



UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
EM REDE NACIONAL – PROFSAÚDE

ROMULO BRITO GUIMARÃES

**ACEITABILIDADE, ADESÃO E CUMPRIMENTO DAS ORIENTAÇÕES MÉDICO-CIENTÍFICAS SOBRE A COVID-19 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BAYEUX-PB**

JOÃO PESSOA – PB  
2022

ROMULO BRITO GUIMARÃES

ACEITABILIDADE, ADESÃO E CUMPRIMENTO DAS ORIENTAÇÕES MÉDICO-CIENTÍFICAS SOBRE A COVID-19 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BAYEUX-PB

Trabalho de Conclusão de Mestrado Profissional apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família em Rede Nacional (PROFSAUDE), do Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, Campus I, como requisito obrigatório para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

**Linha de pesquisa:** Prevenção e controle: Estudos sobre abordagens efetivas e viáveis para promover aceitabilidade, adesão e cumprimento das medidas de prevenção e controle da COVID-19 e outras síndromes respiratórias agudas graves na população.

**Orientador:** Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

JOÃO PESSOA – PB  
2022

## Ficha Catalográfica

G963a Guimarães, Romulo de Brito.

Aceitabilidade, adesão e cumprimento das orientações  
médico-científicas sobre a COVID-19 em uma unidade  
básica de saúde do município de Bayeux-PB / Romulo de  
Brito Guimarães. - João Pessoa, 2022.

87 f.

Orientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. COVID-19. 2. Prevenção. 3. Atenção básica. 4.  
Saúde pública. I. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. II.  
Título.

UFPB/BC

CDU 578.834(043)

ROMULO DE BRITO GUIMARÃES

**ACEITABILIDADE, ADESÃO E CUMPRIMENTO DAS  
ORIENTAÇÕES MÉDICO-CIENTÍFICAS SOBRE A COVID-19 EM  
UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BAYEUX-PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAUDE), vinculado ao Polo Paraíba-Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: 08/06/2022

Banca Examinadora

*Eduardo Sérgio Soares Sousa*  
Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa  
**Orientador**

*Rilva Lopes de Sousa Muñoz*  
Prof.ª Dr.ª Rilva Lopes de Sousa Muñoz  
**Examinadora Interna**

*Yana Balduíno de Araújo*  
Prof.ª Dr.ª Yana Balduíno de Araújo  
**Examinadora Externa**

JOÃO PESSOA – PB  
2022

### **Dedicatória**

Dedico essa obra a Deus que, em sua infinita sabedoria, me concedeu graça e habilidade para desenvolver o Mestrado com dedicação e destreza.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Fiocruz e ao Polo Paraíba - Rio Grande do Norte que, através da Universidade Federal da Paraíba, me concederam a oportunidade de cursar o Mestrado Profissional em Saúde da Família.

Agradeço ao Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa, à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Rilva Lopes de Sousa Muñoz, à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Yana Balduíno de Araújo e à Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Virgínia Ângela Menezes de Lucena e Carvalho pelas orientações e ensino durante minha caminhada no Mestrado.

*"Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria produção ou a sua construção".*

(Paulo Freire)

## RESUMO

A pandemia do novo coronavírus alterou a forma de enfrentamento de doenças, visto seus efeitos nocivos à saúde e à falta de medicamentos e vacinas eficazes para eliminar a infecção ou combater a sua disseminação. Sendo assim, viu-se a necessidade de implementar medidas de prevenção e controle que pudessem ser praticadas por todos os seguimentos da população, tais como lavagem frequente das mãos, uso de máscara facial e distanciamento físico. Todavia, a adesão a essas medidas foi prejudicada no Brasil devido ao alto fluxo de informações verdadeiras e falsas, bem como à falta de articulação intergovernamental. Não obstante essa dificuldade, o Sistema Único de Saúde, por meio da atenção básica, vem enfrentando a crise pandêmica, atuando na linha de proteção, prevenção e combate à COVID-19. Com base nisso, o objetivo deste estudo é analisar a percepção e a prática das medidas de prevenção e controle contra a COVID-19 por parte das famílias atendidas por uma Unidade Básica de Saúde do município de Bayeux - PB. Trata-se de um levantamento observacional, com abordagem quantitativa, a partir da coleta de dados primários com oitenta e cinco famílias adscritas à referida unidade de saúde, por entrevista baseada em questionário estruturado. A partir das respostas de cada família, os dados foram tabulados e as análises estatísticas feitas através do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0 para o Windows. Todos os resultados apresentados foram estatisticamente não significativos ( $p > 0,05$ ). A dissertação apresenta como produtos um artigo científico original e uma cartilha ilustrada para idosos da atenção básica a respeito da prevenção da COVID-19.

**Palavras-chave:** COVID-19. Prevenção. Atenção Básica. Saúde Pública.

## ABSTRACT

The new coronavirus pandemic has changed the way of coping with diseases, given its harmful effects on health and the lack of effective medicines and vaccines to eliminate the infection or fight its spread. Therefore, there was a need to implement prevention and control measures that could be practiced by all segments of the population, such as frequent hand washing, use of a face mask and physical distancing. However, adherence to these measures was severely hampered in Brazil due to the high flow of true and false information, as well as the lack of intergovernmental articulation. Despite this difficulty, the Unified Health System, through primary care, has been facing the pandemic crisis, acting in the line of protection, prevention and combating COVID-19. The objective of this study is to analyze the perception and practice of prevention and control measures against COVID-19 by families assisted by a basic health unit in the municipality of Bayeux - PB. This is an observational study with a quantitative approach, based on the collection of primary data with 85 families enrolled in the aforementioned health unit, through interviews based on a structured questionnaire. Based on the responses of each family, data were tabulated and statistical analyzes were performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 26.0 for Windows. All the results presented were not statistically significant ( $p > 0.05$ ). The dissertation presents as products an original scientific article and an illustrated booklet for elderly people in primary care regarding the prevention of COVID-19.

**Keywords:** COVID-19. Prevention. Basic Attention. Public health.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

<b>Figura 1</b>	Transmissão de gotículas e aerossóis.....	21
<b>Quadro 1</b>	Passos para combater as <i>fakenews</i> relacionadas às informações sobre a covid-19 para a população.....	26
<b>Quadro 2</b>	Principais ações na luta contra o coronavírus desenvolvidas por sete países do mundo.....	28

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b>	Informações recebidas e ações adotadas pelos usuários da UBS Sesi III (Bayeux-PB) entre julho e setembro/2020 sobre a covid-19.....	44
<b>Tabela 2</b>	Como os usuários da UBS Sesi III (Bayeux-PB) se informam sobre a covid-19 e em qual fonte mais confiaram entre julho e setembro/2020.....	45
<b>Tabela 3</b>	Nível de informação recebida pelos usuários da UBS Sesi III (Bayeux-PB) em relação às diferentes fontes de informações sobre a covid-19 entre julho e setembro/2020.....	47
<b>Tabela 4</b>	Nível de confiança dos usuários da UBS SESI III (Bayeux-PB) em relação às medidas de prevenção contra a covid-19 entre julho e setembro/2020.....	49
<b>Tabela 5</b>	Percepção da facilidade dos usuários da UBS SESI III (Bayeux-PB) de serem contaminados pela covid-19 entre julho e setembro/2020.....	49
<b>Tabela 6</b>	Gravidade da covid-19 percebida pelos usuários da UBS Sesi III (Bayeux-PB) entre julho e setembro/2020.....	50
<b>Tabela 7</b>	Importância das medidas de prevenção da covid-19 mensuradas pelos usuários da UBS Sesi III (Bayeux-PB) entre julho e setembro/2020.....	52

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aliança GAVI	Aliança Global para Vacinas e Imunizações
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CEPI	<i>Coalition for Epidemic Preparedness Innovations</i>
CONEP	Comissão Nacional de Educação e Pesquisa
CoV	Coronavírus
COVAX	<i>COVID-19 Vaccines Global Access</i>
EPI	Equipamentos de Proteção Individual
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
ICTV	Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus
luz UV	Luz Ultravioleta
MERS-CoV	Síndrome Respiratória do Oriente Médio
nCoV	Novo Coronavírus
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROFSAÚDE	Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional
RT-PCR	Relação em Cadeia de Polimerase com Transcriptase Reversa
SARS-CoV-2	Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
SDRA	Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	13
<b>2    OBJETIVOS .....</b>	15
2.1 Objetivos Gerais .....	15
2.2 Objetivos Específicos .....	15
<b>3    JUSTIFICATIVA .....</b>	16
<b>4    REVISÃO DA LITERATURA .....</b>	18
4.1 COVID-19: aspectos relevantes .....	18
4.2 Medidas de prevenção e controle contra a COVID-19 .....	21
4.3 Difusão das informações sobre a disseminação, letalidade e proteção contra o coronavírus e a falta de articulação intergovernamental .....	24
4.4 Transmissibilidade familiar e coletiva da COVID-19: percepções divergentes sobre as medidas de prevenção e controle .....	30
4.5 Atenção primária à saúde e seu protagonismo durante a pandemia.....	32
4.6 Vacinas, mutações da COVID-19 e os novos questionamentos: prevenção e controle continuam em primeiro plano .....	35
<b>5    METODOLOGIA .....</b>	39
5.1 Pesquisa multicêntrica com recorte para o município de Bayeux-PB .....	39
5.2 Produto técnico: elaboração de cartilha instrucional .....	40
<b>6    RESULTADOS .....</b>	43
6.1 Resultados da pesquisa de campo no município de Bayeux – PB .....	43
6.2 Produto bibliográfico: artigo científico original .....	53
6.3 Produto técnico: “Envelhecimento e a COVID-19: o que devo saber? – Cartilha Educativa para a Atenção Básica”.....	54
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	65
<b>ANEXOS .....</b>	68
ANEXO A – Questionário .....	68
ANEXO B - Parecer Consustanciado do CEP .....	76
ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	87

## INTRODUÇÃO

Desde o dia 11 de março de 2020, quando foi caracterizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como pandemia, a doença causada pela COVID-19 tem mobilizado, em todo o mundo, recursos científicos, tecnológicos, econômicos e sociais. Com base em características epidemiológicas do novo coronavírus, as medidas de prevenção e controle, voltadas a indivíduos e coletividades, são consenso mundial entre organismos internacionais como a OMS, entidades científicas e autoridades sanitárias que recomendam o isolamento social e domiciliar, além da higienização pessoal e de superfícies de contato, principalmente de mãos e rosto. Essas ações mobilizaram campanhas publicitárias na imprensa falada, escrita e televisiva, assim como nas redes sociais, sendo a de maior repercussão a campanha *#fiqueemcasa*.

No Brasil, 74,76% da população está coberta pelas ações e pelos serviços da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), sendo a atenção primária à saúde o meio pelo qual são materializadas as práticas de cuidado com a saúde pública no primeiro nível de atenção à saúde, pois abrange territórios nos quais vivem grande parte da população que possui trabalho informal, circula e ocupa ambientes insalubres, habita domicílios inadequados, possui dificuldades de acesso aos serviços e políticas públicas e depende do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, *online*).

Nesse contexto, as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS) exercem papel fundamental, pois compreendem elementos culturais e sociais presentes nas comunidades pelas quais se responsabilizam, sendo capazes de estabelecer ações educativas, sociais e assistenciais que podem alcançá-las tanto em termos de capilaridade quanto de adequação da informação técnico-científica para a diversidade do território.

Os desafios impostos pela pandemia reforçam a luta cotidiana das populações pela sobrevivência, que é acrescida por um conjunto de informações médico-científicas muitas vezes estranhas ao seu universo relacional, advindas de dados epidemiológicos, decretos, portarias e recomendações que geram múltiplos significados. Essas, ocasionalmente, aparecem divergentes e contraditórias sobre os modos de proceder, determinando conflitos entre o que deve ser feito pela população e o que é possível.

Diante desse cenário, as pessoas desenvolvem traduções, interpretações e adaptações para a realidade local, corroborando com o pressuposto de que a eficácia comunicativa das informações e a efetividade das ações de prevenção e controle dependem dos arranjos que a comunidade elabora. Entender esse aspecto pode ajudar gestores, profissionais de saúde e

coletividades a agir de forma mais efetiva contra a COVID-19.

Destarte, o presente trabalho estrutura-se a partir de um referencial teórico que busca explicar as principais características da doença causada pelo novo coronavírus, as formas de contágio e transmissão mais estudas e comprovadas, os aspectos de prevenção e controle a partir de medidas como o distanciamento social, o uso de máscara facial e a lavagem frequente das mãos. Além disso, são apresentadas as principais barreiras para a contenção da pandemia; a disseminação de um grande número de informações verdadeiras e outras falsas e a falta de articulação intergovernamental.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar a aceitabilidade, a adesão e o cumprimento das orientações médico-científicas sobre a COVID-19 em uma Unidade Básica de Saúde do município de Bayeux-PB.

### **2.2 Objetivos específicos**

- ✓ Dimensionar o universo informacional relativo às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias;
- ✓ Identificar as estratégias utilizadas pela população para prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientam;
- ✓ Conhecer o grau de credibilidade que a população atribui às informações de prevenção e controle da COVID-19;
- ✓ Observar a atuação da atenção básica durante a pandemia.

### 3 JUSTIFICATIVA

A pandemia da COVID-19 se configura em emergência de Saúde Pública de interesse internacional, apresentando risco elevado para países com sistemas de saúde vulneráveis (WHO, 2020a). No ano de 2020 e em grande parte de 2021, houve um crescimento significativo no número de infectados, hospitalizados e mortos (OPAS BRASIL, 2020), sobretudo porque não existiam vacinas licenciadas ou antivirais seguros para o novo Coronavírus (WHO, 2020).

Considerando essa realidade, a eficiência das medidas e estratégias de prevenção e controle dependem de processos voltados para educar plenamente o público em geral sobre a seriedade da COVID-19, frisando a responsabilidade das pessoas na prevenção e na propagação dessas medidas (WHO, 2020b).

Desse modo, o presente estudo possui como escopo o aprimoramento de tecnologias leves e relacionais presentes no encontro entre indivíduos e serviços de saúde, por meio da compreensão das dinâmicas, das linguagens e dos modos como as pessoas interpretam, traduzem e aplicam no seu cotidiano as orientações médico-científicas. Essa compreensão é fundamental para orientar as ações das equipes da saúde na família, melhorar a comunicação e o diálogo entre os profissionais de saúde e os usuários – construindo vínculos, confiança e compromisso – e também contribuir na gestão de políticas públicas para as orientações médico-científicas de prevenção e controle da COVID-19.

Diante do cenário vivido nos últimos dois anos, pesquisas vêm sendo realizadas para entender as repercussões da infecção pelo novo coronavírus. No Brasil, várias instituições e pesquisadores estão contribuindo de forma inédita para a compreensão da dinâmica de transmissibilidade desse novo vírus, bem como os principais aspectos relacionados à prevenção e ao controle da doença causada por ele.

Este projeto, desenvolvido a partir de uma Unidade Básica de Saúde do município de Bayeux-PB, faz parte de um estudo multicêntrico elaborado a nível nacional com o objetivo de compreender como as famílias e comunidades brasileiras estão enfrentando a pandemia do novo coronavírus; bem como absorvem e traduzem, em práticas de prevenção e controle, as informações recebidas pela mídia, profissionais de saúde, gestores públicos, redes sociais, amigos e parentes.

O estudo multicêntrico envolve Instituições de Ensino Superior e de pesquisas vinculadas ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família em Rede Nacional – PROFSAÚDE, sob a direção da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A nível local, é

coordenado pelo Centro de Ciências Médicas da Universidade Federal da Paraíba, responsável pelo polo Paraíba - Rio Grande do Norte.

A pesquisa envolve famílias adscritas aos territórios de abrangência das unidades básicas de saúde, nas quais os alunos regularmente matriculados do PROFSAÚDE atuam como profissionais da atenção básica. Diante da proposta da pesquisa multicêntrica, percebeu-se a oportunidade para delimitar a aplicação dos objetivos gerais e específicos à população da comunidade vinculada a uma Unidade Básica de Saúde no município de Bayeux-PB.

O critério para a escolha da UBS nesse município, cidade pertencente à área metropolitana da capital da Paraíba, foi orientado por ser o campo de trabalho do mestrando. A UBS está localizada no bairro do SESI III, área bem estruturada, com ruas calçadas, saneadas e próxima às duas avenidas principais do município. Ela apresenta diversos equipamentos sociais e rede de apoio, tais como escolas, cadeia pública, casa de abrigo para moradores de rua, praças, centro de referência especializado de assistência social e igrejas.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

### 4.1 COVID-19: aspectos relevantes

A globalização em que vivemos é responsável por uma intensa movimentação e fluxo de pessoas que, de forma contínua e facilitada pelos meios de transporte dentro dos continentes e fora deles, se desloca para atividades de turismo, negócios e migração. Nesse contexto, era previsível que qualquer epidemia poderia transformar-se rapidamente em uma pandemia.

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o início da atual crise pandêmica, que teve sua origem na província de Hubei, uma das vinte e três províncias da República Popular da China, especificamente em Wuhan, capital e maior cidade dessa província. Foi nela que se diagnosticou o primeiro caso, após um pesquisador observar e ser infectado por uma nova cepa de vírus da família dos coronavírus (CoV). Os casos foram tomando uma proporção alarmante na província de Hubei e, em seguida, o surto passou a se constituir em uma epidemia em toda aquela região, considerando o elevado número de ocorrências e óbitos notificados. A partir da decretação de epidemia na China, muitos países passaram a ativar seus centros de emergência em saúde pública (LIMA *et al.*, 2020).

A OMS nomeou oficialmente a pandemia como COVID-19. Ao mesmo tempo, o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV) anunciou que o novo coronavírus foi intitulado Coronavírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2), pois no início era visto como uma gripe diferente que evoluía rapidamente para uma pneumonia grave e óbito, tendo relação com o desenvolvimento da SARS. A apresentação da COVID-19 e seu curso da doença são imprevisíveis e variam de casos assintomáticos, comprometimento respiratório leve e Síndrome do Desconforto Respiratório Agudo – SDRA (GAO *et al.*, 2021).

Geralmente, os coronavírus podem causar doenças respiratórias, gastrointestinais e do sistema nervoso central em humanos e animais. Esses vírus têm a capacidade de se adaptar a um novo ambiente através de mutações. O novo Coronavírus (nCoV) é um vírus de RNA de fita simples que consegue infectar o ser humano e ficou conhecido na comunidade científica como 2019-nCoV ou COVID-19 (YESUDHAS; SRIVASTAVA; GROMIHA, 2020).

Os coronavírus pertencem à família *Coronaviridae* e são divididos em alfa ( $\alpha$ -CoV), beta ( $\beta$ -CoV), gama ( $\gamma$ -CoV) e delta ( $\delta$ -CoV). O alfa e o betacoronavírus podem infectar mamíferos, sendo os vírus do gênero  $\beta$ -CoV aqueles encontrados em humanos. Os  $\beta$ -CoV são divididos em diferentes linhagens (A, B, C e D), estando o SARS-CoV e o SARS-CoV-2 agrupados na linhagem B; ambos podem infectar o ser humano e levar a surtos de doenças respiratórias graves e fatais (YESUDHAS; SRIVASTAVA; GROMIHA, 2020).

A COVID-19 e a gripe se assemelham, pois são doenças virais respiratórias causadas principalmente pela disseminação de gotículas, aerossóis e em menor grau por fômites. Ambas podem matar, geralmente através do desenvolvimento de uma pneumonia viral exacerbada por complicações sistêmicas. Tanto uma quanto a outra ameaçam qualquer pessoa que tenha fatores de risco como as comorbidades (hipertensão, diabetes, obesidade, imunodeficiências etc.) e esse risco aumenta logaritmicamente com a idade (CLARFIELD; DWOLATZKY, 2021).

Machado *et al.* (2020) mostraram em seus estudos que altas letalidades por SARS-CoV-2 têm sido, em sua maior parte, associadas a pacientes idosos ou à presença de comorbidades mais comuns nesses indivíduos, sendo superiores a um quinto dos acometidos com mais de oitenta anos, tanto na China (21,9%) quanto na Itália (20,2%).

Uma situação preocupante sobre a letalidade dessa doença está associada aos níveis de transmissão entre as pessoas e à forma silenciosa em que se dá grande parte dos contágios, visto dados atuais sugerirem que pessoas infectadas sem sintomas – incluindo pessoas pré-sintomáticas e assintomáticas – representam mais de 40% de todas as transmissões do SARS-CoV-2 (ORAN; TOPOL, 2021).

Várias formas de transmissão são possíveis, sendo a de pessoa a pessoa considerada a via principal de infecção. Experimentos demonstram que o SARS-CoV-2 permanece viável em aerossóis por pelo menos três horas. Em plástico e aço inoxidável, o vírus se apresenta estável; e em amostras de fezes de uma pequena proporção de pacientes com COVID-19 e com sintomas gastrointestinais foi detectado o RNA do SARS-CoV-2, levantando a hipótese de transmissão fecal-oral. Já a urina pode não ser uma fonte de transmissão, uma vez que outros experimentos não revelam resultado positivo quanto à presença do RNA do vírus, contrastando com surtos anteriores causados por outros tipos de coronavírus (KRONBICHLER *et al.*, 2020).

Pan *et al.* (2022) também demonstram que o SARS-CoV-2 pode sobreviver pelo menos três horas em aerossóis, quatro horas em superfície de cobre, vinte e quatro horas em superfície de papelão e por dois a três dias em superfície de aço inoxidável e em material plástico de polipropileno. No entanto, é sensível aos raios ultravioletas e ao calor, podendo ser efetivamente inativado por aquecimento a 56° C durante 30min. ou pela exposição a solventes como o éter, etanol 75%, desinfetante contendo cloro, ácido peroxiacético e clorofórmio, exceto clorexidina.

Tabatabaeizadeh (2021) explica que, sendo o vírus viável por pelo menos três horas em aerossóis, sua transmissão através do ar é provável, podendo ainda se dispersar em ambientes não ventilados. Já em locais com baixa ventilação as gotículas de aerossóis têm a capacidade de permanecer por mais tempo antes de serem inaladas ou de caírem no chão, o que pode resultar na transmissão por meio de fômites. Em áreas fechadas, baixa umidade, ar

condicionado e baixa irradiação de luz ultravioleta (UV) há maior contribuição para a sobrevivência das partículas virais. Ambientes ao ar livre, por sua vez, têm menos superfícies disponíveis ao toque, abrigando parcamente os vírus nesses locais. A luz UV proveniente da solar diminui em dez vezes a sobrevivência do vírus em superfícies (BULFONE *et al.*, 2021).

A transmissão por gotículas ocorre principalmente quando a distância da fonte de infecção é curta, geralmente dentro de um raio de dois metros. Também pode haver transmissão por contato, através do aperto de mãos, compartilhamento de alimentos, participação em conferências e reuniões e outras formas de encontros em ambientes fechados (PAN *et al.*, 2022).

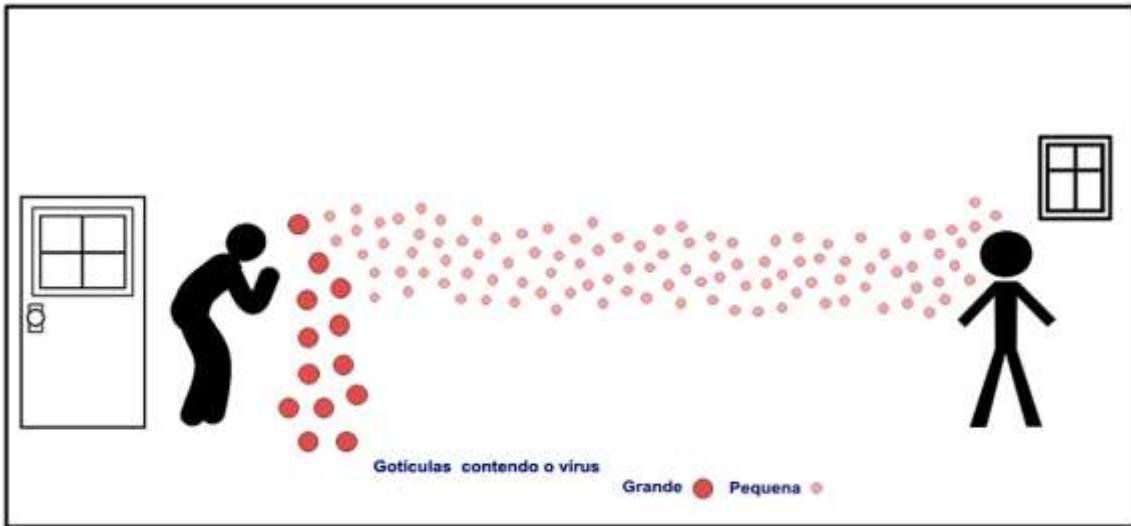
Ao chegar no corpo humano, esse novo coronavírus é endocitado em um processo mediado por receptores nas células hospedeiras. O SARS-CoV-2 usa ACE2, um receptor de superfície celular que está presente nos rins, vasos sanguíneos, coração e, principalmente, em células epiteliais do trato respiratório alveolar dos pulmões (YESUDHAS; SRIVASTAVA; GROMIHA, 2020). Isso explica o grande acometimento pulmonar e as repercussões sistêmicas da doença.

É importante destacar que essa pandemia não vem poupando as regiões mais ricas e desenvolvidas. Apesar disso, é nítido que seus efeitos têm sido piores em regiões do mundo mais pobres e menos desenvolvidas. No caso do Brasil, as regiões Norte e Nordeste sofrem os maiores abalos e danos da crise pandêmica. Observa-se, à medida que a doença se propaga, o aumento das desigualdades sociais existentes, porque os grupos mais vulneráveis das regiões mais pobres são afetados de forma negativa. A pandemia da COVID-19 agravou o cenário político, econômico e a crise social que antecedeu a entrada dela no Brasil (CASTRO *et al.*, 2021).

Desde o início do surto pandêmico até 17 de janeiro de 2022, mais de 332 milhões de pessoas foram infectadas por esse vírus e mais de 5,5 milhões morreram em decorrência dela em todo o mundo. No Brasil, os números foram de mais de 23,4 milhões de infectados e mais de 620 mil mortes (WHO, *online*).

## 4.2 Medidas de prevenção e controle contra a COVID-19

FIGURA 1 – TRANSMISSÃO DE GOTÍCULAS E AEROSSÓIS



Fonte: TV Europa. Disponível em: <https://www.tveuropa.pt/noticias/coronavirus-propaga-se-pelo-ar-e-aumenta-com-sistemas-de-ventilacao/>. Acesso em: 14 jan. 2022.

Para enfrentar a pandemia causada pela COVID-19, governos de todo o mundo impuseram fortes restrições aos povos, como manter distância física, interromper atividades não essenciais e limitar o fluxo de pessoas, chegando a um movimento extremo de isolamento total, que ficou mundialmente conhecido como “lockdown” e fez grande parte da população ficar em casa em uma espécie de confinamento. Essas medidas continuam sendo de grande importância na contenção da disseminação viral, embora tenham gerado diversas consequências não intencionais, como o impacto nas finanças públicas e privadas, na saúde mental das pessoas, na educação e nas relações sociais.

Das, Singh e Bruckner (2022) apontam que a pandemia estimulou as políticas estaduais de bloqueio e pedidos de permanência em casa em quarenta e três dos cinquenta estados dos Estados Unidos da América (EUA), sendo já implementadas entre março e abril de 2020 com o objetivo de restringir as atividades da comunidade e diminuir a propagação da COVID-19. Todavia, para Wachholz *et al.* (2020), a capacidade de controlar a disseminação comunitária da infecção, proteger populações vulneráveis e reduzir sua letalidade (particularmente nos segmentos mais longevos) falhou ou mostrou-se insuficiente em grande parte do mundo, incluindo nações de alto, médio e baixo poder econômico.

Lima *et al.* (2020) explicam que no Brasil não foi diferente, apesar do grande ceticismo que pairou por longo tempo entre os gestores e a população. Em 03 de fevereiro de 2020, o

Ministério da Saúde declarou o surto da COVID-19 como Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e, em seguida, sancionou a Lei nº 13.979 de 06/02/2020, que dispõe sobre as medidas para o enfrentamento em emergência de importância e caráter nacional e internacional. No mês de março de 2022, o Brasil declarou a situação de transmissão comunitária em todo o território nacional por meio da Portaria nº 454 de 20/03/2020 e, com isso, as medidas de quarentena, isolamento e distanciamento social foram se tornando consistentes e reais.

Clarfield e Dwolatzky (2021) explicam que o isolamento total foi aplicado de forma errônea durante a primeira onda em muitos lugares do mundo, prejudicando principalmente idosos, que foram impedidos de ir a mercearias e usar serviços essenciais, como consultas médicas. Os autores sugerem que, assim como a gripe, a disseminação da COVID-19 parece ser mitigada, mas não erradicada pela tríade de ações: distanciamento físico (não “social”), uso estrito de máscaras faciais e lavagem frequente das mãos. Sendo assim, de acordo com esses pesquisadores, não há boa razão para desencorajar até mesmo pessoas de alto risco de encontrar amigos e/ou familiares em uma sala bem ventilada, desde que sejam cumpridas as recomendações de manter o limite de dois metros de distância entre as pessoas e todos devem usar máscaras.

Sobre o distanciamento físico e consequente isolamento social para alguns segmentos da população, Vimal (2022) descreve uma percepção de nuances positivas ao dizer que o confinamento global também representou uma oportunidade única, como se fosse um grande experimento de laboratório em campo a nível de escala mundial para pesquisas ambientais. Houve nesse período de maior restrição de contato a diminuição das emissões de carbono, o melhoramento da qualidade do ar e da água, além de menos poluição sonora e luminosa. Isso significa que a crise da COVID-19 impactou profundamente a biodiversidade.

Em relação às pessoas, Vimal (2022) também revela impactos considerados positivos durante os “lockdowns”, embora com intensidade variada para cada perfil de pessoas que analisou. Os participantes do seu estudo mencionaram que passaram a conhecer melhor seus animais e observar a mudança das plantas com a chegada de cada estação do ano, como o crescimento das folhas e o aparecimento das primeiras flores na primavera, pois obtiveram mais tempo para podar suas árvores, semear e regar o jardim, além de brincarem mais com seus cães.

Yesudhas, Srivastava e Gromiha (2020), sobre a prevenção e o controle da COVID-19, explicam que as gotículas respiratórias são as principais vias de transmissão da doença. O SARS-CoV-2 pode ser transmitido a uma pessoa saudável se ela tiver contato com outra infectada ou qualquer de seus pertences, incluindo roupas, maçanetas etc. Esses autores

apontam que a transmissão por aerossóis (áerea com partículas pequenas) também é possível, mas pode ser evitada quando se mantém uma distância mínima de dois metros entre os sujeitos, sendo o uso das máscaras obrigatória. Kronbichler *et al.* (2020) concordam com essa visão e concluem que pode haver ainda uma possibilidade de infecção fecal-oral, pois o RNA do vírus foi detectado em amostras de fezes de seus estudos, mas recomendam novas investigações para ratificar essa possibilidade.

Bulfone *et al.* (2021), em relação aos espaços ao ar livre, apontam que há uma diminuição do risco de transmissão do vírus através de gotículas respiratórias maiores, pois permitem maior distanciamento físico. Esses espaços admitem grande fluxo de ar e maior ventilação, minimizando a exposição a gotículas e aerossóis. Entretanto, mesmo em ambientes abertos com alto fluxo de ar, pode haver incidência de contágio se as pessoas estiverem sem máscara facial. Para exemplificar esse dado, esses autores mostram no seu estudo alguns eventos que aconteceram nos EUA, em que houve grande aglomeração de pessoas com e sem uso de máscaras em protestos. Enquanto os protestos onde existiu maior uso de máscaras apresentaram menores índices de pessoas contaminadas após três semanas seguintes, aqueles sem tal uso exibiram aumento do número de infectados.

Noorimotlagh *et al.* (2021) também inclinam-se sobre a principal via de transmissão da COVID-19. Explicam que a infecção ocorre de pessoa a pessoa, especialmente quando há prolongada exposição desprotegida, ou seja, sem o uso de máscara. Portanto, recomendam que os principais cuidados para evitar a exposição ao vírus sejam lavar das mãos várias vezes ao dia, manter uma distância física de pelo menos dois metros e usar a máscara. Os autores concluem ainda que as duas principais questões responsáveis por aumentar as chances de infecção são a distância física e o tempo de exposição, pois, devido à forte respiração ou à fala alta, é gerada grande quantidade de aerossóis no ambiente.

Li *et al.* (2021) relembram que as máscaras faciais foram usadas por décadas para prevenção de infecções virais e para outros cuidados de saúde, sendo também utilizadas como medida eficaz para reduzir a propagação da infecção comunitária pelo SARS-CoV que surgiu em 2003. Nesse estudo, os autores relatam que as máscaras de pano (70% algodão e 30% poliéster) e de algodão (100% algodão) podem filtrar de 40% a 60% dos aerossóis, sendo o seu uso ligado a uma diminuição efetiva do risco de infecção pelo novo SARS-CoV-2 ( $P < 0,001$ , estatisticamente significativo). Dessa forma, recomendam o uso de máscara e orientam que os governos devem adotá-la como medida de proteção à saúde pública. Junior *et al.* (2020) concordam com essa recomendação e sugerem que isso pode acontecer por meio de ações educativas.

Isso ocorre porque o uso de máscara pode evitar a inalação de gotículas grandes, aerossóis e filtrar partículas de poeira. Evidências mostram tal utilização reduzindo o risco de infecções respiratórias, incluindo a influenza e o SARS-CoV, sendo também eficaz na prevenção da propagação da COVID-19. Em relação aos tipos de máscaras, tanto as N95 quanto as gerais e as cirúrgicas foram consideradas eficazes na prevenção da disseminação de vírus respiratórios. No entanto, as N95 são mais eficazes devido a sua característica de vedação facial (LI *et al.*, 2021).

Acerca das medidas de prevenção e controle em locais públicos e ambientes de trabalho, Pan *et al.* (2022) orientam que proprietários e administradores devem ser os principais responsáveis pela mitigação da propagação da COVID-19. Ademais, recomendam desenvolver um plano de emergência, coletar informações de saúde dos funcionários, organizar os turnos de trabalho e melhorar a divulgação de informações para funcionários e clientes, por intermédio de ações educativas, tais como vídeos, cartazes, folhetos etc. Pessoas apresentando febre, tosse ou outros sintomas gripais devem ser encorajadas a procurar oportunamente tratamento médico e evitar o ingresso em locais públicos.

#### **4.3 Difusão das informações sobre a disseminação, letalidade e proteção contra o coronavírus e a falta de articulação intergovernamental**

Informações sobre fatos e acontecimentos são essenciais quando aparecem de forma oportuna e narram com veracidade a situação. Além disso, é necessário que se tenha tempo para avaliar criticamente as evidências antes de conferir credibilidade e implementar práticas ou ações de mudanças. Na saúde não é diferente. Organizações profissionais de saúde são desafiadas constantemente a compartilhar informações, que devem ser investigadas sobre sua veracidade e confiabilidade.

Durante a pandemia da COVID-19, determinar a melhor forma de disseminar conhecimento sobre a doença causada pelo SARS-CoV-2 não foi tarefa fácil. Houve dificuldade para comunicar descobertas e condutas aos profissionais de saúde e também para unificar o melhor caminho a ser seguido pela população. Um ritmo acelerado de compartilhamento de notícias verídicas e outras falsas tomaram conta do cenário na pandemia. Plataformas como *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp* foram frequentemente utilizadas por organizações profissionais e pela população em geral para difundir as atualizações sobre a doença.

Em paralelo às inúmeras pesquisas sobre a disseminação do vírus e à tentativa de divulgação correta dos estudos sobre a COVID-19, recomendações acerca dos métodos para

conter a transmissão da doença, incluindo o uso de máscara e o distanciamento físico, tiveram grandes variações entre os países, refletindo uma falta de informações sobre como o novo coronavírus é transmitido ao ar livre (BULFONE *et al.*, 2021).

Para Li *et al.* (2021), o uso de máscaras faciais em ambientes comunitários reduz significativamente o risco de infecção por SARS-CoV-2. Os autores desse estudo relatam que pesquisas como essa fizeram com que a OMS começasse a recomendar o uso das máscaras como parte de uma abordagem abrangente para reduzir a propagação do vírus a partir de junho de 2020.

Além disso, com o surto global do SARS-CoV-2, há evidências crescentes de que muitas infecções são assintomáticas, sendo esses casos grande fonte de transmissão para outras pessoas. Gao *et al.* (2021) explicam que infecções assintomáticas são aquelas em que há a detecção da COVID-19 por meio da Técnica de Reação em Cadeia de Polimerase com Transcriptase Reversa (RT-PCR) em pessoas que não apresentam sintomas ou sinais clínicos e sem anormalidades aparentes em imagens, incluindo tomografia computadorizada de pulmão.

Sendo assim, a falta de informações sobre esse aspecto da doença, a não procura por serviço médico e a ausência de testagem em grande escala, contribuem para a rápida propagação viral. Ademais, a ausência de sinais clínicos óbvios da síndrome gripal (coriza, mialgia, tosse, febre, cefaleia), a falta de conscientização sobre a prevenção e a desinformação constituem enorme desafio no controle global da pandemia, o que exige mais atenção e maior investimento em informação coesa e de fácil acesso (GAO *et al.*, 2021).

De acordo com Bourgault *et al.* (2022), as campanhas educativas *online* podem ser eficazes no controle global da pandemia, desde que promovidas de modo a não desencadear a ativação de falsas teorias. Os autores exemplificam esse argumento relembrando que o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), durante a primeira onda da pandemia, sofreu diversas recomendações sobre sua reutilização e limpeza, gerando desconfiança das evidências.

A rápida disponibilidade de informações na Internet durante tal período foi percebida como positiva e ao mesmo tempo confusa, isso devido à infinidade de informações disponíveis em vários canais de comunicação que, por vezes, se colocavam em contraposição. Sobre o uso das máscaras, era discutido se apresentava maior eficácia ao utilizar duas juntas – uma sobreposta à outra –, ou usando máscaras caseiras ou cirúrgicas ou a máscara N95, ou até mesmo máscaras cirúrgicas ou caseiras por cima da N95 para prolongar sua vida útil. As máscaras, que antes eram itens de uso único, tornaram-se itens reutilizáveis em muitos hospitais e por muitas pessoas no decurso da pandemia (BOURGAULT *et al.*, 2022).

Yabrule *et al.* (2020) chamam de *infodemia* a grande quantidade de informações no decorrer da pandemia e seu fluxo intenso por meio das mídias sociais. Sugerem que essa *infodemia* gera riscos ao acesso da população às fontes confiáveis de informação, visto que nas mídias sociais as notícias falsas, também chamadas *fakenews*, e opiniões pessoais são rapidamente difundidas em grupos, principalmente quando partem de pessoas mais influentes nas redes ou com mais seguidores, em detrimento do compartilhamento de dados científicos que não possuem o mesmo alcance.

No Reino Unido, 46% dos adultos referiram exposição a informações não verídicas na Internet e 40% consideraram difícil distinguir as notícias falsas das verdadeiras ao longo da pandemia da COVID-19. No Brasil, esse fenômeno acontece com frequência ainda maior por conta da falta de conhecimento técnico-científico e pensamento crítico, considerando os mais de 11,5 milhões de brasileiros acima de 15 anos serem analfabetos absolutos e 38 milhões de pessoas serem analfabetas funcionais (YABRUDE *et al.*, 2020).

Nesse contexto, percebe-se o papel fundamental e a responsabilidade dos profissionais de saúde, pois são capazes de buscar informações verídicas de teor científico em fontes confiáveis e conter a propagação das *fakenews* por meio da promoção de fontes apropriadas de informação e do esclarecimento das notícias falsas espalhadas através das mídias sociais (SWIRE-THOMPSON; LAZER, 2019).

Nesse sentido, combater a desinformação nas redes sociais se torna necessário diante de tal conjuntura, pois é uma ação que pode salvar vidas. Providências já vêm sendo tomadas pela OMS e também pelo Ministério da Saúde no Brasil, a fim de combater as *fakenews* e propagar as informações verdadeiras por meio das principais redes sociais, como *Facebook*, *Instagram* e *WhatsApp*. O Ministério da Saúde, por exemplo, disponibilizou um número de *WhatsApp* para responder às dúvidas sobre a pandemia e o vírus COVID-19 (NAEEM; BHATTI, 2020).

**QUADRO 1 – PASSOS PARA COMBATER AS FAKENEWS RELACIONADAS ÀS INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19 PARA A POPULAÇÃO**

Passos para combater as <i>fakenews</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li><b>1. Verificar se há fonte na informação divulgada, como indicação de site e autor do conteúdo;</b></li> <li><b>2. Observar atentamente a data de publicação;</b></li> <li><b>3. Fazer uma leitura além do título e do subtítulo para não correr o risco de repassar uma informação falsa;</b></li> <li><b>4. Pesquisar outros sites de conteúdo sobre aquela notícia ou temática;</b></li> <li><b>5. Avaliar se não se trata de uma piada ou brincadeira;</b></li> <li><b>6. Compartilhar apenas após checagem da veracidade;</b></li> </ol>

- |   |
|---|
| <p><b>7. Verificar os sites oficiais da OMS (<a href="https://www.who.int">https://www.who.int</a>) e do Ministério da Saúde (<a href="https://www.gov.br/saude/pt-br">https://www.gov.br/saude/pt-br</a>)</b></p> <p><b>8. Fazer uso dos canais de teleatendimentos municipais e nacionais, disponibilizados de acordo com a realidade de cada região do país.</b></p> |
|---|

Fonte: NAEEM; BHATTI (2020) – Adaptado.

É essencial notar que as mídias sociais não se destinam a atender a todas as necessidades. O *Facebook*, por exemplo, é uma plataforma para compartilhamento oportuno de informações, funcionando melhor como uma ferramenta de comunicação para conscientização e compartilhamento, mas não enquanto repositório organizado de informações, como um site. Portanto, limita-se durante uma crise como uma pandemia, pois as mensagens importantes podem se perder de forma rápida e fácil. Somada a isso, a disponibilidade do aplicativo *Facebook* nos aparelhos celulares torna ainda mais rápida a diluição e perda de conteúdo de informações devido à grande interação entre os usuários, os quais normalmente buscam futilidades e conteúdos efêmeros (BOURGAULT *et al.*, 2022).

Não se pode negar que informações confiáveis foram as ferramentas fundamentais para conter o avanço do coronavírus em diversas nações. Na contramão dessa evidência, a falta de transparência na publicação dos dados sobre notificação de casos novos e óbitos por COVID-19, por parte do Governo brasileiro, impactou profundamente a confiança da opinião pública sobre as estimativas de ocorrências da infecção. Pressionado por diversos setores do país, somente em junho de 2020, meses após o início da pandemia, o Ministério da Saúde lançou uma plataforma específica para coleta e publicação de dados (WACHHOLZ *et al.*, 2020).

Desde o início da pandemia, o Brasil se destacou no cenário nacional e internacional pela falta de coordenação do Governo Federal na elaboração de orientações para a contenção e mitigação da transmissão do coronavírus e também na restrição das fases de relaxamento (CASTRO *et al.*, 2021).

Em julho de 2020, o Brasil era a segunda nação com o maior número de casos cumulativos de óbitos por COVID-19, apresentando a oitava maior taxa de letalidade pela doença no mundo. Isso pode ser explicado, em parte, pela politização da pandemia no país, que culminou com uma crise político-institucional cuja repercussão negativa para o cuidado das vítimas é inquestionável. Desde o início da transmissão comunitária no Brasil, além do crescimento exponencial no número de casos e óbitos decorrentes da infecção, mensagens contraditórias provenientes dos diferentes níveis de governo agravaram o quadro pandêmico nacional (WACHHOLZ *et al.*, 2020).

Enquanto nos 43 dos 50 estados dos EUA governadores estaduais emitiam políticas de bloqueio relacionadas à COVID-19 (DAS; SINGH; BRUCKNER, 2022) e incentivavam o desenvolvimento de meios de testagem em grande escala para ricos e pobres (JIMÉNEZ *et al.*, 2022), a falta de informações sistematizadas e dados confiáveis sobre a epidemiologia da doença dificultava a tomada de decisões e o estabelecimento de medidas e políticas públicas emergenciais para o enfrentamento da pandemia nos estados brasileiros (WACHHOLZ *et al.*, 2020).

Outros países, além dos EUA, também se colocaram à frente na tomada rápida de decisão contra a COVID-19, deixando o Brasil em situação de fragilidade política em relação ao mundo. O Quadro 2 é uma adaptação das informações coletadas pelos autores Nejadghaderi, Saghazadeh e Rezaei (2021) no que diz respeito às principais ações na luta contra o coronavírus.

**QUADRO 2 – PRINCIPAIS AÇÕES NA LUTA CONTRA O CORONAVÍRUS DESENVOLVIDAS POR SETE PAÍSES DO MUNDO**

País	Principais ações na luta contra o coronavírus
Itália	Em 30 de janeiro de 2020, a Itália começou a implementar medidas de restrição, incluindo a proibição de viagens aéreas para a China e oriundas dela; realizou fechamento de museus, bibliotecas, escolas e universidades; foram suspensas atividades de varejo, exceto restaurantes e outros setores considerados essenciais; o uso de máscaras em ambientes públicos tornou-se obrigatório.
EUA	Desenvolveu as capacidades laboratoriais para testar mais amostras de pacientes com suspeita de COVID-19; promoveu o aumento de leitos hospitalares e o aumento da produção de EPI; o Governo destinou US\$ 1 bilhão, US\$ 2 bilhões e US\$ 3,5 bilhões para atendimento a instituições, centros de saúde em comunidades desfavorecidas e centros infantis abertos para famílias de baixa renda, respectivamente; iniciaram investimento na pesquisa de vacinas e outros tratamentos potenciais para a COVID-19.
Alemanha	Em 16 de março de 2020, o Governo Federal divulgou diretrizes incluindo o fechamento de todos os locais de reuniões, exceto cabeleireiros, restaurantes e algumas ocupações essenciais; foram alocados recursos para hospitais a fim de fornecer serviço médico gratuito a pacientes infectados pelo SARS-CoV-2; aumentou o número de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e a quantidade de EPI; em 23 de março de 2020, o Conselho Federal aprovou um pacote para fortalecer os hospitais e profissionais de saúde, estabelecendo apoio financeiro; investiu em vacinas e testes diagnósticos da doença.
Espanha	Estabeleceu um centro de alerta de saúde, que coordena medidas regionais e nacionais em surtos epidêmicos e pandêmicos; estudantes e graduados de medicina e enfermagem poderiam ser recrutados para substituir a equipe de saúde

	afetada ou exausta; o Governo apoiou financeiramente o sistema de saúde, cidadãos vulneráveis e atividades econômicas.
Singapura	Melhorou o oferecimento de EPI; investiu na tecnologia dos seus laboratórios; o Governo criou uma plataforma de coordenação entre agências e ministérios e uso de mídias sociais para informar as pessoas e dar instruções necessárias sobre a infecção pelo SARS-CoV-2; contribui com US\$ 5 milhões para ajudar países de baixa e média renda a acessar a vacina contra a COVID-19.
China	Além de restringir a entrada de pessoas por meio de portos, aeroportos, ferrovias e rodovias, a China aumentou a produção de EPI, melhorou o controle de qualidade dos produtos agrícolas, deu apoio financeiro aos profissionais de saúde em linha de frente, além de apoio à saúde física e mental. Na China, foi criado um sistema de imprensa diária para informar a população em geral de forma eficiente e rápida sobre as atualizações a respeito da doença.
Índia	Como a maioria dos países, a Índia suspendeu voos aéreos e rastreou viajantes vindos da China e com sintomas gripais, colocando-os em quarentena, a partir de 15 de janeiro de 2020. O país também aumentou os laboratórios para diagnóstico oportuno e disponibilizou um canal direto com os setores da saúde a fim de responder perguntas sobre a COVID-19.

Fonte: NEJADGHADERI; SAGHAZADEH, A.; REZAEI, 2021 (adaptado).

Apesar dos avanços em diversos países, o Brasil ficou por muito tempo sem reagir de forma coordenada entre o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Para Wachholz *et al.* (2020), os dados brasileiros de incidência e letalidade foram apresentados com números menores do que aqueles relatados em outros países, possivelmente estavam relacionados à subnotificação de casos, incluindo o registro inapropriado da causa de óbito.

Felizmente, de acordo com o federalismo brasileiro, o nível de mobilidade da população é decidido pela administração das cidades na esfera municipal. Essa autonomia foi apoiada por decisão do Supremo Tribunal Federal (STF), que reconheceu a competência dos Estados, Distrito Federal e Municípios para legislarem na saúde pública, confiando a essas entidades prerrogativas de isolamento, quarentena e proibição da locomoção e circulação de pessoas, bem como a prestação de serviços públicos e a definição de atividades essenciais (CASTRO *et al.*, 2021).

Castro *et al.* (2021) analisaram as estratégias de relaxamento do isolamento social adotadas pelas doze maiores cidades brasileiras em relação ao número de casos e número de óbitos no ano de 2020. Eles observaram que em 31 de julho desse ano, todas as doze cidades permaneceram em estágio de transmissão comunitária; apesar disso, as medidas de relaxamento já haviam sido iniciadas em todas elas. Quanto aos planos de retorno às atividades, notaram que

não existia orientação clara disponível para consulta, sendo os dados encontrados em fragmentos de decretos, apresentações e reportagens para a imprensa.

No que diz respeito aos testes de diagnósticos da doença, Castro *et al.* (2021) relatam que nenhuma das doze principais cidades brasileiras implementou testes populacionais em larga escala ou adotou, após o início da transmissão comunitária, estratégias robustas de vigilância sanitária que permitissem o rastreamento e o isolamento de contatos de forma eficaz. Também notaram que a ordem de abertura dos setores econômicos variou entre essas cidades, sendo os setores considerados essenciais os primeiros a voltarem às atividades, embora houvesse divergências do que era essencial.

#### **4.4 Transmissibilidade familiar e coletiva da COVID-19: percepções divergentes sobre as medidas de prevenção e controle**

Durante a pandemia, o Brasil viveu uma crise sanitária e social, atualizando os conceitos de proximidade espacial e distância social (desigualdade). Diante disso, diferenças nas percepções sobre a aplicação das medidas sanitárias de isolamento físico e de quarentena podem ser notadas pelas diferentes camadas sociais em âmbito coletivo e pelos indivíduos de um mesmo núcleo familiar.

Para Silveira e Najar (2021), as famílias passaram a ter percepções divergentes sobre a transmissibilidade da COVID-19. Esses autores relembram que as empregadas domésticas, por exemplo, deixaram de dormir nas casas onde trabalham, mas a pandemia alterou esse cenário, fazendo com que as famílias propusessem a seus trabalhadores domésticos uma quarentena compartilhada. Desse modo, alguns grupos familiares de classe média ou elites ficaram isolados, mas reunidos com empregadas domésticas e babás em uma aparente intimidade.

O modelo de família hierárquica, em que a autoridade era posicional (patriarcal), predominou no Brasil até meados dos anos 1950, quando então começou a sofrer mudanças gradativas; e a partir dos anos 1980 passou a prevalecer o modelo igualitário. Entretanto, em 2020 esses dois modelos convivem e se interrelacionam, constituindo as identidades familiares no país (SILVEIRA *et al.*, 2021). Sendo assim, nota-se a dificuldade em apresentar informações que possam ser absorvidas por todos os componentes de um mesmo núcleo familiar, devido a diferenças existentes na composição de cada um deles.

Informações sobre a transmissibilidade do SARS-CoV-2 foram amplamente divulgadas nas mídias, jornais e serviços de saúde. No entanto, não foram bem compreendidas por todas as famílias e, consequentemente, pelo coletivo.

Os jovens das famílias e coletividades percebiam a doença como inofensiva, dada a falta de sintomas, permanecendo socialmente ativos (KRONBICHLER *et al.*, 2020). Enquanto isso, os estudos demonstravam que as gotículas respiratórias (diâmetro entre 5 e 10 $\mu$ m) e aerossóis (gotículas com diâmetro menor que 5 $\mu$ m) ofereciam risco de infecção e propagação da doença (TABATABAEIZADEH, 2021), sendo a principal forma de transmissão da COVID-19 (GAO *et al.*, 2021) e tendo a probabilidade de transmissão aérea aumentada quando os indivíduos estão em ambientes fechados e secos (NOORIMOTLAGH *et al.*, 2021).

Do outro lado, os idosos perceberam a doença com grande temor, pois as políticas, programas e comunicações sobre a pandemia e seus impactos negativos nas pessoas mais velhas colocaram esse grupo etário em patamar ora discriminado, ora estigmatizado, principalmente os idosos institucionalizados. Esse cenário fez com que a Organização das Nações Unidas (ONU) formulasse um documento, chamando a atenção para o discurso público e em mídias sociais, ressaltando que, nesses tempos da crise pandêmica, ocorrem expressões de ressentimento intergeracional (MACHADO *et al.*, 2020).

Com base no presente conhecimento da história natural da doença por COVID-19, depois que uma pessoa é infectada, deve-se esperar aproximadamente quatorze dias para determinar se os sintomas se desenvolverão (ORAN; TOPOL, 2021). Dessa forma, infecções assintomáticas – no caso dos jovens – são importantes porque as pessoas infectadas podem transmitir o vírus a outras, mesmo não apresentando sintomas. Para Oran e Topol (2021), a fração assintomática da infecção é a proporção de sujeitos infectados que nunca desenvolvem, percebem ou relatam sintomas.

Estudos vêm demonstrando o fato de as infecções assintomáticas serem mais comuns em populações de jovens e indivíduos de meia-idade, ambos com vida socialmente ativa e sem doença de base. Os anos e a condição corporal podem desempenhar papel importante no agravamento da COVID-19 devido a sua relação com as melhores respostas imunes e outros potenciais de defesa na patogênese da doença (GAO *et al.*, 2021).

Nota-se que a falta de compreensão de como o SARS-CoV-2 é transmitido ao ar livre dificulta a prática de ações de controle e prevenção por parte das famílias e coletividade. Por outro lado, entender que o isolamento físico não deve ser realizado de forma absoluta traz benefícios a todas as faixas etárias e grupos sociais, desde que a livre recreação ou mobilidade

seja acompanhada das medidas protetivas contra a COVID-19, tais como o uso de máscaras faciais e o distanciamento físico (BULFONE *et al.*, 2021).

O núcleo familiar tornou a pandemia um desafio para prevenir e controlar a transmissibilidade coletiva, pois alguns membros da família podem não ter manifestações clínicas, mas, se fossem realizar o teste de RT-PCR, o resultado seria positivo. Sendo assim, o contato de um indivíduo assintomático com outros sujeitos torna-se um importante elo na cadeia de disseminação da doença (GAO *et al.*, 2021).

Bulfone *et al.* (2021) concluíram serem comuns os eventos de transmissão do vírus ocorrerem em locais onde há populações marginalizadas, de baixa renda, ambientes urbanos de alta densidade, espaços de trabalho e prisões. Esses autores não fizeram associação dos locais de maior prevalência com o status socioeconômico dos impactados.

Diante da falta de compreensão sobre a transmissibilidade da COVID-19 e as percepções divergentes entre famílias e coletividade acerca das medidas de prevenção e controle, a sustentabilidade e eficácia das medidas de restrição da mobilidade, o uso de máscara e outras formas de proteção individual dependem da implementação de políticas de proteção social e apoio às populações vulneráveis, permitindo a sobrevivência de indivíduos e suas famílias (CASTRO *et al.*, 2021).

#### **4.5 Atenção primária à saúde e seu protagonismo durante a pandemia**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, sendo o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, das quais 80% delas são exclusivamente dependentes dele para qualquer atendimento de saúde. O SUS é garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, por meio da Lei nº 8080/1990. É financiado através de impostos dos cidadãos brasileiros e a partir de outras fontes suplementares. Todavia, há anos vem sofrendo cortes orçamentários profundos e isso fez com que muitos de seus equipamentos de atenção à saúde enfrentassem colapso, antes mesmo da pandemia (KALACHE *et al.*, 2020).

Para Kalache *et al.* (2020), existem políticas que objetivam levar à desconstrução do SUS, especialmente da Atenção Primária. Esses autores apontam que, durante a pandemia, e considerando a escassez de recursos na saúde devido ao seu desmonte, houve um aumento da mortalidade por outras causas de saúde, haja vista a superlotação e dedicação prioritária dos serviços hospitalares a pacientes com COVID-19. Além disso, a falta de testes para a doença subdimensionou o problema. O SUS chegou a experimentar um verdadeiro caos com a falta de

respiradores e EPIs, colocando em risco a estrutura e a força de trabalho para suportar a demanda crescente de serviços.

No início do surto, a OMS e muitos estudos enfatizaram que as principais vias de transmissão do novo coronavírus eram através de gotículas e aerossóis, disseminados de pessoa a pessoa, devendo os indivíduos observarem o distanciamento físico, usar máscara facial e lavar as mãos várias vezes ao dia (NOORIMOTLAGH *et al.*, 2021). Essas simples recomendações, embora difíceis de serem seguidas no início da crise pandêmica pelo ceticismo de grande parte da população, não demandavam investimento tecnológico nem quantidade considerável de recursos financeiros, sendo facilmente executadas.

Embora as orientações da OMS fossem de fácil assimilação e execução, a transmissão aérea do SARS-CoV-2 e as precauções para prevenir e controlar sua disseminação foram ignoradas por parcela considerável da população em todo o mundo. Isso se deu devido aos grandes impactos causados pelas restrições impostas, que afetaram as atividades econômicas globais (NOORIMOTLAGH *et al.*, 2021).

No Brasil, a resposta não foi diferente. Kalache *et al.* (2020) relatam que milhões de brasileiros não seguiram as instruções preventivas propagadas pelo SUS através da Atenção Primária e outros meios de divulgação. Todavia, essa negação aos cuidados de prevenção e controle não se justificou simplesmente pelas concepções puramente ideológicas, mas por questões sociais, em que a exclusão social e as discriminações estruturantes negam a existência do exercício pleno dos direitos a saúde, educação, moradia, alimentação e trabalho.

Somada a isso, a Emenda Constitucional 95 reduziu ainda mais os recursos da promoção e prevenção à saúde; da Atenção Primária aos serviços secundários e terciários; das condições sanitárias ao cuidado dos mais dependentes. Durante a pandemia, a crise no sistema de saúde do Brasil, que já se encontrava em estado de deterioração, foi ainda mais agravada pelos cortes profundos no orçamento das políticas sociais (KALACHE *et al.*, 2020).

Enquanto a recomendação mundial pautava-se na combinação do isolamento imediato dos casos após o diagnóstico, acompanhado de uma triagem rápida e monitoramento dos contatos dos indivíduos infectados (YABRUDE *et al.*, 2020), o SUS, por meio da Atenção Primária e a despeito do descaso imposto ao sistema de saúde, buscava reforçar o trabalho de forma articulada e integrada com dimensões que pudessem garantir proteção às pessoas idosas em todos os locais de moradia, incluindo aquelas em situação de vulnerabilidade, como os residentes em instituições de longa permanência, comunidades, de baixa renda, moradores de rua, refugiados e nômades (LIMA *et al.*, 2020).

Sobre as instituições de longa permanência para idosos, observa-se que a pandemia da COVID-19 vem sendo um grande desafio, pois nesses locais há indivíduos em situação de vulnerabilidade e maior susceptibilidade à infecção pelo SARS-CoV-2, incluindo suas formas graves, as quais podem resultar nos piores desfechos clínicos, abarcando o óbito (MACHADO *et al.*, 2020).

Dessa forma, nota-se o grande papel do SUS que necessita de atenção especial por parte das autoridades públicas, no sentido de implementarem políticas em caráter emergencial, objetivando a redução de internamentos e a necessidade de terapia intensiva, com o fortalecimento dos cuidados através da Atenção Primária (LIMA *et al.*, 2020).

Sobre o conceito de vulnerabilidade, há algo complexo. Isso porque existem idosos como grupo considerado vulnerável e a noção de vulnerabilidade parece ter sido usada enquanto apelo moral para abster-se de ações específicas. Além do mais, usar frases como “fique em casa para proteger os idosos”, por exemplo, expunha a vulnerabilidade de todos e não somente dessa categoria, pois demonstrava que velhos, jovens, famílias e coletividades estariam reféns do vírus (MAECKELBERGHE, 2021).

Nesse contexto, Rachamin *et al.* (2021) notaram que houve redução de 15% a 20% nas consultas com médicos de família na Suíça e essa diminuição também foi relatada por diferentes sistemas de saúde no mundo. Além disso, diminuiu-se a procura de atendimento secundário e terciário nos departamentos de urgência e emergências por outras causas de saúde, nas emergências psiquiátricas, serviços de exames por imagem, cirurgias eletivas e consultas ambulatoriais.

A diminuição na utilização de serviços de saúde pode ter surgido de uma interação complexa entre a proibição de serviços de saúde não urgentes, o medo dos indivíduos de contrair o vírus e a tentativa de prevenir que os serviços de saúde fossem sobrecarregados, levando a um colapso nos seus sistemas (RACHAMIN *et al.*, 2021). No Brasil, embora essa diminuição fosse evidente, sabemos que a subnotificação de casos pode ter ocorrido no início da pandemia em 2020, uma vez que os testes não estavam amplamente disponíveis e os testes em massa não eram realizados (CASTRO *et al.*, 2021).

O impacto da COVID-19 no cuidado integral, baseado em interações paciente-profissional, ficou claro durante a crise pandêmica. Vários problemas de saúde de pacientes com doenças crônicas, muitos dos quais integravam o grupo de pacientes em alto risco de desenvolver as formas graves da doença, ficaram desassistidos. Além disso, entender o isolamento físico/social de forma absoluta aumenta o risco de dietas não saudáveis, a

diminuição de atividade física e as preocupações relacionadas com a saúde mental (RACHAMIN *et al.*, 2021).

Durante a pandemia, observou-se que as deliberações éticas em grande parte do tempo não foram explicitamente esclarecidas nas decisões de saúde pública, causando processos de tomada de decisão opacos, resultantes da inconsistência nas políticas públicas, que culminou na perda de confiança de algumas comunidades nas políticas e governos (MAECKELBERGHE, 2021).

Maeckelberghe (2021) identifica alguns princípios éticos fundamentais que são geralmente reconhecidos por orientar em discussões de saúde pública, sendo destacados a maximização da saúde da população, a justiça, a autonomia, o ato de não causar dano, a confiabilidade, solidariedade, reciprocidade e proteção dos vulneráveis. O uso desses princípios promove uma discussão bem informada sobre justificáveis reivindicações e fornece orientação acerca de como agir durante a pandemia. Zeegers Paget, Allebeck e Nagyova (2021) corroboram com esse entendimento, dizendo que os líderes globais devem agir sobre o que já sabemos a respeito da pandemia e assim tomar as decisões apropriadas para mitigar os efeitos nocivos e as desigualdades agravadas no âmbito regional, nacional e mundial.

#### **4.6 Vacinas, mutações da COVID-19 e os novos questionamentos: prevenção e controle continuam em primeiro plano**

Até agora, nenhum tratamento específico e preciso contra o SARS-CoV-2 foi recomendado devido à ausência de evidências científicas. Por enquanto, o uso de medicações para amenizar os sintomas provenientes da síndrome gripal são indicados durante o período de infecção, ficando as medidas mais invasivas para uso hospitalar naqueles pacientes que desenvolvem as formas graves da doença. Entretanto, o mundo experimentou uma corrida para desenvolver vacinas eficazes contra a COVID-19, obtendo positivos resultados.

Medicações antivirais estão sendo testadas em laboratório. Estudos realizados com outros tipos de coronavírus, como o MERS-CoV (Síndrome Respiratória do Oriente Médio) e o SARS-CoV, demonstraram alguns resultados positivos com a combinação de interferon beta, lopinavir e ritonavir. Também foram promissores os resultados utilizando o antiviral remdesivir como droga para o MERS-CoV e SARS-CoV. No entanto, para o SARS-CoV-2 (COVID-19), nenhum tratamento antiviral eficaz foi desenvolvido até o momento, apesar de estudos com a combinação de lopinavir e ritonavir insistirem nas pesquisas (YESUDHAS; SRIVASTAVA; GROMIHA, 2020).

Para Antonelli e Ferri (2021), entre um amplo espectro de agentes antivirais, o remdesivir foi considerado eficaz em alguns estudos, mas não em outros. Esses autores explicam que o medicamento consiste em um inibidor de vírus dependente de RNA-polimerase com atividade inibitória *in vitro* contra o SARS-CoV e o MERS-CoV, tendo sido identificada como uma possível terapia promissora contra a COVID-19 devido à sua capacidade de inibição do SARS-CoV-2 *in vitro*.

Atualmente, como estratégias bem estabelecidas até o momento, o uso da dexametasona na dose de 6mg ao dia por 10 dias e do tocilizumabe na dose de 8mg/kg/dia, vem sendo adotado por muitos hospitais para pacientes graves e com necessidade de oxigenoterapia suplementar. Essas medicações visam controlar a tempestade de citocinas inflamatórias que ocorre devido à liberação de citocinas pró-inflamatórias, incluindo a interleucina-6 (ANTONELLI; FERRI, 2021).

A cloroquina e a hidroxicloroquina também foram usadas por muitos hospitais para lidar com pacientes graves de COVID-19. Acreditava-se que essas medicações teriam atividade antiviral contra o SARS-CoV-2 por serem agentes lisossomotrópicos, capazes de neutralizar o pH ácido endosso-lisossomal, bloqueando assim a atividade das proteases e, subsequentemente, a entrada viral (YESUDHAS; SRIVASTAVA; GROMIHA, 2020). Porém, mais recentemente, sua eficácia não foi comprovada por estudos, não sendo útil também como profilaxia (SMIT *et al.*, 2021).

Antonelli e Ferri (2021) relatam em seus estudos que a terapia com plasma também foi proposta como alternativa terapêutica em pacientes gravemente acometidos pela COVID-19. Além dessa terapia, foi testado o uso de fitoterápicos. Todas essas opções terapêuticas foram revisadas a partir de suas vantagens e limitações.

Houve corrida acelerada para a criação de vacinas que pudessem ser eficazes contra o SARS-CoV-2. Assim, diversos países investiram cifras milionárias. Vale frisar que as abordagens de desenvolvimento de vacinas são principalmente com base em partículas de proteínas virais inativadas e atenuadas, vetores virais e RNA viral (YESUDHAS; SRIVASTAVA; GROMIHA, 2020). A vacina também é menos protetora para algumas variantes da COVID-19 e não se sabe quantas variantes aparecerão no futuro, não havendo dúvidas de que isso é e continuará sendo um grande entrave para a prevenção do coronavírus (PAN *et al.*, 2022).

Além disso, depois de quase dois anos, a crise pandêmica amplificou e continua a amplificar as desigualdades em saúde. É imperativo que todas as respostas à COVID-19 devem incluir retornos específicos para migrantes e minorias étnicas, sendo de suma importância que

as vacinas sejam distribuídas em países ricos e pobres, pois ninguém estará seguro até que todos estejam (ZEEGERS PAGET; ALLEBECK; NAGYOVA, 2021).

Enquanto países ricos fazem a fila de vacinação andar rapidamente, a capacidade dos países de baixa renda para comprar e fornecer vacinas para uma proporção significativa de sua população continua limitada. Sendo assim, é provável serem necessários meses ou anos para que a pandemia seja considerada evento passado (CLARFIELD; DWOLATZKY, 2021).

Clarfield e Dwolatzky (2021) continuam apresentando que os países ricos pegam os primeiros lotes de vacina e os mais pobres, que não conseguem competir, acabam ficando sem doses do imunizante. Para os autores, esse cenário de injustiça deveria ser do interesse de todos, tanto ricos quanto pobres. Sendo assim, foi criado o *COVID-19 Vaccines Global Access* (COVAX) – ou, em português, Acesso Global às Vacinas da COVID-19, também conhecido como COVAX Facility –, uma iniciativa da OMS, da Aliança Global para Vacinas e Imunizações (Aliança GAVI) e da *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI), que trabalha para a aquisição e posterior distribuição de vacinas contra a COVID-19 para os países mais pobres do mundo.

Enquanto a disponibilização de vacinas não alcança todo o planeta, medidas de proteção e controle contra a COVID-19, tais como o uso de máscara, o distanciamento físico e a lavagem frequente das mãos, continuam sendo de primeiro plano para evitar o contágio e disseminação viral.

Com a finalidade de gerar maior eficácia dessas precauções, a nanotecnologia, definida como uma tecnologia avançada, contribuiu de modo significativo para produzir arsenais poderosos aos profissionais da linha de frente e à população geral. A disponibilização de testes rápidos, medicamentos, desinfetantes potentes, máscaras faciais e EPI's foram rapidamente produzidos em larga escala e adquiridos pela maioria dos países por apresentarem menor custo que as vacinas (ANTONELLI; FERRI, 2021).

Recomendadas desde o início da pandemia, as máscaras faciais foram se tornando um hábito no dia a dia das pessoas. Milhões de máscaras podem ser consumidas diariamente, protegendo inúmeras pessoas da infecção, quando usadas sobre o nariz e a boca (XIE *et al.*, 2022), levando-se em consideração os parâmetros fisiológicos de transmissibilidade do SARS-CoV-2: taxa de inalação, tipo de atividade respiratória (como falar, respiração e sussurros) e o nível de atividade (como exercícios leves, ficar em pé e descansar) (NOORIMOTLAGH *et al.*, 2021).

Para Xie *et al.* (2022), a máscara facial forneceu grande contribuição para a luta contra a pandemia e o seu uso ainda perdurará por muito tempo. No entanto, as inúmeras máscaras

trouxeram simultaneamente alguns efeitos adversos sobre o meio ambiente e a saúde humana. Os autores explicam que o aumento do consumo e da produção de máscaras faciais em todo o mundo pode aumentar o acúmulo de lixo, além de serem capazes de causar problemas de pele, visto que seu material é constituído de polímeros, com a inserção de aditivos, sendo um deles os ftalatos, substância que tem a propriedade de deixar maleáveis os plásticos originalmente rígidos em sua forma bruta.

Os ftalatos são geralmente usados como plastificantes para reduzir o cisalhamento no processo de produção de polímeros, tais como algumas máscaras, e para melhorar sua flexibilidade e versatilidade. Xie *et al.* (2022) destacam que a máscara facial é uma nova fonte de exposição continuada aos ftalatos e chamam a atenção quanto a adição deles na produção desses produtos.

O esforço global dos estudiosos para sintetizar o conhecimento e disponibilizá-lo aos formuladores de políticas públicas em todo o mundo deve ser apreciado. Zeegers Paget, Allebeck e Nagyova (2021) lamentam que esse empenho seja contrariado pela *infodemia* com a disseminação de conteúdo preponderantemente falso. Queixam-se também das evidentes discussões no campo da ética sobre restringir os não vacinados, isso quando se pensou que a pandemia poderia ser vencida com o desenvolvimento de vacinas eficazes, seu acesso global equitativo e passaportes de vacinação para permitir a manutenção do turismo.

Sobre esse aspecto, Pan (2022) recomenda o desenvolvimento de uma resposta estratégica e eficaz para as pessoas poderem usufruir de locais públicos. Além de ser uma necessidade urgente, essa resposta ajudará a manter o funcionamento normal da sociedade e reduzir as perdas econômicas ao máximo durante a pandemia, fazendo uso dos meios de proteção e controle da COVID-19.

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Pesquisa multicêntrica com recorte para o município de Bayeux-PB

A abordagem dessa pesquisa se caracteriza como quantitativa, transversal, desenhada no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. O presente estudo é multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo as Instituições de Ensino Superior associadas ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Senso* em Saúde da Família (PROFSAÚDE) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O universo da pesquisa multicêntrica compreende famílias dos territórios adstritos às UBS nas quais alunos do PROFSAÚDE estão vinculados, distribuídos de acordo com a situação de municípios (capitais, grande, médio e pequeno porte) no território brasileiro. No caso deste trabalho, fez-se um recorte dos dados da pesquisa geral, extraindo aqueles referentes à UBS SESI III, localizada no município de Bayeux-PB, que apresenta 1.275 famílias cadastradas e um total de 4.302 usuários.

Na primeira etapa da pesquisa, definiu-se a amostra de conveniência por inclusão das famílias de usuários cadastrados que frequentaram a UBS SESI III nos 90 dias precedentes à pesquisa. Além disso, outros critérios foram adotados, pois era necessário que os indivíduos possuíssem telefone celular e se dispusessem a participar, sendo excluídos os sem acesso à internet, sem cadastro na UBS e que após três tentativas de contato, com intervalo de uma semana, ou que, após busca ativa, não responderam à solicitação para participar da pesquisa. Essa primeira etapa ocorreu no período de julho a setembro de 2020, resultando em 85 participantes, sendo cada um deles o representante da sua família ou núcleo familiar.

Foi aplicado um questionário *online* pela plataforma *Google Forms*, com perguntas estruturadas feitas pelo entrevistador ao usuário, contendo três núcleos de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID-19.

Na segunda etapa, foram definidas aleatoriamente quatorze dentre as oitenta e cinco famílias participantes da etapa anterior, com as quais se realizaram entrevistas *online* gravadas em áudio, seguindo o critério de saturação sob a supervisão do pesquisador mestrandando assistente da pesquisa.

Foi feita entrevista dialogada segundo roteiro do questionário elaborado pela coordenação da pesquisa multicêntrica do PROFSAÚDE, agendada, sobre as estratégias adotadas nos

âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Essas entrevistas foram transcritas, mas não utilizadas nos resultados deste trabalho, ficando apenas para uso desta pesquisa.

Na primeira etapa, a análise inicial dos dados se deu pela plataforma *Google Forms* por meio de percentuais, gráficos e tabelas que descrevem a situação por meio de dados agregados e locais. Na segunda etapa, áudios transcritos, analisados em seu conteúdo e categorizados segundo as tecnologias/arranjos utilizados e matrizes explicativas de justificativas da ação (MINAYO, 2012; BARDIN, 2011).

A coleta de dados teve início após aprovação do projeto de pesquisa pela Comissão Nacional de Educação e Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 no âmbito dos Comitês de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012). Para participar da pesquisa, cada sujeito necessitou dar o aceite via *online* ou impresso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A FIOCRUZ e as instituições parceiras garantiram toda a infraestrutura e suporte para a realização da pesquisa. A nível local, o presente estudo contou com a colaboração do Polo Paraíba – Rio Grande do Norte, através da Universidade Federal da Paraíba, dando o suporte necessário para a execução do projeto.

Para análise dos resultados coletados apenas no município de Bayeux-PB, procedeu-se com a extração desses dados a partir da sua filtragem na tabela do Excel consolidada pela gerência nacional da pesquisa. Com o uso do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 26.0 para o *Windows*, a coleta foi tabulada e as análises realizadas. Especificamente para caracterização da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas, com ênfase nas frequências e porcentagens de respostas acerca das informações.

Testes de associação qui-quadrado foram executados, a fim de comparar variáveis, analisando se a distribuição nas categorias de análises em cada variável, a partir das respostas declaradas, ocorreu ao acaso. Além disso, complementamos as análises com testes de comparação de grupos: Teste t para dois grupos (sexo) e ANOVA para três ou mais (faixa etária e escolaridade). Em todos foi considerado o nível de significância estatística *p*-valor de < 0,05.

## **5.2 Produto técnico: elaboração de cartilha instrucional**

Durante o processo de formação na residência médica em medicina de família e comunidade, o pesquisador foi instigado a contribuir com o entendimento acerca do processo de envelhecimento com qualidade de vida, o que resultou na produção de uma cartilha intitulada

“Estou envelhecendo: devo me assustar com as mudanças?”. Essa foi utilizada como base para a produção de uma nova cartilha instrucional, envolvendo os aspectos percebidos como de maior fragilidade na população idosa da UBS SESI III e sua relação com o panorama mundial devido à pandemia da COVID-19. Essa motivação resultou no aprimoramento da primeira versão da cartilha, resultando em um novo produto técnico intitulado “Envelhecimento e a COVID-19: o que devo saber?”.

Os materiais educativos do tipo cartilha, folder e álbum seriado são considerados tecnologias leves-duras, sendo possível identificar uma parte materializada, estrutural, e a outra leve, que diz respeito ao modo singular como cada profissional aplica o seu conhecimento para produzir o cuidado (MERHY, 1997).

A cartilha tem o propósito de expor com uma linguagem simples, objetiva e acessível os principais eventos próprios da senescência e aqueles mais prevalentes no idoso senil. Apresenta ainda algumas formas e instrumentos que podem auxiliar no processo saudável de envelhecimento, tais como a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, melhora de hábitos para saúde mental, sexualidade, trabalho, lazer e outros. Além disso, traz um capítulo com recomendações sobre as medidas de prevenção e controle contra o novo coronavírus, demonstrando aos idosos a possibilidade de se proteger com medidas simples, tais como lavagem frequente das mãos, uso de máscara facial e distanciamento físico.

Para a produção da cartilha, foram pesquisados quatorze (n=17) artigos publicados nas bases de dados *Pubmed*, *Scielo* e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS). Foram selecionados artigos de revisão, meta-análises e ensaios clínicos, feitos em seres humanos adultos com mais de 60 anos de idade, excluindo-se pesquisas em animais. Incluíram-se artigos publicados em inglês e português, sendo excluídos trabalhos em outros idiomas. As referências bibliográficas desses textos foram inseridas ao fim da cartilha.

Os artigos foram selecionados a partir da leitura do título e do resumo para extrair aqueles que apresentavam relação direta com a proposta da cartilha. Ademais, houve consultas em cinco livros, textos recentes que abordam a temática sobre idosos e sobre a COVID-19: “Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências”; “Medicina Interna”; “Geriatria: *current* diagnóstico e tratamento”; “Fisiologia”; “COVID-19: guia prático de infectologia”. Esse material está devidamente referenciado ao fim da cartilha.

Buscou-se coletar dados sobre o tema quanto aos seguintes tópicos: envelhecimento normal e patológico, principais doenças do envelhecimento, qualidade de vida para o adulto idoso e proteção contra a COVID-19. A escolha desses temas baseou-se na percepção profissional que teve o pesquisador na atenção básica durante o mestrado, observando os

assuntos que mais geraram dúvidas na população idosa da comunidade vinculada a uma Unidade Básica de Saúde do município de Bayeux-PB.

A cartilha é dividida por tópicos: apresentação; o que é envelhecimento; o que é normal acontecer no meu corpo; o que não é normal acontecer no meu corpo; todo idoso morre se pegar a COVID-19?; como me proteger da COVID-19; o que fazer para melhorar a qualidade de vida na velhice.

Para a ilustração da cartilha, foram utilizadas imagens disponíveis na internet, repositórios e bancos de imagens com licença aberta que remetessem o contexto de vida do idoso. A diagramação do material foi feita utilizando os recursos do programa *Adobe Illustrator*.

## 6 RESULTADOS

### 6.1 Resultados da pesquisa de campo no município de Bayeux-PB

A pesquisa foi realizada com os usuários de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Bayeux, estado da Paraíba. A fim de atingir os objetivos, optou-se por considerar a amostra na sua totalidade (85 participantes) e dividir em grupos quanto a sexo (masculino = 22; feminino = 63), escolaridade (até fundamental = 55; até médio = 20; até superior = 10) e faixa etária (jovem = 1; jovem adulto = 20; adulto maduro = 47 e idosos = 18). Com a amostra, pode-se levantar informações acerca das medidas de proteção individual e coletiva contra a COVID-19.

Em primeiro momento, buscou-se conhecer quais informações foram recebidas e adotadas por parte dos participantes, descritas na Tabela 1. Foi necessário tabular os dados de frequência absoluta, uma vez permitido que os participantes respondessem a mais de uma informação. A partir desses dados presentes na Tabela 1 abaixo, em todos os extratos da amostra (no geral, quanto a sexo, escolaridade e faixas etárias), é possível observar que as informações com grande frequência apontadas foram: uso de máscara ao sair de casa, uso de álcool em gel e lavagem das mãos, respectivamente. Ainda na Tabela 1, verifica-se quais dessas precauções foram, de fato, colocadas em ação. Além das supracitadas, o isolamento parcial aparece em todos os grupos entre as diligências com maiores frequências.

Já na Tabela 2, na sequência, é possível observar quais as fontes de informação e em qual confiam mais. Primeiro, comprova-se que geralmente as pessoas afirmaram se informarem mais pelos meios de comunicação, comunidade e profissionais do território, respectivamente. Porém, a ordem em que confiam mais foi nos meios de comunicação, seguidos dos profissionais do território e depois da comunidade. Vale ressaltar a ausência total de resposta para a opção governantes, tanto para a informação recebida quanto pela confiança.

**TABELA 1 – INFORMAÇÕES RECEBIDAS E AÇÕES ADOTADAS PELOS USUÁRIOS DA UBS SESI III (BAYEUX-PB) ENTRE JULHO E SETEMBRO/2020 SOBRE A COVID-19**

Quais informações receberam	Amostra	Características demográficas								
		Sexo		Escolaridade			Faixa etária			
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto (40-59)
Isolamento social total	17	5	11	8	7	0	0	3	9	5
Lavagem das mãos	61	15	45	40	12	5	0	11	38	13
Uso de álcool em gel	66	20	46	43	16	7	1	15	36	14
Isolamento parcial	35	9	25	22	6	6	0	9	11	4
Uso de máscara ao sair	75	20	57	49	19	8	1	18	41	16
Outras	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1

Quais ações adotaram	Amostra	Características demográficas								
		Sexo		Escolaridade			Faixa etária			
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto (40-59)
Isolamento social total	12	3	11	7	5	2	0	3	5	6
Lavagem das mãos	63	16	47	41	14	7	1	13	34	15
Uso de álcool em gel	34	10	38	40	12	5	1	11	26	10
Isolamento parcial	44	7	34	31	9	4	0	10	27	7
Uso de máscara ao sair	71	17	54	45	19	7	1	15	39	16
Outras	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0

Fonte: dados da pesquisa (2020).

**TABELA 2 – COMO OS USUÁRIOS DA UBS SESI III (BAYEUX-PB) SE INFORMAM SOBRE A COVID-19 E EM QUAL FONTE MAIS CONFIARAM ENTRE JULHO E SETEMBRO/2020**

Como se informaram?	Amostra	Características demográficas								
		Sexo		Escolaridade				Faixa etária		
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto (40-59)
Profissionais do território	12	3	9	10	2	0	0	1	8	3
Redes sociais	14	6	9	6	5	4	0	7	6	2
Meios de comunicação	80	20	61	53	20	9	1	18	44	17
Comunidade	20	6	14	15	2	1	1	5	7	4
Governantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0
Características demográficas										
Das fontes de informação, em qual confiaram mais?	Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto (40-59)	Idosos (60 ou mais)
Profissionais do território	20	8	14	16	4	2	0	2	15	5
Redes sociais	2	1	1	1	1	0	0	0	2	0
Meios de comunicação	52	11	40	32	15	5	0	11	29	12
Comunidade	10	2	7	7	1	2	1	4	3	2
Governantes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Outras	4	1	3	2	1	1	0	3	1	0

Fonte: dados da pesquisa (2020).

De acordo com a Tabela 3, no que diz respeito aos meios de comunicação, observa-se a amostra afirmar com mais frequência ser razoavelmente informada e mal informada de maneira geral. Quanto ao sexo, percebe-se que o masculino respondeu razoavelmente informado em sua maior parte, enquanto a maioria do feminino disse estar bem informada. Diferenças de frequências foram percebidas quanto à escolaridade, em que os grupos até fundamental e até superior se sentiram em sua maioria razoavelmente informados; e até médio bem informado. O jovem e o adulto maduro se percebem muito bem informados, os jovens adultos razoavelmente, enquanto os idosos relataram se percebem bem e muito bem informados com os meios de comunicação.

No que diz respeito à comunidade, de maneira geral, a amostra afirmou com mais frequência estar bem informada. Quanto ao sexo, os dois também se veem assim. Diferenças de frequências foram percebidas quanto à escolaridade: a maioria do grupo até fundamental e até superior considera-se bem informado; já o até médio aparece sem informação. O maior número dos jovens, entre 18 e 24 anos, se mostra mal informado. Porém, entre os jovens adultos (25 e 39 anos), os adultos maduros e os idosos foi observado que se descrevem bem informados sobre as informações oriundas dos meios de comunicação.

Considerando as redes sociais, a maioria dos participantes se apresenta sem informação. Referiram-se do mesmo modo as pessoas de ambos os sexos e aquelas com escolaridade até o ensino fundamental. As escolaridades até médio e até superior responderam mal informados e razoavelmente informados. O jovem, o grupo de adulto maduro e de idosos se reconhecem sem informação; e somente os jovens adultos responderam razoavelmente informados com as redes sociais.

Levando em consideração as informações de profissionais de saúde, percebe-se que, de maneira geral e em relação a sexo, escolaridade e faixas etárias, a amostra se mostrou bem informada e muito bem informada, com exceção de um jovem respondendo razoavelmente informado. Tais resultados foram complementados por testes de associação qui-quadrado, além de comparação de médias Testes *t* e Anova, nas quais não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Vejamos agora a Tabela 3 a seguir.

**TABELA 3 – NÍVEL DE INFORMAÇÃO RECEBIDA PELOS USUÁRIOS DA UBS SESI III (BAYEUX-PB) EM RELAÇÃO ÀS DIFERENTES FONTES DE INFORMAÇÕES SOBRE A COVID-19 ENTRE JULHO E SETEMBRO/2020**

Nível de como se sente com a informação oriunda	Amostra	Características demográficas								
		Sexo			Escolaridade			Faixa etária		
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem (25-39)	Adulto (40-59)
Meios de comunicação	1	10,7%	4,5%	1,6%	3,6%	0%	0%	0%	0%	5,6%
	2	35,7%	18,2%	9,7%	12,7%	10%	11,1%	0%	10,5%	2,2%
	3	39,3%	45,5%	37,1%	40%	20%	77,8%	0%	52,6%	15,2%
	4	11,9%	22,7%	40,3%	36,4%	50%	0%	100%	26,6%	34,8%
	5	2,4%	9,1%	11,3%	7,3%	20%	11,1%	0%	10,5%	37%
Comunidade	1	25%	13,6%	29%	21,8%	40%	11,1%	100%	15,8%	26,1%
	2	17,9%	27,3%	14,5%	21,8%	10%	11,1%	0%	21,1%	15,2%
	3	15,5%	18,2%	14,5%	16,4%	15%	11,2%	0%	26,3%	13%
	4	36,9%	31,8%	38,7%	34,5%	30%	66,7%	0%	31,6%	41,3%
	5	4,8%	9,1%	3,2%	5,5%	5%	0%	0%	5,3%	4,3%
Redes sociais	1	38,6%	36,4%	39,3%	49,1%	26,3%	0%	100%	22,2%	45,7%
	2	24,1%	36,4%	19,7%	18,2%	31,6%	44,4%	0%	27,8%	21,7%
	3	24,1%	27,3%	23%	21,8%	21,1%	44,4%	0%	38,9%	19,6%
	4	10,8%	0%	14,8%	9,1%	15,8%	11,1%	0%	11,1%	8,7%
	5	2,4%	0%	3,3%	1,8%	5,3%	0%	0%	0%	4,3%
Profissionais de saúde	1	25%	18,2%	27,4%	25,5%	35%	0%	0%	15,8%	32,6%
	2	2,4%	4,5%	1,6%	1,8%	5%	0%	0%	0%	4,3%
	3	4,8%	9,1%	3,2%	5,5%	0%	11,1%	100%	0%	37%
	4	39,3%	36,4%	40,3%	38,2%	35%	55,6%	0%	52,6%	0%
	5	28,6%	31,8%	27,4%	29,1%	25%	33,3%	0%	31,6%	26,1%

Nota: 1 = Sem informação; 2 = Mal informado; 3 = Razoavelmente informado; 4 = Bem informado; 5 = Muito bem informado. Fonte: dados da pesquisa (2020).

Informações adicionais sobre o nível de confiança nas medidas adotadas individualmente e pela família para proteção contra a COVID-19 podem ser visualizadas na Tabela 4, na qual é possível identificar que a maior parte da amostra é bem confiante e muito confiante. Quando considerado o sexo masculino, o feminino se apresenta bem confiante, mas uma frequência igual se mostra pouco confiante seguidas das que se identificam com a opção razoavelmente confiante.

Quanto à escolaridade, parte da amostra com até fundamental se apercebe bem confiante; até médio muito confiante, mas o grupo até superior se sente na sua maior parte pouco confiante com as medidas adotadas. Por fim, quanto à faixa etária, observa-se que o jovem se vê muito confiante, o jovem adulto entre razoavelmente e pouco confiante, o adulto maduro muito e os idosos razoavelmente confiantes.

De acordo com a Tabela 5, complementando a informação, observa-se a probabilidade indicada pela amostra no que diz respeito à contaminação pela COVID-19. De maneira geral, apontaram ser alta, igualmente quando comparados os sexos e a escolaridade até fundamental e médio; já o grupo até superior considera razoavelmente alta, igual ao jovem, jovem adulto e o grupo de idosos. A maioria do grupo de adulto maduro, por sua vez, acreditou ter uma probabilidade alta de contaminação.

A fim de completar a informação acerca da percepção da doença, questionou-se sobre a gravidade provocada pela COVID-19. Assim, na Tabela 6 é possível observar que em todas as divisões da amostra e, de maneira geral, as pessoas apontaram que consideram a doença muito grave. Com essas variáveis também não foram encontradas associações e nem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

**TABELA 4 – NÍVEL DE CONFIANÇA DOS USUÁRIOS DA UBS SESI III (BAYEUX-PB) EM RELAÇÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA A COVID-19 ENTRE JULHO E SETEMBRO/2020**

Nível de confiança nas medidas adotadas individualmente e pelas famílias para proteção	Amostra	Características demográficas								
		Sexo			Escolaridade				Faixa etária	
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto Maduro (40-59)
Muito confiante	22,6%	31,8%	19,4%	20%	30%	22,2%	100%	21,1%	21,7%	22,2%
Bem confiante	29,8%	31,8%	29%	36,4%	20%	11,1%	0%	5,3%	41,3%	27,8%
Razoavelmente confiante	26,2%	22,7%	27,4%	30,9%	20%	11,1%	0%	31,6%	17,4%	44,4%
Pouco confiante	16,7%	13,6%	29%	10,9%	15%	55,6%	0%	31,6%	15,2%	5,6%
Nada confiante	4,8%	0%	19,4%	1,8%	15%	0%	0%	10,5%	4,3%	0%

Fonte: dados da pesquisa (2020).

**TABELA 5 – PERCEPÇÃO DA FACILIDADE DOS USUÁRIOS DA UBS SESI III (BAYEUX-PB) DE SEREM CONTAMINADOS PELA COVID-19 ENTRE JULHO E SETEMBRO/2020**

Probabilidade de serem contaminados pela COVID-19	Amostra	Características demográficas								
		Sexo			Escolaridade				Faixa etária	
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto Maduro (40-59)
Muito alta	22,6%	4,5%	29%	20%	30%	22,2%	0%	21,1%	26,1%	16,7%
Alta	35,7%	50%	30,6%	38,2%	35%	22,2%	0%	21,1%	45,7%	27,8%
Razoavelmente alta	27,4%	22,7%	29%	29,1%	20%	33,3%	100%	36,8%	17,4%	38,9%
Baixa	10,7%	13,6%	9,7%	9,1%	10%	22,2%	0%	21,1%	6,5%	11,1%
Muito baixa	3,6%	9,1%	1,6%	3,6%	5%	0%	0%	0%	4,3%	5,6%

Fonte: dados da pesquisa (2020).

**TABELA 6 – GRAVIDADE DA COVID-19 PERCEBIDA PELOS USUÁRIOS DA UBS SESI III (BAYEUX-PB) ENTRE JULHO E SETEMBRO/2020**

Gravidade da doença provocada pela COVID-19	Amostra	Características demográficas								
		Sexo			Escolaridade			Faixa etária		
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto Maduro (40-59)
Muito grave	83,3%	81,8%	83,9%	87,3%	85%	55,6%	100%	68,4%	87,2%	83,3%
Grave	14,3%	13,6%	14,5%	12,7%	10%	33,3%	0%	21,1%	10,6%	16,7%
Razoavelmente grave	2,4%	4,5%	1,6%	0%	5%	11,1%	0%	10,5%	0%	0%
Pouco grave	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Não é grave	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Fonte: dados da pesquisa (2020).

A seguir, de acordo com a Tabela 7, pode-se observar aspectos relacionados à relevância da posse de informações sobre a prevenção da COVID-19. Especificamente, verifica-se que o isolamento e o distanciamento foram considerados muito importantes tanto para a amostra geral quanto para o sexo, a escolaridade e as faixas etárias. O público jovem (18 a 24 anos) afirmou ser importante, mas não muda o padrão de muita importância para o uso da máscara. Fato também encontrado para a amostra de maneira geral, a partir das divisões em grupos no tocante a sexo, escolaridade e faixas etárias.

Em relação aos tópicos higienização das mãos e evitar aglomeração, a maior parte da amostra considerou serem medidas muito importantes. Por fim, evidencia-se o fato de essas variáveis também não apresentarem diferenças estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ) no que diz respeito a condições do sexo, escolaridade e faixa etária, sugerindo que as respostas mais frequentes mantiveram o padrão nas diferentes circunstâncias.

**TABELA 7 – IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 MENSURADAS PELOS USUÁRIOS DA UBS SESI III ENTRE JUL. E SET./ 2020**

Nível de importância das medidas de prevenção da COVID-19	Amostra	Características demográficas									
		Sexo			Escolaridade			Faixa etária			
		Total (n=85)	Masculino	Feminino	Até Fundamental	Até Médio	Até Superior	Jovem (18-24)	Jovem Adulto (25-39)	Adulto Maduro (40-59)	Idosos (60 ou mais)
Isolamento e distanciamento	1	1,2%	4,5%	0%	0%	0%	11,1%	0%	5,3%	0%	0%
	2	4,8%	9,1%	3,2%	3,6%	5%	11,1%	0%	15,8%	2,25	0%
	3	11,9%	13,6%	11,3%	14,5%	5%	11,1%	0%	10,5%	13%	11,1%
	4	27,4%	27,3%	27,4%	30,9%	20%	22,2%	100%	10,5%	34,8%	22,2%
	5	54,8%	45,5%	58,1%	50,9%	70%	44,4%	0%	57,9%	50%	66,7%
Uso da máscara	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	2	2,4%	0%	3,2%	1,8%	5%	0%	0%	10,5%	0%	0%
	3	1,2%	0%	1,6%	0%	5%	0%	0%	0%	2,2%	0%
	4	31%	40,9%	27,4%	36,4%	10%	44,4%	0%	31,6%	30,4%	33,3%
	5	65,5%	59,1%	67,4%	61,8%	80%	55,6%	100%	57,9%	67,4%	66,7%
Higienização	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	2	1,2%	0%	1,6%	1,8%	0%	0%	0%	5,3%	0%	0%
	3	2,4%	4,5%	1,6%	0%	5%	11,1%	0%	10,5%	0%	0%
	4	29,8%	40,9%	25,8%	36,4%	15%	22,2%	0%	21,1%	30,4%	38,9%
	5	66,7%	54,5%	71%	61,8%	80%	66,7%	100%	63,2%	69,6%	61,1%
Evitar aglomeração	1	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	2	2,4%	0%	3,2%	3,6%	0%	0%	0%	5,3%	2,2%	0%
	3	2,4%	4,5%	1,6%	3,6%	0%	0%	0%	0%	4,3%	0%
	4	32,1%	40,9%	29%	36,4%	20%	33,3%	0%	26,3%	39,1%	22,2%
	5	63,1%	54,5%	66,1%	56,4%	80%	66,7%	100%	68,4%	54,3%	77,8%

Nota: 1 = Nada importante; 2 = Pouco importante; 3 = Razoavelmente importante; 4 = Importante; 5 = Muito importante. Fonte: dados da pesquisa (2020).

## 6.2 Produto bibliográfico: artigo científico original

**Título:** Informações à população sobre a COVID-19: opiniões de usuários de uma unidade básica de saúde.



## Informações à população sobre a COVID-19: opiniões de usuários de uma unidade básica de saúde

*Information to the population about COVID-19: opinions of users of a basic health unit*

### RESUMO

O grande fluxo de informações sobre a COVID-19 alterou a forma de enfrentamento dessa doença em diversas comunidades de um mesmo município do Brasil. A adesão ao uso de máscara facial, lavagem frequente das mãos e distanciamento físico foi prejudicada devido à falta de articulação intergovernamental e à ausência de fontes confiáveis de informação sobre a COVID-19. O objetivo deste estudo é analisar as informações sobre a COVID-19 obtidas por usuários de uma unidade básica de saúde do município de Bayeux, estado da Paraíba, e sua tradução em práticas de prevenção e controle contra o coronavírus. Trata-se de um levantamento observacional, com abordagem quantitativa, a partir da coleta de dados primários com 85 famílias adscritas à referida unidade de saúde, por entrevista guiada por um questionário estruturado. Os dados foram tabulados de acordo com as respostas das famílias entrevistadas, sob a forma de frequência absoluta. Pode-se observar que a maioria das famílias considerou que o uso de máscara, a lavagem frequente das mãos e o distanciamento físico são importantes na prevenção e controle da disseminação da COVID-19. Foi observado ainda que as fontes de informações que influenciaram na percepção das medidas de prevenção e controle da doença foram as notícias de TV e rádio, redes sociais e amigos e, em menor proporção, os profissionais de saúde e de ações governamentais.

**PALAVRAS-CHAVE:** COVID-19. Atenção Básica. Prevenção. Informação.

### ABSTRACT

The large flow of information about COVID-19 has changed the way this disease is dealt with in several communities in the same municipality in Brazil. Adherence to face mask use, frequent hand washing and physical distancing was hampered due to the lack of intergovernmental articulation and the absence of reliable sources of information about COVID-19. The objective of this study is to analyze the information about COVID-19 obtained by users of a basic health unit in the municipality of Bayeux, state of Paraíba, and its translation into prevention and control practices against the coronavirus. This is an observational survey, with a quantitative approach, based on the collection of primary data with 85 families enrolled in the aforementioned health unit, through interviews guided by a structured questionnaire. Data were tabulated according to the responses of the families interviewed, in the form of absolute frequency. It can be observed that most families considered that wearing a mask, frequent hand washing and physical distancing are important in preventing and controlling the spread of COVID-19. It was also observed that the sources of information that influenced the perception of disease prevention and control measures were tv and radio news, social networks and friends and, to a lesser extent, health professionals and government actions.

**KEYWORDS:** COVID-19. Basic Attention. Prevention. Information.

### 6.3 Produto técnico: “Envelhecimento e a COVID-19: o que devo saber? – Cartilha Educativa para a Atenção Básica”



#### Elaboração e Conteúdo

**Romulo de Brito Guimarães**  
Médico de Família e Comunidade  
Mestrado em Saúde da Família  
Especialista em Geriatria

**Yana Balduíno de Araújo**  
Mestre em Enfermagem na Atenção à Saúde  
Doutora em Modelos de Decisão e Saúde

**Eduardo Sérgio Soares Sousa**  
Doutor em Ciências da Saúde  
Doutor em Sociologia  
Coordenador do Mestrado Profissional em Saúde da Família (Polo Paraíba)

**Diagramação**  
**Luedy dos Anjos Costa**

Revisão ortográfica  
**Jennifer Trajano**

**APRESENTAÇÃO**

A população em todo o mundo está envelhecendo. Estamos vivenciando um acelerado crescimento da população idosa, devido ao aumento da expectativa de vida. Essa mudança demográfica tende a dominar o panorama social, político e de saúde pública no século XXI.

Sendo assim, é necessário saber envelhecer e estar preparado para todas as mudanças que acontecem neste processo natural do ciclo vital, assegurando-se o direito de envelhecer com qualidade de vida e de forma que estimule a autonomia e independência.

Com o objetivo de contribuir com a saúde e bem estar da pessoa idosa foi elaborado esta cartilha educativa com linguagem de fácil compreensão, que de forma clara e objetiva define o que é a velhice, apresenta a diferença entre senescência e senilidade, ilustra as principais mudanças fisiológicas e patológicas do processo de envelhecimento e traz, por fim, ações contra a COVID-19 e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, podendo ser utilizada tanto por idosos como também por familiares e cuidadores.



**“Saber envelhecer é a obra prima da sabedoria e um dos capítulos mais difíceis na grande arte de viver.”**

**Hermano Melville**

2

**O QUE É O ENVELHECIMENTO?**



O envelhecimento humano é um acontecimento natural, social, irreversível e mundial. À medida que a idade aumenta, acontece um conjunto de mudanças no corpo – por dentro e por fora. Esse processo naturalmente determina uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, levando naturalmente ao enfraquecimento do idoso.



**ENVELHECER COM SÁUDE**

Envelhecer com saúde é experimentar o envelhecimento fisiológico, ou seja, natural. Ocorre à diminuição das funções nas células, tecidos e órgãos. Esse desgaste é inevitável, mas não determina sintomas ou doenças.

**ENVELHECER COM DOENÇA**

Envelhecer com doença significa que, além do processo natural de diminuição das funções do corpo, o idoso desenvolveu ao longo da vida alguma doença que prejudica ainda mais sua qualidade de vida.



## MUDANÇAS NA ESTRUTURA CORPORAL

É normal que aconteça uma pequena perda de massa e força dos músculos e um aumento de gordura no corpo. Além disso, pode ser que o idoso tenha comprometimento do sistema de controle postural e equilíbrio.



Fonte: Freepik

## MUDANÇAS NO SISTEMA DA IMUNIDADE

Com o avançar da idade cronológica, a maioria dos mecanismos imunológicos desenvolve adaptações, apresentando reduções em algumas funções do sistema imune. Por isso, o idoso pode ficar mais expostos aos vírus, bactérias e outros microorganismos.



Fonte: Freepik

## MUDANÇAS NO SISTEMA DOS HORMÔNIOS

Ocorrem alterações na liberação de alguns hormônios, como diminuição do hormônio do crescimento, que traz como consequência o aumento da gordura corporal, perda de músculos e aumento do colesterol.

Nas mulheres, somado ao processo de envelhecimento, a menopausa é um fator de grande influência nas diversas alterações do corpo por dentro e por fora.



Fonte: Freepik

9

## MUDANÇAS NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Há uma diminuição do volume do cérebro, reduzindo a capacidade dos neurônios fazerem novas conexões entre si e com isso o idoso apresenta maior dificuldade para se adequar a novas condições e tarefas.

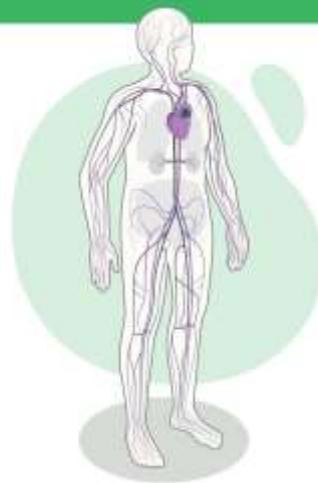


Fonte: Freepik

10

## MUDANÇAS NO SISTEMA CARDIOVASCULAR

As artérias ficam mais endurecidas e isso provoca um aumento da pressão arterial e pode causar um aumento no tamanho do coração.



Fonte: Freepik

## MUDANÇAS NO SISTEMA RESPIRATÓRIO

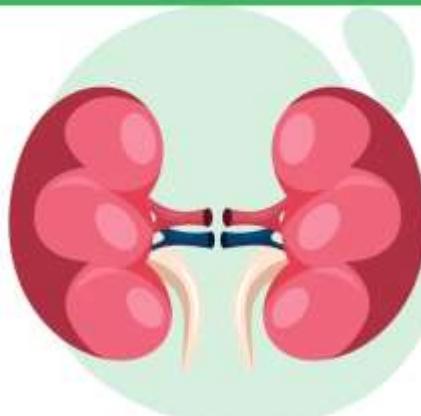
Os pulmões diminuem sua elasticidade e a caixa torácica também, fazendo com que a capacidade de trocar o oxigênio diminua em cada respiração.



12

## MUDANÇAS NOS RINS

Após os 40 anos os rins sofrem uma diminuição progressiva de peso e de volume, correspondendo à perda de 10% da massa total a cada 10 anos, com tendência de maior redução no sexo masculino. Isso faz com que o idoso apresente uma capacidade de filtrar o sangue diminuída.



Fonte: Freepik

## NO SISTEMA GASTROINTESTINAL

Dentre as alterações neste sistema destacam-se a diminuição das áreas responsáveis pela detecção dos sabores doce e salgado da língua, redução da saliva e da força para mastigar. Por isso, alguns idosos perdem o prazer de comer. Além disso, o estômago e intestino ficam mais lentos, levando a frequentes "prisão de ventre".



14

13



## PERDA INVOLUNTÁRIA DE URINA

Mulheres e homens idosos apresentam maiores chances desse problema acontecer. É importante destacar que isso não é apenas uma doença isolada, mas uma síndrome que pode resultar de várias outras problemas como demências, remédios inadequados ou doenças do trato urinário.



Fonte: Freepik

19

## PROBLEMAS NA HORA DE TER RELAÇÕES SEXUAIS

Esta condição é comum em homens e mulheres idosos, sendo resultado de uma combinação de alterações dentro do corpo, escolhas de estilo de vida, fatores psicológicos e doenças relacionadas à idade. No homem idoso ocorre mais a disfunção erétil e na mulher idosa o ressecamento da vagina e a diminuição da vontade de fazer sexo.



Fonte: Freepik

20

## DIFÍCULDADE PARA DORMIR

As queixas dos idosos com dificuldade para dormir geralmente são a má qualidade do sono, cansaço diurno, irritabilidade ou problemas de concentração. Devido a esse problema muitos idosos usam medicamentos com ou sem prescrição médica a fim de conseguirem dormir, mas isso pode piorar ainda mais o sono.

Por isso, não peça para o médico apenas renovar a receita de dormir! Deixe ele te ajudar com outras formas melhores e mais adequadas para o idoso.



Fonte: Freepik

21

## DEPRESSÃO

Humor deprimido, perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades, perda de peso não intencional, falta de energia, mudanças no padrão do sono, retardo nos movimentos do corpo ou agitação, culpa excessiva, concentração ruim, ideação suicida ou pensamentos recorrentes de morte e queixas somáticas em vez de afetivas são as características mais comuns dos idosos que tem esse problema.



Fonte: Freepik

22

## TODO IDOSO MORRE SE PEGAR A COVID-19?



Fonte: Pixabay.com

23

## DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

Os idosos em geral são grupos de risco para doenças infecciosas de qualquer etiologia. O envelhecimento do sistema imune é sua principal razão. No caso da COVID-19, foi identificado que pacientes diabéticos e hipertensos tem uma maior chance de evoluir com doença mais grave. O motivo disso ainda está sendo investigado.

NÃO ESQUEÇA DE TONAR SEUS REMÉDIOS!



Fonte: Freepik

24

## FIQUE ATENTO AOS SINTOMAS!

### SINTOMAS MAIS COMUNS:

- CANSAÇO
- FEBRÉ
- TOSSE
- PERDA DE PALADAR OU SÍMPTOMAS

### SINTOMAS MENOS COMUNS:

- DORES DE GARGANTA
- DORES E DESCONFORTOS
- IRRITAÇÕES NA PELE OU DIFICULDADE PARA DÉGUSTAR
- DOENAS NAS PÉS OU DAS MÃOS
- DOENAS DE CABEÇA
- DIARRÉIA
- OLHOS VERMELHOS OU IRRITADOS

### SINTOMAS GRAVES:

- DIFÍCULDADE PARA RESPIRAR OU FALTA DE AR
- PERDA DA FALA, MOBILIDADE OU CONFUSÃO
- DORES NO PEITO

Fonte: Freepik

25

## COMO ME PROTEGER DA COVID-19?



Fonte: Pixabay.com

26

## LAVE BEM AS MÃOS

- Lave regularmente suas mãos com água e sabão ou higienize com álcool gel a 70%.
- Evite tocar nos olhos, nariz e boca.

Fonte: Fisepk

27

## USE MÁSCARA

O uso de máscara protege você contra as gotículas que saem através da respiração das outras pessoas.

**É IMPORTANTE COBRIR A BOCA E O NARIZ PARA QUE A PROTEÇÃO SEJA MAIS EFICAZ!**

Fonte: Fisepk

28

## EVITE AGLOMERAÇÕES

O distanciamento social é uma medida muito importante para os idosos. Você pode estar perto de pessoas contaminadas, mas que não estão apresentando sintomas.

**EVITE LUGARES COM MUITA GENTE!**

Fonte: Fisepk

29

## TOME A VACINA CONTRA A COVID-19

A vacinação é a forma mais eficaz de frear a contaminação e o surgimento de novas variantes do coronavírus. A vacina tem se mostrado segura para os idosos.

**PROCURE A UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MAIS PRÓXIMA DA SUA CASA E ATUALIZE SEU CARTÃO DE VACINAS!**

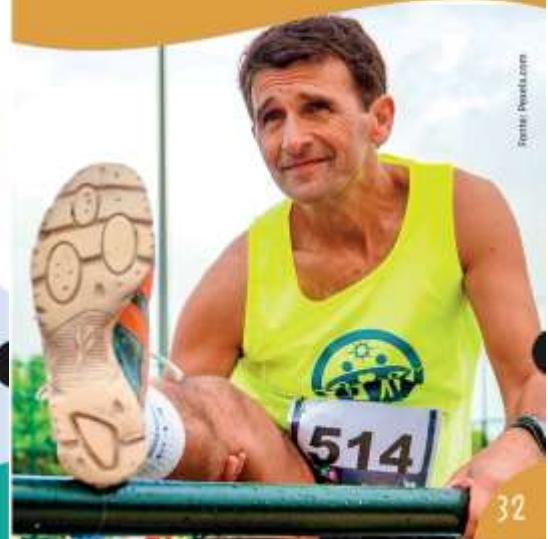
Fonte: Fisepk

30

## CUIDADOS COM AS INFORMAÇÕES

- 01** Verifique se há fonte na informação divulgada, como indicação de site e autor do conteúdo;
- 02** Observe atentamente a data da publicação;
- 03** Faça uma leitura além do título e subtítulo, para não correr o risco de repassar uma informação falsa;
- 04** Pesquise outros sites de conteúdo sobre aquela notícia ou temática;
- 05** Avalie se não se trata de uma piada ou brincadeira;
- 06** Verificar os sites oficiais da OMS (<https://www.who.int>) e do Ministério da Saúde (<https://www.gov.br/saude/pt-br>)
- 07** Compartilhe apenas após confirmar se é verdade.

## O QUE FAZER PARA MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA NA VELHICE?



Fonte: Pixabay.com

31

32

## PRATICAR EXERCÍCIOS FÍSICOS

A atividade física tem um impacto positivo sobre a saúde, a prevenção de doenças crônicas, prevenção de quedas e a qualidade de vida especialmente em idosos. Quanto mais exercícios físicos planejados, estruturados e repetitivos maiores serão os impactos benéficos na qualidade de vida e saúde psicológica.

Pratique exercícios físicos pelo menos 5 vezes na semana com duração mínima de 30min em cada dia.



Fonte: Freepik

33

## MELHORAR A SAÚDE MENTAL

O cérebro precisa de estímulo durante toda a vida para o seu bom funcionamento. Atividades como música, leitura, artes, palavras-cruzadas, trabalhos artesanais, participação de grupos sociais e outras podem contribuir para a conservação da memória, fortalecimento das habilidades e, sobretudo, manter o idoso ativo.

Ah! E sobre a depressão, a educação do paciente e seus familiares sobre este problema é a base do tratamento bem sucedido e deve ser iniciado o quanto antes!



Fonte: Freepik

34

## ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A alimentação do idoso deve ser balanceada para proporcionar um estado nutricional adequado. Importante lembrar que é preciso considerar as necessidades alimentares especiais, valorizar e respeitar as características culturais e regionais, bem como a situação econômica e financeira da pessoa de cada um.

**Coma menos frituras, massas e doces! E coma mais legumes, verduras, frutas, carnes, ovos, queijo, feijão, arroz. E beba bastante água.**



Fonte: Freepik

## TER MOMENTOS DE LAZER

O lazer para a pessoa idosa é de grande importância tendo em vista que auxilia no estímulo para a socialização, a comunicação, o compartilhar de experiências e o aprendizado de coisas novas, além de melhorar a autoestima, prevenir violências, contribuir para diminuição de quadros depressivos e demenciais, entre outros.

**É importante que o idoso seja inserido em atividades que lhe deem prazer e estimulem sua liberdade e melhoria da qualidade de vida!**



35

Fonte: Freepik

36

## DESENVOLVER A ESPIRITUALIDADE

A busca por uma espiritualidade saudável atua como fator de proteção e apoio no enfrentamento dos desafios, frustrações e perdas, o que contribui diretamente com a saúde e a qualidade de vida da pessoa idosa.

**Buscar um sentido para a vida a partir de uma conexão com o todo e consigo mesmo é importante na saúde do idoso, pois ajuda no desenvolvimento do equilíbrio, amor, paz, felicidade e todo sentimento positivo.**



Fonte: Freepik

37

## APROVEITAR OS ESPAÇOS DE TRABALHO

A pessoa idosa que mantém-se no trabalho demonstra que a influência do trabalho na qualidade de vida vão além das necessidades relacionadas à renda, pois envolve também o sentido atribuído à prática laboral, como a concepção de identidade, valorização e desenvolvimento pessoal, sendo considerada como uma atividade promotora da saúde e que permite uma maior inserção social, independência e autonomia.



Fonte: Freepik

38

## FICAR EM DIA COM AS VACINAS

A vacinação é uma das medidas de proteção e prevenção mais importantes para a pessoa idosa, pois diminui os adoecimentos e mortes por doenças preveníveis na população idosa e, sobretudo, contribui para a melhoria na qualidade e na expectativa de vida.

Procure a unidade básica de saúde mais próxima da sua casa e veja quais são as vacinas que você precisa tomar neste ano!



Fonte: Favejá

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORTOLOTTI, Michele Carla et. al. A Sexualidade em Idosos. Edição de outubro de 2013. <https://psicologado.com/psicologia-geral/a-sexualidade-em-idosos.2013>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Alimentação Saudável para a Pessoa Idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 35p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. 12ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 176p.

BRIE, A.W; CHANG, A; AHALT, C; CHEN, H; REBECCA, C; LANDEFELD, C.S; RITCHIE, C; YUKAWA, M. Current Geriatrics: diagnóstico e tratamento, 2ª edição. Porto Alegre: AMGH, 2015.

BUONANI, C.; ROSA, C.S.C.; DINIZ, T.A. Prática de atividade física e composição corporal em mulheres na menopausa. *Rev Bras Ginecol Obstet.* São Paulo, v. 35, n. 4, p. 153-158, 2013.

CARRASCO, M.; MARTINEZ, I.; NAVARRO, M.D. Daily physical activity and bone mineral density in older women. *Rev Bras Med Esporte.* Guadalupe, Murcia (Spain), v. 21, n. 1, 2015.

CORDEIRO, J.; CASTILLO, B.L.D.; FREITAS, C.S. Efeitos da atividade física na memória declarativa, capacidade funcional e qualidade de vida em idosos. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 541-552, 2014.

## REFERÊNCIAS

- ANTONELLI, A.; FERRI. Covid-19 Epidemiology, Pathogenesis and Therapy. **Current Genomics**, v. 21, n. 21, p. 157-160, 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ed.70, 2011.
- BOURGAULT, A. M. *et al.* Use of Social Media to Exchange Critical Care Practice Evidence During the Pandemic. **Dimensions of Critical Care Nursing**, v. 41, n. 1, p. 36-45, 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº 466/2012. **Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, 2012. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10. fev. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **E- Gestor: informação e gestão na Atenção Básica (online)**. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=zn604XtjmKLR26ZTiEOOcPWH>. Acesso em: 21 abr. 2020.
- BULFONE, T. *et al.* Outdoor transmission of SARS-CoV-2 and other respiratory viruses: a systematic review. **The Journal of infectious diseases**, v. 223, n. 4, p. 550-561, 2021.
- CASTRO, M. S. M. *et al.* Social isolation relaxation and the effective reproduction number ( $R_t$ ) of COVID-19 in twelve Brazilian cities. **Ciencia & saude coletiva**, v. 26, p. 4681-4691, 2021.
- CLARFIELD, A. M.; DWOLATZKY, T. Age and Ageing During the COVID-19 Pandemic; Challenges to Public Health and to the Health of the Public. **Frontiers in public health**, v. 9, n. 1, p. 1-6, 2021.
- DAS, A.; SINGH, P.; BRUCKNER, T. A. State lockdown policies, mental health symptoms, and using substances. **Addictive Behaviors**, v. 124, p. 6-10, 2022.
- GAO, Z. *et al.* A systematic review of asymptomatic infections with COVID-19. **Journal of Microbiology, Immunology and Infection**, v. 54, n. 1, p. 12-16, 2021.
- JIMÉNEZ, J. *et al.* Community-Informed Mobile COVID-19 Testing Model to Addressing Health Inequities. **Journal of Public Health Management and Practice**, v. 28, n. 1, p. 101-110, 2022.
- JUNIOR, G. B. V. *et al.* Aspectos epidemiológicos da covid-19: uma revisão sistemática. **Revista CPAQV-Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida-CPAQV Journal**, v. 12, n. 2, p. 1-16, 2020.
- KALACHE, A. *et al.* Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da pandemia Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n.1, p. 1-3, 2020.
- KRONBICHLER, A. *et al.* Asymptomatic patients as a source of COVID-19 infections: A systematic review and meta-analysis. **International journal of infectious diseases**, v. 98, p. 180-186, 2020.

- LI, Y. *et al.* Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **American Journal of Infection Control**, v. 49, n. 7, p. 900-906, 2021.
- LIMA, K. C. *et al.* A pessoa idosa domiciliada sob distanciamento social: possibilidades de enfrentamento à covid-19. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, n. 2, p. 1-3, 2020.
- MACHADO, C. J. *et al.* Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3437-3444, 2020.
- MAECKELBERGHE, E. Ethical implications of COVID-19: vulnerabilities in a global perspective. **European journal of public health**, v. 31, n. 4, p. 50-53, 2021.
- MERHY, E.E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy, E.E.; Onocko, R. (Org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.
- NAEEM, S. B.; BHATTI, R. The Covid-19 ‘infodemic’: a new front for information professionals. **Health Information & Libraries Journal**, v. 37, n. 3, p. 233-239, 2020.
- NEJADGHADERI, S. A.; SAGHAZADEH, A.; REZAEI, N. Health care policies and COVID-19 prevalence: is there any association?. **International Journal of Health Services**, v. 52, n. 1, p. 9-22, 2022.
- NOORIMOTLAGH, Z. *et al.* A systematic review of possible airborne transmission of the COVID-19 virus (SARS-CoV-2) in the indoor air environment. **Environmental Research**, v. 193, n. 1, p. 1-7, 2021.
- OPAS Brasil. **Folha informativa – COVID-19** (doença causada pelo novo coronavírus). <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 19 abr, 2020.
- ORAN, D. P.; TOPOL, E. J. The proportion of SARS-CoV-2 infections that are asymptomatic: a systematic review. **Annals of internal medicine**, v. 174, n. 5, p. 655-662, 2021.
- PAN, L. *et al.* Prevention and control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in public places. **Environmental Pollution**, v. 292, n. 1, p. 1-6, 2022.
- RACHAMIN, Y. *et al.* Impact of the COVID-19 pandemic on the intensity of health services use in general practice: a retrospective cohort study. **International journal of public health**, v. 66, n. 1, p. 1-8, 2021.
- SILVEIRA, L. M. B.; NAJAR, A. L. Distância espacial, distância social: relações entre distintas categorias sociais na sociedade brasileira em tempos de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 10, p. 4655-4664, 2021.
- SMIT, M. *et al.* Prophylaxis for COVID-19: a systematic review. **Clinical Microbiology and Infection**, v. 27, n. 4, p. 532-537, 2021.
- SWIRE-THOMPSON, B.; LAZER, D. Public health and online misinformation: Challenges and recommendations. **Annual Review of Public Health**, v. 41, n. 1, p. 433-451, 2019.

TABATABAEIZADEH, SA. Airborne transmission of COVID-19 and the role of face mask to prevent it: a systematic review and meta-analysis. **European Journal of Medical Research**, v. 26, n. 1, p. 1-6, 2021.

VIMAL, R. The impact of the Covid-19 lockdown on the human experience of nature. **Science of the Total Environment**, v. 803, n.1, p. 1-7, 2022.

WACHHOLZ, P. A. *et al.* Ocorrência de infecção e mortalidade por Covid-19 em residenciais para idosos no Brasil. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 14, n. 4, p. 1-14, 2020.

WHO. World Health Organization. **Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard (online)**. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em 17 jan. de 2022.

WHO. World Health Organization. **Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**, Genebra, 2020a. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihr-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 10. fev. 2022.

WHO. World Health Organization. **Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 5 March 2020**. 2020b. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>. Acesso em: 10 fev. 2022.

XIE, H .*et al.* Face mask - a potential source of phthalate exposure for human. **Journal of hazardous materials**, v. 422, n.1, p. 1-8, 2022.

YABRUDE, A. T. Z. *et al.* Desafios das Fake News com Idosos durante Infodemia sobre Covid-19: Experiência de Estudantes de Medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 44, n. 1, p. 1-6, 2020.

YESUDHAS, D.; SRIVASTAVA, A.; GROMIHA, M. M. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. **Infection**, v. 49, n. 2, p. 199-213, 2020.

ZEEGERS-PAGET, D.; ALLEBECK P.; NAGYOVA, I. COVID-19: What have we learned? What are the public health challenges?. **European Journal of Public Health**, v. 31, n. Suppl 4, p. 1-2, 2021.

**ANEXOS****ANEXO A – Questionário**

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

( <input type="checkbox"/> ) Água encanada	( <input type="checkbox"/> ) Poço artesiano	( <input type="checkbox"/> ) Reservatório	( <input type="checkbox"/> ) Outro:
9.2. Infraestrutura do domicílio:			
Esgotamento			
( <input type="checkbox"/> ) Rede de esgoto	( <input type="checkbox"/> ) Fossa	( <input type="checkbox"/> ) Vala (rio, igarapé, riacho)	
10. Rendimento mensal do lar (em salários mínimos contando todos os moradores)			
( <input type="checkbox"/> ) Até 1 SM – R\$1.045,00			
( <input type="checkbox"/> ) Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00			
( <input type="checkbox"/> ) Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00			
( <input type="checkbox"/> ) Até 4 SM – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00			
( <input type="checkbox"/> ) 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)			
( <input type="checkbox"/> ) Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho			
( <input type="checkbox"/> ) Empregado(a) sem carteira de trabalho			
( <input type="checkbox"/> ) Empregado(a) do setor público (inclusive empresas de economia mista)			
( <input type="checkbox"/> ) Trabalhava por conta própria			
( <input type="checkbox"/> ) Cooperativado(a)			
( <input type="checkbox"/> ) Trabalhava sem remuneração			
( <input type="checkbox"/> ) Bolsista			
( <input type="checkbox"/> ) Estudante			
( <input type="checkbox"/> ) Aposentado(a)			
( <input type="checkbox"/> ) 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: _____	
11.1. 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	
11.2. 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	

( <input type="checkbox"/> ) Sim, aposentadoria
( <input type="checkbox"/> ) Sim, bolsa família
( <input type="checkbox"/> ) Sim, bolsa defeso
( <input type="checkbox"/> ) Não
( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____
14. O/a Sr(a) tem plano de saúde? *
( <input type="checkbox"/> ) Sim ( <input type="checkbox"/> ) Não
15. Quais as informações que o/a Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)
( <input type="checkbox"/> ) Isolamento social total
( <input type="checkbox"/> ) Lavagem frequente das mãos
( <input type="checkbox"/> ) Uso de álcool gel
( <input type="checkbox"/> ) Isolamento parcial
( <input type="checkbox"/> ) Uso de máscara para quando tenho que sair de casa
( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____
16. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)
( <input type="checkbox"/> ) Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS) ( <input type="checkbox"/> ) WhatsApp
( <input type="checkbox"/> ) Facebook ( <input type="checkbox"/> ) Instagram ( <input type="checkbox"/> ) Televisão
( <input type="checkbox"/> ) Jornais na TV e/ou na internet ( <input type="checkbox"/> ) Rádio ( <input type="checkbox"/> ) Religião
( <input type="checkbox"/> ) Amigos/vizinhos/parentes da comunidade ( <input type="checkbox"/> ) Governantes (prefeito, governador, presidente)
( <input type="checkbox"/> ) Outros: _____

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

( )		
Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS)	( )	WhatsApp
( ) Facebook	( )	Instagram
( ) Jornais na TV e/ou na internet	( )	Rádio
( ) Amigos/vizinhos/parentes da comunidade	( )	Governantes (prefeito, governador, presidente)
( ) Outros: _____		
18. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS?		

	Muito bem informado	Bem informado	Razoavelmente 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 CORONAVIRUS?

( ) Muito alta

( ) Alta

( ) Razoavelmente alta

( ) Baixa

( ) Muito baixa

---

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

( ) Muito grave ( ) Pouco Grave

( ) Grave

( ) Razoavelmente 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 distanciamento 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?

<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não Sei
24. Se sim, quais ações o/a Sr(a) identificou? (Em caso de não ou não sei, escreva não identifiquei)		
<hr/> <hr/> <hr/>		
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)		
<input type="checkbox"/> Isolamento social total		
<input type="checkbox"/> Isolamento parcial		
<input type="checkbox"/> Lavagem frequente das mãos		
<input type="checkbox"/> Uso de álcool gel		
<input type="checkbox"/> Uso de máscara para quando tenho que sair de casa		
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
26. Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais importante para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS? *		
<input type="checkbox"/> Isolamento social total		
<input type="checkbox"/> Isolamento parcial		
<input type="checkbox"/> Lavagem frequente das mãos		
<input type="checkbox"/> Uso de álcool gel		
<input type="checkbox"/> Uso de máscara para quando tenho que sair de casa		
<input type="checkbox"/> Outro: _____		
<hr/> <hr/>		
27. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, o(a) Sr(a) ou alguém de sua família receberam/estão recebendo algum tipo de auxílio? *		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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? (admite mais de uma resposta) *		
<input type="checkbox"/> Auxílio emergencial do governo federal		
<input type="checkbox"/> Auxílio do Estado (recursos financeiros, alimentação)		

( <input type="checkbox"/> ) Auxílio do Município (recursos financeiros, alimentação)
( <input type="checkbox"/> ) Auxílio de instituições de caridade
( <input type="checkbox"/> ) Auxílio de ONGs
( <input type="checkbox"/> ) Auxílio da própria comunidade
( <input type="checkbox"/> ) Auxílio de Igreja
( <input type="checkbox"/> ) Auxílio de amigos/parentes
( <input type="checkbox"/> ) Não recebemos nenhum auxílio
( <input type="checkbox"/> ) Outro: _____
29. O(a) Sr (a) ou algum membro da sua família já recebeu o diagnóstico de alguma das doenças abaixo? (admite mais de uma resposta) *
( <input type="checkbox"/> ) Diabetes
( <input type="checkbox"/> ) Hipertensão
( <input type="checkbox"/> ) Problemas Cardíacos
( <input type="checkbox"/> ) Asma
( <input type="checkbox"/> ) Câncer
( <input type="checkbox"/> ) HIV
( <input type="checkbox"/> ) Problemas relacionados à saúde mental (por exemplo, depressão, ansiedade, esquizofrenia, abuso de álcool e outras drogas, etc)
( <input type="checkbox"/> ) Nenhuma das opções anteriores
30. O/a Sr(a) ou alguém da sua família teve CORONAVÍRUS? *
( <input type="checkbox"/> ) Sim    ( <input type="checkbox"/> ) Não    ( <input type="checkbox"/> ) Não sei    ( <input type="checkbox"/> ) Não desejo responder

## ANEXO B – Parecer Consustanciado do CEP



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Titulo da Pesquisa:** Prevenção e controle do COVID-19: Estudo Multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde

**Pesquisador:** Júlio Cesar Schweickardt

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 37269320.4.1001.5016

**Instituição Proponente:** CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

**Patrocinador Principal:** CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO  
OSWALDO CRUZ

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.345.618

#### Apresentação do Projeto:

**Titulos Principal da Pesquisa:**

Prevenção e controle do COVID-19: Estudo Multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde.

Projeto de pesquisa elaborado pela Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE - sobre COVID-19.

**Coordenador:** Júlio Cesar Schweickardt.

**Pesquisador Principal**

**CPF:** 428.595.060-04

**Nome Social:** Júlio Cesar Schweickardt

**Telefone:** 92 99126-9276

**E-mail:** julio.lmd@gmail.com

Equipe composta por 70 pesquisadores das instituições de pesquisa brasileira

<b>Endereço:</b>	Av. Carvalho Leal, 1777	<b>CEP:</b>	69.050-030
<b>Bairro:</b>	chapada	<b>Município:</b>	MANAUS
<b>UF:</b>	AM	<b>Fax:</b>	(92)3876-4368
<b>Telefone:</b>	(92)3876-4368	<b>E-mail:</b>	cep.uea@gmail.com

Comprovado pelo CPF e CL

**Instituição Proponente**

Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane. Fiocruz Amazônia.

**ÁREA DE ESTUDO**

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq):

Grande Área 4. Ciências da Saúde

Propósito Principal do Estudo (OMS)/Saúde Coletiva / Saúde Pública

**Títulos Públícos da Pesquisa**

Prevenção e controle do COVID-19.

**Desenho do Estudo**

Estudo com abordagem quanti-qualitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de prevenção e informações sobre a COVID-19 na dinâmica das vidas das pessoas em seus territórios. Estudo multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo as Instituições de Ensino Superior PROFSAÚDE/MPSF e a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ. O universo da pesquisa compreende famílias dos territórios adstritos às UBS nas quais alunos do PROFSAÚDE estão vinculados, distribuídos de acordo com a situação de municípios (capitais, grande, médio e pequeno porte) no território brasileiro.

**Financiamento:**

Este projeto está sendo financiado pelo PROFSAÚDE em parceria com as instituições que compõem a Rede de Pesquisa e de Formação. Valor R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais).

**Palavras-chave:**

Atenção Primária à Saúde; Conhecimentos, Altitudes e Prática em Saúde; COVID-19; Saúde da família; Território Sociocultural.

**Justificativa:**

O rápido aumento na incidência da Covid-19, causada pelo coronavírus Sars-CoV-2, na China e em diversos outros países da Europa, levou a OMS a decretar Pandemia em

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: osp.uea@gmail.com

Continuação do Páginas: 4.345.818

fevereiro de 2020, ativando pesquisadores no mundo para conhecer a doença e seu impacto nas populações, desenvolver tratamentos e fornecer suporte aos profissionais de saúde, pessoas acometidas pelo vírus e população. O Brasil, no dia 08 de agosto, chegou a 3 milhões de contágios e 100 mil óbitos, mostrando que as estratégias de enfrentamento do COVID-19 não estão surtindo o efeito desejado pelas políticas de saúde. Destarte, o presente projeto busca compreender as dinâmicas das linguagens e modos como as pessoas interpretam, traduzem e aplicam as orientações médico-científicas da Covid-19.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário**

Analizar como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

**Objetivos Secundários**

Objetivo secundário 1: Dimensionar o universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias;

Objetivo secundário 2: Identificar as estratégias utilizadas pela população para a prevenção e controle da COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientam;

Objetivo secundário 3: Conhecer o grau de credibilidade que a população atribui às informações de prevenção e controle da COVID-19.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Há um risco mínimo de identificação do participante. Para minimizar este risco iremos identificar os questionários e entrevistas com códigos compostos pela sigla da cidade do participante seguida de um número aleatório de 4 dígitos (por exemplo, um participante de Manaus receberá o código MAD1234), mantendo o anonimato do participante. Caso a participação suscite algum desconforto, será dada ao participante a opção de desistir de participar a qualquer momento.

Na Aplicação dos questionários e entrevistas existem os risco: invasão de

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: osp.uea@gmail.com

Continuação da Páginas: 4.345.618

privacidade; responder a questões sensíveis, tais como atos ilegais, violência, sexualidade; revitimizar e perder o autocontrole e a integridade ao revelar pensamentos e sentimentos nunca revelados; discriminação e estigmatização a partir do conteúdo revelado; tomar o tempo do sujeito ao responder ao questionário/intervista. Quando da ocorrência de quaisquer desses riscos, os pesquisadores tomarão as seguintes medidas, providências e cautelas: garantir que os pesquisadores sejam habilitados ao método de coleta dos dados. Estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Os pesquisadores assumem a responsabilidade por dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

**Benefícios:**

Os resultados da pesquisa trarão benefícios para diferentes públicos envolvidos no projeto:

- I. Aos gestores e trabalhadores em Saúde: contribuirá com orientações para gestores e equipes da Estratégia da Saúde da Família para subsidiar as ações de prevenção e controle da COVID-19;
- II. Aos estudantes do Mestrado: a formação de profissionais cujas dissertações poderão ser aplicadas nos territórios da APS onde atuam;
- III. À sociedade acadêmica: divulgação e disseminação dos resultados para estudantes, pesquisadores e instituições através de publicações e eventos;
- IV. As Instituições de pesquisa e ensino: fortalecimento da Rede de ensino e pesquisa no PROFSAÚDE voltadas para o fortalecimento do SUS;
- V. À sociedade e famílias: popularização das orientações médico-científicas e outras informações de interesse sanitário em linguagem acessível aos usuários do SUS; Por fim, a participação nesta pesquisa permitirá ao participante refletir sobre suas práticas cotidianas voltadas à prevenção e controle da COVID-19 com base nas orientações médico-científicas recebidas por ele pelas distintas vias de comunicação.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Delineamento do Estudo:**

**Tipo de Estudo e Participantes:**

Estudo com abordagem quanti-qualitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Chapada

**CEP:** 69.050-030

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92) 9878-4368

**Fax:** (92) 3878-4368

**Email:** ncp.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

dos sujeitos estudados. O estudo é multicêntrico, de abrangência nacional, envolvendo 88 municípios e 134 Equipes da Saúde da Família.

O universo da pesquisa compreende 106.200 famílias dos territórios adstritos às UBS nas quais alunos do PROFSAUDE estão vinculados, distribuídos nos 88 municípios.

**Participantes do Estudo:** Na primeira etapa define-se que a amostra para o Brasil será de 8.808 famílias distribuídas nas 134 equipes de saúde da família como participantes do projeto. Isso equivale a 70 famílias entrevistadas por equipe em média.

**Amostra:**

A amostra é de conveniência por inclusão das famílias de usuários cadastrados que tenham frequentado a UBS nos 90 dias precedentes à pesquisa, possuam telefone celular e se disponham a participar, sendo excluídos usuários sem acesso à internet, sem cadastro nas UBS e que após três tentativas de envio, com intervalo de uma semana, ou que após busca ativa não responderam à solicitação de participação na pesquisa.

Na segunda etapa serão definidos aleatoriamente 20% das famílias participantes da etapa anterior com os quais serão realizadas entrevistas ou presencialmente ou por telefone, sendo gravadas em áudio que seguirá o critério de saturação sob a supervisão dos mestrandos assistentes de pesquisa.

#### Instrumentos de Coleta de Dados

Na primeira etapa, será aplicado questionário online pela plataforma Google

Forms, com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, com três núcleos de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID 19.

Na segunda etapa, será realizada entrevista dialogada, previamente agendada e seguindo um roteiro, sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19.

**Procedimentos** Na primeira etapa será aplicado questionário online pela plataforma Google Forms, com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, com três núcleos de informações: a) características sociais, demográficas e econômicas; b) relação com a UBS e utilização dos serviços; c) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações das medidas de prevenção e controle da COVID 19.

**Endereço:** Av. Carvalho Leal, 1777

**Bairro:** Chapada

**CEP:** 69.050-030

**UF:** AM

**Município:** MANAUS

**Telefone:** (92)3878-4368

**Fax:** (92)3878-4368

**E-mail:** osp.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

Os procedimentos serão os seguintes: em primeiro lugar, os mestrandos que irão participar da pesquisa farão o contato com os coordenadores da UBS, apresentando a carta de Anuência do município, para ver a melhor estratégia de realizar a pesquisa; em segundo lugar solicitarão o acesso aos prontuários dos usuários para obter a informação do contato e ver as possibilidades de coleta de informações por meio de um questionário auto aplicável mas que será preenchido com a supervisão do pesquisador ou profissional indicado devidamente instruído.; em terceiro lugar, fazer uma seleção das pessoas que irão responder ao formulário; em quarto lugar, enviar uma mensagem ou entrar em contato por meio da UBS com a explicação da pesquisa para combinar o momento de preenchimento do formulário; em quinto lugar, auxiliar o usuário a preencher o formulário que estará no aplicativo do entrevistador, salvar o questionário em PDF e enviar ao entrevistado com o TCLE. Caso não seja possível o contato prévio por telefone com todos os sujeitos da amostra, poderá ter a possibilidade de realizar a pesquisa presencialmente na própria unidade de saúde de acordo com os critérios de inclusão e, se possível, acrescentar pessoas com características distintas como gestantes, doentes crônicas, acompanhantes de crianças e outras características que se julguem apropriadas para manter a diversificação da amostra.

Na segunda etapa será realizada entrevista dialogada segundo roteiro, agendada, sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Nessa etapa da pesquisa, os espaços de sala de espera ou outro local da Unidade podem ser utilizadas. Assim como as visitas domiciliares da equipe podem ser recursos importantes para a coleta. Lembrando que os

pesquisadores de campo serão os próprios profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde. Esses terão que negociar com os seus coordenadores para realizar a pesquisa no período indicado no cronograma.

#### Critérios de Inclusão

Serão incluídas as famílias de usuários cadastrados que tenham frequentado a UBS nos 90 dias precedentes à pesquisa e possuam telefone celular. Poderão representar suas famílias, participantes com mais de 18 anos, conscientes e capazes.

#### Critérios de Exclusão

Serão excluídas as famílias de usuários que não tenham acesso à Internet, que não tenham frequentado a UBS nos últimos 90 dias e usuários pertencentes à população

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Rainha: Manaus

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3670-4300

Fax: (92)3670-4300

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

Pesquisadores	UNIR.pdf	00:04:05	Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Unifesp.pdf	14/08/2020 00:03:53	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Unesp.pdf	14/08/2020 00:03:41	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFT.pdf	14/08/2020 00:03:31	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFSB.pdf	14/08/2020 00:03:20	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFRB.pdf	14/08/2020 00:03:11	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFPR.pdf	14/08/2020 00:02:53	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFPI.pdf	14/08/2020 00:02:37	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFPB.pdf	14/08/2020 00:02:26	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFOP.pdf	14/08/2020 00:02:15	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFMA.pdf	14/08/2020 00:02:03	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFJF.pdf	14/08/2020 00:01:54	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFGRS.pdf	14/08/2020 00:01:44	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFF.pdf	14/08/2020 00:01:34	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UFCSPA.pdf	14/08/2020 00:01:25	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Ufal.pdf	14/08/2020 00:01:16	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UEA.pdf	14/08/2020 00:01:07	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Profsaude.pdf	14/08/2020 00:00:57	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ESCS.pdf	14/08/2020 00:00:26	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	VenancioAiresRS.pdf	14/08/2020 00:00:02	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ToledoPR.pdf	13/08/2020 23:59:50	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SaoJosedosPinhaisPR.pdf	13/08/2020 23:59:39	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PontaGrossaPR.pdf	13/08/2020 23:59:29	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	POA.PDF	13/08/2020 23:59:17	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito

Endereço: Av. Univ. Leônidas, 1/771

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: Manaus

Telefone: (65) 3279-2999

Fax: (62) 3978-4388

E-mail: rnp\_mau@gmail.com

Continuação da Parecer: 4.345.618

Declaração de Pesquisadores	PiraquaraPR.pdf	13/08/2020 23:59:07	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ParaisodoSulRS.pdf	13/08/2020 23:58:58	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NovoHamburgoRS.pdf	13/08/2020 23:58:45	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Maringa.pdf	13/08/2020 23:58:32	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MarauRS.pdf	13/08/2020 23:58:24	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LajeadoRS.pdf	13/08/2020 23:58:16	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	JoinvillePR.pdf	13/08/2020 23:58:08	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EstrelaRS.pdf	13/08/2020 23:58:01	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CuritibaPR.pdf	13/08/2020 23:57:54	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CorbebiaPR.pdf	13/08/2020 23:57:48	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Colombo.pdf	13/08/2020 23:57:33	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CanoasRS.pdf	13/08/2020 23:57:25	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	VarjadeMinasMG.pdf	13/08/2020 23:54:00	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SuzanoSP.pdf	13/08/2020 23:53:46	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SerraES.pdf	13/08/2020 23:53:38	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SerradoSantos.pdf	13/08/2020 23:53:23	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SaoGotardoMG.pdf	13/08/2020 23:53:11	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SaoGoncaloAbasteMG.pdf	13/08/2020 23:52:57	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PatosdeMinasMG.pdf	13/08/2020 23:52:43	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OuropretoMG.pdf	13/08/2020 23:52:27	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MatiasBarbosaMG.pdf	13/08/2020 23:52:15	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MarianaMG.pdf	13/08/2020 23:51:55	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LeopoldinaMG.pdf	13/08/2020 23:51:42	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de	LagosGrandeMG.pdf	13/08/2020	Júlio Cesar	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

Declaração de Pesquisadores	TeresinaPI.pdf	13/08/2020 23:42:59	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SimãoDiasSE.pdf	13/08/2020 23:42:47	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SãoLuis.pdf	13/08/2020 23:42:30	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PortoSeguroBA.pdf	13/08/2020 23:42:18	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PimenteirasPI.pdf	13/08/2020 23:42:08	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PetrolinaPE.pdf	13/08/2020 23:41:54	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NísiaFlorestaRN.pdf	13/08/2020 23:41:41	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NeópolisSE.pdf	13/08/2020 23:41:28	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MorenaPE.pdf	13/08/2020 23:41:15	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MaceióAL.pdf	13/08/2020 23:40:53	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ItapiunaCE.pdf	13/08/2020 23:40:36	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ItapecuruMirimMA.pdf	13/08/2020 23:40:23	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ItabunaBA.pdf	13/08/2020 23:40:10	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ImperatrizMA.pdf	13/08/2020 23:38:28	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FortalezaCE.pdf	13/08/2020 23:38:12	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FeiraGrandeAL.pdf	13/08/2020 23:37:56	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EunápolisBA.pdf	13/08/2020 23:37:39	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CondadoPE.pdf	13/08/2020 23:37:28	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CantinhoBuritiPI.pdf	13/08/2020 23:37:11	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CampinaGrandePB.pdf	13/08/2020 23:36:35	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	BayeuxPB.pdf	13/08/2020 23:36:15	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	BaturitéCE.pdf	13/08/2020 23:35:41	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	BatalhaPI.pdf	13/08/2020 23:31:58	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de	BarradaSantanaPB.pdf	13/08/2020	Júlio Cesar	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.060-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

Pesquisadores	BarradeSantanaPB.pdf	23:31:49	Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	BarbalhaCE.pdf	13/08/2020 23:31:39	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AtalaiaAL.pdf	13/08/2020 23:31:29	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AroeirasPB.pdf	13/08/2020 23:31:12	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ArapiracaAL.pdf	13/08/2020 23:31:00	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AraguariPB.pdf	13/08/2020 23:30:33	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de concordância	RondonopolisMS.pdf	13/08/2020 23:29:58	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DistritoFederal.pdf	13/08/2020 23:29:47	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CabeceirasGO.pdf	13/08/2020 23:29:37	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AltoGarciasMT.pdf	13/08/2020 23:29:28	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRostoMulticentrico.pdf	13/08/2020 23:28:50	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AracagiPB.pdf	13/08/2020 22:57:30	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	AlhandraPB.pdf	13/08/2020 22:56:16	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Outros.	Questionario.pdf	13/08/2020 22:53:56	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreEsclarecido.pdf	12/08/2020 23:21:34	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetodepesquisaCOVID19.pdf	12/08/2020 23:21:24	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777  
Bairro: Chapada CEP: 69.050-030  
UF: AM Município: MANAUS  
Telefone: (92)3878-4368 Fax: (92)3878-4368 E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Processo: 4.345.618

MANAUS, 19 de Outubro de 2020

Assinado por:

**ELIELZA GUERREIRO MENEZES**  
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777  
Bairro: Chapada CEP: 69.050-030  
UF: AM Município: MANAUS  
Telefone: (92)3878-4368 Fax: (92)3878-4368 E-mail: cap.uea@gmail.com

## ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome Completo \_\_\_\_\_

### 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 médico-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 (COVID-19). 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 determina a Resolução CNS nº 486 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.

Os benefícios 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. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Júlio Cesar Schweickardt, no telefone (92) 3621-2440 e na Rua Teresina, 476, bairro Adrianópolis, Manaus, Amazonas, CEP 60057-070, e no e-mail: [julio.cesar@fiocruz.br](mailto:julio.cesar@fiocruz.br).

José Ivo Pedrosa, no telefone (86)33159955 e na Av São Sebastião, 2810, bairro Nossa Senhora de Fátima, Parnaíba, Piauí, CEP 64202-020, e no e-mail: [jivopedrosa@gmail.com](mailto:jivopedrosa@gmail.com).

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, localizado no 1º andar do prédio administrativo da ESA-UEA, sítio à Avenida Carvalho Leal, 1777 Cachoeirinha CEP 69065-001, contato (92) 99295-9078; (92) 99100-1288; (92) 99983-0177; email: [cep.uea@gmail.com](mailto:cep.uea@gmail.com). O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

Eu aceito participar do projeto citado acima, voluntariamente, após ter sido devidamente esclarecido. ( ) Sim ( ) Não