemprego foi o fator mais relatado pelos participantes para a vulnerabilização de várias pessoas durante a pandemia, sendo apontado pela maioria dos relatos tanto como causa para a saída para a rua após perderem empregos ou trabalhos e moradia quanto como uma situação vivenciada por outros que trabalhavam cotidianamente nas ruas (olhando carros ou reciclando resíduos

sólidos, entre outros trabalhos comuns à PSR) e perderam essa atividade durante a pandemia.

Eu vou te contar que o coronavírus fez eu voltar pra rua. Porque fui morador de rua, saí da rua. Eu como tenho problema com drogas eu frequentava o NA [Narcóticos Anônimos], parei o uso das drogas aluguei casa, saí da rua, arru-meí emprego. Mas o coronavírus fez a sala do NA fechar, fui mandado embora porque o serviço já não rolava mais, como eu prestava serviço na casa das pessoas e como já não tinha mais chamada então eu fui mandado embora. Ai fiquei desempregado e vim morar na rua novamente e voltei o uso. Olha eu cheguei a chorar quando eu vi o coronavírus na televisão porque eu sabia que isso ia acontecer (Pa 9).

Falta de trabalho né. Os carro sumiram tudo, pouca gente na rua não tinha pra quem pedi, não tinha dinheiro, passava fome...(Pa 17).

Eu dava aula de balé clássico em uma escolinha, a escola fechou e todo mundo foi mandado embora, mas como eu não sou daqui, não tenho família aqui eu dependia desse trabalho e não consegui ninguém que me ajudasse não podia mais pagar aluguel, então fui na assistência e vim aqui pra esse abrigo... (Pa 22).

Outra vulnerabilidade vivida durante a pandemia muito citada foi a falta de alimentação e a fome. É interessante perceber que o Estado quase se demitiu das ações de proteção social e que essa responsabilidade passou para a sociedade civil.

Eu via pessoal entregando marmitex, ONGs deles mesmo, entregando marmitas nas ruas e você olha para você ver, e não tem mais ninguém entregando, tem uma vez ou outra que você encontra o Creas entregando, dificultando muito, a gente tem que ir buscar onde eles acharem que é melhor entregar (Pa 14).

Ainda com relação ao atendimento em saúde, alguns relataram que haviam aumentado seus problemas de saúde mental e o uso de drogas durante a pandemia, além da procura por ajuda nesse sentido:

Aí eu não fui mais no médico, porque memo assim, a única doença que eu tenho que eu comecei a ter memo ultimamente que eu nunca tive, foi a depressão, ainda tenho ta ligado. Eu nunca tive na minha vida, depressão comecei a ter a partir do momento que eu saí de casa. Foi a época que eu perdi tudo, quando eu comecei a expressar meu sentimento na droga. E agora, ai tudo essas coisas acontecendo, a gente passando fome, pessoas que você conhece morrendo, a gente usa mais droga e aí precisa da psicóloga né (Pa 26).

Cara, com psicóloga sim, mas médico graças a Deus eu não precisei não nessa parte. Mas assim, psicologicamente, se for ver todo brasileiro vai precisar né, mais pra frente (Pa 17).

Outras dificuldades são reportadas, como aumento de uso de drogas, de violência, ataques sexistas a mulheres cis e trans e violência em geral.

Sobre a adesão da PSR às medidas de combate à pandemia, verificou-se por meio dos relatos que a adesão da PSR às medidas de contenção e enfrentamento à covid-19 se deu de forma muito heterogênea em Ribeirão Preto. Inicialmente, as PSR tiveram acesso às máscaras, mas aos demais materiais de prevenção isso ocorreu de forma tardia, somente quando os abrigos emergenciais foram disponibilizados e, mesmo assim, os materiais não eram suficientes. Assim, muitos participantes relataram que não usavam máscaras não por falta de adesão, mas porque não tinham máscaras em quantidade suficiente, tendo que ficar com a mesma máscara vários dias. A vacinação chegou em janeiro de 2021 e houve uma mobilização a partir do Consultório na Rua e do Projeto Pontes para a vacinação dessa população. Segundo os relatos dos participantes, houve diferentes manifestações e percepções: a desconfiança sobre a vacina, a recusa da vacina, a percepção de atraso da vacinação brasileira como ponto relevante na avaliação do governo, o papel dos abrigos na vacinação e, por fim, a boa recepção da vacina na população, no município.

Não é que eu cheguei a negar a vacina, entendeu? Eu desconfiei né, porque todo mundo não falava coisa com coisa, mas aí eu tomei porque precisava né, todo mundo tava tomando [a vacina]. Eu falei: eu também preciso (Pa 18).

Mas até então eles [calcula-se que sejam os cientistas a que se refere] tão fazendo o que tem que ser né irmão, tão fazendo vacina, e nós tamo fazendo o isolamento, tão dando os tempos aí entendeu. Na medida do possível eles tão fazendo o que tem que ser feito e nós também. Mas o governo não cumpre com a parte dele, entendeu (Pa 6).

Por fim, com relação às alterações ocupacionais sofridas durante a pandemia, percebeu-se que as ocupações mais assinaladas nos relatos foram trabalho/emprego/obtenção de renda e as atividades de vida diária e da vida cotidiana nas ruas, tais como moradia e alimentação, seguidas das atividades de higiene e autocuidados, interação social, tráfico e uso de drogas e cuidado com a saúde.

Dessa forma, destaca-se o dado de que importantes ocupações, já precarizadas na vida diária de pessoas em situação de rua, durante a pandemia, sofreram várias alterações ou foram interrompidas devido ao não acesso da PSR aos meios

para poder realizá-las, o que teve enorme impacto no aprofundamento da extrema vulnerabilização social dessa população e no aprofundamento de um cotidiano repleto de iniquidades.

Portanto, com os serviços públicos fechados e a circulação pública interrompida, a PSR se viu sem acesso a seus meios de subsistência, aos serviços de saúde, de assistência social, e todas as vulnerabilidades se viram alteradas de forma severa, havendo assim um aumento do consumo de drogas, falta de acesso à alimentação, acirramento da falta de moradia e locais de convivência, aumento de violência sofrida, abandono das atividades de autocuidados devido à falta de acesso a locais para realizá-las. Assim, as vulnerabilidades aumentaram e as ocupações realizadas pela PSR foram alteradas de forma geral para um estado de profunda iniquidade, acentuando e deixando a desnudo o fosso social das desigualdades que estruturam a sociedade brasileira.

2.3 Discussão: “O que já era horrível, passou a ser pior”

Os resultados qualitativos mostraram, e coincidiram com os quantitativos, que a maioria das pessoas em situação de rua declararam-se homens, com a população com cor de pele preta constituindo a maioria. A PSR é a população mais vulnerável, mesmo considerando as faixas populacionais mais pobres. Vivem em extrema pobreza, apartados da sociedade, ocupando posições de marginalidade social, excluídos dos papéis urbanos instituídos e legitimados (Natalino; Pinheiro, 2020).

A análise dos proferimentos linguísticos leva à interpretação de que foram produzidos em uma sociedade estruturalmente iníqua, desigual e injusta como a brasileira. A estrutura social brasileira é formada por um sistema político econômico apoiado pela racionalidade neoliberal conservadora, com políticas de austeridade econômica, na qual as políticas sociais são reduzidas e desviadas para substanciar o financiamento do setor econômico, aumentando o fosso da desigualdade social, assim como o aumento da pobreza e da exclusão de camadas populacionais vulnerabilizadas socioeconomicamente (Santos; Vieira, 2018).

Em sentido complementar, o que se vê é que a sociedade brasileira tem mostrado uma cultura na qual manifestações de solidariedade e laços sociais de coesão são exceções, e, ao contrário, a cultura e os valores sociais brasileiros se apoiam em indicadores meritocráticos e em relações sociais competitivas, pouco solidárias, racistas, sexistas e com manifestações de intolerância à pobreza e outras desigualdades (Béhar, 2019).

Esse panorama estrutural impõe-se a um arcabouço de estratificação social altamente desigual, com desigualdades de acesso às ocupações, à renda e à escolaridade,

com marcantes manifestações de desigualdades de gênero e raça, entre outras (Almeida, 2018).

Dessa forma, quais condições materiais de vida são geradas a partir de uma estrutura social assim? Transportada para a realidade da PSR, tal situação mostra que essa população está exposta a condições de vida marcadas por falta de moradia, trabalho e renda digna, alimentação, falta de rede de apoio social, falta de ambiente saudável, vivendo em logradouros sem acesso a atividades de higiene e autocuidados, sendo vítimas de racismo, violência de gênero e vivendo com fatores estressores psicossociais representados pela violência institucional a que estão expostos. E o mais grave é que essa população tem pouco acesso ao sistema de saúde, principalmente ao organizador do sistema, a Atenção Primária à Saúde (APS) (Natalino; Pinheiro, 2020).

Em Ribeirão Preto, em concordância com outros estudos, pessoas em situação de rua têm pouco acesso à saúde. A PSR no município tem acesso dificultado aos serviços da APS devido a preconceitos dos profissionais, exigência de documentação e de banhos para atendimento, e devido a atitudes de violência e racismo institucional vividas por essa população quando tentaram acessar os serviços da APS (Melo *et al.*, 2022).

A assistência social é ambígua no atendimento à PSR em Ribeirão Preto, como podemos ver pelos relatos dos participantes, que necessitaram dos abrigos regulares disponibilizados a essa população em algum momento da vida, ou se integraram nos abrigos emergenciais durante a pandemia. Se por um lado há um Comitê Intersetorial para Políticas Públicas para a PSR e outras iniciativas de gestão competente e interessada, por outro lado, segundo relatos dos participantes, há demasiada burocracia, atitudes de normatização e normalização da PSR abrigada, atrelando a disponibilização de atenção e cuidado a um certo assujeitamento dos abrigados à visão de mundo dos profissionais, com consequente enquadramento dessas pessoas em determinados estereótipos que vão criando os estigmas pelos quais a PSR será julgada socialmente. Há uma criminalização das PSR nos serviços e uma individualização dos problemas que vivem, remetendo-os a uma visão de falência individual frente aos ideais da sociedade neoliberal, visão de mundo dominante funcionalista própria da sociedade neoliberal, branca, ocidental, imperialista, patriarcal e capitalista que orienta e coloniza o pensamento comum da sociedade brasileira (Fiorati *et al.*, 2016).

Assim, quando analisamos os proferimentos linguísticos dos participantes e nos perguntamos porque disseram o que disseram, ou seja, que a vida nas ruas é de extrema iniquidade, que durante a pandemia essa iniquidade ultrapassou o marco do possível, levando a PSR a se abrigar, mesmo não gostando de abrigos, que ficou totalmente sem emprego e sem formas de obtenção de renda, que passou

fome, perdeu moradia, passou por violência institucional, e que, passando por essas iniquidades ampliadas e sem acesso aos serviços de saúde, aumentou seu uso de drogas, e que o auxílio emergencial foi insuficiente, só se pode remeter a uma resposta: a estrutura social brasileira, isto é, o contexto socioeconômico de austeridade fiscal em que a proteção social é minimizada e os recursos sociais são sistematicamente desviados para financiar o setor econômico, a partir dos cortes das fontes financiadoras dos direitos sociais e da transferência de parte do orçamento público para o setor financeiro privado (Santos; Vieira, 2018).

Dado importante do estudo mostra que as maiores críticas às ações governamentais referentes ao antes e durante a pandemia foram produzidas pelas PSR que não saíram das ruas, enquanto um discurso mais condescendente era comum nas PSR abrigadas. Dessa forma, percebe-se em meio à população pesquisada que há dois discursos diferentes que marcam condições sociais diferentes entre as PSR: a abrigada/institucionalizada e a que se nega ao abrigo e permanece na rua, cética em relação à assistência social. E, assim, percebe-se que, enquanto uma, a abrigada, submete-se ao discurso dominante dos serviços, a outra, a da rua, opõe-se ao discurso e às normatizações que lhes impõem os serviços.

O que se percebe é que há uma constante luta por reconhecimento pela PSR quanto a sua dignidade humana (Honneth, 2011). Essa população é regularmente destituída de sua humanidade e enfrenta as maiores violências na rua. Frente às ameaças constantes de violência, que chegam até o extermínio, muitas populações procuram abrigo e submetem-se às normas e discursos normativos dos serviços, enquanto outras, irreverentes frente à dominação social imposta, permanecem nas ruas e colocam-se frequentemente em conflito com a população em geral e o Estado. Isso ficou claro nos discursos dos participantes, que mostraram a diferença entre os relatos dos abrigados e daqueles que permaneceram nas ruas.

Uma das lutas por reconhecimento enfrentadas pelas PSR é a luta pela própria vida frente à realidade, na qual frequente e sistematicamente são vítimas de violências e extermínios. Essa luta se traduz em uma permanente luta pela vida que a PSR enfrenta cotidianamente, uma luta contra a política genocida perpetrada pelo Estado e pela sociedade, a necropolítica. O conceito de necropolítica, elaborado pelo sociólogo africano Achille Mbembe (2018), parte do conceito da biopolítica de Foucault. Segundo a necropolítica, o racismo estrutural assume o papel central para legitimar o exercício do poder político na decisão de quem vai viver e quem vai morrer.

Almeida (2018), recorrendo à ideia de necropolítica, mostra como essa ordem neoliberal, por meio do Estado capitalista globalizado, coloca-se sistematicamente contra as populações negras, indígenas e todos aqueles que podem ser

considerados pelo racismo estrutural dispensáveis para a ordem neoliberal do mundo e das relações econômico-sociais neoliberalizadas, podendo ser exterminados por serem inferiorizados e classificados como sub-humanidade.

A PSR, além do fato de ser constituída em sua maioria por pessoas pretas (Melo *et al.*, 2022; Natalino, 2020), também é considerada, pelo Estado e pela sociedade dominante, como um conjunto de seres desclassificados e, portanto, tidos como uma categoria de sub-humanos, destituídos da condição da dignidade humana. Assim, a PSR é sistematicamente colocada como alvo privilegiado de ações de violência e ações de extermínio de agentes do Estado, normalmente a força policial, como também de agentes da sociedade, principalmente de moradores e comerciantes próximos a regiões habitadas por essa população.

Dessa forma, na base de uma contínua luta da PSR por sua existência física mesma, uma luta pela vida, vê-se aquilo que Honneth (2011) chama de luta por reconhecimento de sua dignidade humana. E essa luta por reconhecimento da dignidade humana é que se coloca na base do conflito social observado principalmente entre, de um lado, a PSR não abrigada, e de outro, a sociedade e o Estado.

As pessoas em situação de rua, quando estão inseridas dentro de um serviço de assistência social, e, no caso, as que estavam nos abrigos emergenciais durante a pandemia, tendem a apresentar um discurso mais condescendente em relação aos abrigos e serviços, como também aos profissionais e ao governo. Ainda que alguns dos participantes abrigados tenham apresentado críticas à forma como os abrigos são administrados, à falta de autonomia e à organização burocrática dos serviços, os participantes abrigados apresentaram menor percepção crítica em relação às ações do governo, uma aceitação maior do discurso dos profissionais em relação a eles mesmos, em um discurso normativo que os descreve dentro de uma lógica meritocrática e estabelece condições e regras muito rígidas de permanência nesses abrigos. Ou seja, há uma certa submissão da PSR abrigada ao universo normativo dominante dos profissionais.

Por outro lado, a PSR que se nega a frequentar abrigos ou outros serviços da assistência social apresenta uma percepção mais crítica das ações do governo, além de fortes críticas em relação aos serviços da assistência social e de saúde, relatando a vivência de preconceitos, maus-tratos e falta de respeito por parte dos profissionais, a partir de uma violência moral vivida nesses serviços. Por isso, negam-se veementemente a frequentarem esses espaços.

Assim, verifica-se que as bases generativas dos proferimentos linguísticos e do processo comunicativo dos participantes do estudo revelam-se nessas duas categorias, submissão e conflito, que se sustentam, a primeira sobre o medo de seu extermínio produzido como forma de gestão social imposta pela necropolítica desencadeada pelos governos federais, estaduais e municipais contra as

populações não brancas e aquelas consideradas como descartáveis, como a PSR, e a segunda sobre a contínua luta por reconhecimento de sua dignidade humana.

A análise da PSR revela um panorama preocupante de desigualdade e vulnerabilidade social, exacerbado pela estrutura político-econômica do Brasil, que marginaliza e desumaniza esses indivíduos. Os dados qualitativos e quantitativos corroboram a predominância de homens e pessoas negras nessa população, que enfrenta uma existência permeada por privações e violências, tanto de natureza física quanto simbólica. A luta pela dignidade humana emerge como um eixo central, colocando a PSR em uma tensão constante entre a necessidade de sobrevivência e a opressão de um sistema que frequentemente a criminaliza. Essa dinâmica é intensificada pelo acesso restrito aos serviços de saúde e assistência, amplificada por uma cultura de preconceitos e desumanização que permeia as interações institucionais, resultando em uma normalização da exclusão e da violência.

Adicionalmente, a divergência nos discursos entre a PSR abrigada e aquela que se recusa a aceitar abrigo evidencia a complexidade das relações sociais e a resistência a um sistema que perpetua a marginalização. Os indivíduos que permanecem nas ruas articulam uma crítica mais incisiva às políticas públicas e aos serviços, denunciando a violência institucional e a falta de respeito por parte dos profissionais. Essa resistência transcende o mero ato de contestação, constituindo uma luta pela afirmação da humanidade e da dignidade que lhes é sistematicamente negada. Assim, a PSR não é apenas um grupo vulnerável, mas um relevante agente de contestação social, cuja voz deve ser ouvida e valorizada na busca por políticas públicas mais equitativas e inclusivas.

2.4 Desigualdades regionais na pandemia de covid-19 em Mato Grosso: uma análise espacial das taxas de incidência e mortalidade

O ano inicial da pandemia evidenciou uma distribuição heterogênea das taxas de incidência nos municípios do estado de Mato Grosso. Em 2021, é possível notar um aumento considerável nas taxas de incidência, com o município de Apiacás destacando-se com taxas superiores a 25 mil casos por 100 mil habitantes (Figura 1B). Já em 2022, há uma redução aparente na incidência, com muitos municípios apresentando uma taxa de incidência inferior a 5 mil por 100 mil habitantes, embora ainda se observem altas taxas em vários municípios como Novo Horizonte do Norte, Porto dos Gaúchos, Planalto da Serra, Nova Canaã do Norte, Itanhangá e Novo Santo Antônio (Figura 1C). Em 2023, a incidência em quase todos os municípios diminuiu consideravelmente, com a maioria apresentando taxas abaixo de 4 mil casos por 100 mil habitantes, com exceção do município de Nova Guarita, que notificou casos acima da média do restante do estado (Figura 1D).

Com relação às taxas de mortalidade no Mato Grosso, os municípios mais afetados em 2020 apresentam taxas superiores a 250 óbitos por 100 mil habitantes, como em Porto Esperidião (Figura 2A). Em 2022, observa-se uma escalada das taxas de mortalidade, em que os municípios de Itaúba, União do Sul, Conquista D'Oeste, Pontes e Lacerda, Ribeirãozinho, Colniza, Cotriguaçu, Juruena excederam 350 óbitos por 100 mil habitantes (Figura 2B). No ano seguinte, há uma regressão acentuada nas taxas de mortalidade em vários municípios, embora os municípios de Cláudia, Novo Mundo, São José dos Quatro Marcos e São José do Xingu ainda mantenham taxas elevadas (Figura 2C). Em 2023, a taxa de mortalidade se reduz consideravelmente em todo o estado, com a maioria dos municípios apresentando taxas inferiores a trinta óbitos por 100 mil habitantes, com exceção do município de Araguaiana (Figura 2D).

Figura 1. Taxa de incidência de covid-19 padronizada por idade, por 100 mil habitantes, em cada município do Mato Grosso, nos anos de 2020 (A), 2021 (B), 2022 (C) e 2023 (D)

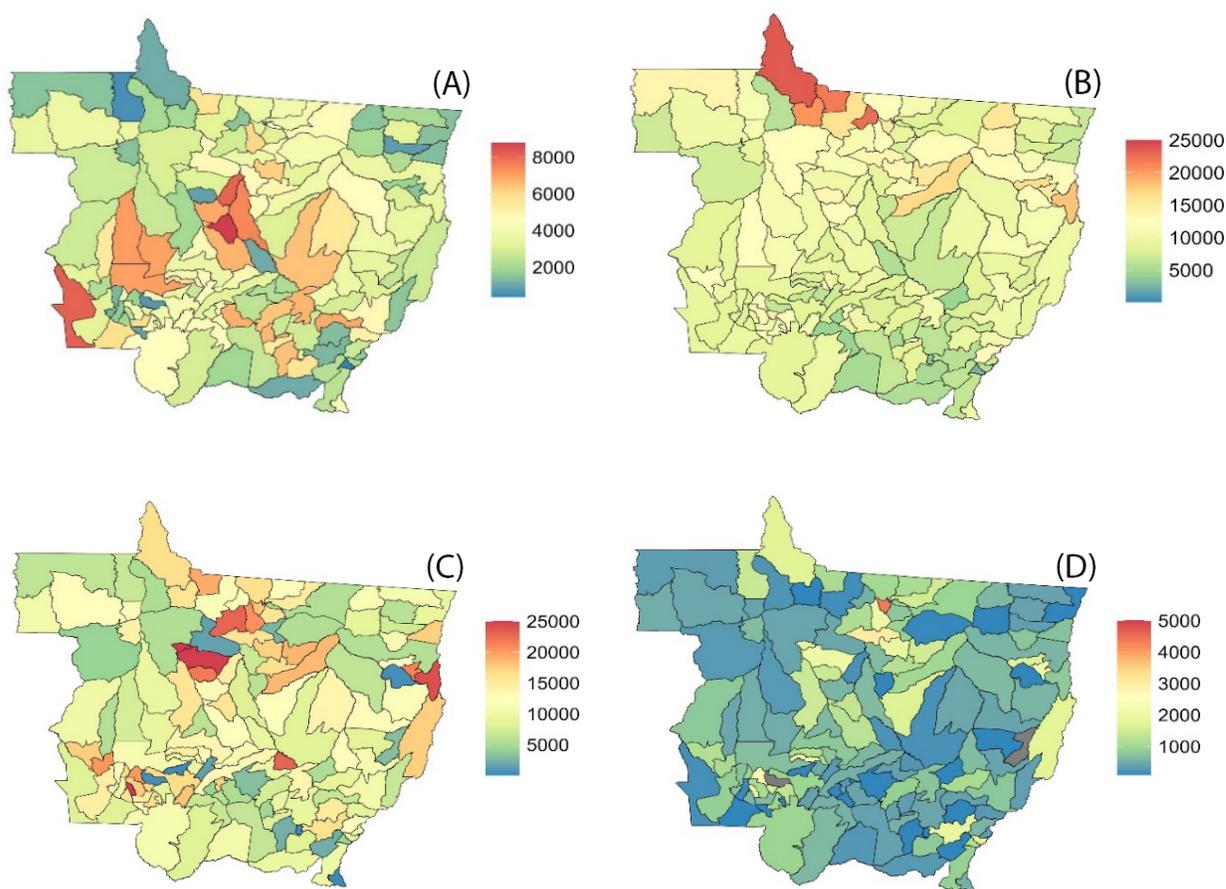
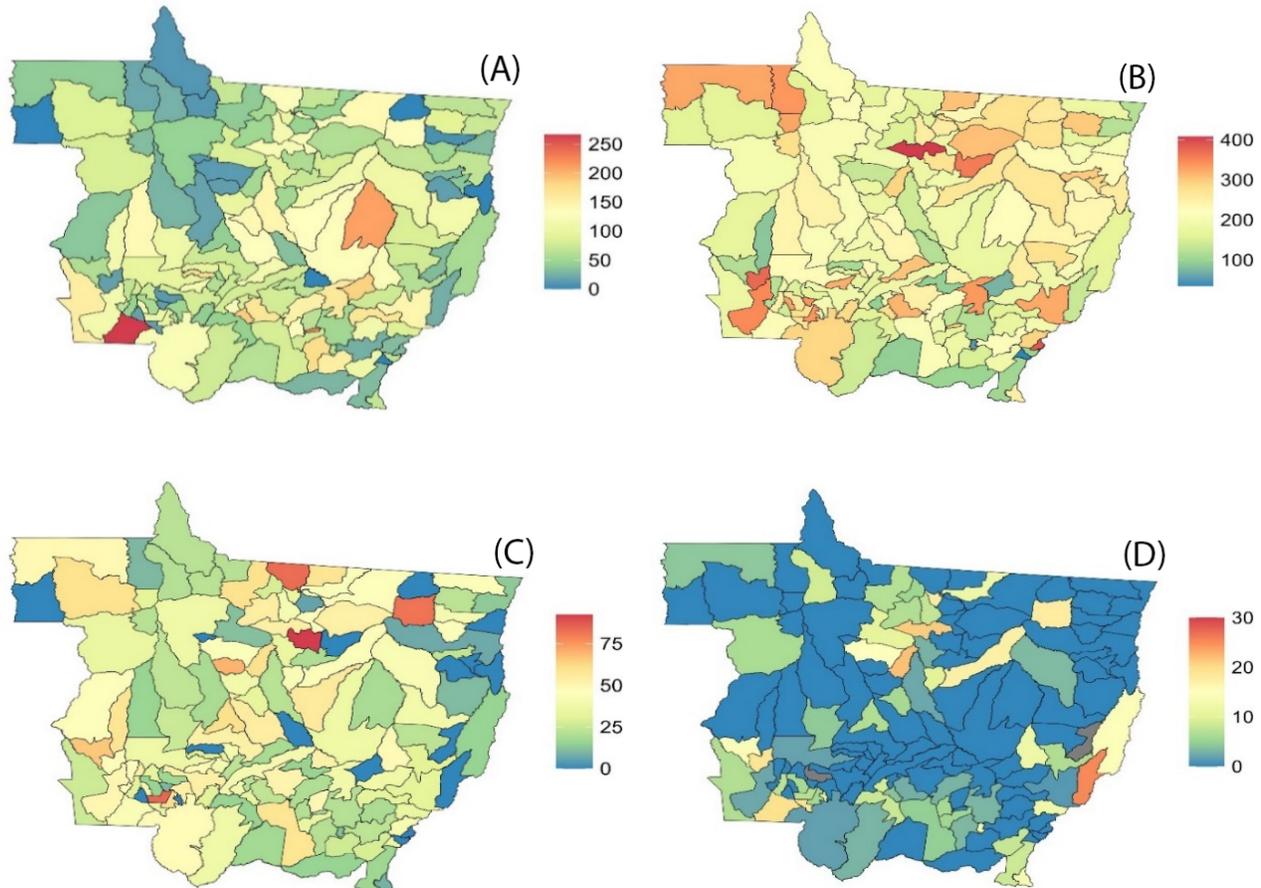


Figura 2. Taxa de mortalidade por covid-19 padronizada por idade, por 100 mil habitantes, em cada município do Mato Grosso, nos anos de 2020 (A), 2021 (B), 2022 (C) e 2023 (D)



A técnica de análise espacial Getis-Ord General G^* foi empregada para investigar padrões de agrupamento espacial dos dados relacionados à covid-19, incluindo as taxas de incidência, mortalidade e cobertura vacinal. Essa metodologia permite a identificação de *clusters* altos da variável analisada (*hotspots*) e *clusters* de valores baixos (*cold spots*), oferecendo uma visão detalhada sobre a distribuição geográfica e a intensidade desses fenômenos ao longo do estado de Mato Grosso. Valores que se encontram próximos a zero não apresentam padrões espaciais significativos, sendo considerados de distribuição aleatória (Getis; Ord, 1992, 2010; Ord, 2023).

Para a aplicação do índice, foi necessário definir uma matriz de peso espacial, que reflete a influência geográfica entre as observações. A matriz foi configurada para considerar pesos baseados na distância inversa entre os centros dos municípios, enfatizando as relações entre vizinhos mais próximos. A função de

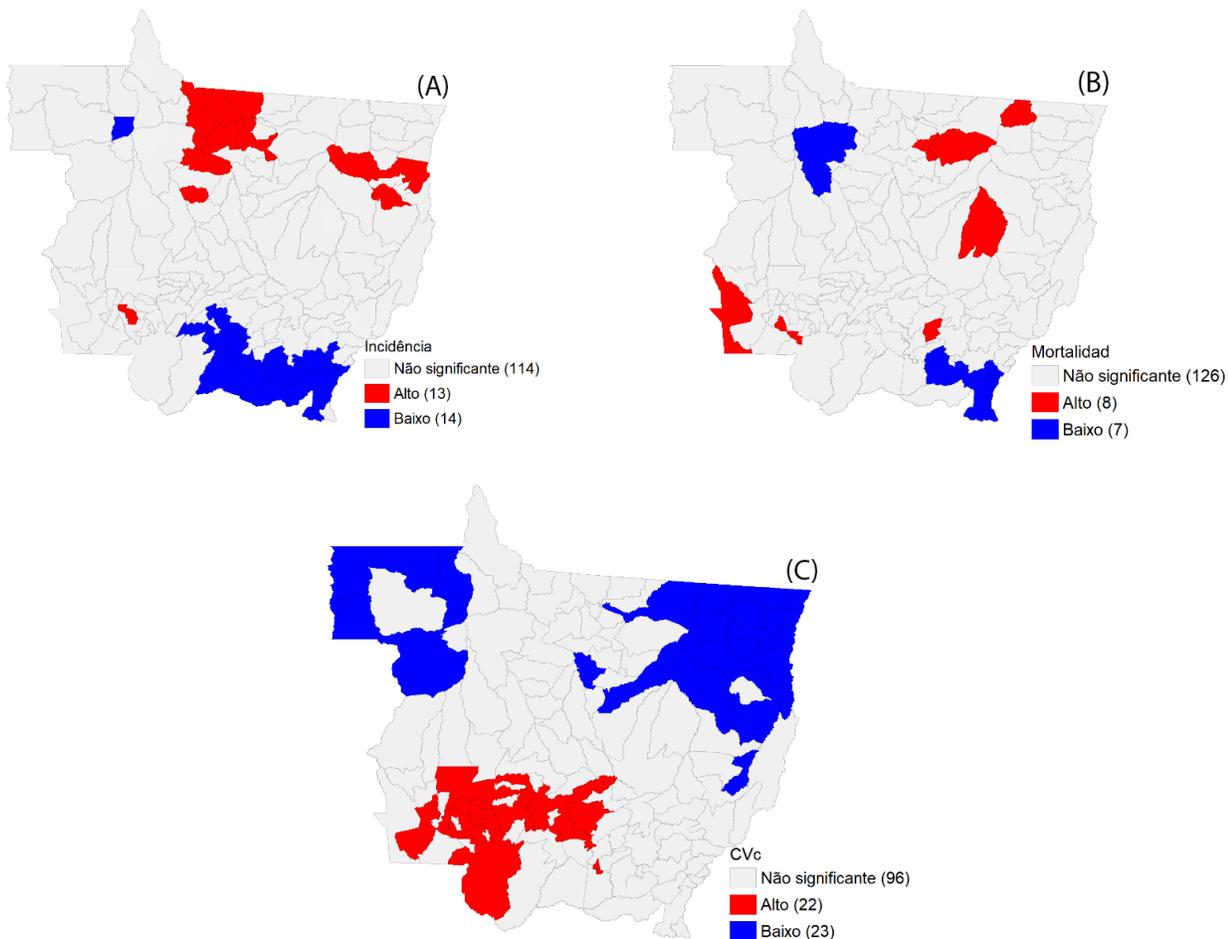
ponderação utilizada decai com o aumento da distância, minimizando o impacto de áreas geograficamente distantes. Para cada cálculo do índice Getis-Ord General G^* , foi testada a significância estatística dos resultados. O nível de significância adotado foi de 0,05, e os intervalos de confiança foram ajustados para 95% (Getis; Ord, 1992, 2010; Ord, 2023).

A partir do Getis Ord General G^* , foi possível observar a formação de *clusters* altos e baixos em todas as variáveis analisadas. As áreas destacadas em vermelho indicam municípios onde os valores das variáveis se encontram elevados, e o mesmo ocorre em seus vizinhos, representando os *hotspots*. Por outro lado, as áreas em azul são classificadas como *cold spots*, indicando áreas onde houve maior predominância de valores baixos. As regiões representadas em cinza não mostraram padrões estatisticamente significativos.

A análise dos *clusters* da incidência e mortalidade (Figura 3A e B) revelou que a maior parte dos *hotspots* se concentram nas regiões do norte e nordeste mato-grossense. Em contrapartida, *clusters* baixos se concentram na região sul e sudeste mato-grossense. O inverso ocorre ao observarmos o Getis Ord General G^* da cobertura vacinal (Figura 3C). De acordo com os mapas, municípios que apresentaram pouca cobertura vacinal se concentram na região do norte e nordeste mato-grossense. Já os municípios localizados no sul, centro-sul e sudeste mato grossense formaram *clusters* de *hotspots*, indicando uma maior concentração das taxas altas para cobertura vacinal nessas regiões.

Dentre os municípios que compõem os *hotspots* das taxas de incidência estão: Alta Floresta, Araputanga, Bom Jesus do Araguaia, Carlinda, Colíder, Itanhangá, Nova Santa Helena, Nova Canaã do Norte, Novo Mundo, Paranaíta, São Félix do Araguaia, Tabaporã e Nova Guarita. Já os *hotspots* da mortalidade compreendem os seguintes municípios: Dom Aquino, Figueirópolis d'Oeste, Gaúcha do Norte, Glória d'Oeste, Vila Bela da Santíssima Trindade, Marcelândia, Nova Santa Helena e Santa Cruz do Xingu. Os *cold spots* observados na variável de incidência referem-se aos municípios de: Acorizal, Alto Araguaia, Alto Garças, Araguainha, Barão de Melgaço, Cuiabá, Guiratinga, Itiquira, Juruena, Nossa Senhora do Livramento, Pedra Preta, Ponte Branca, Rondonópolis e Santo Antônio de Leverger, enquanto os municípios que apresentam *cold spots* para a mortalidade são: Alto Araguaia, Alto Garças, Alto Taquari, Araguainha, Juara, Pedra Preta e Rondonópolis.

Figura 3. Clusters dos municípios para a análise de Getis Ord General G^* nas variáveis de incidência (A), mortalidade (B) e cobertura vacinal completa (C)



A pandemia de covid-19 evidenciou fragilidades preexistentes nos sistemas de saúde e disparidades no acesso à saúde e a medidas preventivas, como a vacinação. No estado de Mato Grosso, essas desigualdades foram amplificadas devido a características geográficas e socioeconômicas específicas da região, como dispersão populacional, falta de infraestrutura adequada em áreas rurais e remotas, diferenças socioeconômicas entre regiões, falta de rodovias federais e distância para o acesso à saúde nos municípios mais remotos, contribuindo para uma dificuldade no acesso a esses serviços.

A análise das taxas de incidência e mortalidade de covid-19 mostrou uma certa desigualdade entre diferentes regiões do estado. Enquanto municípios localizados nas regiões norte e nordeste apresentaram altos índices de incidência e mortalidade, regiões do sul e sudeste, normalmente com maior infraestrutura de saúde e melhor acesso a serviços de acordo com índices socioeconômicos, registraram taxas consideravelmente menores. A falta de acesso a serviços de saúde de

qualidade e a dificuldade de transporte para áreas urbanas contribuíram para a vulnerabilidade dessas populações, especialmente durante os picos da pandemia.

A análise dos *clusters* espaciais utilizando o índice de Getis-Ord General G^* demonstrou que, nas regiões com menos recursos, as estratégias de vacinação e medidas de controle foram menos eficazes, resultando em *hotspots* de alta incidência e mortalidade. Isso sugere a necessidade de políticas públicas que levem em consideração as especificidades regionais e promovam uma distribuição mais equitativa dos recursos de saúde, com investimento na descentralização dos serviços de saúde, criando postos de atendimento e unidades de saúde em áreas rurais e remotas. A melhoria do transporte e da infraestrutura de comunicação nessas regiões também é essencial para facilitar o acesso aos serviços de saúde.

2.5 Violência contra a população em situação de rua em Belo Horizonte: uma análise de correspondência

Ao ocupar (Nonato; Raiol, 2016) o espaço público sem privacidade ou segurança, a PSR se torna suscetível à violação de direitos fundamentais, como dignidade, saúde e vida. Fazem parte do cotidiano dessas pessoas a discriminação, as agressões físicas e verbais, as remoções compulsórias e a criminalidade urbana. Desse modo, ocorre um processo de “dessensibilização” (Pimentel *et al.*, 2015) e naturalização da violência (Silva; Hüning, 2013), compreendida como parte intrínseca da vida na rua. Isso contribui para a subnotificação (Alvarenga; Gulisz, 2022) desse fenômeno, dificultando sua mensuração e compreensão.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, lesões relacionadas à violência tiram a vida de cerca de 1,25 milhões (WHO, 2024) de pessoas anualmente, sendo estas, em sua maioria, jovens, do sexo masculino e de baixo status socioeconômico. Dados obtidos a partir do Cadastro Único em dezembro de 2022 estimam o número de pessoas em situação de rua no país em 236.400 (Brasil, 2023b), majoritariamente homens, entre 30 e 49 anos e pessoas negras. Entre 2015 e 2022, foram notificadas 48.608 (Brasil, 2023a) situações de violência no Sistema de Informação de Agravos de Notificação cuja motivação principal foi a situação de rua da vítima. Apesar de casos suspeitos ou confirmados de violência serem classificados como objetos de notificação compulsória, é provável que esse número seja subestimado, dada a possibilidade de serem apontadas outras motivações.

Destaca-se que a PSR é um grupo heterogêneo, com trajetórias de vida distintas que influenciam (Valle; Farah; Carneiro, 2020) a exposição à violência. Aqueles que se encontram na intersecção de vulnerabilidades de gênero (Fernandes; Pires, 2021), raça (Oliveira; Martins, 2022) e classe (Biroli; Miguel, 2015) ocupam uma posição social distinta, visto que são submetidos a uma condição de múltipla subalternidade. Para além do estigma e invisibilização (Silva, 2013) imposto pela

situação de rua, são vitimizados pelo racismo e sexismo (Richwin; Zanello, 2023) estrutural, que culminam em violência física, psicológica e sexual.

Poucos estudos com adultos em situação de rua fazem a distinção entre exposição e vitimização por violência. Em dois estudos internacionais (Fitzpatrick; Lagory; Ritchey, 1999) identificados, testemunhar situações de violência foi associado estatisticamente com sentimentos de ansiedade e sono insuficiente (Agrawal *et al.*, 2019), enquanto vivenciá-las não foi. Em outra pesquisa (Meinbresse *et al.*, 2014), 81% dos participantes relataram ter presenciado situações de violência durante um ano morando nas ruas, tendo 56% afirmado recorrência das agressões. Nesse contexto, objetiva-se analisar a percepção e a vivência de violência da PSR, bem como suas associações com gênero e raça.

Este estudo pertence a um projeto guarda-chuva denominado Termômetro Social Covid-19. Trata-se de uma pesquisa transversal, multicêntrica, de abordagem quantitativa que objetivou analisar fatores associados à percepção de risco, padrões de comportamentos e medidas de proteção de populações durante a pandemia de covid-19. Nacionalmente, o projeto foi conduzido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz e pela Universidade de São Paulo. Em Belo Horizonte, Minas Gerais, o estudo teve como enfoque a participação da PSR.

A coleta ocorreu por meio da aplicação de um questionário por acadêmicos previamente treinados, nos Centros de Referência para a População em Situação de Rua das regionais centro-sul e leste, entre agosto de 2021 e março de 2022. A abordagem foi facilitada pelo vínculo da população com o serviço, frequentado previamente pelo grupo em ações de extensão. No instrumento, foram contemplados dados sociodemográficos, condições de vida, vulnerabilidade e questões relacionadas à pandemia do vírus da covid-19.

O bloco de vulnerabilidades foi dividido em situações que o indivíduo e/ou sua família vivenciaram e situações que o indivíduo presenciou no seu local de moradia, vizinhança ou comunidade. Dentre as 23 situações de vulnerabilidade descritas, foram selecionadas sete como variáveis de linha de análise: violência conjugal, tráfico de drogas, conflito de grupos armados, violência policial, homicídio (ameaça ou tentativa), racismo e LGBTfobia. Foram determinadas variáveis em duas colunas: sexo (feminino e masculino) e raça (branca e negra).

Para verificar possíveis associações entre essas variáveis, foi empregada a análise de correspondência múltipla. Esse modelo permite a representação gráfica de variáveis categóricas em tabelas de contingência, de modo que as menores distâncias representam associações (Infantosi; Costa; Almeida, 2014), enquanto as maiores distâncias representam dissociações, sintetizando a estrutura de variabilidade dos dados em menos dimensões. Foram realizadas duas análises distintas, com o propósito de comparar os resultados entre violência presenciada e vivenciada.

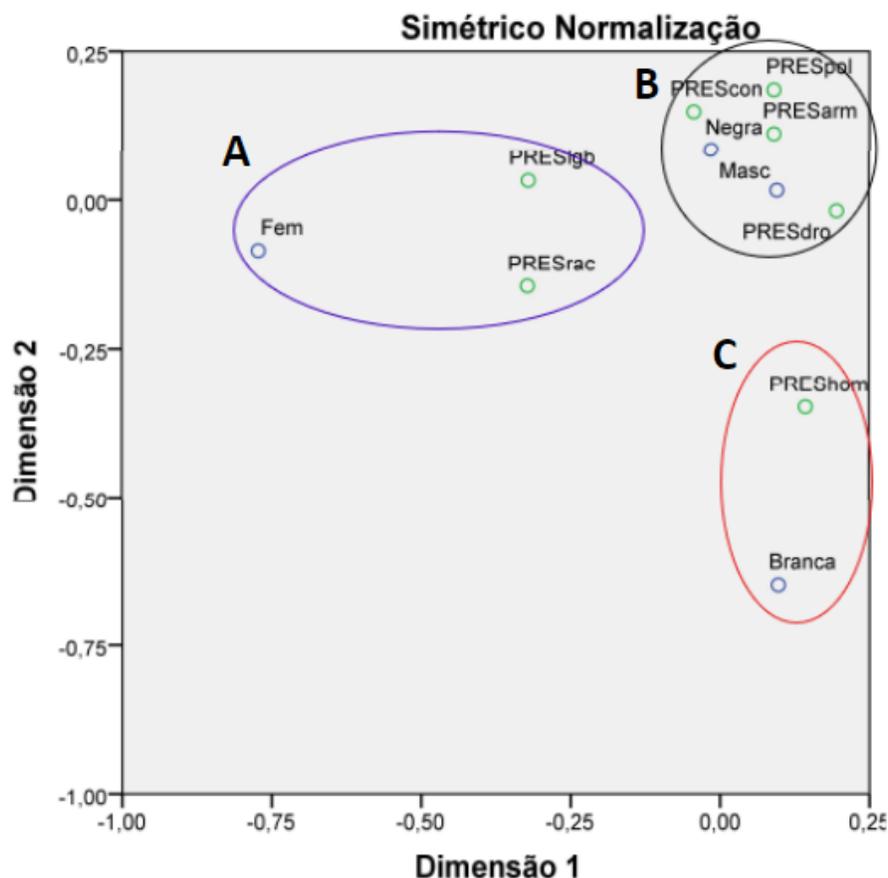
A amostra ($n = 356$) é composta majoritariamente por homens (89,04%) e pessoas negras (83,99%). Dos participantes, 81,18% presenciaram ao menos uma das situações de violência, sendo a mais frequente o tráfico de drogas (69,94%). Quando questionados sobre sua vivência, 55,34% relataram terem sido vítimas de violência, sendo a mais frequente a violência policial (34,55%).

Tabela 1. Características dos participantes do estudo: sexo e raça em relação à presença ou vivência de violência

	Presenciou violência	Vivenciou violência
Masculino	259 (81,70%)	172 (54,26%)
Feminino	28 (75,68%)	24 (64,86%)
Branca	34 (85%)	17 (42,50%)
Negra	240 (80,27%)	170 (56,86%)

A Tabela 1 demonstra que as experiências com violência não são distribuídas homogeneamente de acordo com gênero e raça. Enquanto pessoas brancas e do sexo masculino presenciaram mais situações de violência, mulheres e pessoas negras demonstraram sofrer mais violência.

Figura 1. Análise de correspondência da violência presenciada

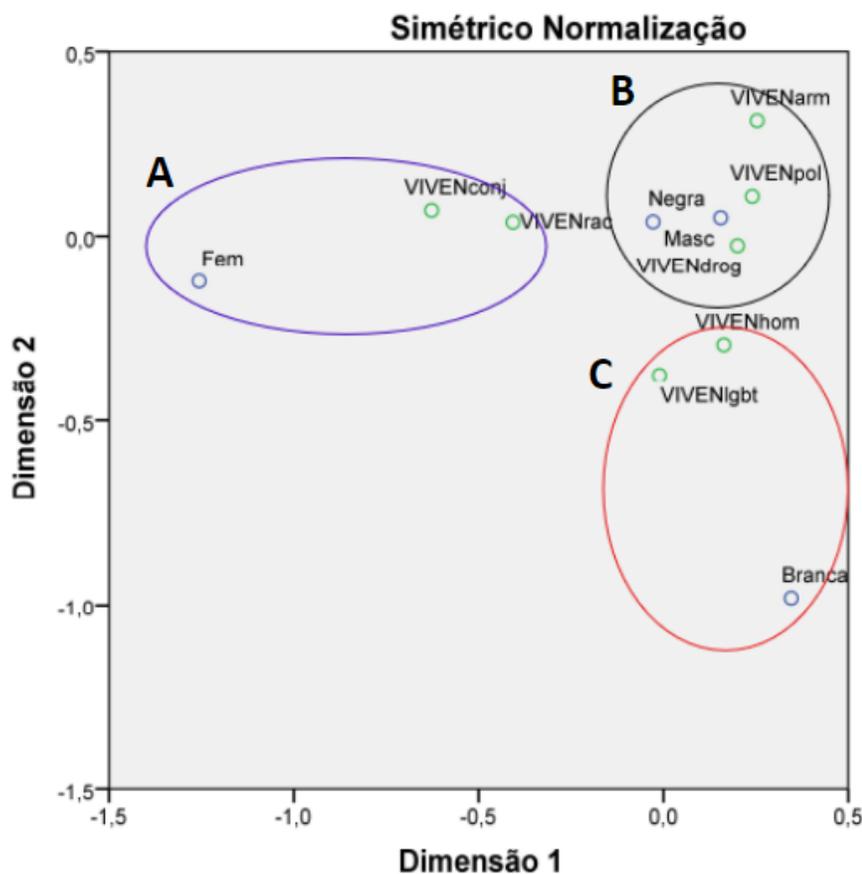


Na Figura 1, o conjunto A sugere que a violência presenciada por pessoas em situação de rua do sexo feminino está associada ao racismo e à LGBTfobia. O conjunto B sugere que a violência presenciada por pessoas em situação de rua do sexo masculino e raça negra está associada a conflitos de grupos armados, violência policial, tráfico de drogas e violência conjugal. No conjunto C, a violência presenciada por pessoas em situação de rua da raça autodeclarada branca esteve associada ao homicídio.

Na Figura 2, o conjunto A sugere que a violência vivenciada por pessoas em situação de rua do sexo feminino está associada à violência conjugal e ao racismo. O conjunto B sugere que a violência vivenciada por pessoas em situação de rua do sexo masculino e raça autodeclarada negra está associada a conflitos de grupos armados, violência policial e tráfico de drogas. No conjunto C, a violência vivenciada por pessoas em situação de rua da raça autodeclarada branca esteve associada à LGBTfobia e à ameaça e tentativa de homicídio.

A dissonância entre os valores referentes à violência vivenciada e presenciada pode ser atribuída à naturalização da violência contra pessoas em situação de rua. A violência assume um papel complexo no contexto de vivência na rua, se manifestando diariamente por meio de discriminação, negligência ou até agressões físicas e verbais perpetradas por diversos autores, como o Estado, a sociedade civil e outras pessoas em situação de rua.

Figura 2. Análise de correspondência da violência vivenciada



A partir disso, constrói-se a noção da violência como constitutiva da vida na rua. Isso foi demonstrado por Silva (2019), que, ao analisar representações sociais da violência para a PSR, constatou que essas pessoas contam histórias brutais como vivências cotidianas, sem perceberem determinadas situações como sendo violentas. Ao visualizar a violência como natural da condição de vulnerabilidade, é realizada uma clivagem entre sofrimento e injustiça, legitimando a manutenção do ciclo de violência.

Huey (2015) discute o conceito de *fronting*, uma posição de distanciamento da condição de vítima, assumida como uma forma de proteção emocional e física das adversidades extremas apresentadas pela vida na rua. Essa projeção de uma imagem de força e, ocasionalmente, agressividade, é apresentada como uma tentativa de minimizar os efeitos da violência a que essas pessoas são submetidas e expostas. Apesar de o conceito ser apresentado no contexto de mulheres em situação de rua, são reconhecidas atitudes análogas em homens marginalizados.

A alta prevalência da violência policial é condizente com a literatura. A associação estigmatizante dessas pessoas com a criminalidade torna-os suspeitos preferenciais para agentes de segurança pública, sendo submetidos a intervenções violentas, como remoções arbitrárias, recolhimento de pertences e agressões físicas. Ainda, é reconhecida a influência de raça, classe e gênero na frequência e agressividade de abordagens policiais, de modo que homens negros são alvos frequentes de ações repressivas por parte da segurança pública.

Por sua vez, a associação entre sexo feminino e vitimização por violência conjugal demonstram que a rua, sendo um espaço majoritariamente masculino, reproduz um modelo patriarcal de dominação. As mulheres em situação de rua, muitas vezes, frente à ameaça iminente de agressão por outros homens, aderem a uma dinâmica paradoxal entre abuso e segurança, na qual o parceiro reivindica o papel tradicional de virilidade e proteção, a troca de submissão física e sexual.

REFERÊNCIAS

- AGRAWAL, P. *et al.* Exposure to violence and sleep inadequacies among men and women living in a shelter setting. *Health Behavior Research*, Washington, DC, v. 2, n. 4, 2019. DOI: <https://doi.org/10.4148/2572-1836.1051>.
- ALMEIDA, S. L. *Racismo estrutural*. São Paulo: Pólen, 2018.
- ALVARENGA, R.; GULISZ, I. C. As violações de direitos humanos da população em situação de rua na cidade de Curitiba. *Revista Interdisciplinar de Direitos Humanos*, Bauru, v. 10, n. 1, p. 97-114, 2022. DOI: <https://doi.org/10.5016/ridh.v10i1.127>.
- BÉHAR, A. H. Meritocracia enquanto ferramenta da ideologia gerencialista na captura da subjetividade e individualização das relações de trabalho: uma reflexão crítica. *Revista Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 26, n. 89, p. 249-268, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-9260893>.

BIROLI, F.; MIGUEL, L. F. Gênero, raça, classe: opressões cruzadas e convergências na reprodução das desigualdades. *Mediações: Revista de Ciências Sociais*, Londrina, v. 20, n. 2, p. 27-55, 2015. DOI: <https://doi.org/10.5433/2176-6665.2015v20n2p27>.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. *Plano Ruas Visíveis pelo Direito ao Futuro da População em Situação de Rua*. Brasília, DF: MDH, 2023a. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/dezembro/governo-federal-lanca-201cplano-ruas-visiveis-pelo-direito-ao-futuro-da-populacao-em-situacao-de-rua201d-com-investimento-de-cerca-de-r-1-bilhao/copy2_of_V3_plano_acoes_populacao_de_ rua1.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos. *Relatório sobre a população em situação de rua*. Brasília, DF: MDH, 2023b. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/populacao-em-situacao-de-rua/publicacoes/relat_pop_ rua_digital.pdf. Acesso em: 10 set. 2024.

COVID-19: município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo. *Portal Covid-19 Brasil*, Ribeirão Preto, 2021. Disponível em: <https://ciis.fmrp.usp.br/covid19/monitoramento-ribeirao-preto/>. Acesso em: 30 ago. 2024.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. *Pesquisa de métodos mistos*. Porto Alegre: Penso, 2013.

FERNANDES, T.; PIRES, C. L. Z. Rua, corporeidades e multiplícidades: experiências de mulheres em situação de rua na cidade de Pelotas/RS. *Revista da Anpege*, [s. l.], v. 17, n. 32, p. 195-216, 2021.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0945.2687>.

FITZPATRICK, K. M.; LAGORY, M. E.; RITCHEY, F. J. Dangerous places: Exposure to violence and its mental health consequences for the homeless. *American Journal of Orthopsychiatry*, Washington, DC, v. 69, n. 4, p. 438-447, 1999. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0080392>.

FREITAS, I. C. M.; MORAES, S. A. Perfil econômico da população de Ribeirão Preto. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1150-1154, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000600022>.

GETIS, A.; ORD, J. K. The analysis of spatial association by use of distance statistics. *Geographical Analysis*, Hoboken, v. 24, n. 3, p. 189-206, 1992. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1538-4632.1992.tb00261.x>.

GETIS, A.; ORD, J. K. The analysis of spatial association by use of distance statistics. In: ANSELIN, L.; REY, S. J. (ed.). *Perspectives on spatial data analysis*. Berlin: Springer, 2010. p. 127-145.

HONNETH, A. *A luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais*. São Paulo: Editora 34, 2011.

HUEY, L. There is no strength in emotions: the role of street enculturation in influencing how victimized homeless women speak about violence. *Journal of Interpersonal Violence*, [s. l.] v. 31, n. 10, p. 1817-1841, 2016.

IBGE. *Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra*. Rio de Janeiro: IBGE, 2012.

IBGE. *Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681_informativo.pdf. Acesso em: 13 abr. 2024.

INFANTOSI, A. F. C.; COSTA, J. C. da G. D.; ALMEIDA, R. M. V. de. Análise de correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, p. 473-486, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00128513>.

MBEMBE, A. *Necropolítica*. São Paulo: N-1, 2018.

- MEINBRESSE, M. *et al.* Exploring the experiences of violence among individuals who are homeless using a consumer-led approach. *Violence and Victims*, Washington, DC, v. 29, n. 1, p. 122, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.vv-d-12-00069>.
- MELO, L. J. F. *et al.* Acessibilidade e qualidade de vida de pessoas em situação de rua e a atenção primária. *REFACS*, Uberaba, v. 10, n. 1, p. 57-67, 2022. DOI: <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i0.5051>.
- NATALINO, M. A. C.; PINHEIRO, M. B. *Proteção social aos mais vulneráveis em contexto de pandemia: algumas limitações práticas do auxílio emergencial e a adequação dos benefícios eventuais como instrumento complementar de política socioassistencial*. Brasília, DF: Ipea, 2020.
- NONATO, D. N.; RAIOL, R. W. G. Invisíveis sociais: a negação do direito à cidade à população em situação de rua. *Revista de Direito Urbanístico, Cidade e Alteridade*, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 81-101, 2016. DOI: <https://doi.org/10.26668/IndexLawJournals/2525-989X/2016.v2i2.1321>.
- OLIVEIRA, R. B.; MARTINS, V. O recorte racial como traço permanente da população em situação de rua no Brasil. *Libertas*, Juiz de Fora, v. 22, n. 2, p. 403-421, 2022. DOI: <https://doi.org/10.34019/1980-8518.2022.v22.38242>.
- ORD, J. K. Art getis and local spatial statistics. *Journal of Geographical Systems*, New York, v. 26, n. 2, p. 191-200, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10109-023-00427-8>.
- PIMENTEL, E. *et al.* Mortes invisíveis: um estudo sobre homicídios de moradores de rua em Maceió. *Configurações*, [s. l.], n. 16, p. 41-54, 2015. DOI: <https://doi.org/10.4000/configuracoes.2840>.
- REBEHY, P. C. W. *et al.* Co-labora incubadora de empreendimentos solidários: experiência de economia solidária em projetos de extensão universitária em Ribeirão Preto. *Revista Cultura e Extensão USP*, São Paulo, n. 12, p. 37-56, 2015. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9060.v12isupl.p37-55>.
- RIBEIRÃO PRETO. *Plano Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2018-2021)*. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Disponível em <https://www.coderp.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/pms-rp-2018-2021.pdf>.
- RICHWIN, I. F.; ZANELLO, V. “Desde casa, desde berço, desde sempre”: violência e mulheres em situação de rua. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 31, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n177926>.
- SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>.
- SEADE. *Índice Paulista de Vulnerabilidade Social*. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 2010. Disponível em: http://www.ipvs.seade.gov.br/view/pdf/ipvs/principais_resultados.pdf. Acesso em: 2 abr. 2025.
- SILVA, M. L. B. *Representações sociais da violência para pessoas em situação de rua*. 2019. 78 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019.
- SILVA, S. A. População em situação de rua no Rio de Janeiro: novos tempos, velhos métodos. *Revista Psicologia Política*, Florianópolis, v. 13, n. 27, p. 337-350, 2013.
- SILVA, W. V. N.; HÜNING, S. M. Biopolítica nas ruas: a produção de modos de vida seguros. *Revista Polis e Psique*, Porto Alegre, v. 3, n. 3, p. 39-39, 2013. DOI: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.43419>.
- VALLE, F. A. A. L.; FARAH, B. F.; CARNEIRO, N. As vivências na rua que interferem na saúde: perspectiva da população em situação de rua. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 182-192, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012413>.
- WHO. *Injuries and violence*. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/injuries-and-violence>. Acesso em: 10 set. 2024.

Organizadores

Ricardo Alexandre Arcêncio

Graduado em enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP-USP). Professor titular da EERP-USP e docente adjunto na Johns Hopkins School of Nursing. Presidente da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB), com mestrado e doutorado em enfermagem em saúde pública pela EERP-USP. Bolsista produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (nível 1 C). Pós-doutorado pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova Lisboa (IHMT-UNL) e ainda pelo Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública. Pesquisador afiliado no Center for Infectious Disease and Nursing Innovation da Johns Hopkins University. Atua nas áreas de conhecimento de epidemiologia e saúde pública, com ênfase em geoprocessamento e análise espacial.



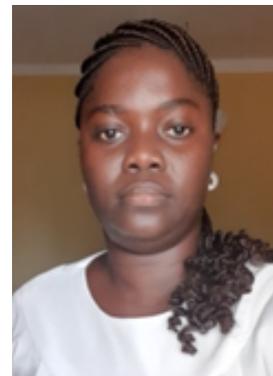
Regina Célia Fiorati

Graduada em terapia ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). Professora associada do Departamento de Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Tem mestrado e doutorado em saúde mental e em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP), e pós-doutorado em saúde pública na Faculdade de Medicina da Universidade Autónoma de Madri, Espanha. Atua nas seguintes áreas de conhecimento: saúde mental, saúde pública, saúde coletiva e campo social.

Autores

Adélia Roberto Nanque

Mestre em saúde pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (EERP-USP) e graduada em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Federal de Alagoas (Ufal). Foi bolsista da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e do Programa de Estudantes-Convênio de Graduação (PEC-G). Atualmente é docente na Universidade Jean Piaget e Lusófona da Guiné, além de enfermeira responsável nas enfermarias do Centro Saúde PlackII.

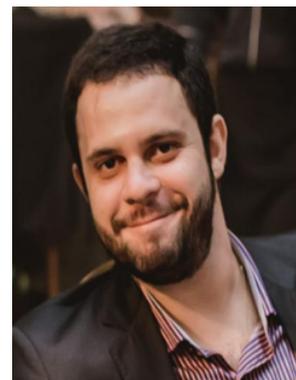


Aline Aparecida Monroe

Professora associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, com doutorado em enfermagem em saúde pública pela mesma instituição. Bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq/PQ2) e professora visitante na Johns Hopkins University. Líder do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB) e coordenadora da área de Tuberculose/HIV da Rede Brasileira de Pesquisa em Tuberculose (Rede-TB). Coordenadora suplente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública e editora Associada da *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

Antônio Carlos Vieira Ramos

Professor da Universidade do Estado de Minas Gerais (UEMG) com doutorado em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP. Graduado em Enfermagem pela EERP-USP, é membro do GEOTB e da Rede-TB. Possui experiência em enfermagem, saúde pública, epidemiologia e saúde coletiva, com foco em geoprocessamento, análise espacial e séries temporais.





Ariela Fehr Tártaro

Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação Interunidades em Enfermagem da EERP-USP. Graduada em enfermagem pela EERP-USP (2017-2022). Membro do GEOTB e da Rede-TB, atuou como secretária da Liga de Tuberculose (LIGATB-EERP-USP) de 2020 a 2021. Foi bolsista de iniciação científica em pesquisas sobre a percepção da população sobre a vacina contra a covid-19 e sobre a tuberculose infantil em um município endêmico de São Paulo. Também integrou a Liga Acadêmica Interdisciplinar de Educação em Saúde (Lieducs) (2020-2021).

Clara Ferreira de Souza

Graduada em gestão de recursos humanos (2006) e em serviço social (2014) pelo Centro Universitário Barão de Mauá, atuou nas áreas de recursos humanos e serviço social (2005-2015). Membro do GEOTB desde 2016, sob a liderança da professora Aline Monroie e do professor Ricardo Arcêncio. Atualmente é gestora de projetos de pesquisa na EERP-USP, com bolsa CNPq (Apoio Técnico à Pesquisa [AT]).



Daniele de Moraes Pinheiro

Graduanda em enfermagem pela EERP-USP, é diretora de eventos da Associação Atlética Acadêmica Marina de Andrade Rezende (Aaamar) e vice-presidente da Liga de Tuberculose da EERP-USP. Membro do GEOTB da Rede-TB, é bolsista do Programa Unificado de Bolsas da USP, desenvolvendo a pesquisa *Rede de apoio social e insegurança alimentar entre pessoas em situação de rua durante a pandemia da covid-19 no Brasil*.

Débora de Almeida Soares

Doutora em saúde pública, doenças negligenciadas e saúde global, atua em monitoramento e avaliação da qualidade em saúde (2023-atual). Foi responsável pelo Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Infantil Santo Antônio (2015-2019). Possui experiência em vigilância em saúde, gestão de políticas públicas na atenção primária, capacitação na estratégia saúde da família, elaboração de projetos e ensino superior. Tem mestrado em ciências da saúde, além de especializações em processos educativos em saúde e em epidemiologia e vigilância em saúde, com ênfase na gestão de políticas públicas e controle de doenças infecciosas.



Felipe Mendes Delpino

Nutricionista pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) (2018) e mestre em nutrição e alimentos (2020) pela mesma instituição. Doutor em ciências com doutorado sanduíche na USP e MBA em cientista de dados pela USP/Esalq (2024). Possui especializações em nutrição clínica e esportiva (2019) e em nutrição em saúde pública (2020). Membro do Grupo Brasileiro de Estudos Sobre a Multimorbidade (GBEM). Atualmente, é pós-doutorando em *machine learning* para predição de óbitos em idosos na UFPel e atua como consultor em ciência de dados com R, Stata e Python, além de ser analista de dados no Nats-Unifesp-D.

Giovanna Marina Fernandes Marini

Aluna do 12º período de medicina da USP Ribeirão Preto, orientanda da professora Regina Célia Fiorari no projeto de iniciação científica financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) *O impacto da covid-19 na população em situação de rua e o acesso à informação acerca da pandemia no contexto de Ribeirão Preto*. Membro por dois anos da gestão do projeto de extensão *Pontes: Atenção e Cuidado a População Junto a Situação de Rua*, da USP Ribeirão Preto. Também atuou por um ano no projeto de extensão *Veredas*, levando atendimento médico e informação em saúde para populações vulneráveis.





Giovanna Martins e Soares

Aluna do 9º período de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Bolsista de iniciação científica no Projeto *Pessoas em situação de rua sob risco de adoecimento por tuberculose: estudo multicêntrico de métodos mistos*, sob orientação da professora Giselle Liam de Freitas. Voluntária há 3 anos no projeto de extensão *Saúde na Rua: educação popular em saúde com a população em situação de rua*.

Giselle Lima de Freitas

Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da UFMG. Doutora em saúde e enfermagem pela UFMG (2016) e mestre em enfermagem e políticas e práticas de saúde pela Universidade Federal do Ceará (UFC) (2009). Graduada em enfermagem pela UFC (2006). Membro do GEOTB da EERP-USP e da Rede-TB. Integra a coordenação do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas para a População em Situação de Rua, vinculado ao Programa Polos de Cidadania da UFMG, e colabora com o Núcleo de Pesquisa e Atenção em Reabilitação Neuropsicomotora (Neurorehab) da EERP-USP.



Heriederson Sávio Dias Moura

Pós-doutorando no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, com fomento do CNPq. Doutor e mestre em ciências pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP. Especialista em epidemiologia e vigilância em saúde pela Faculdade Venda Nova do Imigrante e em urgência e emergência pela Faculdade Delta. Bacharel em enfermagem pelo Centro Universitário Fаметro. Membro do GEOTB da Rede-TB da USP, cadastrado no diretório do CNPq.

Inês Fronteira

Licenciada em enfermagem (2000), mestre em saúde pública (2003) e doutorada em saúde internacional (2011), com pós-graduação em epidemiologia (2011). Docente no Departamento de Saúde Pública Internacional e Bioestatística do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa desde 2005. Diretora de investigação do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) em políticas e planejamento da força de trabalho em saúde. Atuou como adjunta da ministra da Saúde entre novembro de 2018 e novembro de 2019, focando políticas de saúde e saúde pública. Recebeu o Prêmio da Comissão de Fomento para a Investigação em Serviços de Saúde (2006) e o Prêmio Fundação Astra Zeneca (2005).



Ione Carvalho Pinto

Professora livre-docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP, é bolsista de pesquisa CNPq (PQ-1D). Credenciada como orientadora de doutorado e mestrado no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, tem doutorado em enfermagem pela USP (2000) e pós-doutorado pela Universidad Autónoma de Madrid (2004). Realizou estágio sênior na mesma universidade em 2013. Líder do Grupo de Altos Estudos de Avaliação de Processos e Práticas da Atenção Primária à Saúde e Enfermagem (Gaaps) e membro do GEOTB e da Rede-TB. Foi vice-coordenadora da Escola de Altos Estudos do programa da Capes “Determinantes Sociais e Equidade em Saúde e Enfermagem” (2018).

Isabela Zaccaro Rigolin

Graduada em enfermagem pela Universidade de Araraquara (2019) e mestre em saúde pública pela EERP-USP (2023). Atualmente é enfermeira do Núcleo de Educação Continuada e Permanente da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araraquara. Tem experiência em enfermagem assistencial, com ênfase em cardiologia e pediatria.



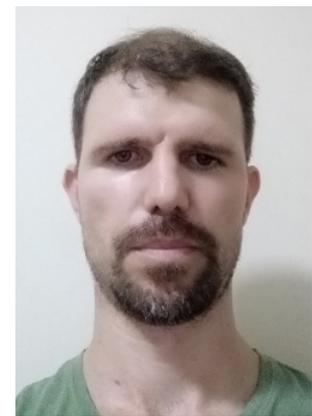


Jaqueline Garcia de Almeida Ballestero

Professora doutora do Departamento Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Doutora e mestre em ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP, onde também se graduou em enfermagem. Membro do GEOTB da Rede-TB e do GEQualis. Tem experiência em enfermagem, com ênfase em saúde pública, saúde coletiva, políticas de saúde e atenção primária, atuando em assistência, ensino, pesquisa e extensão.

Jonas Bodini Alonso

Formado em estatística pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Desde 2013, atua como funcionário da EERP-USP, onde tem desempenhado um papel fundamental em apoio estatístico. Ao longo de sua carreira, colaborou em mais de seiscentos projetos, contribuindo significativamente para a pesquisa na área da saúde. Além disso, oferece suporte estatístico a revisores da *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, consolidando sua reputação como especialista na aplicação de métodos estatísticos em contextos acadêmicos e de pesquisa.



Juliana Soares Tenório de Araújo



Docente da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas (Uncisal) desde 2011 e preceptora da Residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da mesma instituição. Doutoranda no Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP-USP (2021-atual). Possui pós-graduação em urgência e emergência pelo Instituto Brasileiro de Pós Graduação e Extensão (Ibpex) (2008) e é bacharel em Enfermagem pelo Cesmac (2006). Membro do GEOTB da Rede-TB, desenvolvendo pesquisas nas áreas de tuberculose e covid-19.

Juliane de Almeida Crispim

Doutora (2016) e mestra em ciências (2013) pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP. Bacharel e licenciada em enfermagem (2010) pela USP. Pesquisadora no GEOTB, interfaceando com a Rede-TB e o Gaaps. Realizou estágio pós-doutoral no Programa Interinstituições de Doutorado em Enfermagem da USP (2018-2020), financiado pela Capes.



Letícia Perticarrara Ferezin

Graduada em gerontologia pela UFSCar (2012), mestre em ciências pela EERP-USP (2016) e doutora em ciências biológicas (genética) pela FMRP-USP (2021). Atuou como pós-doutoranda na EERP-USP de novembro de 2021 a março de 2023. Atualmente desenvolve o projeto sobre a saúde de pessoas idosas em situação de rua e/ou em favelas no Brasil como pós-doutoranda no GEOTB da EERP-USP, com foco em evidências do projeto Termômetro Social Covid-19.

Liana Wernersbach Pinto

Graduada em nutrição pela Universidade Federal Fluminense (UFF) (1998), tem mestrado e doutorado em engenharia biomédica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (2001 e 2006) e pós-doutorado no Gender Violence and Health Centre da London School of Hygiene and Tropical Medicine (Reino Unido). Atualmente é coordenadora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública e pesquisadora titular no Departamento de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz.





Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

Bacharel em enfermagem pela Unifal, tem especializações em processos educacionais na saúde (Instituto Sírio Libanês), desenvolvimento docente para educadores das profissões da saúde (Instituto Regional Faimer), planejamento em saúde (Universidade Federal da Bahia [UFBA]), saúde pública e gestão em saúde (Unifenas). É mestre em saúde (Unifenas) e doutora em saúde pública pela EERP-USP. Atualmente, é docente do curso de medicina e do mestrado em ciências em saúde na Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT-Sinop).

Luís Velez Lapão

Docente de saúde pública internacional no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa e presidente da Associação de Cooperação e Desenvolvimento Garcia de Orta (ONG AGO). PhD em engenharia de sistemas (gestão de saúde) e mestre em física pela Universidade Técnica de Lisboa, onde também se graduou em engenharia física tecnológica. Foi professor visitante de gestão de saúde no Instituto Karolinska (2014) e na Dubai University (2009), além de lecionar gestão de projetos em informática médica na Universidade do Porto (2007-2009).



Mayla Cristina Dinardi Canatto

Residente de enfermagem obstétrica pela Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG) e graduanda em enfermagem pela EERP-USP (2020-2024). Participou do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Pibic) (2022-2023), Programa Unificado de Bolsas (PUB) (2023), Centro de Apoio à Excelência do Ensino de Graduação (CAEG) (2021) e Programa de Estímulo ao Ensino de Graduação (PEEG) (2022). Atuou como membro da Liga Acadêmica de Enfermagem na Atenção Multiprofissional ao Diabetes Mellitus e da Liga de Tuberculose, além de ter integrado o GEOTB da EERP-USP.

Miguel Fuentealba-Torres

Doutor em ciências pela USP, mestre em educação pela Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación (Umce-Chile) e bacharel em enfermagem pela Universidade de Magallanes (Umag-Chile). Tem diplomas em gestão universitária e pedagogia pela Umce e aperfeiçoamento em ensino pela USP. Participa do Grupo de Ginecologia e Fertilidade da Colaboração Cochrane em Auckland, Nova Zelândia, e desenvolve pesquisas em saúde pública com os grupos Gaaps e GEO-TB, em colaboração com o Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) na Escola de Enfermagem da USP, visando contribuir para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU).



Mônica Chiodi Toscano de Campos

Graduada em enfermagem pela EERP-USP (2006), com pós-doutorado pela USP (2024). Doutora direta pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da EERP-USP (2011). Possui especializações em cuidado pré-natal na Universidade Federal de São Paulo (Unifesp, 2018) e enfermagem obstétrica na Universidade de Ribeirão Preto (2019). É professora associada do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), revisora de periódicos nacionais e internacionais, líder do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher da UnB desde 2019 e coordenadora da Liga de Humanização do Parto e Nascimento da UnB.

Murilo César do Nascimento

Professor associado na Universidade Federal de Alfenas (Unifal). Bacharel em enfermagem pela Unifal (2007) e especialista em enfermagem do trabalho (2009). Tem mestrado (2011) e doutorado (2016) em saúde na comunidade pelo Departamento de Medicina Social da FMRP-USP. É docente no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), focando métodos de pesquisa, e completou pós-doutorado na EERP-USP (2021-2022).





Natacha Martins Ribeiro

Mestranda em enfermagem em saúde pública pela EERP-USP. Graduada em enfermagem pela mesma instituição (2023). Atuou como membro do Centro Acadêmico Marina de Andrade Rezende (Camar) da EERP-USP (2020-2021) e é coordenadora do Projeto de Extensão *Construindo Pontes: Atenção e Cuidado à Saúde da População em Situação de Rua* na FMRP-USP (2020-2023), da Liga Acadêmica de Pediatria e Puericultura (2020-2021) e foi presidente da Liga Acadêmica de Tuberculose da EERP-USP (2021). É membro do GEOTB da Rede-TB.

Pedro Fredemir Palha

Professor titular do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Graduado em Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (Unijuí), tem mestrado em enfermagem em saúde pública e doutorado pelo PPG Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EERP-USP. Tem pós-doutorado pela Universidade de Alberta. Integra grupos de pesquisa em tuberculose na EERP-USP, vinculado à Rede-TB. Foi vice-diretor (2018-2022) e atualmente é diretor (2022-2026) da EERP-USP-USP.

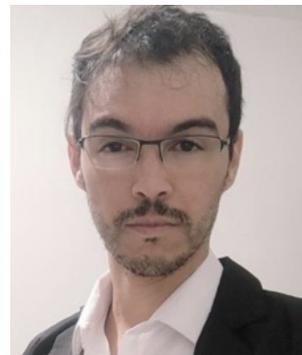


Quézia Rosa Ferreira

Tem bacharelado e licenciatura em educação física pelas Faculdades Integradas de Três Lagoas. É mestra em ciências pelo Programa de Pós-Graduação da EERP-USP e atualmente doutoranda no mesmo programa, com bolsa da Capes.

Rander Junior Rosa

Doutorando no Programa Interunidades em Enfermagem da EERP-USP. Mestre em promoção de saúde pela Universidade São Francisco (Unifran) (2022). Graduado em educação física pela UFMG (2015) e licenciado em biologia pelo Centro Universitário Claretiano (2019). Possui pós-graduação em fisiologia do exercício (2019) e em biologia celular e molecular (2020). É integrante do Grupo de Estudo em Fisiologia do Exercício Aplicado à Saúde e ao Esporte (Gefese) da Unifran, e do Grupo de Estudos Epidemiológico-Operacional em Tuberculose (GEOTB).



Reginaldo Bazon Vaz Tavares

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP. É bacharel em enfermagem pela mesma instituição, que é centro colaborador da Opas/OMS. Atuou como secretário e vice-presidente da Liga de Tuberculose da EERP-USP e atualmente é co-tutor. Membro do GEOTB da Rede-TB, desenvolve pesquisas nas áreas de tuberculose, geo-processamento, análise espacial e covid-19.

Rosa Maria Pinheiro de Souza

Graduada em ciências econômicas pelo Centro de Estudos Superiores do Estado do Pará (1982), com mestrado em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fiocruz (1997) e doutorado em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social (IMS-Uerj) (2003). É analista sênior de gestão em saúde da Fiocruz, com experiência em planejamento e gestão em saúde, trabalho em rede e parcerias. Atua na docência, pesquisa e coordenação de projetos na área de saúde pública/coletiva, abordando temas como formação em saúde pública, financiamento em saúde e educação interprofissional. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação Interprofissional em Saúde (GPEIS).





Ruan Víctor dos Santos Silva

Doutorando em saúde pública pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP (2022-atual). Graduado em enfermagem pelo Centro Universitário do Norte (Uninorte) (2021) e especializado em unidade de terapia intensiva pela Fatesa (Faculdade de Tecnologia em Saúde) (2023) e em auditoria e gestão hospitalar pelo Instituto Singular/Delta (2021). Possui experiência em ensino e pesquisa na área de enfermagem, com ênfase em saúde pública.

Thaís Zamboni Berra

Graduada em enfermagem pela EERP-USP (2012-2015), mestre e doutora em ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública da mesma instituição (2018 e 2022). Atualmente, realiza pós-doutorado no mesmo programa. É membro do GEOTB e do Gaaps.



Yan Mathias Alves

Doutorando no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP-USP. Mestre em ciências pelo mesmo programa (2022) e bacharel em enfermagem pela EERP-USP (2018). Membro do GEOTB da Rede-TB e do Gaaps.

Severina Alice da Costa Uchoa

Graduada em medicina, com mestrado em sociologia pela Universidade Federal da Paraíba (1994) e doutorado em saúde coletiva pela UERJ (2003). Realizou estágio de pós-doutorado em avaliação de políticas de saúde no Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova de Lisboa, Portugal. Atualmente é professora titular do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) e lidera o Grupo de Estudos em Avaliação de Políticas, Programas e Serviços de Saúde (UFRB-CNPq).



Titilade Kehinde Ayandeyi Teibo

Doutoranda em enfermagem em saúde pública pela EERP-USP, pesquisando o acesso dos usuários ao diagnóstico de tuberculose em Oyo State, Nigéria. Formada em bioquímica pela Ladoke Akintola University of Technology. É membro do GEOTB e da Rede-TB, participando de diversos projetos de pesquisa e publicando em periódicos internacionais.

ISBN: 978-65-88556-16-0

ORL



9 786588 556160