



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAUDE**

MARIA NÚBIA DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO E PRÁTICA DE ORIENTAÇÕES SOBRE MEDIDAS
PREVENTIVAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A COVID-19 NA ÁREA DE
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE- PB**

**JOÃO PESSOA-PB
2022**

**PERCEPÇÃO E PRÁTICA DE ORIENTAÇÕES SOBRE MEDIDAS
PREVENTIVAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A COVID-19 NA ÁREA DE
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE- PB**

Dissertação submetida ao Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família - PROFSAÚDE
da Universidade Federal da Paraíba para obtenção
do título de Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa
Muñoz

JOÃO PESSOA
2022

048p Oliveira, Maria Núbia de.
Percepção e prática de orientações sobre medidas preventivas não farmacológicas para a COVID-19 na área de uma Unidade Básica de Saúde de Campina Grande- PB /Maria Núbia de Oliveira. - João Pessoa, 2022.
102 f: il.

Orientação: Rilva Lopes de Sousa Muñoz. Dissertação (Mestrado)
- UFPB/CCBS PROFSAUDE.

1. Coronavírus. 2. COVID-19. 3. Saúde - Modelo de crenças. 4. Saúde da família - Estratégia. 5. Doenças -Prevenção. I. Muñoz, Rilva Lopes de Sousa. II. Título.

UFPB/BC CDU 578.834(043)

CRB – 15/0386

MARIA NÚBIA DE OLIVEIRA

**PERCEPÇÃO E PRÁTICA DE ORIENTAÇÕES SOBRE MEDIDAS
PREVENTIVAS NÃO FARMACOLÓGICAS PARA A COVID-19 NA ÁREA DE
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE CAMPINA GRANDE- PB**

**Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde da Família
(Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de
Título de Mestre em Saúde da Família.**

Aprovada em 23 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA



**Prof. Dra. Rilda Lopes de Sousa Muñoz
Presidente da Comissão (Orientadora)
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFPB**



**Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFPB
Avaliador Interno**



**Prof. Dr. Agostinho Hermes de Medeiros Neto
Avaliador Externo/Departamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias/CCM/UFPB**

Agradeço a Deus o alcance do título de Mestre, Ele que sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida, me amparando e protegendo. A ti Senhor, elevo meu pensamento, minhas intenções e minha gratidão sempre. Dedico este trabalho ao meu pai, Francisco Miromar de Oliveira (*in memorian*), que perdeu a batalha da vida para a COVID-19.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua presença constante em todos os momentos da minha vida.

Aos meus pais, *in memorian*, por sempre acreditarem em mim e me apoiarem em todos os momentos da minha vida.

Ao meu marido, por seu amor, carinho e compreensão pelos momentos que precisei estar ausente na família.

Ao meu único filho, “meu presente de Deus”, que da maneira dele, sempre me incentivou em todos os momentos da minha trajetória profissional.

A minha secretária, Luciana, por cuidar tão bem e com zelo do meu lar, permitindo que eu pudesse estudar.

A minha orientadora, Profa. Dra. Rilva, pelo empenho e dedicação na condução dessa orientação e pelo tão grande aprendizado.

Aos colegas de curso PROFSAUDE, por estarmos sempre unidos, nos ajudando mutuamente.

Aos professores do curso PROFSAUDE com seus importantes ensinamentos e contribuições na minha trajetória profissional.

Aos profissionais da UBS Romualdo Brito de Figueiredo, pela acolhida sempre calorosa, pelas contribuições compartilhadas acerca do processo de trabalho cotidiano.

“Tudo tem o seu tempo determinado, e há tempo para todo o propósito debaixo do céu, há tempo de nascer, e tempo de morrer; tempo de plantar, e tempo de arrancar o que se plantou.”

(Eclesiastes 3:1,2)

Esse foi o meu tempo!...

RESUMO

A doença causada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) acarretou uma grave crise global de saúde pública que obrigou a população a adotar medidas não farmacológicas (MNF) preventivas para a doença. Supõe-se que as percepções sobre a COVID-19 se associam à adoção de MNF. O objetivo geral desta dissertação foi analisar como a população do território de abrangência de uma unidade básica de saúde (UBS) da cidade de Campina Grande-PB percebeu e aplicou as informações sobre MNF de prevenção da COVID-19, assim como avaliar a relação entre essa percepção e variáveis sociodemográficas e diagnóstico de COVID-19. Realizou-se uma pesquisa de campo, descritivo-transversal e de abordagem mista quanti-qualitativa em fases sequenciais. A primeira fase envolveu uma amostra de 70 usuários da população adstrita à UBS para a fase quantitativa e, entre estes, 14 foram escolhidos para a fase qualitativa. A coleta de dados foi feita por questionário estruturado (dados sociodemográficos; informações sobre MNF; gravidade da COVID-19; suscetibilidade à COVID-19; confiança nas MNF) e por entrevistas não estruturadas abordando enfrentamento, informações e impacto da COVID-19. A amostra da primeira fase foi predominantemente feminina (65,2%), não branca (69,6%) e de instrução superior/pós-graduação (62,3%), perfil que também foi observado na amostra de 14 participantes da fase qualitativa. Observou-se que a adesão às MNF foi alta, aplicando-se MNF em associação, sobretudo lavagem das mãos, uso de álcool e máscara facial (51/74,2% para cada) e isolamento (36/52,4%). A maior parte se informou sobre MNF por TV e jornais, e menor parte por amigos, parentes, governantes e profissionais da UBS; 49,2% se perceberam suscetíveis e 65,2% se sentiram confiantes nas MNF. Na análise qualitativa das falas dos 14 participantes da segunda fase, houve mais discursos referentes a máscaras, vacinação e coletividade, nas categorias emergentes de prevenção, percepção, informação, governança e impacto. Os respondentes relataram críticas ao conteúdo e ênfase insuficiente das informações e à adesão parcial pela sua comunidade. O “kit-COVID” surgiu em tom crítico sob a alegação de não cientificidade. Foram relatadas sobretudo ações de saúde de âmbito hospitalar. O impacto da COVID-19 ocorreu pelo enfrentamento, com efeito negativo na família pelo distanciamento, e pela mudança de atitude pessoal no aprendizado da crise. O objetivo do segundo artigo foi determinar a percepção e a aplicação das principais orientações sobre MNF de prevenção da COVID-19, e sua relação com variáveis sociodemográficas e diagnóstico de COVID-19. Os dados mostraram que 47,8% eram funcionários públicos, representando 58,9% dos que possuíam trabalho remunerado na amostra. Observou-se que 51 participantes (75%) conservaram seus trabalhos remunerados durante a pandemia, 44 (86,2%) na modalidade presencial. A adesão às MNF foi alta, mas sem associação da percepção de suscetibilidade ao contágio e de gravidade da doença com variáveis sociodemográficas e diagnóstico de COVID-19. Concluiu-se que as orientações sobre as MNF alcançaram os participantes e para isto, deve ter contribuído o grau de escolaridade favorável da amostra. Foi possível compreender como informações sobre MNF foram recebidas (TV, jornais), percebidas (valorizadas e compreendidas, mas consideradas insuficientes) e aplicadas (maioria da amostra). Conclui-se que a maioria dos participantes percebeu a pandemia de COVID-19 como uma doença grave, demonstrando confiança nas medidas preventivas preconizadas e adotando-as, entendendo mudanças decorrentes do isolamento social para si e sua família como negativas, assim como o impacto da crise no seu crescimento pessoal. As características sociodemográficas da amostra estão provavelmente associadas às suas respostas sobre as informações adquiridas e à adoção das MNF.

Palavras-chave: COVID-19; Modelo de Crenças em Saúde; Prevenção de Doenças; Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

The disease caused by the new coronavirus 2019 (COVID-19) has led to a serious global public health crisis that has forced the population to adopt preventive non-pharmacological measures (MNF) for work. I assume that perceptions about COVID-10 are associated with adoption of MNF. The general objective of this dissertation was to analyze how the population of the territory of a basic health unit (UBS) in the city of Campina Grande-PB perceives and applies the information on MNF for the prevention of COVID-19, as well as how to assess the relationship between This perception and sociodemographic variables and diagnosis of COVID-19. A descriptive-cross-sectional field research was carried out with a mixed quanti-qualitative approach in sequential phases. The first phase involved a sample of 70 users from the population attached to UBS for the quantitative phase and, among these, 14 selected forums for the qualitative phase. The collection of data was obtained by structured questionnaire (sociodemographic data; information on MNF; gravity of COVID-19; susceptibility to COVID-19; confidence in MNF) and by unstructured interviews addressing the confrontation, information, and impact of COVID-19. The sample of the first phase was predominantly female (65.2%), white (69.6%) and higher education/post-graduation (62.3%), a profile that was also observed in the sample of 14 participants of the phase qualitative. It was observed that adherence to MNF was high, applying MNF in association, especially hand washing, use of alcohol and facial mask (51/74.2% for each) and isolation (36/52.4%). MNF was reported for the most part by TV and newspapers, and to a lesser extent by friends, relatives, government officials and UBS professionals; 49.2% felt susceptible and 65.2% felt confident in MNF. In the qualitative analysis of the two 14 participants in the second phase, there were more speeches regarding masks, vaccination, and community, in the emerging categories of prevention, perception, information, governance and impact. The respondents reported criticism of the content and insufficient emphasis on information and partial adequacy for their community. The “kit-COVID” arose in a critical tone on the allegation of non-scientificity. Foram reported above all ações de saúde de ambito hospitalar. The impact of COVID-19 occurred due to confrontation, with a negative effect on the family due to distancing, and due to the change in attitude of people not learned from the crisis. The objective of the second article was to determine the perception and application of the main guidelines on MNF for the prevention of COVID-19, and its relationship with sociodemographic variables and diagnosis of COVID-19. The data show that 47.8% were civil servants, representing 58.9% two who had paid work in the sample. It was observed that 51 participants (75%) kept their paid jobs during the pandemic, 44 (86.2%) in face-to-face mode. Adherence to the MNF was discharged, but there was an association with the perception of susceptibility to contagion and gravity of illness with sociodemographic variables and diagnosis of COVID-19. It is concluded that the orientations on the MNF will reach the participants and for this, they must have contributed or have a favorable educational degree from the sample. It was possible to understand how information about MNF was received (TV, jornais), perceived (valued and understood, but considered insufficient) and applied (maioria da amostra). It was concluded that most of the participants perceived the COVID-19 pandemic as a serious illness, demonstrating confidence in the preventive measures recommended and provided, understanding changes in social isolation for themselves and their families as negative, as well as the impact of crise no seu pessoal growth. The sociodemographic characteristics of the sample are probably associated with their answers about the information acquired and the adoption of the MNF.

Keywords: COVID-19; Crenças em Saúde model; Doenças Prevention; Family Health Strategy.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Figura 1: Diagrama representativo do problema de pesquisa, fases, abordagens metodológicas e produtos da dissertação

Figura 2: Mapas dos bairros e das zonas urbanas da cidade de Campina Grande – PB

Figura 3: Área de Abrangência da UBS Romualdo Brito de Figueiredo

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

APS – Atenção Primária a Saúde

COE – Centro de Operações de Emergência

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

ESPIN – Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional

EPS – Educação Permanente em Saúde

GA – Grupo Amostral

MCS – Modelos de Crenças em Saúde

MNF – Medidas não Farmacológicas

MS – Ministério da Saúde

OECD -*Organisation for Economic Co-operation and Development*

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-americana da Saúde

PNAB – Política Nacional da Atenção Básica

PNEPS – Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

PNS – Pesquisa Nacional de Saúde

PB - Paraíba

PSF – Programa Saúde da Família

SARS CoV2 -*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

SUS – Sistema Único de Saúde

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	18
Geral	18
Específicos	18
3. JUSTIFICATIVA	19
4 REVISÃO DA LITERATURA	23
A Pandemia de COVID-19	23
Papel da Estratégia Saúde da Família na Prevenção de Doenças Infecciosas	24
Medidas Não Farmacológicas de Prevenção da COVID-19	25
Educação em Saúde e COVID-19	28
Percepção de Riscos da COVID-19 e Modelos de Crenças em Saúde	30
5 METODOLOGIA	34
5.1 Tipo de Estudo	34
Instrumento de Coleta de Dados	35
Universo do Estudo e Amostra	36
Procedimento de Coleta de Dados	38
Variáveis do Estudo	39
Análise dos Dados	41
Fase Quantitativa	41
Fase Qualitativa	41
Aspectos Éticos	43
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
Artigo Original 1	44
Artigo Original 2	75
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
REFERÊNCIAS	90
ANEXOS	97

1 INTRODUÇÃO

A doença causada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) conduziu a uma grave crise global de saúde pública, com grande impacto econômico, social e político. Esta doença infecciosa foi identificada pela primeira vez na China, em dezembro de 2019. Cerca de um mês depois, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que se tratava de uma epidemia classificada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Em 11 de março de 2020, a OMS declarou a situação epidemiológica como pandemia (WHO, 2020).

O número de casos de contaminação pelo novo coronavírus, denominado *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2), deflagrou uma ameaça a milhões de vidas em todo o mundo, e a pandemia de COVID-19 se tornou a ESPII de disseminação mais rápida, extensa e desafiadora desde a Segunda Guerra Mundial (XE *et al.*, 2020). A principal forma de transmissão da COVID-19 se dá por meio de gotículas respiratórias presentes no ar, por contato direto, pessoa a pessoa, assim como pelo contato manual com superfícies contaminadas com vírus viáveis. Os casos assintomáticos desempenham um papel crítico nesse processo de transmissão.

Diante dessa situação alarmante, cada governo nacional em todo o mundo emitiu recomendações sobre as restrições de mobilidade, higienização pessoal, uso de máscaras e distanciamento social (WHO, 2020). Planos de ação globais foram colocados em prática. Em âmbito global, medidas de controle rigorosas foram impostas para lidar com a pandemia pela COVID-19, tentando evitar que as taxas de contágio e mortalidade subissem vertiginosamente.

No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, a COVID-19 foi declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN). O Ministério da Saúde (MS) acionou o Centro de Operações de Emergência (COE), coordenado pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS/MS), para planejamento e organização das atividades entre os atores envolvidos, assim como monitoramento da situação epidemiológica. Houve mobilização de vários setores do governo e diversas ações foram implementadas, incluindo a elaboração de um plano de contingência.

A resposta do governo brasileiro se tornou mais incisiva com o passar das semanas, evoluindo de intervenções acanhadas para medidas rigorosas, que envolveram a imposição obrigatória de adoção de atitudes comportamentais de prevenção, quando ainda não existiam vacinas para a COVID-19. Segundo Oliveira *et al.* (2020), a orientação do MS para a população tem sido clara desde o princípio, no sentido de reforçar a importância das medidas

de prevenção da transmissão do SARS-CoV-2, que incluem: (i) a higienização das mãos com água e sabão ou álcool 70% em gel; (ii) a “etiqueta respiratória”, que consiste em cobrir o nariz e a boca ao espirrar ou tossir; (iii) o distanciamento social; (iv) o não compartilhamento de objetos de uso pessoal, como fômites em geral ; e (v) a ventilação nos ambientes. A partir de abril de 2020, o MS passou a orientar a população sobre o uso de máscaras de pano, como barreira à propagação do SARS-CoV-2 em âmbito populacional.

Com o crescimento do número de contaminados e doentes, pelo início da ocorrência de transmissão comunitária, estratégias de mitigação passaram a ser adotadas, buscando-se evitar o surgimento de casos graves e óbitos pela doença, com iminente colapso do sistema de saúde. Houve ampliação do número de leitos de enfermarias e de terapia intensiva, assim como compra de insumos e equipamentos necessários, de modo tripartite, com a participação do MS, estados e municípios, além de medidas de isolamento para casos leves e contactantes (BRASIL, 2020).

Até agora, os estudos de base populacional conduzidos sobre a conscientização pública, percepções comunitárias de risco e comportamentos individuais em relação à prevenção da COVID-19 são escassos no Brasil, pois se trata de uma doença emergente de surgimento recente e repentino, com rápida disseminação pelo mundo todo. São necessárias pesquisas em torno deste objetivo para fornecer subsídios e evidências sobre as necessidades educacionais do público, detectar pessoas com mais necessidades de educação e cuidados, de controle do deslocamento de pessoas dentro e fora das cidades, uso adequado de fontes de notícias e informações, além de diminuição da ansiedade e estresse emocional nos contextos familiar e comunitário.

Ressalta-se que, apesar da obrigatoriedade das medidas de proteção pública, a adesão tem sido variável na população geral (ABUD; SOUZA, 2020). O não cumprimento e, em certa medida, o desinteresse de certos grupos em relação aos regulamentos impostos foi considerado alarmante, evidenciando a desvalorização do risco de contágio pelo SARS-CoV-2. Portanto, mesmo diante do esforço dos entes governamentais, o reforço das estratégias para amenizar a transmissão do vírus e as campanhas de vários setores da sociedade, não parece ter resultado em adesão generalizada, o que representa um problema atitudinal atribuível à educação e conscientização da própria população.

Para conter a propagação do vírus SARS-CoV-2, as autoridades de saúde tentaram melhorar o comportamento de proteção entre os cidadãos, primeiro emitindo avisos e recomendações sobre o novo vírus na mídia em geral e, em um estágio posterior, impondo restrições legais, em alguns casos envolvendo vários graus de isolamento ou

“confinamento”. Essas medidas tiveram várias amplitudes de sucesso, especialmente no início da epidemia. Mesmo quando a escala do problema se tornou pandêmica, um número significativo de pessoas não seguiu (e continua a não seguir) estritamente as recomendações sanitárias. Essa falta de adesão é freqüentemente condenada como irresponsável, mas isso pode não ser necessariamente a realidade, por se tratar de percepções individuais e singulares, enquanto a própria comunicação pode se tornar imprecisa. Portanto, mudar o comportamento das pessoas não é tão fácil quanto às tentativas de informá-las sobre os riscos (VAN DEN BROUCKE, 2020).

As pandemias, como a da COVID-19, ao afetarem uma quantidade extremamente elevada de pessoas, impõem novas regras e hábitos sociais às populações (DUARTE *et al.*, 2020). Em consonância com a repercussão epidemiológica, as informações sobre a pandemia são assuntos constantemente presentes na mídia. Nesse sentido, entre as lições aprendidas com a epidemia anterior da síndrome respiratória aguda grave (SARS, do inglês *SevereAcuteRespiratorySyndrome*), um surto de infecção viral respiratória causada pelo coronavírus SARS-CoV em 2002-2003, está a lição de que situações epidêmicas geram atitudes de pânico que podem complicar mais a propagação da doença (AZLAN *et al.*, 2020). Uma pesquisa com enfoque nesses aspectos poderá fornecer uma visão geral das práticas de prevenção postas em prática pela população contra a COVID-19.

Por outro lado, durante a pandemia atual, uma superabundância de informações, que podem ser precisas ou não, pode ter trazido certa confusão às pessoas, de um modo geral, ao buscarem fontes de conhecimento (WHO, 2020b). Devido à obscuridade em torno dos conhecimentos sobre este novo vírus, principalmente no início da pandemia, houve confusão e mal-entendidos na população geral sobre como ele se propagava e os cuidados necessários para prevenir a infecção. Isso se torna cada vez mais desafiador com a vasta quantidade de desinformação e notícias falsas que passaram a ser disseminadas, comprometendo ainda mais a compreensão das pessoas sobre a COVID-19.

As percepções das pessoas sobre o risco associado à pandemia são fatores-chave que contribuem, ou não, para o aumento da participação pública nas medidas preventivas de doenças. Durante a pandemia de COVID-19, as comunicações destinadas a promover a adoção de comportamentos preventivos devem se concentrar em aumentar a percepção da real seriedade, a percepção de risco, a autoeficácia para lidar com a pandemia de COVID-19 e a eficácia das medidas comportamentais adotadas para reduzir o risco (SHAHIN; HUSSIEN, 2020).

Os programas de educação em saúde adaptados a várias categorias sociodemográficas, para melhorar a conscientização, o engajamento, as percepções e as atitudes da população no tocante a mudança de comportamentos são vitais para aumentar a adoção de medidas preventivas contra a COVID-19. As atitudes das pessoas são mediadoras entre seus saberes, culturas e práticas, desempenhando um papel importante para um melhor controle da epidemia ao facilitar o processo de mudança de atitudes das pessoas.

Portanto, a percepção de risco desempenha um papel importante na estimativa do grau de conscientização da comunidade em relação à gravidade desta pandemia e o grau de vontade de cooperar na implementação de medidas preventivas de saúde, em âmbito individual, coletivo, local, regional, nacional e internacional. Ainda existe uma lacuna na pesquisa em relação à extensão da percepção de risco em resposta a pandemias de saúde entre várias sociedades, especialmente no Brasil.

Além disso, a identificação do grau de conscientização da sociedade em relação à pandemia de COVID-19, suas intenções e habilidades para aplicar medidas preventivas, assim como seu senso de auto-eficácia na aplicação destas, são de fundamental importância na compreensão dos fatores que promovem comportamentos compatíveis com tais ações. Estas dependem do tipo de informações que os sujeitos valorizam, assim como suas fontes. A forma como a população se informou se por meio de comunicados da grande mídia, de canais de comunicação do governo, ou por meio de redes sociais digitais, ou pela própria família, amigos e comunidade local, são aspectos que precisam ser tomados em consideração também. Ao coletar essas informações, pode-se identificar em que base de informações uma comunidade buscou minimizar os efeitos da pandemia, em que a cooperação social desempenha papel crucial na tomada de medidas de prevenção.

As informações disponíveis sobre o conhecimento e as crenças da população sobre a COVID-19 ainda são limitadas. Mas para que as comunidades se engajem em ações para proteger sua saúde, é necessário que elas tenham conhecimento factual sobre como prevenir a COVID-19 e onde elas obtêm informações precisas e atualizadas sobre a doença. As comunidades precisam ter indicações onde os seus membros podem obter informações confiáveis sobre saúde e apoiar ou alcançar a mídia local com mensagens de saúde pública destinadas a aumentar o conhecimento da COVID-19 e as estratégias de prevenção da doença. As comunidades precisam ter confiança nas informações veiculadas para que possam perceber sua importância, absorverem esse conhecimento e colocarem em prática.

O conhecimento das crenças de determinada população representa um aspecto a ser enfatizado. Os resultados de Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), de âmbito nacional e base

domiciliar, evidenciaram que “os brasileiros priorizam não adotar (ou não cessar) os hábitos que, reconhecidamente, são nocivos à sua saúde, do que aderir a práticas que lhe trarão benefícios” (SZWARCWALD *et al.*, 2015, p. 134). Contudo, o conhecimento geralmente está positivamente associado a comportamentos de proteção à saúde (LEE *et al.*, 2020).

Um estudo realizado em seis países desenvolvidos em abril de 2020 mostrou que, embora a maioria das pessoas usasse notícias de organizações oficiais como sua fonte primária de informação, cerca de metade dos participantes relatou também usar o buscador Google ou outra forma de pesquisa on-line e plataformas de mídia social para informação relacionada à COVID-19. Especificamente, 25-53% dos participantes em seis países relataram usar o Facebook para obter informações sobre a COVID-19 pelo menos uma vez na semana anterior (NIELSEN *et al.*, 2020). Por outro lado, este último estudo referido mostrou também que nos Estados Unidos, embora aqueles que contam com fontes informais de informação, como mídia social ou amigos e familiares, tivessem menor conhecimento sobre a COVID-19 e fossem menos propensos a tomar as medidas recomendadas para se proteger e proteger os outros, essas fontes interativas também tinham o maior potencial para ajudar as pessoas a se envolverem em comportamentos apropriados.

A comunicação para a saúde, que diz respeito ao “estudo e utilização de estratégias de comunicação para informar e para influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promoverem a sua saúde” (TEIXEIRA, 2004, p. 615). A qualidade da comunicação entre os técnicos de saúde e os usuários do sistema está relacionada com maior conscientização dos riscos e motivação para a mudança de comportamentos, facilitação de escolhas complexas em saúde, nas doenças e nos, comportamentos de adesão. Trata-se da comunicação que é exercida em âmbito interdisciplinar, para onde confluem conhecimentos provenientes da Psicologia Social, Sociologia, Medicina, Epidemiologia, Antropologia e Saúde Pública, além da Comunicação Social. O próprio campo das políticas públicas tem sido tratado como uma subárea das ciências políticas (LARRUBIA *et al.*, 2019).

Por outro lado, é necessário também identificar os fatores que afetam a adesão às diretrizes de prevenção recomendadas. Os modelos comportamentais são projetados para identificar os fatores que influenciam a mudança de comportamento a fim de controlar a infecção. Vários modelos ou teorias têm sido propostos para identificar os fatores que afetam a mudança de comportamento em relação à prevenção de doenças. O modelo de crença em saúde (MCS) é considerado um modelo abrangente nas ciências do comportamento da saúde

e pode ser útil para prever e/ou explicar comportamentos preventivos contra doenças infecciosas, como a COVID-19 (KARIMY *et al.*, 2021; COSTA, 2020).

A maneira mais imediata comum de destacar a importância desta pesquisa é o fato de que se trata de um problema do mundo real e que representa o maior desafio atual em várias áreas do conhecimento, que é a pandemia de COVID-19. Como resultados esperados, as implicações da presente pesquisa para o campo de prática e políticas de saúde serão relevantes. Determinar o conhecimento, as atitudes, as percepções de risco e as práticas das pessoas poderão fornecer aos formuladores de políticas baseadas em evidências e em campo, e ajudá-los na gestão individual e coletiva de absorção de novos conhecimentos com vistas à redução da disseminação e propagação do vírus da COVID-19.

Além disso, as descobertas deste estudo poderão apoiar o empenho em educar as comunidades sobre os mitos que envolvem a COVID-19. Portanto, o conhecimento sobre se a população está consciente da importância da prevenção, das formas de contágio e dos sintomas relacionados à pandemia causada pelo SARS-CoV-2 poderá contribuir para adaptação de estratégias de comunicação à população e, assim, apoiar os esforços de saúde pública em resposta à pandemia. Para alcançar sucesso nesta resposta, é fundamental o comprometimento das pessoas com essas medidas de controle e estas são geralmente afetadas pela insuficiência ou equívocos de entendimento em relação aos conhecimentos, atitudes e práticas para prevenir a COVID-19.

Em uma comunidade do segundo município mais importante do estado da Paraíba, especificamente, os resultados deste estudo serão importantes para informar os esforços futuros com foco na prontidão e adesão da sociedade para cumprir as medidas de controle de uma pandemia, ou os desdobramentos e novos surtos da atual. É preciso destacar também que o impacto regional e local da crise sanitária pela COVID-19 é altamente heterogêneo, com implicações significativas para a gestão de crises e as respostas políticas e populacionais, daí a relevância do estudo para compreender as particularidades que podem ser encontradas em cada região, cada estado, cada cidade e em cada território.

Este projeto faz parte de um estudo multicêntrico realizado em 88 municípios de todas as regiões do Brasil, envolvendo 134 unidades básicas de saúde, com atuação direta dos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) desses territórios. Os mestrandos pesquisadores estão vinculados a 25 instituições de ensino e pesquisa do país, incluindo a Universidade Federal da Paraíba. Esta vincula-se ao projeto multicêntrico por meio da participação do

Centro de Ciências Médicas desta instituição como polo do programa de mestrado em rede, ao qual está vinculado desde março de 2017.

O problema de pesquisa levantado foi estruturado nas perguntas: (a) A percepção de risco à saúde em relação à COVID-19 se associa à adoção de comportamentos de prevenção pela população de abrangência de uma UBS de Campina Grande-PB? e (b) Como e por que a percepção de risco está associada à de adesão às medidas de prevenção da COVID-19 na população pesquisada?

A principal hipótese deste estudo pode ser descrita da seguinte forma: A percepção e prática de informações sobre medidas preventivas não farmacológicas para a COVID-19 na comunidade estudada têm uma correlação positiva. A hipótese secundária é a seguinte: as pessoas agem de acordo com as orientações para prevenção da COVID-19 quando acreditam que são suscetíveis a desenvolver a doença contra a qual a proteção é necessária e/ou quando percebem a condição como grave.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

O objetivo geral deste estudo foi analisar como a população do território de abrangência de uma UBS da cidade de Campina Grande-PB percebeu e aplicou informações sobre medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 em práticas do cotidiano.

Objetivos Específicos:

- verificar que fontes e tipos de informações e/ou orientações foram recebidas por usuários atendidos na UBS Romualdo Brito de Figueiredo sobre prevenção não farmacológica da COVID-19;
- analisar a relação entre percepção de risco de contágio pessoal ou familiar pelo coronavírus e adoção de medidas não farmacológicas de prevenção;
- avaliar se há associação entre a saída diária de pessoas do domicílio para trabalhar durante a pandemia e o risco de contágio na família; e
- compreender como as pessoas percebem e convertem em práticas as orientações preventivas.

3. JUSTIFICATIVA

Sou Enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Campina Grande, Paraíba desde 2000. Em 2013, ingressei na gestão municipal como Gerente de Distrito Sanitário até meados de 2018, ano em que assumi a Diretoria de Gestão no Trabalho para a Educação na Saúde, cargo que exerço até os dias atuais.

Ao ingressar no Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), escolhi como cenário para a minha pesquisa a Unidade Básica de Saúde (UBS) Romualdo Brito de Figueiredo, unidade onde fui gerente de Distrito, papel em virtude do qual passei a vivenciar e ter familiaridade com os desafios do processo de trabalho no cotidiano dos profissionais da UBS.

A trajetória profissional descrita me agregou uma pluralidade de olhares enquanto profissional da ESF, onde, hoje, no papel de gestora, me motivou a estudar os desafios para efetivação da Política de Educação Permanente em Saúde e da Educação em Saúde no contexto do trabalho dos profissionais. Este trabalho é visto atualmente como desafiador na sua operacionalização e efetivação nos territórios onde os profissionais da ESF atuam. Estes trabalhadores da Saúde têm um papel fundamental no processo educativo de construção de conhecimentos em saúde para apropriação destes pela população. A comunidade precisa se empoderar com informações importantes, ao converter essas informações em conhecimentos, por meio da educação em saúde, passando a enxergá-la como coadjuvante fundamental nos diversos modos de prevenção de agravos e promoção do bem-estar, observados e assumidos pela própria coletividade.

Os atores da comunidade precisam ter autonomia sobre sua saúde e, ao absorverem as informações, espera-se que eles as coloquem em prática no seu dia a dia, desfazendo a dicotomia entre o conhecer e o fazer, que extrapola os muros da área da Saúde, considerada em senso estrito, e perpassa os contextos culturais e de vida de cada indivíduo, por meio de diálogos entre usuários e profissionais, seja de forma individual, familiar ou coletiva. O mundo de cada indivíduo lhe conduz a atitudes e comportamentos em momentos diferentes, sob a influência de aspectos econômicos, políticos, culturais e sociais.

Considerando tais dimensões, espero que esta pesquisa seja relevante do ponto de vista sanitário, científico e social. Sob a dimensão de saúde pública, este estudo contribuirá para possíveis melhorias na gestão das informações e sua comunicação no processo de educação em saúde à coletividade no âmbito da ESF. Quanto à relevância científica, destaca-se a colaboração de pesquisas na área da educação em saúde, no recorte temporal atual, em

meio à pandemia de COVID-19 e outras eventuais viroses humanas emergentes ou reemergentes. Destaco ainda que este tema passa por atualizações normativas constantes e a própria informação se caracteriza pela atualização reiterada, assim como pela variabilidade do entendimento e adesão às práticas preventivas em diferentes regiões geográficas. Do ponto de vista de relevância social, ressalta-se o possível aprimoramento da gestão da informação e comunicação em saúde, contribuindo para consolidação da gestão democrática e a participação social na prevenção de epidemias e promoção da saúde pública.

Portanto, espero evidenciar a relevância dessa pesquisa na prática profissional, ao adentrar na observação de nós críticos para a efetivação da Educação em Saúde, vista como potente ferramenta na melhoria da vinculação das comunidades com as equipes e da corresponsabilização de ambas para o alcance da integralidade e coordenação do cuidado. Portanto, considero que este estudo permitirá mudanças de comportamentos mais arraigados de profissionais da saúde, mesmo na atenção primária, ao modelo biologicista e curativista, para uma mudança atitudinal em suas práticas profissionais, evidenciando o saber popular e ressignificando as informações em saúde de forma a potencializar as mesmas para a mudança de conceitos no discurso diário com as famílias atendidas e, por outro lado, buscando entender os desafios que as comunidades enfrentam ao também se despirem de certos conceitos mais enraizados, mas que carecem de literacia em saúde, sem afronta aos saberes populares e tradicionais.

Quanto ao meu ingresso no PROFSAUDE, este curso de mestrado profissional representou a continuidade dos estudos após a graduação, o que sempre foi um desejo persistente em meio aos diversos desafios inerentes às transições de ciclos de vida e carreira pessoais. Por essa razão, partir para a trajetória do mestrado representou mais que a obtenção de um título, mas o símbolo de uma construção de conhecimento e troca de saberes, no percurso do desenvolvimento de novos repertórios, que passaram a constituir minha identidade enquanto profissional.

Na trajetória de vida e trabalho descrita no início desta seção, considero que este projeto de dissertação pode contribuir com a produção de conhecimento sobre como a população de abrangência de uma UBS de Campina Grande-PB age em relação às informações recebidas sobre prevenção do contágio da COVID-19, assim como se ela acredita que é suscetível a desenvolver a doença contra a qual a proteção é advertida por uma diversidade de fontes, confiáveis ou não. No escopo desta contribuição do presente trabalho, será possível vislumbrar se os respondentes percebem as ações preventivas, se estas

são vistas como medidas eficazes para reduzir a ameaça, se eles acreditam que são ou foram capazes de realizar estas ações e se realmente essas ações foram realizadas.

Destaco que a escolha do fenômeno específico de investigação para o desenvolvimento desta dissertação decorre da proposta de um projeto multicêntrico concebido e discutido por professores do PROFSAUDE, incluindo representantes do polo do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, fazendo o recorte local pelo estudo da população da abrangência da UBS Romualdo Brito de Figueiredo, em Campina Grande (PB). A referida pesquisa multicêntrica está sendo executada em diversas cidades do Brasil, com envolvimento de pesquisadores de 21 universidades e instituições de pesquisa do país, sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz. Portanto, trata-se de um projeto que representa um esforço de pesquisa abrangente sobre o conhecimento, consciência, percepção e resposta do público em geral no Brasil em relação à prevenção contra a COVID-19.

Contextualizando o estudo, cumpre destacar que a emergência de saúde pública associada à pandemia de COVID-19 teve, e continua tendo, grandes impactos sobre a segurança e a saúde das sociedades, em âmbito nacional e internacional. A cooperação da comunidade na implementação de medidas preventivas de saúde, por meio do cumprimento das instruções e recomendações emitidas pela OMS e outras agências governamentais, representa uma pedra angular para reduzir a propagação do vírus e reduzir os impactos desta pandemia na saúde pública. Entretanto, a eficácia das implementações de controle de epidemias depende substancialmente da adesão, do apoio e da cooperação da população. Assim, a informação, conscientização e o conhecimento sobre a epidemia pelas comunidades são essenciais para o êxito de medidas instituídas pelas autoridades de saúde pública de estados e municípios brasileiros.

Este estudo também poderá destacar a lacuna entre a suscetibilidade percebida de contaminação pelo vírus e a realidade e se, por exemplo, enquanto quase todos os adultos correm o risco de contrair o coronavírus, que contingente da população se considera realmente em vulnerabilidade, ou seja, com maior potencial de risco. Neste caso, um processo de educação adequado sobre a suscetibilidade de todas as pessoas e a possibilidade de contrair o vírus pode aumentar a conscientização delas e ajudar a prevenir a infecção. É claro que cada epidemia tem suas características únicas, e, portanto, a Educação em Saúde também, considerando as várias fases da doença, incluindo percepção da própria suscetibilidade e apropriação de conhecimento válido essencial para prevenir a disseminação do coronavírus. O conhecimento de comportamentos, atitudes e práticas em relação à

COVID-19 desempenham um papel fundamental na determinação da prontidão de uma sociedade para aceitar e aderir a medidas de mudanças comportamentais instituídas pelas autoridades de saúde. Os estudos com o objetivo de avaliar esse conhecimento e sua aplicação na prática podem fornecer informações para determinar os tipos de intervenção que podem ser necessárias para alterar conceitos errôneos sobre o vírus, o contágio e a doença emergente de grande impacto.

4 REVISÃO DE LITERATURA

Esta seção apresenta a base teórica sobre a qual se desenvolve o projeto, com levantamento de literatura e localização de fontes que subsidiam o tema principal e os tópicos do trabalho de pesquisa. Neste sentido, abordam-se os principais conceitos que envolvem o problema de pesquisa formulado na seção de Introdução do presente projeto.

A Pandemia de COVID-19

Há mais de um ano, um momento dramático desenrolava-se na história global da saúde, da economia e das sociedades, onde uma infecção viral sob a forma de pandemia, e assim declarada pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 2020a), ameaça à população em quase todos os países do mundo. No início da pandemia não existiam tratamentos eficazes para essa infecção e as medidas de contenção obrigaram a população à mudança de hábitos pessoais e comportamentais, dentre eles as medidas não farmacológicas, a exemplo da higienização das mãos, uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), distanciamento social e isolamento dos doentes, como as medidas mais indicadas para conter o avanço da pandemia nos momentos iniciais. A infecção denomina-se de doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19), cujo agente etiológico é o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus2* (SARS-CoV-2) (CABRAL, 2021).

O SARS-CoV-2 foi detectado em 31 de dezembro de 2019 em Wuhan, na China. Em 9 de janeiro de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) confirmou a circulação do novo coronavírus. No dia seguinte, a primeira sequência do SARS-CoV-2 foi publicada por pesquisadores chineses. Em 16 de janeiro, foi notificada a primeira importação do novo agente viral em território japonês. No dia 21 de janeiro, os Estados Unidos reportaram seu primeiro caso importado (LANA *et al.*, 2020)

A COVID-19 causa uma série de sintomas respiratórios, incluindo febre, fadiga, tosse seca e dispneia. Pode resultar em complicações sérias como pneumonia grave e morte, especialmente entre pacientes idosos e pacientes com condições médicas subjacentes, como doenças cardíacas, diabetes, hipertensão e asma (TADESSE *et al.*, 2020).

A atual crise sanitária tem resultados diferentes entre regiões e municípios dentro dos países em termos de casos declarados e mortes relacionadas. As disparidades regionais nas taxas de mortalidade são altas em alguns países, refletindo o acesso heterogêneo aos serviços de saúde, diferentes vulnerabilidades à doença (por exemplo, critérios demográficos, diferentes taxas de comorbidade) e a diversidade das condições socioeconômicas entre os

locais. Segundo a *Organization for Economic Co-operation and Development* (OECD, 2021), na fase inicial da pandemia, as áreas urbanas densamente povoadas foram as mais atingidas, mas na segunda metade de 2020 e em 2021, a COVID-19 se espalhou para regiões menos densas em alguns países. Há evidências crescentes em muitos países de que as regiões na parte inferior da distribuição de renda e bairros carentes apresentam taxas de mortalidade mais altas (OECD, 2021).

Posteriormente o SARS-CoV-2 foi detectado nas fezes de pacientes confirmados na China e nos Estados Unidos, indicando que o vírus também pode se replicar no trato digestivo, com possibilidade de transmissão fecal-oral (WU *et al.*, 2020).

Papel da Estratégia Saúde da Família na Prevenção de Doenças Infecciosas

Segundo Câmara *et al.* (2012), a educação em saúde surge como estratégia para promover saúde e prevenção primária e secundária e deve ser uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos, tendo como referência a realidade na qual eles estão inseridos. É a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo em relação à saúde e aos processos que necessitam ser modificados.

A educação em saúde tem como objetivo estimular as pessoas (público em foco/população) a realizar ações de promoção à saúde - seja pela adoção de hábitos de vida saudáveis, ou seja, pela utilização de forma correta e cuidadosa dos serviços de saúde à sua disposição. Estimula-se a consciência na tomada de decisões, tanto individual como coletivamente, buscando melhorar suas condições de saúde e as condições do meio ambiente. Busca, ainda, desenvolver nas pessoas o senso de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde da comunidade a que pertencem e a capacidade de participar da vida comunitária de uma maneira construtiva.

A APS é o nível de atenção com o maior potencial para estimular o empoderamento dos indivíduos e famílias, favorecendo o conhecimento do seu direito à saúde e o seu engajamento no processo de cuidar (PADOVEZE; FIGUEIREDO, 2014). Na APS, está estruturada a Estratégia Saúde da Família, configurada como primeiro nível de saúde, porta preferencial de entrada do sistema e ordenadora do cuidado. Por sua vez, a ESF fundamenta-se no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares compostas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, quatro a cinco agentes comunitários de saúde e uma equipe de saúde bucal (um cirurgião dentista e um auxiliar de saúde bucal). No âmbito da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), do Sistema Único de

Saúde (SUS), cada equipe da ESF tem como atribuições específicas as ações de promoção e prevenção em saúde, cura e reabilitação de indivíduos sob sua responsabilidade. Seu foco prioritário é a abordagem familiar, a mesma não representa a oposição à assistência hospitalar, mas sim a integração de vários níveis assistenciais em busca da integralidade do cuidado.

O trabalho das Equipes de Saúde da Família tem como elementos centrais a adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades Básicas de Saúde (UBS), a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (NAVARRO *et al.*, 2013). Mediante esta proposta, por meio da ESF, almeja-se alcançar os principais objetivos do SUS: universalidade, integralidade e equidade. A complexidade das ações da ESF exige que seja realizada por uma equipe multiprofissional, como descrito no parágrafo anterior, e que esteja ciente do seu papel e preparada para atuar frente aos diversos contextos sociais apresentados pelas comunidades e as diversas atribuições que lhe são referidas.

Medidas Não Farmacológicas de Prevenção da COVID-19

As medidas não farmacológicas de saúde pública incluem medidas de proteção pessoal, medidas ambientais, medidas de distanciamento social e medidas relacionadas com viagens. Estas medidas são ações ou providências tomadas por indivíduos, instituições, comunidades, governos locais e nacionais ou órgãos internacionais para reduzir a propagação de COVID-19 (PAHO, 2020), para retardar a transmissão e nivelar a curva epidêmica, evitando o colapso dos serviços de saúde e, conseqüentemente, salvando vidas.

Segundo Malagutti (2018), a promoção da saúde é o processo que empodera as pessoas, tanto no sentido de melhoria como de controle de sua saúde. A saúde deve ser vista como destaca o referido autor, como recurso a ser preservado cotidianamente, enquanto conceito positivo que demanda o emprego de recursos sociais e pessoais.

As ações de promoção da saúde têm como finalidade ajudar organizações e comunidades a aumentar o controle sobre os fatores que determinam o bem-estar físico, mental e social das pessoas (BRASIL, 2010). A concepção de Atenção Básica em Saúde adotada no Brasil sofreu importante influência dos movimentos internacionais para reconhecimento da saúde como direito humano básico, como das Conferências de Alma-Ata (1978) e de Ottawa (1986), as quais enfatizavam a necessidade da substituição do modelo assistencial biomédico.

Como marco emblemático da promoção da saúde, a Carta de Ottawa (1986) enfatiza a importância da ação comunitária para a consecução desse objetivo, no sentido de

avaliações de necessidades, estabelecimento de prioridades, planejamento conjunto, capacitação, fortalecimento de parcerias locais, trabalho intersetorial e aumento da participação pública e apoio social (VAN DEN BROUCKE, 2020). Todas essas atividades visam ao desenvolvimento de comunidades empoderadas, onde indivíduos e organizações se tornam protagonistas e aplicam suas habilidades e recursos em esforços coletivos para abordar as prioridades de saúde e atender às suas respectivas necessidades. É importante ressaltar que a ação comunitária se baseia nos pontos fortes e capacidades existentes em uma comunidade para fortalecer sua resiliência diante de adversidades.

Parece evidente na crise atual de COVID-19 que as doenças infecciosas emergentes podem representar uma grande ameaça à saúde pública. A promoção da saúde tem tradicionalmente focado nas doenças não transmissíveis, e cujo controle tem contribuído significativamente para o progresso feito em áreas como a prevenção do tabagismo e da obesidade. Mas, com exceção da infecção pelo HIV/Aids, a aplicação de princípios e métodos de promoção da saúde para combater doenças infecciosas têm sido negligenciados.

Por outro lado, a saúde humana não é uma questão isolada. Há um consenso geral de que o vírus SARS-CoV-2 é de origem animal, e que ultrapassou os limites das espécies para infectar humanos antes ou depois de evoluir para seu estado patogênico atual (ANDERSEN *et al.*, 2020), e poderia então se disseminar muito rapidamente em um sistema econômico globalizado caracterizado por altos níveis de interconexão e mobilidade. Nesse sentido, a promoção da saúde parece não ter dado atenção às causas zoonóticas da saúde humana. Reconhecer a interconexão entre pessoas, animais, plantas e seu ambiente compartilhado, com o objetivo de alcançar a promoção da saúde é uma lição a ser aprendida com a pandemia atual. Como consequência, essa crise também pode ser um ponto de inflexão para a promoção da saúde.

Capacitar as pessoas a aumentar o seu controle e autonomia sobre sua saúde e seus determinantes está no cerne da promoção da saúde. Como tal, a promoção da saúde pode, paradoxalmente, ser mais importante neste momento de crise do que nunca, visto que as mudanças comportamentais influem diretamente na redução de risco ao adoecimento. Para VAN DEN BROUKE (2020), como uma disciplina dentro da saúde pública e um campo de prática profissional, a promoção da saúde pode contribuir para abordar a ameaça do vírus CoV-2 em diferentes âmbitos: foco na mudança de comportamento individual e gerenciamento de doenças; por meio de intervenções que afetam organizações e comunidades; e por meio de políticas de informação que afetam a população.

Com a criação do SUS (BRASIL, 1990), os princípios de igualdade, universalidade, equidade, integralidade, da participação da sociedade no controle da política e da saúde como direito social e de cidadania, passaram a nortear as ações de planejamento e execução da atenção à saúde, e esta, nos seus diversos níveis de complexidade, tem em consideração as singularidades dos contextos de vida e inserção dos serviços de saúde em distintas comunidades.

Neste sentido, impôs-se a necessidade de abordagens que contemplassem as reais necessidades de saúde da população, o que demandou a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), tendo sido revisada em 2014 (BRASIL, 2014). Esta política é uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro. O perfil saúde de indivíduos ou populações está diretamente relacionado ao ambiente social no qual estão inseridos, com as condições de vida, dentre elas a distribuição de renda, o nível de escolaridade, a moradia, o trabalho, o lazer e o meio ambiente. Nesse sentido, a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos vinte, vinte e cinco anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seu entorno, apontando para a necessidade de articulações entre os saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de uma construção de propostas viáveis para os problemas de saúde. Nesta ótica, a promoção da saúde contribui como importante instrumento para que a saúde pública consiga desenvolver efetivamente uma atenção integral, pautada em princípios de cidadania (CERVEIRA; PARREIRA; GOULART, 2011).

A PNEPS (BRASIL, 2009, p. 20) traz como “princípio de formação e desenvolvimento para o SUS”, em todos os âmbitos, “as necessidades dos serviços de saúde, as possibilidades de desenvolvimento dos profissionais, a capacidade resolutive dos serviços de saúde e a gestão social sobre as políticas públicas de saúde”. Na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, a PNEPS (2007), a EPS é definida “como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e ao processo de trabalho e propõe que, os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização da própria prática”.

Nessa busca pela promoção da saúde, inserem-se as ações de educação em saúde no âmbito individual e coletivo nos serviços de saúde, com objetivos de disseminar informações acerca de agravos, hábitos saudáveis e informações gerais que venham a contribuir com o

prognóstico de algumas patologias e também proporcionar uma melhor qualidade de vida, tais ações desencadeiam processos de conscientização em âmbito individual e coletivo proporcionando mudanças comportamentais.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006, p. 11) propõe que

As intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham.

Educação em Saúde e COVID-19

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), a educação é indispensável, seja na formação dos trabalhadores ou no cuidado aos usuários. Pode-se denominar esse processo de educação em saúde (VASCONCELOS; GRILO; SOARES, 2009). No Brasil, por várias décadas, a educação em saúde se restringiu ao ensino de hábitos de higiene para controlar e prevenir doenças, como uma prática normalizadora. Entretanto, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu a educação em saúde como um conjunto de práticas com potencial para estimular a autonomia das pessoas, a partir da incorporação de ações educativas no cotidiano dos serviços de saúde (ROCHA, 2010).

Conceitua-se, portanto, a educação em saúde como o diálogo entre profissionais e usuários que permite construir saberes e aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado. Possibilita, ainda, o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde. BRASIL, (2009). A educação também é entendida como prática social e acontecem em meio a expectativas, desejos, frustrações e implica a utilização de processos e técnicas voltados para a aprendizagem, que é sempre diretiva, pois possui uma ideologia política, mesmo que velada (FREIRE, 2007).

Segundo Falkenberget *al.* (2014), a educação em saúde é definida como um processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população, e é um conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades, é um processo político pedagógico e requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo à sua autonomia e emancipação como

sujeito histórico e social, capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e de sua coletividade. Por outro lado, segundo Fernandes e Backes (2010), a educação em saúde contribui para as escolhas conscientes dos usuários, considerando-se os saberes populares, a fim de refletir autonomia e favorecer um cuidado direcionado para suas reais necessidades e segundo FREIRE (1979) ao se comparar a dimensão do caráter inacabado dos homens e a realidade em constante mudança, explica a necessidade de uma educação como atividade continuamente refeita, a partir da leitura crítica da realidade para a transformação da mesma.

Ressalta-se, portanto, que a educação em saúde representa um importante instrumento facilitador para a capacitação da comunidade, contribuindo para a promoção da saúde. Assim, trabalhadores de saúde e usuários precisam estabelecer uma relação dialógica pautada na escuta terapêutica, no respeito e na valorização das experiências, das histórias de vida e da visão de mundo. Para desenvolver estas ações, é necessário o conhecimento destas práticas educativas por parte destes trabalhadores, considerando que é essencial conhecer o olhar do outro, interagir com ele e reconstruir coletivamente saberes e práticas cotidianas (CERVEIRA, PARREIRA; GOULART, 2011).

Segundo Couto *et al.* (2016), a educação em saúde como instrumento para a emancipação dos sujeitos deve envolver em suas práticas elementos pedagógicos como o diálogo e a participação, que se estabelecem a partir da relação entre os profissionais de saúde e usuários. Nesse sentido, a educação em saúde poderá impulsionar a autonomia e a participação ativa dos sujeitos, considerando que seu principal objetivo é a transformação social bem como a consolidação das diretrizes do SUS.

Todavia observa-se que a educação em saúde também é desafiadora para os profissionais da área, pelas dificuldades entre o saber/conhecer e o saber/transmitir, que geram expectativas que vão desde o poder do conhecimento ao poder do convencimento. Esses diálogos precisam ser estabelecidos de forma horizontal e carregados de significados com valorização do saber de ambas as partes, compreendendo a dinâmica de vida dos sujeitos envolvidos e de como eles lidam com o seu processo de saúde e adoecimento.

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, é possível pensar educação em saúde como formas de o homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais (MOROSINI, FONSECA; PEREIRA, 2009).

Neste contexto, observa-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF), é um espaço privilegiado para a prática educativa em saúde por se pautar na adscrição da população e primeiro contato com os usuários através de uma abordagem longitudinal e integral. É um ponto de atenção de maior complexidade no SUS por se basear em tecnologias cognitivas voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças (ALMEIDA *et al.*, 2014), e que trouxe consigo, entre as atribuições comuns a todos profissionais da equipe, a realização de ações de educação em saúde à população adstrita valorizando a participação dos usuários e profissionais de saúde envolvidos no processo (COUTO *et al.*, 2016).

Nesse cenário os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) são instigados a organizarem os processos de trabalho na assistência e no cuidado contemplando as reais necessidades individuais e coletivas dos indivíduos nos contextos de vida e trabalho onde os mesmos estão inseridos, de forma a muní-los de informações sobre o autocuidado, estilos de vida saudáveis, uso adequado de medicamentos, tornando-os protagonistas do seu itinerário terapêutico ou de reabilitação.

Assim, a abordagem integral dos indivíduos/famílias é promovida pelo conjunto de visões das diversas categorias profissionais que compõem as equipes interdisciplinares, com a possibilidade de se obter um maior impacto sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Essa abordagem individual e coletiva é de responsabilidade de todos os membros da equipe, compreendendo a responsabilização de todos frente ao processo educativo mediante as ferramentas existentes no serviço que podem potencializar esse cuidado a exemplo da escuta qualificada e grupos operativos.

Diante desse contexto, a educação em saúde é entendida como uma prática assistencial direcionada a indivíduos e famílias com vistas à disseminação de informações que possam impactar diretamente no processo saúde doença e melhorar a qualidade de vida de indivíduos e coletividade. No entanto, observa-se pouca valorização no que se refere às atividades educativas populares ofertadas nos serviços de saúde. Trata-se de um problema que evidencia a hegemonia do modelo curativista-biológico, ainda arraigado na população em geral.

Percepção de Risco da COVID-19 e Modelo de Crenças em Saúde

Apesar da tomada de medidas preventivas, a taxa de infecção por COVID-19 permaneceu alta, indicando que as ações não farmacológicas não foram suficientemente eficazes no controle da infecção.

As percepções de risco são um componente-chave das teorias de mudança comportamental. Compreender como os indivíduos formam e atualizam suas expectativas e, portanto, suas escolhas de comportamento, tem sido de interesse crítico para formuladores de políticas e acadêmicos. Um paradigma emergente nesta literatura sugere que indivíduos exibem considerável heterogeneidade nesse tipo de expectativa (BARRIOS; HOCHBERG, 2020).

O risco de COVID-19 existe objetivamente, mas pessoas diferentes geralmente tomam decisões comportamentais diversas quando percebem esse risco de forma diferente. A percepção de risco no contexto da pandemia é definida como “os processos psicológicos de avaliação subjetiva da probabilidade de ser infectado pelo coronavírus, o risco de saúde percebido de um indivíduo e das medidas de proteção disponíveis”

Evidências empíricas mostram que a percepção de risco da COVID-19 pela população afeta significativamente a compreensão percebida e os comportamentos de distanciamento social de forma positiva (XE *et al.*, 2020). A compreensão percebida tem uma correlação positiva com os comportamentos de distanciamento social e desempenha um papel mediador em relação a essa medida preventiva de contágio. Além disso, um clima de segurança prediz positivamente os comportamentos de distanciamento social, reduzindo a correlação positiva entre a percepção de risco e o distanciamento. Portanto, esses resultados sugerem a necessidade de diretrizes de gestão eficazes para a implementação bem-sucedida de políticas de distanciamento social durante a pandemia COVID-19, enfatizando-se o papel crítico da percepção de risco, compreensão percebida e clima de segurança.

Como o número de casos confirmados e mortes associados à pandemia de COVID-19 aumentou em todo o mundo entre 2020 e 2021, a compreensão das percepções públicas de risco tornou-se muito importante. A avaliação de ameaças e a percepção de risco são importantes determinantes da disposição do público em compreender, cooperar e adotar comportamentos de proteção à saúde durante as pandemias. A percepção de risco é uma característica central de muitas teorias de comportamento em saúde.

Segundo Bruget *al.* (2009), a avaliação da ameaça consiste em estimar o risco de contrair uma doença (vulnerabilidade ou suscetibilidade percebida) e estimar a gravidade de uma doença (gravidade percebida). Portanto, a percepção pessoal da ameaça de uma infecção é uma questão chave que influencia a propagação de epidemias, maior perigo ou percepções de risco podem apenas prever comportamentos defensivos, particularmente quando as pessoas acreditam que respostas eficazes e ações defensivas estão disponíveis (eficácia de

resposta) e quando elas estão confiantes em suas competências para interagir e se envolver em tais ações defensivas, o que se denomina autoeficácia ((SHAHIN; HUSSIEN, 2020).

Além disso, durante os estágios iniciais de uma pandemia, como a de COVID-19, as percepções de risco e as crenças de eficácia são estabelecidas em resposta às comunicações com e entre indivíduos nos grupos de risco. As mensagens de comunicação de risco que não são percebidas e compreendidas pela população ou a comunicação de mensagens de ameaças conflitantes provavelmente resultarão na adoção limitada de intervenções preventivas pelo público. Por outro lado, as comunicações que são percebidas como provenientes de um recurso não confiável também podem ter consequências semelhantes. No entanto, as mensagens de comunicação de risco podem ser adotadas muito rapidamente pela mídia, resultando na "ampliação" das informações de ameaças e perigos, o que também pode levar a sustos desnecessários e à adoção de ações de precaução inúteis ou ineficazes ou respostas por parte do público (BRUG *et al.*, 2009).

Nesse contexto, compreender a percepção das coletividades acerca das medidas recomendadas de prevenção ao contágio da doença, aumento do número de casos e de óbitos, pode proporcionar às autoridades legais informações importantes para a instituição de protocolos que tragam maior eficiência. Ao mesmo tempo, o conhecimento do ideário da coletividade pode preservar a capacidade dos sistemas de saúde, garantindo que a adoção de medidas individuais e coletivas que possam impactar no cotidiano de vida dos indivíduos sejam de fato inseridas pelos mesmos no seu cotidiano de vida e trabalho.

Na pandemia de COVID-19, compreender fatores associados à resistência às medidas protetivas contra a disseminação do vírus é relevante para que as políticas públicas baseadas no emprego de medidas não farmacológicas alcancem os resultados esperados. Diversos autores consideram que o modelo de crenças em saúde pode contribuir para encontrar os determinantes para tal comportamento na atual pandemia (KARIMY *et al.*, 2021; COSTA, 2020; WALRAVE *et al.*, 2020; TADESSE *et al.*, 2020) uma vez que de acordo com esse modelo, fatores positivos aumentam comportamentos pró-saúde enquanto fatores negativos os diminuem ou inibem.

Os teóricos que defendem esse modelo acreditam que a percepção, isto é, na forma como cada indivíduo interpreta a informação que recebe, é o centro do processo de educação em saúde. O Modelo de Crenças em Saúde (MCS) foi desenvolvido nos anos 1950, tendo sido usado desde então para promover maior uso de medidas de prevenção. Rosenstock *et al.* (1988) postularam um modelo explicativo revisado semelhante, que incorpora a autoeficácia ao MCS. Especificamente, a autoeficácia é proposta como uma variável independente

separada junto com as variáveis de crença de saúde tradicionais de suscetibilidade percebida, gravidade, benefícios e barreiras. O incentivo para se comportar (motivação para a saúde) também é um componente do modelo. Segundo esse modelo, há barreiras psicológicas importantes, capazes de impedir que o indivíduo tome ações relacionadas à prevenção de doenças (ROSENTOCK *et al.*, 1988).

Basicamente, o Modelo de Crenças em Saúde lida com quatro variáveis: suscetibilidade, seriedade, benefícios e barreiras percebidas, apesar de haver outras variáveis que podem afetar as percepções individuais, influenciando indiretamente a ação final. Buscamos o MCS como referencial teórico-metodológico, por considerarmos de grande relevância para explicar a adoção de comportamentos que possam auxiliar na prevenção e controle das doenças, e também prever a aceitação de recomendações sobre cuidados com a saúde. Acredita-se, portanto, que as pessoas tomarão medidas para prevenir ou controlar a COVID-19 se se considerarem suscetíveis à doença, se elas acreditarem que isso teria consequências potencialmente graves e se acreditam que um curso de ação como ficar em casa, manter distância social, usar máscara facial, entre outras medidas não farmacológicas, ajudaria a reduzir sua suscetibilidade à doença ou a gravidade da condição (TADESSE *et al.*, 2020). Além disso, elas tomarão medidas de prevenção se pensarem que as prováveis barreiras (ou custos) de empregar as medidas preventivas são superadas por seus benefícios.

O Modelo de Crenças em Saúde enfoca as crenças individuais sobre as condições de saúde e, neste sentido, a probabilidade de adoção de comportamentos recomendados (por exemplo, comportamentos preventivos de COVID-19) aumentará com a mudança das percepções individuais (KARIMY *et al.*, 2021). De acordo com esse modelo, as pessoas irão adotar comportamentos preventivos de saúde quando se sentirem ameaçadas por situações de pandemia (suscetibilidade percebida) ou considerarem que a doença pode ter sérias ramificações para sua saúde (gravidade percebida). Da mesma forma, com as informações e orientações que as pessoas recebem de seu entorno ou ambiente interno, elas acreditam na utilidade de comportamentos preventivos, como o uso de máscara (benefícios percebidos) e a percepção de aspectos negativos (custos) de um determinado comportamento para executar (barreiras percebidas).

5 METODOLOGIA

Este capítulo explicita os meios que foram empregados na coleta, análise e interpretação de dados, apresentando conceitos e descrevendo o trajeto metodológico percorrido durante a investigação.

Tipo de Estudo

Neste estudo, foi empregada uma abordagem metodológica mista sequencial. Na pesquisa do método misto ocorre a combinação das abordagens qualitativa e quantitativa, com o objetivo de “generalizar os resultados qualitativos, ou aprofundar a compreensão dos resultados quantitativos, ou corroborar os resultados (qualitativos ou quantitativos)” (GALVÃO *et al.*, 2017, p. 8). O emprego da abordagem metodológica mista de pesquisa permite, assim, a identificação de convergências e divergências entre os dados qualitativos e quantitativos, que se complementam mutuamente (SANTOS *et al.*, 2017).

Este projeto representa um recorte local, envolvendo como sujeitos da pesquisa uma amostra da população da área de abrangência de uma UBS da cidade de Campina Grande (PB), como parte de uma pesquisa multicêntrica em andamento em diversas cidades do Brasil, com envolvimento de pesquisadores de 21 universidades e instituições de pesquisa do país, sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz. Este estudo multicêntrico representa um esforço de pesquisa abrangente sobre o conhecimento, consciência, percepção e resposta do público em geral no Brasil em relação às medidas não farmacológicas adotadas durante a pandemia de COVID-19.

Trata-se de pesquisa de campo, de caráter descritivo-transversal e abordagem quanti-qualitativa, acerca da percepção e práticas das orientações de educação em saúde sobre a prevenção da COVID-19 pela população da área de abrangência de uma UBS de Campina Grande-PB.

No projeto multicêntrico, preconizou-se a realização de uma fase quantitativa seguida de outra qualitativa. A **Figura 1** exhibe, a partir do problema de pesquisa geral do presente recorte do projeto multicêntrico, as perguntas de investigação em cada fase e o tipo de análise dos dados coletados em dois grupos amostrais. Destes, o segundo grupo amostral (2^o GA) foi selecionado a partir do primeiro (1^o GA). Da análise e discussão dos dados de cada fase da pesquisa, foram elaborados dois artigos científicos originais, que comporão a dissertação.

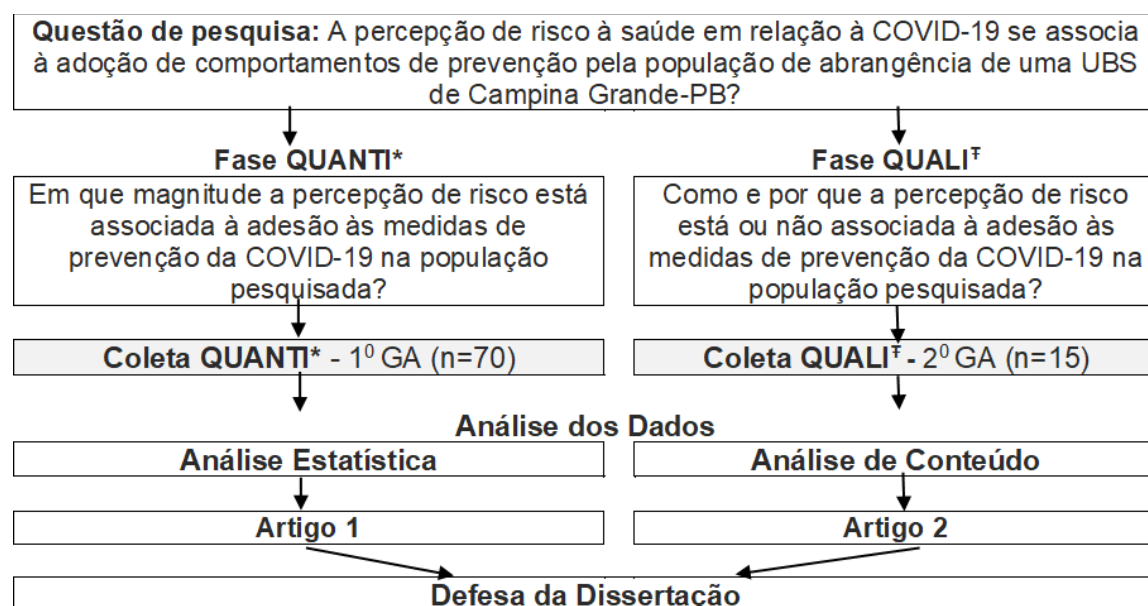


Figura 1 – Diagrama representativo do problema de pesquisa, fases, abordagens metodológicas e produtos da dissertação (Adaptado de Santos *et al.*, 2017)

Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados da fase quantitativa do estudo foi um questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas (ANEXO A), elaborado pela coordenação nacional do projeto multicêntrico. Também idealizado no projeto multicêntrico foi o Guia de Entrevista em profundidade com questões abertas pré-definidas.

Os objetivos do estudo foram apresentados aos entrevistados pela pesquisadora, à qual os interessados forneceram seus dados de contato, sendo agendada uma primeira entrevista (fase quantitativa) em local e horário convenientes. As entrevistas cobriram dados sociodemográficos (idade, sexo, cor/raça, nível educacional), dados referentes à moradia (quantas pessoas coabitavam com o entrevistado, número de cômodos da casa, número de banheiros da habitação, saneamento básico), renda mensal, ocupação antes da pandemia, recebimento de benefício social antes da pandemia, posse de plano suplementar de saúde). Os participantes foram questionados sobre como eles achavam que a pandemia havia afetado sua ocupação ou trabalho. Eles também foram questionados sobre sua atuação em serviço essencial durante a pandemia e se precisaram sair de casa em 2020 após a deflagração da pandemia e das medidas restritivas de locomoção dentro do município. Interrogou-se também sobre que tipo de informação sobre prevenção da COVID-19, os participantes receberam informações em saúde e quais foram às fontes destas. Finalmente, ainda no referido questionário, os entrevistados foram interrogados sobre o seu grau de confiança nas

referidas informações, aspecto abordado por meio de uma pergunta aberta e por uma questão fechada em escala Likert. Houve também exploração sobre sua confiança nas medidas de prevenção adotadas de forma individual, coletiva e familiar.

Optou-se pelo formato aberto na segunda fase da pesquisa porque ele permite a coleta de dados acerca da percepção sobre as práticas preventivas e educativas na prevenção da COVID-19 e de como essas orientações são postas em prática no cotidiano da população.

Universo do Estudo e Amostra

Caracterização do Município

Campina Grande é um município do estado da Paraíba, com população de 411.807 habitantes. Trata-se da segunda cidade com maior contingente populacional da Paraíba. A região metropolitana de Campina Grande tem 19 municípios e uma população estimada em 638. 017 mil habitantes.

As condições de vida da população de Campina Grande apresentam padrões de desigualdades similares aos de grandes centros urbanos brasileiros, caracterizados por moradores de baixa renda e piores condições de saúde na sua periferia. A população residente na periferia de cidades grandes apresenta diferentes níveis de densidade de aglomeração de pessoas, tanto no trabalho, quanto nos meios de transporte e nos locais de moradia, que criam possibilidades diversas de encontros onde poderá acontecer a transmissão de doenças infectocontagiosas (QUEIROGA *et al.*, 2012). No setor da Saúde, o município adota a Estratégia Saúde da Família como modelo de organização da assistência à saúde. No primeiro nível de assistência, a cidade conta com a Atenção Primária à Saúde (APS), que se configura como a porta preferencial de entrada do sistema, assim como instância ordenadora do cuidado. A APS do município está composta por 120 equipes da Estratégia Saúde da Família, distribuídas em sete Distritos Sanitários, cinco deles localizados na zona urbana e dois na zona rural.

Há, na configuração municipal da saúde, as seguintes unidades na APS em Campina Grande: cinco centros de saúde; duas policlínicas distritais; uma unidade mista (zona rural); uma Equipe de Consultório na Rua; duas Equipes de Saúde Prisional; 26 Equipes de Saúde na Hora distribuídas em 10 UBS; três Equipes do Programa “Melhor em Casa” (atenção domiciliar); e três centros de testagem para COVID-19.

No nível secundário, como referência para a APS existe um hospital para crianças e adolescentes, um serviço de emergência psiquiátrica, uma maternidade pública e duas

maternidades privadas conveniadas com o SUS e integrantes da Rede Cegonha do município.

Em dezembro de 2019, Campina Grande possuía 49 bairros. Para conhecimento das territorialidades dos bairros, a **Figura 2** mostra a organização socioespacial da população campinense.

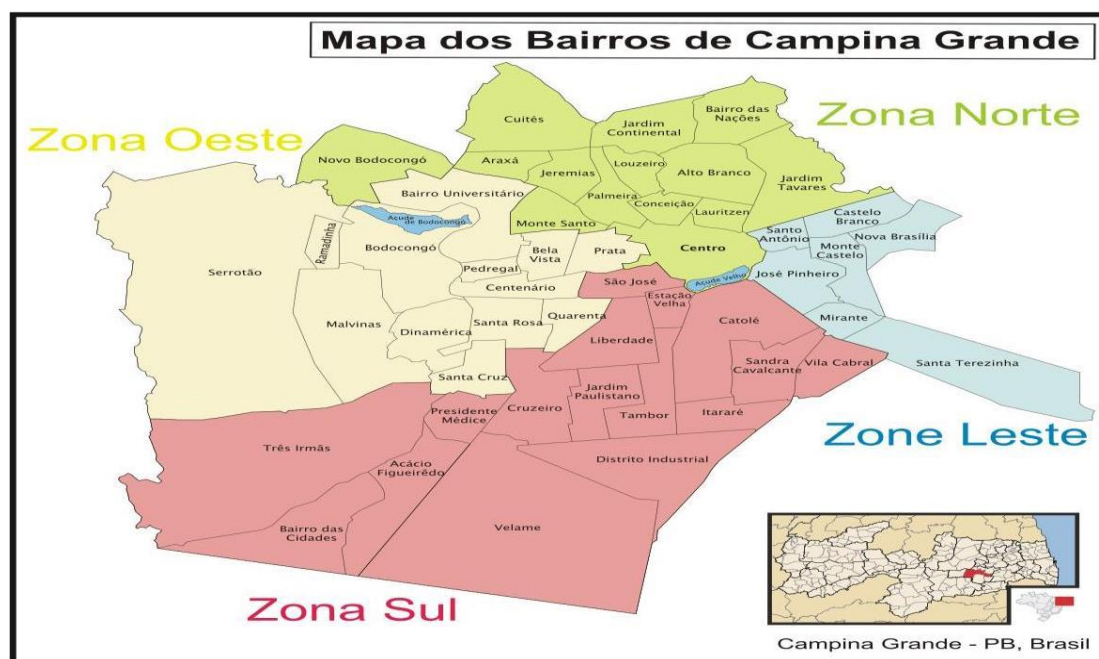


Figura 2 - Mapa dos bairros e das zonas urbanas da cidade de Campina Grande-PB

Fonte: Wikiwand - Lista de bairros e distritos de Campina Grande, 2019. Disponível em: https://www.wikiwand.com/pt/Lista_de_bairros_e_distritos_de_Campina_Grande

A Unidade Básica de Saúde e seu território adstrito localizam-se na Região Sul de Campina Grande, que constitui a região com maior número de bairros (26), com uma grande quantidade de bairros novos, além de abrigar o Aeroporto Presidente João Suassuna e a maioria das indústrias da cidade.

Amostragem

Descrição

A amostra do estudo foi constituída pelos usuários cadastrados na UBS Romualdo Brito de Figueiredo, localizada na Praça Sulpino Colaço, no Jardim Paulistano, em Campina Grande, Paraíba, o território é composto por 4.300 pessoas distribuídas em seis microáreas.

Este cenário da pesquisa faz parte do Distrito Sanitário IV, na zona sul do município, como mostra a **Figura 3**.

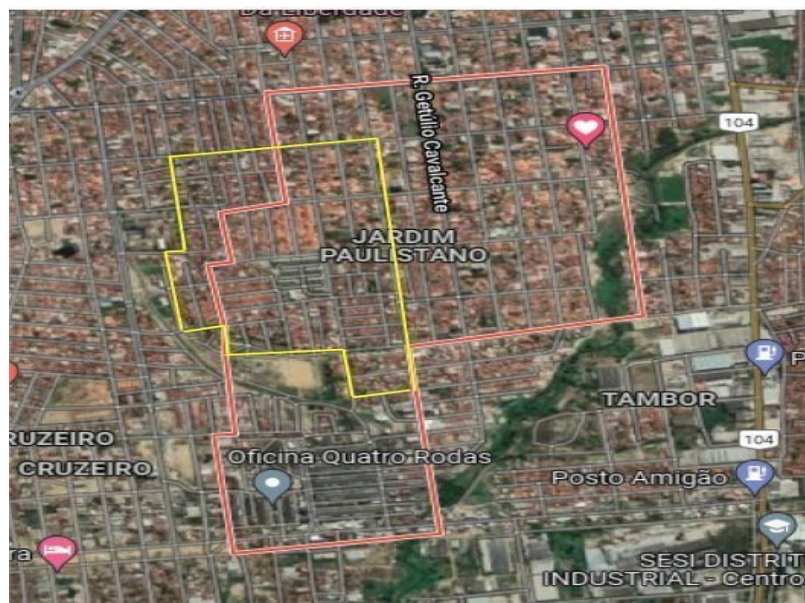


Figura 3: Área de abrangência da UBS Romualdo Brito de Figueiredo, bairro Jardim Paulistano, Campina Grande-PB

Fonte: Google Maps

4. 3.2.2 Critérios de Inclusão e Exclusão

Os critérios de inclusão foram: (a) usuários acima de 18 anos cadastrados na área de abrangência da UBS Romualdo Brito de Figueiredo; e (b) atendidos nos últimos 90 dias antes do início da pesquisa na unidade.

Os critérios de exclusão foram os seguintes: (a) preenchimento incompleto do questionário da primeira fase da pesquisa e (b) ausência de consentimento em participar do estudo.

Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas estruturadas abertas e fechadas, com base em instrumento elaborado pelo estudo guarda-chuva da pesquisa multicêntrica. Os entrevistadores fdo estudo multicêntrico oram alunos do mestrado PROFSAÚDE em todo o território nacional que aceitaram entrar no estudo. A população estudada foram os indivíduos cadastrados e acompanhados pela Estratégia Saúde da Família de cada UBS onde atuava o

(a) mestrando (a) pesquisador (a), ou seja, nos seus territórios de abrangência. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A aplicação do questionário foi feita pela pesquisadora principal do recorte local da investigação na UBS Romualdo Brito de Figueiredo a um membro por família que tinha idade superior a 18 anos.

Variáveis do Estudo

A variável primária deste estudo foi a percepção dos respondentes sobre as informações recebidas a respeito de medidas preventivas não farmacológicas (MNF) contra a COVID-19, assim como sua fonte, durante a pandemia em 2020 e 2021. Como variáveis secundárias, serão estudadas as práticas associadas às informações recebidas, sua relação com a unidade de saúde e a utilização de seus serviços, assim como características sociodemográficas dos participantes, sua relação com a unidade de saúde e a utilização de seus serviços, as fontes de informação recebidas sobre a COVID-19 durante a pandemia, assim como as suas percepções e práticas associadas a estas informações.

Neste estudo, a variável “percepção” é definida conceitualmente como “o processo em que as sensações são percebidas e utilizadas na sua interpretação do mundo” (BACHA *et al.*, 2006), ou seja, percepção é considerada a forma pela qual os respondentes compreenderam as informações às quais foram expostos.

Do ponto de vista operacional, a variável percepção foi medida por meio das respostas aos itens 15, 19, 20, 21 e 22 do questionário (ANEXO B):

- Item 15: Que informações o (a) senhor (a) recebeu sobre o Coronavírus? (questão fechada com possibilidade de mais de uma das seguintes respostas simultaneamente: isolamento social total; lavagem frequente das mãos; uso de álcool gel; isolamento parcial; uso de máscara para quando tenho que sair de casa; outro);
- Item 19: O (a) senhor (a) está confiante que as medidas de prevenção e proteção em relação ao Coronavírus adotadas pelo senhor (a) e sua família são suficientes para proteger vocês? (questão com possível resposta única em escala Likert: muito confiante; bem confiante; razoavelmente confiante; pouco confiante; nada confiante);

- Item 20: Qual a possibilidade de o(a) senhor(a) ou sua família serem contaminados pelo Coronavírus? (questão com possível resposta única em escala Likert: muito alta; alta; razoavelmente alta; baixa; muito baixa);
- Item 21: Qual é a sua opinião sobre a doença provocada pelo Coronavírus? (questão com possível resposta única em escala Likert: muito grave; grave; razoavelmente grave; pouco grave; não é grave); e
- Item 22: Em sua opinião, qual o grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao Coronavírus? (possível resposta única em escala Likert: medidas de isolamento e distanciamento social; uso de máscara, higienização das mãos com lavagem/uso de álcool em gel; evitação de aglomerações)

As variáveis secundárias do estudo foram aquelas do perfil sociodemográficos da amostra, como sexo, estado civil, escolaridade, idade, renda, cor/etnia, ocupação, impacto da pandemia sobre ocupação, estrutura física do domicílio, número de moradores do domicílio e conhecimento das medidas preventivas, assim como as fontes destas, além daquelas informadas pela USF. Estas variáveis serão analisadas descritivamente e submetidas a análise de associação com a percepção e a adesão às medidas preventivas.

A adesão às medidas preventivas neste estudo foi considerada a partir das respostas aos itens 25 e 26 do Questionário (ANEXO B):

- Item 25: Quais das seguintes ações o (a) Sr (a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo Coronavírus? (admite mais de uma resposta: Isolamento social total; isolamento parcial; lavagem freqüente das mãos, uso de álcool gel; uso de máscara para sair de casa, outros); e
- Item 26: Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais importante para se prevenir da contaminação pelo Coronavírus? (questão com resposta única: Isolamento social total, isolamento parcial; lavagem freqüente das mãos; uso de álcool gel; uso de máscara para quando sair de casa, outros).

Ainda para efeito deste estudo, a adesão às medidas preventivas relacionadas à pandemia foi analisada considerando-se as seguintes categorias, com base no critério adotado por Schneider *et al.* (2021): (a) indivíduos que aderiram a uma medida; (b) indivíduos que aderiram a duas medidas; e (c) indivíduos que aderiram a três ou mais medidas de prevenção contra a COVID-19, entre aquelas apresentadas como alternativas de resposta à pergunta/item 25 do Questionário, independentemente de qual (is) medida (s) foram adotadas.

Análise dos Dados

Fase 1: Fase Quantitativa

Com a finalidade de atingir os objetivos delineados neste estudo, a primeira fase contempla a análise realizada por uma abordagem quantitativa, cujos dados correspondentes às respostas aos itens do instrumento de coleta de dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel, para serem exportados e analisados pelo *software* estatístico R.

Para análise e organização dos dados da pesquisa utilizou-se estatística descritiva, com apresentação de frequências simples, absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e, posterior organização dos resultados em tabelas. Na sequência, foi aplicado o teste de aderência de qui-quadrado para verificar a adequabilidade do modelo probabilístico aos dados da pesquisa. Ademais, para verificar possíveis associações entre as variáveis em estudo, foram utilizados o teste Qui-quadrado e o teste Exato de Fisher nos casos em que as frequências esperadas foram menores que 5 (SIEGEL, 2006), considerando o nível de significância de 5% ($p < 0,05$). Todas as análises foram realizadas com o auxílio do *software* estatístico R (R CORE TEAM, 2021).

Fase 2: Fase Qualitativa

A abordagem qualitativa e alguns métodos quantitativos podem ser usados no estudo da percepção dos participantes da pesquisa como um importante determinante do comportamento humano (IVEY, 2016). A percepção é considerada uma variável multifatorial: em parte individual e, em parte, formada no contexto social e ambiental predominante. Por essa razão, o problema de pesquisa deste projeto foi formulado de duas formas, para se compatibilizar com o método de medição da referida variável nas duas fases do estudo.

Nesse sentido, a abordagem qualitativa oferece uma visão mais abrangente sobre como os pensamentos, crenças e experiências individuais e grupais afetam o comportamento humano em determinada situação, embora os pequenos tamanhos de amostra e variáveis não incluídas no desenho do estudo impeçam a generalização para outros grupos (ANDERSON-LEWIS *et al.*, 2012). Nesse contexto metodológico, o emprego e a confiabilidade da introspecção (e dos dados coletados por meio dela), pelo autorrelato, ainda que sejam questionadas, são comumente usados para estudar a percepção (STUFFLEBEAM *et al.*, 2019).

A entrevista aberta foi escolhida como a principal técnica utilizada nesta fase do estudo por se tratar de uma técnica flexível para a coleta de dados qualitativos. Em média, as entrevistas duraram dez minutos (variação de cinco a dez minutos). O número de respondentes foi definido previamente no projeto multicêntrico e não se baseou em saturação teórica. As entrevistas da fase qualitativa foram realizadas durante um período de dois meses.

Os depoimentos dos entrevistados foram identificados por códigos compostos pela letra “E”, de entrevistado, e de um número correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas: P1, P2, P3... P14. Os dados foram analisados por meio do *software* qualitativo NVIVO®, que auxiliou na organização, análise e gerenciamento de dados. Estes dados foram processados em duas etapas: uma fase inicial com denominação de cada segmento de dado e uma fase seletiva e focalizada, na qual códigos iniciais mais significativos ou frequentes foram integrados, sintetizados e organizados em categorias e subcategorias.

Para analisar as falas foi utilizada a análise de conteúdo baseado na teoria de Bardin (2002). O principal objetivo analítico foi capturar e dar significado para as experiências individuais vividas e crenças dos membros da comunidade.

As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra, após o que, foram então importadas para o NVIVO® versão 10, um *software* para análise de dados qualitativos. Este *software* foi utilizado para auxiliar, compartilhar e organizar as análises.

As transcrições (citações, frases ou palavras) foram rotuladas com códigos para ajudar a catalogar os conceitos-chave. A partir daí, os códigos foram agrupados por indução em temas e categorias e foram comparados e discutidos para produzir uma visão geral das tendências nas visões dos respondentes em suas respostas às questões do guia de entrevista. Essa codificação foi realizada usando-se o referido *software*, discutindo-se, em seguida, os códigos definidos para desenvolver um livro de códigos unificado com base nessa discussão. Cada transcrição foi codificada linha por linha e esses códigos foram organizados nos temas conceituais. A pesquisadora MNO recodificou os dados de acordo com o livro de códigos e realizou uma análise temática preliminar. As categorias temáticas foram finalizadas após a discussão dos resultados preliminares entre as duas pesquisadoras. Esses dados foram posteriormente organizados e tabulados de acordo com as categorias temáticas.

A perspectiva teórica adotada na interpretação dos depoimentos analisados foi principalmente a Teoria de Modelos de Crenças em Saúde (MCS) (ROSENSTOCK *et al.*, 1988). Outros referenciais foram mencionados pois os dados analisados podem deoar, em alguns aspectos, dos modelos teórico-conceituais adotados (SANTOS *et al.* (2017).

A estrutura conceitual do MCS inclui seis dimensões para explicar a adoção de comportamentos preventivos pela adoção de MNF que podiam auxiliar na prevenção do contágio pela COVID-19, predizendo a aceitação de recomendações contidas nas informações recebidas pelos respondentes. No citado referencial teórico-metodológico (MCS), as variáveis são as seguintes: o indivíduo se considerar suscetível ao problema de saúde considerado (percepção de suscetibilidade); o indivíduo associar o problema em questão à sua gravidade (percepção de gravidade); o indivíduo crer que o problema de saúde pode ser prevenido por uma ação (percepção de benefícios) apesar de essa ação envolver aspectos negativos, tais como impedimentos e desconforto (percepção de barreiras); a presença de estímulos desencadeadores da ação (estímulos para ação) e de que o indivíduo acredite em sua capacidade de realizar com sucesso o comportamento requerido e de superar as barreiras por ele percebidas (autoeficácia). As hipóteses consideradas para a análise e interpretação, a partir do referencial teórico mencionado, foram às seguintes: a adoção da recomendação de uso das MNF para prevenção da COVID-19 se associa a percepções de suscetibilidade, de gravidade, benefícios, barreiras, estímulos e autoeficácia.

Aspectos Éticos

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, a coleta de dados deste estudo foi iniciada após disponibilização do instrumento de coleta de dados fornecida pela coordenação do estudo multicêntrico.

A pesquisa foi registrada no Comitê de Ética sob o nº CAAE 37269320.4.1001.5016 e aprovada pelo parecer consubstanciado nº 4.345.618. Foram obedecidas às normas éticas da Resolução nº 466/12, para pesquisas com seres humanos. Os entrevistados assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) antes do início da coleta de dados. A entrevista aberta foi gravada com o consentimento dos participantes.

As entrevistas foram realizadas em horários e locais em que os respondentes estivessem disponíveis (horários e dias livres de trabalho), o que garantiu utilidade máxima de tempo e recusas mínimas dos respondentes. Estes foram informados de que tinham o direito de recusar a participação no estudo, de encerrar sua participação a qualquer momento e de não responder a nenhuma pergunta que não desejassem. Nenhuma informação de identificação (incluindo nomes e endereços) foi registrada no instrumento de coleta de dados.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta parte da dissertação estão inseridos dois manuscritos com os resultados e discussão correspondentes à pesquisa de campo realizada. Os manuscritos foram formatados segundo as normas de publicação do periódico (ANEXO D) e do livro temático (ANEXO E) aos quais foram submetidos.

Artigo Original 1



Revista de APS

Percepção de informações sobre medidas não farmacológicas de prevenção para a COVID-19 entre usuários de uma unidade básica de saúde de Campina Grande - Paraíba

Perception of information on non-pharmacological preventive measures for COVID-19 among users of a basic health unit in Campina Grande - Paraíba

RESUMO

As percepções sobre a doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) associam-se à adoção de medidas preventivas não farmacológicas (MNF) contra o contágio. O objetivo deste estudo foi analisar a percepção de informações sobre MNF para prevenção da COVID-19 por usuários de uma unidade básica de saúde (UBS). O estudo foi descritivo-transversal, quanti-qualitativo. Selecionou-se uma amostra de 70 famílias da população adscrita a uma UBS de Campina Grande (PB) para a fase quantitativa e, entre estas, 14 foram escolhidas para a fase qualitativa. A coleta de dados foi feita por questionário estruturado (dados sociodemográficos; informações sobre MNF; gravidade da COVID-19; suscetibilidade à COVID-19; confiança nas MNF) e entrevista não estruturada (enfrentamento, informações, impacto). Amostra predominantemente feminina (65,2%), não branca (69,6%) e de instrução superior/pós-graduação (62,3%), que aplicou MNF em associação de 2 a 4, sobretudo lavagem das mãos, uso de álcool e máscara facial (51/74,2% para cada) e isolamento (36/52,4%). A maior parte se informou sobre MNF por TV e internet, e uma minoria, por amigos, parentes, governantes e profissionais da UBS; 49,2% se perceberam suscetíveis e 65,2% se sentiram confiantes nas MNF. Houve mais falas referentes a máscaras, vacinação e coletividade, nas categorias emergentes de prevenção, percepção, informação, governança e impacto. Os respondentes relataram críticas ao conteúdo e ênfase insuficiente das informações e à adesão parcial pela sua comunidade. Conclui-se que as orientações sobre as MNF alcançaram os participantes deste estudo e, para isto, deve ter contribuído o grau de escolaridade favorável da amostra.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19. Modelo de Crenças de Saúde. Prevenção de Doenças. Estratégia Saúde da Família.

ABSTRACT

Perceptions about coronavirus disease 2019 (COVID-19) are associated with the adoption of non-pharmacological preventive measures (MNF) against contagion. The objective of this study was to analyze the perception of information about MNF for the prevention of COVID-19 by users of a basic health unit (UBS). The study was descriptive-cross-sectional, quanti-qualitative. A sample of 70 families from the population assigned to a UBS in Campina Grande (PB) was selected for the quantitative phase and, among these, 14 were chosen for the qualitative phase. Data collection was performed using a structured questionnaire (sociodemographic data; information on MNF; severity of COVID-19; susceptibility to COVID-19; trust in MNF) and unstructured interview (coping, information, impact). Predominantly female sample (65.2%), non-white (69.6%) and with higher/graduate education (62.3%), who applied MNF in association of 2 to 4, especially hand washing, use of alcohol and face mask (51/74.2% for each) and isolation (36/52.4%). Most were informed about MNF by TV and the internet, and a minority by friends, relatives, government officials and UBS professionals; 49.2% felt susceptible and 65.2% felt confident in MNF. There were more statements referring to masks, vaccination, and collectivity, in the emerging categories of prevention, perception, information, governance and impact. Respondents reported criticism of the content and insufficient emphasis of information and partial adherence by their community. It is concluded that the guidelines on MNF reached the participants of this study and, for this, the favorable level of education of the sample must have contributed.

KEYWORDS: COVID-19. Health Belief Model. Prevention of diseases. Family Health Strategy.

INTRODUÇÃO

A atual pandemia da doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) provocou grande impacto sanitário, econômico, social e político, mudando vidas em escala global, a partir de seu surgimento na China no final de 2019. Desde 2020, esta pandemia tem sido um desafio sem precedentes para a saúde pública em todo o mundo e, portanto, a apropriada compreensão dos riscos, da percepção destes e do cumprimento das recomendações sanitárias de prevenção do contágio está entre os objetivos mais importantes para a superação desta crise sanitária global.

Como ocorre no auge de pandemias, em 2020, após declaração da COVID-19 como emergência de saúde pública de importância mundial pela Organização Mundial da Saúde¹, cada governo nacional em todo o mundo emitiu recomendações sobre restrições de mobilidade, higienização das mãos, uso de máscaras faciais e distanciamento físico. Além disso, muitos grupos diferentes, como organizações comunitárias, prestadores de serviços de saúde e a mídia em geral implementaram uma série de iniciativas para comunicar recomendações essenciais para conter a disseminação do vírus em um momento anterior ao da disponibilização de vacinas em grande escala². Assim campanhas enfocaram o uso das referidas e tradicionais medidas de saúde pública denominadas genericamente de medidas não farmacológicas (MNF), voltadas à prevenção do contágio em âmbito populacional.

No Brasil, houve também a imposição de medidas restritivas legais pelos governos estaduais e municipais para garantir o emprego obrigatório das MNF de prevenção, o que resultou em variados graus de adesão de diferentes comunidades, grupos populacionais e áreas geográficas^{3,4,5}. A incerteza quanto à gravidade da doença e à capacidade de seu controle por meio de medidas preventivas, no período anterior à criação das vacinas, foram potenciais desestabilizadores da confiança do público em geral e da adesão de diversos segmentos populacionais. Essa adesão é influenciada também por um conjunto de conhecimentos e percepções singulares, enquanto a própria comunicação governamental e da mídia em geral pode ter sido ambígua e contraditória, o que contribuiu para a disseminação de informações dissonantes⁶.

Considerando que a trajetória passada, atual e futura da pandemia de COVID-19 depende, em grande parte, do comportamento das pessoas⁷, a

obtenção do entendimento e concordância da população com as recomendações para adoção de MNF não ocorreu paralelamente à disseminação de informações sobre os riscos de contágio e adoecimento. A partir de pandemias anteriores ficou evidenciado que a falta de conhecimento adequado sobre mecanismos de transmissão está associada às crenças das pessoas, o que pode complicar ainda mais as tentativas de impedir a propagação da doença⁸.

Espera-se que os resultados do presente estudo, realizado em uma comunidade de classe média da cidade de Campina Grande (Paraíba), município com população estimada em quase 412 mil habitantes⁹ sejam importantes em virtude da heterogeneidade do impacto regional e local da crise sanitária pela COVID-19, pois para se combater uma crise global, é importante analisar seus impactos locais.

Os objetivos deste estudo foram analisar a percepção sobre informações recebidas a respeito das MNF de prevenção contra a COVID-19 e a adoção de tais medidas por usuários atendidos em uma unidade básica de saúde de Campina Grande – Paraíba, buscando conteúdos compatíveis com as crenças em saúde no conteúdo de suas respostas.

METODOLOGIA

Modelo e local da pesquisa

Trata-se de pesquisa de campo, descritivo-transversal e de abordagem metodológica mista. Esta abordagem foi seqüencial, em duas fases (quantitativa e qualitativa), acerca da percepção e prática das orientações sobre a prevenção não farmacológica em relação à COVID-19 pela população-fonte durante a pandemia em 2020. Neste percurso analítico, buscou-se descrever o conteúdo manifesto das falas dos participantes, por meio da “objetivação de um tipo de conhecimento que tem como matéria-prima opiniões, crenças, valores, representações, relações, e ações humanas e sociais sob a perspectiva dos atores em intersubjetividade¹⁰.

Esta pesquisa foi parte de um estudo multicêntrico realizado em 88 municípios de todas as regiões do Brasil no segundo semestre de 2021, envolvendo 134 unidades básicas de saúde (UBS), com participação de pesquisadores de 21 universidades e instituições de pesquisa do país, sob a coordenação da Fundação

Oswaldo Cruz. Houve atuação direta, como pesquisadores, dos alunos do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), que atuam como profissionais de saúde dos territórios envolvidos em cada recorte local do referido estudo em diferentes comunidades brasileiras.

Campina Grande é a segunda maior cidade do estado da Paraíba e a maior da mesorregião do agreste paraibano. Trata-se de uma cidade média quanto ao tamanho demográfico e estruturação urbana, mas que representa um importante centro econômico e um pólo industrial de relevo na região Nordeste. O Jardim Paulistano é um bairro residencial de classe média e abriga a maior parte das indústrias campinenses¹¹, exibindo diferentes níveis de densidade demográfica, em termos de possibilidade de aglomerações, o que cria probabilidades diversas de transmissão de agentes virais em um contexto epidêmico.

O município de Campina Grande possui 84,2% de cobertura da Estratégia Saúde da Família. Para conhecimento das territorialidades do bairro onde se situa a UBS cuja amostra da população-adscrita participou desta pesquisa, a **Figura 1** mostra a organização socioespacial da população campinense, destacando-se, por um círculo vermelho, a localização do bairro Jardim Paulistano, onde há seis microáreas no Distrito Sanitário IV, que contempla mais quatro bairros da cidade.

Amostra

O recorte local representado pela presente pesquisa envolveu uma amostra acessível da população da área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS) Romualdo Brito de Figueiredo, situada no bairro Jardim Paulistano, na zona sul do município de Campina Grande.

Selecionou-se uma amostra acessível da população adscrita à referida UBS, que atende a um território composto por 4.300 usuários. O número de entrevistados para a fase inicial foi definido previamente no momento da elaboração do projeto multicêntrico nacional. Conforme orientação da coordenação nacional da pesquisa, para a primeira fase (quantitativa), foram selecionadas 70 famílias cadastradas e que freqüentaram a UBS nos 90 dias anteriores ao início da coleta de dados e, entre os participantes entrevistados nessa primeira fase do estudo, escolheram-se propositalmente 14 membros, um de cada família, para comporem a subamostra incluída na segunda fase (qualitativa), cujo tamanho não se baseou em saturação teórica.

Figura 1 - Mapa dos bairros e das zonas urbanas da cidade de Campina Grande-PB (2019)



Fonte: Wikiwand - Lista de bairros e distritos de Campina Grande, 2019.

Variáveis do Estudo

A variável primária deste estudo foi a percepção dos respondentes sobre as informações recebidas a respeito de MNF contra a COVID-19 (tipos, fontes e confiança nas informações) em 2020 e primeiro semestre de 2021.

Neste estudo, a variável “percepção” foi definida como “o processo em que as sensações são percebidas e utilizadas na sua interpretação do mundo¹²”, ou seja, percepção foi considerada como a forma pela qual os respondentes compreenderam as informações sobre a COVID-19 às quais foram expostos por várias formas de mediação.

As variáveis secundárias foram o autorrelato de adesão às MNF e as variáveis sociodemográficas.

Instrumentos de Coleta de Dados

A caracterização sociodemográfica da amostra foi feita na primeira fase do estudo, por meio da aplicação de um questionário estruturado e pré-testado, elaborado pela coordenação nacional da pesquisa multicêntrica. O perfil

sociodemográfico foi composto por itens referentes a sexo, estado civil, escolaridade, idade, renda, cor/etnia, ocupação, impacto da pandemia sobre a ocupação, estrutura física do domicílio, saneamento básico, número de moradores do domicílio, renda familiar mensal, ocupação antes da pandemia, recebimento de benefício social antes da pandemia, posse de plano suplementar de saúde, assim como sobre que informações os participantes tiveram sobre a COVID-19 e quais as fontes destas informações.

Ainda nessa primeira fase, e por meio do referido instrumento, os entrevistados foram questionados por meio de itens estruturados sobre a suscetibilidade e a gravidade percebidas em relação à COVID-19, com possibilidades de resposta em escala Likert, assim como sobre a confiança percebida em relação às MNF adotadas (autoeficácia). A suscetibilidade percebida refere-se à avaliação subjetiva dos riscos relacionados à saúde¹³ que, no presente estudo, se referiu à idéia da ameaça que o participante tinha de que ele ou sua família fossem contaminados pelo novo coronavírus. A gravidade percebida refere-se a uma avaliação subjetiva da gravidade da COVID-19. Por outro lado, a autoeficácia refere-se à percepção dos indivíduos sobre sua capacidade e de sua família em realizar com sucesso as medidas de prevenção contra o contágio pelo coronavírus de forma suficiente para protegê-los.

O instrumento de coleta de dados empregado na fase qualitativa foi um roteiro para entrevista também elaborado pela coordenação nacional da pesquisa. Optou-se pelo questionário não estruturado para possibilitar a coleta de dados acerca da percepção dos participantes, sendo composto por perguntas abertas sobre o fenômeno específico e objeto da investigação. Foram apresentadas dez questões enfocando ações de enfrentamento das pessoas e famílias, informações recebidas, estratégias da família e comunidade, ações dos serviços de saúde, ações dos governos e mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias.

Procedimentos de Coleta de Dados

Na primeira abordagem dos potenciais respondentes elegíveis, selecionados a partir dos cadastros das famílias na UBS, a pesquisadora apresentou os objetivos do estudo. Neste primeiro contato, eles forneceram seus números de telefone para agendamento da primeira entrevista, que foi posteriormente realizada na UBS de forma presencial. Nos dias marcados, foi

realizada a aplicação do questionário estruturado entre os meses de março e julho de 2021. Nesse período, o número de casos positivos para COVID-19, assim como o de ocupação de leitos hospitalares ainda estavam elevados no município de Campina Grande. Esse cenário permaneceu o mesmo desde março até meados de junho, quando gradativamente o número de casos foi caindo, tanto na contagem de infectados quanto de hospitalizações e óbitos por COVID-19 no município¹⁴. As entrevistas abertas da fase qualitativa foram realizadas durante um período de dois meses, de agosto a outubro de 2021.

As entrevistas dessa segunda fase da pesquisa foram realizadas presencialmente, de forma direta, face a face, em visitas domiciliares agendadas previamente, envolvendo a participação de um membro com idade de 18 anos ou mais de 14 famílias selecionadas entre as que participaram da primeira fase do estudo. A entrevistadora é enfermeira vinculada funcionalmente à Estratégia Saúde da Família há 23 anos, especificamente na UBS em cujo território se realizou o estudo. O cenário epidemiológico local vigente nessa segunda fase do estudo era de persistente tendência de redução de casos na cidade, com estabilização no número de infectados, de hospitalizações e óbitos, em uma curva em forma de platô, seguida por uma queda gradativa de casos nos meses seguintes¹⁴.

As entrevistas foram gravadas em áudio, ouvidas e transcritas na íntegra pela mesma pesquisadora. Os depoimentos dos entrevistados foram identificados pela letra “E”, de entrevistado ou entrevistada, acompanhada de um número correspondente à ordem em que as entrevistas foram realizadas: E1, E2, E3... E14.

Análise e Interpretação dos Dados

Na primeira fase, foi realizada análise quantitativa dos dados por meio de estatística descritiva. Para a variável idade foi descrita média e desvio-padrão, enquanto para as demais variáveis, de nível de mensuração nominal e ordinal, apresentaram-se em frequências.

Para orientar a interpretação dos resultados da fase qualitativa, utilizou-se a análise de conteúdo proposta por Bardin¹⁵. Nesta análise, optou-se pela modalidade de análise categorial-temática que, conforme Minayo¹⁵, oferece uma visão mais abrangente sobre como crenças e experiências individuais afetam o comportamento humano em determinada situação^{16,17}.

Os textos transcritos foram importados do *corpus* textual para o *software*

qualitativo NVIVO® (QSR International, Massachusetts), que auxiliou na organização, análise e gerenciamento de dados, para identificação e frequência das unidades de registro (palavras) e ocorrências (segmentos de textos) conforme critério semântico.

A categorização temática do *corpus* textual foi indutiva (a partir da mineração dos dados) e dedutiva, partindo do referencial teórico-metodológico adotado *a priori*, ou seja, nos constructos da Teoria do Modelo de Crenças em Saúde (MCS). Subcategorias foram agrupadas dentro das categorias por aproximação semântica e, em seguida, cotejadas com base nas semelhanças em gráfico.

As citações das falas que ilustraram os temas não sofreram ajustes para não perder o sentido original, sendo seguidas do número da entrevista por ordem de realização. Nos dados qualitativos obtidos a partir das respostas dos 14 entrevistados, frequências exatas foram deliberadamente omitidas, e palavras descritivas como "a maioria, alguns, poucos" foram usadas em seu lugar, considerando-se que o uso de números e porcentagens precisos pode ser enganoso, não agregando valor ao estudo qualitativo¹⁸.

As hipóteses consideradas para a análise e interpretação foram às seguintes: a adoção da recomendação de uso das MNF para prevenção da COVID-19 se associa a percepções de suscetibilidade, de gravidade, benefícios, barreiras, estímulos e autoeficácia, conforme a Teoria dos Modelos de Crenças em Saúde¹⁹. Esta estrutura conceitual inclui seis dimensões para explicar a adoção de comportamentos preventivos pela adoção de MNF que podiam auxiliar na prevenção do contágio pela COVID-19, predizendo a aceitação de recomendações contidas nas informações recebidas pelos respondentes. No citado referencial teórico-metodológico (MCS), as variáveis são as seguintes: o indivíduo se considerar suscetível ao problema de saúde considerado (percepção de suscetibilidade); o indivíduo associar o problema em questão à sua gravidade (percepção de gravidade); o indivíduo crer que o problema de saúde pode ser prevenido por uma ação (percepção de benefícios) apesar de essa ação envolver aspectos negativos, tais como impedimentos e desconforto (percepção de barreiras); a presença de estímulos desencadeadores da ação (estímulos para ação) e de que o indivíduo acredite em sua capacidade de realizar com sucesso o comportamento requerido e de superar as barreiras por ele percebidas (autoeficácia).

Aspectos Éticos

O projeto multicêntrico do qual fez parte o presente recorte empírico local foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com Seres Humanos da instituição do coordenador nacional da pesquisa FIOCRUZ, comparecer nº CAAE 37269320.4.1001.5016. Este subprojeto foi conduzido em conformidade às normas da Resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas

No perfil sociodemográfico da amostra, apresentado na tabela 1, observa-se que na primeira fase da pesquisa (abordagem quantitativa), em que participaram 70 indivíduos, com idade mediana de 40 (18-66) anos, semelhantemente distribuídos entre quatro intervalos de idade (21-30; 31-40; 41-50; maior que 50). A maioria da amostra foi do sexo feminino (65,2%), predominantemente não branca (69,6%) e com nível superior ou pós-graduação (62,3%). Na subamostra (n=14) selecionada na segunda fase do estudo entre os 70 respondentes da fase quantitativa, as características sociodemográficas foram análogas às da amostra original: 9 participantes do sexo feminino, 9 não brancos e 12 com nível de escolaridade superior ou pós-graduação. Número de pessoas residentes no domicílio, cômodos da casa, banheiros, infraestrutura sanitária e renda familiar mensal também apresentaram frequências consistentes com os resultados apresentados em relação à amostra da primeira fase (n=70) (Tabela 1).

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos entrevistados na fase quantitativa na Unidade Básica de Saúde Romualdo Brito de Figueiredo, Campina Grande (PB), março a julho de 2021 (n=70)

Variáveis	Frequências	
	<i>f</i>	%
Idade (anos)		
18-20	4	5,8
21-30	16	23,2
31-40	16	23,2
41-50	16	23,2
> 50	17	24,6
Sexo		
Masculino	24	34,8
Feminino	45	65,2
Raça/Cor		
Branca	21	30,4
Não branca	48	69,6
Estado civil		
Casado	32	46,4
Solteiro	29	42,0
Divorciado	7	10,1
Viúvo	1	1,4
Nível educacional		
Fundamental	2	2,9
Médio	24	34,8
Ensino Superior	23	33,3
Pós-Graduação	20	29,0
Renda familiar mensal		
≤ 1 SM	15	21,7
1-2 SM	9	13
2-3 SM	17	24,6
≥ 4 SM	28	40,6
Corresidentes no domicílio		
0	5	7,2
1-3	41	59,4
4-7	23	33,3
Número de cômodos do domicílio		
1-2	20	29
3-4	23	33,3
> 4	26	37,7
Número de banheiros no domicílio		
1	24	35,8
≥ 2	43	64,2
Infraestrutura de acesso a água		
Água encanada	66	95,7
Reservatório	3	4,3
Esgotamento sanitário		
Fossa séptica	2	2,9
Rede de esgoto	67	97,1

* SM: salários-mínimos

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Medidas não-farmacológicas de prevenção da COVID-19

As medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 mais citadas pelos participantes foram lavagem freqüente das mãos, uso de álcool em gel e de máscara facial fora de casa, que apresentaram freqüências de 51 (74,2%), para cada uma das medidas, enquanto isolamento social total e parcial foram referidos por 36 (52,4%), cada. Os respondentes podiam assinalar mais de uma alternativa em relação a esta pergunta sobre os tipos de MNF utilizados. Assim, tais medidas foram mencionadas em três combinações diversas: quatro destas MNF associadas foram empregadas simultaneamente por 34,9%, enquanto 21,8% referiram empregar cinco medidas, e 17,5% mencionaram uso paralelo de seis medidas, 16% mencionaram o uso paralelo de três medidas e 1,4% informaram o uso de uma só medida restritiva.

Ao serem inquiridos acerca da fonte de informações obtidas sobre as MNF como prevenção da COVID-19, os participantes disseram que 20,5% se informaram pela televisão (TV), internet e jornais; 10,5% se informaram, além de jornais, TV e internet, também amigos, vizinhos e parentes; 3% se informaram por amigos, vizinhos, parentes, comunidade e governantes; apenas 4,9% responderam que tiveram acesso às informações por meio de profissionais da UBS.

Questionados sobre o grau de confiança atribuído por eles às informações recebidas, 65,2% responderam que perceberam que existem benefícios em relação à adoção de MNF (43,5% se sentiram bem confiantes e 21,7% muito confiantes), enquanto 29% referiram se sentir razoavelmente confiantes e apenas 5,8% relataram pouca confiança nessas medidas de prevenção. Quanto à percepção de sua suscetibilidade e da própria família ao contágio pelo coronavírus, 49,2% responderam que percebiam essa probabilidade como alta ou razoavelmente alta, 36,2% percebiam a suscetibilidade como baixa, enquanto 14,6%, muito baixa.

Análise Lexical

As palavras que constituíram as unidades iniciais de análise do *corpus* textual foram contadas por meio do *software* NVIVO®, assim como a extensão e o percentual ponderado, para auxiliar na apresentação e interpretação dos resultados. Na Tabela 2, figuram as 30 palavras mais repetidas nas falas dos participantes. Nota-se que a recorrência dessas palavras revela a representação

do uso das máscaras como a MNF mais mencionada para o enfrentamento da pandemia, porém outros termos que significam ações preventivas também se repetiram, tais como higienização, distanciamento, isolamento, vacinação e uso do álcool. Ainda que não se tenha instigado a menção às vacinas, ainda não disponíveis concretamente pelo Ministério da Saúde no período em que os dados qualitativos foram coletados (agosto a outubro de 2021), a necessidade da vacinação foi citada de forma recorrente.

As duas unidades de significado mais verbalizadas pelos respondentes foram “pessoas” e “social”, palavras que remetem à cooperação e ao coletivo, um processo no qual indivíduos ou grupos trabalham em colaboração para o alcance de um objetivo comum, o que é consistente com a crença de coparticipação de indivíduos de uma coletividade com esforços para superar uma crise sanitária como a da pandemia de COVID-19.

Tabela 2 - Frequências, extensão e percentual de palavras do *corpus* textual analisado a partir de depoimentos dos entrevistados na Unidade Básica de Saúde Romualdo Brito de Figueiredo, Campina Grande (PB), agosto a outubro de 2021 (n=14)

Palavras	Estatística textual		
	Contagem	Percentual ponderado	Extensão
Pessoas	39	0,95	7
Social	38	0,93	6
Máscara	33	0,81	7
Saúde	31	0,76	5
Pandemia	30	0,73	8
Medidas	29	0,71	7
Distanciamento	25	0,61	14
Isolamento	21	0,51	10
Álcool	18	0,44	6
Família	17	0,42	7
Higienização	17	0,42	12
Dificuldade	16	0,39	11
COVID	13	0,32	5
Enfrentamento	13	0,32	13
Evitar	13	0,32	6
Vacinação	13	0,32	9
Casos	12	0,29	5
Relação	12	0,29	7
Doença	11	0,27	6
População	11	0,27	9
Ações	10	0,24	5
Cuidados	9	0,22	8
Lavagem	9	0,22	7

Prevenção	9	0,22	9
Protocolos	9	0,22	10
Utilização	9	0,22	10
Aglomerado	8	0,22	11
Comunidade	8	0,22	10
Cuidado	8	0,22	7
Familiares	8	0,22	10

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

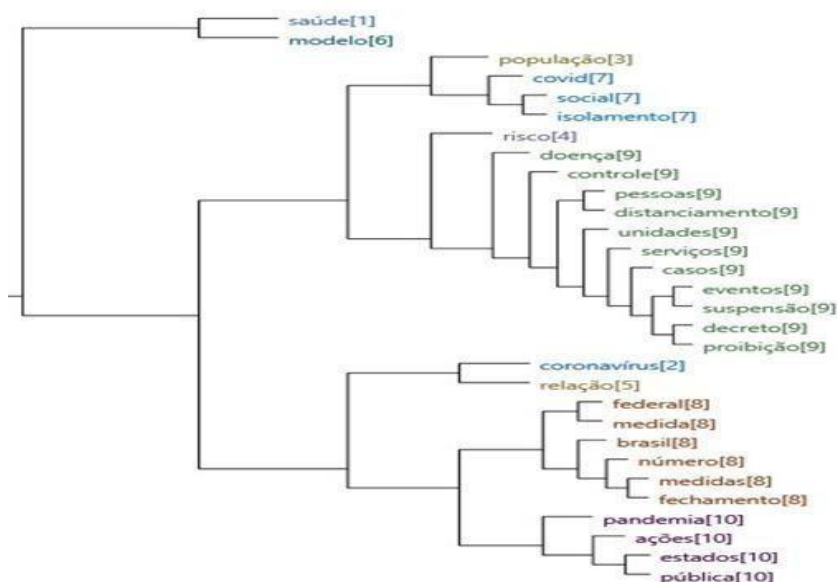
Obteve-se uma árvore de similitude das evocações livres, norteadas pela hierarquização das vinculações entre os termos e suas adjacências para cada classe identificada no NVIVO®. A semântica de similaridade pontuou as palavras com base em quão semelhantes elas foram em todo o *corpus* textual analisado, mesmo que não fossem correspondências exatas, mas semelhantes e em co-ocorrências, evidenciando indicações da conexidade entre os termos, o que contribuiu para o conhecimento da estrutura do texto. A matriz de similaridade, que contém a semelhança entre cada par de palavras, usando as frequências, está demonstrada no dendograma da **Figura 2**. Esta análise de *clusters* expressa a correlação por similaridade de palavras, em que a ligação de semelhança de palavras em aglomerados é realizada pela identificação da disposição dos colchetes e pelas cores que mais se assemelham. A partir dessa análise, percebe-se a divisão do *corpus* em dois grupos: o primeiro subdivide-se em dois agrupamentos e revela maior similaridade entre as palavras, enquanto o segundo, composto pelas palavras “saúde” e “modelo”, apresenta menor correlação com os demais.

O primeiro aglomerado do grupo 1 está dividido em dois subgrupos e expressa uma maior aproximação entre as ações desenvolvidas no âmbito federal e estadual no enfrentamento da pandemia. Nota-se que as palavras “estados” e “pública” apresentaram-se de forma simultânea e têm similaridade com “ações” e “pandemia”, o que parece expressar a ação proativa do estado no enfrentamento do período pandêmico. Além disso, percebe-se que as palavras “medidas” e “fechamento” acontecem simultaneamente e têm uma maior aproximação com “Brasil” e “número”, como também com “medida” e “federal”, o que, conjuntamente revela uma das principais medidas adotadas em âmbito estadual, que foi o fechamento de diversos locais públicos da cidade. Quanto às palavras “coronavírus” e “relação”, que estão no segundo subgrupo, acontecem

simultaneamente, mas não apresentam correlação com as demais palavras.

O segundo aglomerado do grupo 1 também está subdividido em dois subgrupos e expressa uma maior similitude entre “proibição” e “decreto”, “suspensão” e “eventos” e entre “pessoa” e “distanciamento”, visto que as duplas de palavras ocorreram de forma simultânea, e com uma maior correlação de similaridade entre estas e “casos”, “serviços”, “unidades”, “controle” e “doenças”. Percebe-se que a palavra “risco” foi a única que apresentou maior distância das demais, e não estabeleceu correlação. No segundo subgrupo as palavras “isolamento” e “social” ocorreram simultaneamente e exibiram conexão com a palavra “COVID”. A palavra “população” também não apareceu correlacionada com as demais.

Figura 2 - Árvore ilustrativa da análise de similitude do corpus textual



Fonte: Corpus de análise processado pelo software NVIVO®

Análise Temática

Na análise temática das transcrições das respostas dos entrevistados, os conteúdos que emergiram recorrentemente no *corpus* foram inseridos em subcategorias e categorias. Como apresenta o Quadro 1, as respostas dadas pelos participantes foram classificadas em seis temas principais, considerando-se o tema como a classificação semântica mais abstrata da análise do conteúdo para alcançar uma representação simplificada dos dados brutos: (1) Prevenção; (2) Percepção;

(3) Atenção; (4) Informação; (5) Governança; e (6) Impacto. Os subtemas (categorias e subcategorias) foram agrupados dentro dos temas a partir da mineração dos dados no texto e de categorização dedutiva a partir do modelo teórico adotado para interpretação.

Observou-se que os respondentes não apenas referiram recebimento de informações sobre MNF preventivas contra a COVID-19, mas também relataram idéias contendo críticas sobre o conteúdo e a entrega dessas informações, assim como do cumprimento parcial das medidas por parte de integrantes de sua comunidade. A maioria dos respondentes sublinhou o impacto negativo da COVID-19 em sua vida familiar. Para os participantes, a falta de cumprimento de MNF pela comunidade pode causar danos aos seus integrantes, mesmo para aqueles que cumpriram as medidas recomendadas. Eles consideraram que o principal impacto da pandemia foi a alteração de sua visão existencial sobre a vida e conceitos de humildade e respeito nas relações humanas e interpessoais.

Quadro 1 - Temas, categorias e subcategorias da análise de conteúdo temática do *corpus* textual das respostas dos participantes (n=14) sobre informações a respeito de MNF de prevenção da COVID-19

TEMAS	SUBTEMAS	
	Categorias	Subcategorias
Prevenção da COVID-19	1- Medidas não farmacológicas 2- Imunização	- Adoção de protocolos - Necessidade de vacinas
Percepção da COVID-19	3- Crenças em saúde	- Suscetibilidade - Gravidade - Benefícios - Barreiras - Estímulos - Autoeficácia
Atenção à saúde na pandemia	4- Sistema, serviços e profissionais	- Secretarias de Saúde - Unidade básica de saúde - Hospitais de referência - Profissionais de saúde
Informação sobre COVID-19	5- Informações recebidas	- Suficientes - Insuficientes - Desinformação
Governança da crise	6 - Kit-COVID e ciência 7- Ações dos governantes	- Ineficácia - Ciência - Festas e <i>fake news</i>
Impacto da pandemia	8- Vida das pessoas e famílias	- Mudança de atitude - Distanciamento dos familiares - Hábitos de higiene

Fonte: A autora (2022)

Categoria 1 - Medidas não farmacológicas: Adoção de protocolos

No sentido da prevenção, os respondentes referiram medidas não-farmacológicas, fazendo menção a termos técnicos, como “seguir protocolos”, como por exemplo:

“[...] usando bastante álcool a 70, usando sempre máscara ao sair, mantendo, na medida do possível, o distanciamento social, e seguindo rigorosamente os protocolos quando a gente visita algum lugar. (E8)

Fazendo a descontaminação dos lugares, principalmente em nossa residência, tentando manter o protocolo, não adentrando à casa com os sapatos, higienização das mãos, uso de máscaras e a troca de roupa antes de entrar em casa.” (E13)

“[...] tentando sempre manter esses protocolos em atuação.” (E14).

Categoria 2 - Imunização: Necessidade de vacinas

Ainda que não tivesse sido citado o termo “vacina” no roteiro de entrevista, houve frequentes menções à vacinação para a COVID-19 nas respostas dos entrevistados, como uma questão imperativa:

“[...] principalmente se importar com a população vacinada, instigar a vacinação em massa.” (E5)

“Deveria ter iniciado com um tempo mais curto a questão da vacinação, colocar mais equipes, p’ra quanto mais gente puder ser vacinada antes, p’ra gente pelo menos ter uma quantidade maior de pessoas imunizadas.” (E8)

Categoria 3 - Crenças em saúde: Suscetibilidade, gravidade, benefícios, barreiras, estímulos e autoeficácia

No tema da percepção, os participantes revelaram combinações de crenças relacionadas a suscetibilidade, gravidade, benefícios, barreiras, estímulos e autoeficácia:

“No primeiro momento foi bem tranquilo... a gente mantinha toda a segurança, né?... [...], mas infelizmente chega uma hora que acaba sendo infectado. Graças a Deus resolvemos com sucesso, conseguimos tirar de letra. [...] na nossa cultura é bom estar entre as pessoas...” (E1)

“[...] ajudar mais o próximo, quem já teve sabe como é importante p’ras pessoas. [...] a lavagem das mãos, constante, isso contribuiu muito [para o declínio da curva epidêmica], aí a gente vem praticando ainda.” (E2)

“[...] eu não tive nenhuma dificuldade não, porque minha família entendia a gravidade da doença.” (E4)

“É uma situação complicada e pavorosa inicialmente porque é algo novo e

invisível, e nós tivemos que lidar com essa situação nessa pandemia, pessoas adoecendo...” (E6)

“Sim, eu acho que sim, só não foram cumpridas pela maioria das pessoas, aí isso levou a contaminar outras pessoas que não tinham nada a ver, pessoas que estavam se precavendo.” (E9)

“[...] o medo grande de levar p’ra casa vírus e passar para a família, e aí agente fica numa situação difícil.” (E7)

“[...] agora com paciência e resignação agente hoje está conseguindo enfrentar mais naturalmente e com tranquilidade...” (E12)

“[...] esse vírus, ele veio p’ra reforçar e ensinar a população de uma forma geral a usar o que todo mundo já sabia que deveria usar, que eram as medidas de higiene básicas.” (E12)

Categoria 4 - Sistema, serviços e profissionais: Secretarias de Saúde, unidade básica de saúde, hospitais de referência e profissionais de saúde

A atenção à saúde foi um tema em que sobressaíram aspectos relacionados ao sistema de saúde (secretarias de saúde), aos serviços (UBS, hospitais) e aos próprios profissionais das equipes. Em relação à ação dos profissionais, emergiram ideias de falta de atuação no sentido de educação popular em saúde, mas também relacionadas ao impacto que esses trabalhadores sofreram no enfrentamento da pandemia.

“O SUS tem acompanhado [...] a divulgação dos casos pela Secretaria de Saúde.” (E3)

“Não vi e não achei dificuldade da equipe [de saúde da UBS] não, acho que foi tudo muito claro e sucinto.” (E1)

“[...] tem sido bem difícil, principalmente para os profissionais da área da saúde, os cuidados que já eram tomados tiveram que ser redobrados.” (E5)

“Na [UBS da] minha comunidade não foi realizada [orientação de] muitas medidas visíveis, apenas as domiciliares por parte de cada família” (E5).

Sobre que serviço(s) de saúde atuou/atuaram na atenção à sua família durante a pandemia, os respondentes relataram predominantemente ações de âmbito hospitalar.

“Os hospitais de referência, e as unidades que também são referência, que estão ajudando o povo.” (E2)

“Na verdade, a gente só precisou foi do [Hospital de] Trauma, minha família não precisou, mas eu precisei e meu esposo, e vim p’ro Trauma.” (E7)

“[...] os testes e as consultas que são feitas aqui no Hospital Pedro I.” (E9)

“É, “tiveram” muita promoção em saúde sobre essa doença, o coronavírus, no meio hospitalar, tendo muitas propagandas.” (E4)

“[...] é uma questão de conscientização das pessoas com relação a esse processo de prevenção que parte muito mais do sujeito, da pessoa, do que do convencimento pela própria equipe de saúde.” (E14)

Categoria 5 - Informações recebidas: Suficientes, insuficientes e desinformação

Quanto às informações recebidas, as respostas foram compatíveis com um misto de opiniões de que houve difusão, mas não suficiente, assim como a falta de cumprimento pela comunidade das medidas informadas e a confusão criada pela abundância de informações constantemente mutáveis.

“[...] a questão de informação tem que ser mais, eu acho pouco, ainda tem muitas pessoas que “acha” que aquilo é mentira...” (E2)

“Algumas [informações] foram suficientes, mas creio que poderiam ter sido melhor enfatizadas.” (E5)

“[...] tudo era novo, era informação em cima de informação, o que era hoje, não era amanhã, sempre surgindo uma novidade [...]” (E4)

“Estamos fazendo todas as medidas recomendadas pela mídia.” (E11)

Categoria 6 - Kit-COVID, ciência e ineficácia

O uso do denominado “tratamento precoce” ou ‘*kit-COVID*’ (combinação de medicamentos sem eficácia comprovada cientificamente para a COVID-19), durante o primeiro ano da pandemia no Brasil, emergiu nas falas dos entrevistados diversas vezes, preponderantemente em tom crítico sob a alegação de que não era compatível com a Ciência. Uma das participantes relatou que chegou a usar esse tipo de combo de medicamentos como prevenção para a doença.

“[...] também não me aprofundei foi com relação àquele kit, que foi bem polêmico, da ivermectina junto com aqueles outros medicamentos padrão...” (E12)

“Falando especificamente da ideia do *kit* cloroquina, eu não acreditei nisso e nem acredito porque a ciência todo o tempo foi muito taxativa em dizer que esse *kit* não tinha resultados positivos.” (E14)

“[...] a nível federal [deveria] colocar a ciência como um norte para que as pessoas entendam o que é esse processo, e não falar coisas que não se coadunam com a própria ciência, como a não comprovação científica.” (E14)

“Eu me precavi tomando a ivermectina, que tanto falam que não faz parte dos medicamentos indicados, mas eu tomei...” (E9)

Categoria 7 - Ações dos Governantes: Festas e *fakenews*

Houve referências aos governantes, sem menção específica à instância de governo, mas foi possível inferir que são comentários atribuídos a governantes municipais (realização de festas, Carnaval, por exemplo) e a governo federal, considerando que no discurso do Presidente da República houve propagação ou endosso de desinformação e a necessidade de suporte às pessoas mais vulneráveis:

“Os governantes poderiam fazer mais pelo povo, ao invés de abrir para festas, porque ainda está presente o coronavírus...” (E2)

“Eu acho que os governantes deveriam desmentir as *fakenews*, não incentivar a medicalização precoce e dar maior suporte financeiro e psicológico p’ras pessoas que precisam.” (E3)

Categoria 8 – Vida das pessoas e famílias: Mudança de atitude, distanciamento dos familiares e hábitos de higiene

O impacto da COVID-19 foi referido principalmente como resposta de natureza espiritual resultante da crise e do enfrentamento, sinalizando mudança de atitude e atribuição de significado em uma dimensão filosófica, como aprendizado e humildade. Também sobressaíram relatos de impacto afetivo pelo distanciamento social de familiares, assim como de uma possível herança/legado de cuidados de higiene para as pessoas após a situação de pandemia.

“Mudou muita coisa, eu já tive a doença, minha família teve, a gente tem mais sensibilidade com as pessoas, humildade e ajudar mais o próximo...” (E2)

“[...] muita coisa mudou [...] quando surge uma mudança drástica dessa a nível mundial, até o nosso comportamento muda, mas vida que segue, a gente vai aprender.” (E6)

“[...] fiquei mais um pouco de humildade, eu sempre fui humilde, mas nesse momento difícil que a gente enfrentou se tornou mais humano, mais humilde ainda.” (E7)

“Uma das coisas difíceis foi o distanciamento, somos muito apegados à família...” (E6)

“[...] antes a gente não tinha tanto cuidado com essa questão da assepsia, vamos dizer assim, e hoje nós temos esse cuidado...” [E14]

DISCUSSÃO

Em consonância com o objetivo deste estudo, os resultados permitem compreender como informações sobre prevenção por meio da adoção de MNF foram recebidas, percebidas e aplicadas por usuários da área de abrangência da UBS Romualdo Brito de Figueiredo, em Campina Grande (PB), no contexto da pandemia de COVID-19. Esse conhecimento das percepções e respostas comportamentais das pessoas à COVID-19 pode levar ao aperfeiçoamento das comunicações de risco à saúde para alcançar mudanças bem-sucedidas nos comportamentos das pessoas.

A amostra do estudo foi relativamente pequena, geograficamente limitada, e racial e etnicamente homogênea, com nível de escolaridade satisfatório. A análise do perfil sociodemográfico quanto ao sexo é consistente com o perfil da população do território segundo os dados registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) dos usuários adstritos à UBS Romualdo Brito de Figueiredo, em que há 2.011 homens e 2.591 mulheres²⁰. A proporção entre participantes quanto ao sexo também se assemelha aos dados referentes à distribuição dessa variável no município de Campina Grande¹². Os dados indicativos do nível de escolaridade, renda familiar e saneamento básico refletem também as características da população geral do território adstrito, visto que os usuários da UBS são predominantemente de classe média. Deste modo, os determinantes sociais favorecem a adoção de atitudes positivas frente às mudanças de comportamento para adequação ao momento de crise sanitária vigente. O nível de escolaridade, em especial, associa-se à dimensão informacional e de conhecimento mais favorável e, conseqüentemente, à adoção das mudanças comportamentais esperadas nesse contexto. Em estudo recente, apontou-se que o conhecimento combinado à tomada de decisão do indivíduo, de acordo com seus valores e motivação, favorece a aceitação de novas informações e mudanças atitudinais²¹.

As frequências observadas em relação às MNF adotadas, fonte das informações recebidas e confiança nas recomendações no presente estudo são congruentes com pesquisas anteriores e sugerem que a maioria das pessoas, em diversas comunidades, compreende os benefícios das intervenções. Esses dados corroboram resultados de outra pesquisa que aponta que durante a pandemia da COVID-19 as MNF foram utilizadas por grande contingente da amostra estudada,

mas o isolamento social foi o mais freqüentemente mencionado, visto que foi um estudo realizado no início da pandemia em 2020 e pouco se sabia sobre como combatê-la (28). Outras pesquisas publicadas também revelaram o isolamento social como uma das principais medidas de enfrentamento adotadas para mitigação dos números de casos novos de COVID-19^{22,23}. Contudo, no tocante às medidas de enfrentamento individuais, estudo anterior mostra que as mais utilizadas foram lavagem das mãos, uso de máscaras e o distanciamento físico²⁴.

A suscetibilidade percebida em relação ao risco de contágio e de adoecimento como alta e baixa, respectivamente, apresentou freqüências semelhantes, e as fontes mais referidas foram televisão, internet e jornais. Desse modo, pode-se inferir que, durante uma pandemia, o risco percebido por meio das informações fornecidas a partir dessas mídias não se mostrou preponderantemente alto na amostra estudada. Essa situação revelou discrepâncias entre a percepção do público e as evidências científicas existentes em relação ao risco da COVID-19 em 2020 e parte de 2021²⁵.

Ainda no contexto da prevenção, os anseios sobre a imunização se destacaram nas falas dos entrevistados, ainda que não provocado diretamente, e em um momento em que as vacinas ainda não estavam disponíveis, no segundo semestre de 2021, quando os dados da presente pesquisa foram colhidos. Expressões referentes à necessidade de vacinas sobressaíram nas respostas dos entrevistados, indicando que eles entenderam a sua fundamental importância, quando o Brasil ainda não apresentava uma política clara e ampla de vacinação contra a COVID-19 e em vista da desinformação vigente no país, por nutrir ambiguidades sobre a imunização contra o coronavírus²⁶.

No que se refere às crenças em saúde, as alocações citadas contendo elementos do modelo teórico adotado, remetem às dimensões de suscetibilidade (“chega uma hora que acaba sendo infectado”; o medo grande de levar p’ra casa vírus e passar para a família”), gravidade (“minha família entendia a gravidade da doença”; “situação complicada e pavorosa”), benefícios (“esse vírus veio p’ra reforçar e ensinar a população”), estímulos (“na nossa cultura, é bom estar entre as pessoas”; ajudar mais o próximo, quem já teve, sabe como é importante p’ras pessoas), barreiras (“só não foram cumpridas pela maioria das pessoas”) e autoeficácia (“a gente manteve toda a segurança”; “conseguimos tirar de letra”; “não tive nenhuma dificuldade”). Essas falas sugerem que os respondentes perceberam

a gravidade da COVID-19, mas consideraram seriamente o risco e tentaram reduzir sua probabilidade de ocorrência. Os dados qualitativos indicaram que, embora os participantes tenham apresentado frequências de percepção de suscetibilidade à COVID-19 equivalentemente altas e baixas, nas suas falas, demonstraram uma clara percepção de gravidade, o que pode ser atribuído ao fato de que estavam adotando MNF de prevenção contra a COVID-19 e, por isso, talvez, sua ideia de suscetibilidade pessoal e de sua família era baixa em um contingente semelhante ao de entrevistados com alta percepção do risco, conforme dados obtidos na fase quantitativa.

As crenças sobre a gravidade da doença em si, bem como sobre a própria suscetibilidade ao contágio, geralmente variáveis associadas, tiveram frequências diferentes na amostra estudada, o que pode ter sido uma discrepância mediada pela alegada alta adoção de MNF de prevenção e por haver confiança em seus benefícios¹³. Esses resultados indicam que as orientações preventivas para a COVID-19 parecem ter alcançado as crenças pessoais e a visão de mundo dos participantes do presente estudo. Para isso, deve ter contribuído o grau de escolaridade da amostra. Na aplicação do Modelo de Crenças em Saúde (MCS), as percepções de suscetibilidade e gravidade da doença podem criar a intenção para a ação, que geralmente não é suficiente para sua execução, podendo ser necessária a presença de estímulos desencadeadores da ação (estímulos para ação) e de que o indivíduo acredite em sua capacidade de realizar com sucesso um comportamento requerido e de superar as barreiras por ele percebidas (autoeficácia), o que foi identificado nas respostas dos entrevistados.

Não foi possível inferir conhecimento deficiente nas respostas dos participantes desta pesquisa, o que não parece ter representado uma barreira para a adoção das MNF. Este achado é compatível com resultados de estudo realizado em uma comunidade na Índia⁸, onde se observou que a grande maioria da amostra analisada tinha conhecimento sobre a COVID-19 e ocorreu uma correspondente mudança comportamental a partir de suas crenças em saúde, considerando-se que essa maioria estava confiante de que, seguindo a lavagem das mãos e praticando o distanciamento social, estariam prevenindo o contágio pelo coronavírus. Os referidos autores mencionaram que a maioria das pessoas abordou a pandemia de COVID-19 de maneira semelhante, independentemente da idade, educação ou relação com a área da saúde.

Os pressupostos subjacentes ao modelo interpretativo adotado não estão enraizados em uma compreensão biomédica da doença, que considera os indivíduos como atores racionais que agem para se proteger se forem conhecedores e se perceberem em risco de contrair uma doença²⁷. A estrutura conceitual do referencial teórico MCS prevê o comportamento preventivo de saúde em termos de padrões de crenças, com foco na relação entre estas e os comportamentos de saúde adotados em determinada situação. Estudos na China e na Índia em 2020 mostraram que medidas rigorosas de mitigação, se implementadas em tempo hábil, são eficientes, pois o isolamento social é a medida mais eficaz para realizar esse tipo de controle da COVID-19^{7,29,23}. Por isso, as percepções de risco parecem ser o fator mais importante na promoção de comportamentos de prevenção no sentido de suavizar os efeitos de uma crise sanitária com a COVID-19³.

Houve pouca menção a indivíduos ou comunidades com acesso limitado a informações durante pandemias, possivelmente devido à disponibilidade de amplo acesso a informações por meio da TV e da Internet na comunidade onde se realizou o presente estudo. Ainda houve falas que sugeriram que os entrevistados estavam dispostos a permanecer adotando as MNF de prevenção da COVID-19, destacando a importância de continuar valorizando medidas higiênicas que eram conhecidas e simples, ainda que não praticadas por todos. A confiança nas MNF e na capacidade de efetuar-las é considerada um componente-chave da mudança de comportamento em saúde⁸, e este aspecto ficou evidente na leitura das respostas dos participantes da presente pesquisa. Esta pesquisa também destacou as expectativas das pessoas e os desafios dos governos estadual e municipal, verbalizados como secretarias de saúde, SUS, hospitais e UBS, para controlar a pandemia. Má gestão do sistema de saúde, sob a forma de programação de festas populares e geração de aglomerações, assim como a falta de uma coordenação no âmbito federal, foram aspectos aludidos abertamente por um dos respondentes.

A atual conjuntura política no Brasil tem enfatizado, angariado diligências e alocado recursos predominantemente na atenção hospitalar, o que é consistente com o que emergiu das respostas dos entrevistados também, que apresentaram menções predominantes à assistência hospitalar. Durante o ano de 2020, houve investimentos maciços em tecnologias, como respiradores mecânicos e construção de hospitais de campanha localizados, em sua quase totalidade, em grandes

centros urbanos. Apesar da necessidade existente e da importância inegável desses esforços, a atenção primária à saúde, que poderia atuar com protagonismo na prevenção, educação sanitária da população e reabilitação dos indivíduos acometidos pela COVID-19, não tem recebido a atenção merecida³¹. A Estratégia de Saúde da Família, que se propõe a desenvolver atenção à saúde no contexto em que as pessoas vivem, constitui-se em um cenário ideal para que essas questões sejam efetivadas na prática. Por ser este um modelo de assistência que atua na área de abrangência da população adstrita, requer dos profissionais de saúde o reconhecimento desta população e da especificidade cultural local, e assim, prestar uma assistência à saúde direcionada à realidade da comunidade, tendo em vista suas necessidades e potencialidades para uma educação popular que consiga alcançar os princípios da promoção em saúde³².

Sobre as ações percebidas pelos entrevistados em relação aos serviços de saúde, foi destacado que os profissionais de saúde foram os que sofreram o maior impacto da crise, mas esse profissional mencionado foi aquele do hospital, cujo protagonismo foi louvado em várias mídias. Contudo, o sistema de saúde como um todo teve suas atividades reorganizadas, tanto no âmbito de maior complexidade até os de baixa complexidade, a exemplo da atenção primária.

A informação e a disseminação de informações específicas de prevenção da COVID-19 fazem parte dos fatores externos necessários para a adoção de medidas de proteção, mas tais informações só podem mudar atitudes e comportamentos na direção adequada quando são factuais, corretas e consistentes. Neste sentido, os participantes expressaram preocupação com as notícias falazes difundidas por políticos. Essa menção ilustra a confusão da comunidade devido a mensagens conflitantes de saúde pública de diferentes fontes de informação, que foram consideradas como informes de natureza duvidosa pelos participantes. Tais resultados, que indicam as opiniões dos respondentes sobre suas perspectivas e experiências, podem trazer subsídios para políticas direcionadas à população no futuro em situações semelhantes.

Na fase inicial da pandemia, parecia claro que o ceticismo e a hesitação do governo, ou mesmo a negação da pandemia atingindo o Brasil, tiveram impactos diretos e afastaram as comunidades de percepções adequadas de risco em relação à COVID-19. As diferenças nas ideias sobre a COVID-19 por parte do governo federal podem ter levado à disseminação de mensagens controvertidas sobre a

gravidade da crise sanitária. O presidente da República e comentaristas políticos conservadores freqüentemente se referiam à COVID-19 como uma “farsa” e desprezavam os riscos que o vírus representava. Nas respostas dos participantes da presente pesquisa foram predominantemente críticas no tocante às mensagens governamentais e ao “*kit-COVID*”, cujo uso teve incentivo pelo governo central como fruto dos interesses políticos que permearam o período mais aguda da crise. Durante esses tempos de crise e incerteza, a população depende de informações precisas e atualizadas para que possa tomar decisões informadas sobre a prevenção do contágio. Como ficou claro nas respostas dos entrevistados, a adoção de tais condutas sem comprovação de eficácia pode ter tornado as pessoas mais vulneráveis³⁰.

A esfera governamental executiva, incluindo o próprio Ministério da Saúde, defendeu o tratamento medicamentoso precoce para a doença com emprego de hidroxicloroquina⁴⁷, assim como o chamado *kit-COVID*, que foi mencionado de forma repetida pelos participantes da pesquisa, sobretudo em vista de seu entendimento da falta de evidências científicas que comprovassem sua eficácia sobre a doença, ainda que um respondente tenha referido uso dessa intervenção. Em abril de 2020, ainda no início da pandemia, pela dificuldade de coordenação nacional da crise sanitária, o Supremo Tribunal Federal atuou na resolução dos conflitos de competência interfederativa, atribuindo a responsabilidade pela gestão do combate direto à pandemia a governadores e prefeitos³¹.

No centro de qualquer resposta a uma pandemia está a capacidade das autoridades e outras partes interessadas de promover comportamentos preventivos apropriados. Alcançar esse objetivo requer esforços individuais e coletivos para modificar as rotinas e atividades diárias, o que está fortemente associado às crenças das pessoas que, por sua vez, relaciona-se ao tipo de informações recebidas. Esta pandemia de COVID-19 ofereceu uma oportunidade única para análise do impacto da comunicação oficial de risco por meio de políticas de informação que afetam diretamente a população, ao influenciar crenças individuais e coletivas para adaptação de comportamentos em um ritmo acelerado.

No caso da pandemia de COVID-19, a adoção de MNF foi potencialmente limitada em diversas localidades pelo imediatismo e a urgência da crise, o que gerou demandas populares por uma ação mais contundente dos órgãos competentes, como foi observado também nos discursos dos entrevistados deste estudo. É

necessário destacar, contudo, que as limitações do conhecimento técnico em 2020 foram um componente especialmente marcante daquele momento, e que, associado à politização da crise sanitária redundou em barreiras importantes à adoção de medidas de proteção por parte da população^{5,6}. Quando as pessoas se envolvem coletivamente em comportamentos preventivos, aspecto que foi destacado pelos entrevistados pela recorrência de palavras que denotam a dimensão coletiva da adesão às MNF, há maior possibilidade de controle da propagação de uma doença transmissível^{3,6}.

As menções à falta de interação social e o isolamento como consequências negativas foram levantadas como questões pertinentes pelos participantes, em virtude de consequências psicológicas, a partir do distanciamento físico de seus familiares durante o ano de 2020. Contudo, não houve menção a perda de renda, limitações de obtenção de subsistência e restrições de trabalho entre os participantes, possivelmente pelas características sociodemográficas da amostra estudada. No que concerne a este aspecto, por outro lado, o governo federal aprovou a concessão do benefício social de prestação continuada, o “auxílio emergencial”, pela situação de vulnerabilidade social durante a COVID-19, beneficiando mais de 67 milhões de brasileiros³⁵.

Os achados do presente estudo apresentam algumas limitações. Em primeiro lugar, os dados foram transversais. Isso significa que nenhum dos achados deve ser interpretado como causal, mas sim correlacional. Dito isso, depreende-se a necessidade de estudos futuros para investigar essas associações entre os componentes do MCS por meio de um desenho de pesquisa longitudinal. Em segundo lugar, os resultados devem ser interpretados tendo em conta que o momento da coleta dos dados (maio a junho de 2021 para a primeira fase e agosto a outubro de 2021 para a segunda fase) também pode fornecer explicações potenciais que não foram divisadas com os dados coletados. Particularmente na Paraíba, e na cidade de Campina Grande, o momento do estudo foi o período em que o pico da primeira onda de COVID-19 havia passado, os efeitos da mídia foram menores ou ausentes, enquanto foram mais pronunciados em regiões em que a taxa de infecção ainda estava crescendo¹⁴. Em terceiro lugar, o roteiro de entrevista qualitativa não foi construído com base nas dimensões do Modelo de Crenças em Saúde, usado como referencial teórico principal para a interpretação dos resultados, ainda que os dados obtidos tenham se adequado ao que se preconiza

no MCS, sendo possível encontrar uma compreensão do fenômeno estudado.

Portanto, este estudo contribui para a compreensão sobre as atividades de conscientização e promoção durante eventos pandêmicos que teriam um impacto na preocupação, conhecimento e comportamento da população na pandemia. Recomenda-se que a consideração das dimensões desse modelo teórico faça parte da programação de educação em saúde da população.

CONCLUSÕES

Este estudo possibilitou compreender como informações sobre prevenção da COVID-19 por meio de MNF foram recebidas (por TV e internet), percebidas (valorizadas e compreendidas, mas consideradas insuficientes) e aplicadas (maioria da amostra) na área de abrangência da UBS Romualdo Brito de Figueiredo, em Campina Grande (PB), no contexto da pandemia de COVID-19 em 2020. Conclui-se que a maioria dos participantes percebeu a pandemia de COVID-19, demonstrando confiança nas medidas preventivas preconizadas e adotando-as. A adoção de recomendações de MNF de prevenção associou-se a percepções de suscetibilidade, gravidade, benefícios, barreiras, estímulos e autoeficácia, conforme a Teoria dos Modelos de Crenças em Saúde.

As características sociodemográficas da amostra estão provavelmente associadas às suas respostas sobre as informações adquiridas e a adoção das MNF. Estas foram aplicadas em associação de duas ou mais, sobretudo lavagem das mãos, uso de álcool e máscara. As falas analisadas tiveram conteúdo principalmente sobre máscaras, vacinação e coletividade, nas categorias de prevenção, percepção, informação, governança e impacto. Houve críticas à adesão parcial de integrantes da comunidade e à propagação do “*kit*-COVID”, que emergiu em tom crítico sob a alegação de não cientificidade. De serviços de saúde, relataram-se sobretudo ações de âmbito hospitalar. O impacto da COVID-19 foi resultante do enfrentamento, com impacto negativo na família pelo distanciamento físico e mudança de atitude pessoal associado ao aprendizado forjado pela grave crise.

Portanto, conclui-se que as orientações sobre as MNF contra a COVID-19 alcançaram os participantes da amostra estudada, de um bairro de classe média da cidade de Campina Grande, Paraíba e, para isto, deve ter contribuído também o grau de escolaridade da amostra.

Esse conhecimento das percepções e respostas comportamentais das pessoas à COVID-19 pode levar ao aperfeiçoamento das comunicações de risco à saúde para alcançar mudanças bem-sucedidas nos comportamentos das pessoas.

REFERÊNCIAS

- 1 WHO (World Health Organization). Infodemic Management. Infodemiology: How infodemic affect the world. Geneva: Switzerland, 2020b [acesso em 27 de maio 2022]. Disponível em: encurtador.com.br/aoBR6.
- 2 Majid U, Wasim A, Bakshi S, Truong J. Knowledge, (mis-)conceptions, risk perception, and behavior change during pandemics: A scoping review of 149 studies. *Public Understanding of Science*. 2020 [acesso em 01 abr. 2022];29(8):777-799. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/096366252096336>
- 3 Smail E, Schneider KE, DeLong SM, Willis K, Arrington-Sanders R, Yanget C et al. Health Beliefs and Preventive Behaviors Among Adults During the Early COVID-19 Pandemic in the United States: a Latent Class Analysis. *Prev Sci*. 2021 [acesso em 27 de maio de 2022]; 22: 1013–1022. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11121-021-01273-0>.
- 4 Noleto GO. A adesão do uso de máscaras contra a pandemia da Covid-19 na cidade do Gama/DF. *Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento*. 2020 [acesso em 27 de maio de 2022]; 2 (1): 61-84. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/uso-de-mascara>.
- 5 Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Malta DC, Barros MBA, Figueiredo MA et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2020 [acesso em 27 de maio de 2022]; 29 (5): e2020432. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jress/a/fw8vPWWhWV9j3ZyxMbVCZrMw/?format=pdf&lang=pt>.
- 6 Geldsetzer P. Knowledge and Perceptions of COVID-19 Among the General Public in the United States and the United Kingdom: A Cross-sectional Online Survey. *Ann Intern Med*. 2020 [acesso em 27 de maio de 2022];173(2):157-160. Disponível em: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-0912>.
- 7 Bhatt N, Bhatt B, Gurung S, Dahal S, Jaishi AR, Neupane B et al. Perceptions and experiences of the public regarding the COVID-19 pandemic in Nepal: a qualitative study using phenomenological analysis. *BMJ Open*. 2020 [acesso em 27 de maio de 2022];10:e043312. Disponível: <https://bmjopen.bmj.com/content/10/12/e043312>.
- 8 Jose R, Narendran M, Bindu A, Beevi N, L M, Benny PV. Public perception and preparedness for the pandemic COVID 19: A Health Belief Model approach. *ClinEpidemiol Glob Health*. 2021 [acesso em 27 de maio de 2022];9:41-46. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7837111/>.
- 9 Paraíba, Campina Grande, Panorama, IBGE, Cidades, 2020 [acesso em 27 de maio de 2022]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br>.

- 10 Minayo MCS. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012 [acesso em 27 de maio de 2022]; 17 (3): 621-626. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMff/?format=pdf&lang>.
- 11 Farias AC. O processo de mudança funcional da Avenida Assis Chateaubriand no Bairro do Tambor, Campina Grande-PB. 2014 [acesso em 27 de maio de 2022]. Artigo (Graduação). Curso de Licenciatura Plena em Geografia. CEDUC/UEPB. Campina Grande - PB, 2014. Disponível em: <https://shorturl.ae/AuSfC>.
- 12 Bacha ML, Strehlau VI, Romano R. Percepção: Termo Frequente, Usos Inconsequentes em Pesquisa? 30º Encontro da ANPAD, Salvador/BA, 2006 [acesso em 27 de maio de 2022]. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/10/enanpad2006-mkta-1332.pdf.
- 13 Karimy, M., Bastami, F., Sharifat, R, Heydarabadi BA, Hatamzadeh N, Pakpour AH. et al. Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. *BMC Public Health*. 2021 [acesso em 27 de maio de 2022]; 21: 1934. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11983>.
- 14 Prefeitura Municipal de Campina Grande. Decreto nº 4.621, de 16 de setembro de 2021. Dispõe sobre adoção de medidas temporárias e emergenciais de prevenção de contágio pelo Coronavírus (COVID-19), Campina Grande, 2021 [acesso em 27 de maio de 2022]. Disponível em: <https://campinagrande.pb.gov.br/wp-content/uploads/2021/09/wp-1631869977700.pdf>.
- 15 Bardin L. Análise de Conteúdo. Laurence Bardin; tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro, São Paulo: edições 70, 2002.
- 16 Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine*. 2020 [acesso em 2021 dez 28]; 26: 450-52. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32284615/>.
- 17 Stufflebeam R. Introduction to the methods used to study perception. The Mind Project. 2003. [acesso em 2021 dez 29]. Disponível em: https://mind.ilstu.edu/curriculum/perception_intro/intro_to_perception_1.html.
- 18 Ehrenzeller S, Durovic A, Kuehl R, Martinez AE, Aurélien E, Bielser M, et al. A qualitative study on safety perception among healthcare workers of a tertiary academic care center during the SARS-CoV-2 pandemic. *Antimicrob Resist Infect Cont*. 2022 [acesso em 2022 mai 28]; 11: 2-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8821840/>
- 19 Rosenstock IM, Strecher VJ, Becker MH. Social learning theory and the health belief model. *Health Educ&Behav*. 1988 [acesso em 2021 nov 30]; 15: 175-183. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019818801500203>.
- 20 Ministério da Saúde (Brasil). Portal do Departamento da Atenção Básica. O que é Prontuário Eletrônico do Cidadão?. Brasília: Ministério da Saúde. 2022 [acesso em 2022 mai 28]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=2300.

- 21 Figueira TR, Ferreira EF, Schall VT, Modena CM. O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal por gestantes. *Rev Odon Bras Cent*. 2013 [acesso em 2022 mai 28]; 22: 169-173. Disponível em: <https://www.robrac.org.br/seer/index.php/ROBRAC/article/view/758/712>.
- 22 Coleta MFD. O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Tem Psic*. 1999 [acesso em 2022 mai 28]; 7: 175-182. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200007.
- 23 Silva BN, Pinto ESG. Saúde rural em tempos de pandemia da COVID-19. *Rev Cuid*. 2020 [acesso em 2022 mai 28]; 11: 1-3. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S221609732020000300702&script=sci_arttext&tlng=pt.
- 24 Oliveira FMC, Barbosa AS, Menezes LBA, Queiroga VE, Silva MDSS, Lima ALT. Ações desenvolvidas junto aos familiares de pessoas com COVID-19: relato de experiência. In: Teodósio SSS, Leandro SS. *Enfermagem na Atenção Básica*. Brasília, DF: Editora ABen; 2020. p.55-60. Disponível em: <https://publicacoes.abennacional.org.br/wp-content/uploads/2021/03/e3-atencaobasica-cap8.pdf>.
- 25 Ahuja M, Mamudu HM, Weierbach FM, Mcclay-Dowling K, Stewart DW, Awasthi M, Paul TK. Perceptions of risk for COVID-19 among individuals with chronic diseases and stakeholders in Central Appalachia. *Hum Soc Sci Com*. 2021 [acesso em 2022 mai 28]; 8: 1-6. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41599-021-00906-7>.
- 26 Charney SA, Camarata SM, Chem A. Potential Impact of the COVID-19 Pandemic on Communication and Language Skills in Children. *Otol Hear Nec Surg*. 2021 [acesso em 2022 mai 28]; 165: 1-2. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599820978247>
- 27 Dada S, Ashworth HC, Bewa MJ, Dath R. Words matter: political and gender analysis of speeches made by heads of government during the COVID-19 pandemic. *BMJ Glob Health*. 2021 [acesso em 2022 mai 28]; 6: 1-12. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/6/1/e003910>.
- 28 Ivey J. Measuring perception: purpose and methods. *NursJourn*. 2016 [acesso em 2021 dez 29]; 42: 1-83. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27254977/>.
- 29 Singh R, Adhikari R. Age-structured impact of social distancing on the COVID-19 epidemic in India. *Quant Biol*. 2020 [acesso em 2022 mai 28]; 1: 1-9. Disponível em: <https://arxiv.org/pdf/2003.12055.pdf>
- 30 Freitas JAC. Percepção de Profissionais da ESF Sobre a Inserção da Residência de Medicina de Família e Comunidade nas suas Equipes. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p.104. 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/19121/1/JandiraArleteCunegundesDeFreitas_Dissert.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.
- 31 Silva DM, Espinosa T, Carlosso FBE, Ethur LZ. Análise do comportamento com relação ao isolamento social da população de Itaquí – RS. *Rev Rel Soc*. 2021

[acesso em 2022 mai 28]; 4: 1-9. Disponível em:
<https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/11173/6239>.

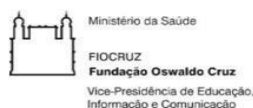
32 Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DMGV, Boehs AE, Heidemann ITSB. Health education and its theoretical perspectives: a few reflections. *Tex Context Enf.* 2013 [acesso em 2022 abr 23]; 22: 224-30. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/tce/a/VsDJRgcjGyxnhKy8KvZb4vG/?lang=en>.

33 Fundação Nacional de Saúde (Brasil). Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base. Brasília – DF: Funasa. 2007 [acesso em 2022 mai 28]. Disponível em:
<http://www.funasa.gov.br/documents/20182/38937/Educa%C3%A7%C3%A3o++em+Saude+-+Diretrizes.pdf>

34 Gazzielli MF, Gazzieli ARDC, Penna CMM. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saud Pub.* 2005 [acesso em 2022 mai 28]; 21: 200-6. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/bNSGbY7qhSzz5rPTN6nYQYB/abstract/?lang=pt>.

35 Ministério da Saúde (Brasil). Nota Informativa n. 9/2020-SE/GAB/SE/MS. 20 maio 2020. Orientações para Manuseio Medicamentoso Precoce de Pacientes com Diagnóstico da COVID-19. 2020 [acesso em 2022 mai 28]. Disponível em:
<http://www.mpf.mp.br/go/sala-de-imprensa/docs/not2496%20-%20Nota%20Informativa%20MS-nr%209.pdf>.

Artigo Original 2



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



CHAMADA PARA PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS CIENTÍFICOS EM LIVRO TEMÁTICO DO ESTUDO MULTICÊNTRICO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE – VOLUME 1

PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS DE UMA UNIDADE DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA ACERCA DA COVID-19 E DE INFORMAÇÕES SOBRE SUA PREVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA

INTRODUÇÃO

O impacto global da pandemia da doença causada pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) tem sido profundo, sobretudo para a saúde pública, e representa a crise sanitária mais grave em decorrência de um vírus respiratório desde a pandemia de gripe espanhola em 1918 (Ferguson et al., 2020). Durante os estágios iniciais da atual pandemia, na ausência de imunização, a prevenção por medidas não farmacológicas (MNF) representou o meio essencial para reduzir a morbimortalidade pela doença (Ngonghala et al., 2020; Hsiang et al., 2020).

A identificação da percepção e das atitudes das comunidades em relação à pandemia de COVID-19, assim como de suas intenções para aplicar as MNF, podem contribuir para a predição do grau de engajamento preventivo de uma população. A educação em saúde é um elemento fundamental para a promoção dessa prática de MNF pela população, uma vez que o conhecimento sobre a COVID-19 e sua prevenção depende de informações corretas para gerar respostas eficazes contra a propagação da doença (Muryawan, Yusnita & Muyassaroh, 2021). O presente estudo pode fornecer dados úteis para planejar programas de educação em saúde e ações preventivas para a COVID-19, além de apoiar os esforços da Estratégia Saúde da Família em educar as comunidades sobre mitos que envolvem a pandemia.

O objetivo deste estudo foi determinar a percepção e a aplicação das principais orientações sobre MNF de prevenção da COVID-19, e sua relação com variáveis sociodemográficas.

REVISÃO DE LITERATURA

O surgimento do novo coronavírus, denominado Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), causou uma crise sanitária sem precedentes na história global da saúde, da economia e das sociedades. O aparecimento e disseminação dessa infecção culminaram com a declaração de estado de pandemia pela Organização Mundial de Saúde em 11 de março de 2020 (WHO, 2020).

A COVID-19 é uma doença altamente transmissível, com contágio por meio de gotículas respiratórias de uma pessoa para outra, em que uma pessoa infectada transmite a doença para até três outras contactantes. (Ferguson et al., 2020). Comunidades em todo o mundo enfrentaram desafios para retardar a propagação da COVID-19. Guiados pelas recomendações internacionais da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), a grande maioria dos países implementou medidas restritivas que exigiram que os cidadãos adotassem comportamentos preventivos por meio de MNF (Coifman et al., 2021).

No Brasil, em 3 de fevereiro de 2020, a COVID-19 havia sido declarada Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional, quando o Ministério da Saúde implementou diversas ações a fim de mitigar o avanço da doença. A população passou a receber informações a respeito do vírus, da doença e das correspondentes medidas de prevenção.

Avaliar as crenças de uma comunidade sobre a COVID-19 é essencial para o desenvolvimento de campanhas de comunicação em saúde visando a promover o cumprimento público de medidas restritivas. O comportamento dos cidadãos durante a pandemia está enraizado em características sociodemográficas, como idade, gênero, nível socioeconômico e nível de escolaridade. A educação é um dos fatores que influenciam o conhecimento de uma pessoa, aumentando, assim, comportamentos de adoção de MNF.

Uma apropriação conceitual de temas gerais e específicos de saúde aumenta a probabilidade das pessoas de expressar MNF de proteção da saúde (Rincón-Urbe et al., 2021; Rincón-Urbe et al., 2021).

MÉTODOS

Modelo, Local e Amostra da Pesquisa

Trata-se de pesquisa descritivo-transversal de abordagem quantitativa, que foi um recorte de estudo multicêntrico realizado em municípios de todas as regiões do Brasil no segundo semestre de 2021, envolvendo 134 unidades básicas de saúde (UBS), sob a coordenação da Fundação Oswaldo Cruz.

O recorte local representado pela presente pesquisa envolveu uma amostra da população da área de abrangência da unidade básica de saúde (UBS) Romualdo Brito de Figueiredo, situada no bairro Jardim Paulistano, na zona sul do município de Campina Grande, a segunda maior cidade do estado da Paraíba. Trata-se de uma cidade de porte médio-grande, onde o Jardim Paulistano é um bairro residencial de classe média e abriga a maior parte das indústrias campinenses (Farias, 2014).

O município de Campina Grande possui 84,2% de cobertura da Estratégia Saúde da Família. No bairro Jardim Paulistano, há seis microáreas no Distrito Sanitário IV, que contempla mais quatro bairros da cidade. Selecionou-se uma amostra acessível da população adstrita à referida UBS, que atende a um território de 4.300 usuários. O número de entrevistados foi definido previamente no projeto multicêntrico nacional em 70 famílias cadastradas na UBS, com atendimento ocorrido nos últimos 90 dias antes do início da coleta de dados.

Variáveis do Estudo

A variável primária foi a percepção dos respondentes sobre as informações recebidas a respeito de MNF contra a COVID-19 (tipos, fontes e confiança nas informações) em 2020. Neste estudo, a variável “percepção” foi definida conceitualmente como “o processo por meio do qual um indivíduo reconhece, seleciona, organiza e interpreta a informação que recebe do ambiente” (Bacha; Strehlau; Romano, 2006, p. 16). As variáveis secundárias foram o autorrelato de adesão às MNF, as variáveis sociodemográficas e a ocorrência de diagnóstico de COVID-19.

Procedimento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas presenciais com aplicação de um instrumento estruturado entre os meses de março e julho de 2021. Foram entrevistados

70 usuários, um de cada família selecionada, de forma individual na UBS. As respostas ao questionário foram inseridas on-line na plataforma Google Forms, a partir das alternativas que os participantes escolheram entre as possibilidades de resposta apresentadas. Os entrevistados foram indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial não-paramétrica. Medidas estatísticas descritivas foram determinadas em relação à variável primária e às secundárias, como frequências simples e percentuais. Estatísticas de qui-quadrado (limiar de $\alpha=0,05$), ou teste exato de Fischer, foram calculados para examinar possíveis associações entre características sociodemográficas com variáveis relacionadas à COVID-19. Todas as análises foram realizadas com o auxílio do *software* estatístico R (Team, 2021).

Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da universidade à qual se vincula o coordenador nacional da pesquisa multicêntrica, aprovada sob Parecer Consubstanciado nº 4.345.618 (CAAE 37269320.4.1001.5016). O consentimento informado por escrito foi obtido de todos os participantes do estudo.

RESULTADOS

Características Sociodemográficas

A análise do perfil sociodemográfico da amostra revela que a idade mediana foi de 40 anos (18-66). A maioria da amostra foi do sexo feminino (65,2%), predominantemente não branca (69,6%) e com nível superior ou pós-graduação (62,3%). As contagens de pessoas residentes no domicílio, cômodos da casa, banheiros, infraestrutura sanitária e renda mensal estão apresentados na Tabela 1.

Ainda que esta pesquisa não tenha sido orientada a um segmento específico do território de interesse, abordou-se maior número de mulheres, pessoas com ensino superior/pós-graduação, empregadas e com faixa de renda maior que dois salários-mínimos. A renda encontrada é superior ao salário médio dos trabalhadores formais da cidade de Campina Grande, segundo o IBGE (2019).

Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra de usuários da Unidade Básica de Saúde Romualdo Brito de Figueiredo, em Campina Grande (PB), março a julho de 2021 (n=70)

Variáveis	Frequências	
	<i>f</i>	%
Idade (anos)		
18-20	4	5,8
21-30	16	23,2
31-40	16	23,2
41-50	16	23,2
> 50	17	24,6
Sexo		
Masculino	24	34,8
Feminino	45	65,2
Raça/Cor		
Branca	21	30,4
Não branca	48	69,6
Estado civil		
Casado	32	46,4
Solteiro	29	42,0
Divorciado	7	10,1
Viúvo	1	1,4
Nível educacional		
Fundamental	2	2,9
Médio	24	34,8
Ensino Superior	23	33,3
Pós-Graduação	20	29,0
Renda familiar mensal		
≤ 1 SM	15	21,7
1-2 SM	9	13,0
2-3 SM	17	24,6
≥ 4 SM	28	40,6
Corresidentes no domicílio		
0	5	7,2
1-3	41	59,4
4-7	23	33,3
Nº de cômodos do domicílio		
1-2	20	29,0
3-4	23	33,3
> 4	26	37,7
Nº de banheiros no domicílio		
1	24	35,8
≥ 2	43	64,2
Acesso a água		
Água encanada	66	95,7
Reservatório	3	4,3

Esgotamento sanitário

Fossa séptica	2	2,9
Rede de esgoto	67	97,1

SM: salários-mínimos

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Portanto, a amostra não é representativa da população de todo o município de Campina Grande e tem limitada validade externa. Contudo, a análise do perfil sociodemográfico quanto ao sexo é consistente com o da população do território, segundo os dados registrados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) dos usuários adstritos à UBS Romualdo Brito de Figueiredo, em que há 2.011 homens e 2.591 mulheres (Brasil, 2022). A proporção entre participantes quanto ao sexo também se assemelha aos dados referentes à distribuição dessa variável no município de Campina Grande (Bacha, Strehlau & Romano, 2006). Esse achado corrobora resultados obtidos em pesquisa semelhante de Fonseca et al. (2020), que relataram que a presença de homens nos serviços de atenção primária à saúde é geralmente menor que o das mulheres.

Os dados de emprego e ocupação são relevantes para a análise dos resultados referentes a diversas variáveis deste estudo e sugerem que a pandemia não se associou a perda de trabalho na amostra. Os dados do nível de escolaridade, renda familiar e saneamento básico refletem as características da população geral do território adstrito, visto que os usuários são predominantemente de classe média. Quanto à escolaridade, o PEC (Brasil, 2022) revelou que a população geral do território tem predominantemente o ensino médio completo (1.545), diferindo do que foi encontrado na amostra, caracterizada como de nível superior. Deste modo, os determinantes sociais desse contexto favorecem a adoção de atitudes positivas frente às mudanças de comportamento para adequação ao momento de crise sanitária. O nível de escolaridade associa-se à dimensão informacional e à adoção de mudanças comportamentais, favorecendo a aceitação de novas informações (Figueira et al., 2003).

Como mostra a Tabela 2, a maior parte dos participantes da amostra possuía trabalho remunerado durante a pandemia (56/81%), com apenas 3 destes 56 trabalhadores (5,3%) sob licença do emprego no momento da coleta de dados. Dos 70 entrevistados, 47,8% eram funcionários públicos, representando 58,9% dos que possuíam trabalho remunerado na amostra. Observou-se que 51 participantes da amostra (75%) responderam que conservaram seus trabalhos remunerados durante a pandemia, 44

(86,2%) na modalidade presencial.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao trabalho e emprego durante a pandemia da COVID-19 de usuários da Unidade Básica de Saúde Romualdo Brito de Figueiredo, em Campina Grande (PB), março a julho de 2021 (n=70)

Variáveis relacionadas ao trabalho e emprego	Frequências	
	<i>f</i>	%
Tipo de trabalho		
Empregado do setor público	33	47,8
Estudante	9	13,0
Empregado sem carteira de trabalho	7	10,1
Empregado do setor privado	7	10,1
Trabalhador autônomo	6	8,7
Dona de casa	3	4,3
Empregado em licença/auxílio-doença	3	4,3
Desempregado	1	1,4
Status ocupacional		
Emprego iniciado após o início da pandemia	5	7,4
Sem emprego	12	17,6
Emprego mantido - presencial	44	64,7
Emprego mantido - <i>home office</i>	7	10,3

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

As medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 mais citadas pelos participantes foram lavagem frequente das mãos, uso de álcool em gel e de máscara facial fora de casa, que apresentaram frequências de 51 (74,2%), para cada uma das medidas, enquanto isolamento social total e parcial foram referidos por 36 (52,4%), cada.

Portanto, pelo critério adotado para definir o grau de adesão no presente estudo, a adesão às MNF foi alta. Essa inferência é compatível com achados de um estudo envolvendo 217 pessoas distribuídas em 77% dos bairros de Campina Grande-PB em meados de 2020, em que foram identificadas mudanças abruptas nos hábitos de limpeza e adição de novos hábitos higiene, como o aumento na frequência do uso de álcool, na frequência de lavagem das mãos e na adoção de máscaras faciais (NEY et al., 2020). Em uma amostra predominantemente composta por mulheres, a alta adesão é esperada, pois se considera que elas são mais propensas a se envolverem em comportamentos de saúde que os homens (Coifman et al., 2021).

Dados originais de duas ondas epidêmicas observados por uma pesquisa realizada

em março-abril de 2020 em oito países da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, n=21.649) mostraram diferenças de gênero nas crenças e comportamentos relacionados à COVID-19, com mulheres mais propensas a perceber a pandemia como um problema de saúde muito sério e a cumprir as medidas de restrição (Galasso et al., 2021). Entretanto, essa tendência não é universal, pois pouco mais da metade de uma amostra predominantemente masculina de funcionários públicos de Moçambique apresentou uma predisposição para comportamentos conducentes à prevenção da COVID-19 em 2020 (Manjate et al., 2020).

Outras pesquisas publicadas também revelaram o isolamento social como uma das principais medidas de enfrentamento adotadas para mitigação dos números de casos novos de COVID-19 (Silva & Pinto, 2020). Contudo, no tocante às medidas de enfrentamento individuais, estudo anterior mostra que as mais utilizadas foram lavagem das mãos, uso de máscaras e o distanciamento físico, resultados alinhados com os observados no nosso estudo (Oliveira et al., 2020).

Considerando-se que as fontes de informações mais referidas foram televisão, rádio e jornais, pode-se inferir que o risco percebido a partir dessas mediações informacionais não se mostrou preponderantemente alto. Essa situação revela uma aparente desconexão entre a percepção dos entrevistados e as evidências científicas veiculadas, supostamente, pela mídia oficial ou grande mídia, em relação ao risco da COVID-19 em 2020 (Aluja et al., 2021).

Diferentemente do que foi observado neste estudo em relação à ausência desse tipo de percepção em função da idade, houve associação significativa entre idade e sensação de segurança, com adultos mais jovens se sentindo mais seguros do que aqueles com idade acima de 65 anos, o que pode estar relacionado à percepção de risco de infecção e gravidade da doença em estudo realizado nos Estados Unidos em 2020 (Czeisler et al., 2020). No Brasil, também em todas as categorias de medidas referentes à prevenção da COVID-19, Simonetti et al. (2021) observaram associação com a idade, pois indivíduos mais jovens pontuaram mais baixo que os respondentes mais velhos no escore de confiança em MNF e adesão.

Não se observou associação estatisticamente significativa das respostas referentes à percepção de suscetibilidade ao contágio pelo novo coronavírus e de gravidade da doença com variáveis sociodemográficas (**Tabela 3**).

Tabela 3— Distribuição das variáveis sociodemográficas em relação à percepção de suscetibilidade e gravidade da COVID-19 de usuários da Unidade Básica de Saúde Romualdo Brito de Figueiredo, em Campina Grande (PB), março a julho de 2021 (n=70)

Variáveis sociodemográficas	Percepção							Teste χ^2
	Suscetibilidade ao Contágio				Gravidade da Doença			p
	A <i>f</i> (%)	RA <i>f</i> (%)	B <i>f</i> (%)	MB <i>f</i> (%)	MG <i>f</i> (%)	G <i>f</i> (%)	RG <i>f</i> (%)	
Idade (anos)	0,4952							0,0981
18-20	0 (0)	4 (1,00)	0 (0)	0 (0)	15 (0,88)	1 (0,06)	1 (0,06)	
21-30	3 (0,20)	4 (0,27)	5 (0,33)	3 (0,20)	0 (0)	15 (1,00)	0 (0)	
31-40	4 (0,25)	5 (0,31)	6 (0,37)	1 (0,06)	10 (0,62)	3 (0,19)	3 (0,19)	
41-50	1 (0,06)	6 (0,35)	6 (0,35)	4 (0,23)	15 (0,88)	2 (0,12)	0 (0)	
> 50	1 (0,06)	6 (0,35)	8 (0,47)	2 (0,12)	15 (0,88)	1 (0,06)	1 (0,06)	
Sexo	0,8880							0,4486
Feminino	7 (0,16)	16 (0,36)	16 (0,36)	6 (0,13)	39 (0,87)	4 (0,09)	2 (0,04)	
Masculino	2 (0,08)	9 (0,37)	9 (0,37)	4 (0,17)	19 (0,81)	02 (0,13)	03 (0,06)	
Raça/cor	A <i>f</i> (%)	RA <i>f</i> (%)	B <i>f</i> (%)	MB <i>f</i> (%)	MG <i>f</i> (%)	G <i>f</i> (%)	RG <i>f</i> (%)	0,2450
Branca	4 (0,19)	5 (0,24)	9 (0,43)	3 (0,14)	19 (0,90)	0 (0,00)	2 (0,10)	
Não branca	5 (0,10)	20 (0,42)	16 (0,33)	7 (0,15)	39 (0,81)	6 (0,13)	3 (0,06)	
Escolaridade	0,3945							0,5816
Fundamental	1 (0,50)	0 (0,00)	0 (0,00)	1 (0,50)	1 (0,50)	1 (0,50)	0 (0,00)	
Médio	4 (0,17)	7 (0,29)	9 (0,37)	4 (0,17)	21 (0,88)	2 (0,08)	1 (0,04)	
Superior	3 (0,13)	8 (0,35)	8 (0,35)	4 (0,17)	19 (0,82)	2 (0,09)	2 (0,09)	
Pós-graduação	1 0,05	10 (0,50)	8 0,40	1 (0,05)	17 (0,85)	1 (0,05)	2 (0,10)	
Renda	0,1597							0,0911
≤ 1 SM	5 (0,33)	4 (0,27)	4 (0,27)	2 (0,13)	14 (0,93)	1 (0,07)	0 (0,00)	
1-2 SM	1 (0,11)	1 (0,11)	4 (0,44)	3 (0,34)	8 (0,89)	1 (0,11)	0 (0,00)	
2-3 SM	0 (0,00)	9 (0,53)	6 (0,35)	2 (0,12)	17 (1,00)	0 (0,00)	0 (0,00)	
≥ 4 SM	3 (0,11)	11 (0,39)	11 (0,39)	3 (0,11)	19 (0,68)	4 (0,14)	5 (0,18)	
Emprego	0,8420							0,9616
Ainda desemprego	2 (0,17)	4 (0,33)	3 (0,25)	3 (0,25)	9 0,75	2 (0,17)	1 (0,08)	

Empregou-se 2020	0 (0,00)	3 (0,60)	2 (0,40)	0 (0,00)	5 1,00	0 (0,00)	0 (0,00)
Manteve presencial	6 (0,14)	15 (0,34)	17 (0,40)	6 (0,14)	37 0,83	3 (0,07)	4 0,10
Manteve em HO	1 (0,14)	3 (0,43)	2 (0,29)	1 (0,14)	6 (0,86)	1 (0,14)	0 (0,00)

A: alto; RA: Razoavelmente alto; B: Baixo; MB: Muito baixo; MG: Muito grave; G: Grave; RG: razoavelmente grave; HO: *home office*; χ^2 : teste qui-quadrado ou exato de Fisher; SM: salários-mínimos

Observou-se que 30 entrevistados (42,8%) relataram que apenas uma pessoa da sua família precisou sair de casa diariamente para trabalhar durante a pandemia, 33 (47,1%) declararam que duas pessoas da casa saíam para trabalhar e 7 (10%) tiveram 3 ou mais membros da família que saíram para exercer trabalho presencial. Não se observou associação estatística entre o número de pessoas que precisaram sair do domicílio diariamente para trabalhar durante a pandemia com a percepção do risco pessoal, ou de alguém de sua família, ser contaminado pelo coronavírus, segundo análise pelo teste exato de Fischer ($p=NS$).

Na amostra, 39 participantes (57%) relataram diagnóstico de COVID-19 (pelo próprio respondente ou por alguma pessoa da sua família). Esta variável (diagnóstico de COVID-19) não se associou ao número de pessoas que precisaram sair de casa diariamente para trabalhar ($p=NS$). Também não houve associação estatística entre a ocorrência de diagnóstico de COVID-19 e as variáveis sociodemográficas, tampouco com as respostas quanto à percepção de suscetibilidade ao contágio e de gravidade da doença.

Nossos achados destacam a importância das percepções nos comportamentos de saúde na promoção do cumprimento das recomendações de prevenção de doenças infectocontagiosas de alta transmissibilidade. Construir confiança na eficácia do comportamento de promoção da saúde pode aumentar a disposição de se envolver em tais práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo evidenciou que as orientações sobre as MNF contra a COVID-19 alcançaram os participantes da amostra estudada, de um bairro de classe média da cidade de Campina Grande-PB, que mostrou alta adesão às MNF. Para isto, deve ter contribuído também o grau de escolaridade da amostra que favorece a adoção de atitudes positivas de

comportamento durante a crise sanitária. As MNF de prevenção da COVID-19 mais empregadas foram lavagem frequente das mãos, uso de álcool em gel e de máscara facial, associadas em três ou mais, incluindo, em menor frequência, o isolamento social. A grande maioria da amostra conservou seus trabalhos remunerados durante a pandemia. Não houve associação entre diagnóstico de COVID-19 e variáveis sociodemográficas, percepção de suscetibilidade ao contágio e de gravidade da doença.

Esse conhecimento das percepções e respostas comportamentais das pessoas à COVID-19 pode levar ao aperfeiçoamento das comunicações de risco à saúde para alcançar mudanças bem-sucedidas nos comportamentos das pessoas, nos moldes da educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- Ahuja, M., Mamudu, H. H., Weierbach, F. M., McClay-Dowling, K., Stewart, D. W., Awashti, M. & Paul, T. K. (2021). Perceptions of risk for COVID-19 among individuals with chronic diseases and stakeholders in Central Appalachia. *Human Society Science and Communication*, 8(1), 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00906-7>.
- Bacha, M. L., Strehlau, V. I. & Romano, R. (2006). Termo Frequente, Usos Inconsequentes em Pesquisa? Trabalho apresentado no 30º encontro da Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Pós-graduação, Salvador, BA, Brasil.
- Coifman, K. G., Disabato, D. J., Aurora, P., Seah T. H. S., Mitchell, B., Simonovic, N., Foust, J. L., Sidney, P. G., Thompson, C. A. & Taber, J. M. (2021). What drives preventive health behavior during a global pandemic? *Annals of Behavioral Medicine*, 55(8), 791-804. Doi: 10.1093/abm/kaab048.
- Czeisler, M. É., Tynan, M. A., Howard, M. E., Honeycutt, M. P. H., Fulmer, M. H. A., Kiddler, D. P., Robbins, R. & Barger, L. K. (2020). Public Attitudes, Behaviors, and Beliefs Related to COVID-19, Stay-at-Home Orders, Nonessential Business Closures, and Public Health Guidance. United States, New York City, and Los Angeles, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(24), 751-758. Doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e1>.
- Farias, A. C. (2014). O processo de mudança funcional da Avenida Assis Chateaubriand no Bairro do Tambor, Campina Grande-PB. Artigo (Graduação). CEDUC/UEPB. Campina Grande - PB, 2014.
- Ferguson, N. M., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A. & Cucunubá, Z. (2020). Report 9: Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand. *Imperial College COVID-19 Response Team*, ____, 1-20.

- Figueira, T. R., Ferreira, E. F., Schall, V. T. & Modena, C. M. (2013). O modelo de crenças em saúde e o processo saúde-doença-cuidado bucal por gestantes. *Revista Odontológica do Brasil Central*, 22(1), 169-173. Doi: <https://doi.org/10.36065/robrac.v22i63.758>.
- Galasso, V., Pons, V., Profeta, P., Becher, M., Brouard S. & Foucault, M. (2020). Gender differences in COVID-19 attitudes and behavior: Panel evidence from eight countries. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 117(44), 27285-27291. Doi: <https://doi.org/10.1073/pnas.2012520117>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). IBGE. Recuperado em 08 junho, 2022, de: <https://www.ibge.gov.br/>.
- Manjate, J. L. S., Chavane, F. S., Martins, H. R. & Nhantumbo, L. L. (2020). Knowledge, Attitudes and Practices of Mozambican Public Employees on the Prevention of Covid-19. *Revista Produção e Desenvolvimento*, 6(1), 1-9. Doi: <https://doi.org/10.32358/rpd.2020.v6446>.
- Ministério da Saúde do Brasil. (2022). O que é Prontuário Eletrônico do Cidadão? Portal do Departamento da Atenção Básica. Recuperado em 08 junho, 2022, de <https://aps.saude.gov.br/noticia/2300>.
- Muryawan, H., Yusnita, D. & Muyassaroh, M. (2021). Correlation between the demographic characteristics and knowledge, attitude, behavior on covid-19 prevention outpatient. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 49(4), 223-230. Doi: <https://doi.org/10.22435/bpk.v49i4.4640>.
- Ngonghala, C. N., Iboi, E., Eikenberry, S., Scotch, M., MacIntyre, C. R., Bonds, M. H. & Gumel A. B. (2020). Mathematical assessment of the impact of non-pharmaceutical intervention son curtailing the 2019 novel Coronavirus. *Mathematical Biosciences*, 325(1), 1-16. Doi: <https://doi.org/10.1016%2Fj.mbs.2020.108364>.
- Oliveira, F. M. C., Barbosa, A. S., Menezes L. B. A., Queiroga, V. E. & Lima, A. L. T. (2020). Ações desenvolvidas junto aos familiares de pessoas com COVID-19: relato de experiência. Em Teodósio S. S. S. & Leandro S. S. *Enfermagem na Atenção Básica* (pp. 55-60). Brasília: Editora Aben.
- Prefeitura Municipal de Campina Grande. (2021). Decreto nº. 4.583/2021. Semanário Oficial de Campina Grande, Estado da Paraíba. Recuperado em 08 junho, 2022, de <https://campinagrande.pb.gov.br/wp-content/uploads/2021/05/SEPARATA-DO-SEMANARIO-OFICIAL-21-DE-MAIO-DE-2021-1.pdf>.
- R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. Recuperado em 13 junho, 2022, <https://www.R-project.org/>.
- Rincón-Urbe, F. A., Godinho, R. C. S., Machado, M. A. S., Oliveira, K. R. S. G., NeiraEspejo, C. A., Sousa, N. C. V. & Sousa, L. L. (2021). Health knowledge, health behaviors and attitudes during pandemic emergencies: A systematic review. *PLoS ONE*, 16(9), 1-14. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256731>.

Silva, B. N., Pinto, E. S. G. (2020). Saúde rural em tempos de pandemia da COVID-19. *Revista Cuidarte*, 11(3), 1-3. Doi: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.1265>.

Simonetti, A. B., Acrani, G. O., Stobbe, J. C., Amaral, C. P., Simon, T. T. & Lidemann I. L. O que a população sabe sobre SARS-CoV-2/COVID-19: prevalência e fatores associados. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(1), 255-271. Doi: [10.34117/bjhrv4n1-022](https://doi.org/10.34117/bjhrv4n1-022).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta dissertação teve como objetivo principal avaliar a percepção e prática de medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção para a COVID-19 na área de abrangência de uma UBS localizada em bairro de classe média na cidade de Campina Grande (PB). Para tanto foi realizado um estudo de campo de modelo observacional e abordagem quali-quantitativa em fases sequenciais. Os objetivos propostos no estudo foram alcançados.

Os resultados da pesquisa levaram à elaboração de dois artigos originais, que foram submetidos à publicação.

A análise e discussão dos resultados permitiu elencar as seguintes considerações finais:

- (1) O perfil sociodemográfico da amostra revelou participantes de nível socioeconômico e de escolaridade favoráveis, a maioria foi de funcionários e não houve perda de empregos durante a pandemia, quando a grande maioria permaneceu trabalhando na modalidade presencial.;
- (2) A COVID-19 foi percebida como uma doença grave, ainda que a ideia de suscetibilidade ao contágio tenha sido mediana;
- (3) A adesão às MNF foi alta, mas sem associação da percepção de suscetibilidade ao contágio e de gravidade da doença com variáveis sociodemográficas e diagnóstico de COVID-19;
- (4) As orientações sobre as MNF alcançaram os participantes e para isto, deve ter contribuído o grau de escolaridade favorável da amostra;
- (5) As informações sobre MNF foram recebidas principalmente pela TV e jornais, sendo percebidas, valorizadas e compreendidas, mas consideradas insuficientes, apesar de aplicadas pela maioria;
- (6) Os discursos dos entrevistados revelaram menções preponderantes a máscaras, vacinação e coletividade, enfocando prevenção, percepção, informação, governança e impacto;
- (7) Houve críticas ao conteúdo e ênfase insuficiente das informações assim como à adesão parcial pela sua comunidade e à ideia do “kit-COVID” sob a alegação de não cientificidade;
- (8) O impacto da COVID-19 ocorreu pelo enfrentamento, com efeito negativo na família pelo distanciamento, e com percepção de que houve mudança de atitude pessoal pelo aprendizado forjado na crise;

(9) Foram relatadas sobretudo ações de saúde de âmbito hospitalar e menor menção à atenção primária à saúde;

(10) Não se observou associação de percepção de suscetibilidade ao contágio pelo novo coronavírus e de gravidade da doença com variáveis sociodemográficas, saída de integrantes da família diariamente para trabalhar fora de casa ou diagnóstico de COVID-19.

Portanto, pode-se inferir que a maioria dos participantes percebeu a pandemia de COVID-19 como uma doença grave, demonstrando confiança nas medidas preventivas preconizadas e adotando-as, tendo como principal fonte a TV e os jornais. Não foi possível analisar a relação entre percepção de risco de contágio pessoal ou familiar pelo coronavírus e adoção de MNF de prevenção provavelmente porque a adesão foi alta. Não houve associação entre a saída diária de pessoas do domicílio para trabalhar durante a pandemia e o risco de contágio na família. Finalmente as pessoas entrevistadas perceberam e converteram em práticas as orientações preventivas.

REFERÊNCIAS

ABUD, C. O; SOUZA, L. P. Uso obrigatório de máscara facial para conter a COVID-19 no Brasil: limitação legítima ao direito fundamental de autodeterminação. **Revista Visa em Debate, Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 34-43, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01651>. Acesso em: 20 nov. 2021.

ALMEIDA, E. R; MOUTINHO, C. B; LEITE, M. T. S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Revista Saúde em Debate**, v. 38, n. 101, p. 328-337, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/yNsMtwXgbLKLcbKcqYkNkgb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 set. 2021.

ANDERSON-LEWIS, C. *et al.* Using mixed methods to measure the perception of community capacity in an academic-community partnership for a walking intervention. **Health Promotion Practice**, v. 13, n. 6, p. 788-796, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3329590/>. Acesso em: 29 dez. 2021.

ANDERSEN, K. G. *et al.* The proximal origin of SARS-CoV-2. **Nature Medicine**, v. 26, n. 4, p. 450-452, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32284615/>. Acesso em: 28 dez. 2021.

ARAÚJO, M. B. S; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63012219.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2021.

AZLAN, A. A. *et al.* Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: A cross-sectional study in Malaysia. **Revista PLoS ONE**, v. 15, n. 5, p. 1-5, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7241824/pdf/pone.0233668.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BACHA, M. L.; PEREZ, G.; VIANNA, N. W. H. Terceira idade: uma escala para medir atitudes em relação a lazer. In: Anais... ENANPAD, 30, 2006, Salvador: ANPAD, 2006;

Bardin, L. (2002). *Análise de conteúdo* (L. Antero Reto & A. Pinheiro, trads.). Lisboa: Edições 70. (Trabalho original publicado em 1977)

BARRIOS, J. M; HOCHBERG, Y. Risk Perception Through the Lens of Politics in the Time of the Covid-19 Pandemic. **National Bureau of Economic Research Working Paper Series**, Cambridge, MA, April, 2020. Disponível em: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w27008/w27008.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 356, de 11 de março de 2020. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346>. Acesso em: 22 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.º 2.446, de 11 de novembro de 2014. Redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt2446_11_11_2014.html. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS**. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sus.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_sgtes.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

BROUCKE, S. V. D. Why health promotion matters to the COVID-19 pandemic, and vice versa. **Health Promotion International**, v. 35, n. 2, p. 181–186, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/heapro/article/35/2/181/5820891>. Acesso em: 28 dez. 2021.

CÂMARA, A. M. C. *et al.* Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n. Supl.1, p. 40-50, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Kr5X5X4qZNWYCKmdfXDbqFN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 nov. 2021.

CERVERA, D. P. P; PERREIRA, B. D. M; GOULART, B. F. Educação em saúde: Percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. Supl.1, p. 1547-1554, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/RdyTCQt4Nn9DtKVYgk6B98L/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

COSTA, M. F. Modelo de crença em saúde para determinantes de risco para contaminação por coronavírus. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 54, n. 47, p. 1-12, 2020. Disponível em: http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/uploads/articles_xml/1518-8787-rsp-54-47/1518-8787-rsp-54-47-pt.x44947.pdf. Acesso em: 30 nov. 2021.

COUTO, T. A. *et al.* Educação em saúde sob a Ótica de usuários das Equipes de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**, v. 10, n. 5, p. 1606-1614, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11156/12673>. Acesso em: 28 dez. 2021.

DUARTE, M. Q. *et al.* COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 1-19, 2020. Disponível em: <https://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-e-os-impactos-na-saude-mental-uma-amostra-do-rio-grande-do-sul/17630?id=17630>. Acesso em: 28 abr. 2021.

FALKENBERG M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/kCNFQy5zkw4k6ZT9C3VntDm/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

FERNANDES, M. C. P; BACKES, V. M. S. Educação em saúde: perspectivas de uma equipe da estratégia saúde da família sob a óptica de Paulo Freire. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 4, p. 567-573, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Dvst3rZNMgTSMYMNwBghHLG/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Tradução de Kátia de Mello e Silva. Revisão técnica de

Benedito Eliseu Leite, São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. Disponível em: https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/Paulo%20Freire%20-%20Conscientiza%C3%A7%C3%A3o_pp.5-19.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.

FREITAS, J. A. C. **Percepção de Profissionais da ESF Sobre a Inserção da Residência de Medicina de Família e Comunidade nas suas Equipes**. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Centro de Ciências Médicas, Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, p.104. 2019. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/19121/1/JandiraArleteCunegundesDeFreitas_Dissert.pdf. Acesso em: 22 dez. 2021.

GALVÃO, M. A. C; PLUYE, P; RICARTE, I. L. M. Métodos de pesquisa mistos e revisões de literatura mistas: conceitos, construção e critérios de avaliação. **InCID: Revista de Ciência, Informação e Documentação**, v. 8, n. 2, p. 4-24, 2017. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/incid/article/download/121879/133611/267994>. Acesso em: 22 dez. 2021.

IVEY, J. **Measuring perception: purpose and methods**. **Pediatric Nursing**, v. 42, n. 2, p. 83, 2016. Gale Academic. Disponível em: http://gale.com/apps/doc/A491256106/AONE?u=brooklaw_main&sid=googleScholar&xid=ccc05b79. Acesso em 29 dez. 2021.

KARIMY, M. *et al.* Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. **Biomedical Central Public Health**, v. 21, n. 1934, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11983-3>. Acesso em: 30 nov. 2021.

KIM, S. *et al.* Impact of COVID-19-related knowledge on protective behaviors: The moderating role of primary sources of information. **PLoS ONE**, v. 16, n. 11, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260643>. Acesso em: 30 nov. 2021.

LANA, R, M, COELHO, F, C, GOMES, M, F, C, CRUZ, O, G, BASTOS, L, S, VILELA, A, M, CODEÇO, C, T, Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva, **PERSPECTIVAS**, Cad. De Saúde Pública 36 (3), 2020, <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019620>.

LARRUBIA, B.; COSTA JUNIOR, N. E. S.; FREITAS, I. M. Antropologia da saúde e doença: contribuições para os serviços públicos de saúde. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. v. 4, n. 8, p. 05-28, 2019.

LEE, M; KANG, B. A; YOU, M. Knowledge, attitudes, and practices (KAP) toward COVID-19: a cross-sectional study in South Korea. **Biomedical Central Public Health**, v. 21, n. 295, p. 1-10, 2021. Disponível em:

<https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10285-y>. Acesso em: 30 nov. 2021.

MALAGUTTI, W. **A importância da Promoção de Saúde na Estratégia de Saúde da Família**. Pós-graduação USCS, 2018. Disponível em: <https://www.posuscs.com.br/a-importancia-da-promocao-de-saude-na-estrategia-de-saude-da-familia/noticia/1397>. Acesso em: 28 dez. 2021.

MOROSINI, M. V; FONSECA, A. F; PEREIRA, I. B. **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. Educação em Saúde, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>. Acesso em: 28 dez. 2021.

NAVARRO, A. S. S.; GUIMARÃES, R. L. S.; GARANHANI, M. L. Trabalho em equipe: o significado atribuído por profissionais da estratégia de saúde da família. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 17, n. 1, p. 61-68, 2013. Disponível em: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/579>. Acesso em: 28 dez. 2021.

NIELSEN, R. K. *et al.* **Navigating the ‘Infodemic’: How People in Six Countries Access and Rate News and Information about Coronavirus**. The Reuters Institute for the Study of Journalism and Oxford University, 2020. Disponível em: <https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/infodemic-how-people-six-countries-access-and-rate-news-and-information-about-coronavirus>. Acesso em 30 nov. 2021.

OECD (Organization for Economic Co-operation and Development). **The Territorial Impact of COVID-19: Managing the Crisis and Recovery across Levels of Government**. 2021. Disponível em: https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=1095_1095253-immmbk05xb7&title=The-territorial-impact-of-COVID-19-Managing-the-crisis-and-recovery-across-levels-of-government&_ga=2.120157505.811487539.1638320741-951408101.1638320741. Acesso em: 28 dez. 2021.

OLIVEIRA W.K. *et al.* Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, p. 1-8 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/s1679-49742020000200023>. Acesso em: 28 dez. 2021.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Surto da doença coronavírus (COVID-19): direitos, papéis e responsabilidades dos trabalhadores da saúde, incluindo as principais considerações sobre segurança e saúde ocupacional**. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51988/OPASBRACOV1920033_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 mar. 2021.

PADOVEZE, M.C; FIGUEIREDO, R.M. O papel da Atenção Primária na prevenção de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 6, p. 1131-1137, 2014. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/reusp/a/wXRvh4xnLmtWFZgS6rpCwDF/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

R CORE TEAM (2021). **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

ROCHA, V; SCHALL, V. T; LEMOS, E. S. A contribuição de um museu de ciências na formação de concepções sobre saúde de jovens visitantes. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 14, n.32, p. 183-196, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/s97FCJMvxVnm3ZSnc4zF9SQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

ROSENSTOCK, I. M; STRECHER, V. J; BECKER, M. H. Social Learning Theory and the Health Belief Model. **Health Education & Behavior**, v. 15, n. 2, p. 175-183, 1988. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019818801500203>. Acesso em: 30 nov. 2021.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Integração entre Dados Quantitativos e Qualitativos em uma Pesquisa de Métodos Mistos. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 26, n. 3, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cXFB8wSVvTm6zMTx3GQLWcM/?lang=pt>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SHAHIN, M. A. H; HUSSIEN, R. M. Risk perception regarding the COVID-19 outbreak among the general population: a comparative Middle East survey. **MiddleEastCurrentPsychiatry**, v. 27, n. 71, p.1-19, 2020. Disponível em: <https://mecp.springeropen.com/track/pdf/10.1186/s43045-020-00080-7.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2021.

SIEGEL, S. & CASTELLAN, Jr, N.J. **Estatística Não Paramétrica para as Ciências do Comportamento**. ArtmedBookman. São Paulo, 2006, reimpressão 2008.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviço e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2021.

STUFFLEBEAM, R. **Introduction to the Methods Used to Study Perception**. The Mind Project. 2003. Disponível em: https://mind.ilstu.edu/curriculum/perception_intro/intro_to_perception_1.html. Acesso em: 29 dez. 2021.

SZWARCWALD, C. L. *et al.* Recomendações e práticas dos comportamentos saudáveis entre indivíduos com diagnóstico de hipertensão arterial e diabetes no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 132-145, 2015. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/F7DhGQcV6S5fXd6WFBv57NK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

TADESSE, T. *et al.* Predictors of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention Practices Using Health Belief Model Among Employees in Addis Ababa, Ethiopia, 2020. **Infection and Drug Resistance**, v. 13, n. 1, p. 3751-3761, 2020.

TEIXEIRA, J. C. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde – Utentes. *Análise Psicológica* v. 22, n. 3, p. 615-620, 2004. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7588498/>. Acesso em 30 nov. 2021.

VASCONCELOS, M; GRILLO, M. J. C; SOARES, S. M. **Práticas pedagógicas em atenção primária à saúde: tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG, NESCON/UFMG, 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1704.pdf>. Acesso em: 28 nov. 2021.

WALRAVE, M; WAETERLOOS, C; PONNET, K. Adoption of a contact-tracing app for containing COVID-19: a health belief model approach. **Journal of Medical Internet Research of Public Health and Surveillance**, v. 6, n. 3, p. 1-21, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7470174/>. Acesso em: 30 nov. 2021.

WHO (World Health Organization). **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Geneva: 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 7 mar. 2021.

WHO (World Health Organization). **Infodemic Management. Infodemiology: How infodemics affect the world & how they can be managed**. Geneva: Switzerland, 2020b. Disponível em: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiGy9GVhof1AhUxI7kGHWxzAhgQFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.who.int%2Fdocs%2Fdefault-source%2Fepi-win%2Finfodemic-management%2Finfodemiology-scientific-conference-booklet.pdf&usg=AOvVaw2-Rka3z5slcUcSnXpUHTdt>. Acesso em: 28 dez. 2021.

WU, D. *et al.* The SARS-CoV-2 outbreak: what we know. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 94, n. 1, p. 44-48, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32171952/>. Acesso em: 28 dez. 2021.

XIE, K. *et al.* The Impact of Risk Perception on Social Distancing during the COVID-19 Pandemic in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 17, p. 1-17, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/17/6256/htm>. Acesso em: 28 dez. 2021.

ANEXOS

ANEXO A

QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS (1ª ETAPA)

1. Data de Nascimento ____/____/____
2. Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino
3. Cor/raça/etnia autorreferida
☐ Branca ☐ Preta ☐ Parda ☐ Indígena ☐ Amarela
4. Estado Civil
☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐ Vive Junto
5. Nível Educacional
☐ Sem Escolaridade ☐ Fundamental incompleto ☐ Fundamental
☐ Médio incompleto ☐ Médio ☐ Superior incompleto ☐ Superior
☐ Pós-graduação
6. Quantas pessoas moram com você?
☐ 0 ☐ 1 a 3 ☐ 4 a 7 ☐ 8 a 10 ☐ mais de 10
7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para dormir inclui quartos e sala)
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 a 5 ☐ 6 a 8 ☐ mais de 8
8. Quantos banheiros existem na sua casa?
☐ Nenhum ☐ 1 ☐ 2 ou mais

Infraestrutura do domicílio

Acesso à água

- ☐ Água encanada ☐ Poço artesiano ☐ Reservatório ☐ Outro: _____

Infraestrutura do domicílio:

Esgotamento

- ☐ Rede de esgoto ☐ Fossa ☐ Vala (rio, igarapé, riacho)
10. Rendimento mensal do lar (em salários mínimos contando todos os moradores)
☐ Até 1 SM – R\$1.045,00
☐ Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00
☐ Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00
☐ Até 4 SM – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00
☐ Mais de 4 SM – R\$4.180,00 ou mais
 11. Qual era a sua ocupação/ trabalho principal antes do início da pandemia do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)
☐ Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho
☐ Empregado(a) sem carteira de trabalho
☐ Empregado(a) do setor público (inclusive empresas de economia mista)
☐ Trabalhava por conta própria
☐ Cooperativado(a)
☐ Trabalhava sem remuneração
☐ Bolsista
☐ Estudante
☐ Aposentado(a)
☐ Dono(a) de Casa
☐ Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar
☐ Procurava, mas não encontrava trabalho

() Não trabalhava por outro motivo

() Outro: _____

Como a pandemia do CORONAVÍRUS afetou sua ocupação/trabalho?()

Continuei trabalhando

() Continuei trabalhando, mas em casa (home office)

() Comecei a trabalhar durante a pandemia

() Tive férias remuneradas

() Perdi o emprego

() Estava de licença maternidade

() Afastado do trabalho por ser do grupo de risco

() Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar

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

() Assistência à saúde (atendimento direto à população)

() Saúde

() Segurança

() Transporte

() Serviço bancário

() Não trabalhei em atividade essencial

() Outro: _____

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

() 0 () 1 () 2 () 3 a 4 () 5 e mais

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

() Sim, benefício de prestação continuada

() Sim, aposentadoria

() Sim, bolsa família

() Sim, bolsa defeso

() Não

() Outro: _____

14. O/a Sr(a) tem plano de saúde? *

() Sim () Não

15. Quais as informações que o/a Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)

() Isolamento social total

() Lavagem freqüente das mãos

() Uso de álcool gel

() Isolamento parcial

() Uso de máscara para quando tenho que sair de casa

() Outro: _____

16. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)

() Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)() WhatsApp

() Facebook() Instagram() Televisão

() Jornais na TV e/ou na internet () Rádio () Religião

() Amigos/vizinhos/parentes da comunidade () Governantes (prefeito, governador, presidente)

() Outros: _____

17. Dessas fontes citadas quais delas confia mais? (admite mais de uma resposta)

18. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS?

	Muito bem informado	Bem informado	Razoavelm ente informado	Mal informado	Sem informação
Pelos meios de comunicação (TV, rádio ou jornal)					
Pela comunidade (religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade)					
Pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram)					
Pelos profissionais de saúde do seu território					

19. O(a) Sr(a) está confiante que as medidas de prevenção e proteção ao CORONAVÍRUS adotadas pelo senhor e sua família são suficientes para proteger vocês ?

- () Muito confiante
 () Bem confiante
 () Razoavelmente confiante
 () Pouco confiante
 () Nada confiante

20. Qual a possibilidade do(a) Sr(a) ou sua família serem contaminados pelo CORONAVÍRUS?

- () Muito alta
 () Alta
 () Razoavelmente alta
 () Baixa
 () Muito baixa

21. Na sua opinião a doença provocada pelo CORONAVÍRUS é:

- () Muito grave
 () Grave
 () Razoavelmente Grave
 () Pouco Grave
 () Não é Grave

22. Na sua opinião, qual o grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao CORONAVÍRUS: *

	Muito importante	Importante	Razoavelmente importante	Pouco importante	Nada importante
Isolamento e distanciament o social					
Uso de máscara					

Higienização
das mãos
(lavagem/ uso
de álcool em
gel)
Evitar
aglomerações

23. A equipe da Unidade de Saúde realizou alguma ação geral de saúde e de educação em saúde voltada para a prevenção do CORONAVÍRUS?

() Sim () Não () Não Sei

24. Se sim, quais ações o/a Sr(a) identificou? (Em caso de não ou não sei, escreva não identifiquei)

25. Quais das seguintes ações o(a) Sr(a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS? (admita mais de uma resposta)

() Isolamento social total

() Isolamento parcial

() Lavagem frequente das mãos

() Uso de álcool gel

() Uso de máscara para quando tenho que sair de casa

() Outro: _____

26. Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais importante para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS? *

() Isolamento social total

() Isolamento parcial

() Lavagem frequente das mãos

() Uso de álcool gel

() Uso de máscara para quando tenho que sair de casa

() Outro: _____

27. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio? *

() Sim () Não

28. Qual o tipo de auxílio o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam ou estão recebendo durante a pandemia do CORONAVÍRUS? (admita mais de uma resposta) *

() Auxílio emergencial do governo federal

() Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação)

() Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação)

() Auxílio de instituições de caridade

() Auxílio de ONGs

() Auxílio da própria comunidade

() Auxílio de Igreja

() Auxílio de amigos/parentes

() Não recebemos nenhum auxílio

() Outro: _____

29. O(a) Sr (a) ou algum membro da sua família já recebeu o diagnóstico de alguma das doenças abaixo? (admita mais de uma resposta) *

() Diabetes

() Hipertensão

- () Problemas Cardíacos
- () Asma
- () Câncer
- () HIV
- () Problemas relacionados à saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, esquizofrenia, abuso de álcool e outras drogas, etc)
- () Nenhuma das opções anteriores

ANEXO B

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTAS (2ª ETAPA)

Sobre as ações de enfrentamento das pessoas e famílias:

1) Como o senhor (e família) lidaram ou estão lidando para o enfrentamento do CORONAVÍRUS? Sobre as informações recebidas:

Sobre as informações recebidas:

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

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

4) Tem alguma informação que o Sr (a) não acreditou no combate do CORONAVÍRUS? Sobre as estratégias da família e comunidade:

Sobre as estratégias da família e comunidade:

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

6) Quais foram as medidas adotadas em sua comunidade (ou bairro, ou cidade), que entende que foram importantes para manter a saúde das pessoas durante a epidemia do CORONAVÍRUS? Sobre as ações dos serviços de Saúde:

Sobre as ações dos serviços de saúde:

7) Qual(ais) serviço(s) de saúde acompanhou e tem acompanhado o Sr(a) e sua família durante o CORONAVÍRUS?

8) Quais as principais dificuldades que o Sr(a) e sua família enfrentaram para seguir as recomendações da Equipe de Saúde para prevenção da contaminação pelo CORONAVÍRUS? 28 Sobre os governos:

Sobre os governos:

9) Na sua opinião, o que os governantes deveriam fazer para enfrentar a pandemia do CORONAVÍRUS? Sobre as mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias:

Sobre as mudanças ocorridas na vida das pessoas e famílias:

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

ANEXO C

TCLE – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médicas-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, sob a responsabilidade dos pesquisadores Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia e José Ivo Pedrosa da Universidade Federal do Piauí. Essa pesquisa tem por objetivo analisar como a população dos territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle do novo Coronavírus (COVID19). Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário sobre as suas percepções em relação à epidemia por COVID-19 no Brasil. Existem também questões sobre dados socioeconômicos e familiares. O tempo estimado para responder o questionário é de 15 minutos. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar estes riscos o questionário pode ser respondido de modo privado e no momento e local de sua preferência. Um outro risco a que você está exposto(a) é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas no estudo. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme 25 determinam a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário. O benefício que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social para as equipes de saúde da família por meio de maior entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros. No Portal da Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br/coronavirus>) você tem acesso a informações confiáveis e importantes sobre o novo Coronavírus. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail. Os pesquisadores responsáveis por este estudo estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail.

ANEXOS D e E

NORMAS DE PUBLICAÇÃO E COMPROVANTES DE SUBMISSÃO

Artigo 1 submetido à Revista de APS

REVISTA DE APS – ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE é uma publicação científica do Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde – NATES, da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, em parceria com a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – SBMFC e Rede de Educação Popular e Saúde – REDEPOP.

Artigo 2 submetido à Chamada do PROFSAUDE para livro temático - Editora Rede Unida

CHAMADA PARA PUBLICAÇÃO DE MANUSCRITOS CIENTÍFICOS EM LIVRO TEMÁTICO DO ESTUDO MULTICÊNTRICO DO MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE – VOLUME 1