











COVID-19 E FAMILIARES: A CONSTRUÇÃO POPULAR DO SENTIDO DE GRAVIDADE A DOENÇA

Covid-19 and family members: the popular construction of the sense of of seriousness the disease

Paula Yasmine Coelho Marques¹, Neemias Costa Duarte Neto², Marcos Antônio Barbosa Pacheco³, Déborah Adriane Pinheiro Trindade³, Flor de Maria Araújo Mendonça Silva³, José Márcio Soares Leite³, Francisca Bruna Arruda Aragão⁴, Cristina Maria Douat Loyola³

RESUMO

Há uma dificuldade para a compreensão da seriedade da COVID -19 tendo em vista a variedade de sinais e sintomas, bem como a similaridade com a gripe comum. Objetivou-se analisar os sinais e sintomas da COVID -19 que alertaram familiares sobre a gravidade da doença. Trata-se de um estudo qualitativo, analítico com familiares daqueles que evoluíram a óbito entre março a agosto de 2020 por COVID-19, descrito na declaração de óbito. Excluiu-se aqueles que estivessem em viagem, com diagnóstico de comprometimento cognitivo e que se recusasse a participar. As entrevistas foram realizadas nas cidades de Lago da Pedra, Imperatriz, Zé Doca e São Luís. Para a análise qualitativa dos dados, utilizou-se a análise temática e a teoria das representações sociais. Este estudo analisou três categorias, a saber: os gatilhos para a identificação da doença, as atitudes após esta identificação e o medo da morte. Conclui-se que o gatilho para gravidade da doença e que ocasionou a procura por atendimento médico é a sensação de cansaço, que no imaginário social significa falta de ar. A presença de comorbidade produziu a procura por assistência precoce.

Palavras-chave: Família. Infecções por Coronavírus. Sinais e Sintomas.

ABSTRACT

There is a difficulty in understanding the seriousness of COVID -19 in view of the variety of signs and symptoms, as well as the similarity with the common flu. We aimed to analyze the signs and symptoms of COVID -19 that alerted family members about the seriousness of the disease. This is a qualitative, analytical study with family members of those who died between March and August 2020 due to COVID-19, described in the death certificate. We excluded those who were traveling, with a diagnosis of cognitive impairment and who refused to participate. The interviews were carried out in the cities of Lago da Pedra, Imperatriz, Zé Doca and São Luís. For the qualitative data analysis, we used thematic analysis and the theory of social representations. This study analyzed three categories, namely: the triggers for the identification of the disease, the attitudes after this identification, and the fear of death. It is concluded that the trigger for the severity of the disease and that caused the search for medical assistance is the feeling of tiredness, which in the social imaginary means shortness of breath. The presence of comorbidity produced the search for early assistance.

Keywords: Family. Coronavirus Infections. Signs and Symptoms.

1. Universidade Ceuma. São Luís, Maranhão, Brasil.

2. Universidade Federal do Maranhão. São Luís, Maranhão, Brasil.

3. Universidade Ceuma. Mestrado Gestão de Programas e Serviços de Saúde. São Luís, Maranhão, Brasil

4. Universidade de São Paulo, Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto EERP-USP. São Luís, Maranhão, Brasil

*Autor para Correspondência: neemiascosta50@gmail.com



INTRODUÇÃO

A COVID-19, doença causada pelo SARS-CoV-2, levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a declarar situação de pandemia¹. No Maranhão, apesar dos mais de 180 mil casos confirmados e quase 4 mil óbitos, não houve notícias de colapso assistencial desde o início da pandemia, em março de 2020, pois ocorreu no Estado uma ampliação rápida de leitos, com a oferta de aproximadamente 1.700 vagas exclusivas para tratar a doença e mais de 400 leitos de UTI, além de organização dos fluxos de acesso a estes leitos, via estratificação de risco nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA)².

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os primeiros sinais e sintomas da doença são semelhantes a um quadro gripal comum, variando de pessoa para pessoa, podendo se manifestar de forma leve, em forma de pneumonia, pneumonia grave e síndrome respiratória aguda grave (SRAG). A maior parte das pessoas infectadas apresentam a forma branda da doença, com alguns sintomas como mal-estar, tosse, febre, dor de garganta, cansaço, cefaleia, anorexia, dor no corpo, dispneia leve ou congestão nasal. Outros sinais apresentados também são diarreia, náusea e vômito³.

Com um quadro de sinais e sintomas tão amplos, além de serem similares aos de outras doenças que não possuem um grau de gravidade elevado, torna-se difícil para o imaginário social compreender a seriedade da COVID-19, que se não tratada adequadamente e em suas fases iniciais, pode levar ao óbito. Ademais, percebe-se uma demora na identificação da doença, principalmente por pessoas carentes de informações, e por aquelas que se negam a acreditar na pandemia, mantendo-se céticos e críticos de supostos exageros da mídia⁴.

Assim sendo, as definições de casos suspeitos aconteciam com base no aparecimento de febre associada a um sinal ou sintoma respiratório, além dos casos em que o indivíduo tenha viajado para áreas com transmissão local ou tido contato com outros que testaram positivo para a doença. Porém, a febre, não precisamente, estaria presente em todos os indivíduos diagnosticados, tendo em vista que idosos ou até mesmo pessoas sem comorbidades não chegaram a apresentar esse sinal³.

Logo, a presente pesquisa justifica sua relevância pela complexidade do tema em analisar a narrativa de familiares das pessoas que foram a óbito pela COVID-19 em Imperatriz, Lago da Pedra, Zé Doca e São Luís - MA, descrevendo e investigando os sinais percebidos como graves e a forma como construíram a ideia de que se tratava de uma doença grave. Dessa forma, pretende-se contribuir e estimular a elaboração de pesquisas sobre a temática. Portanto, objetivou-se analisar quais foram os sinais e

sintomas que alertaram sobre a gravidade da doença e levaram os familiares das vítimas da COVID-19 a entenderem sua seriedade, e como agiram a partir da identificação do risco da doença para os que entraram em contato com ela.

METODOLOGIA

Trata-se uma pesquisa qualitativa, descritiva e analítica. A coleta dos dados apresentados ocorreu entre dezembro de 2020 a março de 2021, com pessoas do sexo masculino e feminino, com idade superior a 18 anos, cujo familiares tiveram diagnóstico de óbito por COVID-19. Foram realizadas entrevistas nos municípios de Imperatriz, Lago da Pedra, Zé Doca e São Luís-MA, utilizando-se o método *Snowball*, técnica que utiliza redes de referência e indicações para constuir amostras não probabilísticas⁵.

A partir das indicações foram obtidos nome e endereço dos participantes, assim como feitas as visitas. Após consentimento livre e esclarecido do participante, realizou-se entrevista semiestruturada. Sendo estas gravadas e posteriormente transcritas. Vale ressaltar que se garantiu a possibilidade de desistência da pesquisa, confiabilidade, privacidade e anonimato dos participantes.

Obteve-se como critério de inclusão o familiar, maior de 18 anos, daquele com diagnóstico de morte por COVID-19 e excluídos aqueles com incapacidade de comunicação verbal, em viagem fora do local de moradia, e cujo endereço não foi encontrado, como também, os que se recusarem a participar.

Como instrumento utilizado para coleta de materiais, realizou-se uma entrevista semiestruturada para obtenção de dados empíricos. A primeira parte diz respeito aos dados sociodemográficos e a segunda de perguntas abertas.

Na análise qualitativa, a abordagem metodológica do material das entrevistas ocorreu pelo estudo do conteúdo temático, nos termos propostos por Deslandes e Minayo⁶, tomando como categoria central as representações sociais, como enunciadas em Moscovici⁷, afim de compreender o objeto, responder as questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre a temática.

Este estudo está filiado a uma pesquisa maior intitulada: Perfil Clínico-Epidemiológico e Itinerário Assistencial De Óbitos Por Covid-19 No Maranhão, baseado na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, aprovado através do Parecer Circunstanciado do CEP número 4.305.629. Os participantes foram devidamente informados e esclarecidos quanto à importância e objetivo do estudo e após aceitação para sua participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra foi constituída por onze entrevistados, seguindo o princípio da “saturação temática”, isto é, quando as narrativas e respostas apresentarem um grau de repetição que não justifica ampliar o número de entrevistas. Acerca do grau de parentesco, percebe-se duas netas, quatro filhos, duas

viúvas e uma mãe, com predominância de pessoas do sexo feminino, idade entre 28 a 56 anos. Vale ressaltar a imensa tristeza, acompanhada por choro, ao falar sobre a perda do seu ente querido. Três entrevistados residiam na zona rural e oito na zona urbana das cidades maranhenses onde realizaram-se as entrevistas.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico dos entrevistados.

Ent.	Sexo	Idade	Profis.	Escol.	Estado Civil	Rel.	Proc.	Grau Parent.	Idade do Falecido	Comor. do Falecido
E1	F	44	NI	ESC	NI	C	Urb. SLZ	Mãe	77	Ausente
E2	F	28	Emp.	ESI	Casada	C	Urb. SLZ	Avó	78	DM, HAS, OBS, IRA.
E3	F	36	Prof.	ESC	Casada	C	Rural ZDC	Avó	72	HAS
E4	F	37	Lav.	EMC	Casada	C	Rural ZDC	Filho	17	Ausente
E5	F	45	Vend.	EMC	Solteira	C	Urb. SLZ	Pai	77	DM, HAS
E6	M	56	Verea.	ESC	Casado	C	Urb. ZDC	Mãe	91	DM, HAS, OBS, Arritmia.
E7	F	NI	Do Lar		Viúva	C	Urb. SLZ	Marido	87	Artrite, IRA, DCNI
E8	F	37	Lav.	EMC	Solteira	C	Urb. LDP	Pai	81	Ausente
E9	F	41	Servid. Pública	ESC	Viúva	E	Urb. ZDC	Marido	37	HAS
E10	F	49	Agric.	EMC	Divorc.	C	Rural IPZ	Irmão	53	Ausente
E11	F	40	Enf.	ESC	Divorc.	E	Urb. IPZ	Pai	67	HAS, DCNI.

Legendas: Agric. – Agricultora; C – Católica; Comor. – Comorbidade; DCNI – Doença Cardiovascular Não Identificada; Divorc. – Divorciada; DM – Diabetes Melitus; E – Evangélica; Enf. – Enfermeira; Emp. – Empreendedora; Ent. – Entrevistado; Escol. – Escolaridade; EMC – Ensino Médio Completo; ESC – Ensino Superior Completo; F – feminino; HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica; IPZ – Imperatriz; IRA – Insuficiência Renal Aguda; Lav. – Lavradora LDP –

Lago da Pedra; NI – Não Identificada; OBS – Obesidade; Parent. – Parentesco; Proc. – Procedência; Prof. – Professora; Profis. – Profissão; Rel. – Religião; Serv. – Servidora; SLZ – São Luís; Urb. – Urbana; Vend. – Vendedora; Vere. – Vereador; ZDC – Zé Doca.

A partir dos relatos obtidos nas entrevistas, os resultados foram separados em três categorias, sendo estas: gatilhos para identificação da doença, atitudes tomadas após identificação da doença e perspectiva de medo sobre a doença.

Gatilhos para identificação da doença

Por tratar-se de uma doença que atinge o trato respiratório, aquele infectado pelo vírus Sars-CoV-2 (causador da COVID-19) pode manifestar sintomas como tosse, expectoração, febre (temperatura acima de 37,8°), congestão nasal e dor de garganta, sendo identificado como caso suspeito ao apresentar um desses sinais⁸. Pode-se incluir também sintomas gastrointestinais, mialgia (dor muscular), anosmia (perda do olfato), ageusia (perda do paladar)³, ou ser assintomática, havendo confirmação da infecção através de testes⁹.

Entretanto, por se tratar, na maioria dos casos de manifestações clínicas similares aos de outras doenças virais, por exemplo a gripe, os acometidos não conseguiram identificar de imediato a presença da doença, até que houvesse agravamento no quadro. De acordo com as

orientações do Ministério da Saúde, ao apresentar sintomas leves da doença o indivíduo permanecesse em casa e isolado, tratando seus sintomas, possível de procurar por um serviço de emergência apenas aqueles que apresentassem sintomas graves como dispneia, dor no peito e aumento da febre¹⁰.

Por diante, de acordo com a teoria das representações sociais⁷, nota-se a percepção febril e a tosse como os primeiros sintomas percebidos de infecção pelo novo Coronavírus, contudo, não foram valorizados. Assim, alguns entrevistados passaram a acreditar que se tratava de uma gripe, considerando que não houve ageusia, enquanto outros suspeitaram ser sintomas dessa doença:

“Quando ela deu febre a gente desconfiou que ela já tava” (E2)

“Ela não sentia nada, só começou com aquela tosse” (E1)

“Quando ele estava dormindo ele tossia bastante” (E2)

“Inicialmente ela apresentou um quadro de resfriado... a gente pensou que era uma gripe realmente” (E6)

Contudo, ainda que a febre seja um sintoma recorrente nos casos da COVID-19, no relato a seguir percebe-se que a hipotermia (temperatura corporal abaixo de 35°) levou a família a procurar por atendimento especializado, apesar da presença de tosse:

“era só tipo uma tosse, era uma tosse seca [...] aí quando a temperatura dele baixou foi que a gente levou ele pro hospital, tava 33 a temperatura dele” (E8)

No dicionário Aurélio ¹¹ a palavra “abalar” tem significado de diminuir a solidez ou firmeza de, sacudindo, aluindo [...] abater-se, prostrar-se. Entretanto, nas falas, o termo refere-se à pior condição de saúde, e o adjetivo “aborrecido” é relatado junto à falta de apetite, sendo esse considerado um dos sintomas da doença ¹². Ademais, a tristeza, transmitida pelas expressões faciais, em conjunto com as demais sintomatologias anteriormente apresentadas levou à procura por atendimento de saúde especializado.

“ela tava com febre e ela tava deitada... pelo histórico dela que pra se abalar não era fácil... ali foi um choque que a gente tomou” (E2)

“ele não estava comendo nada” (E3)

“a gente levou ele porque ele tava assim triste, não tava querendo comer direito” (E5)

Os efeitos da doença sobre o corpo, visto como indicativo de infecção, passaram a ser observados pelas expressões do rosto, e de acordo com o imaginário social, sua gravidade está associada à presença de comorbidades, sendo as mais frequentes hipertensão, diabetes e cardiopatias ¹³. Tal achado corrobora com o estudo de Souza et al., ⁹, revelando que os pacientes ao apresentarem essas condições possuem um pior prognóstico, alto grau de severidade e mortalidade por COVID-19.

“ele tava com a feição assim de quem tava com uns dias doente, parecia que adoeceu, com os zói fundo, magro, a cara dele ficando fina demais” (E4)

“ela veio a óbito mais rapidamente foi devido as comorbidades que ela já tinha... ela era hipertensa, diabética, obesa, ela tinha problema de arritmia” (E6)

Mas, embora esse vírus possua características específicas, como anosmia e ageusia, é a falta de ar que determina, entre os entrevistados, a procura por assistência especializada. Além disso, a dispneia geralmente está associada às doenças fatais como sintoma indicativo de comprometimento pulmonar ¹⁴.

Há referência constante ao termo “cansaço” que significa, no uso pelo senso comum, dificuldade respiratória, enquanto no dicionário Aurélio ¹¹ essa mesma palavra apresenta os seguintes significados: falta de forças causada por exercício demasiado ou por doença; fadiga, cansaiva. Contudo, no imaginário social, à luz da teoria das representações sociais, esse termo significa algum desconforto respiratório indicativo para infecção por COVID-19, e como desfecho a procurar por assistência profissional.

“ele tava cansando, tava tossindo” (E3)

“começou a evoluir, ela começou a... tossir, e se sentir cansada... imaginávamos que ela tava com pneumonia” (E6)

“no outro dia ela amanheceu mais cansada ainda... no dia seguinte ela já sentiu cansaço já com falta de ar” (E6)

“começou a dar uma tosse leve... dessa tosse ele ficou dizendo que tava faltando ar, aí a gente levou ele pro – hospital –” (E4)

Em continuidade, há de se perceber a divergência e fluidez relacionada a representação do termo “cansaço”. Em algumas falas, este aparece relacionado à dor muscular, enquanto que em outras está associado à dificuldade respiratória, conforme dito acima. Assim sendo, a permanência da febre com a evolução da dor nas pernas para a dor no corpo todo, fez com que houvesse a procura por exame de imagem, seguido pela internação:

“quando agarrei ele, eu vi que ele tava com febre... ela colocou o termômetro, tava 39 (°C)” (E7)

“tava sentindo o corpo todo dolorido, com febre” (E7)

“aí foi bater uma tomografia do pulmão, ele tava com 25 (%) do pulmão comprometido... com cinco dia ele foi internado” (E7)

No relato descrito a seguir, ao que diz respeito a identificação da doença, o paciente entende que estava com COVID-19 por conhecer sua sintomatologia. Nesse caso, era enfermeiro e trabalhava no combate à doença, posteriormente comprovando a presença dela com a realização de exame de imagem:

“o que mostrou que ele tava com Covid foi a tomografia” (E9)

“muito calafrio e muito desconforto respiratório” (E9)

Ademais, ainda que frequentemente exames de imagens sejam relatados como meio isolado para identificar a infecção, Silva et al. ¹⁵ alega que esses devem ser usados

como exames complementares, pois no estágio inicial da doença, não constará alteração radiológica. Logo, o diagnóstico da COVID-19 deve ser obtido a partir das informações clínicas junto aos exames de sorologia ou RT-PCR.

Por diante, o verbo enfraquecer aparece como sintoma durante a evolução da doença, cuja explicação também percorre outras etiologias como calor ou frio e exposição à poeira. De modo que, estabelece a interdição de refrigerante se houver febre:

“ele sentia essas coisas e num dizia e ele esforçando aquele corpo... depois que ele pegou da poeira... aí ele ficou com aquele cansaço e uma tossezinha velha seca” (E4)

“aquela poeira foi o que fez mal a ele e o refrigerante, aquele esforço do serviço... eu acho que prejudicou ele” (E4)

Tais pensamentos, como o uso do refrigerante na presença de febre e o contato com a poeira - percebidos como agravantes para a doença - junto as diferentes interpretações do termo “cansaço”, são reflexo da cultura em que os entrevistados estão inseridos. Essas percepções de gravidade são reproduzidas através de gerações, contudo, distinguidas e compreendidas de acordo com a realidade de cada indivíduo⁷.

Atitudes tomadas após identificação da doença

Com objetivo de diminuir o contágio da COVID-19, foram aderidos métodos de proteção, a saber: o isolamento social vertical, indicado para idosos e aqueles com comorbidades e o horizontal aos que não trabalhavam com atividades essenciais, ou a quarentena, nas situações de contato com infectados¹⁶. Perante o exposto, esta última diz respeito a uma medida adotada entre os familiares após suspeita de infecção da doença, havendo divisão entre os que deveriam ficar isolados e os que poderiam se expor a esse contágio, de forma que sempre contasse com alguém sem diagnóstico da doença para cuidar dos doentes. Conforme visto a seguir.

“ficar as duas (a pessoa que foi infectada e morreu e a pessoa que infectou) junto isolada pra que não contaminasse a gente... se a gente adoecesse não tinha quem tomasse de conta delas... a gente era quem levava elas duas pro médico” (E2)

Quanto ao doente, após o primeiro sintoma, houve a procura por um posto de saúde. Na ocasião, a equipe de saúde permaneceu monitorando seu estado clínico enquanto apresentava sinais leves da doença:

“ela deu febre... no outro dia de manhã a gente foi bater no posto com ela” (E2)

“no décimo dia ela começou a ficar fraca... mas nesse processo ela tava fazendo acompanhamento médico, a gente levava ela no posto, ela tomava os remédios (azitromocina e ivermectina)” (E2)

Por conseguinte, em uma das entrevistas realizadas, em virtude da falta de ar apresentada pelo doente, a internação ocorreu mesmo com resultado negativo do teste para COVID-19. Após a internação, paciente evoluiu negativamente, apresentando vômito com sangue, foi transferido para outra cidade onde pudesse ser entubado, de forma que não houve explicação acerca do motivo que levou o aparecimento desse sintoma.

“na sexta ele apiorou de novo... fizeram teste de Covid e num deu (positivo), mas mesmo assim internaram ele, porque ele tava com falta de ar” (E4)

“sábado que nós chegemo lá (em outra cidade)... aí ele apiorou, começou a vomitar sangue, sangue mermo, aí levaram ele pra UTI” (E4)

Portanto, nota-se que a partir da manifestação dos sintomas, ou sua complicação, ocorre a procura por atendimento hospitalar em busca de tratamento, podendo ser compreendido, segundo a teoria das representações sociais de Serge Moscovici⁷ como um comportamento herdado culturalmente, onde, há a associação do hospital com a cura da doença.

No entanto, contrariando os achados acima em que se faz necessário sair de casa em busca de auxílio médico, nestes relatos houve facilidade para conseguir atendimento de saúde em domicílio, pois o enfermo possuía parentesco com o vereador da cidade (E6) e o segundo (E9) era secretário de saúde do município. A ida para o hospital ocorreu apenas após agravamento da doença.

“o médico... foi lá em casa... e disse... ela tá com uma virose” (E6)

“ele já estava em casa usando uma máscara de oxigênio, um balão de oxigênio” (E9)

“ele não dormia, se tremia muito [...] ele foi direto pro - hospital-” (E9)

Perspectiva de medo sobre a doença

A COVID-19 provocou medo no seio social em virtude de suas complicações. Estas, causam um risco de morte iminente, associado à falta de infraestrutura dos hospitais para atender adequadamente a grande demanda de pacientes acometidos pela doença, o que por fim gera insegurança. Dessa forma, a existência do medo da morte acaba induzindo ao uso dos equipamentos de proteção como

máscaras, álcool em gel e distanciamento social, conforme pontuado por Lindemann et al.,¹⁷.

Portanto, seguindo as representações sociais construídas, avalia-se a COVID-19 como uma doença má, mafista-se, também, profundo medo de conviver com as pessoas. Conforme relato a seguir:

“é um vírus invisível... simplesmente mata e sufoca, então é uma doença muito má” (E7)

“é um medo, medo... até de conviver com as pessoas” (E7)

“é muito difícil, até hoje o medo ainda continua” (E7)

À vista disso, o familiar acometido pela doença apresenta resistência à ida ao hospital, mesmo após consideráveis insistências da família.

“no dia que ela deu febre ela não queria ir ao médico” (E2)

“a gente percebeu que ela tava cansando e a gente queria levar ela e ela não queria ir (para o hospital)” (E2)

Nessa linha, estar em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) expõe o paciente à uma condição de vulnerabilidade, pois o mesmo passa a reconhecer os limites da vida ao ter suas funções fisiológicas desenvolvidas por aparelhos, perde-se controle do corpo, além do medo de morrer estando em isolamento, longe da família¹⁸. Logo, no imaginário coletivo, entubar é começar a morrer:

“ele chegou a dizer ‘não era pra chegar a internar ele porque ele não ia resistir’” (E7)

Segundo Alves et al.,¹⁹, com o intuito de evitar a contaminação daqueles que não foram acometidos pela doença e de liberar leitos, diversos serviços hospitalares, como aqueles tidos como não urgentes, tiveram que ser suspensos. Sendo assim, na pandemia, todo o cuidado está direcionado para que não se adoça por Covid, mas, na realidade só se pode adoecer por Covid, uma vez que o acesso a outros tratamentos está difícil ou impossível:

“eu me opereí da vista... vai fazer um mês agora, mas nem pode voltar lá porque encerrou tudo... as coisas que a gente quer ter não pode porque tá tudo fechado” (E7)

De acordo com Serge Moscovici⁷ a forma como reagimos frente aos estímulos e acontecimentos, está ligada ao partilhar das definições do que venha a ser os fatos sociais aos indivíduos de uma comunidade. À vista disso, tais reações e respostas ao medo da doença, estão relacionadas à maneira que ela se apresenta à população, sendo definida como uma doença mortal. Ocasiona-se, desse modo, medo

àqueles que foram infectados, haja vista a possibilidade de óbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cansaço é a representação social que justifica a gravidade da doença. Esse termo apresenta um novo significado, que não se pauta na fadiga muscular, mas na falta de ar vivenciada pelos pacientes com COVID e que justificou a procura por atendimento médico.

Identificar em que momento há procura por assistência médica contribui para prevenir agravos e promover o diagnóstico precoce, otimizando o tratamento.

A noção de gravidade para a COVID-19 e a procura por atendimento precoce estão associadas à presença de comorbidade como hipertensão, diabetes e obesidade. Vale ressaltar que fatores extra clínicos, como o econômico, facilitando acesso ao atendimento médico, e o relacionamento social ou de parentesco com figuras de importância política no contexto, foram relevantes para o acompanhamento clínico dos pacientes. O hospital retorna a conceitos medievais de local de morredouro, no qual os pacientes não querem estar, por implicar em ausência de contato familiar e uma aproximação anunciada da morte.

REFERÊNCIAS

- Hallal PC, Horta, BL, Barros AJ, Dellagostin OA, Hartwig FP, Pellanda LC, ... & Victora CG. (2020). Evolução da prevalência de infecção por COVID-19 no Rio Grande do Sul, Brasil: inquéritos sorológicos seriados. *Ciênc Saúde Colet*, 25, 2395-2401.
- MARANHÃO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Boletim Epidemiológico Covid-19. São Luís, 25 de outubro de 2020.** Disponível em: <<http://www.saude.ma.gov.br/wp-content/uploads/2020/10/BOLETIM-25-10.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2020.
- Iser BPM, Sliva I, Raymundo VT, Poletto MB, Schuelter-Trevisol F, & Bobinski F (2020). Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. *Epidem e Servij de Saúd*, 29.
- Darzé ES. COVID 19: Compreensão, bom senso e colaboração. *Cárdio Pulmonar*, Rio Vermelho, 17 de março de 2020. Notícia. Disponível em: <<https://www.cardiopulmonar.com.br/noticia/artigo-covid-19-compreensao-bom-senso-e-colaboracao/>>. Acesso em: 04 nov. 2020.
- Bockorni BRS, Gomes AF. A amostragem em snowball em uma pesquisa qualitativa no campo da administração. *Revista de Ciênc Empres da UNIPAR*, Umuarama, v. 22, n. 1, p. 105-117, 2021.
- Minayo MCS, Deslandes SF. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 25. ed. rev. atual. Petrópolis: Vozes, 2007. 108p.
- Moscovici S. *Representações sociais: Investigações em psicologia social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015. 404 p.

8 Brasil. 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. 14 de março de 2020. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/images/PDF/2020_03_13_Boletim-Epidemiologico-05.pdf>. Acesso em: 24 set. 2021.

9 Souza TA, Siqueira BS, Grassioli S. Obesidade, comorbidades e covid19: Uma breve revisão de literatura. *Var Scientia-Ciênc da Saúd*, v. 6, n. 1, p. 72-82, 2020.

10 Ruprecht T. Coronavírus: faz sentido buscar atendimento médico aos primeiros sintomas?. 2020. Disponível em: <<https://saude.abril.com.br/medicina/coronavirus-faz-sentido-buscar-atendimento-medico-aos-primeiros-sintomas/>>. Acesso em: 25 de ago. 2021.

11 Ferreira ABH. *Dicionário da língua portuguesa*. 1. ed. Rio de Janeiro, 1988. 687 p.

12 Tadei GE. Um olhar sobre a assustadora pandemia da COVID-19 e suas consequências. *Cogit*, v. 3, n. 1, p. 100-104, 2020.

13 Feitoza TMO, Chaves AM, Muniz GTS, da Cruz MCC, & Junior IDFC (2020). Comorbidades E Covid-19. *Revista Interf: Saúd, Human e Tecnol*, 8(3), 711-723.

14 Accorsi TAD, Amicis KD, Brígido ARD, Belfort DDSP, Habrum FC, Scarpanti FG, ... & Cordioli E (2020). Avaliação de pacientes com sintomas respiratórios agudos durante a pandemia de COVID-19 via Telemedicina: características clínicas e impacto no encaminhamento. *Einst (São Paulo)*, 18.

15 Silva, L. D. S., Andrade, K. C. L. D., & Soares, M. L. L. (2021). Exames de imagem como método complementar para o diagnóstico da COVID-19: revisão integrativa de literatura.

16 Guinancio, JC, de Sousa JGM, de Carvalho BL, de Souza ABT, de Araujo Franco A, de Almeida Floriano A, & Ribeiro WA (2020). COVID-19: Desafios do cotidiano e estratégias de enfrentamento frente ao isolamento social. *Resear, Socie and Developm*, 9(8), e259985474-e259985474.

17 Lindemann IL, Simonetti AB, Amaral CPD, Riffel RT, Simon TT, Stobbe JC, & Acrani GO (2021). Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. *Jornal Brasilei de Psiquiat*, 70, 3-11.

18 da Silva JEF, Gois NAR, Carlos TC, da Silva AR, Barbosa AS, & Studart RMB (2021). Experiência vivenciada por pessoas acometidas por COVID-19 no percurso da internação à alta hospitalar. *Resear Socie and Developm* 10(6), e42310615931-e42310615931.

19 Alves THE, de Souza TA, de Almeida Silva S, Ramos NA, & de Oliveira SV (2020). Análise de óbitos domiciliares e hospitalares por causas respiratórias e cardiovasculares durante à pandemia da COVID-19 em Minas Gerais. *Vigilância Sanitária em Debate: Socieda, Ciênc & Tecnolog*, 8(3), 104-113.