

BRENDA GOMES FARIAS

**RELAÇÃO ENTRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 ADOTADAS POR  
MORADORES DE UM BAIRRO DE LAGES/SC COM OS INDICADORES DE  
QUALIDADE DE VIDA URBANA**

Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense – UNIPLAC.

**Orientadora:** Profa. Dra. Lenita Agostinetto

**Coorientadora:** Profa. Dra. Ana Emília Siegloch

LAGES

2022

### Ficha Catalográfica

F224r Farias, Brenda Gomes.  
Relação entre as medidas de prevenção à COVID-19 adotadas por moradores de um bairro de Lages/SC com os indicadores de qualidade de vida urbana/Brenda Gomes Farias – Lages, SC, 2022.  
132 p.

Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Catarinense.  
Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense.

Orientadora: Lenita Agostinetto

Coorientadora: Ana Emília Siegloch

1. Coronavírus. 2. Ocupação territorial. 3. Vulnerabilidade social. I. Agostinetto, Lenita. II. Siegloch, Ana Emília. III. Título.

CDD 614.58

**Catálogo na Fonte: Biblioteca Central**

Brenda Gomes Farias

**RELAÇÃO ENTRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 ADOTADAS  
POR MORADORES DE UM BAIRRO DE LAGES/SC COM OS INDICADORES  
DE QUALIDADE DE VIDA URBANA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, para obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde.

Aprovada em 31 de agosto de 2022.

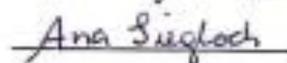
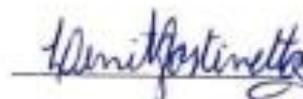
**Banca Examinadora:**

**Profa. Dra. Lenita Agostinetta**  
(Orientadora e Presidente da Banca Examinadora)

**Profa. Dra. Ana Emilia Sieglach**  
(Coorientadora)

**Prof. Dr. Valdir Lamim Guedes Junior**  
(Examinador Titular Externo - PPGAS/UNIPLAC)

**Prof. Dr. Dalvan Antônio de Campos**  
(Examinador Titular interno - PPGAS/UNIPLAC)





## **DECLARAÇÃO DE ORIGINALIDADE**

Declaro que os dados apresentados nesta versão da Dissertação para o Exame de Defesa de Dissertação são decorrentes de pesquisa própria e de revisão bibliográfica referenciada segundo normas científicas.

Lages, 31 de agosto de 2022.

---

Brenda Gomes Farias



## **DEDICO**

À Deus que me permitiu e me capacitou para viver este sonho. Aos meus pais Simone e Elias, a minha avó Maria de Lourdes, ao meu companheiro Bruno.



## **AGRADECIMENTOS**

À Deus por me oportunizar viver esse sonho, de realizar uma pós-graduação a nível de mestrado, principalmente por me dar capacidade para enfrentar os obstáculos até aqui percorridos.

À minha mãe Simone, que desde à infância me ensinou sobre a importância de estudar, e com seu exemplo me deu força e amor, para aprender conciliar a vida entre estudos, casa e trabalho.

Ao meu pai, que sempre acreditou no meu potencial e ofertou muito carinho e acolhimento neste processo.

À minha avó Maria de Lourdes, que sempre esteve presente, dedicando sua vida a mim, e me auxiliando de todas as formas possíveis nessa caminhada, você deu razão e sentido para essa escolha.

Ao meu companheiro Bruno que escolheu trilhar junto comigo essa caminhada, enfrentou o dia a dia, onde alguns momentos não foram fáceis. Abdicou de sua vida pessoal e profissional para me auxiliar na pesquisa, com paciência e muito cuidado.

À toda minha família, que nunca mediu esforços para que esse sonho fosse concretizado. Onde desde o primeiro momento em que surgiu a oportunidade de ingressar neste curso, me incentivaram e acreditaram na minha capacidade.

A todos os professores do Mestrado em Ambiente e Saúde, que estiveram compartilhando conhecimento ao longo dessa jornada. Em especial, quero agradecer a professora Dra. Lenita Agostinetti e Dra. Ana Emilia Siegloch pelo respeito, carinho e profissionalismo que fizeram toda diferença neste percurso.

Aos professores do curso de graduação em Serviço Social, que estiveram lado a lado me dando suporte nessa jornada, principalmente à professora e coordenadora Audrilara, a qual é uma grande referência de pessoa e profissional, sendo uma das minhas inspirações acadêmicas no Serviço Social.



## RESUMO

As medidas de prevenção adotadas contra a COVID-19 foram planejadas no coletivo. Sendo assim, alguns locais foram mais afetados do que outros, devido seu contexto de vulnerabilidade social, já vivenciado antes na pandemia. O objetivo dessa pesquisa foi analisar as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e relacionar com os indicadores de qualidade de vida urbana. Esta pesquisa foi quantitativa, descritiva e de campo, desenvolvida no Bairro Santa Helena do município de Lages. Sendo que os participantes foram os moradores do bairro supracitado, cadastrados no território CRAS VI do município. No momento da pesquisa haviam 1075 cadastrados, e 185 pessoas para participar da pesquisa. Para a seleção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, sendo que, foram incluídos na amostra aqueles indivíduos que se identificaram como pessoas atendidas no território do CRAS VI. Para a coleta de dados, foi realizada a aplicação de questionário com os participantes da pesquisa. Este questionário abordou sobre informações sociodemográficas; indicadores de habitação durante a pandemia; acesso aos bens e serviço; infraestrutura urbana e sobre vacinação. O questionário foi aplicado durante busca ativa no domicílio entre outubro e dezembro de 2021, foi realizada a leitura das perguntas e anotada as respostas de acordo com a resposta dos pesquisados. Posteriormente os dados foram tabulados em Excel e analisados por estatística descritiva (médias, desvio padrão e percentual) e algumas variáveis foram cruzadas entre si por intermédio do teste qui-quadrado a 5% de significância pelo software Estatístico SPSS versão 2.0. Observou-se que a maioria (72,4%) das pessoas pesquisadas são do sexo feminino. Como também, a maioria (77,2%) reside em casa própria. A maior parte (67,6%) dos pesquisados não contraíram Covid-19. Ainda neste contexto, a maior (68,6%) parte das pessoas que contraíram Covid-19 foram atendidas pela Unidade Básica de Saúde do território. Observa-se que a maioria (74,1 %) utilizou máscara de pano, no entanto, as pessoas que utilizaram a máscara cirúrgica, foram as que menos contraíram Covid-19. Observou-se ainda que 30,8% dos pesquisados vivem sob área de recarga do Aquífero Guarani. Em relação a vacina, a maior parte (96,2%) dos entrevistados foram vacinados com a primeira dose. A religião foi apresentada como um dos motivos pela não adesão da vacina. De modo geral, os resultados desta pesquisa evidenciam os indicadores de qualidade de vida urbana e a Covid-19 de forma positiva, isso pode estar atrelado aos pesquisados serem pessoas atendidas pelas políticas públicas ofertadas no território, principalmente o CRAS VI, sendo uma potencialidade neste contexto. Contudo, é importante

destacar que pode haver fragilidade no entendimento dos pesquisados no que diz respeito ao seu contexto de habitabilidade. Neste sentido, sugere-se incentivar a participação social, dentro do controle social interligado às políticas públicas.

**Palavras-chave:** Coronavírus. Ocupação territorial. Vulnerabilidade social.

## ABSTRACT

The preventive measures adopted against COVID-19 were planned collectively, not considering the subjectivities of each location. Therefore, some places were more affected than others, due to their context of social vulnerability, already experienced in the pandemic. The objective of this research was to evaluate the measures to prevent Covid-19 adopted by the residents of Bairro Santa Helena, Lages/SC and relate them to the indicators of quality of urban life. This research was quantitative, descriptive and field and was developed in the neighborhood of Santa Helena in the city of Lages. The participants were residents of the aforementioned neighborhood, registered in the CRAS VI territory of the municipality. Thus, the definition of the sample was made based on the number of residents of the Santa Helena neighborhood registered in the aforementioned equipment, and currently there are 1075 registered, and a total of 216 people surveyed. For the selection of the sample, the non-probabilistic convenience sampling technique was used, and those individuals who identified themselves as people served in the territory of CRAS VI were included in the sample. For data collection, a questionnaire was applied to the research participants. This questionnaire addressed sociodemographic information; housing indicators during the pandemic; access to goods and services; urban infrastructure and on vaccination. The questionnaire was applied during an active search at home between October and December 2021, the questions were read and the answers were recorded according to the respondents' response. Subsequently, the data were tabulated in Excel and analyzed using descriptive statistics (means, standard deviation and percentage) and some variables were cross-referenced using statistical software. Thus, it was observed that most of the people surveyed are female and with elementary education. Also, most live in their own home. In this context, it is worth noting that most people who earn less than the minimum wage live in a given home. Most of those surveyed did not contract Covid-19. And most people who have contracted Covid-19 had mild symptoms. With regard to access to goods and services, during the Covid-19 pandemic, most people avoided leaving their homes, and most of the trips were for health reasons. Still in this context, most of the people who contracted Covid-19 were attended by the Basic Health Unit of the territory, and most consider it easy to access, and with good service. It is observed that the majority used a cloth mask, however, the people who used the surgical mask were the ones who contracted Covid-19 the least. Also in this sense, most reported that there were masks discarded in public places close to their residence. The relevant issue in this context is that 30.8% of those surveyed live in a

recharge area of the Guarani Aquifer, which also presented vulnerabilities during the pandemic, due to inadequate waste management. Regarding the vaccine, most respondents were vaccinated by age category. Most people had no reaction to the first dose of the vaccine, and pain at the site was the most signaled reaction. Religion was presented as one of the reasons for non-adherence to the vaccine. In general, the results of this research show the indicators of quality of urban life and Covid-19 in a positive way, this may be linked to the respondents being people served by the public policies offered in the territory, especially CRAS VI, being a potential in this area. context. However, it is important to highlight that there may be fragility in the understanding of those surveyed with regard to their habitability context. In this sense, it is suggested to expand research in this area, in order to help the municipal government to articulate more inclusive practices to prevent and combat Covid-19 and even other similar health issues, which require different coping strategies. As well as encouraging participation in the social, within the social control linked to public policies.

**Keywords:** Coronavirus. Territorial occupation. Social vulnerability.

## **IMPACTO E CARÁTER INOVADOR DA PRODUÇÃO INTELECTUAL**

Esta pesquisa apresenta relevância científica e social, com impacto em diversos setores na sociedade, uma vez que a Covid-19 foi uma pandemia inesperada que impactou na esfera local, estadual e nacional os serviços de atendimento à saúde, a economia e que acentuou as discrepâncias sociais no cenário contemporâneo, afetando diretamente a qualidade de vida urbana, principalmente das populações mais vulneráveis. Assim, pesquisas relacionadas a temática, são de suma importância para estabelecer estratégias para minimizar os impactos sociais atrelados a qualidade de vida, causados por esta ou outras possíveis pandemias. Neste sentido, a pesquisa também contribui no campo ambiental, pois, a pandemia Covid-19 também está associada ao desequilíbrio ambiental, bem como, aos prejuízos neste contexto, principalmente no que diz respeito ao excesso de resíduos gerados durante este período. A presente pesquisa mostra que houve no local de estudo um incremento na geração de resíduos e descarte inadequado das máscaras, bem como, demonstra que boa parte dos participantes residem em área de Aquífero Guarani cujo descarte de resíduos e poluição pode ser ainda mais grave. Deste modo, esta pesquisa contribui com alguns dos objetivos do desenvolvimento sustentável da ONU, tais como, objetivo 3 que trata do bem-estar e saúde para todos, objetivo 11 que busca garantir comunidades e cidades mais sustentáveis, objetivo 15 que visa proteger, restaurar e promover o uso sustentável dos ecossistemas terrestres, demonstrando o impacto social e a interdisciplinaridade envolvida nesta pesquisa.



## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Tipo de residência (%) dos participantes da pesquisa (n=185) realizada no bairro Santa Helena, Lages, SC.....	57
Figura 2 – Avaliação (%) da residência pelos participantes da pesquisa (n=185) do bairro Santa Helena, Lages, SC.....	57
Figura 3 – Percentual de indivíduos pesquisados no bairro Santa Helena, Lages, SC que contraíram ou não Covid-19 (n=185). ....	60
Figura 4 – Sintomas de covid-19 apresentados pelos participantes que não tiveram acesso a testagem (n=9). ....	63
Figura 5 – Principais tipos de saídas, em percentual, durante o isolamento da pandemia Covid-19 relatadas pelos participantes da pesquisa (n=185). ....	65
Figura 6 – Percepção dos participantes da pesquisa acerca dos impactos causados pela pandemia Covid-19 na renda, saúde e convívio social (n=185). ....	67
Figura 7 – Forma de obtenção de informação sobre covid-19 pelos participantes da pesquisa do bairro Santa Helena, Lages, Santa Catarina (n =185). ....	71
Figura 8 – Percepção sobre a acessibilidade da Unidade básica de saúde - UBS (%) pelos participantes da pesquisa (n=185). ....	72
Figura 9 – Frequência de uso da Unidade básica de saúde do bairro Santa Helena, Lages, SC pelos participantes da pesquisa (n=185). ....	73
Figura 10 – Avaliação da Unidade básica de saúde do Bairro Santa Helena, Lages, SC pelos participantes da pesquisa (n=127). ....	74
Figura 11 – Percentual do tipo de sistema de tratamento de esgoto adotado na residência dos participantes do bairro Santa Helena, Lages, SC (n=185). ....	79
Figura 12 – Grupo de vacinação (em percentual) dos participantes da pesquisa realizada no Bairro Santa Helena, Lages, SC, (n-185). ....	83
Figura 13 – Tipo de vacina recebida como primeira dose pelos participantes da pesquisa (n=178). ....	84



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa realizada no Bairro Santa Helena, Planalto Sul Catarinense.....	55
Tabela 2 – Medidas de prevenção contra covid-19 adotadas na unidade básica de saúde do bairro Santa Helena, Lages, SC, segundo a percepção dos participantes da pesquisa (n=127). .....	75
Tabela 3 – Principais tipos de máscaras utilizadas pelos participantes da pesquisa durante a pandemia Covid-19 (n=185).....	75
Tabela 4 – Medidas de prevenção contra covid-19 adotadas no transporte coletivo municipal Lages, SC, segundo a percepção dos participantes da pesquisa. ....	82



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>15</b>
1.1	PERGUNTA DE PESQUISA .....	20
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>21</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	21
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
3.1	COVID-19: PANORAMA GERAL.....	23
3.2	INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA URBANA E A RELAÇÃO COM A COVID-19 .....	33
<b>3.2.1</b>	<b>Saneamento Básico</b> .....	<b>33</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Habitções, Áreas de Ocupação e Áreas de Afloramento do Aquífero Guarani</b>	<b>36</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Acesso a Bens e Serviços</b> .....	<b>40</b>
3.3	COVID-19 EM SANTA CATARINA E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO .....	44
<b>4</b>	<b>ARTIGO CIENTÍFICO</b> .....	<b>49</b>
4.1	RESUMO .....	49
4.2	INTRODUÇÃO.....	50
4.3	MATERIAL E MÉTODOS.....	52
4.4	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	54
<b>4.4.1</b>	<b>Dados Sociodemográficos</b> .....	<b>54</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Indicadores de Habitação</b> .....	<b>56</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Covid-19</b> .....	<b>60</b>
<b>4.4.4</b>	<b>Indicadores de Acesso a Bens e Serviços durante a Pandemia COVID-19</b> .....	<b>64</b>
<b>4.4.5</b>	<b>Indicadores de Infraestrutura Urbana</b> .....	<b>77</b>
<b>4.4.6</b>	<b>Condições de Saneamento Básico do Território</b> .....	<b>78</b>
<b>4.4.7</b>	<b>Moradia sob Área do Sistema Aquífero Guarani</b> .....	<b>80</b>
<b>4.4.8</b>	<b>Condições de Transporte Coletivo</b> .....	<b>81</b>
<b>4.4.9</b>	<b>Vacinação Contra COVID-19</b> .....	<b>83</b>
4.5	CONCLUSÃO.....	87
4.6	REFERÊNCIAS .....	87

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>101</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>119</b>
Anexo I – Parecer de Aprovação da pesquisa pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da UNIPLAC.....	119
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>123</b>
Apêndice I – Questionário a ser aplicado aos participantes da pesquisa, adaptado de Nahas (2006). .....	123
Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	131

## 1 INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pela família de vírus denominada coronavírus (Sars-Cov-2), com origem desconhecida até o momento, contudo, há suposições que surgiu em Wuhan, na China (BEZERRA *et al.*, 2021).

Atualmente foram identificadas diversas variantes da SARS-CoV-2, e salienta-se que com o passar do tempo, ainda podem surgir outras. Esse aparecimento se deve a um evento natural, que já é esperado pela ciência em razão do processo evolutivo de qualquer vírus RNA, especificamente o SARS-CoV-2 (FIOCRUZ, 2021).

As referidas variantes conduzem o aumento da transmissibilidade, e conseqüentemente o agravamento das questões epidemiológicas (ECDC, 2021). Sendo que, a variante encontrada no Estado do Amazonas apresenta mutações (E484K e N501Y) que possuem a carga viral mais elevada e, dessa forma, maior possibilidade de transmissão (FARIA *et al.*, 2021).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2021a) o coronavírus disseminou-se rapidamente em nível mundial, em virtude disso, a patologia COVID-19 se tornou uma emergência em saúde pública, sendo por este motivo, reconhecida como pandemia no Brasil, em março de 2020.

Em nível mundial foram confirmados o total de 589.244.316 casos de COVID-19 e 6.433.419 mortes até 13 de agosto de 2022, sendo 63% da população mundial vacinada (BRASIL, 2022).

Até 13 de agosto de 2022, no Brasil o total de casos de coronavírus foi de 34.148.131 com 681.253 mortes provocadas pela doença. Em relação a vacinação no país até a referida data, 81% da população foi vacinada. Contudo, vale destacar que o Brasil, está entre os países com menores percentuais de população vacinada (BRASIL, 2022).

No estado de Santa Catarina, até 13 de agosto do ano de 2022, foram 1.851.075 casos confirmados da doença, com 22.299 mortes (BRASIL, 2022). Quanto à vacinação no Estado, até o atual momento foram vacinadas com a primeira dose 87% da população geral (SANTA CATARINA, 2022).

No município de Lages, segundo dados da prefeitura municipal, desde o início da pandemia até o atual momento (agosto/2022) foram registrados 42.774 casos confirmados de Covid-19 e 599 óbitos (SANTA CATARINA, 2022). Quanto a vacinação no município, até o atual momento foram vacinadas 98% da população com a primeira dose, 100% com a segunda dose, 57% com a terceira dose e 14% com a quarta dose (SANTA CATARINA, 2022).

Ainda até o mês de agosto de 2022, mesmo com avanço na vacinação, ainda havia aproximadamente 400 casos ativos de Covid-19 na macrorregião de Lages (SANTA CATARINA, 2022).

O coronavírus é transmitido pelo contato de pessoas contaminadas, por intermédio de gotículas de secreções de vias respiratórias (BEZERRA *et al.*, 2020). O vírus Sars-Cov-2, invade as células por intermédio da enzima conversora de angiotensina 2 presente no epitélio respiratório inferior e nas células da mucosa do intestino delgado (CESPEDES; SOUZA, 2020).

Dessa forma, o corpo produz uma resposta inflamatória para tentar combater o agente infeccioso, o que culmina com a aparição de sintomas, como tosse e a dor de garganta (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Neste sentido, a resposta inflamatória aumenta na tentativa do corpo combater o vírus, ocasionando a febre, posteriormente a falta de apetite, perda de olfato e paladar. O quadro clínico pode progredir se o vírus migrar do canal brônquico e atingir os pulmões, causando pneumonia (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

Deste modo, o quadro sintomatológico manifesta-se a partir de febre, coriza, congestão nasal, dispneia, mal-estar, mialgia, perda do paladar, ou podem ser assintomáticos, sendo que as pessoas imunodeprimidas, com comorbidades, gestantes ou idosas, podem demonstrar mais complicações (MASCARENHAS *et al.*, 2020).

No início do surto da covid-19 ainda não havia vacina específica para doença, posteriormente começaram a surgir às possibilidades de vacinas eficazes contra o vírus, sendo que em dezembro de 2020 os estudos clínicos já estavam em fase III (ANVISA, 2020a).

Ressalta-se que a fase clínica I buscou testar segurança e potência, sendo testada em voluntários saudáveis. Na fase clínica II, ocorreu a expansão desses dados de segurança e também do número de pessoas testadas. Já na fase clínica III ocorreu o estudo de eficácia com número grande de participantes (ANVISA, 2020a).

Dessa forma, vale destacar que a partir da vacinação, quando a maioria da população tem proteção imunológica contra um agente infeccioso, mesmo indivíduos que não comprovem resposta imune específica contra esse agente estão protegidos. Esse fenômeno é denominado como imunidade comunitária (RANDOLPH; BARREIRO, 2020).

A vacinação já vem sendo utilizada desde dezembro de 2020 como forma emergencial de combate ao vírus em alguns países. No Brasil o início da vacinação ocorreu em 18 de janeiro de 2021 (ANVISA, 2020a; BRASIL, 2021a).

Apesar da vacinação já estar ocorrendo, a recomendação pelas autoridades sanitárias é que enquanto a população aguarda para ser vacinada, que ainda sejam mantidas as medidas sanitárias de segurança, principalmente a intensificação da higiene pessoal, nas mãos e no ambiente, isolamento, distanciamento e uso de máscaras em casos suspeitos, e em caso de sintomas a busca pela assistência à saúde (ANQUINO *et al.*, 2020; ABRASCO, 2022).

Ressalta-se que no cenário contemporâneo, essas medidas foram flexibilizadas, devido ao aumento do número de pessoas vacinadas, as máscaras não são mais obrigatórias, somente em casos de suspeita de Covid-19, que geralmente está associado a um sintoma gripal. A higienização das mãos e do ambiente, seguem recomendadas de forma mais flexível. O isolamento social só está sendo utilizado para pessoas que testaram positivo (ABRASCO, 2022).

Durante a pandemia houve uma crise sanitária que conduziu o país para o colapso de saúde, como se observou em vários estados, como por exemplo, no Amazonas, com a falta de estrutura e recursos de saúde, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), respiradores mecânicos, medicamentos e até mesmo o tempo de permanência de pessoas com COVID-19, nos estabelecimentos de saúde, que continuam sendo suporte para outras patologias, que permanecem ocorrendo e necessitando de atenção dos serviços de saúde (ANQUINO *et al.*, 2020).

Além dos referidos fatores, a carência de saneamento básico e dificuldade de acesso a bens e serviços e condições precárias de moradia por parte da população, foram agravantes à pandemia (GOES, 2020).

De acordo com a Pires (2020) a COVID-19 atingiu primeiramente as populações consideradas “classe média e alta” atrelada às viagens internacionais, posteriormente, houve disseminação pelos bairros mais vulneráveis, cuja população sofre com os efeitos provocados pela desigualdade social.

Alguns grupos adotaram o isolamento social, e outros não tiveram essa opção em razão da necessidade de sobrevivência e em função da exposição no trabalho, ou por estar em atividade laboral informal, ou ainda por não ter condições adequadas de habitação que permitiram adotar esta medida (PIRES, 2020).

Neste contexto, cabe destacar que conforme a Constituição Federal (1988) todo cidadão tem direito às condições básicas que garantem sua qualidade de vida. Segundo Campos (2014) a qualidade de vida também envolve o entendimento do indivíduo como um sujeito que pertence a um contexto social amplo, a partir de suas perspectivas, objetivos, cultura e história.

Além disso, o conceito de qualidade de vida também está relacionado ao conceito biopsicossocial de saúde, atrelados também ao acesso à educação, emprego, renda, saneamento básico, moradia, entre outros (ADRIANO *et al.*, 2000; CAMPOS, 2014). Nesta perspectiva, qualidade de vida significa um híbrido biológico-social, conduzido por condições mentais, ambientais e culturais (MINAYO *et al.*, 2000).

Torna-se relevante compreender a qualidade de vida da população, pela ótica urbana, relacionada à qualidade ambiental, desenvolvimento sustentável, exclusão social e vulnerabilidade social (NAHAS, 2006) que se fundamenta, portanto, na tríade: ambiente, sociedade e economia (STEINBERGER, 2011).

Para mensurar a qualidade de vida urbana, utiliza-se o índice de Qualidade de Vida Urbana (IQVU) que compõe três eixos essenciais: equidade, qualidade ambiental e sustentabilidade do desenvolvimento humano. Neste sentido, existem diversos indicadores que mensuraram importantes aspectos da qualidade de vida urbana nas cidades, desde o acesso a bens e serviços, seus anseios individuais e subjetivos, necessidades econômicas, limitações físicas, e sua formação sócia histórica determinada por sua cultura (GOMES; ZAMBAM, 2011; NAHAS *et.al.*, 2006).

Dentre os indicadores de qualidade de vida urbana, destaca-se o saneamento básico, que segundo a (OMS, 2020c) é o controle dos fatores do meio físico do ser humano, que tem objetivo de alcançar a salubridade ambiental, porém, se não adequados podem ser nocivos tanto no âmbito físico, mental e social (BRASIL, 2006).

Outro indicador é a habitação que está ligada aos aspectos materiais das edificações e habitabilidade, como também aspectos subjetivos que estão relacionados ao sentimento de pertencimento deste espaço (SILVA; DIONÍSIO, 2018).

Além disso, o indicador acesso a bens e serviços ofertados no território constitui-se em outro fator muito importante para a qualidade de vida urbana, que de acordo com o Estatuto das Cidades, no art. 2o, inciso V, estabelece que o município possui a obrigação de ofertar equipamentos comunitários e serviços públicos adequados aos interesses e necessidades da população de acordo com a realidade local (SILVA; SCOCUGLIA 2015).

Neste sentido, antes da pandemia grande parte da população já vivenciava riscos sociais e violação de direitos, em razão das expressões da questão social expostas no Brasil, seja no contexto sanitário, habitacional e acesso a bens e serviços (PIRES, 2020; DUCZMAL *et al.*, 2020).

O distanciamento social, prática tão recomendada durante a pandemia Covid-19, foi um grande desafio, uma vez que, famílias compartilham somente um cômodo da residência, vivem em áreas irregulares de ocupação sem acesso ao saneamento básico e/ou água potável, fatores que podem comprometer a higienização básica pessoal e do ambiente de convivência (PIRES, 2020; DUCZMAL *et al.*, 2020).

Assim, práticas de distanciamento e isolamento social podem ter sido mais difíceis de serem seguidas em áreas irregulares, em razão da precariedade do fornecimento de serviços de saneamento básico, saúde e moradia, além dos impactos econômicos numa população mais vulnerável, que possui acesso limitado a bens e serviços (PIRES, 2020; DUCZMAL *et al.*, 2020).

De acordo com esse contexto, foi realizado recorte de pesquisa em nível local, no município de Lages, SC para compreender a realidade desta população diante da nova conjuntura, que impacta diretamente na vida do ser humano, em todos os seus contextos, inclusive nos direitos básicos constitucionais.

Neste sentido, foi escolhido o bairro Santa Helena, que é o segundo maior bairro do município, cuja parte de seus espaços territoriais (23,6%) é ocupado irregularmente (OLIVEIRA, 2017) e sobre uma área onde está localizado o Aquífero Guarani (segundo maior reservatório de água doce do mundo), estando rodeado de rochas de formação Botucatu que possui fácil absorção de resíduos que podem levar a contaminação da água (MAZZOLI; EHRHARDT-BROCARD, 2013).

Além disso, no Bairro há muitas ligações clandestinas de água e luz nas ocupações irregulares, também não há tratamento de esgoto, sendo os resíduos descartados nos córregos, que podem acarretar contaminações ambientais e patologias humanas (OLIVEIRA, 2017).

Assim, a partir das vulnerabilidades sociais supracitadas, somado ao contexto da pandemia desencadeada pela COVID-19, compreende-se que para além de riscos biológicos, os indivíduos se encontram em risco social e com elevada incidência da doença (PIRES, 2020; DUCZMAL *et al.*, 2020).

Diante desse contexto, o Código de Ética do Assistente Social (1993) consubstanciado no art. 3º 'd', destaca que compete ao profissional da área “participar de programas de socorro à população em situação de calamidade pública, no atendimento e defesa de seus interesses e necessidades”.

Por essa razão, tornou-se necessário pesquisar acerca da temática abordada de forma interdisciplinar, a fim de buscar fundamentos teóricos embasados em estudos práticos, frente à

importância da reflexão, posicionamento e responsabilidade profissional sobre essa nova realidade (SOUSA, 2020).

De modo geral, buscou-se com esta pesquisa caracterizar a relação entre as medidas de prevenção à COVID-19 adotadas por moradores do bairro Santa Helena sobre os indicadores de qualidade de vida urbana, frente à pandemia do COVID-19.

### 1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

De acordo com o exposto acima, esta pesquisa buscou responder a seguinte pergunta: Quais são as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e como se relacionam com os indicadores de qualidade de vida urbana?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

Caracterizar as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e relacionar com os indicadores de qualidade de vida urbana.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa.
- b) Identificar o acesso ao saneamento básico e as condições de higiene vivenciadas pelos moradores do bairro.
- c) Avaliar as condições de habitação dos moradores do Bairro e sua influência no isolamento social como forma de enfrentamento à pandemia Covid-19.
- d) Reconhecer de que forma ocorre o acesso aos bens e serviços urbanos pelos moradores do bairro e como isto pode influenciar nas medidas de prevenção ao coronavírus e nos seus cuidados com a saúde.
- e) Verificar as medidas adotadas para a prevenção a Covid-19 e os indicadores de qualidade de vida urbana em moradores do bairro que habitam sob área de afloramento de Aquífero Guarani.



### 3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir será apresentada a fundamentação teórica da temática abordada neste estudo. Assim será apresentado um panorama geral sobre a pandemia COVID-19, e a relação com os indicadores de qualidade de vida urbana: saneamento básico, habitação e áreas de ocupação (área de afloramento de Aquífero Guarani) e o acesso a bens e serviços.

#### 3.1 COVID-19: PANORAMA GERAL

O coronavírus é um vírus que apresenta diversas tipologias que provoca infecção respiratória, em animais e seres humanos, sendo sete coronavírus nocivos aos humanos que geralmente são associados a síndromes gripais (FEHR; PERLMAN, 2015). Quatro destes, o coronavírus 229E e NL63 (alpha coronavírus) e os OC43 e HKU1 (beta coronavírus) provocam resfriados mais brandos de infecção respiratória (CUI *et al.*, 2020).

Dois destes, denominados como o Mers-CoV identificado em 2012, ocasionou impactos na saúde, principalmente das pessoas residentes no Oriente Médio (Mers), e o Sars-CoV identificado em 2002 como agente etiológico de uma epidemia de síndrome respiratória aguda grave (SARS). Ambos provocam sintomas de infecção respiratória considerada grave em seres humanos, assim como, são estes que causam as pandemias fatais (CUI *et al.*, 2020).

E o último denominado como Sars-CoV-2 um betacoronavírus medindo entre 50-200 nanômetros, contendo como proteína mais importante a *S* (*spike*) que possui combinação com a enzima de conversão de angiotensina 2 (ACE2). E dessa forma o vírus se conecta a ACE2 para invadir a célula, sendo este o mesmo receptor utilizado pelo vírus da SARS (READ *et al.*, 2020; FU *et al.*, 2020). Em virtude disso, o novo coronavírus é designado como Sars-CoV-2.

O Sars-CoV-2 foi o causador da pandemia contemporânea, com um impacto mundial, que interferiu negativamente na qualidade de vida da população, na saúde pública, e em questões sociais e econômicas (FIOCRUZ, 2021).

Contextualizando sobre os supracitados coronavírus, a primeira epidemia ocasionada pelo SARS surgiu em Hong Kong (China) em 2003, com letalidade de 10% (WHO, 2020a). Posteriormente em 2012 ocorreu a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), que se desencadeou na Arábia Saudita, com a taxa de letalidade de 30% (WHO, 2020a; WHO, 2020b).

Neste sentido, Lana *et al.* (2020) apontam que nos últimos anos tem surgido doenças infecciosas, como a gripe aviária (Influenza A H5N1) em 2003, a influenza A H1N1 em 2009,

a Zika em 2015, o que desperta curiosidade, pois, as pandemias vêm acontecendo com frequência desde 2018.

Assim, é imprescindível a preparação antecipada para intervenções relacionadas a novos patógenos com dimensão viral, em expansão emergencial mundial (COUSINS, 2018). Dentro deste contexto, em 2020, o Sars-CoV-2 foi detectado pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan, na China, e propagou-se rapidamente por diversos países (LANA *et al.*, 2020).

Destaca-se que a velocidade de propagação de um vírus é avaliada de acordo com seu número básico de reprodução ( $R_0$ ), determinado como o número médio de casos secundários produzidos por caso primário. A estimativa inicial de  $R_0$  para o SARS-CoV-2 varia de 1,6 a 4,1 (READ *et al.*, 2020).

Em estudo realizado por Ji *et al.* (2020) o SARS-CoV-2 possui maior proximidade genética a dois coronavírus derivados de morcegos, bat-SL-CoVZC45 e bat-SLCoVZXC21, sendo assim, descreve que o coronavírus evoluiu de morcegos e se replicou em humanos.

Isso se deve em razão destes mamíferos serem os maiores reservatórios naturais de Betacoronavirus (LI *et al.*, 2005; WOO *et al.*, 2012). Dessa forma, transmitindo ao ser humano via pangolim ou por outros animais selvagens que possam ter sido comercializados no mercado asiático (JI *et al.*, 2020).

Vale destacar, que as informações são inconclusivas no que tange ao novo coronavírus, todavia, nos primórdios da COVID-19 em Wuhan, foi identificado e associado a um mercado que comercializava frutos do mar, ainda com animais vivos, onde no referido local surgiram as primeiras pessoas infectadas, sendo elas visitantes e trabalhadores (ZHU *et al.*, 2020).

O SARS-CoV-2, responsável pela Covid-19, teve duas mutações semelhantes que ocasionaram mudanças significativas do SARS-CoV-2 em relação ao seu hospedeiro, principalmente no que diz respeito a uma defesa antiviral crítica (OMS, 2021a; ZHU *et al.*, 2020).

Contextualizando, após o surgimento do SARS-CoV-2, foram detectadas variantes do vírus, no mês de dezembro de 2020, o Reino Unido informou à OMS a respeito de uma variante denominada SARS-CoV-2 VOC 202012/01, considerada uma variante de preocupação (OMS, 2021a; ZHU *et al.*, 2020).

Alguns estudos destacaram que a variante apresenta maior transmissibilidade, todavia, não alterou a gravidade da doença, a ocorrência de reinfecção entre casos variantes e nem a distribuição de casos por idade e sexo, em comparação com outros vírus SARS-CoV-2 circulantes no Reino Unido (OMS, 2021a; ZHU *et al.*, 2020). Salienta-se que esta variante foi

identificada em 50 países, sendo que foi encontrada em todas as regiões da Inglaterra (OMS, 2021a; ZHU *et al.*, 2020).

Ainda em dezembro de 2020, na África do Sul foi detectada uma nova variante do SARS-CoV-2 denominada 501Y.V2, a qual se disseminou rapidamente e tomou lugar de outros vírus SARS-CoV-2 circulantes no país (OMS, 2021a; ZHU *et al.*, 2020).

No mês de janeiro de 2021, o Japão confirmou uma nova variante do SARS-CoV2, variante P1 dentro da linhagem B.1.1.28, detectada em quatro viajantes chegando do Brasil (OMS, 2021a; ZHU *et al.*, 2020). A referida variante sofreu 12 mutações na proteína *spike*, provocando maior capacidade de transmissibilidade e dificuldade na resposta imune do hospedeiro (OMS, 2021a; ZHU *et al.*, 2020).

No Brasil, a pandemia do Sars-Cov-2 aconteceu de acordo com duas linhagens, denominadas B.1.1.28 e B.1.1.33, que, provavelmente, surgiram no país em fevereiro de 2020 (SEIXAS, 2021).

A Rede Genômica da Fiocruz (BRASIL, 2021b), publicou nota técnica descrevendo uma análise genômica preliminar da linhagem SARS-CoV-2 B.1.1.28 que circulou inicialmente na região amazônica brasileira e se espalhou rapidamente pelo Brasil.

Acerca do Sars-CoV-2, responsável pela pandemia no Brasil, destaca-se que sua detecção se iniciou em janeiro de 2020, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021a), confirmou a proliferação do novo coronavírus, e na data de 16 de janeiro foi identificada a primeira confirmação de coronavírus em território japonês (LANA *et al.*, 2020). Posteriormente, no dia 21 de janeiro, os Estados Unidos informaram o primeiro caso (WHO, 2020b).

No Brasil, os casos começaram a emergir desde sete de fevereiro de 2020, quando havia nove casos suspeitos, sem confirmação (BRASIL, 2020c). Em 30 de janeiro, a OMS notificou como epidemia internacional, sendo que em março de 2020, foi caracterizada como pandemia pela OMS (WHO, 2020b).

A primeira confirmação oficial de COVID-19 foi detectada, no Brasil em 26 de fevereiro de 2020, em um homem idoso residente em São Paulo/SP que havia retornado de viagem da Itália (BRASIL, 2020a). Segundo o Ministério de Saúde após cerca de um mês já havia transmissão comunitária, que trata da ocorrência de casos confirmados, onde não é possível identificar a origem da infecção (BRASIL, 2020a).

Em 17 de março de 2020, foi confirmado o primeiro óbito no Brasil por COVID-19, em uma pessoa do sexo masculino e idoso, morador da cidade de São Paulo/SP, pessoa com

comorbidades, sendo elas hipertensão e diabetes, sem histórico de viagens. Dessa forma, passou ser reconhecida a transmissão comunitária da COVID-19 em todo território nacional (BRASIL, 2020a).

No início da doença no país, os casos eram importados, então, como estratégia de controle a orientação foi o isolamento dos casos confirmados, para se evitar a proliferação do coronavírus (BRASIL, 2020a). Todavia, com o avanço da transmissão comunitária e agravamento da doença foi adotado como estratégia a hospitalização para os casos graves, e medidas de isolamento para casos leves (BRASIL, 2020b).

A transmissão do novo coronavírus, ocorre a partir do contato de gotículas respiratórias (espirro, tosse, catarro), por meio da saliva de pessoas infectadas, ou em contato com superfícies contaminadas após o contato com a boca, nariz e olhos (LIU *et al.*, 2020). Dessa forma a transmissão pode acontecer de pessoa a pessoa em curtas distâncias (GUAN *et al.*, 2020). Destaca-se que o período de incubação da infecção por COVID-19, varia de 1 a 14 dias (ROTHER *et al.*, 2020).

A apresentação clínica dos sintomas mais comuns é febre (temperatura  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ), tosse, dispnéia (dificuldade respiratória), mialgia e fadiga, sintomas respiratórios e gastrointestinais (diarreia) (BRASIL, 2020b). O que pode variar de sintomas leves e assintomáticos, até uma apresentação grave de pneumonia, a Síndrome da Angústia Respiratória Aguda – (SARA) (BRASIL, 2020b; LIU *et al.*, 2020).

A febre é o sintoma mais prevalente (83,8%), bem como, tosse (60,3%) e fadiga (38%) (FU *et al.*, 2020). Vale destacar que exames laboratoriais mostram aumento da proteína C-reativa (68,6%), redução da contagem de linfócitos (57,4%) e, ainda, aumento da desidrogenase láctica (51,6%).

Os exames de imagens são utilizados em casos considerados graves, observado as opacidades em vidro-fosco e pneumonia bilateral através da tomografia computadorizada de tórax, com respectivas prevalências de 80% e 73,2% (LIU *et al.*, 2020).

O diagnóstico é realizado através de teste laboratorial por intermédio de transcriptase – reversa *Polymerase Chain Reaction* (RT-PCR), ou por meio do teste rápido que detecta anticorpos em pequenas quantidades de sangue, produzindo o resultado em 15 minutos (ANVISA, 2020b).

No Brasil para a detecção de infecção pelo vírus, os testes realizados são: 15 RT-PCR, 38 são testes imunocromatográficos, seis são por ELISA, dois são imunoenaios por quimioluminescência (CLIA) e três atuam por imunofluorescência (FIA) para a detecção e

diferenciação de anticorpos IgA, IgG ou IgM contra o coronavírus (SARS-CoV-2) (ANVISA, 2020b). Estudos revelam que, o teste de polymerase chain reaction em tempo real (RT-PCR) para identificação de SARS-CoV-2 é um dos mais confiáveis para detecção do vírus (ANVISA, 2020b).

A identificação precoce é essencial para evitar a transmissão do vírus, dessa forma, a orientação é o isolamento dos casos confirmados ou até mesmos suspeitos (BRASIL, 2020b).

Contudo, pessoas assintomáticas foram as principais responsáveis pela taxa elevada de transmissão de SARS-CoV-2, por isso é reforçado o isolamento social, para além de casos suspeitos e confirmados, a fim de evitar a sobrecarga nos sistemas de saúde (RAZAI *et al.*, 2019).

De modo geral, as estratégias mais eficazes para impedir a contaminação pelo vírus são por intermédio da higienização, isolamento, distanciamento social e a vacina (RAZAI *et al.*, 2019; BRASIL, 2022).

Neste sentido, segundo a OMS as medidas de prevenção durante a pandemia foram utilizadas de acordo com a orientação nacional de cada país. As primeiras iniciativas foram a proibição de reuniões, onde foi reduzido e controlado o número de pessoas gradativamente. A Alemanha fechou todas as lojas não essenciais, e estendeu horário de supermercado. Em outros países, as lojas realizaram o controle de entrada de pessoas, sendo o primeiro horário para idosos ou com comorbidades (COHEN; KUPGERSCHIMIDT, 2020).

Já as escolas foram fechadas pela maioria dos países, todavia, na Austrália, Inglaterra e Holanda, as escolas continuaram abertas para os filhos das pessoas que trabalhavam em setores essenciais. Na Inglaterra, as crianças em situação de vulnerabilidade social, também puderam continuar frequentando as aulas. Em Singapura houve redução de turmas e atividades escolares, mantendo rigorosas regras de higiene (COHEN; KUPGERSCHIMIDT, 2020).

Vale destacar, no início da pandemia os EUA, Reino Unido, Holanda e Suécia foram resistentes às medidas de distanciamento, posteriormente houve controle restrito (COHEN; KUPGERSCHIMIDT, 2020). Já a Índia e o Brasil que possuem populações numerosas, com agravantes de desigualdade social, o distanciamento social foi considerado relevante para que não houvesse sobrecarga no sistema de saúde (COHEN; KUPGERSCHIMIDT, 2020).

No Brasil foi adotado como estratégia o Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus, coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, da

Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), Nota Informativa n. 6/2020 – DAF/SCTIE/MS, entre outros documentos (BRASIL, 2020a).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a), indicou o uso de máscaras de pano, como estratégia de barreira essencial, quando aliada aos outros cuidados, tais como, a lavagem das mãos (dedos, punhos, palma e dorso) com sabão, e o uso frequente de álcool em gel. Destacando que o álcool deveria ser 70%, e este também deveria ser utilizado para limpar objetos pessoais, e objetos compartilhados. Além de evitar tocar a mão nos olhos, boca ou nariz (Li *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que o uso de máscaras durante a pandemia de uma doença respiratória diminui a proliferação do vírus, sendo uma barreira parcial às gotículas, uma intervenção não medicamentosa e eficaz (MUNSTER *et al.*, 2020).

Dessa forma, recomendou-se o uso de máscaras para toda população, até mesmo aqueles que não apresentavam sintomas relacionados à COVID-19, contudo, pesquisadores afirmam que o uso indiscriminado da máscara pode resultar em uma falsa sensação de segurança, e neste sentido a população poderia negligenciar as medidas básicas de prevenção, como a higiene das mãos (WANG *et al.*, 2020).

Assim, a recomendação era de que pessoas que utilizavam a máscara deveriam continuar com todos os procedimentos de higienização e práticas de uso recomendadas, como lavar a máscara, e substituir por uma limpa e seca, mantendo também a higienização adequada das mãos (BRASIL, 2020a).

Diversos tipos de máscara foram recomendadas, as mais utilizadas foram as cirúrgicas e as de pano (confecção caseira). O tempo recomendado de uso eram de 2 a 4 horas, ou até começarem a ficar úmidas (BRASIL, 2020c).

A máscara de pano deveria ser usada por no máximo 3 horas (após esse período poderia perder a eficácia), posteriormente, deveria ser deixada de molho em solução com água sanitária, ou outro desinfetante, e orientava-se que a mesma fosse passada com ferro quente e armazenada em saco plástico exclusivo para guardar a máscara. Já as máscaras cirúrgicas, são descartáveis após o tempo de uso (OPAS, 2020).

A eficiência das máscaras de tecidos está relacionada à estrutura e composição do tecido, bem como, número de camadas, ajuste adequado no rosto, umidade e tempo de uso das máscaras (CHU *et al.*, 2020).

Já as máscaras cirúrgicas, são confeccionadas para uso odonto-médico-hospitalar, e possuem eficiência de filtragem bacteriológica (BFE) de no mínimo 95% e eficiência de

filtragem de partículas (EFP) de mínimo de 98%. Assim, a máscara mais recomendada para uso era a N95 (CHU *et al.*, 2020).

Assim, alguns cuidados adicionais eram recomendados ao usar a máscara: lavar as mãos para inserir a máscara, sendo que a mesma deveria cobrir o queixo e o nariz, devendo permanecer justa ao rosto e nas laterais. Não se recomendava tocar na máscara, quando necessária a retirada, realizar pelas alças laterais, e logo após higienizar as mãos (OPAS, 2020).

Recomendava-se descartar a máscara após a remoção, colocando-a em um saco plástico, antes de descartar em lixo doméstico. No caso dos serviços de saúde, descartar as máscaras usadas como os demais resíduos sépticos (hospitais, laboratórios, clínicas, entre outros) devido a potencialidade e patogenicidade do vírus. Já as máscaras de pano, poderiam ser lavadas com sabão ou água sanitária, deixando de molho por 20 minutos e, se possível, secar ao sol e passar a ferro (FENG *et al.*, 2020).

Neste sentido, também durante a pandemia, foi muito orientado lavar as mãos com água, sabão, ou desinfetantes a base de álcool 70%, evitando colocar as mãos não lavadas nos olhos e boca. Bem como, a prática da higiene respiratória, ou seja, cobrir a boca e o nariz com o antebraço em caso de tosse ou espirros, ou utilizar lenços que posteriormente deveriam ser descartados, e higienizar as mãos em seguida (RAZAI *et al.*, 2019; FENG *et al.*, 2020).

O coronavírus pode permanecer ativo em algumas superfícies por longos períodos (ZANG, 2020) favorecendo o contágio. Deste modo, a recomendação era a desinfecção contínua das superfícies, com preparações à base de etanol (entre 62-71%), 0,5% de peróxido de hidrogênio (água oxigenada) ou 0,1% de hipoclorito de sódio (equivalente a uma colher de sopa de água sanitária/L de água). Outros agentes biocidas, como cloreto de benzalcônio a 0,05-0,2% ou digluconato de clorexidina a 0,02%, também foram recomendados, porém são menos eficazes (KAMPF *et al.*, 2020).

Os desinfetantes com grande potencial de desinfecção são à base de cloro, álcool, alguns fenóis e iodóforos e detergente neutros (KAMPF *et al.*, 2020). Em áreas de contato confirmado recomendava-se a desinfecção frequente, incluindo os quartos das pessoas contaminadas (KAMPF *et al.*, 2020; ZANG, 2020).

O distanciamento social, também foi orientado para evitar o contato direto com as pessoas, sendo necessário manter distância de no mínimo um metro entre um indivíduo e outro, principalmente de pessoas que apresentavam febre, tosse ou espirros (GHINAI *et al.*, 2020).

O isolamento social foi recomendado em caso de sintomas respiratórios, com objetivo de separar pessoas, com suspeita ou confirmação de infecção. Todas as pessoas com síndromes

gripais, durante a pandemia foram isoladas nos seus devidos domicílios, pelo tempo de 14 dias, a contar do início dos sintomas. As pessoas que tiveram contato com outras sintomáticas, também recebiam a orientação de realizar o isolamento (GHINAI, 2020; RAZAI *et al.*, 2019; TONG *et al.*, 2020).

As medidas supracitadas foram muito recomendadas uma vez, que apenas em dezembro de 2020 a vacina começou a ser aplicada, sendo assim até o início de 2021 ainda não havia tratamento específico para doença. O início da vacinação no Brasil ocorreu em janeiro de 2021 e persiste até o presente momento. Destaca-se que as vacinas são construídas para proteger o sistema imunológico do corpo a reconhecer e bloquear o vírus (WHO, 2021a).

A coronovac é uma vacina que utiliza a tecnologia do vírus inativado, mas com as proteínas conservadas e capazes de induzir a resposta imune, sendo a mesma metodologia das vacinas comuns, para prevenção de outras doenças. Já a vacina de Oxford-Astrazeneca utiliza a tecnologia do vetor viral, ou seja, a proteína (RNA) do novo coronavírus é inserida em outro vírus, modificado em laboratório, e a resposta imune acontece, pois, o sistema imunológico identifica a proteína e produz estruturas para impedir a infecção do novo coronavírus (SANTA CATARINA, 2021).

Ressalta-se que deve tomar duas doses da mesma vacina, sendo a coronovac entre duas a quatro semanas da primeira aplicação, e a de Oxford, em um intervalo de 12 semanas (SANTA CATARINA, 2021).

Atualmente a orientação é que pessoas com 5 anos ou mais, realizem a primeira dose da vacina, bem como, a segunda dose é recomendada como reforço, sendo a Coronovac após 28 dias, Janssen 2 meses, Astrazenica 70 dias e Pfizer 56 dias. A terceira dose de reforço é realizada após 4 meses da segunda dose, independente de qual vacina realizou anteriormente, e a quarta dose segue na mesma lógica, sendo 4 meses após a terceira (SANTA CATARINA, 2022).

As doses de reforço possuem o objetivo de aumentar a quantidade de anticorpos no organismo. A quarta dose já está sendo aplicada, é realizada após 4 meses da terceira dose (SANTA CATARINA, 2022).

O sistema imune demora 14 dias após a aplicação para produzir anticorpos. Mesmo as pessoas que já contraíram COVID-19, devem tomar a vacina. Contudo, destaca-se que a vacinação não é obrigatória (SANTA CATARINA, 2021).

Entretanto, apesar da vacinação ser o método de controle mais adequado ao coronavírus, considera-se este processo moroso em razão da logística de aplicação da vacina. Mesmo com o atual avanço da vacinação e também com a flexibilização das medidas recomendadas ressalta-

se que todos os cuidados de prevenção contra a Covid-19 são essenciais até que todos estejam integralmente imunizados (ABRASCO, 2022).

No Brasil, durante o período pandêmico, cada Estado desenvolveu medidas de proteção ao coronavírus de acordo com as condições cabíveis para cada região.

Sendo que em Santa Catarina, ampliaram-se as medidas de isolamento social, através de decretos Estaduais que determinavam a suspensão do transporte coletivo urbano, municipal e intermunicipal; concentração e permanência de pessoas em espaços coletivos, como parques, praias, praças; realização de eventos de todos os âmbitos; fechamento de alguns estabelecimentos e modificação de horário de funcionamento de outros (BRASIL, 2020a).

Tais medidas foram sendo afrouxadas de acordo com a matriz de avaliação de risco regionalizada de enfrentamento ao novo coronavírus (ABRASCO, 2022).

No Município de Lages, SC (LAGES, 2020), em 19 de março de 2020, foi identificado os primeiros oito casos suspeitos de COVID-19, e na data de 20 de março de 2020 já começaram as restrições de acesso aos serviços no município, nesta mesma data o prefeito decretou situação de emergência. No dia 21 de março de 2020 o antigo Pronto Atendimento Tito Bianchini foi preparado para se tornar Hospital de Triagem da Covid-19, para atender Lages e região (LAGES, 2020).

Neste início do período pandêmico (março/abril 2020) foi indicada a frequente higienização por conta da Covid-19. As medidas foram restritas no que tange o acesso de bens e serviços, e o prefeito decretou novo horário de funcionamento de alguns estabelecimentos e fechamento total de outros. Por exemplo, a vigilância sanitária passou a atender a população somente por telefone (LAGES, 2020).

Na data de 14 de abril de 2020 grande parte dos servidores públicos inclusos no grupo de risco, foram afastados das suas atividades presenciais e neste período também foi suspensa a Festa Nacional do Pinhão, grande festa de turismo da cidade (LAGES, 2020). No dia 17 de abril de 2020 houve duas mortes no Centro de Triagem, com quadros compatíveis de COVID-19. Na mesma data foi determinado o uso obrigatório de máscaras pelo município (LAGES, 2020).

Em 21 de abril de 2020 o Governo do Estado anunciou regras para funcionamento dos shoppings, academias e restaurantes e o prefeito de Lages informou que o município devia seguir os decretos e portarias estabelecidos pelo Governo do Estado (LAGES, 2020).

Na data de 01 de junho iniciou-se a testagem rápida no município, onde no primeiro dia foram testadas 59 pessoas com 14 confirmações positivas para a Covid-19. Na mesma data, o

prefeito de Lages anunciou o retorno do transporte público, seguindo as recomendações sanitárias (LAGES, 2020).

No mesmo mês, o município recebeu pesquisadores do Estudo EPICOVID19-BR do Ministério da Saúde e UFPEL, onde os entrevistadores do Ibope Inteligência visitaram residências e convidaram os moradores a realizar testes rápidos para a Covid-19 (LAGES, 2020).

Em agosto de 2020 foram iniciadas as aplicações de multas pela Força de Segurança no cumprimento do Decreto de enfrentamento e combate a Covid-19, visando o isolamento social, e a intolerância as aglomerações (LAGES, 2020). Em setembro de 2020, a prefeitura informou que durante aproximadamente 80 dias mais de 1.200 profissionais da saúde, precisaram ser afastados em virtude de suspeita ou confirmação da doença em Lages, e decretou que as Unidades Básicas de Saúde deveriam ser procuradas somente em casos de extrema necessidade, para evitar aglomeração e conseqüentemente propagação do Covid-19 (LAGES, 2020).

Com a redução da pandemia, houve também o afrouxamento das medidas obrigatórias, assim o Governo do Estado de Santa Catarina, através do decreto nº 1794/2022 dispensou a obrigatoriedade do uso de máscaras (BRASL, 2022).

É importante salientar que durante o período pandêmico, nem sempre as medidas de higienização, isolamento e distanciamento social puderam ser seguidas por toda a população, pois há populações vulneráveis e negligenciadas, que nem sempre tem acesso às informações, ou às condições sociais e financeiras para realizar as recomendações da OMS, assim, algumas pessoas possivelmente contraíram a doença e permaneceram sem diagnóstico, contribuindo para a disseminação (LAI *et al.*, 2020).

Neste sentido, o acesso aos bens e serviços básicos, como saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, condições sociais e de habitação foram essenciais para controlar a disseminação da COVID-19, uma vez que, populações menos favorecidas social e economicamente provavelmente eram mais suscetíveis a doença (CSEM, 2020; ONU, 2020).

Segundo a ONU (2020) 2,2 bilhões de pessoas no mundo, não possuíam acesso a lavagem das mãos de forma regular, pois não possuem acesso adequado à água. Bem como, o distanciamento, o isolamento social, e a lavagem das mãos são medidas difíceis de serem executadas por grupos mais vulneráveis, onde a falta de acesso à água potável e ao saneamento, apesar de serem direito básico fundamental, não são acessíveis a esta população, possibilitando naquele período maior taxa de infecção e morte (CSEM, 2020).

No estado de Santa Catarina, não diferindo de outras regiões do país, há casos em que parte da população vive em situações de vulnerabilidade social (IPEA, 2015). No município de Lages, SC, por exemplo, o bairro Santa Helena, nos últimos anos, apresentou um crescimento populacional acelerado, o que tem aumentado as vulnerabilidades sociais e ambientais, considerando que grande parte da população ocupa áreas irregulares e áreas verdes sobre os córregos e rios do entorno, bem como área de afloramento do Aquífero Guarani (OLIVEIRA, 2017).

Além disso, a população local sofre com a carência de infraestrutura urbana, principalmente no que tange às questões relacionadas ao saneamento básico (OLIVEIRA, 2017). O que no contexto da pandemia da pandemia COVID-19, poderia constituir-se agravante para qualidade de vida urbana da população local.

## 3.2 INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA URBANA E A RELAÇÃO COM A COVID-19

### 3.2.1 Saneamento Básico

No Brasil, o saneamento básico é considerado um direito assegurado pela Constituição Federal (BRASIL, 1988) e definido pela Lei n.º 14.026/2020 como o conjunto dos serviços, infraestrutura e instalações operacionais de abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, e limpeza urbana e manejo de resíduos, manejo das águas pluviais urbanas.

Segundo o Ministério do Meio Ambiente (2007) a água é um elemento essencial à vida, dessa forma, é essencial manter a qualidade, tanto para proteção à saúde como também para o desenvolvimento econômico (BRASIL, 2007). Destaca-se que a água é responsável pela garantia da sobrevivência de grande parte da população.

A Lei Federal n.º 11.445/07 (art.2) descreve, entre seus princípios fundamentais, a universalização e a integralidade da prestação dos serviços de saneamento básico no país, destacando a universalização, que diz respeito à ampliação do acesso, e integralidade, ou seja, o acesso em conformidade com as necessidades (BRASIL, 2007).

O sistema de abastecimento de água pode ser variável nas suas características e no porte de suas instalações, sendo definido pela captação de água da natureza e seu transporte até a população em quantidade compatível a sua necessidade, com padrão potável de qualidade (TSUTIYA, 2006).

O esgotamento sanitário é a terminologia usada para águas que já foram utilizadas pelos seres humanos, sendo assim, apresentam características naturais alteradas e dessa forma, destinadas ao esgoto. As águas residuais devem ser tratadas e podem ser transportadas através de tubulações até os rios, lagos ou mares, ou até estações de tratamento (VON, 2005).

Os dejetos humanos, considerados nocivos à saúde, devido aos germes patogênicos, como por exemplo: febre tifoide e paratifoide, diarreias infecciosas, amebíase, ancilostomíase, esquistossomose, teníase, ascaridíase, entre outros, devem estar afastados do contato da população, bem como, dos vetores (moscas e baratas), águas de abastecimento e alimentos (VON, 2005).

Com a criação do Plano Nacional de Saneamento Básico (PNSB), e sua aprovação pela Lei n.º 11.445/2007 houve a união de diversos segmentos que passaram a entender o saneamento básico como ação de saúde (IPEA, 2020).

Sendo assim, o Plano de Saneamento Básico é considerado um instrumento de grande relevância da política pública de saneamento básico, e tem como principal objetivo a promoção do avanço entre os Municípios, Estado e União, cabendo aos municípios o planejamento destes serviços, por meio do Plano Municipal de Saneamento Básico (PMSB) (IPEA, 2020).

Segundo a Lei n.º 11.445/2007 em consonância com a Constituição Federal (1988) é de competência comum da União, Estado e Municípios promover e criar programas de melhorias das condições básica de saneamento, sendo a União responsável pelos investimentos, através dos recursos do Orçamento Geral da União (OGU), do Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Os Estados na prestação de serviços por meio das suas companhias, e os municípios responsáveis pela execução das atividades e a organização do Plano Municipal de Saneamento Básico.

Da mesma forma, a Lei n.º 11.445/2007 descreve que o controle social é imprescindível na política pública de saneamento básico, pois é uma estratégia de garantir à população a sua participação social, e o acesso às informações, bem como, a avaliação relacionada aos serviços públicos de saneamento básico.

Ainda nesse contexto, vale ressaltar a importância do saneamento básico e a relação com a qualidade de vida da população, no que tange a redução da pobreza e da vulnerabilidade social, pois o acesso a este serviço traz melhorias direta para vida da população mais vulnerável e empobrecida (GPW, 2014). Sendo de responsabilidade do poder público a concessão destes serviços, como um direito social das comunidades, principalmente as mais fragilizadas neste contexto (SOUZA, 2009).

Segundo o Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento (SINIS) (SINIS, 2018) em média 83,7 % da população nacional possui o abastecimento e acesso à água tratada.

Na região Sul do país 90,05% possuem acesso a água tratada. Já no que se refere ao esgotamento sanitário, apenas 54,1 % da população nacional possui acesso, sendo que na região Sul do Brasil apenas 46,3% da população tem acesso a este serviço (SINIS, 2018).

Acerca do manejo de resíduos sólidos urbanos, 92,1% da população nacional possui atendimento nesse requisito, já na região Sul do país 91,7% da população tem acesso ao manejo destes resíduos (SINIS, 2018).

Sobre a drenagem e manejo das águas pluviais urbanas, destaca-se que 83% da população nacional urbana são atendidas. Sendo 54,3% dos municípios possuem sistema exclusivo para drenagem das águas pluviais urbanas, 22,5% dos municípios possuem sistema unitário (misto com esgotamento sanitário) e 4,4% dos municípios possuem algum tipo de tratamento para águas pluviais (SINIS, 2018).

Além disso, destaca-se que 66,1 % dos municípios a nível nacional, não possuem mapeamento de áreas de risco e inundação, 3,5% dos domicílios estão sujeitos a inundação e 105,1 mil pessoas foram desabrigadas devido a eventos hidrológicos impactantes no ano de 2019 (SINIS, 2018).

Desde a década de 70, se realiza estudos ligados à sociologia urbana, que descrevem a existência de um processo de “periferização”, que além do significado estar atrelado a geografia, “longe do centro”, também se coloca como ideia central a renda diferencial da terra, surgindo a dicotomia centro/periferia (BONDUKI; ROLNIK, 1971).

Autores clássicos, que abordam a temática, como Ribeiro e Lago (1994), destacam que é histórico a segmentação socioespacial e visível na maioria das aglomerações urbanas brasileiras, sendo a “periferia” desprovida de acesso a bens e serviços, e até mesmo de espaços adequados de sociabilidade.

Os grupos que vivenciam vulnerabilidades sociais, como: insegurança alimentar, desemprego estrutural, ausência de políticas públicas efetivas, associadas à precariedade do sistema de saneamento básico, durante a pandemia estão mais expostos à COVID-19, e isso relaciona-se aos índices de gravidade e outras fragilidades atreladas ao acesso de recursos necessários para o tratamento da doença ou de outras morbidades (PIRES, 2020; CALMON, 2020).

Sendo assim, a população mais vulnerável, que não possui acesso ao saneamento básico, que reside em áreas irregulares, bem como, que possuem limitações e dificuldades ao acesso

aos serviços ofertados, são os mesmos que exercem atividade laboral em empregos informais e necessitavam de recursos financeiros necessários para o isolamento social. Da mesma forma, tem escassez de assistência médica e até mesmo a logística de transporte para o cuidado necessário de saúde, sendo, portanto, a população provavelmente mais afetada negativamente pela COVID-19 (PIRES, 2020; CALMON, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Sendo o saneamento básico uma fragilidade no país, ele se torna mais complexo e grave em situações onde a população habita áreas irregulares, pois, as condições de acesso à informação, prevenção e cuidado são mais difíceis de serem obtidas, aumentando o potencial de letalidade do vírus (OLIVEIRA *et al.*, 2020; GALHEIGO, 2020; CALMON, 2020).

Dessa forma, coube ao poder público orientar os cuidados necessários com relação à saúde, determinar medidas para contenção, fiscalizar o cumprimento do que for determinado e manter a população informada (PIRES, 2020; CALMON, 2020; OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Conforme dados recentes do Fundo das Nações Unidas para a Infância e da Organização Mundial da Saúde (UNICEF, 2019), 40% da população mundial (3 bilhões de pessoas) não possuíam instalações básicas para lavagem das mãos em suas residências em 2017. Em 2018, no Brasil, 33 milhões de brasileiros não recebiam água encanada em suas residências (IPEA, 2020).

Dessa forma, durante a pandemia a possibilidade de transmissão da COVID em áreas com falta de saneamento básico possivelmente era maior. Esta é a situação de aproximadamente 4,2 bilhões de pessoas no mundo (UNICEF, 2019) e de aproximadamente 95 milhões de brasileiros que carecem de acesso à rede coletora de esgotos (IPEA, 2020). Além disso, no Brasil menos da metade dos esgotos coletados são encaminhados para tratamento (IPEA, 2020) o que dificulta ainda mais o combate ao coronavírus no país.

Além disso, a condição de habitação é outro fator que pode ter impactado diretamente nas ações de controle ao coronavírus.

### **3.2.2 Habitações, Áreas de Ocupação e Áreas de Afloramento do Aquífero Guarani**

A urbanização brasileira, ocorreu como um reflexo da industrialização, e neste sentido sua metodologia foi considerada excludente, onde se prevaleceu o interesse das classes dominantes, contribuindo cada vez mais para espaços habitacionais mais segregados e com ocupação ilegal dos solos (MARICATO, 2000). No entanto, a moradia é um direito garantido pela Constituição Federal (1988), considerado um direito fundamental social (BRASIL, 1988).

A Declaração dos Direitos Humanos, descreve que todos os seres humanos nascem livres em dignidade e em direitos, dessa forma, de acordo com a declaração, aprovada em 1948, pela ONU, todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle (BRASIL, 1948).

A habitação é mais do que um teto, envolve condições materiais ou imateriais desde a posse, a privacidade, espaços adequados a acessibilidade física, iluminação adequada, ventilação, fornecimento de água, esgoto e coleta de resíduos (FERNANDES, 2003; BRASIL, 2013). Os mesmos autores, ainda destacam que, por ser um direito constitucional, a organização desse espaço deve ser determinada através da participação social, pois, a população possui seus interesses, seus fatores culturais, sociais, ambientais e também econômicos.

Nesta mesma lógica de pensamento, Júnior (2004) destaca que a moradia é um direito constitucional e está ligado à sua consideração como uma necessidade básica, e sua violação põe em questão a integridade física e mental das pessoas, dessa forma afetando a saúde e o meio ambiente, tanto no âmbito individual, como também no coletivo (BRASIL, 2013)

No Brasil a maior parte da população, se concentra no território urbano, contudo, com as políticas habitacionais fragilizadas, há um déficit de moradias e terra urbanizada, assim como, das demais infraestruturas (segurança, saúde, saneamento básico), relacionado a questões sociais vinculadas a desigualdade social, como, desemprego, que leva a exclusão e a segregação social (LINS JÚNIOR, 2011; BONDUKI, 2015).

Neste sentido, vale destacar que a cidade é um espaço de realização do indivíduo, em razão do acesso às suas necessidades básicas e cidadania (LINS JÚNIOR, 2011; BONDUKI, 2015). O que vai de acordo com a Constituição Federal (1988) que garante, baseada no fundamento da dignidade da pessoa humana, o direito de uma sociedade justa, igualitária, com redução das desigualdades sociais, promovendo o desenvolvimento nacional.

O Estatuto das Cidades por meio da Lei Federal n.º 10.257/2001, estabelece normas de ordem pública, bem como, de interesse social, que regulam o uso da propriedade urbana em prol do bem coletivo, visando o bem-estar dos cidadãos e do equilíbrio ambiental (BRASIL, 2009).

Vale destacar que, a qualidade de vida de uma população está associada as condições habitacionais, sendo este um indicador de qualidade de vida urbana, e a exclusão social

reconhecida como negação da qualidade de vida (ADRIANO *et al.*, 2000; MINAYO *et al.*, 2000; BONDUKI, 2015).

Conforme o art. 40 do Estatuto das Cidades, o Plano Diretor é o instrumento utilizado pela política de desenvolvimento e expansão urbana, que destaca a importância de cada município desenvolver métodos de normatização para regular a ocupação e uso do solo, bem como, aborda os princípios e objetivos da política de desenvolvimento territorial e as estratégias para ordenamento e ocupação do solo. Cada município possui seu Plano Diretor, e a sua eficácia dependerá das ações políticas dos atores envolvidos (BRASIL, 2009; MOREIRA, 2008). Grande parte das cidades catarinenses seguiu modelos de planejamento urbano de outras cidades, vinculado ao adensamento urbano, que culminou em uma organização desigual dos territórios (MAYR, 2012).

Contudo, salienta-se que as cidades devem se basear em um modelo de gestão democrática, para que ocorra a distribuição justa do solo urbano, bem como, o acesso aos bens e serviços, dessa forma garantindo o direito à população principalmente na participação política, no que tange às decisões sobre a cidade, quando observadas pela perspectiva da Constituição Federal e do Estatuto das Cidades (MIRANDA, 2011; OLIVEIRA, 2017).

O Plano Diretor do Município de Lages descreve características próprias para uso do solo, sendo que podem existir impeditivos legais para construção de residenciais em alguns locais, especificamente em Áreas Especiais de Amortecimento Ambiental – AEAA; Áreas Especiais de Interesse Ambiental – AEIA e Área de Preservação Permanente – APP e áreas verdes (LAGES, 2017).

Assim, as AEIA estão vinculadas ao cumprimento das legislações e diretrizes de preservação do patrimônio cultural e ambiental, são subdivididas em: Áreas Especiais de Proteção do Ambiente Natural; Áreas Especiais de Preservação e Revitalização do Ambiente Cultural e Áreas Especiais de Requalificação Ambiental (LAGES, 2017).

Vale ressaltar que, o aquífero guarani é uma área que deve ser protegida ambientalmente, e a contaminação pode apresentar consequências significativas, tanto ao meio ambiente, como também a população em geral, sendo responsabilidade do poder público criar estratégias de proteção e preservação (BRASIL, 2017; VILLAR, 2015).

Assim, com o aumento de resíduos a área do aquífero guarani pode estar sob risco de incremento de poluição, sendo de suma importância a percepção dos gestores públicos para este fator, durante a pandemia Covid-19 e outras possíveis crises sanitárias (GUIMARÃES *et al.*,

2020; BRASIL, 2017; VILLAR, 2015). Neste sentido, é explícito que a pandemia ultrapassou o olhar vinculado à doença.

Face a esse contexto, o Bairro Santa Helena do referido município, local que foi foco desta pesquisa, possui grande parte do seu território em área de recarga e afloramento do Aquífero Guarani com formação geológica do subsolo, constituída por rochas permeáveis, que possibilita o armazenamento de água em seus poros ou fraturas. A ocupação irregular desta área implica também, dentre outras coisas, na contaminação deste manancial (ALBUQUERQUE FILHO *et al.*, 2012; VARJABEDIAN; MECCHI, 2013; OLIVEIRA, 2017).

No que se refere às Áreas de Preservação Permanente, descritas no capítulo II da Lei n.º 12.651 de 25 de maio de 2012 são territórios legalmente protegidos, sendo cobertos ou não por vegetação nativa, podendo ser públicos ou privados. Sendo que cabe, a cada município administrar as APPs em seus planos diretores. Cada município decidir como irá incluir as APPs em seus planos diretores. Especificamente no PDDT do município de Lages, as Áreas Especiais de Interesse Ambiental incluem todas as APPs constantes no referido município (LAGES, 2017; OLIVEIRA, 2017).

No que tange as áreas verdes, a definição está associada a espaços públicos com vegetação, parques, praças e arborização (FREIRE *et al.*, 2012). Sendo considerada, uma avaliação no requisito qualidade de vida urbana (MAZZEI *et al.*, 2007). Pois, as áreas verdes possuem papel vital no que diz respeito às zonas de conforto ambiental (CARRUS *et al.*, 2015).

Então, a partir dessa perspectiva do direito à cidade, as ocupações irregulares, possuem destaque, pois, estão sujeitas a enchentes, inundações e deslizamentos, que além de afetarem o grupo habitacional do território, também afetam os demais habitantes dos municípios, em razão do impacto negativo que a irregularidade provoca tanto no meio ambiente, saneamento básico e demais serviços públicos, como também na qualidade de vida urbana dos indivíduos (LINS JÚNIOR, 2011; OLIVEIRA, 2017).

De acordo com Scliar (2007), há um elo entre habitação e problemas de saúde (patologias, deficiências, síndromes, distúrbios, envenenamentos e alergias), e se tornam mais evidentes quando se referem a pessoas em situação de vulnerabilidade social, ou seja, pessoas que habitam em condições improvisadas, precárias, insalubres, deficientes ou degradadas. As pessoas que não conseguem manter uma temperatura adequada em sua casa podem ter doenças cardiovasculares e respiratórias, bem como, a propensão para propagação de pragas e insetos ou outros animais relacionados a reações alérgicas e várias doenças infecciosas.

Asensi (2012) descreve que há patologias infecciosas transmitidas pelo ar, que passam de pessoa a pessoa pelo contato direto ou por ingestão, sendo assim, a pessoa que passa longas horas em uma residência precária, com falta de ventilação e acesso adequado ao saneamento básico, tendem a apresentar quadros de infecções respiratórias. Em face desse contexto, foi identificado que as desigualdades sociais, principalmente no que diz respeito às condições habitacionais, podem gerar uma maior taxa de infecção e morte por COVID-19 (CSEM, 2020; FARHA, 2020).

Sendo que condições de moradia, durante a pandemia, tornou-se algo importante para a prevenção ao coronavírus, de acordo com estratégias impostas pelas autoridades, que incentivaram o isolamento social, contudo, para grande parte da população, principalmente às que vivem em situação de vulnerabilidade social, as estratégias para conter o vírus foram limitadas, principalmente pela dificuldade do isolamento social em moradias que muitas vezes, não oferecem segurança, são lotadas e irregulares, além dos desafios desproporcionais já enfrentados por essa parcela da população (CSEM, 2020; FARHA, 2020).

Além das condições de habitação, o acesso a bens serviços é outro fator que provavelmente estava diretamente atrelado à prevenção e controle à Covid-19.

### **3.2.3 Acesso a Bens e Serviços**

De acordo com o Estatuto das Cidades Estatuto das Cidades, no art. 2o, inciso V, descreve que o município deve ofertar serviços públicos de qualidade de acordo com os interesses e características locais.

Dessa forma, vale salientar que qualidade de vida está ligada a condicionantes como acesso a certos bens e serviços, como por exemplo, políticas públicas: saúde, educação, assistência social, emprego, renda, saneamento básico, espaço público de lazer, entre outros (ADRIANO *et al.*, 2000).

Neste contexto, vale ressaltar que todo cidadão tem direito e acesso às condições básicas que garantem a qualidade de vida, sendo assim, um sujeito pertence a uma realidade social ampla (CAMPOS, 2014).

A seguir estão descritos alguns itens referentes ao acesso a políticas públicas de saúde:

### 1) Acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS), em tempos de pandemia COVID-19

O Sistema Único de Saúde – SUS, trata-se de uma política pública de caráter social, que apresentou avanços idealizados pelo Movimento de Reforma Sanitária, que objetivava mudanças e transformações necessárias na área da saúde, e desde então trouxe avanços para população, no que diz respeito ao enfrentamento dos desafios da saúde (PAIM, 2018).

Dessa forma, o acesso à saúde pública é direito universal em todos os sentidos, inclusive, para atendimentos de questões relativas à pandemia COVID-19. Dentre as estratégias adotadas, foi a criação de hospitais de campanha, construídos na maior parte das capitais brasileiras, com o intuito de oferecer suporte ao SUS por meio da centralização dos casos de infecção moderada ou grave em centro de referência (NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2020)).

Contudo, apesar das estratégias voltadas para infraestrutura, o Brasil também enfrenta problemas com o adoecimento dos profissionais que atuam na linha de frente de atendimento a COVID, desde questões relacionadas à saúde física, como também à saúde mental (OMS, 2021c).

A pandemia da Covid-19 salientou as fragilidades estruturais do SUS, em razão da distribuição desigual de profissionais de saúde e de infraestrutura da atenção de média e alta complexidade, e suas limitações para realização de testes e diagnósticos. Porém, possui suas fortalezas do maior sistema de saúde pública, por possui caráter universal e principalmente por seu papel preponderante na vigilância e assistência à saúde, bem como, no ordenamento e articulação de ações para enfrentamento da pandemia nos três níveis de gestão, em todas as Unidades da Federação (ABRASCO, 2020; NAKAMURA-PEREIRA *et al.*, 2020)).

Vale destacar, que dentro desse contexto, se exige uma resposta coordenada das instituições de saúde pública, em alta proporção em escala mundial, onde nem mesmo os países mais ricos possuíam equipamentos ou estruturas suficientes para enfrentar a pandemia (WALLACE, 2020).

O SUS reorganizou os serviços ofertados à população, de acordo com as suas complexidades (ABRASCO, 2020; BRASIL, 2011). As Unidades Básica de Saúde que fazem parte da Atenção Primária de Saúde no SUS estão alocadas em território específico, onde se promove o cuidado inicial e se estabelece vínculo entre profissionais e equipe, garantindo a continuidade e resolutividade das ações de saúde e a continuidade do cuidado (BRASIL, 2011).

Dessa forma, no que tange a COVID-19, as ações na forma de organização das Unidades Básicas de Saúde, foram subsidiadas pela análise da situação epidemiológica do município, para planejamento e tomada de decisão em âmbito local (ABRASCO, 2020).

Neste sentido, a Atenção Primária a Saúde, principalmente no que se refere às Unidades Básicas de Saúde, tiveram como objetivo enfrentar a pandemia e ofertar suporte a população do território, tanto na prevenção e controle clínico-epidemiológico da pandemia COVID-19, como também à garantia a outros cuidados de saúde (ABRASCO, 2020).

Contudo, o Brasil possui realidades sociais distintas, dessa forma houve a necessidade de conhecer e avaliar dados locais, para subsídios e tomadas de decisões para viabilizar equipamentos, materiais, insumos e ofertar condições básicas de suporte necessário no enfrentamento da pandemia (BRASIL, 2020c).

Vale destacar que o acesso aos serviços de saúde, são considerados retratos das desigualdades e vulnerabilidades sociais vivenciadas pela população, e efetivar o princípio da equidade do SUS garantido constitucionalmente, é dever do Estado (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

No município de Lages, SC, em uma pesquisa realizada no Bairro Santa Helena, mostrou que cerca de 94% da comunidade acessa a Unidade Básica de Saúde, disponível em seu território (OLIVEIRA, 2017). Isto demonstra que o acesso à saúde no local parece adequado, entretanto, não se tem conhecimento de como está e como ficou esta situação no período da pandemia, tendo em vista que, a realidade social da população foi afetada.

## 2) Acesso a Política de Assistência Social, em tempos de pandemia

A assistência social é uma política pública assegurada pela Constituição Federal (1988), sendo um serviço de proteção social incluso na Seguridade Social, sendo uma política não contributiva, realizada por um conjunto de ações de iniciativa pública e também da sociedade, visando o enfrentamento dos mínimos sociais ao provimento de condições para atender as contingências sociais e a universalização dos direitos sociais (BRASIL, 2004; SUAS, 2005).

Os serviços ofertados pela política de assistência social, são de acordo com os níveis de complexidade, sendo elas: proteção social básica, e a proteção social especial, sendo esta última dividida entre proteção social especial de média complexidade e proteção social especial de alta complexidade (BRASLI, 2004; SUAS, 2005).

Sendo o Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, unidades públicas municipais, localizadas em áreas com maiores índices de vulnerabilidade e risco social, destinado a articulação dos serviços socioassistenciais no território de abrangência, considerada a “porta” de entrada, com caráter preventivo de inclusão social, com objetivo de prevenir riscos sociais (BRASIL, 2004; SUAS, 2005).

A pandemia COVID-19 contribuiu para o aumento do sofrimento da população, aliado a diversos fatores e a fragilidade ao acesso aos bens e serviços, que são limitados pela restrição de circulação de pessoas, infraestrutura e recursos humanos e físicos condizentes com a realidade de enfrentamento da pandemia (LA FOLLIA, 2020).

Em razão da crise pandêmica que impactou o país, as ações de proteção social, preferencialmente as que ofertam atendimento aos usuários, tiveram que ser reorganizadas, os profissionais foram orientados a seguir planos de contingência propostos pelas autoridades sanitárias, e o acesso presencial a população tornou-se mais limitado e dificultoso (CFESS, 2020).

No contexto brasileiro, grande parte da população não possui acesso a determinadas políticas que foram consideradas essenciais para o enfrentamento da pandemia, não somente em seus impactos clínicos e epidemiológicos, mas também nos impactos sociais o que consequentemente aumentaram o risco de contaminação e disseminação do vírus (UFBA, 2020).

A população que enfrenta as mais diversas expressões da questão social, ligadas as mais diversas mazelas sociais interligadas ao processo de desigualdade social, são mais fragilizadas socialmente e mais afetadas, pois, anteriormente já vivenciavam desigualdades sociais em seus mais altos níveis, onde já possuíam limitações de acesso a bens e serviços ofertados no seu território (UFBA, 2020; CFESS, 2020).

Dessa forma, os riscos de adoecimento pela COVID não são somente ligados às comorbidades de saúde, mas também aos expressivos graus de vulnerabilidade social, portanto, assim tão suscetíveis quanto aos impactos vivenciados pela pandemia (BEVILACQUA, 2020)

Diante das mudanças ocasionadas pela Covid-19, Matos (2020) ressalta que dentro da política de assistência social, cabe ao profissional buscar novas estratégias e alternativas, uma vez que, no momento as ofertas de serviço estão limitadas, sendo inviável realizar atividades, como: visitas domiciliares, grupos, busca ativa, palestras, entre outros instrumentos utilizados.

### 3.3 COVID-19 EM SANTA CATARINA E SUA RELAÇÃO COM AS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO, ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

A contaminação do coronavírus em Santa Catarina iniciou pelo litoral, devido os aeroportos e portos com maior conexão entre outros estados e países, posteriormente houve a expansão da doença para o interior do Estado (MATTEI *et al.*, 2020).

A mesorregião Serrana, possui um distanciamento maior dos grandes centros urbanos, devido a menor densidade demográfica, fato que provocou atraso dos impactos da pandemia na região (MATTEI *et al.*, 2020).

Assim, em 28 de fevereiro de 2020, foi registrado o primeiro contágio de Covid-19 em Santa Catarina, e na segunda semana de março/2020, assim o governo do Estado de Santa Catarina, passou adotar medidas de enfrentamento da doença, de acordo com o Decreto n.º 515, de 17 de março de 2020 (MATTEI *et al.*, 2020).

Ressalta-se que as mesmas medidas começaram a ser flexibilizadas no início do mês de abril e nesse momento ainda não se tinha controle efetivo sobre a amplitude e dimensão da pandemia no país, bem como no Estado. Apesar do Estado de Santa Catarina, ser um dos primeiros a introduzir o isolamento social, também foi o Estado cuja capital, foi uma das primeiras a iniciar o processo de flexibilização (MATTEI *et al.*, 2020). No estado, especificamente no município de Lages na data de 03 de abril de 2020 havia três casos de COVID-19 confirmados no município, e na data de 05 de abril do mesmo ano a prefeitura informou sobre a decisão do Governo do Estado, sobre a flexibilização e retorno de algumas atividades.

Contudo, houve uma crescente propagação do vírus, com altos índices de infecção e mortalidade nas diversas regiões do país. Assim, as ações foram sendo revistas e alteradas, o que proporcionou a aprovação de novos decretos com medidas mais rigorosas, tendo em vista, que na ocasião ainda não havia a possibilidade da vacinação, sendo reforçado o isolamento social, como medida de enfrentamento da pandemia (MATTEI *et al.*, 2020).

Neste sentido, vale destacar que no Estado de Santa Catarina, além do processo de flexibilização do isolamento social, também houve um número baixo de testes e diagnósticos, atrelado a dificuldade de acesso da população a estes, dessa forma, o número de casos confirmados e oficialmente divulgados podem não ter revelado a verdadeira realidade da pandemia (MATTEI *et al.*, 2020).

Neste contexto, autores destacam que a curva epidêmica brasileira tenha sido afetada e subdimensionada, em virtude da limitação das subnotificações de casos positivados, o que fragilizou as estratégias de combate à epidemia (RAFAEL *et al.*, 2020; PRADO *et al.*, 2020).

A maior concentração de casos foi no Sul Catarinense, na seguinte sequência: Grande Florianópolis, Vale do Itajaí, Oeste, Norte e Região Serrana, onde está localizado o município de Lages (MATTEI *et al.*, 2020).

No que tange ao acesso à saúde, destaca-se que o número de leitos no estado de Santa Catarina foi considerado baixo, tendo em vista que o estado possui mais que 7 milhões de habitantes (MATTEI *et al.*, 2020). Bem como, nem todas as cidades possuíam os referidos leitos próprios para atendimento relacionado a Covid-19, sendo assim a população foi direcionada para os polos regionais (MATTEI *et al.*, 2020).

No início da pandemia, foi necessário aumentar o número de leitos ativos de UTI, e até mesmo alocar pessoas com Covid-19 em um leito específico, devido os critérios exigidos. Ressalta-se que durante a pandemia a taxa de ocupação dos leitos chegou a 100% (SANTA CATARINA, 2021a).

Em Lages, para tentar atender esta demanda, foi aberto o Hospital de Triagem para a Covid-19 no dia 30 de março de 2020, na mesma data o exército cedeu geradores de energia ao Centro de Triagem ao município. Na primeira semana de funcionamento o Centro de Triagem atendeu mais de 100 pessoas (LAGES, 2020). No município também foi aberto um abrigo temporário diante da crise pandêmica, para pessoas em situação de rua (LAGES, 2020).

Um ano após o início da pandemia, Lages voltou a restringir a circulação de pessoas devido ao aumento de casos (LAGES, 2021).

Em agosto de 2022, Lages não possui mais um centro de triagem específico para Covid-19. Os atendimentos são realizados na Unidade de Pronto Atendimento, e também nas Unidades Básicas de Saúde de cada território (LAGES, 2022).

As vacinas aprovadas pela Anvisa com objetivo de imunizar a população contra o coronavírus começaram a ser distribuídas pelo Estado em janeiro de 2021, sendo aproximadamente 212 mil doses da vacina contra a Covid-19 (SANTA CATARINA, 2021).

No Estado de Santa Catarina, o processo de vacinação ocorreu ao longo do ano de 2021, sendo dividido por fases. Sendo, na primeira fase os trabalhadores de saúde que atuavam na linha de frente da COVID-19; pessoas idosas em instituições de Longa Permanência com 60 anos ou mais; pessoas a partir de 18 anos com alguma deficiência que moravam em residências

inclusivas; povos indígenas em aldeados. Os idosos acima de 75 anos eram considerados grupos prioritários (SANTA CATARINA, 2021).

O Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19 definiu os seguintes grupos prioritários: pessoas idosas e deficientes institucionalizadas, população indígena que vive em terras indígenas homologadas e não homologadas; trabalhadores de saúde; povos e comunidades tradicionais como ribeirinho e quilombolas; pessoas com morbidades; pessoas com deficiência grave; pessoas em situação de rua; população privada de liberdade e funcionários deste espaço; forças de segurança e salvamento; forças armadas; trabalhadores de transporte coletivo em geral, e trabalhadores industriais (SANTA CATARINA, 2021).

A vacina para o restante da população, diante destas normativas durante o período pandêmico ocorreu após a vacinação dos grupos prioritários. Destaca-se que crianças e adolescentes não foram vacinados naquele período (SANTA CATARINA, 2021).

E após a vacina, o Estado orienta manter os cuidados já preconizados, mesmo não sendo mais obrigatório o uso de máscaras e isolamento social, uma vez que, a vacina está relacionada ao controle e a redução da transmissão (SANTA CATARINA, 2021).

Neste sentido é importante ressaltar que, em agosto de 2022 foram vacinadas 98% da população com a primeira dose, 100% com a segunda dose, ou seja, todas pessoas que receberam a primeira dose da vacina, também receberam a segunda dose. E 55% com a terceira dose e 10% com a quarta dose (SANTA CATARINA, 2022).

A orientação é que crianças com 3 anos ou mais, realizem a primeira dose da vacina, bem como, a segunda dose é recomendada como reforço, sendo Coronavac após 28 dias, Janssen 2 meses, Astrazenica 70 dias e Pfizer 56 dias. A terceira dose de reforço é realizada após 4 meses da segunda dose, independente de qual vacina realizou anteriormente, e a quarta dose segue na mesma lógica, sendo 4 meses após a terceira (SANTA CATARINA, 2022).

A realidade brasileira, já demarcada pelas evidentes expressões das desigualdades sociais juntamente com a morosidade da vacina, favoreceu o contágio em populações menos favorecidas socialmente (CFESS, 2020; MATTEI *et al.*, 2020).

As desigualdades sociais estruturadas no Brasil, refletem no Estado de Santa Catarina são demarcadas pela construção socioeconômica do Estado, imbricada em um processo de mudanças que historicamente ocasionou alterações na distribuição da população no território, assim acelerando o processo de desigualdades sociais (SINGER, 1990).

Neste sentido, no contexto da pandemia relacionado a COVID-19, além dos considerados grupos de riscos devido as comorbidades de saúde, houve grupos com expressivos graus de vulnerabilidade social, interligados a condições precárias de habitação, alimentação, e também atreladas ao desemprego estrutural, mais suscetíveis aos impactos relacionados a doença (CFESS, 2020).

Em razão desse processo de desigualdade social da população, parte dela obrigou-se ocupar áreas verdes e locais sem infraestrutura necessária, com condições inadequadas de habitabilidade, acesso a bens e serviços e condições de saneamento, o que compromete sua qualidade de vida (CFESS, 2020; PASTERNAK, 2016; UFBA, 2020).

O risco de contágio e transmissão de doenças respiratórias está estritamente relacionado às características habitacionais, como por exemplo, saneamento básico, iluminação natural dos cômodos e presença de umidade (PASTERNAK, 2016).

Assim, bairros compostos por domicílios adensados e vulneráveis habitacionalmente, são considerados agravantes de saúde, se tornando ainda mais relevante quando ligados a níveis mais baixos de renda, já que nos espaços com populações de renda mais alta a necessidade de sair de casa diminuiu e a possibilidade do isolamento social foi maior (UFBA, 2020).

Para Paludo e Borba (2013) no estado de Santa Catarina o saneamento básico ainda é deficitário, sendo que muitas cidades ou regiões contam com menos da metade dos domicílios atendidos por coleta e tratamento de esgoto. Assim as discrepâncias entre o nível de atendimento dos diferentes serviços de saneamento básico em Santa Catarina já têm sido notadas na literatura científica (PALUDO; BORBA, 2013).

Neste sentido, no município de Lages, o bairro Santa Helena, apresenta 23,6% da sua área total irregular ocupada sobre o Sistema Aquífero Guarani, além disso, 5,65% da área total do bairro se constitui de ocupação de áreas desafetadas pelo poder Público Municipal, 58,6% das ruas ainda necessita de pavimentação, não há tratamento de esgoto no local, sendo que parte deste é depositado diretamente em córregos, o que demonstra a falta de planejamento urbano no bairro e sua influência nas condições de habitabilidade urbana e na vulnerabilidade social de parte de sua população (OLIVEIRA, 2017).

Deste modo, este bairro foi selecionado para ser foco deste estudo que teve como objetivo caracterizar as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e relacionar com os indicadores de qualidade de vida urbana.



## 4 ARTIGO CIENTÍFICO

### RELAÇÃO ENTRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 ADOTADAS POR MORADORES DE UM BAIRRO DE LAGES/SC COM OS INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA URBANA

#### 4.1 RESUMO

As medidas de prevenção adotadas contra a COVID-19 foram planejadas no coletivo. Assim, o objetivo dessa pesquisa foi caracterizar as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e relacionar com os indicadores de qualidade de vida urbana. Esta pesquisa foi quantitativa, descritiva e de campo e foi desenvolvida no bairro supracitado. O público-alvo foram os moradores do referido local, cadastrados no território CRAS VI do município, totalizando uma amostra de 185 pessoas. Para a coleta de dados, foi realizada a aplicação de questionário, que abordou sobre informações sociodemográficas; indicadores de habitação durante a pandemia; acesso aos bens e serviço; infraestrutura urbana e sobre vacinação. Observou-se que a maioria (72,4%) das pessoas pesquisadas são do sexo feminino. Como também, a maioria (77,2%) reside em casa própria. A maior parte (67,6%) dos pesquisados não contraíram Covid-19. Ainda neste contexto, a maior (68,6%) parte das pessoas que contraíram Covid-19 foram atendidas pela Unidade Básica de Saúde do território. Observa-se que a maioria (74,1 %) utilizou máscara de pano, no entanto, as pessoas que utilizaram a máscara cirúrgica, foram as que menos contraíram Covid-19. Observou-se ainda que 30,8% dos pesquisados vivem sob área de recarga do Aquífero Guarani. Em relação a vacina, a maior parte (96,2%) dos entrevistados foram vacinados com a primeira dose. A religião foi apresentada como um dos motivos pela não adesão da vacina. Os resultados desta pesquisa evidenciam os indicadores de qualidade de vida urbana e a Covid-19 de forma positiva, isso pode estar atrelado aos pesquisados serem pessoas atendidas pelas políticas públicas ofertadas no território. Contudo, é importante destacar que pode haver fragilidade no entendimento dos pesquisados no que diz respeito ao seu contexto de habitabilidade. Sugere-se ampliar as pesquisas nesta área, a fim de auxiliar o poder público municipal a articular práticas mais inclusivas de prevenção e combate a Covid-19, e também, incentivar a participação social.

## 4.2 INTRODUÇÃO

O coronavírus (SARS Cov 2) disseminou-se rapidamente em nível mundial, em virtude disso, a patologia COVID-19 se tornou uma emergência em saúde pública, sendo por este motivo, caracterizada como pandemia no Brasil, em março de 2020 (BRASIL, 2021a).

No mundo, foram confirmados o total de 589.244.316 casos de COVID-19 e 6.433.419 mortes até 13 de agosto de 2022, sendo 63% da população mundial vacinada (BRASIL, 2022).

Ainda até agosto de 2022, no Brasil o total de casos de coronavírus foi de 34.148.131 com 681.253 mortes provocadas pelo vírus. Em relação a vacinação no país, 81% da população foi vacinada. Contudo, vale destacar que o Brasil, está entre os países com menores percentuais de população vacinada (BRASIL, 2022).

No estado de Santa Catarina, neste mesmo período (agosto/2022), foram 1.851.075 casos confirmados da doença, com 22.299 mortes (BRASIL, 2022). Quanto as vacinações no Estado, até o referido período foram vacinadas com a primeira dose 87% da população geral (SANTA CATARINA, 2022).

No município de Lages, segundo dados da prefeitura municipal, desde o início da pandemia até agosto de 2022, foram registrados 42.774 casos confirmados de Covid-19 e 599 óbitos (SANTA CATARINA, 2022). Quanto à vacinação no município, foram vacinadas 98% da população com a primeira dose, 100% com a segunda dose, 57% com a terceira dose e 14% com a quarta dose (SANTA CATARINA, 2022).

Deste modo, a pandemia desencadeou uma crise sanitária, se tornando um dos maiores desafios de saúde a nível mundial, e cada local sofreu de acordo com suas particularidades (AQUINO *et al.*, 2020).

Assim, além dos aspectos relacionados à questão biológica do vírus, há fragilidades atreladas às questões sociais e à ambientais que já existiam e se acentuaram. Um dos exemplos, é o contexto de habitação, que era recomendado como ambiente de segurança e proteção durante a pandemia, porém este mesmo pode estar cercado de fragilidades (GOES; RAMOS FERREIRA, 2020).

A pandemia Covid-19, atingiu primeiramente as populações que tinham acesso às viagens internacionais, contudo, posteriormente com a rápida disseminação do vírus, a população mais vulnerável foi atingida.

Esse mesmo recorte de população fragilizado socialmente, é o que já sofre com os efeitos da desigualdade social, que se não assistidos por políticas públicas eficazes, podem ser

considerados grupo de risco durante a pandemia e também a pós pandemia, devido às consequências (PIRES, 2020)

Neste contexto, cabe destacar que conforme a Constituição Federal (BRASIL, 1988) todo cidadão tem direito as condições básicas que garantem sua qualidade de vida, sendo responsabilidade do Estado buscar estratégias para viabilizar este acesso.

Segundo Campos e Rodrigues Neto (2014) a qualidade de vida está atrelada ao entendimento do indivíduo como sujeito social, pertencente a um contexto amplo, de acordo com suas perspectivas, objetivos, cultura e história.

Além disso, o conceito de qualidade de vida também está interligado ao contexto ampliado de saúde, que também se refere à educação, emprego, renda, saneamento básico, moradia, entre outros direitos já garantidos (ADRIANO *et al.*, 2000; CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2014).

Nesta perspectiva, qualidade de vida revela o híbrido biológico-social, conduzido por condições mentais, ambientais e culturais, vinculadas a universalidades, particularidades e singularidades (MINAYO *et al.*, 2000; CAMPOS; RODRIGUES NETO, 2014).

Ainda neste contexto, vale ressaltar que anterior ao período pandêmico, grande parte da população já vivenciava riscos sociais e a violação dos direitos supracitados, em razão das expressões da questão social presentes na sociedade brasileira, seja no contexto de saúde, sanitário, habitacional e no acesso a bens e serviços que garantam a qualidade de vida (PIRES, 2020).

Mesmo considerando os aspectos universais na pandemia, é de suma importância pesquisar as singularidades dos territórios. Santa Helena, foco deste estudo, é o segundo maior bairro do município e tem 23,6% do seu território ocupado irregularmente), havendo muitas ligações clandestinas de água e luz nas ocupações irregulares (OLIVEIRA, 2017). Deste modo, considerando essas vulnerabilidades supracitadas, somado ao contexto desencadeado pela Covid-19, compreende-se que para além dos riscos biológicos, esses indivíduos estão em risco social.

É importante destacar, que boa parte do bairro se encontra sob área de afloramento do Sistema Aquífero Guarani (segundo maior reservatório de água doce do mundo), o qual é composto de rochas de formação Botucatu que possui fácil absorção de resíduos que podem levar a contaminação da água (MAZZOLI; EHRHARDT-BROCARD, 2013).

Pesquisa no local feita antes da pandemia já apontava para o descarte inadequado de resíduos na região, como nos córregos locais (OLIVEIRA, 2017). Durante a pandemia os

resíduos, principalmente de serviços e saúde, aumentaram (GUIMARÃES *et al.*, 2020). E no bairro, em caso de haver tendência semelhante amplia-se o risco da contaminação deste importante manancial de água doce.

Diante desse contexto, esta pesquisa objetivou caracterizar as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e relacionar com os indicadores de qualidade de vida urbana.

#### 4.3 MATERIAL E MÉTODOS

Este é um estudo descritivo transversal com abordagem quantitativa, com coleta de dados a campo. A pesquisa foi realizada no Bairro Santa Helena que se localiza na região sudoeste do município de Lages, SC, sendo delimitada ao norte pelo Córrego Copacabana, afluente do Rio Carahá; ao sul pela Avenida Santa Catarina; ao leste por um córrego sem denominação, afluente do Rio Arroio Trinta; e a oeste pela Rua 8401 em direção à Avenida Santa Catarina (OLIVEIRA, 2017).

O bairro caracteriza-se por ser o segundo maior do município, e encontra-se ainda em expansão territorial, salienta-se ainda, que no bairro 23,6% de seus espaços territoriais são ocupados irregularmente e, sobre uma área onde também está localizado o Aquífero Guarani (segundo maior reservatório de água doce do mundo (OLIVEIRA, 2017)).

A escolha por este Bairro, se deu pelo intuito da pesquisa, que buscou conhecer a realidade local acerca dos indicadores de qualidade de vida urbana, frente à pandemia COVID-19, uma vez que, pesquisa de mapeamento do bairro sobre indicadores de qualidade de vida urbana daquela população já havia sido feito por Oliveira (2017) e percebeu-se que no bairro há diversidade de público, pessoas que residem em áreas regulares e irregulares, além de ser um bairro constituído por população mais vulnerável socialmente.

Deste modo, os participantes desta pesquisa foram moradores do bairro supracitado que estavam alocados no território do CRAS VI do município (Centro de Referência de Assistência Social) assim, a definição da amostra foi realizada com base no número de moradores do bairro Santa Helena cadastrados no CRAS VI de Lages, sendo que na época da pesquisa, eram 1075 cadastrados.

Assim, a partir desta população, realizou-se o cálculo amostral para a definição do número de participantes desta pesquisa, para isso considerou-se um erro amostral de 5% e nível de confiança de 90% e usou-se o Programa Estatístico SESTATNET, com isso o tamanho

mínimo de amostra necessário seria de 216 indivíduos. A amostra mínima foi atingida, porém desistiram durante a pesquisa e os outros 13 não aceitaram participar do estudo, resultando num tamanho final de amostra de 185 participantes.

Para a seleção da amostra foi utilizada a técnica de amostragem não probabilística por conveniência, sendo que, sendo que foram incluídos amostra aqueles indivíduos que residiam no Bairro Santa Helena, Lages, SC e que estavam cadastrados no CRAS VI de Lages, SC; indivíduos acima de 18 anos e que concordassem em participar da pesquisa assinando de forma livre e espontânea o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de dados foi realizado a aplicação de questionário estruturado (Apêndice I) aos participantes da pesquisa. Destaca-se, que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa segundo Parecer n.º 5.017.467 (Anexo I)

Antes de iniciar a aplicação do questionário foi explicado a cada pesquisado de que se trata a pesquisa, a partir da leitura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Apêndice II), após isto o sujeito da pesquisa teve a total liberdade para aceitar participar da pesquisa ou não sem exposição a justificativas, conforme a Resolução n.º 510 do CNS (BRASIL, 2016).

Com os participantes que não aceitaram, a pesquisadora não realizou a entrevista por intermédio da aplicação do questionário e encerrou o procedimento com o referido participante.

O questionário foi desenvolvido pelos pesquisadores baseado em Nahas (2006) e aplicado aos moradores do bairro Santa Helena, Lages, SC conforme definição da amostra descrita anteriormente.

O questionário foi composto de perguntas abertas e fechadas e abordou questões referentes ao perfil sociodemográfico dos participantes (sexo, idade, escolaridade, renda, dentre outras); indicadores de habitação durante a pandemia; de acesso aos bens e serviço (condições de saúde e outros) na pandemia; de infraestrutura urbana (limpeza urbana, saneamento básico e transporte coletivo) durante a pandemia e sobre vacinação contra a Covid-19 e também abordou questões que buscavam verificar o conhecimento dos moradores sobre a relação entre a prevenção da doença e os indicadores de qualidade de vida urbanos acima citados (Apêndice I).

A aplicação do questionário foi realizada individualmente ao pesquisado em domicílio, face a face, sendo que as perguntas foram lidas ao pesquisado e anotadas de acordo com a resposta. A duração média da aplicação do questionário foi de 30 minutos. A coleta de dados foi realizada entre os meses de agosto/2021 e janeiro/2022.

Os resultados desta pesquisa foram tabulados e apresentados somente em números, sem distinção de nomes ou endereços, de forma a respeitar a privacidade de cada participante, seu sigilo e sua confidencialidade.

Os dados obtidos foram organizados em planilhas do Excel e, posteriormente, revisados para detectar possíveis erros de digitação e/ou referentes à classificação de respostas faltantes.

Após a organização do banco de dados, estes foram submetidos aos procedimentos estatísticos descritivos (médias, desvio padrão e percentuais), sendo que algumas variáveis relacionadas aos aspectos sociodemográficos e indicadores de qualidade e vida urbana foram associadas entre si a partir do teste qui quadrado ( $p \leq 0,005$ ) pelo software Statistical Package for the Social-SPSS, versão 20. Além disso, variáveis relativas ao número de pessoas por residência, tamanho da residência, número de cômodos por residência e número de dormitórios foram correlacionadas pelo teste de correlação linear de Pearson, bem como, correlacionou-se também a variável renda com número de cômodos e dormitórios ao nível de 5% de significância.

Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas trazendo recursos para discussão e conclusões através de análise quantitativa de dados.

#### 4.4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir estão apresentados os resultados desta pesquisa e discutidos com literatura científica apropriada.

##### 4.4.1 Dados Sociodemográficos

Em relação aos dados sociodemográficos, observou-se que a maioria das pessoas pesquisadas são casadas (41,6%), do sexo feminino (72,4%) e o nível de escolaridade predominante foi o ensino fundamental (49,7%) (Tabela 1).

**Tabela 1** – Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa realizada no Bairro Santa Helena, Planalto Sul Catarinense.

<b>Variáveis</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Casado	77	41,6%
Divorciado	31	16,8%
União estável	18	9,7%
Viúvo	23	12,4%
Solteiro		19,5%
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100 %</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	51	27,6%
Feminino	134	72,4%
<b>TOTAL</b>	<b>185</b>	<b>100 %</b>
<b>Escolaridade</b>		
Não alfabetizado	15	8,1%
Ensino fundamental	92	49,7%
Ensino médio	55	29,7%
Ensino superior	21	11,4%
Pós-graduação	2	1,1%
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>100%</b>

Fonte: Produção da autora.

Nesta pesquisa observou-se que as mulheres foram a maioria das pessoas pesquisadas, vale salientar que historicamente, as mulheres estão na centralidade de responsabilidades domésticas (GERMINE; PERES, 2021). Assim, entende-se que a este fato é atribuído o maior contingente pessoas do sexo feminino respondentes desta pesquisa.

Ainda, na sociedade contemporânea é muito frequente a responsabilidade da mulher em assumir atividades domésticas, laborais e de saúde, ou seja, um gênero se torna mais sobrecarregado do que outro, (GERMINE; PERES, 2021).

Nesta pesquisa observou-se ainda uma associação estatística significativa entre idade e escolaridade, sendo que a maioria com idade acima de 60 anos tem apenas o ensino fundamental ( $p \leq 0,000$ ).

Assim, contextualizando, historicamente o Brasil possui um sistema educacional ainda cercado por diversas desigualdades sociais. Essa herança reflete no cenário contemporâneo, onde os idosos ainda são a população que tem/teve menos acesso à educação (CUNHA; DAZZANI, 2016). Somente através da Constituição Federal Brasileira (1988) e também da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, Lei n.º 9.394 (BRASIL, 1996), que a educação se tornou inclusiva, o ensino fundamental se tornou gratuito e obrigatório, assim assegurado como direito.

Em um contexto amplo, o recorte dos dados apresentados pelos pesquisados, são reflexos da realidade brasileira no que tange as desigualdades sociais presentes, que interferem diretamente na qualidade urbana, principalmente no acesso a bens e serviços. Esses indicadores de baixa escolaridade, corroboram na correlação de forças entre as hierarquias sociais, pela diferença que há no acesso aos direitos fundamentais (FOGAÇA; SALM, 2006).

Quanto a idade média dos participantes foi de  $48,63 \pm 16,31$  (valor mínimo=18; valor máximo=82) e a renda média foi de R\$  $1.209,64 \pm 937,17$ , sendo que há pessoas que não possuem renda, como também há participantes com renda máxima de R\$ 6.000,00.

Além disso, observou-se associação estatisticamente significativa de renda com escolaridade, sendo que a maioria dos que informaram que recebem menos de um salário-mínimo tem apenas o ensino fundamental ou médio e os que tem ensino superior recebem entre um e três salários ( $p \leq 0,003$ ).

O estudo corrobora que, quanto maior o nível de escolaridade, maior o percentual de renda (SILVA; CARDOSO; ALMEIDA, 2015). É importante contextualizar que o Brasil está inserido em um sistema capitalista, onde essa estrutura aprofunda ainda mais expressões da questão social relacionadas aos riscos e violações de direitos (MARTINELLI, 2011).

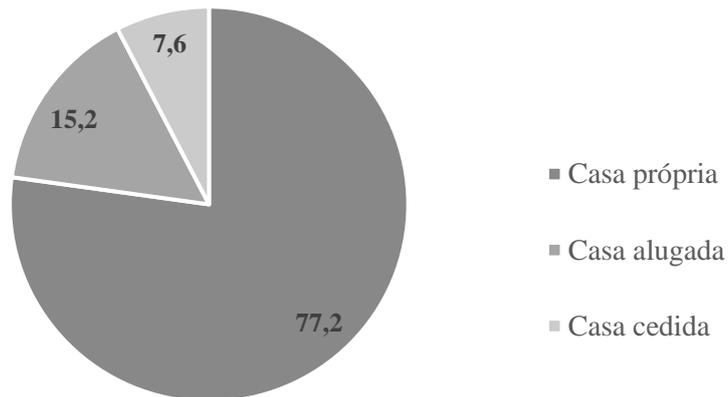
Assim, nessa conjuntura, a educação se torna uma mercadoria, enfraquecendo a perspectiva de direito fundamental, onde quem tem recursos financeiros tem mais disponibilidade de acesso a bens e serviços no que tange a qualidade e aprimoramento no âmbito da educação (XIMENES; CÁSSIO, 2020; SANTOS, 2020).

#### **4.4.2 Indicadores de Habitação**

No que se refere ao tipo residência, a maioria dos participantes (77,2%), informaram que residem em casa própria (Figura 1). Observou-se também associação estatística significativa entre a renda e o tipo de residência, sendo que a maioria dos que recebem entre

um e três salários residem em casa própria e os que residem em casa cedida tendem a receber menos de um salário ( $p \leq 0,027$ ).

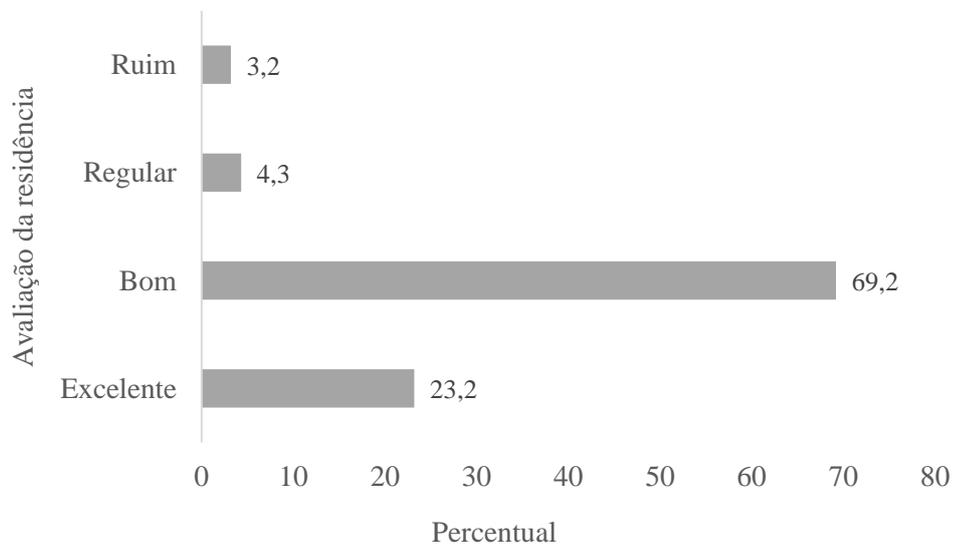
**Figura 1** – Tipo de residência (%) dos participantes da pesquisa (n=185) realizada no bairro Santa Helena, Lages, SC.



Fonte: Produção da autora

Quanto a avaliação da residência a maioria dos pesquisados (69,2%), avaliaram a residência como um ambiente bom para se viver (Figura 2).

**Figura 2** – Avaliação (%) da residência pelos participantes da pesquisa (n=185) do bairro Santa Helena, Lages, SC.



Fonte: Produção da autora.

De acordo com o Art.º 6 da Constituição de 1998, a moradia é um direito social fundamental à vida humana (BRASIL, 1998). Dessa forma, o Estado também se torna responsável pelas questões atreladas à habitação.

Ainda neste contexto, podemos afirmar que o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), descreve que a moradia não está relacionada somente ao espaço estrutural, mas também às condições deste espaço e de habitabilidade, que devem ofertar qualidade de vida e proteção (IBGE, 2021).

Assim, vale destacar que compreender a moradia em sua totalidade, envolve o conhecimento acerca desta especificidade, porém, há desconhecimento da população no que diz respeito aos seus direitos, assim como, há fragilidades no entendimento do seu contexto de habitação (SILVA, 2010; TONELLA, 2013).

Isso ocorre em razão da pouca socialização dessas informações, e do enfraquecimento das políticas públicas nesse contexto. Cada território possui sua compreensão de acordo com o que é ofertado (SILVA, 2010; TONELLA, 2013). Dado isso, é importante salientar a necessidade de compreender as relações sociais do indivíduo, para que possa ser analisada a sua realidade.

As pessoas podem estar inseridas em uma diversidade de arranjos familiares, que não são formados somente por laços biológicos, mas também por vínculos sociais e afetivos. Vale ressaltar que essas relações se estabelecem dentro da própria residência nas suas condições de habitação (OROZIMBO; AFONSO, 2020). E este fato pode estar atrelado às respostas dos pesquisados de que consideram sua residência um espaço bom para se viver.

Os dados obtidos, apresentam que a média de pessoas que vivem na mesma residência é de  $3,08 \pm 1,3$  (valor mínimo=1 e valor máximo=9). Bem como, a média dos tamanhos das residências é de  $64,6 \pm 16,54$  metros quadrados. Já a média de cômodos por residência é de  $5,59 \pm 1,86$  (valor mínimo=2 e valor máximo=11). Sendo que a média de dormitórios é de  $2,52 \pm 1,0$  (valor mínimo=1 e valor máximo=6).

Neste sentido foi observado uma correlação positiva e significativa entre número de pessoas por residência com tamanho da residência ( $r = 0,274$ ;  $p \leq 0,008$ ), com número de cômodos por residência ( $r = 0,265$ ;  $p \leq 0,000$ ) e com número de dormitórios ( $r = 0,430$ ;  $p \leq 0,000$ ), ou seja, à medida que aumenta o número de pessoas por residência também aumenta o tamanho da residência, número de cômodos e dormitórios.

Bem como observou-se também correlação significativa e positiva entre a renda e o número de cômodos por residência ( $r = 0,288$ ;  $p \leq 0,000$ ) e com o número de dormitórios ( $r = 0,255$ ;  $p \leq 0,000$ ).

Apesar destes dados apontarem para o que é o ideal, ou seja, quanto maior o número de pessoas por habitação, maior o tamanho da residência e o espaço físico por residente, ainda de acordo com dados apresentados pelo (IBGE, 2011), o Brasil é um país que possui uma diversidade de condições habitacionais, há residências ainda que não possuem condições mínimas de estrutura, bem como, são desiguais quanto ao número de cômodos e de pessoas na residência.

A maior parte dos sujeitos pesquisados (97,8%), declara possuir banheiro dentro da residência, sendo que 2,2% afirmam que não possuem. Dos que possuem banheiro, a média é de  $1,1 \pm 1,3$  banheiros por residência (valor mínimo=1 e valor máximo=3). E destes, 97,3% informam que possuem acesso a água e esgoto, e 2,7% declaram não possuir acesso.

Em uma pesquisa anterior realizada no mesmo bairro, foi identificado uma carência significativa de infraestrutura no que tange o saneamento básico, principalmente atrelado ao esgotamento sanitário (OLIVEIRA, 2017).

No entanto, os dados apresentam baixos índices de pessoas sem acesso a estes serviços, isso pode estar atrelado ao recorte da pesquisa, que foi feito com pessoas atendidas pela política pública de assistência social, que realiza articulações para facilitar o acesso a esses serviços, ou pode também ter ocorrido a falta de entendimento da população em relação ao saneamento básico.

Em nível nacional há dados que enfatizam a falta de acesso a bens e serviços, principalmente relacionada ao saneamento básico, especificamente ao banheiro, onde ainda há pessoas que realizam suas necessidades biológicas (defecar) ao ar livre, com predomínio na área rural (TRATA BRASIL, 2021). O Brasil é um dos países com mais pessoas sem acesso a banheiro na residência, sendo aproximadamente 5 milhões de pessoas (TRATA BRASIL, 2021)

Assim, como o IBGE (2010) descreve que historicamente há precariedade no cenário sanitário brasileiro, e a falta de acesso ao banheiro dentro da residência. Identifica-se a necessidade de pesquisas para compreender a influência cultural para assim pensar em estratégias e políticas públicas que possam modificar esse cenário, tendo em vista, os prejuízos causados à saúde da população e poluição do meio ambiente (TRATA BRASIL, 2021)

É importante ressaltar que os serviços ofertados de saneamento básico, são determinantes das condições de saúde da população, devendo ser assegurados pelo Governo em

suas três esferas, em favor e direito a proteção da população e salubridade do meio ambiente (IPEA, 2010; BRASIL, 1988).

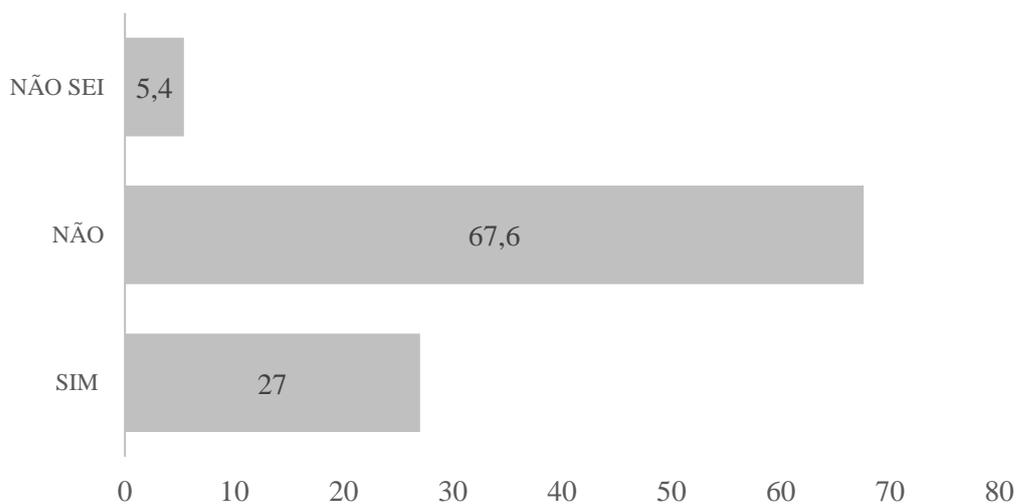
Percebe-se que entre os pesquisados ainda há pessoas que não possuem acesso à água potável, apesar de ser considerada recurso essencial para vida, há um acesso desigual. Segundo a organização mundial da saúde, 30% da população mundial não possui acesso ao abastecimento de água (WHO, 2017). Dados apresentados pelo SNIS (2019) descrevem que em Santa Catarina 89,1% de pessoas possuem acesso ao abastecimento de água, os demais 10,9% não recebem água potável.

#### 4.4.3 Covid-19

Em relação ao número de pessoas pesquisadas que contraíram Covid-19, quantificou-se que a maioria (67,6%) não foram infectadas (Figura 3). A maioria dos que informaram que tiveram Covid-19 também informaram que fizeram o teste ( $p \leq 0,000$ ) e informaram que tiveram o monitoramento da doença ( $p \leq 0,000$ ).

No que está relacionado a confirmação de Covid-19 por testagem, foi possível identificar que a maioria (74,1%) dos participantes não tiveram Covid-19 confirmados por teste, apenas 25,9% testaram positivo.

**Figura 3** – Percentual de indivíduos pesquisados no bairro Santa Helena, Lages, SC que contraíram ou não Covid-19 (n=185).



Fonte: Produção da autora.

Durante a elaboração da pesquisa, levantou-se a hipótese de que por ser um bairro com condições vulneráveis, já elencadas em pesquisa anterior (OLIVEIRA, 2017) a incidência de pessoas com Covid-19 fosse maior. No entanto, os dados da pesquisa mostraram que a maioria dos pesquisados não contraiu o vírus.

Diante disso, acredita-se em duas possíveis hipóteses, para explicar a questão apresentada. A primeira é que os indivíduos pesquisados por serem pessoas assistidas pelo CRAS VI, tiveram suporte e orientações necessárias durante a pandemia.

A segunda hipótese é a baixa e seletiva testagem, que não apresentou dados reais, no que tange a notificação real do número de pessoas com Covid-19, durante esse período da pandemia (BLOG LAGES HOJE, 2020; ONOFRE, 2020).

Estudos demonstram que desde o início da pandemia, alguns países não conseguiram realizar a testagem conforme as demandas apresentadas pela população (HASELL, 2020). O Brasil, por exemplo, por um tempo significativo dependeu de importações de testes, o que limitou a testagem (ONOFRE, 2020).

O Estado de Santa Catarina até 28 de abril de 2020 teve uma proporção menor de testagem, comparado a média de testagem do Brasil (GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2020). Ainda neste contexto, Lages também teve a testagem seletiva, os testes foram realizados em área central do município, inicialmente apenas para os sintomáticos, em razão da escassez de testes (LBLOG LAGES HOJE, 2020).

Dessa forma, a baixa testagem no início da pandemia, em Santa Catarina, pode não revelar a verdadeira realidade dos indicadores de infectados. Baixos dados de testagem podem ter a subestimação do número real de infectados, por isso, a necessidade de gestores permanecerem em alerta, e não se aterem somente a dados vinculados aos indicadores pontuais. Somente há dados confiáveis, quando se há maneiras eficazes de detecção e controle do vírus. (NOGUEIRA *et al.*, 2020).

Nesta pesquisa, das pessoas que contraíram Covid-19 a maioria (82%) apresentaram sintomas leves, as demais tiveram sintomas graves (12%) e outros 6% foram assintomáticos. A maioria (84%) realizaram o tratamento em casa e 16% no hospital.

Neste sentido, vale destacar que os sintomas leves são definidos com base em sintomas menos graves, como por exemplo: febre baixa, tosse, desconforto. Já os graves apresentam evidência de pneumonia com necessidade de internação (XU *et al.*, 2020).

Em um contexto amplo, os que contraem a Covid-19 e apresentam sintomas, a maioria 40% desenvolvem sintomas leves ou moderados (40%), e cerca 15% apresentam formas graves de COVID-19 (WHO, 2021; HU, 2021; CEVIK, 2020).

Assim os dados desta pesquisa corroboram com dados nacionais e mundiais.

Ainda sobre esses participantes que tiveram Covid-19, 76% afirmaram que foi possível realizar o distanciamento físico das pessoas que convivem no mesmo espaço, preconizado pelos órgãos de saúde. Já 24% declararam que não foi possível realizar o distanciamento físico, em razão da falta de espaço. Observa-se que mesmo que a maioria dos participantes tenham tido condições de realizar distanciamento, uma parte considerável não o pode fazer.

Diante desse contexto, é necessário ponderar que o Brasil é composto por diversas dinâmicas sociais que operam sobre determinados grupos (OLIVEIRA, 2018). Assim, cada local apresenta sua particularidade e singularidade no que tange às possibilidades diante das medidas recomendadas pelos órgãos de saúde.

Devido à falta de estrutura nas residências, há precarização nas condições habitacionais, desde o abastecimento de água, coleta de lixo e outras ofertas do poder público (IBGE, 2018). Fatores que interferem nos cuidados recomendados pelas autoridades sanitárias e na qualidade de vida urbana durante a pandemia Covid-19.

Neste cenário, Souza (2020) descreve que a possibilidade de distanciamento físico está atrelada as condições sociais de cada família, e isso reforça as disparidades sociais, pois, nem todas as pessoas possuem estrutura física e econômica para realizar o distanciamento social preconizado.

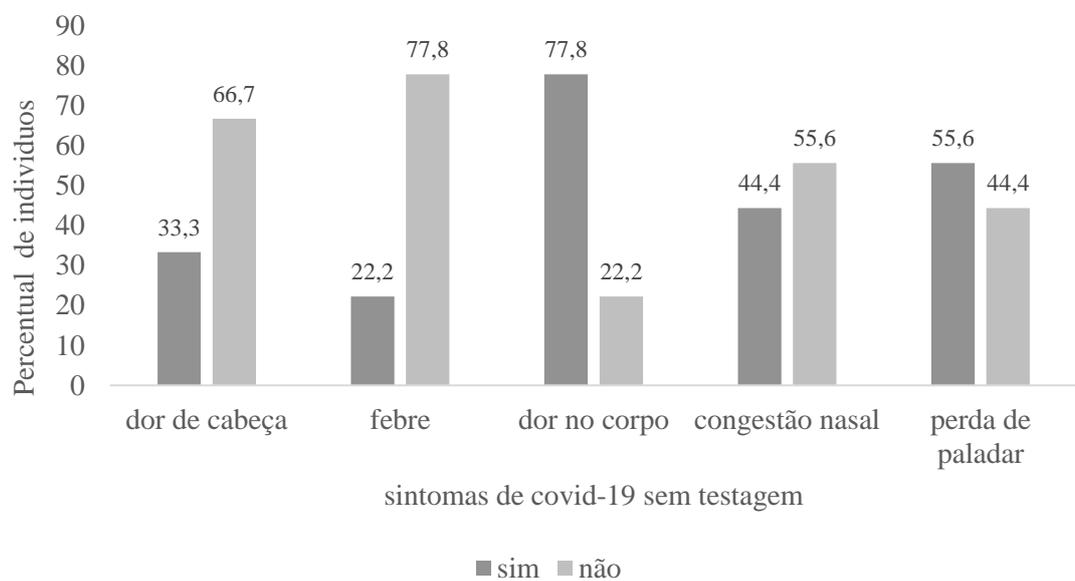
Nesta pesquisa observou-se que em média as famílias vivem em residência que possui em média dois dormitórios e um banheiro e isto resulta na dificuldade do distanciamento físico em domicílio, já que houve a necessidade de compartilhamento destes ambientes entre os integrantes da residência.

Em pesquisa realizada pela Fiocruz (2020), as mazelas da questão social atreladas a pandemia Covid-19 se intensificaram nos bairros que apresentam condições mais vulneráveis, pois, a impossibilidade de realizar o distanciamento foi um dos fatores que aumentaram o número de infectados por Covid-19. Ou seja, aqui visualiza-se que para além das questões biológica a pandemia também está atrelada às questões sociais, que antes já estavam presentes e aumentaram significativamente durante a pandemia.

Quando questionados se tiveram sintomas, mas não tiveram acesso ao teste, a maioria 68,6% declaram que não tiveram sintomas, já 4,9% informaram que tiveram sintomas e não tiveram acesso ao teste, os demais (26%) não responderam esta pergunta.

Dos que não tiveram acesso a testagem e apresentaram sintomas, a maioria apresentou dor no corpo (Figura 4).

**Figura 4** – Sintomas de covid-19 apresentados pelos participantes que não tiveram acesso a testagem (n=9).



Fonte: Produção da autora.

Durante a pandemia Covid-19 houve várias limitações para caracterizar o quadro clínico da doença. No Brasil, o Ministério da Saúde definiu como quadro respiratório agudo aliado a febre ou sensação febril, que neste caso, pode estar relacionada a dor no corpo (BRASIL, 2020). Assim como, outros sintomas gripais, que também estão associados ao sintoma de Covid-19: dor de cabeça, congestão nasal, perda de paladar (BRASIL, 2020).

Neste período pandêmico havia dois tipos de testes disponíveis, o de Reação em Cadeia de Polimerase por Transcriptase Reversa (RT-PCR) e os sorológicos. Cada país definiu seu protocolo de testagem, alguns países testaram até mesmo os assintomáticos, enquanto outros tiveram mais restrições (ONDER; REZZA; BRUSAFERRO, 2020).

No início da pandemia, o Brasil se destacou no grupo de países com menor testagem para Covid-19, somente testou os sintomáticos para determinados grupos: profissionais de saúde e segurança pública em atividade; pessoas residentes no mesmo domicílio de um

profissional de saúde ou segurança pública em atividade; pessoa com idade igual ou superior a 60 anos e portadores de condições de risco para complicações da COVID-19 (BRASIL, 2020).

Além da falta de insumos para realizar os testes conforme os sintomas da população, os testes inicialmente aprovados no Brasil possuíam níveis baixo a moderado de confiabilidade que dificultou a detecção de indivíduos infectados (NADANOVSKY, 2020).

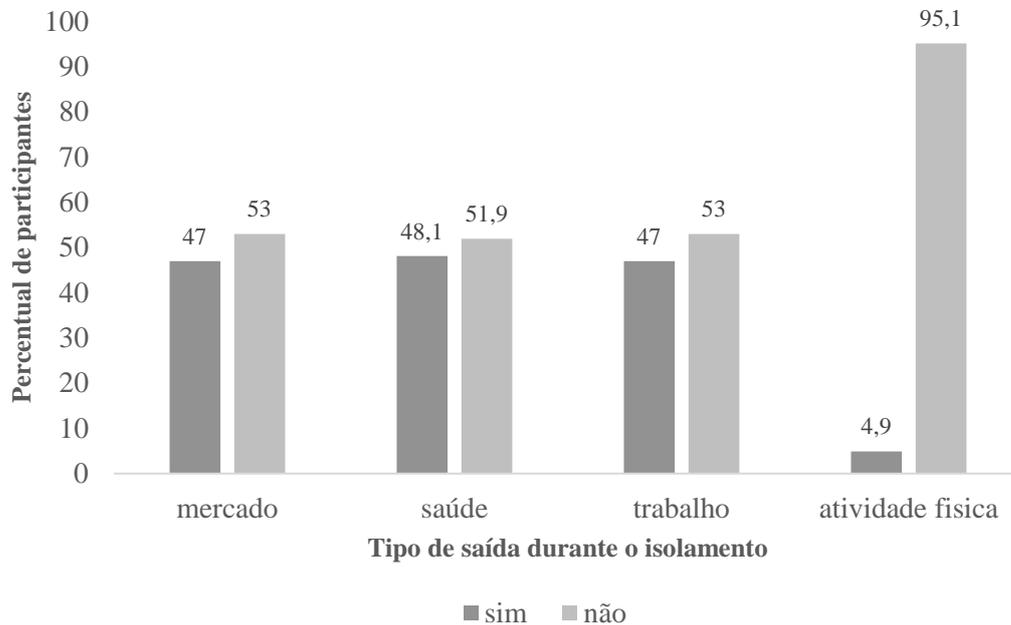
Na presente pesquisa, a minoria das pessoas pesquisadas que informaram ter sintomas, não foram testadas, contrariando a realidade brasileira do início da pandemia, resultado explicado pelo fato da coleta de dados ter sido realizada já no final do período pandêmico, período com mais disponibilidade de testes para COVID nos centros de triagem e com menor preço nas farmácias.

#### **4.4.4 Indicadores de Acesso a Bens e Serviços durante a Pandemia COVID-19**

No que tange o acesso a bens e serviços durante a pandemia Covid-19, 5,9% afirmaram não ter saído da residência, enquanto 94,1% declararam que saíram. Destes, 47% afirmaram que saíram para ir ao mercado, 48,1% saíram para tratar questões de saúde, 47% afirmaram ter saído para o trabalho e apenas 4,9% dos participantes saiu para realizar atividade física (Figura 5).

Além disso, a maioria dos participantes (98,9%) declararam que não mantiveram as mesmas atividades anteriores à pandemia Covid-19. Esse dado é de extrema relevância, pois, apesar de cada ser humano apresentar variações específicas de comportamento, a pandemia afetou diretamente o comportamento das pessoas.

**Figura 5** – Principais tipos de saídas, em percentual, durante o isolamento da pandemia Covid-19 relatadas pelos participantes da pesquisa (n=185).



Fonte: Produção da autora.

Conforme os dados apresentados, foi possível identificar que durante o isolamento houve baixo índice de saída para a prática de atividade física, isso pode estar relacionado a determinação do fechamento de academias de ginástica, através do Decreto Presidencial n.º 10.344, assinado em maio de 2020.

Neste mesmo período, no Brasil houve diversas polêmicas atreladas ao assunto (BRASIL, 2020). Estudos afirmam que há uma redução do risco de internação hospitalar em 34% em pessoas que praticam no mínimo 150 minutos de atividade física de intensidade moderada (BEZERRA *et al.*, 2020; SOLON JÚNIOR *et al.*, 2020; DE SOUZA *et al.*, 2020).

Bem como, a atividade física contribui para a saúde mental, diminuindo o estresse e ansiedade, e aumentando a qualidade do sono, o que contribui para a manutenção do bem-estar e da qualidade de vida, necessidades ainda mais importantes durante a pandemia (BEZERRA *et al.*, 2020; SOLON JÚNIOR *et al.*, 2020; DE SOUZA *et al.*, 2020).

Contudo, foram realizadas recomendações através de decretos governamentais em relação a liberação dos espaços públicos ou privados para realização de atividades físicas, a fim de conter a doença (MAHAFFEY, 2020; PITANGA; BECK; PITANGA, 2020).

Diante deste cenário, foi recomendado realizar atividade física em casa ou ao ar livre, mantendo o uso de máscara, bem como, o distanciamento físico (MAHAFFEY, 2020; PITANGA, BECK, PITANGA, 2020).

Porém muitos indivíduos não se adaptaram a estas condições e declinaram de suas atividades físicas, o que pode ter sido um aliado para o risco de surgimento ou ressurgimento de outras doenças (MAHAFFEY, 2020; PITANGA, BECK, PITANGA, 2020). É importante ressaltar que a atividade física é essencial para manutenção da qualidade de vida (FLAUSINO *et al.*, 2012).

Observou-se também associação estatística significativa entre tipo de saída durante o isolamento com a idade dos participantes, sendo que a maioria dos indivíduos com idade entre 41-60 anos informaram que durante a pandemia a maioria das saídas foram para mercado ( $p \leq 0,002$ ) e a maioria daqueles na faixa etária entre 18 e 40 informaram que a maioria das saídas na pandemia foram para trabalho ( $p \leq 0,000$ ).

Considerando que o Brasil possui uma população predominantemente jovem, com menos de 30 anos de idade, este foi o grupo considerado o que apresentava menor risco durante a pandemia Covid-19, conseqüentemente foi o mais exposto (DOLCE, 2020), pois, foram os indivíduos que permaneceram no trabalho durante a pandemia e representam a faixa etária de indivíduos em atividade profissional.

Observou-se também que a maioria das mulheres informaram que a saída durante a pandemia foi para o cuidado à saúde ( $p \leq 0,031$ ). Já a maioria dos homens informaram que o isolamento total não foi possível devido ao trabalho ( $p \leq 0,008$ ).

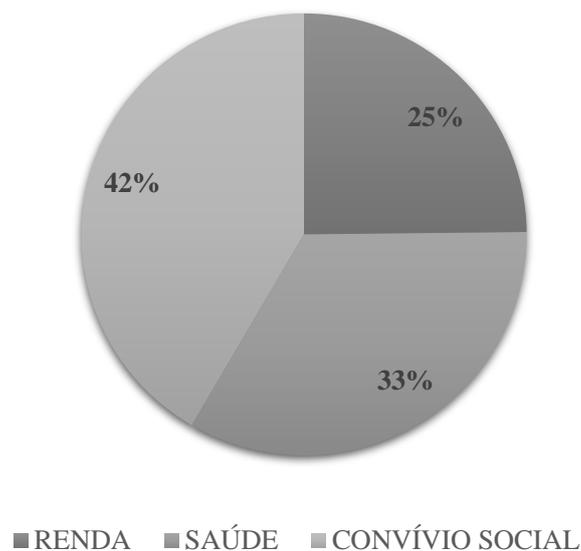
Essa relação pode estar atrelada às condições sociais históricas estruturadas, pois, estudos apontam que os homens possuem menores expectativas de vida em relação às mulheres, em razão de questões culturais enraizadas na sociedade, de que o cuidado é algo feminino, ou seja, está relacionado ao gênero (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007; PEREIRA; RECKZIEGEL; AGOSTINETTO, 2019).

No entanto, para além dessas questões de gênero, também há questões culturais onde o homem por muito tempo era o provedor financeiro do lar, então o que mais permaneceu fora da residência, sendo um obstáculo para cuidados de saúde (GOMES; NASCIMENTO; ARAUJO, 2007). A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem – o PNAISH (BRASIL, 2008), criada pelo Ministério da Saúde, corrobora com essa perspectiva.

No que se refere aos impactos causados pela Covid-19 na saúde, renda e convívio social, os dados estão descritos na figura 6, sendo que a maioria (42%) informou que o impacto maior foi no convívio social.

Observou-se ainda associação estatística significativa entre renda e o tipo do impacto da pandemia e idade e tipo de impacto, sendo que os indivíduos que recebem menos de um salário informaram que o principal impacto da pandemia foi na renda ( $p \leq 0,034$ ). Além disso, a maioria dos indivíduos entre 18 a 40 anos informaram que o maior impacto da pandemia foi na renda ( $p \leq 0,021$ ).

**Figura 6** – Percepção dos participantes da pesquisa acerca dos impactos causados pela pandemia Covid-19 na renda, saúde e convívio social (n=185).



Fonte: Produção da autora.

Um dado relevante, é considerar que as pessoas perceberam mais impactos no convívio social, posterior saúde e renda. A pandemia apesar de possuir seu viés biológico, centralizado na doença que se desenvolve após o contato com o vírus, foi sentida, vivenciada e impactada para além dele.

Assim, vale enfatizar problematizações relacionadas ao convívio social e a renda, tendo em vista, que foram que esta pesquisa a construção de reflexões para além da doença.

Neste contexto, o convívio social foi afetado em razão da recomendação de confinamento, que provocou a mudança da rotina, do contato físico e social extremamente reduzido, proporcionando impactos à saúde mental (VAN *et al.*, 2020).

Principalmente em locais mais vulneráveis, onde sem possibilidades e opções de lazer, os vínculos sociais e comunitários eram uma das únicas alternativas de convívio. De forma brusca esses contatos foram interrompidos, considerados estratégias de prevenção (VAN *et al.*, 2020).

Além do isolamento social ser uma recomendação das organizações de saúde, as pessoas começaram a ter medo da convivência e dos contatos anteriormente estabelecidos, já que esses momentos apresentavam riscos (VAN *et al.*, 2020).

Esse dado reforça o híbrido no que tange a qualidade de vida, pois, o convívio social também deve ser entendido como aspecto relacionado à saúde, mesmo que seja subjetivo também provoca impactos importantes de serem analisados (NAHAS, 2006; VAN *et al.*, 2020).

No que se refere ao impacto causado pela renda, vale salientar que até o mês de dezembro de 2020 do primeiro ano de pandemia, foram destinados mais de R\$275 bilhões para população através do benefício auxílio emergencial (IBGE, 2020), esse dado contribui para afirmação de que um dos grandes impactos da pandemia foi a renda.

As pessoas que atuavam no mercado de trabalho de forma informal, foram as mais prejudicadas pela pandemia Covid-19, em razão de não possuírem os direitos trabalhistas assegurados, assim tendo que recorrer aos benefícios sociais ofertados, que não foram suficientes para garantir a qualidade de vida das pessoas em tempos de pandemia (CEPAL, 2020).

Em relação ao trabalho, 50,3% das pessoas participantes da pesquisa afirmaram que trabalham, enquanto 49,7% mencionaram que não. Das pessoas que trabalham, apenas 5,9% tiveram a possibilidade de realizar o trabalho de forma remota, os demais 44,3% declaram que não tiveram essa possibilidade.

No Brasil, estudos apontam que 11% das pessoas que exercem atividade laboral, puderam realizar o trabalho remoto, sendo que a maioria possui nível superior completo, e estão ligadas ao setor privado (IPEA, 2020). O que vai ao encontro dos resultados encontrados nesta pesquisa, onde a menor parte dos indivíduos não puderam trabalhar remotamente.

O trabalho remoto foi definido por cada instituição, conforme os decretos municipais. Dessa forma, alguns grupos tiveram a possibilidade de utilizar o trabalho remoto enquanto outros não (ANDRADE, 2020).

Em Santa Catarina, a partir de 17 de abril de 2020 houve a suspensão de algumas atividades presenciais, principalmente escolas e universidades, desde então iniciou o trabalho remoto (SANTA CATARINA, 2020).

Assim, é importante destacar as potencialidades e fragilidades do trabalho remoto, que interferem diretamente na qualidade de vida da população. Realizar o trabalho remoto foi de suma importância para preservar a saúde contra o coronavírus, pois, foi uma estratégia de realizar o distanciamento social e o isolamento preconizado, e mesmo assim manter as atividades laborais essenciais, porém atrelado apenas a um recorte da população (ANDRADE, 2020).

Contudo, vale ressaltar que também há fragilidades atreladas a esta metodologia de trabalho, que podem ter afetado diretamente a qualidade de vida, pois o trabalho remoto também trouxe impactos negativos para saúde mental da população e exaustão. Uma vez que o ambiente de descanso passou a se caracterizar como ambiente de trabalho o que dificultava o ato de separar as demandas da vida pessoal das demandas do trabalho, o que provocou sobrecarga de trabalho (ANDRADE, 2020).

Nesta pesquisa houve associação estatística significativa entre sexo e trabalho, sendo que a maioria dos homens tem um trabalho formal enquanto a maioria das mulheres não ( $p \leq 0,006$ ). Por outro lado, a maioria das mulheres informaram que o trabalho foi possível ser feito de modo remoto na pandemia e a maioria dos homens disseram que não ( $p \leq 0,018$ ).

Conforme as medidas preconizadas, as mulheres que eram gestantes ou puérperas tiveram a possibilidade de realizar o trabalho remoto. Contudo, esta modalidade de trabalho tornou mais intensa a sobrecarga feminina, em razão da divisão desigual de atividades domésticas, por passar mais tempo na residência, também assumiu mais afazeres no domicílio (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). A mulher apesar de conseguir seu espaço nos campos laborais da sociedade, ainda continua sobrecarregada com as atividades domésticas que não são compartilhadas com os homens (ÁVILA, 2004).

Além dessas questões, houve um aumento significativo da violência doméstica e as mulheres que são mães, enfatizaram a dificuldade de conciliar a maternidade com o trabalho remoto (VIEIRA; GARCIA; MACIEL, 2020). Outro dado que contribui para que as mulheres tenham tido mais possibilidades de realizar trabalho remoto, é de que mulheres possuem percentuais mais expressivos no que tange a atividades desenvolvidas na área da saúde, ensino em escolas e universidades, categorias profissionais que foram preconizados essa modalidade de trabalho (CASTRO; CHAGURI, 2020).

Houve associação estatística significativa também entre a variável trabalho e a idade. A maioria de indivíduos na faixa etária de 18 a 40 anos trabalha e a maioria dos acima de 60 anos não ( $p \leq 0,000$ ). Vale ressaltar que a conjuntura no mercado de trabalho no Brasil, possui diversas restrições, com taxas de baixa inserção de idosos no mercado de trabalho (IBGE, 2018). Além disso, alguns idosos recebem benefício previdenciário ou assistencial, e dessa forma, não realizam atividade laboral (IBRAHIM, 2011).

Observou-se ainda associação estatística significativa entre renda e trabalho, sendo que a maioria dos que não recebem salário também não trabalham ( $p \leq 0,034$ ) e a maioria dos que recebem acima de três salários informaram que havia a possibilidade de trabalho remoto, enquanto a maioria dos que recebem entre um e três salários informaram que não houve possibilidade de trabalho remoto na pandemia ( $p \leq 0,000$ ).

No que se refere a possibilidade de trabalho remoto, este é realizado por meio de tecnologias da informação, dessa forma, as pessoas que não possuem atividades laborais possíveis de utilizar esse recurso, ficaram impossibilitadas de realizar essa metodologia, ficando mais expostas ao vírus pela necessidade de circulação (DOLOT, 2020; SZLUZ, 2013).

Durante a pandemia Covid-19, no Brasil o trabalho remoto apresentou-se de forma precária, em razão da própria cultura do país. Historicamente há uma baixa adesão por essa alternativa de trabalho, aliado ao despreparo das instituições durante a pandemia para enfrentar este novo cenário (IBGE, 2020; DOLOT, 2020). Assim, diversas pessoas foram afastadas do trabalho, todavia, sem remuneração. Ou tiveram que se manter em seus vínculos em caráter presencial (IBGE, 2020).

Considerando o trabalho remoto como uma alternativa de proteção durante a pandemia Covid-19, é possível identificar mais um exemplo de desigualdade social, onde pessoas com menor nível de instrução, não tiveram essa possibilidade (GÓES; MARTINS; SENA, 2022).

Os profissionais que tiveram possibilidade de fazer trabalho remoto foram os que atuam dentro das ciências intelectuais (GÓES; MARTINS; SENA, 2022).

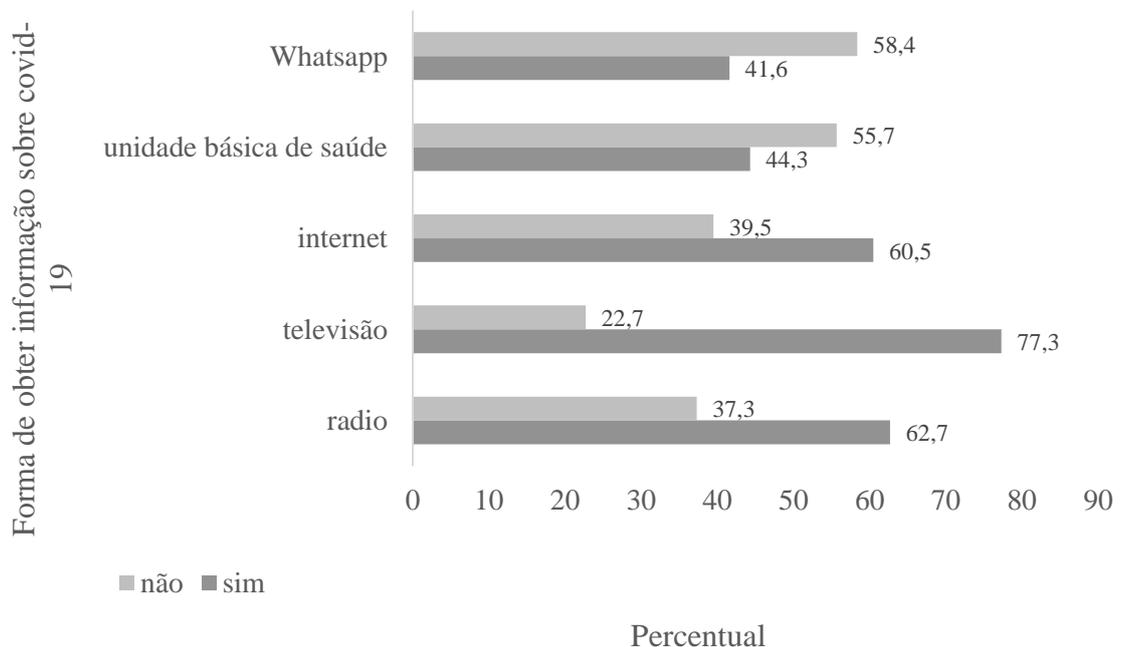
Ainda em relação ao trabalho, observou-se associação estatística significativa com a testagem positiva para covid-19, sendo que a maioria dos que não trabalham não tiveram Covid-19 ( $p \leq 0,032$ ) e a maioria dos que não tiveram a possibilidade de trabalhar de modo remoto também não contraíram Covid ( $p \leq 0,01$ ).

Evidência científica, sustenta a ideia de que o trabalho remoto foi uma estratégia de precaução da disseminação do vírus, onde as pessoas que tiveram a possibilidade de trabalho remoto, estavam mais seguras e protegidas em relação a Covid-19, em razão do isolamento, e

também por não estarem em contato direto com materiais e superfícies contaminadas (MAENO, 2020). Os resultados desta pesquisa corroboram com este cenário.

Em relação ao acesso à internet durante a pandemia 83,2% informaram que possuíam, contudo, 16,8% declararam não ter acesso. No que se refere ao acesso às informações inerentes a Covid-19, a maioria dos indivíduos pesquisados informaram que obtiveram informação sobre a pandemia por intermédio da televisão (77,3%) (Figura 7).

**Figura 7** – Forma de obtenção de informação sobre covid-19 pelos participantes da pesquisa do bairro Santa Helena, Lages, Santa Catarina (n =185).



Fonte: Produção da autora.

Autores corroboram que no Brasil a televisão é a principal fonte de informações e comunicação, pois a televisão não necessita nível de escolaridade para seu uso, sendo relativamente mais acessível de manusear (BECKER, 2005; MATA, 2017). E como quase metade dos participantes desta pesquisa possuíam apenas ensino fundamental e muitas vezes incompleto, corrobora com os autores de que a televisão é a fonte de informação mais acessível a este público.

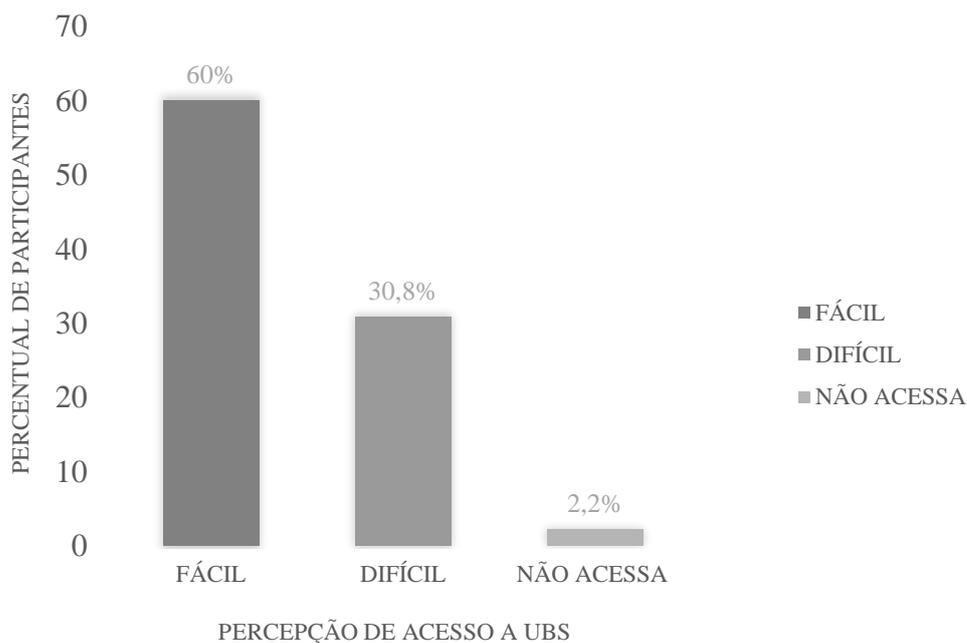
Além disso, os dados da Pesquisa Brasileira de Mídia 2016 – Hábitos de Consumo de Mídia pela População Brasileira relatam que historicamente a televisão é a fonte de informação que os brasileiros mais confiam, seguido da internet, prova disso é que durante a pandemia houve um aumento na aquisição de televisores pelos brasileiros (BRASIL, 2016; KANTAR,

2020). Ainda, pesquisa aponta que as informações viabilizadas pelas televisões abertas são mais confiáveis do que os conteúdos expostos em internet, principalmente em grupos de WhatsApp ou demais redes sociais (KANTAR, 2020).

Ainda em relação a obtenção de informação sobre Covid-19 houve associação estatística significativa desta variável com a idade. A maioria dos indivíduos na faixa etária de 18 a 40 anos informaram que receberam informação sobre a Covid-19 via internet ( $p \leq 0,000$ ) e WhatsApp ( $p \leq 0,002$ ), já a maioria dos indivíduos acima de 60 anos informaram que a informação recebida foi via UBS ( $p \leq 0,030$ ).

No que tange a acessibilidade a Unidade Básica de Saúde, a maioria dos pesquisados (60%) a considera de fácil acesso no bairro (Figura 8).

**Figura 8** – Percepção sobre a acessibilidade da Unidade básica de saúde - UBS (%) pelos participantes da pesquisa (n=185).



Fonte: Produção da autora.

Em relação a estes pesquisados, 68,6% informaram que utilizaram a Unidade Básica de Saúde durante a pandemia, 31,4% que não utilizaram. Dentro deste contexto, 98,4% destacam que os novos horários estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Lages durante a pandemia antederam as necessidades, apenas 1,6% que não.

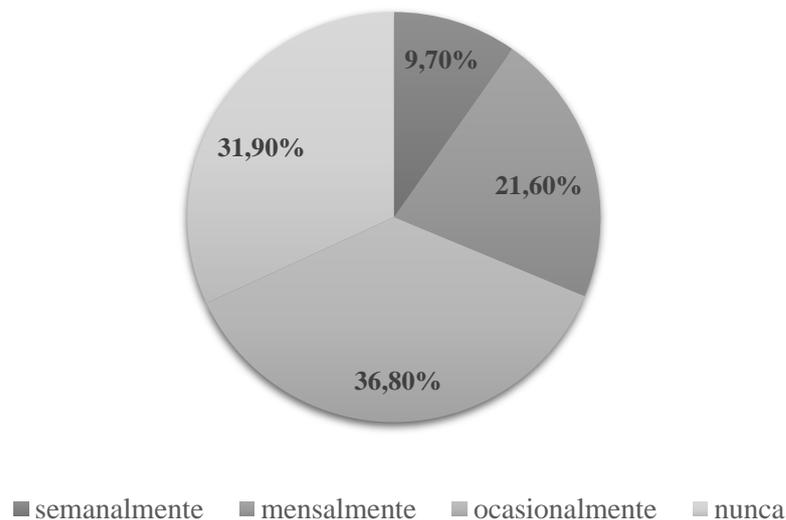
Em relação às pessoas que não utilizaram a Unidade Básica de Saúde durante o período pandêmico, 65,5% informaram que não sentiram necessidade de utilizar este serviço durante a

pandemia, 17,2% declararam ter utilizado a rede particular de saúde, 12,1% destacaram que tiveram receio de se expor na pandemia e 5,2% mencionaram não ter conseguido acessar os serviços ofertados.

Além disso, verificou-se que a maioria dos que informaram que tiveram covid-19 também informaram usar a UBS do bairro ( $p \leq 0,008$ ).

No que diz respeito à frequência de uso da UBS pelos pesquisados durante a pandemia, a maioria (36,8%) informaram que a utilizaram ocasionalmente (Figura 9).

**Figura 9** – Frequência de uso da Unidade básica de saúde do bairro Santa Helena, Lages, SC pelos participantes da pesquisa (n=185).

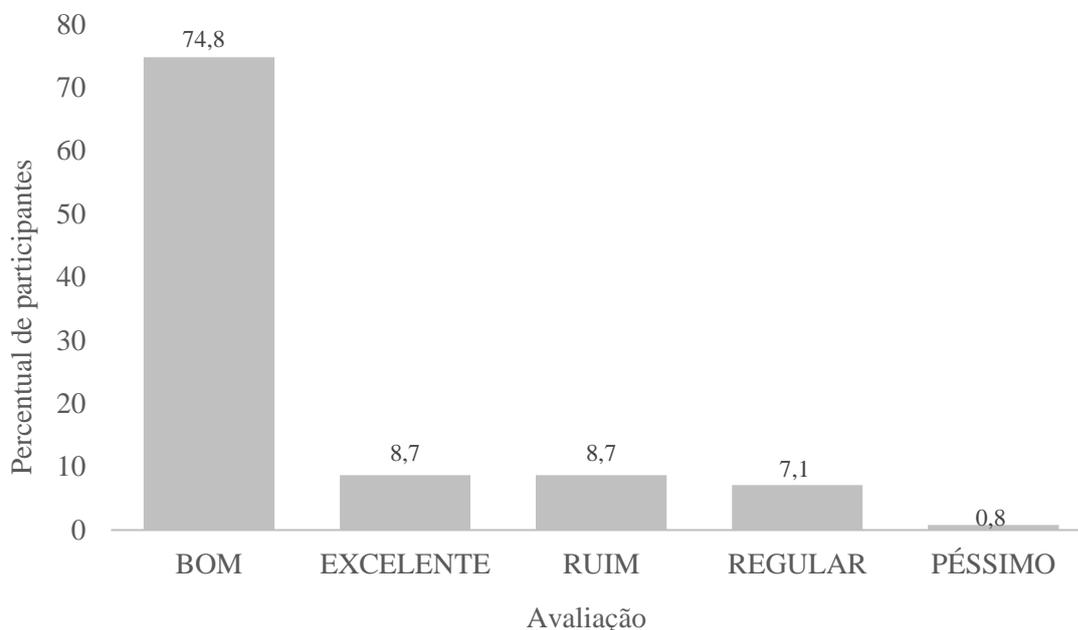


Fonte: Produção da autora.

Acerca das pessoas que buscaram atendimento na Unidade Básica de Saúde, quando tiveram Covid-19, 22,9% afirmaram que foram atendidas por esta instituição, 5,7% informaram que não e 71,4% não tiveram Covid-19.

No que se refere as pessoas que utilizaram a Unidade Básica de Saúde durante a pandemia Covid-19, a maioria 74,8% avalia o atendimento como bom (Figura 10).

**Figura 10** – Avaliação da Unidade básica de saúde do Bairro Santa Helena, Lages, SC pelos participantes da pesquisa (n=127).



Fonte: Produção da autora.

A unidade de saúde é considerada a porta de entrada do território para os atendimentos do SUS, e teve que se reorganizar diante da pandemia, pois, ao mesmo tempo que deveria ser mantido o isolamento, o vínculo com as pessoas do território é de suma importância, pois, além da Covid-19 outras questões patológicas de saúde continuaram acontecendo (AQUINO *et al.*, 2020).

Assim, a atuação da atenção primária no contexto da pandemia, estava atrelada em acompanhar a população nos casos leves de Covid-19 e demais questões de saúde que aconteciam em decorrência ou não da Covid-19 (DUNLOP; HOWE; ALLEN, 2020).

No que diz respeito a avaliação dos participantes da pesquisa sobre as condições físicas de suporte e segurança da Unidade Básica de Saúde durante a pandemia Covid-19, observa-se que a maioria informou que estas condições atenderam as medidas de prevenção (Tabela 2).

**Tabela 2** – Medidas de prevenção contra covid-19 adotadas na unidade básica de saúde do bairro Santa Helena, Lages, SC, segundo a percepção dos participantes da pesquisa (n=127).

Condições de segurança	Sim		Não	
	n	%	n	%
Álcool em Gel	127	100%	0	4%
Distanciamento Social	118	92,9%	9	7,1%
Uso de máscaras	126	99,2%	1	0,8%
Higienização do Espaço	125	98,4%	2	1,6%
Ventilação	118	91,3%	9	8,7%

Fonte: Produção da autora.

Este cenário apresenta uma aceitação positiva das medidas de proteção recomendadas durante a pandemia, ofertando segurança e proteção à população que necessitou utilizar a Unidade Básica de Saúde durante a pandemia.

Acerca do tipo de máscara mais utilizada durante a pandemia Covid-19 pelos participantes da pesquisa observa-se que a maioria (92,4%) utilizaram máscara de pano (Tabela 3).

**Tabela 3** – Principais tipos de máscaras utilizadas pelos participantes da pesquisa durante a pandemia Covid-19 (n=185).

Tipo de máscara utilizada	Sim		Não		TOTAL
	n	%	n	%	
Descartável	79	42,7	106	57,3	185
Cirúrgica	27	14,6	158	85,4	185
Pano	170	92,4	15	7,6	185

Fonte: Produção da autora.

Ainda sobre as máscaras, 74,1% dos participantes afirmaram que possuíam condições financeiras para comprar máscara durante a pandemia e 25,9% afirmaram que não tiveram.

Observou-se associação estatística significativa entre o uso de máscaras e outras variáveis, sendo que a maioria dos que não recebem salário informaram que não usam/usaram máscara descartável, já todos os que recebem mais que três salários usam/usaram máscara descartável ( $p \leq 0,006$ ).

A maioria dos que não recebem salário informaram que nem sempre tinham condições financeiras para a aquisição de máscara durante a pandemia, já a maioria dos que recebem entre um e três salários informaram que não faltou recurso financeiro para tal ( $p \leq 0,000$ ).

O coronavírus escancarou o hiato da desigualdade já estabelecida em nosso país, onde o básico para proteção individual não foi possível para todos.

Souza (2021) destaca que as pessoas em vulnerabilidade social, são as que mais sofreram o impacto negativo da pandemia, pois, a dificuldade de acesso aos recursos necessários definidos pelos órgãos de saúde, tornaram-se restritas a este grupo social que se tornou mais exposto. Os dados desta pesquisa apontam para isso, pois quem não tinha fonte de recurso também não teve condições de adquirir máscara com maior fator de proteção ao coronavírus.

Além disso, a maioria dos que informaram ter contraído Covid-19 também informaram que utilizavam máscara de pano ( $p \leq 00,4$ ), para os demais tipos de máscara não houve significância estatística.

Estudos contribuem, afirmando que as máscaras de pano são menos eficazes na prevenção de Covid-19, isso se deve também pelo fato de que podem ser reutilizadas, e após a quarta lavagem a eficácia é reduzida, pois o processo de lavagem reduz as microfibras do tecido e aumenta os poros, facilitando a penetração do vírus e posteriormente a infecção (NEPAUNE, 2020).

Porém, durante o contexto pandêmico o uso de diversos tipos de máscaras, em conjunto com a higienização das mãos e demais medidas protetivas foram estratégicas para diminuir a disseminação do vírus (MA *et al.*, 2020; NEPAUNE, 2020), principalmente entre aqueles que são menos favorecidos financeiramente. A máscara de pano pode ser feita em casa e com menor custo, o que vai de encontro aos achados desta pesquisa que mostram que a máscara de pano foi menos utilizada por aqueles que possuíam maior renda.

Sobre os demais bens e serviços, durante a pandemia a maior parte dos participantes declarou não ter frequentado espaços públicos para a realização de atividades físicas e/ou lazer. Por exemplo, 100% dos pesquisados afirmaram não terem frequentado ginásios ou quadra de esportes e em relação a academia 97,8% afirmaram que não frequentaram. Quanto as medidas de prevenção adotadas nestes espaços, dos sujeitos que frequentaram, 100% informaram que havia álcool em gel, uso de máscaras e distanciamento físico.

A fim de diminuir a disseminação do coronavírus, países adotaram decretos de quarentena e o *lockdown*, restringindo a circulação no período inicial da pandemia (AQUINO

*et al.*, 2020). Todavia, com o decorrer da pandemia e a flexibilização das medidas e isolamento, houve aumento na demanda do uso de espaços públicos onde as pessoas se sentiam seguras para frequentar e realizar atividades físicas (DAVIES, 2020).

Considerando as questões apresentadas, alguns países incentivaram a mobilidade ativa e buscaram estratégias para proporcionar lazer a população, levando em consideração os aspectos de saúde mental na pandemia. No Brasil, há registros de Curitiba e Belo Horizonte que realizaram ações pontuais neste sentido (RIBEIRO; CÔRREA, 2020).

No que diz respeito ao local de transação financeira durante a pandemia, a maior parte dos participantes (72,4%) afirmaram ter utilizado o serviço disponível no próprio bairro e, 27,6% declararam ter se deslocado até o centro para tal finalidade.

Quanto aos serviços de correio durante a pandemia Covid-19, 98,4% relataram que os referidos serviços continuaram atendendo e 1,6% informaram que não.

#### **4.4.5 Indicadores de Infraestrutura Urbana**

Acerca das condições de limpeza urbana, os pesquisados informaram que a coleta de resíduo durante a pandemia foi realizada três vezes na semana. A maioria (98,4%) afirmaram que não houve alteração da coleta durante a pandemia Covid-19 e consideraram o serviço como bom (90,8%). Bem como, 60% mencionaram não ter identificado aumento de resíduo em locais públicos próximo a residência durante a pandemia, já 40% relataram que sim.

Ainda neste contexto, 73,5% informaram que houve máscaras descartadas em locais públicos próximo a sua residência, e 26,5% afirmaram que não.

Quanto a varrição da rua, 70,8% afirmaram que houve a realização deste serviço durante a pandemia e 29,2% declararam que não.

Vale ressaltar que a limpeza urbana e o manejo de resíduos sólidos são serviços relevantes para o cuidado de saúde humana e ambiental, principalmente durante a pandemia, pois, neste período as pessoas encontravam-se mais vulneráveis. O que assegura este direito é a Política Nacional de Resíduos Sólidos (PNRS), descrita na Lei Federal n.º 12.305/2010 (BRASIL, 2010).

Neste contexto, é importante ressaltar a permanência do vírus SARS-CoV-2 em determinadas superfícies como papelão, aço inoxidável, alumínio, papel e plástico por cerca de 2 a 9 dias (KAMPF *et al.*, 2020; NGHIEM *et al.*, 2020). Assim, as residências com confirmação ou suspeita de moradores positivados para Covid-19, devem seguir procedimentos específicos

para que evitem a contaminação dos vizinhos ou coletores de resíduos (SEMA, 2020). Neste sentido, é necessário capacitações e orientações sobre a gestão de resíduos durante os períodos pandêmicos (DIAS *et al.*, 2020).

No decorrer da pandemia, a responsabilidade de gestão de resíduos deve ser ainda maior, essa responsabilidade é do poder público como também da sociedade. Realizar a gestão de resíduos oferta qualidade de vida e segurança para população, que interligado aos sistemas de saúde se torna uma barreira sanitária para transmissão da Covid-19 (KAMPF *et al.*, 2020; NGHIEM *et al.*, 2020).

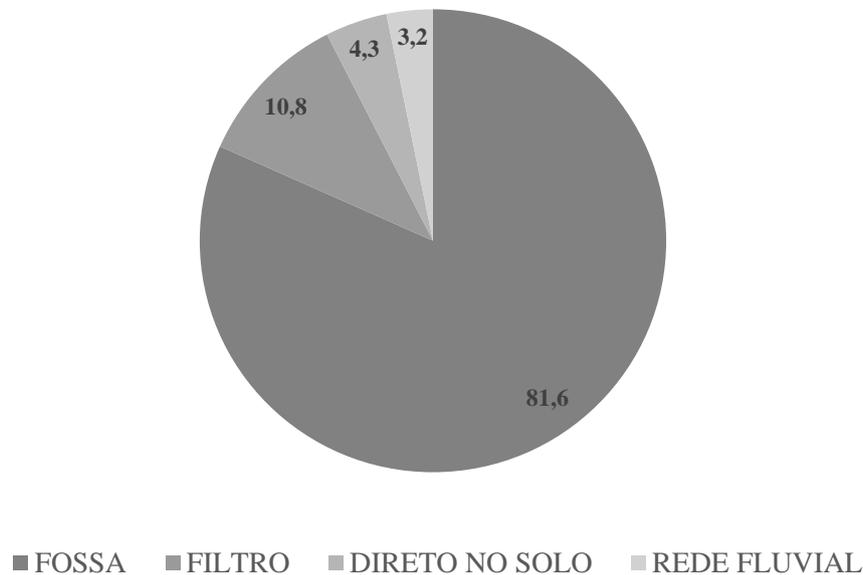
No espaço pesquisado, a falta de gestão de resíduos se torna mais problemática, pois, possui área de afloramento do aquífero guarani, que já estava comprometido anteriormente por conta das ocupações irregulares, e agora ainda mais vulnerável pelo aumento dos resíduos (OLIVEIRA, 2017; GUIMARÃES *et al.*, 2020;).

Os dados corroboram com a falta de preparo das pessoas e do poder público, no que tange este aspecto (DIAS *et al.*, 2020).

#### **4.4.6 Condições de Saneamento Básico do Território**

Acerca do tipo de sistema de tratamento do esgoto da residência dos participantes observou-se que 81,6% afirmaram ser fossa e a minoria rede fluvial (3,2%) (Figura 11).

**Figura 11** – Percentual do tipo de sistema de tratamento de esgoto adotado na residência dos participantes do bairro Santa Helena, Lages, SC (n=185).



Fonte: Produção da autora.

Quando questionados se há cheiro de esgoto na rua, 73% informaram que sentiam, e 27% mencionaram que não. Dos 185 participantes, 77,8% informaram que identificaram esgoto a céu aberto na rua da sua residência, enquanto 22,2% declararam que não.

O IBGE (2020) declara que no Brasil, 40% dos municípios não possuem rede de esgotamento sanitário. Mais de 10 mil pessoas vão a óbito todos os anos em razão das doenças associadas a falta de saneamento básico DATASUS (2018). E no contexto da pandemia, a falta de saneamento pode agrava ainda mais este cenário (SANTOS, 2020). Pesquisas identificaram a presença de Covid-19 no esgotamento sanitário (ANA, 2020; PRADO *et al.*, 2021), o que pode colocar em risco as pessoas que não possuem acesso ao saneamento básico.

Além disso, a maior parte dos pesquisados (96,2%) informaram que quando chove não entra água em sua residência, já 3,8% afirmaram que sim.

Por outro lado, 98,9% declararam que sua casa está ligada a rede de água, enquanto 1,1% declararam que não.

No Brasil os recursos hídricos são gerenciados pelo Plano Nacional de Segurança Hídrica (PNSH), historicamente são permeados de desafios, sendo que a população mais vulnerável é a que está mais prejudicada neste contexto. A pandemia acentuou os desafios para os gestores garantirem este acesso, e ao mesmo tempo autores destacam a necessidade urgente

de democratização deste direito, pois, previne a contaminação de diversos tipos de vírus (MELLO *et al.*, 2020). Dados recentes do Instituto Trata Brasil (2021) declaram que no ano de 2018 foram registradas 230 mil internações por doenças atreladas a veiculação hídrica, com mais de 2.180 óbitos. Além disso, o coronavírus pode ser transmitido por via oral-fecal, e estudos já demonstraram que foram encontradas carga genética do novo coronavírus em esgotos nas amostras coletadas em diversos países, inclusive no Brasil (SOUZA *et al.*, 2020).

Deste modo, não havendo tratamento de água e esgoto adequado, a carga viral pode ser direcionada aos rios e mananciais, contaminando a água, e principalmente atingindo a população mais vulnerável, aquela que não possui acesso ao saneamento básico e água potável (NASCIMENTO, 2020).

Além de questões atreladas a subsistência humana, no contexto da pandemia Covid-19 os recursos hídricos são indispensáveis para que fossem adotadas as medidas de higienização necessárias (CEREZENI, 2020).

É importante salientar, que dentro deste estudo a minoria das pessoas não teve acesso a água, isso é positivo dentro de um contexto pandêmico. Porém, é importante enfatizar que ainda há pessoas que não possuem este acesso, então há a necessidade de buscar estratégias e alternativas para esse recorte de público.

Como a disseminação do vírus ocorre de forma rápida e coletiva, basta somente uma pessoa não possuir acesso as medidas recomendadas, para contrair o vírus para que seja disseminado de forma coletiva.

#### **4.4.7 Moradia sob Área do Sistema Aquífero Guarani**

Dos 185 pesquisados, 30,8% vivem sob área de recarga do Aquífero Guarani e 69,2% não. Observou-se que a maioria dos que não vivem em área de Aquífero no bairro informaram que a residência tem ligação a rede pública de abastecimento de água ( $p \leq 0,031$ ), além disso, a maioria dos que não vivem sob a área de recarga dizem não sentir mau cheiro de esgoto na rua ( $p \leq 0,001$ ) e também não tem esgoto a céu aberto ( $p \leq 0,05$ ). A maioria dos que vivem em área de afloramento de Aquífero Guarani também informaram que observaram maior quantidade de máscaras descartadas na rua durante a pandemia ( $p \leq 0,05$ ).

O Aquífero Guarani é um dos maiores reservatórios de água doce do mundo (ALBUQUERQUE FILHO *et al.*, 2012). O Aquífero Guarani está presente no Estado de Santa Catarina, e no município de Lages, especificamente no bairro Santa Helena, território

pesquisado. Nesta parte do território, há ocupações irregulares que estão sob a área do Sistema Aquífero Guarani (ALBUQUERQUE FILHO *et al.*, 2012).

As ocupações irregulares podem provocar contaminação no solo e dos mananciais de água, o que pode ocasionar prejuízos ambientais, sociais e biológicos (VARJABEDIAN; MECHI, 2013).

Na presente pesquisa observou-se que os participantes que não vivem sob área de aquífero não percebem esgoto a céu aberto e não sentem mau cheiro na rua e tem ligação a rede pública de abastecimento de água, mas isso não ocorre com aqueles que vivem sob área de aquífero, bem como, quem reside em áreas de afloramento de Aquífero também percebem maior descarte inadequado de máscaras no ambiente.

Outro ponto a ser discutido, é que o aquífero guarani é abastecido pelas águas da chuva (ALBUQUERQUE FILHO *et al.*, 2012), então neste sentido, o solo contaminado atinge diretamente os mananciais, e no decorrer do contexto pandêmico houve aumento da produção de resíduos, causado principalmente pelas compras online e entregas no domicílio, como também aumento de máscaras descartadas em locais incorretos (ZAMBRANO-MONSERRATE; RUANO; SANCHEZ-ALCALDE, 2020), o que corrobora com os achados nesta pesquisa.

#### **4.4.8 Condições de Transporte Coletivo**

Em relação ao transporte coletivo durante a pandemia Covid-19, dos 185 pesquisados, a maior parte (63,2 %) afirmaram não ter utilizado este serviço, já 36,8% informaram que sim.

Dentro da perspectiva dos que utilizaram o transporte público, a maioria afirma ter utilizado semanalmente (61,8%), mensalmente (22,1%) e diariamente (16,2%).

Ainda sobre as pessoas que utilizaram o transporte coletivo durante a pandemia Covid-19, a maioria 88,2% declararam estar satisfeita com o intervalo entre os ônibus, sendo 11,8% informaram que não.

Em relação à segurança no uso do transporte público na pandemia, 61,8% das pessoas que utilizaram este serviço, declararam que se sentiram seguras, já 38,2% mencionaram que não. A tabela 4 mostra as medidas de prevenção adotadas no transporte segundo informações dos participantes da pesquisa.

**Tabela 4** – Medidas de prevenção contra covid-19 adotadas no transporte coletivo municipal Lages, SC, segundo a percepção dos participantes da pesquisa.

<b>Medidas de prevenção</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Distanciamento físico</b>		
Sim	30	44,1%
Não	38	55,9%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100 %</b>
<b>Uso de máscaras</b>		
Sim	63	92,6%
Não	5	7,4%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100 %</b>
<b>Ventilação</b>		
Sim	55	80,9%
Não	13	19,1%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>
<b>Higienização</b>		
Sim	51	75%
Não	17	25%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>
<b>Uso de álcool</b>		
Sim	53	77,9%
Não	15	22,1%
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>	<b>100%</b>

Fonte: Produção da autora.

Os dados apresentados apontam que houve a diminuição do transporte coletivo, contudo, as medidas de prevenção recomendadas pelos órgãos de saúde foram adotadas e identificadas pela maior parte da população.

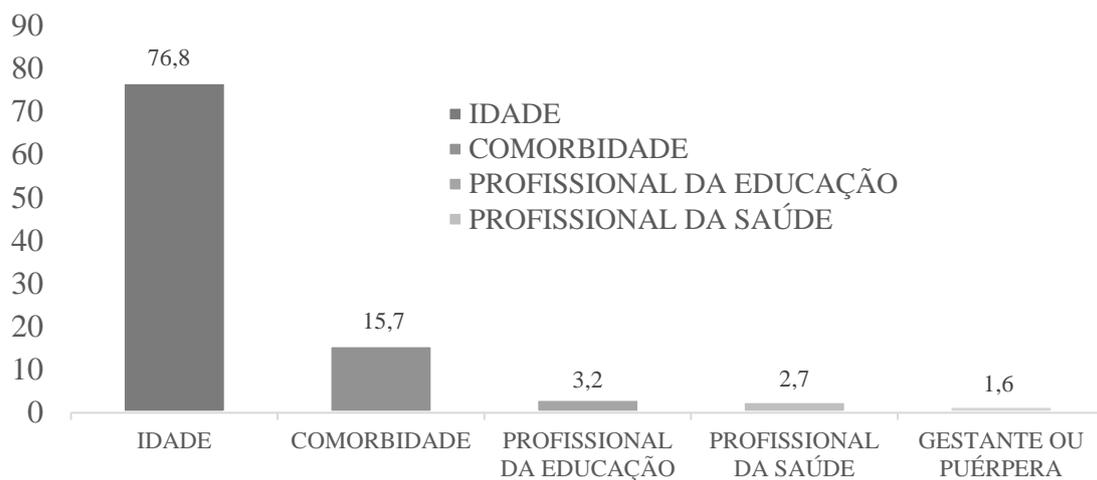
É importante contextualizar que o cenário do transporte público no Brasil, está atrelado a oferta de viagens para passageiros em pé, ou sejam, há possibilidades de superlotação em transportes públicos, essa condição favorece a disseminação de infecções e transmissibilidade do Covid-19 (IBOLD *et al.*, 2020), o que pode ocasionar insegurança aos usuários deste serviço.

Na perspectiva de Lima (2020), é de responsabilidade do poder público garantir a segurança de usar o transporte coletivo, pois, este é um direito da população. Mesmo que em tempos de pandemia, é necessário buscar estratégias de viabilizar este acesso. A acessibilidade promove a qualidade de vida e também uma sociedade democrática (LEIVA *et al.*, 2020).

#### 4.4.9 Vacinação Contra COVID-19

Em relação ao grupo de vacinação a maior parte dos pesquisados (76,8%) foi vacinado por idade, e a minoria por ser gestante ou puérpera (1,6%) (Figura 12).

**Figura 12** – Grupo de vacinação (em percentual) dos participantes da pesquisa realizada no Bairro Santa Helena, Lages, SC, (n-185).



Fonte: Produção da autora.

Dos participantes, 96,2% afirmaram ter tomado a primeira dose da vacina, enquanto 3,8% declararam que não. Dos que não tomaram a primeira dose, informaram que não o fizeram por questões religiosas e/ou receio de possíveis riscos à saúde.

Neste sentido, autores destacam que as vacinas são estratégias para evitar doenças e mortes, sendo que o Brasil possui uma das maiores coberturas globais de vacina, considerando o sistema de saúde público que está inserido (WHO, 2020). Contudo, há diversos estudos

destacando fatores individuais atrelados a hesitação vacinal contra Covid-19, que envolvem sexo, idade e religião (DUBÉ; MACDONALD, 2020).

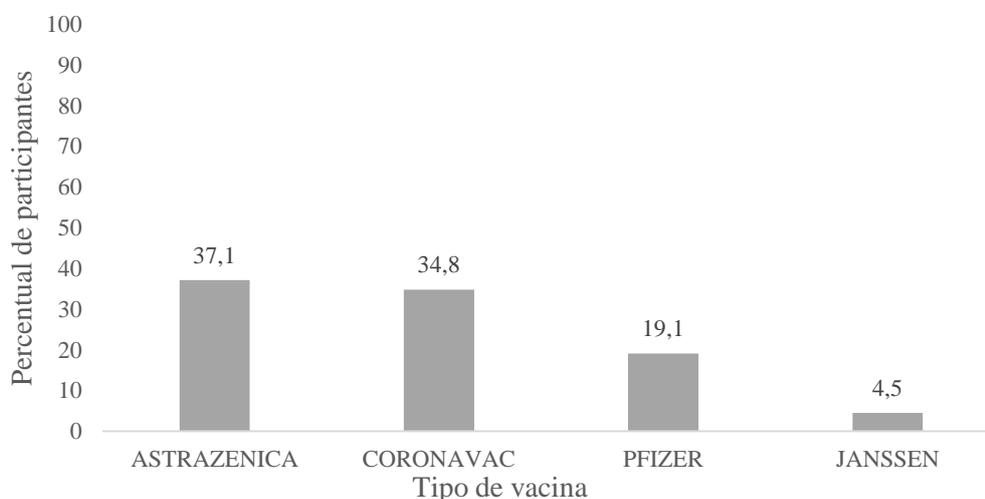
Como o dado exposto pelos pesquisados, a religião foi um dos motivos por não ter aderido a vacina. Em períodos pandêmicos as religiões podem interferir no comportamento e nas decisões de cada indivíduo, tanto de forma positiva quanto negativa. Na perspectiva positiva, podemos considerar que a fé é uma alternativa para esperança. Em termos negativos, a religião por muitas vezes dissemina informações equivocadas, utilizando somente desta fé para tratamentos e curas (FRENCH *et al.*, 2020; BARUA, 2020)

Além disso, a decisão em não tomar a vacina envolve questões culturais e sociais complexas.

A literatura define três categorias para a hesitação vacinal, como a falta de confiança na vacina, citada também pelos pesquisados desta pesquisa, onde neste aspecto é considerado a segurança da criação da vacina pelo próprio sistema de saúde (SATO, 2018; SALALI; UYSAL, 2020). A complacência, onde esta categoria corresponde a percepção da pessoa no que se refere ao baixo risco de desenvolver a doença. E a falta de convivência que está relacionada a disponibilidade e acessibilidade da vacina (SATO, 2018; SALALI, UYSAL, 2020).

Dos que tomaram a primeira dose da vacina, as maiorias (37,1%) declararam ter tomado a vacina AstraZenica e a minoria (9%) a Janssen (Figura 13). Isso pode estar relacionado a disponibilidade desses tipos de vacina.

**Figura 13** – Tipo de vacina recebida como primeira dose pelos participantes da pesquisa (n=178).



Fonte: Produção da autora.

A vacina ChAdOx nCoV-19, ficou conhecida como AstraZeneca em razão dos seus pesquisadores Universidade de Oxford, no Brasil possui parceria com a Fiocruz. É produzida utilizando o modelo de vetor viral. Além disso, as pesquisas desenvolvidas apontam que pessoas vacinadas pela Astrazene ca não foram hospitalizadas em decorrência da Covid-19 (KNOLL *et al.*, 2021).

Já a vacina Coronavac foi desenvolvida na China, funciona com vírus inativado, e por isso, produz menos reações. Pesquisas demonstram eficácia de 51% e 100% contra infecção grave, e nenhuma morte ocorreu no grupo vacinado (OPAS, 2021).

No que tange à vacina Janssen, que é a Ad26.COV2. S, criada pela farmacêutica Johnson & Johnson, utiliza-se da técnica da introdução de um adenovírus recombinante, é importante ressaltar que foi derivada do primeiro isolado clínico da cepa Wuhan, na China. Esta vacina foi a que mais apresentou reações nos seus testes (SADOFF *et al.*, 2021).

A Pfizer foi desenvolvida em parceria com o laboratório Alemão BioNtech, sendo uma nano partícula lipídica formulada, de mRNA modificada com nucleosídeo que codifica a glicoproteína de pico de pré-fusão do SARS-CoV-2, causador da doença COVID (ANVISA, 2021; PADDA, INDERBIR *et al.* 2021).

Essa vacina demonstrou eficácia em todos os grupos. Houve incidências de eventos adversos baixos. É importante ressaltar que foi autorizado desta vacina em crianças e adolescentes (ANVISA, 2021; PADDA, INDERBIR *et al.* 2021).

Observou-se associação estatística significativa entre o tipo de vacina e a idade dos participantes, sendo que a maioria dos indivíduos acima de 60 anos informaram que receberam a vacina Coronavac e os indivíduos na faixa entre 18-40 anos foi o oposto ( $p \leq 0,002$ ).

Essa relação pode estar associada a recomendação da própria vacina, que é indicada para pessoas com mais de 18 anos, sendo que foi uma das pioneiras na vacinação. A vacinação ocorreu seguindo a lógica do público prioritário, sendo assim as pessoas com mais idade foram recebendo a vacina primeiro (ANVISA, 2021).

No que tange a segunda dose da vacina, 89,2% afirmaram ter tomado, já 10,8% destacaram que não, os motivos elencados para não tomar a segunda dose foram: não estar na data para realizar a segunda dose durante o período que foi realizada a pesquisa, esquecimento e medo após a reação da primeira dose.

A segunda dose é de suma importância para o reforço da imunização, visto que, nenhuma vacina garante 100% a imunização (ANVISA, 2021; XIA *et al.*, 2020).

A respeito da primeira dose e a reação da vacina, dos 79 indivíduos que tomaram a vacina, 47,7% afirmaram que tiveram reações, enquanto 54,1% afirmaram que não.

Entre os sintomas de reação, 68,4% declararam ter sentido dores no local da injeção 38,0% apresentaram dores de cabeça 50,6% afirmaram ter sentido dor no corpo, 39,1% apresentaram febre 45,6% sentiram fadiga, 52,9% afirmaram ter sentido mal-estar e 54,4% sentiram calafrios. Observou-se também associação estatística significativa entre o tipo de vacina e sintoma, sendo que a maioria dos que fizeram a primeira dose da vacina informaram que tiveram reação ( $p \leq 0,000$ ) e a maioria dos que fizeram a segunda dose da vacina informaram que não tiveram reação ( $p \leq 0,000$ ). Além disso, a maioria dos que tomaram a Pfizer não sentiram dor no corpo ( $p \leq 0,046$ ).

Os referidos sintomas são considerados comuns de acordo com a bula das vacinas, e qualquer vacina pode apresentar reação, assim como também a vacina contra o Covid-19 (ANVISA, 2021).

Isso ocorre em virtude do sistema imunológico estar instruindo o corpo a reagir para que as células de defesa possam circular na corrente sanguínea a fim de matar o vírus. Dessa forma, a reação leve pode ser considerada uma resposta do sistema imunológico que está respondendo à vacina (WHO, 2021).

Segundo a organização mundial da saúde, os efeitos colaterais comuns e típicos advindos da vacina contra a Covid-19, são dor no local da injeção, febre, fadiga, dor de cabeça, dor muscular e diarreia, tendem a ser de leves a moderados e duram aproximadamente três dias. Contudo, é orientado permanecer por 30 minutos no local de vacinação, por conta de reações imediatas. Algumas vacinas provocaram efeitos graves envolvendo anafilaxia, vale ressaltar que é extremamente raro. Reações graves podem estar atreladas às morbidades de saúde já existentes (WHO, 2021).

As vacinas geram uma resposta inflamatória no corpo ligadas ao sistema imunológico e imunizante, algumas pessoas podem ter mais ou menos reações do que outras, isso vai depender de cada organismo. É importante salientar, que se uma pessoa teve mais reações não significa que ela esteja mais protegida, pois, isso é subjetivo e singular do organismo de cada indivíduo. Sendo assim, a primeira vacina pode apresentar mais reações, pois o corpo ainda não tinha tido a resposta inflamatória do sistema imunológico (ANVISA, 2021; XIA *et al.*, 2020).

#### 4.5 CONCLUSÃO

De modo geral, esta pesquisa aponta que a maioria dos pesquisados tiveram acesso às medidas de proteção decretadas pelos órgãos de saúde. Sendo que, a maioria utilizou os bens e serviços ofertados no bairro, e informou que estes possuíam as medidas necessárias de proteção contra Covid-19.

No que se refere as condições de saneamento básico, foi possível identificar que durante a pandemia moradores que não tiveram acesso a coleta e tratamento de esgoto e água potável. Ainda nesta perspectiva, vale destacar que os moradores observaram o aumento de resíduos de saúde, como máscaras ao redor de sua residência.

Os pesquisados utilizaram máscara durante a pandemia, sendo a de pano a mais utilizada, porém também foi resultado desta pesquisa que o uso da máscara de pano trouxe menos proteção que as máscaras descartáveis e cirúrgicas.

Esta pesquisa também evidencia que houve acesso a vacinação, sendo que a maioria dos vacinados foi por idade e a vacina mais recebida foi a Astrazenica. Ainda neste contexto, no que tange ao teste da Covid-19, a maioria teve acesso apenas quando sintomáticos.

Diante dos resultados, esta pesquisa contribui no campo técnico, científico e social a fim de ampliar a divulgação sobre as medidas de prevenção contra o Covid-19 e qualidade de vida urbana. Uma vez que o recorte amostral desta pesquisa ocorreu com indivíduos que recebiam assistência social pelo CRAS, deste modo, pode ser que em outro contexto haja fragilidade acerca das políticas públicas ofertadas. Assim, recomenda-se novas pesquisas na região abrangendo uma amostra maior e fomentar a participação popular, no âmbito do controle social.

#### 4.6 REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE ÁGUAS – ANA. **Plano Nacional de Saneamento Básico. O que falta para avançar?** 2020. Disponível em: <https://www.ana.gov.br/noticias-antigas/plano-nacional-de-saneamento-ba-sico-o-que-falta.2019-03-15.4665581007>. Acesso em: 23 jun., 2020.

ANDRADE, R. C. A educação brasileira e a pandemia: breve olhar conjuntural. *Le monde diplomatique Brasil. Le Monde Diplomatique Brasil*, São Paulo. Publicação de 21 de maio de 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-educacao-brasileira-e-a-pandemia-breve-olhar-conjuntural/>. Acesso em: jun., 2022.

ANDRADE, R. C. **A educação brasileira e a pandemia: breve olhar conjuntural.** Le monde diplomatique Brasil. Le Monde Diplomatique Brasil, São Paulo. Publicação de 21 de maio de 2020. Disponível em: <https://diplomatique.org.br/a-educacao-brasileira-e-a-pandemia-breve-olhar-conjuntural/>. Acesso em: jun., 2022.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital.** São Paulo: Boitempo, 2020.

AQUINO, E.; SILVEIRA, I. H.; PESCARINI, J.; AQUINO, R.; SOUZA-FILHO, J. A. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, Supl. 1, p. 2423-2446, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Suspensão das máscaras em espaços fechados: medida intempestiva que nega a realidade da pandemia.** 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/suspensao-dasmascaras-em-espacos-fechados-medida-intempestiva-que-nega-a-realidade-da-pandemia/65348/>. Acesso em: mar., 2022.

ÁVILA; M. B. **Vida cotidiana e o uso do tempo pelas mulheres.** 8.º Congresso Luso-Afro-Brasileiro de Ciências Sociais; Coimbra, 16-18 set. 2004. Coimbra: Universidade de Coimbra, 2004.

BARCIELA, G. El Derecho del Trabajo frente a la Emergencia Sanitaria: remuneraciones, suspensiones y despidos. In: **Revista Argentina de Derecho Social**, n. 3, a. 2, Editora Corrientes 7 de julio, abril 2020, p. 27-31.

BARUA, Z; BARUA, S.; AKTAR, S.; KABIR, N.; LI, M. Effects of misinformation on COVID-19 individual responses and recommendations for resilience of disastrous consequences of misinformation. **Prog Disaster Sci.** 2020; 8: 100119. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2020.100119>. Acesso em: jun., 2022.

BECKER, B. **A linguagem do telejornal: um estudo da cobertura dos 500 anos do descobrimento do Brasil.** Rio de Janeiro: E-papers, 2005.

BEZERRA, A. C. V.; *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência Saúde Coletiva**, v 25, suppl. 1, p. 2411-2421, 2020. Disponível em: <http://ref.scielo.org/5z983q>. Acesso em: mar., 2021.

BLOG LAGES HOJE. **Etiqueta: Covid-19.** 2020. Disponível em: <https://lageshoje.com.br/tag/covid-19/>

BONDUKI, N. **Política habitacional e inclusão social no Brasil: revisão histórica e novas perspectivas do governo Lula.** 2015. In I. Dickmann, & I. Dikmann (Orgs.), A questão da habitação popular (p. 141-173). Curitiba, PR: Base Editorial.

BOURDIEU, P. **Escritos de educação.** Rio de Janeiro: Vozes, 2015.

BRASIL. Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico. **ANA contrata estudo para proteção do Aquífero Guarani.** Publicação de 30 de junho de 2011. Disponível em:

[http://www2.ana.gov.br/paginas/imprensa/noticia.aspx?id\\_noticia=9364](http://www2.ana.gov.br/paginas/imprensa/noticia.aspx?id_noticia=9364). Acesso em: jul., 2020.

BRASIL. Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico. **Análise do esgoto em BH indica que população infectada pelo novo coronavírus pode ser até 75 vezes maior do que casos confirmados**. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/ana/pt-br/assuntos/noticias-e-eventos/noticias/analise-do-esgoto-em-bh-indica-que-populacao-infectada-pelo-novo-coronavirus-pode-ser-ate-75-vezes-maior-do-que-casos-confirmados>. Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Bula da vacina Janssen**. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/ptbr/assuntos/medicamentos/bulas-e-rotulos/bulas-uso-emergencial/vacinas/vacina-covid19-janssen.pdf>. Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Bula para profissionais de saúde**. Disponível em: [https://www.pfizer.com.br/sites/default/files/inlinefiles/Comirnaty\\_Profissional\\_de\\_Saude\\_21.pdf](https://www.pfizer.com.br/sites/default/files/inlinefiles/Comirnaty_Profissional_de_Saude_21.pdf). Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Bula vacina covid-19 (recombinante), profissional da saúde, versão 009**. 2021. Disponível em: [https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeproduto=vacina%20covid19%20\(recombinante\)](https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeproduto=vacina%20covid19%20(recombinante)). Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Instituto Butantan. **Bula da Vacina**. Disponível em: [https://vacinacovid.butantan.gov.br/assets/arquivos/Bulas\\_Anvisa/20210806profissional.pdf](https://vacinacovid.butantan.gov.br/assets/arquivos/Bulas_Anvisa/20210806profissional.pdf). Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde – DATASUS. **Informações de saúde**. Brasil - 2018. Consulta realizada em 15 de junho de 2022. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>. Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Manual de saneamento**. 3. ed. rev. Brasília-DF: Fundação Nacional de Saúde, 2004.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. Observatório Covid-19. **Boletim Socioepidemiológico da Covid-19 nas Favelas**: análise da frequência, incidência, mortalidade e letalidade por Covid-19 em favelas cariocas, n. 1., mar.-jun. 2020a. Portal Fiocruz, Rio de Janeiro.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública COE-COVID-19. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo coronavírus COVID-19**. Brasília: Ministério da Saúde. 2021a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS**. 2021. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics>. Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 510 de 7 de abril de 2016**. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto n.º 5.839, de 11 de julho de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública. Doença pelo coronavírus 2019: ampliação da vigilância, medidas não farmacológicas e descentralização do diagnóstico laboratorial. **Boletim Epidemiológico 5**. Disponível em: [http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020\\_03\\_13\\_Boletim-Epidemiologico-05.pdf](http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf). Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Base de Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – Séries Históricas. Brasília-DF**. 2018. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/>. Acesso em: mar., 2021.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Lei Federal n.º 12.305, de 20 de dezembro de 2010**. Política Nacional de Resíduos Sólidos. Brasília-DF, 2010.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília-DF, 1988.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n.º 10.344, de 11 de maio de 2020**. Altera o Decreto n.º 10.282, de 20 de março de 2020, que regulamenta a Lei n.º 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para definir os serviços públicos e as atividades essenciais. Brasília-DF, 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 1993.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília-DF, 1996.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 9.433, de 08 de janeiro de 1997**. Brasília-DF, 1997.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Direito à Moradia Adequada**. Brasília-DF. 2013.

BRASIL. Secretaria de Estado do Meio Ambiente e Recursos Naturais – SEMA. **Orientações sobre a gestão das máscaras no contexto do COVID-19**. Recuperado em 26 de junho de 2020. Disponível em: <http://www2.mma.gov.br/port/conama/legiabre.cfm?codlegi=46>>. Acesso em: jun., 2022.

BRASIL. **Tribunal de Contas da União – TCU. 2021.** Disponível em: <https://portal.tcu.gov.br/inicio/>. Acesso em: jun., 2022.

BYAMBASUREN, O.; CARDONA, M.; BELL, K.; CLARK, J., MCLAWS; M. L.; GLASZIOU, P. Estimating the extent of true asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: systematic review and meta- analysis (preprint). *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*. **MedRxiv**, 2020. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.10.20097543v1>. Acesso em: jun., 2022.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 32, n. 2, p. 232, 2014. Disponível em: [https://adm.online.unip.br/img\\_ead\\_dp/35429.PDF](https://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35429.PDF). Acesso em: mar., 2021.

CASTRO, B.; CHAGURI, M. **Um tempo só para si: gênero, pandemia e uma política científica feminista.** Publicação de 22 de maio de 2022. Disponível em: <http://dados.iesp.uerj.br/pandemia-cientifica-feminista/>. Acesso em: jun., 2022.

CEPAL. **COVID-19 Observatory in Latin America and the Caribbean.** 2020. Disponível em: <https://www.cepal.org/pt-br/taxonomy/term/8342>. Acesso em: jun., 2022.

CEREZINI, M. Segurança hídrica em tempos de pandemia de Covid-19. **Revista Mineira de Recursos Hídricos**, v. 1, n. 2, 2021.

CEVIK, M.; *et al.* **American Society of Hematology 2021 guidelines on the use of anticoagulation for thromboprophylaxis in patients with COVID-19.** 2020.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DE TRABALHADORES EM ESTABELECIMENTO DE ENSINO – CONTEE. **Todo apoio aos/às professores/às da CNEC e aos sindicatos que lutam por seus direitos!** Brasília. Publicação de 23 de junho de 2022. Disponível em: <https://contee.org.br/todo-apoio-aos-as-professores-as-da-cnec-e-aos-sindicatos-que-lutam-por-seus-direitos/>. Acesso: jun., 2020.

CUNHA, E. O.; DAZZANI, M. V. M. Da repulsão da escola à diferença: historicizando raízes, perspectivando saída. In: M. V. M. Dazzani & V. L. T. de Souza (Orgs.), **Psicologia Escolar Crítica: Teoria e Prática nos contextos educacionais.** (p. 57-73). Campinas: Alínea, 2016.

DAVIES, A. The Pandemic Could Be an Opportunity to Remake Cities: Cities from Bogota to Oakland are closing streets to make room for pedestrians and bikers. Urbanists think we'd be healthier if such changes were permanent. **Wired.** Publicação de 13 de abril de 2020. Disponível em: <https://www.wired.com/story/pandemic-opportunity-remake-cities/>. Acesso em: jun., 2022.

DE SOUZA, F. R.; MOTA-SANTOS, D.; SOARES, D. S. Physical activity decreases the prevalence of COVID-19-associated hospitalization: Brazil EXTRA study. **medRxiv**, [s. l.], n. preprint reports, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2020.10.14.20212704>. Acesso em: jun., 2022.

DIAS, S. M.; ABUSSAFY, R.; GONÇALVES, J.; MARTINS, J. P. Impactos da pandemia de Covid-19 sobre reciclagem inclusiva no Brasil. **Wiego**, 2020. 35 p. Disponível em: <https://www.wiego.org/publications/impactos-dapandemia-de-covid-19-sobre-reciclagem-inclusiva-no-brasil>. Acesso em: jul., 2022.

DOLCE, J. **Desigualdade social é fator de risco para mortes de crianças e adolescentes por covid-19 no país**. Publicação de 09 de junho de 2020. São Paulo.

DOLOT, A. Wplyw pandemii Covid-19 na prace zdalna - perspektywpracownika. **e-mentor**, v. 1, v. 83, p. 35-43., 2020.

DUBÉ, E; MACDONALD, N.E. How can a global pandemic affect vaccine hesitancy? **Expert Ver Vaccines**, v. 19, n. 10, p. 899-902, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/14760584.2020.1825944>. Acesso em: jun., 2022.

DUNLOP, C.; HOWE, A.; LI, D.; ALLEN, L. N. **The coronavirus outbreak**: the central role of primary care in emergency preparedness and response. **BJGP Open** 2020.

ENGSTROM, E.; GIOVANELLA, L.; MELO, E.; MENDES, A.; GRABOIS, V.; MENDONÇA, M. H. M. **Recomendações para a organização da atenção primária à saúde no SUS no enfrentamento da COVID-19**. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/recomendacoes-para-organizacao-da-aps-no-sus-no-enfrentamento-da-covid-19>. Acesso em: jun., 2022.

FIOCRUZ. **SUAS, Saúde Mental e Atenção Psicossocial na COVID-19**. Brasília: Fiocruz, 2020.

FLAUSINO, N. H.; NOCE, F.; MELLO, M. T.; FERREIRA, R. M.; PENNA, E. P.; COSTA, V. T. Estilo de Vida de Adolescente de uma Escola Pública e de uma Particular. **Rev. Min. Educ. Fís.** Viçosa, ed. especial, n. 1, p. 491-500, 2012.

FOGAÇA, A.; SALM, C. Educação, trabalho e mercado de trabalho no brasil. **Cienc. Cult.**, v. 58, n. 4, 2006. Disponível em:

FORACCHI, M. A. **O estudante e a transformação da sociedade brasileira**. São Paulo: Nacional, 1965.

FRENCH, J.; DESHPANDE, S.; EVANS, W.; OBRAGON, R. Key guidelines in developing a pre-emptive COVID-19 vaccination uptake promotion strategy. **Int J Environ Res Public Health**, v. 17, n. 16, p. 5893, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph17165893>. Acesso em: jun., 2022.

GABSTER, B. P.; DAALEN, K.; DHATT, R.; BARRY, M. Challenges for the female academic during the COVID-19 pandemic. **Lancet**, v. 395, n. 10242, p. 1968-70, 2020.

GALVÃO, R. R. O.; JESUS, P.M.; RAMOS, S. L. **As tecnologias digitais de informação e comunicação na educação**: desafios, riscos e oportunidades. In: III SENEPT – Seminário Nacional de Educação Profissional e Tecnológica. Belo Horizonte-MG. ANAIS III SENEPT 2012.

GARCÍA-AVILES, J. A. **Reinventing Television News: Innovative Formats in a Social Media Environment**. 2020. Disponível em:

[https://www.researchgate.net/publication/338379504\\_Reinventing\\_Television\\_News\\_Innovative\\_Formats\\_in\\_a\\_Social\\_Media\\_Environment](https://www.researchgate.net/publication/338379504_Reinventing_Television_News_Innovative_Formats_in_a_Social_Media_Environment). Acesso em: mai., 2022.

GERMINE; A. L.; PERES, R. G. Transferência de renda condicionada e o trabalho do cuidado: Uma análise do Programa Bolsa Família em 2019: An analysis of Bolsa Familia Program in 2019. **Revista Brasileira De Estudos De População**, v. 38, p. 1–21, 2021.

<https://doi.org/10.20947/S0102-3098a0176>

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 03, p. 01-07, 2020.

Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 mai., 2021.

GÓES, G.; MARTINS, F.; SENA, J.A. Nota técnica: **Teletrabalho na pandemia: efetivo versus potencial**. Carta de Conjuntura IPEA. 2022. Disponível em:

[https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/200707\\_nt\\_48\\_teletrabalho.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/conjuntura/200707_nt_48_teletrabalho.pdf). Acesso em: jun., 2022.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAUJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565 574, 2007.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Decreto n.º 509, de 17 de março de 2020**: Dá continuidade à adoção progressiva de medidas e combate ao contágio pelo coronavírus (COVID-19) nos órgãos e nas entidades da Administração Pública Estadual Direta e Indireta e estabelece outras providências. Florianópolis: Diário Oficial do Estado de Santa Catarina, de 17 de março de 2020.

GUIMARÃES, R. B.; CATÃO, R. C.; MARTINUCI, O. S.; *et al.* O raciocínio geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.008>.

HASELL, J. **Testing data provides us with two indicators of the quality of data on COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://ourworldindata.org/what-can-data-on-testing-tell-us-35-about-the-pandemic>. Acesso em: mai., 2022.

HEINEN, V. L. O mercado de trabalho catarinense diante da crise da Covid-19. **Revista Necat**, n. 17, 2020.

[http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0009-67252006000400021](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0009-67252006000400021). Acesso em: 04 mai., 2022.

HU, B.; *et al.* Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. **Nature Reviews Microbiology**, 2021.

IBOLD, S.; MEDIMOREC, N.; WAGNER, A. **O surto de COVID-19 e suas implicações para o transporte público sustentável**: algumas considerações. TUMI, Bonn e Eschborn, Alemanha. Publicação de 31 de março de 2020.

IBRAHIM, F. Z. **Curso de Direito Previdenciário**. Rio de Janeiro: Editora Impetus, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Aglomerados subnormais 2019**: classificação preliminar e informações de saúde para o enfrentamento à Covid-19. Nota Técnica 01/2020, de 19 de maio de 2020. Rio de Janeiro: IBGE, 2020b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Aglomerados Subnormais**: o que é? Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios**: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd\\_2010\\_caracteristicas\\_populacao\\_domicilios.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/93/cd_2010_caracteristicas_populacao_domicilios.pdf). Acesso em: abr., 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Desemprego sobe para 12% e atinge 12,9 milhões de pessoas no 1º trimestre**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27535-desemprego-sobe-para-12-2-e-atinge-12-9-milhoes-de-pessoas-no-1-trimestre>. Acesso em: jun., 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saneamento Básico 2017**: abastecimento de água e esgotamento sanitário. Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: PNAD COVID-19**: maio/2020: Resultado mensal. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101727.pdf>. Acesso em: jun., 2022.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília. 2010.

JMP. **Progresos en materia de agua potable y saneamiento**: informe de actualización 2014. Ginebra: OMS/UNICEF, 2014.

KAMPF, G.; TODT, D., PFAENDER, S.; STEINMANN, E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **Journal of Hospital Infection**, v. 104, n. 3, p. 246-251, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.01.022>. Acesso em: jun., 2022.

KANTAR IBOPE MEDIA. **Brasil é o segundo país mais preocupado com a pandemia de Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.kantaribopemedia.com/brasil-e-osegundo-pais-mais-preocupado-com-a-pandemia-de-covid-19/>. Acesso em: jun., 2022.

- KNOLL, M. D.; WONODI, C. **Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy**. Elsevier. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32623-4/fulltext#figures](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32623-4/fulltext#figures). Acesso em: jun., 2022.
- LEIVA, G. C.; *et al.* Estrutura urbana e mobilidade populacional. **R. bras. Est. Pop.** v. 37, 1-22, e0118, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rbepop/v37/0102-3098-rbepop-37-e0118.pdf>. Acesso em: mar., 2022.
- LIMA, G. C. L. S.; SCHECHTMAN, R.; BRIZON, L.C.; FIGUEIREDO, Z. M. **Transporte público e COVID-19**. O que pode ser feito? Centro de Estudos em Regulação e Infraestrutura da Fundação Getúlio Vargas (FGV CERI). Publicação de abril de 2020. Rio de Janeiro. Disponível em: [https://ceri.fgv.br/sites/default/files/publicacoes/2020-05/covid\\_e\\_mobilidade\\_urbana\\_0.pdf](https://ceri.fgv.br/sites/default/files/publicacoes/2020-05/covid_e_mobilidade_urbana_0.pdf). Acesso em: mar., 2022.
- MA, Q. X.; SHAN, H.; ZHANG, H. L.; LI, G. M.; YANG, R. M.; CHEN, J. M. Potential utilities of mask-wearing and instant hand hygiene for fighting SARS-CoV-2. **J Med Virol**. [Preprint]. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/jmv.25805>. Acesso em: jun., 2022.
- MAENO, M. Doenças ocupacionais relacionadas à pandemia de COVID-19: fatores de risco e prevenção. **Rev TRT02**, v. 25, p. 108-121, 2021. Disponível em: [https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/185786/2021\\_maeno\\_maria\\_doencas\\_ocupacionais.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://juslaboris.tst.jus.br/bitstream/handle/20.500.12178/185786/2021_maeno_maria_doencas_ocupacionais.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Acesso em: ago., 2021.
- MAHAFFEY, B. L. COVID-19 Guidelines for Sports and Physical Activity. **Mo Med**. v. 117, n. 3, p. 205-206, 2020.
- MALLOY-DINIZ, L.; COSTA, D.; LOUREIRO, F.; MOREIRA, L.; SILVEIRA, B.; SADI, H.; SOUZA, T.; SOARES, A.; NICOLATO, R.; PAULA, J. J.; MIRANDA, D.; PINHEIRO, M.; CRUZ, R.; SILVA, A. **Saúde mental na pandemia de COVID-19**: considerações práticas multidisciplinares sobre cognição, emoção e comportamento. *Debates em psiquiatria*. 2020, p. 2-24.
- MARTINELLI, M. L. **Identidade e Alienação**. São Paulo, 2011.
- MAZZOLLI, M.; EHRHARDT-BROCARDI, N. C. M. Ocupação irregular em áreas de recarga do Aquífero Guarani e vegetação ripária em Lages-SC. **Geosul**. v. 28, n. 55, p. 164-180, 2013.
- MINAYO, M. C. D. S.; HARTZ, Z. M. D. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 07-18, 2000.
- NADANOVSKY, P. **A utilidade do teste para detecção de anticorpos do SARS-CoV-2**. Notícias UERJ 2020. Disponível em: <https://www.ims.uerj.br/2020/04/27/a-utilidade-do-teste-para-deteccao-de-anticorpos-do-sars-cov-2/> » <https://www.ims.uerj.br/2020/04/27/a-utilidade-do-teste-para-deteccao-de-anticorpos-do-sars-cov-2/>. Acesso em: mai., 2022.
- NAHAS, M. I. P.; *et al.* Metodologia de construção do índice de qualidade de vida urbana dos municípios brasileiros (IQVU-BR). **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. 2006. Disponível em:

<http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1525>. Acesso em: mar., 2021.

NAKAMURA-PEREIRA, M.; AMORIM, M. M.; PACAGNELLA, R. C.; TAKEMOTO, M. L.; PENSO, F. C.; REZENDE-FILHO, J.; *et al.* COVID-19 e morte materna no Brasil: uma tragédia invisível. **Femina**, v. 48, n. 8, p. 496-8, 2020.

NEUPANE, B. B.; MAINALI, S.; SHARMA, A.; GIRI, B. **Optical microscopic study of surface morphology and filtering efficiency of face masks**. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.7717/peerj.7142>. Acesso em: jun., 2022.

NGHIEM, L. D.; MORGAN, B.; DONNER, E.; SHORT, M. D. The COVID-19 pandemic: considerations for the waste and wastewater services sector. **Case Studies in Chemical and Environmental Engineering**, v. 1, 100006, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.csee.2020.100006>. Acesso em: jun., 2022.

NOGUEIRA, C. *et al.* **Precauções e recomendações para a prática de exercício físico em face do COVID-19**: uma revisão integrativa. SciELO Preprint, mai. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/504/version/514>. Acesso em: 03 nov. 2021.

NTU. O vírus que atropelou o ônibus. Brasília-DF: **Revista NTUrbano**, ed.44, p.13-18, 2020.

OLIVEIRA FILHO, A. Institucionalização e desafios da Política Nacional de Saneamento: um balanço prévio. **Saneamento e Municípios**. Brasília. 2006.

OLIVEIRA, A. C. R. Agentes e efeitos da especulação imobiliária em Ponta Grossa-PR. Curitiba-PR: **RAÍÇA/UFPR**, n. 28, p. 106-133, 2013.

OLIVEIRA, R. G. Práticas de saúde em contextos de vulnerabilização e negligência de doenças, sujeitos e territórios: potencialidades e contradições na atenção à saúde de pessoas em situação de rua. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 37-50, 2018.

ONDER, G.; REZZA, G.; BRUSAFERRO, S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. **JAMA**, Chicago, v. 323, n. 18, p. 1775-1776, 2020.

ONOFRE, R. **Sem insumos, laboratórios privados limitam exames para detectar coronavírus**. Folha de São Paulo 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/sem-insumos-45laboratorios-privados-limitam-exames-para-detectar-coronavirus.shtml> 46. Acesso em: mai., 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA – UNESCO. **A UNESCO reúne organizações internacionais, sociedade civil e parceiros do setor privado em uma ampla coalizão para garantir a #AprendizagemNuncaPara**. Publicação de 26 de março de 2020. Disponível em: <https://pt.unesco.org/news/unesco-reune-organizacoes-internacionais-sociedadecivil-e-parceiros-do-setor-privado-em-uma>. Acesso em: mai., 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E CULTURA – UNESCO. **Relatório Mundial das Nações Unidas sobre Desenvolvimento dos Recursos Hídricos 2016**: Água e Emprego Fatos e Números. Perugia, Itália: Unesco, 2016. 12 p.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO – OIT. Disponível em: <https://www.ilo.org/brasil/lang--es/index.htm>. Acesso em: jun., 2022.

OROZIMBO; E. M. B.; AFONSO, M. L. M. Sentidos de família e o desafio para a intersectorialidade na proteção social. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 137, p. 95-112, jan./abr. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ssoc/a/QGNnfsGCP5cJq8cqtq4mXTQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 23 de abr., 2022.

PADDA, I. S. Vacina Parmar M. COVID (SARS-COV-2). Atualizado em 15 de junho de 2021. In: StatPearls. Treasure Island (FL): **StatPearls Publishing**; 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567793/>. Acesso em: jun., 2022.

PEREIRA, R. C.; RECKZIEGEL, J. C. L.; AGOSTINETTO, L. Ambiente, cuidados e descuidados: desenvolvendo ações de educação relacionadas à saúde do homem. **Ries**, v. 8, n. 1, p. 136-150, jun., 2019.

PIRES, R. R. C. **Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19**: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2020. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>. Acesso em: mai., 2020.

PITANGA, F. J. G.; BECK, C. C.; PITANGA, C. P. S. Atividade Física e Redução do Comportamento Sedentário durante a Pandemia do Coronavírus. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0066-782X2020005007201&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2020005007201&lng=en&nrm=iso). Acesso em: mar., 2021.

PRADO, T.; FUMIAN, T. M.; MANNARINO, C. F.; RESENDE, P. C.; MOTTA, F. C.; EPPINGHAUSE, A. L. F.; DO VALE, V. H. C.; BRAZ, R. M. S.; ANDRADE, J. S. R. de; MARANHÃO, A. G.; MIAGOSTOVICH, M. P. **Wastewater-based epidemiology as a useful tool to track SARS-CoV-2 and support public health policies at municipal level in Brazil**, v. 191, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0043135421000087>. Acesso em: jun., de 2022.

PRESSE, F. **Unesco**: metade dos estudantes do mundo sem aulas por conta da Covid-19. Publicação de 18 de março de 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2020/03/18/unesco-metadedos-estudantes-do-mundo-sem-aulas-por-conta-da-covid-19.ghtml>. Acesso em: jun., 2022.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO – PNUD. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2019**: além do rendimento, além das médias, além do presente - desigualdades no desenvolvimento humano no século XXI Nova York: PNUD, 2019.

PUGLIESI, E.; SANTIAGO, C. D.; LEITE, W. C. A. **Gestão de resíduos sólidos e a pandemia Covid-19: (des)preparo para enfrentamento da crise.** In: VALENCIO, N.; OLIVEIRA, C.M. (org.). COVID-19: crises entremeadas no contexto de pandemia (antecedentes, cenários e recomendações). São Carlos: UFSCar/CPOI, 2020. p. 135-150.

REDE DE PESQUISA SOLIDÁRIA. Covid-19: políticas públicas e as respostas da sociedade. **Boletim Políticas Públicas & Sociedade**, São Paulo, n. 14, 2020.

RIBEIRO, A.; CÔRREA, F. **Ciclovias temporárias são resposta sustentável de cidades do Brasil e da América Latina à Covid-19.** Wri Brasil. Publicação de 22 de julho de 2020. Disponível em: <https://wribrasil.org.br/pt/blog/2020/07/covid19-faz-cidades-do-brasil-e-da-america-latina-investirem-em-ciclovias-temporarias>. Acesso em: jun., 2022.

SADOFF, J.; LE GARS, M.; SHUKAREV, G. Interim results of a phase 1–2a trial of Ad26.COV2. S Covid-19 vaccine. **N Engl J Med.**, v. 384, n. 19, p. p. 1824–1835, 2021.

SAIANI, C. C. S.; TONETO JÚNIOR, R. **Evolução do Acesso a Serviços de Saneamento Básico no Brasil (1970 a 2004).** Campinas – SP. 2007.

SALALI, G. D.; UYSAL, M. S. COVID-19 vaccine hesitancy is associated with beliefs on the origin of the novel coronavirus in the UK and Turkey. **Psychol Med.** 2020 Oct 19:1-3. Disponível em: <https://doi.org/10.1017/S0033291720004067>. Acesso em: jun., 2022.

SALVO, N.; RUIZ, A. El Impacto del Coronavirus em las Relaciones Laborales, In: **Revista Argentina de Derecho Social**, n. 3, ano 2, Editora Corrientes 7 de julio, abril 2020, p. 18-26.

SANTA CATARINA. **Boletim epidemiológico – 04 de julho de 2022.** Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/boletim-epidemiologico-04-07-2022.pdf>. Acesso em: jul., 2022.

SANTOS, G. R. **Estado e Saneamento: Sugestões de Apoio à População Carente durante e após a Pandemia da Covid-19.** Nota Técnica 18. Brasília-DF: Ipea, 2020.

SATO, A. P. S. Qual a importância da hesitação vacinal na queda das coberturas vacinais no Brasil? **Rev Saude Publica.** 2018; p. 52:96. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052001199>. Acesso em: jun., 2022.

SILVA, M.; *et al.* **Saúde mental e a crise econômica.** In: SANTANA, P. (Coord.). Território e Saúde Mental em Tempos de Crise. Coimbra: Pombalina, Imprensa da Universidade de Coimbra, 2015, p. 61-7.

SOLON JÚNIOR, L. J. F.; FORTES, L. S.; BARBOSA, B. T. Home-based exercise during confinement in COVID-19 pandemic and mental health in adults: a cross-sectional comparative study. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 25, e0120, 2020.

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

SOUZA, P. H. G. F. A pandemia de Covid-19 e a desigualdade racial de renda. **Boletim de Análise Político-Institucional**, v. 26, p. 37-44, mar. 2021. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10519>. Acesso em: jun., 2022.

SZLUZ, B. Telepraca - nowoczesna, elastyczna forma zatrudnienia i organizacji pracy - szansa czy zagrozenie? **Modern Management Review**, v. 20, n. 4, p. 253-66, 2013.

TONELLA, C. Políticas Urbanas no Brasil: marcos legais, sujeitos e instituições. **Revista Sociedade e Estado**, v. 28, n. 1, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/se/a/bJXnyw9HfzBzJb3nR6gx8CJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: mai., 2022.

TRATA BRASIL. Saneamento é saúde. Água. 2021. Disponível em: <https://tratabrasil.org.br/principais-estatisticas/agua/>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPEL. **Resultado da 2ª etapa da Pesquisa sobre Covid-19**. Pelotas, 2020. Disponível em: <http://ccs2.ufpel.edu.br/wp/2020/04/29/resultado-da-2a-etapa-da-pesquisa-sobre-covid-19/>. Acesso em: jun., 2022.

VAN BAVEL, J. J.; BAICKER, K.; BOGGIO, P. S.; CAPRARO, V.; *et al.* Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, v. 4, p. 460–471, 2020.

VARJABEDIAN, R.; MECCHI, A. As APPS de topo de morro e a lei 12.651/12. **Anais do 14º Congresso Brasileiro de Geologia de Engenharia e Ambiental**. Anais... Rio de Janeiro: 2013.

VIEIRA, P. R.; GARCIA, L. P.; MACIEL, E. L. N. Isolamento social e o aumento da violência doméstica: o que isso nos revela? **Revista Brasileira de Epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 23, 2020.

VILLAR, P. C. **Aquíferos Transfronteiriços: Governança das Águas e o Aquífero Guarani**. Curitiba-PR: Juruá, 2015.

WORLD BANK – WB. **GINI index (World Bank estimate)**. Brazil 2020. Disponível em: <https://data.worldbank.org/indicator/SI.POV.GINI>. Acesso em: mai., 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Progress on Drinking Water, Sanitation and Hygiene: 2017 Update and SDG Baselines**. Geneva: World Health Organization, 2017. 114 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Ten threats to global health in 2019**. Geneva: WHO; 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/spotlight/tenthreats-to-global-health-in-2019>. Acesso em: jun., 2022.

WRI BRASIL. **Mobilidade urbana em tempos de coronavírus: o impacto no transporte coletivo**. WRI. São Paulo – SP. Publicação de 2 de abril de 2020.

XIA, J.; TONG, J.; LIU, M.; SHEN, Y.; GUO, D. Evaluation of coronavirus in tears and conjunctival secretions of patients with SARS-CoV-2 infection. **J Med Virol**. 2020. 10.1002/jmv.25725.

XIA, S.; DUAN, K.; ZHANG, Y.; ZHAO, D; ZHANG, H.; XIE Z. Effect of an Inactivated Vaccine Against SARS-CoV-2 on Safety and Immunogenicity Outcomes: Interim Analysis of 2 Randomized Clinical Trials. **JAMA**, v. 324, n. 10, p. 951-60, 2020.

XIMENES, S.; FERNANDO, C. **Coronavírus e a “volta às aulas”**. Publicação de 31 de março de 2020. Disponível em: <https://diplomatie.org.br/coronavirus-e-a-volta-as-aulas/>. Acesso em: jun., 2022.

XU, Y. H.; DONG, J. H.; AN, W. M. Clinical and computed tomographic imaging features of novel coronavirus pneumonia caused by SARS-CoV-2. **Journal of Infection**. 2020 February; 80, p. 394–400. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.02.01>. Acesso em: jun., 2022.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dessa forma, foi possível caracterizar o perfil sócio demográfico dos pesquisados, e identificado que a maior parte dos entrevistados foram mulheres. Sendo que a maioria possui baixa escolaridade. Bem como, a maior parte dos entrevistados possui casa própria, sendo que há uma correlação com a renda, pois, os que recebem menos que uns salários mínimos residem em casa cedida.

Ainda neste contexto, há uma correlação positiva entre o número de pessoas que residem no mesmo espaço e o aumento do tamanho da residência. Contudo, observa-se que não é o mesmo cenário da realidade brasileira.

No que tange a identificação do acesso ao saneamento básico e as condições de higiene como forma de combate a Covid-19 pelos moradores do bairro, foi avaliado que a maior parte das pessoas possui acesso. Mas, é outro ponto que cabe a reflexão e a necessidade de ampliar os estudos e as pesquisas, pois, no decorrer da aplicação da pesquisa, foi observado que as mesmas pessoas que descreviam possuir acesso ao sistema de esgoto sanitário, algumas não possuíam, era visível o esgoto a céu aberto.

A maior parte não foi infectado pela Covid-19, mas vale ressaltar que houve uma testagem seletiva, na época da pesquisa. E algumas pessoas pesquisadas não tiveram acesso ao teste, mas tiveram sintomas similares ao Covid-19.

A maior fonte de informação acerca da divulgação do Covid-19, foi através da televisão. Isso se deve a fatores culturais e históricos, como também a relação da idade dos pesquisados, sendo que é um público que não faz uso tão frequente das tecnologias contemporâneas.

A maior parte dos entrevistados utilizou a Unidade Básica de saúde, considerando um acesso fácil e caracterizando como bom atendimento. Como também, a Unidade Básica de saúde apresentou as medidas necessárias para proteção conforme as preconizações os órgãos de saúde.

Houve o aumento de resíduos durante a pandemia, favorecido pelo descarte inadequado das máscaras, o que coloca em risco o aquífero guarani.

A maior parte dos entrevistados foram vacinados, no entanto, a religião foi uma justificativa para quem não realizou a vacina. Ou seja, ainda há questões que precisam ser superadas para que haja de fato um enfrentamento de um contexto pandêmico e de crises sanitárias.

O desconhecimento da população, e a falta de responsabilidade do poder público, também interferem diretamente na qualidade de vida urbana. Por isso, a necessidade de fomentar e ampliar pesquisas neste aspecto e principalmente incentivar o processo de participação popular, pois, é nele que a população vai ter o direito de decidir de forma democrática e coletiva, e que muitas questões sanitárias vão superar o olhar atrelado somente a doença, e de forma interdisciplinar conseguir estratégias através do conceito ampliado de saúde, que é o olhar biopsicossocial.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. **Suspensão das máscaras em espaços fechados:** medida intempestiva que nega a realidade da pandemia. 2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/noticias/posicionamentos-oficiais-abrasco/suspensao-dasmascaras-em-espacos-fechados-medida-intempestiva-que-nega-a-realidade-da-pandemia/65348/>. Acesso em: 11 mar., 2022.

ADMINISTRAÇÃO DE COMIDAS E REMÉDIOS. Food And Drug Administration – FDA. **Coronavirus (COVID-19) Update:** FDA Takes Action to Help Facilitate Timely Development of Safe, Effective COVID-19 Vaccines. 2020. Disponível em: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-takes-action-help-facilitate-timely-development-safe-effective-covid>. Acesso em: 1 mai., 2020.

ADRIANO, J. R.; *et al.* A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 53-62, 2000.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Anuência de Pesquisas Clínicas com vacinas para a COVID-19.** 2020 a. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/08/brasil-possui-quatroestudos-clinicos-de-vacinas-contra-o-coronavirus> A. Acesso em: jan., 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Produtos para diagnóstico *in vitro* de COVID-19 regularizados.** Disponível em: [http://portal.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13/-/asset\\_publisher/WvKKx2fhdm2/content/prioridade-de-analise-em-situacoes-de-aumento-da-seguranca-de-uso-dos-produt-1/33912?redirect=/produtos-para-a-saude&inheritRedirect=true](http://portal.anvisa.gov.br/informacoes-tecnicas13/-/asset_publisher/WvKKx2fhdm2/content/prioridade-de-analise-em-situacoes-de-aumento-da-seguranca-de-uso-dos-produt-1/33912?redirect=/produtos-para-a-saude&inheritRedirect=true).B. Acesso em: 17 ago., 2020b.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Nota Técnica Nº 04/2020 GVIMS / GGTES/ANVISA.** Orientações para Serviços de Saúde: Medidas de Prevenção e Controle que Devem Ser Adotadas Durante a Assistência aos Casos Suspeitos ou Confirmados de Infecção pelo novo coronavírus (2019- nCoV). p. 01-92, 2020c.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Orientações Gerais:** Máscaras faciais de uso não profissional. 2020d. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7> C. Acesso em: 23 abr., 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011.** Brasília-DF, n. 204, p. 55. Seção 1, parte 1. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html). Acesso em: mar., 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA. **Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 356.** 2020e. Disponível em:

<https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-356-de-23-de-marco-de-2020-249317437>. Acesso em: 24 mar., 2021.

ALBUQUERQUE F, J.; *et al.* Diretrizes para o desenvolvimento e proteção ambiental da área de afloramento do Sistema Aquífero Guarani no estado de São Paulo, Brasil. **Boletín Geológico y Minero**. v. 123, n. 3, p. 353-366, 2012.

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**. v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, 2020. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020006702423&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 6 mai., 2021.

ARÁN, M.; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Revista de Saúde Pública**. v. 47, n. 5, p. 849-857, 2007. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006005000038&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102006005000038&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: mar., 2021.

ARANTES, O.; VAINER, C; MARICATO, E. (Org.) **A cidade do pensamento único: desmanchando consensos**. Petrópolis-RJ: Vozes, 2000.

ASENSI, F. D. **Indo Além da Judicialização: o Ministério Público e a Saúde no Brasil**. Escola de Direito do Rio de Janeiro da Fundação Getúlio Vargas. Centro de Justiça e Sociedade. Rio de Janeiro-RJ: FGV, 2010.

ASENSI, F. D.; PINHEIRO, R. (Orgs.). **Direito Sanitário**. Rio de Janeiro-RJ: Campus Jurídico, 2012.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA – ABRASCO. Rede De Pesquisa em APS. **Desafios da APS no SUS no enfrentamento da Covid-19**. Relatório do Seminário Virtual da Rede APS. 2020. Disponível em: [https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-\\_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf](https://redeaps.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Relatorio-Rede-APS-_Semina%CC%81rio-APS-no-SUS-e-Covid-16-Abril-2020-final.pdf). Acesso em: 12 mai., 2020.

BEVILACQUA, P. D. **Mulheres, violência e pandemia de novo coronavírus**. Agência Fiocruz de Notícias. 2020. Disponível em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/artigo-mulheres-violencia-e-pandemia-de-coronavirus/>. Acesso em: 16 out., 2020.

BEZERRA, A. C. V.; *et al.* Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência Saúde Coletiva**. v 25, suppl. 1, p. 2411-2421, 2020. Disponível em: <http://ref.scielo.org/5z983q>. Acesso em: mar., 2021.

BÓGUS, L. M. **Urbanização e metropolização: o caso de São Paulo**. São Paulo, Cortez, 1992.

BONDUKI, N. J.; ROLNIK, R. **Periferias: a ocupação do espaço e reprodução da força de trabalho**. Cadernos de Estudos e Pesquisa 2. São Paulo-SP: PRODEUR/USP, 1979.

BONDUKI, N. G. **Política habitacional e inclusão social no Brasil: revisão histórica e novas perspectivas no Governo Lula. A questão da habitação popular.** Tradução. Curitiba: Base Editorial, 2015.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília-DF, 1988.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS).** Brasília, secretaria Nacional de Assistência Social, 2004.

BRASIL. Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004. **Norma Operacional Básica – NOB/Suas.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRASIL. **Estatuto da Cidade.** Lei nº 10.257/2001. Estabelece diretrizes gerais de política urbana. Brasília-DF: Câmara dos Deputados, 2009. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110257.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110257.htm). Acesso em: mar., 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. **Resolução n.º 383, de 29 de março de 1999.** Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Resolucao38399.pdf>. Acesso em: mar., 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. **Nota técnica sobre o trabalho de assistentes sociais na implementação dos benefícios eventuais no âmbito do SUAS.** Brasília: CFESS, 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/Nota-tecnica-2020-final-BE.pdf>. Acesso em: mar., 2021.

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social – CFESS. **Trabalhamos em vários espaços, sempre com a população.** Peças de divulgação das comemorações do Dia do/a Assistente Social de 2020 valorizam a categoria e a profissão. 2020. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1690>. Acesso em: mar., 2021.

BRASIL. Fundação Nacional da Saúde – FUNASA. **Manual de Saneamento.** 3. ed. rev. Brasília-DF: FUNASA, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_saneamento\\_3ed\\_rev\\_p1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_saneamento_3ed_rev_p1.pdf). Acesso em: 23 ago., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico 44 – Boletim Epidemiológico Especial Doença pelo coronavírus COVID-19.** Semana Epidemiológica 53 (27/12/2020 a 01/06/2021). 2021a. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/boletins-epidemiologicos>. Acesso em: 18 jan., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. **Nota Técnica n.º 1/2021.** Relação filogenética de sequências SARS-CoV-2 do Amazonas com variantes emergentes brasileiras que abrigam mutações E484K e N501Y na proteína Spike. 2021b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/documento/nota-tecnica-2021/01-rede-genomica-fiocruz/ministerio-da-saude>. Acesso em: 18 jan., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nono Informe Técnico**. Publicado em 16 de março de 2021c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/31/anexo-nono-informe-tecnico.pdf>. Acesso em: 17 mar., 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coronavírus**: o que você precisa saber e como prevenir o contágio. Publicado em 18 de fevereiro de 2020a. Disponível em: <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/coronavirus> A. Acesso em: 19 fev., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM n. 188, de 3 de fevereiro de 2020**. Declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus (2019-nCoV). Brasília-DF, 2020b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/portaria/prt188-20-ms.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/prt188-20-ms.htm). Acesso em: 5 fev., 2020.

BRASIL. LAGES. **Plano Diretor de Desenvolvimento Territorial de Lages**. 2007. Disponível em: <https://cm.jusbrasil.com.br/legislacao/523553/lei-complementar-306-07>. Acesso em: mar., 2021.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Regional. **Base de Dados do Sistema Nacional de Informações sobre Saneamento – Séries Históricas**. Brasília-DF, 2018. Disponível em: <http://www.snis.gov.br/>. Acesso em: mar., 2021.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente. **Águas subterrâneas**: um recurso a ser conhecido e protegido. Brasília-DF, 2007. Disponível em: <https://www.agrolink.com.br/downloads/%C3%81GUAS%20SUBTERR%C3%82NEAS.pdf>. Acesso em: 27 out., 2020.

BRASIL. Portal Saneamento Básico. **Covid-19 3 o novo cenário do saneamento**. Brasília-DF, 2020c. Disponível em: <https://saneamentobasico.com.br/impactos-coronavirus-setor-ambiental/>. Acesso em: 21 jun., 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus**. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>. Acesso em: 4 jul., 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n.º 14.026/2020**. Atualiza o marco legal do saneamento básico e altera a Lei nº 9.984, de 17 de julho de 2000, para atribuir à Agência Nacional de Águas e Saneamento Básico (ANA) competência para editar normas de referência sobre o serviço de saneamento. Brasília, 15 de julho de 2020; 199º da Independência e 132º da República.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Federal n.º 11.445/07**. Estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico; cria o Comitê Interministerial de Saneamento Básico. Brasília, 5 de janeiro de 2007; 186º da Independência e 119º da República.

CALMON, T. V. L. As condições objetivas para o enfrentamento ao COVID-19: abismo social brasileiro, o racismo, e as perspectivas de desenvolvimento social como determinantes. **NAU Social**. v. 11, n. 20, p. 131-136, 2020. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/nausocial/article/view/36543>. Acesso em: mar., 2021.

CAMPOS, M. O.; RODRIGUES NETO, J. F. Qualidade de vida: um instrumento para promoção de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 32, n. 2, p. 232, 2014. Disponível em: [https://adm.online.unip.br/img\\_ead\\_dp/35429.PDF](https://adm.online.unip.br/img_ead_dp/35429.PDF). Acesso em: mar., 2021.

CARDOSO, A. L. (Org.). **O programa Minha Casa Minha Vida e seus efeitos territoriais**. Rio de Janeiro-RJ: Letra Capital, p. 279-300, 2013.

CARRUS, G.; *et al.* Go greener, feel better? The positive effects of biodiversity on the well-being of individuals visiting urban and peri-urban green areas. **Landscape and Urban Planning**. v. 134, p. 221-228, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0169204614002552>. Acesso em: mai., 2021.

CENTRO DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS – CDC. **New COVID-19 variants**. 2021. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2100362>. Acesso em: jan., 2021.

CENTRO SCALABRINIANO DE ESTUDOS MIGRATÓRIOS – CSEM. **Relatório da ONU mostra que mulheres, indígenas e migrantes são os mais afetados pela crise do COVID-19**. 2020. Disponível em: [https://www.csem.org.br/noticias/relatorio-da-onu-mostra-que-mulheres-indigenas-e-migrantes-sao-os-mais-afetados-pela-crise-do-covid-19/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_term=https%3A%2F%25%E2](https://www.csem.org.br/noticias/relatorio-da-onu-mostra-que-mulheres-indigenas-e-migrantes-sao-os-mais-afetados-pela-crise-do-covid-19/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_term=https%3A%2F%25%E2). Acesso em: 20 jun., 2020.

CENTRO EUROPEU DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE DOENÇAS. EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL – ECDC. **Risk related to the spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA**. 2021. Disponível em: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-riskrelated-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA-first-update.pdf>. Acesso em: 30 jan., 2021.

CESPEDES, M. S.; SOUZA, J. C. R. P. Coronavirus: a clinical update of Covid-19. **Revista Associação Médica Brasileira (online)**. v. 66, n. 2, p. 116-123, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.2.116>. Acesso em: 15 mai., 2021.

CHU, D. K.; *et al.* Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**. v. 395, p. 1973-1987, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)31142-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)31142-9.pdf). Acesso em: mar., 2021.

COHEN, J.; KUPFERSCHMIDT, K. Countries test tactics in ‘war’ against COVID-19. **Science**, New York, v. 367, n. 6484, p. 1287-1288, Mar. 2020.

COSTA, R. F. R.; COSTA, G. C. Pobres no Campo, Ricos na Cidade? Uma Análise Multidimensional da Pobreza. **Revista de Economia e Sociologia Rural**. v.54, n.3, p. 537-560, 2016. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032016000300537&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-20032016000300537&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: mar., 2021.

COUSINS S. Who hedges its bets: the next global pandemic could be disease X. **British Medical Journal (Online)**, v. 361, p. 01-02, 2018. Disponível em:

<https://search.proquest.com/openview/ba34c7fa8562f7fed25cd1efeafd0ca2/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=2043523>.

CUI, S.; CHEN, S.; LI, X.; LIU, S.; WANG, F. Prevalence of venous thromboembolism in patients with severe novel coronavirus pneumonia. **J Thromb Haemost**, v. 18, p. 1421-4, 2020.

DE MIRANDA, L. I. B. Planejamento em áreas de transição rural-urbana: velhas novidades em novos territórios. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**. v. 11, n. 1, p. 25-40, 2011.

DUCZMAL, L. H.; ALMEIDA, A. C. L.; DUCZMAL, D. B. **Avaliação de cenários de isolamento social para a pandemia COVID-19 no Município de Belo Horizonte**.

Disponível em: [https://drive.google.com/open?id=1E-u3LS\\_Ve00k3mijpIJ6EP\\_z5p2WRQBt](https://drive.google.com/open?id=1E-u3LS_Ve00k3mijpIJ6EP_z5p2WRQBt). Acesso em: 3 abr., 2020.

FARHA, L. **COVID-19 Guidance Note: Protecting those living in homelessness**. United Nations Human Rights Special Procedures. 2020. Disponível em:

<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Housing/Pages/COVID19RightToHousing.aspx>. Acesso em: 29 abr., 2020.

FARIA, N.; *et al.* **Genomic characterisation of an emergent SARS-CoV-2 lineage in Manaus: preliminary findings**. 2021. Disponível em:

<https://virological.org/t/genomiccharacterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-manaus-preliminary-findings/586>. Acesso em: jan., 2021.

FEHR, A. R.; PERLMAN, S. Coronaviruses: an overview of their replication and pathogenesis. **Humana Press**. v. 1282 p. 01-23, 2015. Disponível em:

[https://link.springer.com/protocol/10.1007/978-1-4939-2438-7\\_1](https://link.springer.com/protocol/10.1007/978-1-4939-2438-7_1). Acesso em: mar., 2021.

FENG, S.; *et al.* Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. **The Lancet Respiratory Medicine**. v. 8, n. 5, p. 434-436, 2020. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/article/S2213-2600\(20\)30134-X/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S2213-2600(20)30134-X/fulltext). Acesso em: mar., 2021.

FERNANDES, M. **Agenda Habitat para Municípios**. Rio de Janeiro-RJ: IBAM, 2003.

FREIRE, R. H. A.; *et al.* Índice de Áreas Verdes Para Macrozona de Consolidação de Paranaíba-PR. **Revista Sociedade Brasileira de Arborização Urbana**. v. 07, n.01, p. 01-22, 2012. Disponível em: [http://silvaurlba.esalq.usp.br/revsbau/artigos\\_cientificos/artigo176-publicacao.pdf](http://silvaurlba.esalq.usp.br/revsbau/artigos_cientificos/artigo176-publicacao.pdf). Acesso em: mar., 2021.

FU, L.; WANG, B.; YUANA, T. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in China: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Infection**, v. 19, n. 12, p. 01-10, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32283155>. Acesso em: mar., 2021.

FU, J.; HUANG, P. P.; ZHANG, S.; YAO, Q. D.; HAN, R.; LIU, H. F. The value of serum amyloid: A for predicting the severity and recovery of COVID-19. **Experimental and Therapeutic Medicine**. v. 20, n. 4, p. 3571-3577, 2020. Disponível em: <https://www.spandidos-publications.com/10.3892/etm.2020.9114>. Acesso em: mar., 2021.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFANCIA – UNICEF. **1 em cada 3 pessoas no mundo não tem acesso a água potável, dizem o UNICEF e a OMS**. 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/comunicados-de-imprensa/1-em-cada-3-pessoas-no-mundo-nao-tem-acesso-agua-potavel-dizem-unicef-oms>

GALHEIGO, S. M. Terapia ocupacional, cotidiano e a tessitura da vida: aportes teórico-conceituais para a construção de perspectivas críticas e emancipatórias. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**. v. 28, n.1, p. 05-25, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO2590>. Acesso em: mar., 2021.

GHINAI, I.; *et al.* First known person-to-person transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in the USA. **The Lancet**. v. 395, n. 10230, p. 1137-1144, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30607-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30607-3/fulltext). Acesso em: mar., 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

GLOBAL WATER PARTNERSHIP – GWP. **GWP Strategy Towards 2020: A Water Secure World**. Stockholm, 2014. Disponível em: [https://www.gwp.org/globalassets/global/about-gwp/strategic-documents/gwp\\_strategy\\_towards\\_2020.pdf](https://www.gwp.org/globalassets/global/about-gwp/strategic-documents/gwp_strategy_towards_2020.pdf). Acesso em: mar., 2021.

GOES, E. F.; RAMOS, D. O.; FERREIRA, A. J. F. Desigualdades raciais em saúde e a pandemia da Covid-19. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 18, n. 03, p. 01-07, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462020000300301&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 mai., 2021.

GOMES, M. A. S.; SOARES, B. R. A Vegetação nos Centros Urbanos: Considerações sobre os Espaços Verdes em cidades Médias Brasileiras. **Estudos Geográficos**. v. 1, n. 1, p. 19-29, 2015.

GOMES, D.; ZAMBAM, N. O desafio da sustentabilidade urbana. **Revista Brasileira de Direito**. v. 7, n. 1, p. 39-60, 2011. Disponível em: <https://seer.imed.edu.br/index.php/revistadedireito/article/view/256>. Acesso em: mar., 2021.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Decreto n.º 515, de 17 de março de 2020**. Declara situação de emergência em todo o território catarinense, nos termos do COBRADE n.º 1.5.1.1.0 - doenças infecciosas virais, para fins de prevenção e enfrentamento à COVID-19, e estabelece outras providências. Florianópolis, 17 de março de 2020.

GRUPO GEOCOMBATE COVID-19 BA. **Risco dos bairros de Salvador ao espalhamento do COVID-19 decorrente da circulação de pessoas e condições socioeconômicas**. Universidade Federal da Bahia – UFBA. Salvador-BA. 2020. Disponível em: <http://www.edgardigital.ufba.br/?p=16356>. Acesso em: mar., 2021.

GUAN, W.; *et al.* Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. **The New England Journal of Medicine**, v. 18, n. 382, p. 01-13, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2002032>. Acesso em: mar., 2021.

HOTEZ, P. J.; CORRY, D. B.; BOTTAZZI, M. E. COVID-19 vaccine design: the Janus face of immune enhancement. **Nature Reviews Immunology**. v. 20, n. 348, p. 347-348, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41577-020-0323-4>. Acesso em: mar., 2021.

HUANG, C.; *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**. v. 395, n. 10223, p. 497-506, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30183-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30183-5/fulltext). Acesso em: mar., 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua – PNAD Contínua**. 2018. Disponível em: [https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705\\_informativo.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101705_informativo.pdf). Acesso em: mar., 2021.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA – IPEA. **Atlas da Vulnerabilidade Social nas Regiões Metropolitanas Brasileiras**. Brasília-DF. 2015. Disponível em: [https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=26406](https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=26406). Acesso em: mar., 2021.

INSTITUTO PENÍNSULA. **Sentimento e percepção dos professores brasileiros nos diferentes estágios do Coronavírus no Brasil**. 2020. Disponível em: <https://www.institutopeninsula.org.br/>. Acesso em: jun., 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA. **Brasil em desenvolvimento: estado, planejamento e políticas públicas**. Brasília: Ipea, 2020.

JI, W.; *et al.* Homologous recombination within the spike glycoprotein of the newly identified coronavirus may boost cross-species transmission from snake to human. **Journal of Medical Virology**. v. 92, n. 4, p. 433-440, 2020. Disponível em: <https://search.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/en/covidwho-17>. Acesso em: mar., 2021.

KAMPF, G.; *et al.* Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. **The Journal of Hospital Infection**. v. 104, n. 3, p. 246-51, 2020. Disponível em: [https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701\(20\)30046-3/fulltext](https://www.journalofhospitalinfection.com/article/S0195-6701(20)30046-3/fulltext). Acesso em: 2 mar., 2020.

LA FOLLIA. **Cuidando da sua saúde mental em tempos de Coronavírus**. Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR. 2020. Disponível em: [http://www.unifap.br/wpcontent/uploads/2020/03/coronavirus\\_saudemental.pdf](http://www.unifap.br/wpcontent/uploads/2020/03/coronavirus_saudemental.pdf). Acesso em: mar., 2021.

LAGES, P. D. M. D. **Plano Diretor de Desenvolvimento Territorial de Lages**. 2017.

LAGES HOJE. **Etiqueta Covid-19**. 2020. Disponível em:

<https://lageshoje.com.br/tag/covid-19/>.

LAI, J.; MA, S.; WANG, Y.; CAI, Z.; HU, J.; WEI, N.; *et al.* Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease. **JAMA Netw. Open** **3**, e203976, 2020.

LANA, R. M.; *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 3, p. 1-05, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n3/1678-4464-csp-36-03-e00019620.pdf>. Acesso em: mai., 2021.

LI, R.; *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). **Science**. v.369, p. 489-493, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.abb3221>. Acesso em: mar., 2021.

LI, W.; *et al.* Bats are natural reservoirs of SARS-like coronaviruses. **Science**. v. 310, n. 5748, p. 676-679, 2005. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16195424/>. Acesso em: març., 2021.

LIU, Y.; *et al.* The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n.2, p.1-4, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa021>. Acesso em: mar., 2020.

LINS JÚNIOR, G. S. Direito à habitação adequada: o desafio da efetividade e o discurso no Judiciário. In: SILVA, Artur Stamford da (Org.). **O judiciário e o discurso dos direitos humanos: o judiciário e o discurso dos direitos humanos**. Recife: EDUFPE, 2011.

LORIDA, R. **The Geography of Coronavirus**, Secretaria de Saúde de Santos, SP. Mapeamento de COVID-19 de Santos, SP. 2020. Disponível em: <https://www.citylab.com/equity/2020/04/coronavirus-spread-map-city-urban-density-suburbs-rural-data/609394/>. Acesso em: jan., 2021.

MARIANO, A.; MATOS, B.; POZZO, P. **Vacinação em SC. Núcleo de Vigilância Epidemiológica-NUCOM**. 2021. Disponível em: <https://www.sc.gov.br/noticias/temas/coronavirus/vacinacao-em-sc-700-6-mil-doses-da-vacina-contra-a-covid-19-foram-aplicadas-no-estado>. Acesso em: 30 mar., 2021.

MARICATO, E. **A proletarização do espaço sob a grande indústria: o caso de São Bernardo do Campo na Região Metropolitana de São Paulo**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo – FAU-USP. São Paulo. 1977. 102f.

MARICATO, E. As Ideias fora do lugar e o lugar fora das ideias. Planejamento urbano no Brasil. In: ARANTES, O.; *et al.* (Org.). **A cidade do pensamento único. Desmanchando consensos**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 121-192.

MARICATO, E. O Ministério das Cidades e a política nacional de desenvolvimento urbano. **Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise**. v. 12, n. 12, p. 211-220, 2006.

MARICATO, E. Metrôpoles desgovernadas. **Estudos Avançados**. v. 25, n. 71, p. 07, 2011.

MASCARENHAS, V. H. A.; *et al.* COVID-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez: revisão de escopo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 28, p. 1-10, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt\\_0104-1169-rlae-28-e3348.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3348.pdf). Acesso em: mai., 2021.

MATETEI, L.; FRONZA, M. V.; HEINEN, V. L. Dois meses da covid-19 em Santa Catarina: evolução e espacialidade da doença no estado. **Núcleo de Estudos de Economia Catarinense**. n. 30, p. 01-22, 2020. Disponível em: <https://noticias.paginas.ufsc.br/files/2020/05/06.05.20-TD-39-NECAT-2020.pdf>. Acesso em: mar., 2021.

MATTEI, L. A crise econômica decorrente do COVID-19 e as ações da equipe econômica do atual governo. **NECAT**. n. 35, p. 01-31, 2020. Disponível em: <https://necat.ufsc.br/td-035-2020-a-crise-economica-decorrente-do-covid-19-e-as-acoes-da-equipe-economica-do-governo-atual/>. Acesso em: mar., 2021.

MATTEI, L.; HEINEN, V. L. Impactos da crise da Covid-19 sobre o mercado de trabalho brasileiro. **Revista de Economia Política**. v. 40, n. 4, p. 647- 668, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-31572020000400647&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-31572020000400647&script=sci_arttext). Acesso em: mar., 2021.

MATOS, M.C. **A pandemia do coronavírus (COVID 19) e o trabalho de assistentes sociais na saúde**. Rio de Janeiro-RJ, 2020. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2020/04/Artigo-A-pandemia-do-coronav%C3%ADrus-COVID-19-e-o-trabalho-de-assistentes-sociais-na-sa%C3%BAde-2.pdf>. Acesso em: 18 fev., 2021.

MAYR, A. A. D. A. Florianópolis: a construção de uma cidade carioca no sul do Brasil. **Anais: Seminário de História da Cidade e do Urbanismo**. v. 4, n. 2, p. 420-426, 2012.

MAZZEI, K. M.; COLESANTI, M. T. M.; DOS SANTOS, D. G. Áreas verdes urbanas, espaços livres para o lazer. **Revista Sociedade & Natureza**. v. 19, n. 1, p. 33-43, 2007. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/sociedadennatureza/article/view/9350>. Acesso em: mar., 2021.

MAZZOLLI, M.; EHRHARDT-BROCARDI, N. C. M. Ocupação irregular em áreas de recarga do Aquífero Guarani e vegetação ripária em Lages-SC. **Geosul**. v. 28, n. 55, p. 164-180, 2013.

MINAYO, M. C. D. S.; HARTZ, Z. M. D. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 07-18, 2000.

MOREIRA, H. F. **O Plano Diretor e as funções sociais da cidade**. Rio de Janeiro-RJ: CPRM, 2008.

MOREIRA, J. A.; SCHLEMMER, E. Por um novo conceito e paradigma de educação digital online. **Revista UFG**. v. 20, n.63438, p. 2-35, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/343107562\\_Por\\_um\\_novo\\_conceito\\_e\\_paradigma\\_de\\_educacao\\_digital\\_onlife](https://www.researchgate.net/publication/343107562_Por_um_novo_conceito_e_paradigma_de_educacao_digital_onlife). Acesso em: mar., 2021.

MUNSTER, V. J.; *et al.* A novel coronavirus emerging in china: key questions for impact assessment. **The New England Journal of Medicine**. v. 382, n. 8, p. 692-694, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2000929?query=TOC>. Acesso em: fev., 2020.

NAHAS, M. I. P.; *et al.* Metodologia de construção do índice de qualidade de vida urbana dos municípios brasileiros (IQVU-BR). **XV Encontro Nacional de Estudos Populacionais da Associação Brasileira de Estudos Populacionais**. 2006. Disponível em: <http://www.abep.org.br/publicacoes/index.php/anais/article/view/1525>. Acesso em: mar., 2021.

OLIVEIRA, U.; *et al.* **Modelagem da vulnerabilidade dos povos indígenas no Brasil ao COVID-19**. Instituto Socioambiental – ISA. 2020. Disponível em: [https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/nota\\_tecnica\\_modelo\\_COVID19.pdf#overlay-context=pt-br/noticias-socioambientais/vulnerabilidade-](https://www.socioambiental.org/sites/blog.socioambiental.org/files/nsa/arquivos/nota_tecnica_modelo_COVID19.pdf#overlay-context=pt-br/noticias-socioambientais/vulnerabilidade-). Acesso em: mar., 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Atualização epidemiológica: Ocorrência das variantes de SARS-CoV-2 nas Américas**. 2021. Disponível em: [hps://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-epidemiologica-ocorrenciavariantes-sars-cov-2-nas-americas-20-janeiro-2021](https://www.paho.org/pt/documentos/atualizacao-epidemiologica-ocorrenciavariantes-sars-cov-2-nas-americas-20-janeiro-2021). Acesso em: jan., 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **COVID-19 and Human Rights: We are all in this together**. 2020. Disponível em: <https://www.un.org/en/un-coronavirus-communications-team/we-are-all-together-human-rights-and-covid-19-response-and>. Acesso em: 19 jun., 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. **Declaração Universal dos Direitos Humanos da ONU**. Disponível em: [https://brasa.org.br/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/?gclid=cjwkcajw7j6ebhbdeiwa5uum2ismgzhaz-aibcdw5icb7s7xhyfml1nguzigm6ejplyvojakdfvmhocccgqavd\\_bwe](https://brasa.org.br/declaracao-universal-dos-direitos-humanos/?gclid=cjwkcajw7j6ebhbdeiwa5uum2ismgzhaz-aibcdw5icb7s7xhyfml1nguzigm6ejplyvojakdfvmhocccgqavd_bwe). Acesso em: 16 nov., 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Orientação sobre o uso de máscaras no contexto da COVID-19**. 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53101>. Acesso em: 11 dez., 2020.

PAIM, J. S. Thirty years of the Unified Health System (SUS). **Ciência Saúde Coletiva**. v. 23, n.6, p. 1723-28, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2018.v23n6/1723-1728/en/>. Acesso em: mar., 2021.

PALUDO, J. R.; BORBA, J. Abastecimento de água e esgotamento sanitário: estudo comparado de modelos de gestão em Santa Catarina. **Ambiente & Sociedade**. v. 16, n. 1, p.

59-78, 2013. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-753X2013000100005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-753X2013000100005&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em: mar., 2021.

PASTERNAK, S. Habitação e saúde. **Estudos Avançados**. São Paulo. v. 30, n. 86, p. 51-66, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40142016.00100004>. Acesso em: 22 abr., 2020.

PEREIRA, S. L. B; CRONEMBERGER, Izabel H. G. M. (Orgs.). **Serviço social em tempos de pandemia: provocações ao debate**. Teresina: ADUFPI, 2020.

PES, J. H. F. (Org.). **Direitos humanos: crianças e adolescentes**. Curitiba-PR, Juruá: 2010.

PIRES, R. R. C. **Os efeitos sobre grupos sociais e territórios vulnerabilizados das medidas de enfrentamento à crise sanitária da COVID-19: propostas para o aperfeiçoamento da ação pública**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. 2020. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/publicacoes>. Acesso em: 1 mai., 2020.

PRADO, M. F.; *et al.* Análise da subnotificação de COVID-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**. v. 32, n. 2, p. 224-228, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-507x.20200030>. Acesso em: 3 abr., 2021.

PROGRAMA SESTATNET CUI, J.; LI, F.; SHI, Z. L. Origin and evolution of pathogenic coronaviruses. **Nature Public Health Emergency Collection**. 17: p. 181-192. 2019. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7097006/>. Acesso em: mar., 2021.

RAFAEL, R. M. R.; *et al.* Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? **Revista Enfermagem**. v. 28, p. 1-6, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.49570>. Acesso em: 3 abr., 2020.

RANDOLPH, H. E.; BARREIRO, L. B. Herd Immunity: Understanding COVID-19. **Immunity**. v. 52, n. 5, p. 737–741, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S107476132030170>. Acesso em: 5 ago., 2020.

RAZAI, M. S.; DOERHOLT, K.; LADHANI, S.; OAKESHOTT, P. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a guide for UK GPs. **BMJ** 368, m800, 2020.

READ, J. M.; *et al.* **Estudo mostra eficiência do isolamento social contra o novo coronavírus**. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ. Rio de Janeiro-RJ, 2020. Disponível em: <https://www.uerj.br/noticia/11078/>. Acesso em: 19 mai., 2020.

RIBEIRO, L. C. Q.; LAGO, L. **Reestruturação nas Grandes Cidades Brasileiras: o modelo Centro/Periferia em questão**. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional da UFRJ. Rio de Janeiro-RJ. 1994. Disponível em: [http://www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br/download/reestruturacao\\_cidades.pdf](http://www.observatoriodasmetropoles.ufrj.br/download/reestruturacao_cidades.pdf). Acesso em: mai., 2021.

RICHER, D.; VIEIRA, G. O.; TERRA, R. M. R. B. **A proteção internacional da infância e juventude: perspectivas, contextos e desafios**. Curitiba: Juruá: 2010.

ROTHER; *et al.* Transmission of 2019-nCoV Infection from an Asymptomatic Contact in Germany. **New England Journal of Medicine**. v. 382. n.10, p. 1-3, 2020. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/338949183\\_Transmission\\_of\\_2019-nCoV\\_Infection\\_from\\_an\\_Asymptomatic\\_Contact\\_in\\_Germany/link/5e922d7a4585150839d634a2/download](https://www.researchgate.net/publication/338949183_Transmission_of_2019-nCoV_Infection_from_an_Asymptomatic_Contact_in_Germany/link/5e922d7a4585150839d634a2/download). Acesso em: mai., 2021.

SAULE JUNIOR, N. **A proteção jurídica da moradia nos assentamentos irregulares**. Porto Alegre-RS: Sérgio Antônio Fabris Editor, 2004.

SANTA CATARINA. **Vacinômetro SC**, 2021. Disponível em: <http://sgsweknow.saude.sc.gov.br/#/public/dashboard/mjawlje5ljiymi4yna==/211/%7b68ae9baf-b5ae-4548-8681-1dca3e838f66%7d/f7552665-9f31-040a-feb6-1cb7133e4e6d-acf>>. Acesso em: jul., 2021.

SANTA CATARINA. **Boletim epidemiológico**. Publicação de 11 de julho de 2021. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/boletim-epidemiologico-11-07-2021.pdf>. Acesso em: 12 jul., 2021.

SANTA CATARINA. **Boletim epidemiológico – 04 de julho de 2022**. Disponível em: <http://www.coronavirus.sc.gov.br/wp-content/uploads/2022/07/boletim-epidemiologico-04-07-2022.pdf>. Acesso em: jul., 2022.

SCAVINO, S. B. **Democracia e educação em direitos humanos na América Latina**. Petrópolis-RJ: Novamérica, 2009.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis (online)**, vol. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SEIXAS M. **Fiocruz publica Nota Técnica sobre nova variante do Sars-CoV-2 no Amazonas**. Fiocruz Amazonia. 2021. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/nota-tecnica-aborda-sars-cov-2-e-nova-variante-no-am>. Acesso em: 18 jan., 2021.

SILVA, A. C. F.; DIONÍZIO, S. H. S. Novos arranjos familiares: compromisso ético e político na intervenção profissional. **Anais do XVI Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, v. 16 n. 1, 2018.

SILVA, B. F.; SILVA, R. D. “As novas formas de provisão de moradia e seus impactos na reconfiguração socioespacial do aglomerado Sarandi-Maringá entre 2009 e 2011”. In: CARDOSO, A. L. (org.). **O PMCMV e seus efeitos territoriais Rio de Janeiro**, Letra Capital, 2013.

SILVA, C. C.; SCOCUGLIA, J. B. C. Habitações Coletivas Precárias de Aluguel no Bairro Varadouro (João Pessoa/PB) e Suas Condições de Habitabilidade. **Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades**. v. 3, n. 20, p.100-120, 2015. Disponível em: [https://www.amigosdanatureza.org.br/publicacoes/index.php/gerenciamento\\_de\\_cidades/articled/view/1060/1084](https://www.amigosdanatureza.org.br/publicacoes/index.php/gerenciamento_de_cidades/articled/view/1060/1084). Acesso em: mar., 2021.

SINGER, P. **A economia política da urbanização**. São Paulo: Brasiliense, 1990, p. 160.

SOUZA, M. S. Meio ambiente urbano e saneamento básico. **Mercator – Revista de Geografia da UFC**. n. 01, 2002. Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <http://www.mercator.ufc.br/mercator/article/view/194>. Acesso em: mar., 2021.

STEINBERGER, M. A (re)construção de mitos sobre a (in)sustentabilidade do(no) espaço urbano. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v.1, n. 04, p. 09-32, 2011.

TAPAJÓS, L. **Novos desafios para o serviço social em tempos de pandemia**. Conselho Regional de Serviço Social – CRESS 12ª Região. Entrevista. Via Social. p. 03, setembro/2020. Disponível em: <http://cress-sc.org.br/wp-content/uploads/2020/10/Via-Social-Setembro-2020-WEB.pdf>. Acesso em: mai., 2021.

TONG, Z. D.; *et al.* Potential Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2. Zhejiang Province, China. **Emerging Infectious Diseases**. v. 26, n. 5, p. 1052-1054, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7181913/>. Acesso em: mar., 2021.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Caderno de Saúde Pública**. v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 6 mai., 2021.

TSUTIYA, M. T. **Abastecimento de Água**. 4. ed. Departamento de Hidráulica e Sanitária da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo-SP. 2006. 643 p.

VALE, M. E. G; NASCIMENTO, I. B. **Serviço social e a covid-19 no hospital universitário do Piauí (HU-UFPI): em cena os setores da oncologia e UTI**. Teresina: EDUFPI, 2020. p. 102- 122.

VARJABEDIAN, R.; MECCHI, A. **As APPs de topo de morro e a Lei n.º 12.651/12**. 2013. Disponível em: [http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/projeto\\_florestar/Programa\\_diagnosticos/material-apoio/As\\_APPs\\_de\\_Topo\\_de\\_Morro\\_e\\_a\\_Lei\\_12651-12.pdf](http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/projeto_florestar/Programa_diagnosticos/material-apoio/As_APPs_de_Topo_de_Morro_e_a_Lei_12651-12.pdf). Acesso em: mai., 2021.

VILLAR, P.C. **Aquíferos transfronteiriços: governança das águas e o Aquífero Guarani**. Curitiba: Juruá, 2015.

VON SPERLING, M. **Introdução à qualidade das águas e ao tratamento de esgotos**. v. 1, 3 ed. DESA. Belo Horizonte-MG: UFMG, 2005.

WANDERLEY, L. E. **A luta pela cidade em São Paulo**. São Paulo-SP: Cortez, 1992.

WANG, X.; ZHANG, X.; HE, J. Challenges to the system of reserve medical supplies for public health emergencies: reflections on the outbreak of the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic in China. **BioScience Trends**. v. 14, n.1 p. 03-08, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5582/bst.2020.01043>. Acesso em: mar., 2021.

WALLACE, C. L.; *et al.* Grief During the COVID-19 Pandemic: considerations for palliative care providers: Considerations for Palliative Care Providers. **Journal Of Pain And Symptom Management**, abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Severe acute respiratory syndrome (SARS)**. 2020a. Disponível em: <https://www.who.int/csr/sars/en/>. Acesso em: mai., 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>. Acesso em: mai., 2020.

WENHAM, C.; SMITH, J.; MORGAN, R. COVID-19: the gendered impacts of the outbreak. **The Lancet**. v. 395, n. 10227, p. 846-848, 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30526-2/fulltext?te=1&nl=in-her%20words&emc=edit\\_gn\\_20200317](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30526-2/fulltext?te=1&nl=in-her%20words&emc=edit_gn_20200317). Acesso em: 21 jun., 2020.

WOO, P. C.; *et al.* Discovery of seven novel Mammalian and avian coronaviruses in the genus deltacoronavirus supports bat coronaviruses as the gene source of alphacoronavirus and betacoronavirus and avian coronavirus as the gene source of gammacoronavirus and deltacoronavirus. **Journal of Virology**. v. 86, n. 7, p. 3995-4008, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302495/>. Acesso em: mar., 2021.

ZHANG, W. **Manual de Prevenção e Controle do COVID-19 segundo doutor Wenhong Zhang**. Polo Books. 1 ed. São Paulo: China Plataforma Digital. 2020.

ZHANG, J. L.; LI, W. X.; LI, Y.; WONG, M. S.; WANG, Y. J.; ZHANG, Y. Therapeutic options of TCM for organ injuries associated with COVID-19 and the underlying mechanism **Phytomedicine**, 153297, 2020.

ZHOU, M.; ZHANG, X.; QU, J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): a clinical update. **Frontiers of Medicine**. v. 14, n. 02, p. 126-135, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11684-020-0767-8#citeas>. Acesso em: mar., de 2021.

ZHU, N.; *et al.* A novel coronavirus from patients with pneumonia in China. **The New England Journal of Medicine**. 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>. Acesso em: mar., 2021.

ZUCZMAL, L. H.; *et al.* Vertical social distancing policy is ineffective to contain the COVID-19 pandemic. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 5, p. 01-09, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2020000506002#:~:text=Considering%20numerical%20simulations%2C%20this%20study,contain%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=The%20vertical%20distancing%20scenario%20is,in%20the%20acceleration%20of%20cases](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2020000506002#:~:text=Considering%20numerical%20simulations%2C%20this%20study,contain%20the%20COVID%2D19%20pandemic.&text=The%20vertical%20distancing%20scenario%20is,in%20the%20acceleration%20of%20cases). Acesso em: mar., 2021.



## ANEXOS

## Anexo I – Parecer de Aprovação da pesquisa pelo Comitê de ética em Pesquisa (CEP) da UNIPLAC

<p>UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE - UNIPLAC</p> 
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>
<b>Título da Pesquisa:</b> RELAÇÃO ENTRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 ADOTADAS POR MORADORES DE UM BAIRRO DE LAGES/SC COM OS INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA URBANA
<b>Pesquisador:</b> Lenita Agostineto
<b>Área Temática:</b>
<b>Versão:</b> 1
<b>CAAE:</b> 51814821.3.0000.5368
<b>Instituição Proponente:</b> Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio
<b>DADOS DO PARECER</b>
<b>Número do Parecer:</b> 5.017.467
<b>Apresentação do Projeto:</b>
<b>Título:</b> RELAÇÃO ENTRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 ADOTADAS POR MORADORES DE UM BAIRRO DE LAGES/SC COM OS INDICADORES DE QUALIDADE DE VIDA URBANA
Projeto de Dissertação de Mestrado, vinculada ao Curso de Mestrado em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense, apresentado à Banca Examinadora de Qualificação.
<b>Objetivo da Pesquisa:</b>
Conhecer as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e relacionar com os indicadores de qualidade de vida urbana.
<b>Avaliação dos Riscos e Benefícios:</b>
Riscos: Nesta pesquisa o risco é mínimo, pois será realizada apenas entrevistas com os participantes, porém, não é descartada a possibilidade de algum participante da pesquisa apresentar algum tipo de desconforto emocional relacionados aos questionamentos, o que pode provocar abalo físico e emocional imediato ao se sentirem em situação de desconforto, podendo manifestar sentimentos e emoções diversos, como, constrangimento, sentimento de tristeza ou angústia, agressividade, angústia, empatia, e frustração. Caso o participante se sinta de alguma forma lesado ou constrangido diante do questionário usado como instrumento para esta pesquisa, o mesmo terá apoio e atendimento pela clínica escola da Universidade do Planalto Catarinense, além do apoio e atenção prestados pelos pesquisadores
<p><b>Endereço:</b> Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226  <b>Bairro:</b> Universitário <b>CEP:</b> 88.509-900  <b>UF:</b> SC <b>Município:</b> LAGES  <b>Telefone:</b> (49)3251-1086 <b>E-mail:</b> cep@uniplaclages.edu.br</p>

Continuação do Parecer: S.017.467

durante o processo que será de forma totalmente gratuita ao pesquisado.

Mesmo depois de assinar o participante continua com o direito de pleitear indenização por reparação de danos que apresente nexo causal com a pesquisa.

**Benefícios:** Quanto aos benefícios da pesquisa, estes se referem ao fato de que o entrevistado pode ampliar conhecimentos e/ou esclarecer eventuais dúvidas sobre as medidas de prevenção da Covid-19 adotadas em seu domicílio e receber orientações para evitar o contágio, bem como, possibilitará ao mesmo reconhecer as fragilidades do seu ambiente domiciliar para prevenir a ocorrência da doença e buscar assistência para sua prevenção.

Além disso, a pesquisa contribuirá como um diagnóstico sobre as medidas de prevenção adotadas pelos moradores de área regular e irregular do bairro, identificando possíveis diferenças e dificuldades entre os grupos frente a pandemia Covid-19, a fim de mitigar políticas que facilitem a inclusão social aos menos favorecidos e aperfeiçoar a prática de prevenção e controle da doença.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Atende a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Atendem a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O desenvolvimento da pesquisa, deve seguir os fundamentos, metodologia e proposições, do modo em que foram apresentados e avaliados por este CEP, qualquer alteração, deve ser imediatamente informada ao CEP-UNIPLAC, acompanhada de justificativa.

O pesquisador deverá observar e cumprir os itens relacionados abaixo, conforme descrito na Resolução nº 466/2012.

- a) Desenvolver o projeto conforme delineado;
- b) Elaborar e anexar na Plataforma Brasil os relatórios parcial e final;
- c) Apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- d) Manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos após o término da pesquisa;
- e) Encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- f) Justificar fundamentalmente, perante o CEP ou a CONEP. Interrupção do projeto ou a não

**Endereço:** Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1226  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 88.509-900  
**UF:** SC **Município:** LAGES  
**Telefone:** (49)3251-1088 **E-mail:** cep@uniplac.lages.edu.br

Continuação do Parecer: 5.017.467

publicação dos resultados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1792021.pdf	15/09/2021 15:22:54		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	15/09/2021 15:22:27	Brenda Gomes Farias	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	15/09/2021 15:21:29	Brenda Gomes Farias	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao.pdf	15/09/2021 15:20:37	Brenda Gomes Farias	Aceito
Outros	INSTRUMENTOQUESTINARIO.docx	15/09/2021 15:18:58	Brenda Gomes Farias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCEMESTRADO.docx	15/09/2021 15:18:08	Brenda Gomes Farias	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMAPESQUISA.docx	15/09/2021 15:16:58	Brenda Gomes Farias	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOMESTRADO.docx	02/09/2021 12:43:01	Brenda Gomes Farias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LAGES, 04 de Outubro de 2021

Assinado por:  
Odila Maria Waldrich  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Castelo Branco, 170 - Bloco I - Sala 1326  
Bairro: Universitário CEP: 88.509-900  
UF: SC Município: LAGES E-mail: cep@uniplaclages.edu.br  
Telefone: (49)2254-1080



## APÊNDICES

**Apêndice I** – Questionário a ser aplicado aos participantes da pesquisa, adaptado de Nahas (2006).

### DEFINIÇÃO DE HABITAÇÃO EM ÁREA REGULAR OU IRREGULAR

Qual a o nome da rua que você mora no bairro Santa Helena?

[\_\_\_\_\_]

Qual é o número da sua residência no bairro Santa Helena?

[\_\_\_\_\_]

### DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Identificação:

Idade: [\_\_]

Q1. Estado Civil

1. Casado [\_\_]

2. Divorciado-separado [\_\_]

3. União Estável [\_\_]

4. Viúvo [\_\_]

5. Solteiro [\_\_]

6. Outros: [\_\_\_\_\_]

Q2. Sexo:

1. Masculino [\_\_] 2. Feminino [\_\_]

Q3. Qual a sua renda em reais? [\_\_\_\_\_]

Q4. Escolaridade

1. Não alfabetizado [\_\_]

2. Ensino Fundamental [\_\_]

4. Ensino Médio [\_\_]

5. Ensino Superior [\_\_\_]

6. Pós graduação [ ]

## **INDICADORES DE HABITAÇÃO**

Q5. A sua residência é do tipo:

1. Casa própria [\_\_\_]

2. Casa alugada [\_\_\_]

3. Casa cedida [\_\_\_]

3. Habitação popular [\_\_\_]

Q6. Você considera sua residência um ambiente:

1. Excelente [\_\_\_] 2. Bom [\_\_\_] 3. Regular [\_\_\_] 4. Ruim [\_\_\_]

Q7. Quantas pessoas vivem na sua residência? [\_\_\_]

Q8. Qual o tamanho da sua residência, em metros quadrados? [\_\_\_]

Q9. Quantos cômodos têm a sua residência? [\_\_\_]

Q10. Quantos dormitórios têm na sua residência? [\_\_\_]

Q11. O banheiro da sua residência é dentro de casa? [\_\_\_]

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q11a. Se sim, quantos? [\_\_\_]

Q12b. O banheiro possui acesso a água e esgoto?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q12. O senhor (a) contraiu Covid-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_] 3. Não sei [\_\_\_]

Q12a. Se sim, em relação aos sintomas:

1. Foi assintomático [\_\_\_] 2. Teve sintomas leves [\_\_\_] 3. Teve sintomas graves [\_\_\_]

Q13. Dentro da sua residência foi possível manter o distanciamento físico de seus familiares e/ou pessoas que residem na mesma residência?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q13a. Se não, especifique o que dificultou o isolamento:

[\_\_\_\_\_]

Q13b. Se você contraiu Covid-19, realizou o tratamento:

1. Em casa [\_\_\_] 2. No hospital [\_\_\_]

Q13c. Se em casa, houve espaço suficiente para realizar o isolamento preconizados?

- 1.Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

## INDICADORES DE ACESSO A BENS E SERVIÇOS

### CONDIÇÕES DE SAÚDE

Q14. Em relação ao isolamento social o senhor (a) utilizou:

1. não saiu da sua residência [\_\_\_] 2. saída apenas para mercado,  
2. [\_\_\_] saída para atendimento à saúde apenas 3. saída para o trabalho [\_\_\_] 4. saída para fazer atividades físicas [\_\_\_] 5. manteve todas as atividades normalmente como antes da pandemia [\_\_\_] 6. Outros [\_\_\_] Quais?

Q15. O isolamento social (parcial ou total) trouxe mais impactos para:

1. Renda [\_\_\_] 2. Saúde [\_\_\_] 3. Convívio social [\_\_\_] 4. Outro [\_\_\_] Qual?

Q16. Você trabalha:

- 1.Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q16a. Se sim, está tendo possibilidade de realizar o trabalho de forma remota?

- 1.Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q17. O senhor (a) possui acesso à internet:

- 1.Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q18. O senhor (a) teve acesso as informações referentes à COVID-19, através de qual meio de comunicação:

1. Rádio [\_\_\_] 2. Televisão [\_\_\_] 3. Internet [\_\_\_] 4. Unidade Básica de Saúde e outros serviços de saúde do município [\_\_\_] 5. WhatsApp 6. Outro[\_\_\_] Qual? \_\_\_\_\_

Q19. Como o senhor (a) define a acessibilidade de acesso a sua Unidade Básica de Saúde?

- 1.Fácil [\_\_\_] 2. Difícil [\_\_\_] 3. Não acessa [\_\_\_]

Q20. O (a) senhor (a) utilizou a Unidade Básica de Saúde do seu bairro durante a pandemia COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q20a. Se não utiliza, qual o motivo?

1. Não consegue acessar aos serviços [\_\_\_]  
2. Não vê necessidade da utilização dos serviços [\_\_\_]

3. Utiliza a rede particular de atendimento [\_\_\_]

4. Tem receio de se expor em espaços de saúde durante a pandemia Covid-19 [\_\_\_]

5. Outro [\_\_\_]. Qual?

Q21. O novo horário de atendimento da Unidade Básica de Saúde durante a pandemia atendeu suas necessidades de saúde?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q22. Com que frequência o senhor (a) utiliza a Unidade Básica de Saúde do seu bairro durante a pandemia COVID-19?

1. Semanalmente [\_\_\_] 2. Mensalmente [\_\_\_] 3. Ocasionalmente [\_\_\_] 4. Nunca [\_\_\_]

Q23. O senhor (a) já teve COVID-19 confirmado por testagem laboratorial?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q24. O senhor (a) teve sintomas (relacionados a COVID-19, mas não teve acesso a testagem)?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_] 3. Não tive sintomas [\_\_\_]

Q24b. Se sim, quais sintomas você sentiu de forma concomitante?

1. [\_\_\_] Dor de cabeça

2. [\_\_\_] Febre

3. [\_\_\_] Dor no corpo

4. [\_\_\_] Congestão nasal

5. [\_\_\_] Perda de paladar

6. [\_\_\_] Outros Qual(is)? \_\_\_\_\_

Q25. O senhor (a) buscou atendimento na Unidade Básica de Saúde quando teve COVID?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_] 3. Não tive COVID [\_\_\_]

Q26. Como o (a) senhor (a) avalia o atendimento na Unidade Básica de Saúde do seu bairro durante a pandemia COVID-19?

1. Péssimo [\_\_\_] 4. Bom [\_\_\_]

2. Ruim [\_\_\_] 5. Excelente [\_\_\_]

3. Regular [\_\_\_]

Q27. As condições físicas da Unidade Básica de Saúde oferecem suporte de segurança para evitar a transmissão da COVID-19 quanto:

Álcool gel: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Distanciamento: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Uso de máscaras: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Higienização do espaço interno: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Ventilação: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q28. Qual máscara o senhor (a) utiliza durante a pandemia COVID-19?

1. Máscara descartável Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]
2. Máscara descartável cirúrgica Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]
3. Máscara de Pano Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]
4. Outra. Qual?
5. Não uso máscara [\_\_\_]

Q29. O senhor (a) possui condições financeiras para realizar a compra de máscaras:

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q30. Houve monitoramento aos sintomas no período que você teve COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_] 3. Não tive COVID [\_\_\_]

Q31. O agente comunitário de saúde visitou sua residência durante a pandemia COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

#### SOBRE OS DEMAIS BENS E SERVIÇOS:

Q32. Durante a pandemia o (a) senhor (a) utiliza os seguintes espaços públicos de lazer no seu bairro?

1. Academia Ginástica 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]
2. Ginásio Esportes 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]
3. Quadra Esportes 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]
4. Outro [ ] Qual \_\_\_\_\_

Q33a. Se sim, os espaços de lazer estavam adequados ao contexto da pandemia COVID-19)?

Álcool em gel: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Distanciamento social: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Uso obrigatório de Máscaras: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q34. Em que local o (a) senhor (a) costuma realizar as suas transações financeiras durante a pandemia COVID-19?

1. No próprio bairro [\_\_\_] 2. No centro [\_\_\_] 3. Online 4. Em outros locais [\_\_\_]

Q35. Os serviços dos Correios atendem a sua residência durante a COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q35a. Se não, onde as correspondências são deixadas?

1. Vizinho [\_\_\_]

2. Parente [\_\_\_]

3. Outros [\_\_\_\_\_]

## **INDICADORES DE INFRAESTRUTURA URBANA**

### **SOBRE AS CONDIÇÕES DE LIMPEZA URBANA:**

Q36. Quantas vezes por semana é realizada a coleta de resíduo em sua residência? [\_\_\_\_\_]

Q37. O número de dias em que é realizada a coleta de resíduo alterou durante a pandemia COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q38. Houve aumento de resíduo jogado em locais públicos próximo à sua casa durante a pandemia COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q39. O Sr(a) percebeu máscaras descartadas em locais públicos próximo à sua casa durante a pandemia COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q40. Como você avalia a coleta de lixo em seu bairro durante a pandemia COVID-19?

1. Péssimo [\_\_\_] 2. Ruim [\_\_\_] 3. Regular [\_\_\_] 4. Bom [\_\_\_] 5. Excelente [\_\_\_]

Q41. Com a pandemia COVID-19 houve a realização da varrição e/ou capina das ruas do seu bairro?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

### **SOBRE AS CONDIÇÕES DE SANEAMENTO BÁSICO DE SEU BAIRRO**

Q42. Na sua residência existe qual sistema de tratamento de esgoto?

1. Fossa [\_\_\_] 2. Filtro [\_\_\_] 3. Sumidouro [\_\_\_] 4. Rede Fluvial [\_\_\_] 5. Direto no rio ou solo [\_\_\_]

Q43. Há mau cheiro de esgoto na sua casa?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q44. Existe na sua rua esgoto a céu aberto?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q45. Quando chove, entra água na sua casa?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q46. Sua casa está ligada à rede pública de abastecimento de água?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q47. A falta de água potável afetou sua qualidade de vida durante a pandemia COVID-19 1.

Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

## SOBRE AS CONDIÇÕES DE TRANSPORTE COLETIVO DO SEU BAIRRO

Q48. O (a) senhor (a) utiliza transporte coletivo durante a pandemia COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q48a. Se sim, com qual frequência?

1. Diariamente [\_\_\_] 2. Semanalmente [\_\_\_] 3. Mensalmente [\_\_\_] 4. Nunca [\_\_\_]

Q49. O (a) senhor (a) está satisfeito (a) com o intervalo de tempo de circulação de ônibus em seu bairro durante a pandemia COVID-19?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q50. O senhor (a) se sente seguro em relação à COVID-19 dentro do transporte coletivo?

1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Q51. São respeitadas as recomendações realizadas pelas autoridades de saúde no transporte coletivo?

Distanciamento Social: 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Uso de máscaras 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Uso de Álcool em Gel 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Ventilação 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

Higienização do espaço interno 1. Sim [\_\_\_] 2. Não [\_\_\_]

## SOBRE VACINAÇÃO

Q52. Em qual grupo você se enquadra para a vacinação:

- 1. Profissional de saúde [\_\_\_]
- 2. Portador de comorbidades [\_\_\_]
- 3. Gestante ou puérpera [\_\_\_]
- 4. Pessoa com deficiência permanente [\_\_\_]
- 5. Profissional da Educação [\_\_\_]

6. Profissional do Sistema de Privação de liberdade [\_\_\_]
7. Por idade [\_\_\_]
8. Outro [\_\_\_\_\_]

Q.53 Você tomou a primeira dose da vacina?

1. Sim [\_\_\_]
2. Não [\_\_\_]

Se não, por qual motivo? [\_\_\_\_\_]

Se sim, qual vacina você tomou?

1. Coronavac [\_\_\_]
2. AstraZenica [\_\_\_]
3. Outra [\_\_\_] Qual? \_\_\_\_\_
4. Não sei [\_\_\_]

Q.55 Você tomou a segunda dose da vacina?

1. Sim [\_\_\_]
2. Não [\_\_\_]

Se não, por qual motivo? [\_\_\_\_\_]

Q.56 Você teve reação da vacina?

1. Sim [\_\_\_]
2. Não [\_\_\_]

Se sim, quais sintomas sentiu?

1. Sensibilidade no local da injeção [\_\_\_]
2. Dor no local da injeção [\_\_\_]
3. Dor de cabeça [\_\_\_]
4. Dor no corpo [\_\_\_]
5. Dor nas costas [\_\_\_]
6. Febre [\_\_\_]
7. Fadiga [\_\_\_]
8. Mal estar [\_\_\_]
9. Calafrios [\_\_\_]
10. Outro(s) [\_\_\_] Qual(is)? [\_\_\_\_\_]

Ainda se sim, você precisou ficar acamado?

1. Sim [\_\_\_]
2. Não [\_\_\_], em caso positivo, quantos dias após a vacina ficou acamado?  
[\_\_\_\_\_]

**Apêndice II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE  
(Resolução 466/2012 CNS/CONEP)**

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado:  
**“RELAÇÃO ENTRE AS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 ADOTADAS  
POR MORADORES DE UM BAIRRO DE LAGES/SC COM OS INDICADORES  
DE QUALIDADE DE VIDA URBANA”**

O objetivo deste trabalho é conhecer as medidas de prevenção à Covid-19 adotadas pelos moradores do Bairro Santa Helena, Lages/SC e relacionar com os indicadores de qualidade de vida urbana. Para realizar o estudo será necessário que se disponibilize a participar respondendo algumas questões que serão feitas a partir de uma entrevista intermediada por um questionário, que abordará questões referente as medidas de prevenção adotadas a covid-19, condições de habitação, saneamento básico e habitação, previamente agendadas a sua conveniência. Para a instituição e para sociedade, esta pesquisa servirá como parâmetro para avaliar como está sendo feita a prevenção da covid-19 com moradores do bairro Santa Helena/Lages,SC. **De acordo com a resolução 510/2016** “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados”. A sua participação terá risco mínimo, podendo ocorrer algum tipo de desconforto emocional relacionados aos questionamentos, o que pode provocar abalo físico e emocional imediato ao se sentirem em situação de desconforto, podendo manifestar sentimentos e emoções diversos, como, constrangimento, sentimento de tristeza ou angústia, agressividade, angústia, empatia e frustração.

Caso isso ocorra, você será encaminhado imediatamente a clínica escola da Universidade do Planalto Catarinense, além do apoio e atenção prestados pelos pesquisadores durante o processo que será de forma totalmente gratuita ao pesquisado.

Em virtude das informações coletadas serem utilizadas unicamente com fins científicos, sendo garantidos o total sigilo e confidencialidade, através da assinatura deste termo, o qual receberá uma cópia.

Os benefícios da pesquisa referem-se ao fato de que o entrevistado pode ampliar conhecimentos e/ou esclarecer eventuais dúvidas sobre as medidas de prevenção da Covid-19 adotadas em seu domicílio e receber orientações para evitar o contágio, bem como, possibilitará ao mesmo reconhecer as fragilidades do seu ambiente domiciliar para prevenir a ocorrência da doença e buscar assistência para sua prevenção. Além disso, a pesquisa contribuirá como um

diagnóstico sobre as medidas de prevenção adotadas pelos moradores de área regular e irregular do bairro, identificando possíveis diferenças e dificuldades entre os grupos frente a pandemia Covid-19, a fim de mitigar políticas que facilitem a inclusão social aos menos favorecidos e aperfeiçoar a prática de prevenção e controle da doença.

Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar desta pesquisa total ou parcialmente ou dela retirar-se a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo com relação ao seu atendimento nesta instituição, de acordo com a Resolução CNS nº510/16 e complementares.

Para qualquer esclarecimento no decorrer da sua participação, estarei disponível através dos telefones: (3251 1143 ou 3251 1145 ramal 208), ou pelo endereço Avenida Castelo Branco, nº 170, Bairro Universitário, Lages, SC. Se necessário também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 1, sala 1226, Lages SC, (49) 32511086, e-mail: cep@uniplaclages.edu.br. Desde já agradecemos!

Eu \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ declaro que após ter sido esclarecido (a) pelo(a) pesquisador(a), lido o presente termo, e entendido tudo o que me foi explicado, concordo em participar da Pesquisa.

---

Nome e assinatura do participante

Lages, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Responsável pelo projeto: Lenita Agostinetto  
Endereço para contato: Universidade do Planalto Catarinense UNIPLAC, Av. Castelo Branco, 170, bloco 2, sala dos professores do mestrado Ambiente e Saúde, Lages SC  
Telefone para contato: 49 3251 1145 ou 49 3251 1143 ramal 208  
E-mail: prof.leagostinetto@uniplaclages.edu.br