

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM**



LAYANE TRINDADE DE SOUZA

**MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 E
FATORES ASSOCIADOS ENTRE UNIVERSITÁRIOS**

JOÃO PESSOA – PB

2022

LAYANE TRINDADE DE SOUZA

**MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 E
FATORES ASSOCIADOS ENTRE UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem. **Área de Concentração:** Cuidado em Enfermagem e Saúde. **Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Saúde no Cuidado ao Adulto e Idoso **Orientador (a):** Dr^a. Ana Cristina de Oliveira e Silva

JOÃO PESSOA – PB

2022

**Catálogo na publicação Seção de
Catálogo e Classificação**

S729m Souza, Layane Trindade de.

Medidas não farmacológicas de prevenção da covid-19 e fatores associados entre universitários / Layane Trindade de Souza. - João Pessoa, 2022.
99 f. : il.

Orientação: Ana Cristina de Oliveira e Silva. Dissertação (Mestrado)
- UFPB/CCS.

1. Coronavírus - Estudante universitário. 2. Pandemia - Covid-19 - Distanciamento físico. 3. Pandemia - Covid-19 - Máscaras. 4. Pandemia - Covid-19 - Comportamento adicto. I. Silva, Ana Cristina de Oliveira e. II. Título.

UFPB/BC

CDU 578.834-057.875(043)

LAYANE TRINDADE DE SOUZA

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS DE PREVENÇÃO DA
COVID-19 E FATORES ASSOCIADOS ENTRE
UNIVERSITÁRIO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, do Centro de
Ciências da Saúde, da Universidade Federal da
Paraíba, como requisito para a obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr.^a Ana Cristina de Oliveira e Silva (Orientadora)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)



Prof.^a Dr.^a Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo (Membro
Externo Titular)

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)



Prof. Dr.^a Maria Eliane Moreira Freire (Membro Interno Titular)
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Prof.^a Dr.^a Gisetti Corina Gomes Brandão (Membro Externo
Suplente)

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Prof.^a Dr.^a Anne Jaquelyne Roque Barreto (Membro Interno
Suplente)

Universidade Federal de Campina Grande (UFCG)

Aprovada em: _____ 27/ 07/ 2022

DEDICATÓRIA

Dedico aos estudantes universitários matriculados na Universidade Federal da Paraíba, que participaram do estudo e colaboraram para a construção deste trabalho e as vítimas da COVID-19 e seus familiares enlutados.

AGRADECIMENTOS

A Deus e a Nossa. Senhora, por estarem sempre comigo, me guiando, iluminando cada passo meu e intercedendo ao meu favor. Sem essa força divina, nenhuma conquista seria possível.

Aos meus pais (Helena e Clidenor), meus irmãos Livia e Clidenor Junior e toda minha família e amigos(as), pela compreensão, ao serem privados em muitos momentos da minha companhia e atenção, e pelo grande apoio, me incentivando nos momentos mais difíceis. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse ultrapassar cada obstáculo em meu caminho e chegar aqui e, especialmente, pelo amor que vocês têm por mim. Amo vocês!

Ao meu namorado Enielton, obrigada por sempre me apoiar em meus objetivos, pelo carinho e amor que demonstra e por esta ao meu lado nesta conquista. Você é muito importante em minha vida.

Aos membros do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Agravos Infeciosos e Qualidade de Vida (NEPAIQV), em especial, a Aparecida, Patrícia, Gabriela, Wynne, Hellena, Beatriz, Mateus, Nathalia, Izabela, Regiane, Sergio, Janislei, Cibelly e aos demais membros do Grupo. Gratidão pela dedicação em todo o período de coleta de dados, pelo apoio e amizade. Muito obrigada por toda ajuda e contribuição na construção deste trabalho. Vocês foram essenciais nessa caminhada.

A minha Orientadora, Ana Cristina, minha eterna gratidão pela confiança depositada e conhecimentos compartilhados com maestria, que foram fundamentais para meu crescimento profissional. Obrigada por esta sempre ao meu lado em cada momento do mestrado, seu apoio foi fundamental para concretização desse estudo. A senhora exerceu com excelência o papel de Orientadora. Muito Obrigada!

Aos amigos da turma do Mestrado, em especial, a Bruna, Jamira e Juliana vocês me apoiaram e foram fundamentais nessa caminhada. Muito obrigada!

As professoras Dras. Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo, Maria Eliane Moreira Freire por terem aceitado fazer parte deste momento tão importante para mim e por todas as contribuições a respeito deste trabalho.

E a todos aqueles, que contribuíram e desejaram minha vitória para concretização desse sonho.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 - Grupos prioritários especificados durante campanha de vacinação. (Página 26)
- Tabela 2 - Tabela 02: Vacinas em potencial. (Página 28)
- Tabela 3 - Características sociodemográficas dos estudantes universitários da Paraíba, Brasil. 2022 (n= 404). (Página 53)
- Tabela 4 – Uso de álcool e outras drogas entre os estudantes universitários da Paraíba, Brasil. 2021. (n=404). (Página 55)
- Tabela 5 – Associação entre as características sociodemográficas, clínicas da COVID-19, uso de álcool e outras drogas e as medidas não farmacológicas entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil, 2021. * $p \leq 0,05$. (Página 57).
- Tabela 6 - Análise de regressão logística das medidas não farmacológicas e as variáveis sociodemográficas, clínicas da covid-19 e uso de álcool e outras drogas entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil. 2021. (Página 59).
- Tabela 7 - Análise de regressão logística múltipla para a prática do isolamento físico e do uso de máscaras entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil. 2021. (Página 60)
- Tabela 8 – Respostas dos estudantes universitários, de acordo com os itens da Escala sobre Prática do Uso de Máscaras Faciais (FMUS-PB) versão em português, durante a pandemia de COVID-19. Paraíba, Brasil, 2021. (n=404) (Página 61)
- Tabela 9 – Escores médios da escala FMUS segundo variáveis sociodemográficas, relacionadas a covid-19 e ao uso de álcool e outras drogas. Paraíba, Brasil, 2021. (Página 63)
- Tabela 10 – Frequências dos tipos de máscaras utilizadas pelos estudantes universitários em locais públicos durante a pandemia de covid-19. Paraíba, Brasil, 2021. (N=404) (Página 66)
- Tabela 11 – Distribuição da frequência de reutilização dos tipos de máscaras utilizadas entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil, 2021. (Página 66)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Curva epidêmica hipotética mostrando o curso normal da epidemia e o achatamento da curva esperado com a adoção de intervenções não farmacológicas.
(Página 30)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Distribuição de ingressantes – Paraíba – Rede Pública (Página 41)

Quadro 2: Tamanho de amostra de ingressantes – Areia, Bananeiras, João Pessoa e Litoral Norte. Nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,3% para mais ou para menos. (Página 42)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS - Organização Mundial de Saúde
SRAG - Síndrome Respiratória Aguda Grave
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CoV – Coronavírus
MERS - Síndrome Respiratória do Oriente Médio
transcription polymerase chain reaction (RT-PCR
Imunoglobulina M (IgM
Imunoglobulina G (IgG
MS Ministério da Saúde
UFPB Universidade Federal da Paraíba
CCA Centro de Ciências Agrárias
CCHSA Centro de Ciências Humanas Sociais e Agrárias
CCAIE Centro de Ciências Aplicadas e Educação
FMUS - Face Mask Use Scale
FMUS Face Mask Use Scale
TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
SPSS Statistical Package for Social Sciences
OR Odds Ratio
PNI Programa Nacional de Imunizações
UTI Unidades de Terapia Intensiva
CDC Centers for Disease Control and Prevention

RESUMO

SOUZA, Layane Trindade de. Medidas não farmacológicas de prevenção da covid-19 e fatores associados entre universitários. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2022.

Introdução: Perante o cenário de pandemia da covid-19, causada pelo vírus SARS-CoV-2, medidas de proteção individual e coletiva foram introduzidas para diminuir a transmissão viral. **Objetivo:** Investigar as medidas não farmacológicas de prevenção da covid-19 e fatores associados entre universitários. **Método:** Estudo transversal e analítico realizado com 404 estudantes universitários do estado da Paraíba no período de abril de 2020 a maio de 2022. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual, com a utilização de um questionário autoaplicável e estruturado com questões sociodemográficas, características clínicas da covid-19, sobre a prática do uso de máscaras, distanciamento físico, uso de drogas lícitas e ilícitas e o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras substâncias (Assist). Realizaram-se estatísticas descritivas e inferenciais. **Resultados:** A prevalência de covid-19 foi de 21,8%. Estudantes universitários que relataram diagnóstico positivo para a covid-19 ($p < 0,001$), que apresentaram sintomas semelhantes a infecção ($p = 0,001$) e que tiveram contato com pessoas diagnosticadas com a doença ($p = 0,001$) apresentaram maiores chances para a prática do isolamento físico. Enquanto estudantes do sexo feminino apresentaram menores chances ($p = 0,012$). Em relação a prática do uso de máscaras, estudantes universitários com renda familiar ≤ 2 salários mínimos ($p = 0,003$) tem menores chances de fazer uso de máscaras e aqueles que exercem alguma atividade remunerada ($p = 0,002$) tem chances aumentadas. Quanto ao tipo de máscara utilizada, a mais recorrente foi a máscara de tecido, 73,0%, seguida da máscara cirúrgica, 44,6%. O escore geral da prática do uso de máscaras entre os estudantes universitários foi de 23,7 (DP=4,9). **Conclusão:** Ratifica-se a necessidade de identificar possíveis fatores comportamentais na vida dos estudantes, a fim de implementar e fortalecer estratégias de prevenção eficientes contra a covid-19.

PALAVRAS-CHAVES: Estudantes; COVID-19; Distanciamento físico; Máscaras; Comportamento adicto.

ABSTRACT

Introduction: Given the Covid-19 pandemic scenario, caused by the SARS-CoV-2 virus, individual and collective protection measures were introduced to reduce viral transmission. **Objective:** To investigate non-pharmacological measures to prevent covid-19 and associated factors among university students. **Method:** Cross-sectional and analytical study carried out with 404 university students from the state of Paraíba from April 2020 to May 2022. Data were collected through individual interviews, using a self-administered and structured questionnaire with sociodemographic questions, characteristics Covid-19 clinics, on the practice of wearing masks, physical distancing, use of licit and illicit drugs and the Screening Test for Involvement with Alcohol, Cigarettes and other substances (Assist). Descriptive and inferential statistics were performed. **Results:** The prevalence of covid-19 was 21.8%. University students who reported a positive diagnosis for covid-19 ($p < 0.001$), who had symptoms similar to infection ($p = 0.001$) and who had contact with people diagnosed with the disease ($p = 0.001$) were more likely to practice the disease. physical isolation. While female students had lower chances ($p = 0.012$). Regarding the practice of wearing masks, university students with a family income ≤ 2 minimum wages ($p = 0.003$) are less likely to use masks and those who perform some paid activity ($p = 0.002$) have increased chances. As for the type of mask used, the most frequent was the fabric mask, 73.0%, followed by the surgical mask, 44.6%. The overall score for the practice of wearing masks among university students was 23.7 (SD=4.9). **Conclusion:** The need to identify possible behavioral factors in the lives of students is confirmed, in order to implement and strengthen efficient prevention strategies against covid-19.

KEYWORDS: Students; COVID-19; Physical distancing; masks; Addictive behavior.

RESUMEN

Introducción: Ante el escenario de pandemia de Covid-19, provocada por el virus SARS-CoV-2, se introdujeron medidas de protección individual y colectiva para reducir la transmisión viral. **Objetivo:** Investigar medidas no farmacológicas para prevenir el covid-19 y factores asociados entre estudiantes universitarios. **Método:** Estudio transversal y analítico realizado con 404 estudiantes universitarios del estado de Paraíba de abril de 2020 a mayo de 2022. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas individuales, utilizando un cuestionario estructurado y autoadministrado con preguntas sociodemográficas, características Clínicas Covid-19 , sobre la práctica del uso de mascarillas, el distanciamiento físico, el uso de drogas lícitas e ilícitas y la Prueba de Detección de Involucramiento con Alcohol, Cigarrillos y otras sustancias (Assist). Se realizó estadística descriptiva e inferencial. **Resultados:** La prevalencia de covid-19 fue de 21,8%. Los universitarios que reportaron diagnóstico positivo para covid-19 ($p < 0,001$), que presentaron síntomas similares a la infección ($p = 0,001$) y que tuvieron contacto con personas diagnosticadas con la enfermedad ($p = 0,001$) tuvieron mayor probabilidad de practicar la enfermedad .aislamiento físico. Mientras que las alumnas tuvieron menores posibilidades ($p = 0,012$). En cuanto a la práctica del uso de mascarillas, los estudiantes universitarios con renta familiar ≤ 2 salarios mínimos ($p = 0,003$) tienen menor probabilidad de usar mascarillas y aquellos que realizan alguna actividad remunerada ($p = 0,002$) tienen mayores posibilidades. En cuanto al tipo de mascarilla utilizada, la más frecuente fue la mascarilla de tela, 73,0%, seguida de la mascarilla quirúrgica, 44,6%. La puntuación global para la práctica del uso de mascarillas entre los estudiantes universitarios fue de 23,7 (DE=4,9). **Conclusión:** Se confirma la necesidad de identificar posibles factores conductuales en la vida de los estudiantes, con el fin de implementar y fortalecer estrategias eficientes de prevención frente al covid-19.

PALABRAS CLAVE: Estudiantes; COVID-19; distanciamiento físico; máscaras; Comportamiento adictivo.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	21
2.1 Objetivo geral:.....	21
2.2 Objetivos específicos:.....	21
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
3.1 Contextualização da Covid-19.....	22
3.2 Variantes SARS-CoV-2.....	24
3.3 Vacinação contra COVID-19.....	26
3.4 Medidas não farmacológicas de prevenção da Covid-19.....	29
3.4.1 Isolamento.....	32
3.4.2 Distanciamento físico.....	33
3.4.3 Quarentena.....	34
3.4.4 Higienização das mãos.....	35
3.4.5 Etiqueta respiratória.....	36
3.4.6 Uso de Máscaras.....	35
3.4.7 Uso de álcool, cigarro e outras substâncias em universitários.....	36
4 MÉTODO.....	39
4.1 Desenho do estudo.....	39
4.2 Local do estudo.....	39
4.2.1 Campus I (João Pessoa – PB).....	39
4.2.2 Campus II (Areia – PB).....	40
4.2.3 Campus III (Bananeiras – PB).....	40
4.2.3 Campus IV (Mamanguape – PB e Rio Tinto - PB).....	40
4.3 População e Amostra.....	41
4.4 Sistemática da Coleta de Dados.....	44
4.4.1 Treinamento dos colaboradores da Pesquisa.....	44
4.4.2 Instrumento de Coleta de Dados.....	44
4.4.3 Testes piloto.....	46
4.4.4 Variáveis do estudo.....	47
4.4.5 Coleta de Dados.....	47
4.5 Análise dos dados.....	48
4.6 Aspectos éticos.....	49
5 RESULTADOS.....	50
6 DISCUSSÃO.....	68
7 CONCLUSÃO.....	73
8 REFERÊNCIAS.....	74

9 APÊNDICES	84
10 ANEXOS	90

1 INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, a província de Hubei em Wuhan, China, virou o epicentro de um surto de pneumonia de causas desconhecidas (WANG *et al.*, 2020). Um grupo de pessoas compareceu a diferentes hospitais com diagnóstico de pneumonia de etiologia não determinada, e a maior parte desses doentes estava epidemiologicamente relacionada a um mercado de peixes e animais selvagens em Hubei (BOGOCH *et al.*, 2020; LU *et al.*, 2020).

Em pouco tempo, o número de casos cresceu surpreendentemente, não somente na China continental, mas também em diversos países. O agente causador foi identificado, um novo coronavírus (2019-nCoV). Em seguida classificado como novo coronavírus SARS-CoV2 ocasionando a doença covid-19. Nesse contexto, em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou o surto da covid-19 como uma emergência de saúde pública de preocupação internacional, e posteriormente, uma pandemia, em 11 de março de 2020 (WANG, TANG, WEI, 2020; KOURY, HIRSCHHAUT, 2020). No Brasil o primeiro caso da covid-19 foi em 26 de fevereiro de 2020 e o primeiro óbito em 17 de março do mesmo ano (BRASIL, 2020).

Em relação a forma de transmissão e contágio é sabido atualmente que o SARS-CoV-2 é transmitido por meio do contato com gotículas e/ou aerossóis respiratórios gerados quando um indivíduo infectado fala, tosse ou espirra, assim como, pelo aperto de mão com indivíduos infectados e toque em objetos e superfícies, continuamente de contato com boca, nariz e/ou olhos. A suscetibilidade é geral e o vírus manifesta elevada transmissibilidade, o período de incubação altera entre 1 a 14 dias (BRASIL, 2020; SINGHAL, 2020; STRUNK *et al.*, 2014; OMS, 2020).

Embora a maior parte dos infectados não apresentem sinais ou sintomas, a covid-19 pode causar febre alta, dispneia, cefaleia, tosse, mialgia e/ou fadiga, seguidas ou não de secreções respiratórias, obstrução nasal e disfunção quimiossensorial do olfato e paladar, contudo, a infecção progride para cura em semanas. Ademais, aqueles assintomáticos podem transmitir a doença (VELAVAN, MEYER, 2020; LI *et al.*, 2020).

A maioria dos pacientes tem a doença de forma leve, com sintomas semelhantes a uma gripe comum, no entanto, alguns casos podem ser de forma grave com desconforto respiratório agudo e morte. Os casos graves estão correlacionados à dispneia e pneumonia que podem evoluir para síndrome respiratória aguda grave (SRAG), taquipnéia, hipotensão, descompensação das doenças de base, seguindo de lesões cardíaca e/ou renal,

infecção secundária e choque séptico, que são capazes de ocasionar falência múltipla de órgãos e exigem cuidados intensivos (LAUER *et al.*, 2020; VELAVAN, MEYER, 2020; BERNHEIM *et al.*, 2020; LI *et al.*, 2020; HUANG *et al.*, 2020). Devido a este cenário, diversos países em todo o mundo estão tomando medidas restritivas para conter a propagação do vírus e o colapso dos sistemas de saúde (AQUINO *et al.*, 2020).

Trata-se de medidas de saúde públicas não farmacológicas, visando impedir a transmissão entre humanos, desacelerar a disseminação da doença, e por conseguinte reduzir e retardar o pico de ocorrência na curva epidêmica (ANDERSON *et al.*, 2020). No Brasil, em 6 de fevereiro de 2020, foi aprovada a Lei no 13.979, que compõe sobre as medidas para enfrentamento da pandemia da covid-19 e a lista de medidas não farmacológicas comunitárias que podem ser adotadas. As Unidades da Federação passaram a tomar tais medidas com início na segunda semana de março de 2020 (GARCIA, DUARTE, 2020).

As políticas acatadas para enfrentar divergem entre os países e dentro deles, todavia, têm medidas de resposta comuns, como distanciamento físico, isolamento, o incentivo à higienização das mãos, à adoção de etiqueta respiratória, uso de máscaras, a conscientização da população para que permaneça em casa, até a completa proibição da circulação nas ruas, exceto para a compra de alimentos e medicamentos ou a busca de assistência à saúde (LIN *et al.*, 2020 ; PAKPOUR, GRIFFITHS 2020; AQUINO *et al.*, 2020).

Para mais, em busca de reduzir a disseminação desse vírus e acabar com a pandemia, cientistas ao redor do mundo empenharam-se para desenvolvimento de vacinas eficientes e seguras em tempo recorde para combater o patógeno (KNOLL *et al.*, 2020) e quatro foram aprovadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2021) do Brasil. Sendo elas as vacinas da Oxford/Astrazeneca, Janssen, CoronaVac e Pfizer cada uma com um meio de ação específico e características diferentes. A vacinação foi responsável pelo controle do número de novos casos da doença no Brasil e no mundo, evitando o agravamento do quadro clínico e diminuindo a taxa de mortalidade (FILHO *et al.*, 2022).

Entretanto o SARS-CoV-2, um coronavírus, tem a capacidade natural de sofrer mutação e variação antigênica ao longo de um período de tempo (SINGH *et al.*, 2020; PACHETTI *et al.*, 2020). Quatro variantes preocupantes (VOC) SARSCoV-2 foram identificadas entre dezembro de 2020 e maio de 2021. Eles são Alpha (B.1.1.7), Beta (B.1.351), Gamma (P.1) e Delta (B. 1.617.2) (KANNAN, ALI, SHEEZA, 2021). Em 11

de novembro de 2021, uma nova variante foi descoberta em Botsuana. Mais à frente, várias partes da África do Sul relataram essa variante. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 26 de novembro de 2021, classificou esse mutante como uma variante preocupante e o nomeou Omicron (B.1.1.529). E imediatamente levantaram preocupações globais sobre transmissibilidade viral, patogenicidade e evasão imune desta variante.

Tal circunstância ressalta a importância de manter as atuais medidas de prevenção de saúde pública. Essas medidas provaram ser eficazes para interromper a transmissão de outras variantes e também devem ser eficazes para lidar com a variante Omicron (HE *et al.*, 2021).

Contudo, é necessário acrescentar que mesmo perante os benefícios das medidas para diminuir as chances de contaminação do vírus, experimentar a restrição social, pode acarretar consequências na saúde mental das pessoas. Nessa perspectiva, é possível afirmar que juntamente com a pandemia da covid-19 nasce um estado de pânico social em nível global e a sensação de isolamento social fomenta os sentimentos (e. g., de angústia, insegurança e medo), que podem delongar-se até mesmo após o controle do vírus (HOSSAIN, SULTANA, PUROHIT, 2020; LIMA *et al.*, 2020; SHIGEMURA *et al.*, 2020; BROOKS *et al.*, 2020; AQUINO *et al.*, 2020).

Segundo Wang *et al.* (2020) 53,8% da população chinesa sofreu impactos psicológicos frente a pandemia da covid-19, tendo classificação de moderada a grave. Para mais, verifica-se que alguns estressores ao longo do isolamento social são: afastamento de familiares e amigos, a frequente dúvida quanto a duração deste isolamento, o acúmulo de trabalhos durante as atividades de homeschooling e homeworking (BROOKS *et al.*, 2020; SINGHAL, 2020).

Ainda nesse contexto, estudos demonstram crescimento significativo de perturbação psicológica (ansiedade, depressão e estresse) entre os universitários no período pandêmico em comparação a períodos habituais. Esses resultados convergem com outros estudos internacionais que avaliaram as consequências psicológicas da covid-19 e de outras pandemias (MAIA, DIAS, 2020; WANG *et al.*, 2020; WEISS, MURDOCH, 2020).

Na educação, 1,5 bilhões de estudantes tiveram suas aulas presenciais suspensas ou reestruturadas em todo o mundo (LIMA *et al.*, 2020). Em 16 de março de 2020, 100 países divulgaram o fechamento de escolas e universidades como medida de controle da

doença, sendo que em 85 países vigiados, 776,7 milhões de crianças e jovens foram atingidos (AVANCINI, 2020).

Diante dessa situação, considerando as mudanças a que os universitários foram submetidos e da repentina decisão de continuar os programas educacionais remotamente, verificaram que a proporção do trabalho desafiava os recursos disponíveis, físicos, tecnológicos e humanos, provocando aflição e estresse em uma conjuntura de incertezas, medo do contágio e preocupação com o que virá no futuro próximo (VELÁZQUEZ *et al.*, 2020; WATHELET *et al.*, 2020; MAIA, DIAS, 2020; SUNDE, 2021).

Para mais, pesquisas apontam padrões auto relatados de consumo exagerado de álcool entre universitários com o fechamento dos campus em decorrência da pandemia da covid-19 (BONAR *et al.*, 2021; RAMOS, LOPES, 2021).

O uso de álcool ainda pode aumentar a vulnerabilidade quanto a covid-19, porque está associado a implicações negativas à saúde, compreendendo, mas não se restringindo a, um sistema imunológico fragilizado e uma suscetibilidade aumentada a pneumonia e outras infecções respiratórias agudas (WHO, 2020). Além disso, pode induzir à falha de disciplina social, a desatenção das medidas preventivas.

Dados recentes de um relatório observou que cerca de 25% dos jovens adultos começaram ou aumentaram o consumo de substâncias para lidar com ônus emocional da pandemia (CZEISLER *et al.*, 2020). Outrossim, um estudo concentrado na cannabis com jovens adultos identificou um maior consumo de cannabis no início da pandemia (BARTEL, SHERRY, STEWART, 2020). Além do mais, entre os adultos, o sofrimento psicológico ligado a covid-19 foi associado a vários índices de uso de álcool (RODRIGUEZ, LITT, STEWART, 2020).

O risco se agrava ainda mais entre a população estudantil, pois grande parte reside de aluguel, longe da família, com bolsa de estudo apertada e podem estar em fases finais, restando alguns processos, como construção e defesa de monografia para estudantes da graduação. Estas e outras atividades foram afetadas e a interrupção de aulas em determinadas universidades produziu um sentimento de revolta e de frustração. (SCHMIDT, CREPALD, BOLZE, NEIVASILVA, DEMENECH, 2020 citado por GUNDIM *et al.*, 2021, p. 9).

Nesse ínterim, as medidas de distanciamento físico e suspensão das universidades estabelecidas pela pandemia da covid-19 afetam na mudança comportamental dos estudantes universitários (SUNDE, 2020). Tudo isso, pode provocar fracasso acadêmico, baixo performance face às demandas exigidas e peculiares desse meio, podendo fomentar

problemas de interação social, bem-estar e perspectivas quanto ao curso escolhido (VEBER *et al.*, 2020). Portanto, o conhecimento e compreensão do comportamento em relação a tais surtos são fundamentais, visto que, existe poucas pesquisas realizadas sobre o assunto, o que culmina na grande quantidade de equívocos e informações falsas que circulam nas redes sociais.

Perante à lacuna identificada na área da ciência, torna-se imperativo elencar alguns questionamentos: Qual a ocorrência da covid-19 em universitários? Qual o consumo de álcool, drogas ilícitas e tabaco nessa população? Qual a relação entre as medidas não farmacológicas de controle da covid-19 e a prática de uso de drogas lícitas e ilícitas pelos universitários paraibanos no período de pandemia e pós-pandemia? À frente desses questionamentos, é pertinente estudar as variáveis relacionadas a Covid-19 entre os alunos do ensino superior, conhecer a epidemiologia do consumo de álcool e outras substâncias de risco neste momento crítico para informar os serviços prestados aos alunos, como também pleitear mecanismos de percepção dos fatores de riscos para encontrar estratégias de enfrentamento que minimizem as implicações negativas.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

- Analisar as medidas não farmacológicas de prevenção da covid-19 e fatores associados entre universitários.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a população do estudo quanto aos aspectos sociodemográficos;
- Estimar a prevalência segundo relato da covid-19 nos universitários;
- Investigar o uso de máscaras e prática do distanciamento físico pelos universitários durante a pandemia da covid-19;
- Identificar o uso de álcool, cigarro e outras substâncias nos universitários;
- Associar as medidas não farmacológicas: prática do uso de máscaras e distanciamento físico com fatores sociodemográficos dos universitários e o uso de álcool, cigarro e outras substâncias pelos universitários paraibanos no período de pandemia da covid-19.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Contextualização da Covid-19

Os coronavírus (CoV) fazem parte de um grupo reconhecido desde meados de 1960. Recebem essa nomenclatura em decorrência da estrutura na sua superfície, semelhante a uma coroa (latim: corona = coroa). Segundo Pimentel *et al.*, (2020) as narrações científicas tinham conhecimento de seis espécies de coronavírus que causam doenças em humanos. Quatro delas ocasionam sintomas comuns de gripe e resfriados. No entanto os outros dois, de origem animal, mais perigosos, associados com o aparecimento de infecções com grande impacto na saúde pública devido a sua letalidade, são eles: coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV), que surgiu em Hong Kong (China), em 2003, com cerca de 10% de letalidade, e o da síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS), que emergiu na Arábia Saudita em 2012, com letalidade de aproximadamente 30% (WHO, 2020).

Dessa forma, a alta taxa de letalidade diferencia os surtos de coronavírus SARS e MERS das outras quatro espécies conhecidas por provocarem sintomas habituais de gripe e resfriados. O SARS-CoV2 é o sétimo coronavírus, agente causador da doença Covid-19. Os coronavírus (CoVs) são vírus de RNA grandes, envelopados de fita positiva, pertencem à ordem dos Nidovirales, família dos Coronavirinae. Comumente estão ligados a doenças respiratórias e entéricas em humanos e animais (LANA, 2020; WHO, 2020).

A covid-19 foi identificada pela primeira vez em dezembro de 2019, na cidade de Hubei em Wuhan, na China. Inicialmente, como um surto de pneumonia de etiologia desconhecida, no qual os pacientes tinham uma exposição comum, um mercado atacadista de frutos do mar que também comercializava animais selvagens vivos. Em seguida, reconhecido como novo coronavírus SARS-CoV2 ocasionando a doença covid-19. Rapidamente, o vírus se espalhou por todo o mundo afetando diversos países (BOGOCH *et al.*, 2020; LU *et al.*, 2020, WHO, 2020). Diante disso, em 30 de janeiro de 2020, a OMS declarou o surto de covid-19 como uma emergência de saúde pública de preocupação internacional, e logo depois, uma pandemia, em 11 de março de 2020 (WANG, TANG, WEI, 2020; KOURY, HIRSCHHAUT, 2020).

O Brasil registrou o primeiro caso em 26 de fevereiro de 2020. Em São Paulo, por meio de um homem de 60 anos, que havia retornado de uma viagem à Lombardia, na

Itália. Logo após, a confirmação do exame laboratorial da covid-19, o mesmo, que apresentava sintomas leves da doença, recebeu os cuidados padronizados pela vigilância epidemiológica e ficou em isolamento domiciliar ao mesmo tempo que investigava-se aqueles que mantiveram contato com ele (AQUINO *et al.*, 2020). Desde então, o número de casos confirmados chega a 30,3 milhões e o número de mortes por COVID-19 somam 662.000 (BRASIL, 2022).

Embora a letalidade da doença causada pelo SARS-CoV-2 seja menor se comparada a outros coronavírus, 2,3%, sua alta transmissibilidade tem provocado um número superior de mortes versus das epidemias produzidas pelos SARS-CoV e o MERS-CoV (PETROSILLO *et al.*, 2020; MUNSTER *et al.*, 2020). A transmissão do SARS-CoV-2 ocorre, através de gotículas contaminadas de secreções da orofaringe de uma pessoa infectada para uma pessoa não infectada, aerossóis e pelo contato com superfícies e objetos contaminados, onde o vírus pode permanecer viável por algumas horas (BRASIL, 2020; SINGHAL, 2020; STRUNK *et al.*, 2014; WHO, 2020).

Para as primeiras variantes do SARS-CoV-2, as manifestações clínicas variavam de sintomas mais leves a graves, este último com possibilidade de evolução para óbito. Os principais sintomas são febre alta, dispneia, cefaleia, tosse, mialgia e/ou fadiga, seguidas ou não de secreções respiratórias, obstrução nasal e disfunção quimiossensorial do olfato e paladar. Além disso, uma grande parte da população são portadores assintomáticos e podem transmitir a doença (VELAVAN, MEYER, 2020; WU *et al.*, 2020; VAN DOREMALEN *et al.*, 2020).

O vírus pode ser detectado no trato respiratório até três dias antes ao início dos sintomas, ainda assim, indivíduos assintomáticos também podem testar positivo (WHO, 2020). Quanto ao diagnóstico da COVID-19, é comumente feito através do teste reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) através de swab nasal, entretanto, em casos de diagnóstico molecular inconclusivo, achados clínicos, laboratoriais e de imagem podem ser usados para fazer um possível diagnóstico (WIERSINGA *et al.*, 2020). Ademais, podem ser realizados testes sorológicos, no qual a presença dos anticorpos imunoglobulina M (IgM) pode ser encontrada por volta de cinco dias de infecção e a presença de imunoglobulina G (IgG), com cerca de 14 dias depois do início dos sintomas (WIERSINGA *et al.*, 2020), todavia, no Brasil a orientação é que os testes sorológicos sejam feitos apenas a partir do 14º dia de sintomas (BRASIL, 2020).

Um coronavírus tem a capacidade natural de sofrer mutação e variação antigênica ao longo de um período de tempo (SINGH *et al.*, 2020; PACHETTI *et al.*, 2020). Dessa

forma, ao longo do curso da pandemia têm sido identificadas novas variantes de SARS-CoV-2, que surgem como um subproduto natural da replicação viral (LAURING, HODCROFT, 2021). Em torno do mundo são várias as novas variantes do vírus, entretanto algumas têm sido ocasionado preocupação global, pois tem contribuído para o crescimento da transmissibilidade e agravamento da conjuntura epidemiológica nos locais onde forem identificadas (ABDOOL KARIM, DE OLIVEIRA, 2021; BRASIL, 2021).

3.2 Variantes SARS-CoV-2

Embora o avanço imponente na pesquisa clínica tenha proporcionado uma melhor compreensão do SARS-CoV-2 e enfrentamento da covid-19, limitar a disseminação desse vírus e suas variantes ainda não foi possível, pois o SARS-CoV-2 continua a preocupar todo o mundo, com vários países encarando ondas de surtos dessa doença viral atribuída especialmente ao surgimento de variantes mutantes do vírus (CASCELLA *et al.*, 2022).

As mutações são ocorrências naturais da replicação viral, estando mais frequentes em vírus de genoma RNA. A maior parte das mutações não fornece qualquer vantagem ou desvantagem para o vírus. No entanto, um menor número de mutações pode atribuir novos atributos químicos às proteínas virais, ocasionando em mudanças na maneira como o vírus se comporta nas infecções (GRUBAUGH, PETRONE, HOLMES, 2020).

Dessa forma, assim como outros vírus de RNA, o SARS-CoV-2, apesar de adaptar-se aos seus novos hospedeiros humanos, é predisposto à evolução genética com o desenvolvimento de mutações ao longo do tempo, sucedendo em variantes mutantes que podem ter características distintas das cepas ancestrais. Diversas variantes do SARS-CoV-2 foram identificadas durante esta pandemia e algumas são tidas variantes preocupantes pela OMS, devido ao seu impacto na saúde pública mundial (CASCELLA *et al.*, 2022).

Quatro variantes preocupantes (VOC) SARSCoV-2 foram apontadas entre dezembro de 2020 e maio de 2021. Sendo estas: Alpha (B.1.1.7), Beta (B.1.351), Gamma (P.1) e Delta (B. 1.617.2) (KANNAN, ALI, SHEEZA, 2021). Para mais, recentemente em 11 de novembro de 2021, uma nova variante foi descoberta em Botsuana. Mais tarde, várias partes da África do Sul relataram essa variante e a Organização Mundial da Saúde (OMS), em 26 de novembro de 2021, classificou esse mutante como uma variante

preocupante e o nomeou Omicron (B.1.1.529). E prontamente elevaram inquietações globais sobre transmissibilidade viral, patogenicidade e evasão imune desta variante.

As principais características das novas variantes baseiam-se em maior afinidade de ligação ao receptor celular, provocando maior transmissão, e está presente em todas as variantes de preocupação. As variantes Beta (B.1.351), Gama (P.1) e Delta (B.1.617.2), destacam-se pela resistência aumentada a anticorpos neutralizantes e a Alfa (B.1.1.7) apresenta aumento da virulência. Para mais, existe o maior risco de reinfeção, principalmente para as variantes Gama (P.1) Zeta (P.2) e Delta (B.1.617.2) (MICHELON, 2021).

A quinta variante B.1.1.529, conhecida como Omicron surgiu recentemente durante novembro de 2021 como uma variante de vírus fortemente mutada, denominada como VOC pela OMS tomando a posição de cepa dominante em diversos países devido à sua alta transmissibilidade (OMS, 2021). O padrão de taxa de infecção, maior transmissibilidade e ocorrências de evasão imune em combate a imunidade adquirida com infecção em pessoas vacinadas são tão impelentes que a Omicron se espalhou depressa pelo mundo em poucas semanas (RAHMANI, REZAEI, 2021). No Brasil, a variante representa mais 90% dos casos positivos confirmados por testes do tipo RT-PCR (OMS, 2021).

Evidências indicaram uma alta capacidade da variante Omicron em fugir das respostas imunes e ter maior transmissibilidade que poderia acarretar em efeitos graves (CELE *et al.*, 2021; VAUGHAN, 2021). A razão de tal evasão imune pela variante Omicron baseia-se em dados preliminares, no qual sugerem que mutações nos locais N440K, T478K e N501Y concedem dez vezes e duas vezes maior infectividade a Omicron em referência com o SARS-CoV-2 inicial e variante Delta, respectivamente (CHEN *et al.*, 2021). Na falta de vacina específica para a variante Omicron, aquelas já aprovadas pelos órgãos responsáveis podem ser utilizadas como medida de combate para diminuir a infecção circulante (THAKUR, KANTA RATHO, 2021). Contudo, mais a frente estudos apontaram que a variante Omicron poderia reduzir a eficiência das vacinas contra COVID-19 e anticorpos de neutralização (imunoterapias baseadas em anticorpos) graças às suas várias mutações (CALLAWAY, 2021; CHEN *et al.*, 2021; KOZLOV, 2021; LU *et al.*, 2021; TORJESEN, 2021; DEJNIRATTISAI *et al.*, 2021; KANNAN *et al.*, 2022; ZHANG *et al.*, 2021).

Perante o surgimento da Omicron, perdura ainda dúvidas sobre a origem, o potencial de transmissão e capacidade de escape imunológico da variante. Porém, é

conhecido que esta variante não será a última variante do SARS-CoV-2 e o aparecimento constante de novas variantes do SARS-CoV-2 tornou o controle da pandemia de COVID-19 mais difícil (MICHELON, 2021).

Nesse ínterim, a preservação de medidas de segurança como o distanciamento físico, uso de máscaras, etiqueta respiratória, higienização das mãos e ampliação da vacinação, para reduzir a circulação do vírus, prevenindo contaminações e por conseguinte diminuindo as probabilidades de evolução do SARS-CoV-2, é pertinente para o controle da pandemia. O acompanhamento genético contínuo das cepas de SARS-CoV-2 também se faz fundamental, visto que garante a identificação de novas variantes e colabora para o enfrentamento do vírus, produção de novas vacinas e testes diagnósticos (MICHELON, 2021).

3.3 Vacinação contra COVID-19

A vacinação é hordernionamente considerada uma das estratégias em saúde que mais previne mortes no mundo, apresentando uma importante relação de custo-benefício (WHO, 2020; OZAWA, 2012). As campanhas de imunização no Brasil, gerenciadas pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI), possibilitaram a prevenção de diversas doenças (WHO, 1979).

É importante ressaltar que para o processo de desenvolvimento de uma vacina é necessário rigor metodológico, respeitando fases de um estudo clínico, com etapas pré-clínicas, realizadas em laboratórios que realizam estudo de modelo animal e, posteriormente quatro etapas clínicas que visam avaliar a segurança do produto, dose, frequência de administração, imunogenicidade, eficácia e efeitos e eventos adversos após a utilização da vacina em larga escala na população (STEVANIM, 2020). Este processo pode durar anos, no entanto, com a pandemia e suas graves repercussões socioeconômicas, emergiu a necessidade da otimização dessa produção (OMS, 2020).

Nesse contexto, no Brasil, a partir de junho de 2021, já era possível observar o avanço na cobertura vacinal, inicialmente para grupos prioritários, considerando o critério da idade e comorbidades (BRASIL, 2021). As vacinas desenvolvidas distribuídas a população brasileira são vacinas de vírus inativado, produzida pelo Sinovac em parceria com o Instituto Butantan; vacinas com utilização de um vetor viral - um adenovírus atenuado (AAV) e vacinas baseadas em RNA mensageiro (RNAm) (ANVISA, 2021).

Abaixo foram apresentados dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) a respeito dos grupos estabelecidos como prioritários no plano de ação e esquema de vacinação, de acordo com suas necessidades e riscos associados.

Tabela 1: Grupos prioritários especificados durante campanha de vacinação.

Grupo	Grupo prioritário	População estimada*
1	Pessoas com 60 anos ou mais institucionalizadas	160.472
2	Pessoas com Deficiência Institucionalizadas	6.472
3	Povos indígenas Vivendo em Terras Indígenas	413.739
4	Trabalhadores de Saúde	7.337.807
5	Pessoas de 90 anos ou mais	893.873
6	Pessoas de 85 a 89 anos	1.299.948
7	Pessoas de 80 a 84 anos	2.247.225
8	Pessoas de 75 a 79 anos	3.614.384
9	Povos e Comunidades tradicionais Ribeirinhas	632.815
10	Povos e Comunidades tradicionais Quilombolas	1.184.383
11	Pessoas de 70 a 74 anos	5.408.657
12	Pessoas de 65 a 69 anos	7.349.241
13	Pessoas de 60 a 64 anos	9.383.724
14	Pessoas com comorbidades e gestantes e puérperas com comorbidades** (n=18.218.730); Pessoas com Deficiência Permanente cadastradas no BPC*** (n=1.467.477); Gestantes e Puérperas (n=2.488.052)	22.174.259
15	Pessoas com Deficiência Permanente (18 a 59 anos) sem cadastro no BPC***	6.281.581
16	Pessoas em Situação de Rua (18 a 59 anos)	140.559

17	Funcionários do Sistema de Privação de Liberdade ^A (n=108.949) e População Privada de Liberdade (n=753.966)	862.915
18	Trabalhadores da Educação do Ensino Básico (creche, pré-escolas, ensino fundamental, ensino médio, profissionalizantes e EJA)	2.707.200
19	Trabalhadores da Educação do Ensino Superior	719.818
20	Forças de Segurança e Salvamento (n=604.511) e Forças Armadas (n=364.631) (Na 11ª etapa da Campanha iniciou-se a vacinação escalonada desses trabalhadores, restrita aos profissionais envolvidos nas ações de combate à covid-19, conforme Nota Técnica nº 297/2021) ^B	969.142
21	Trabalhadores de Transporte Coletivo Rodoviário de Passageiros	678.264
22	Trabalhadores de Transporte Metroviário e Ferroviário	73.504
23	Trabalhadores de Transporte Aéreo	165.944
24	Trabalhadores de Transporte de Aquaviário	41.515
25	Caminhoneiros	1.241.061
26	Trabalhadores Portuários	111.397
27	Trabalhadores Industriais	5.323.291
28	Trabalhadores da limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos	228.218
Total		81.651.408
População Geral - Pessoas de 18 a 59 anos		76.443.686*

Fonte: Extraído Ministério da saúde, CGPNI/DEIDT/SVS/MS. *Dados sujeitos a alterações (atualizados em 15/06/2021). **Ver quadro 2 para detalhamento das comorbidades. ***BPC - Benefício de Prestação Continuada (18 a 59 anos). A Exceto trabalhadores de saúde, pois já estão contemplados nas estimativas desse grupo. B Nota Técnica nº 297/2021 https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/marco/31/nota-tecnica-no-297_2021_vacinacao-seguranca-e-forcasarmadas.pdf

O impacto positivo da campanha de vacinação em massa contra a covid-19, tem sido observado na importante redução das internações em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que possui uma média de 38% das taxas nacionais de ocupação de leitos no Brasil e, pela primeira vez desde o início da pandemia, em outubro de 2020, nenhum estado brasileiro tem apresentado ocupação superior a 80% dos leitos de UTI para covid-19 (BRASIL, 2021).

Este evento evidencia de forma clara a eficácia e importância da vacina em todo o território nacional, para a diminuição na demanda por cuidados de UTI entre pacientes com Covid-19, bem como atenuação das internações por queixas clínicas associadas à infecção pelo coronavírus (FIOCRUZ, 2021).

Abaixo fora apresentada na tabela 2 as vacinas em potencial, de acordo com os dados verificados no Ministério da Economia do governo Federal brasileiro.

Tabela 02: Vacinas em potencial.

Vaccine	Manufacturer	Vaccine type	Antigen	Dose	Dosage	Storage conditions	Efficacy against severe COVID-19*	Overall efficacy	Current approvals
mRNA-1273	Moderna (US)	mRNA	Full-length spike (S) protein with proline substitutions	100 µg	2 Doses 28 d apart	-25° to -15 °C; 2-8 °C for 30 d; room temperature ≤12 h	100% 14 d After second dose (95% CI, not estimable to 1.00)	92.1% 14 d After 1 dose (95% CI, 68.8%-99.1%); 94.1% 14 d after second dose (95% CI, 89.3%-96.8%)	EUA; the US, EU, and UK
BNT162b2	Pfizer-BioNTech (US)	mRNA	Full-length S protein with proline substitutions	30 µg	2 Doses 21 d apart	-80° to -60 °C; 2-8 °C for 5 d; room temperature ≤2 h	88.9% After 1 dose (95% CI, 20.1%-99.7%); 100% after 49 d	52% After 1 dose (95% CI, 29.5%-68.4%); 94.6% 7 d after second dose (95% CI, 89.9%-97.3%)	EUA; the US, EU, and UK
Ad26.Cov2.5	Johnson & Johnson (US)	Viral vector	Recombinant, replication-incompetent human adenovirus serotype 26 vector encoding a full-length, stabilized SARS-CoV-2 S protein	5 × 10 ¹⁰ Viral particles	1 Dose	-20 °C; 2-8 °C for 3 mo	85% After 28 d; 100% after 49 d	72% in the US; 66% in Latin America; 57% in South Africa (at 28 d)	EUA process initiated in the US
ChAdOx1 (AZS1222)	AstraZeneca/Oxford (UK)	Viral vector	Replication deficient chimpanzee adenoviral vector with the SARS-CoV-2 S protein	5 × 10 ¹⁰ Viral particles (standard dose)	2 Doses 28 d apart (intervals >12 wk studied)	2-8 °C for 6 mo	100% 21 d After first dose	64.1% After 1 dose (95% CI, 50.5%-73.9%); 70.4% 14 d after second dose (95% CI, 54.8%-80.6%)	EUA; WHO/Covax, the UK, India, and Mexico
NVX-CoV2373	Novavax, Inc (US)	Protein subunit	Recombinant full-length, prefusion S protein	5 µg of protein and 50 µg of Matrix-M adjuvant	2 Doses	2-8 °C for 6 mo	Unknown	89.3% in the UK after 2 doses (95% CI, 75.2%-95.4%); 60% in South Africa (95% CI, 19.9%-80.1%)	EUA application planned
CvxCov	CureVac/ GlaxoSmithKline (Germany)	mRNA	Prefusion stabilized full-length S protein of the SARS-CoV-2 virus	12 µg	2 Doses 28 d apart	2-8 °C for 3 mo; room temperature for 24 h	Unknown	Phase 3 trial ongoing	
Gam-COVID-Vac (Sputnik V)	Gamaleya National Research Center for Epidemiology and Microbiology (Russia)	Viral vector	Full-length SARS-CoV-2 glycoprotein S carried by adenoviral vectors	10 ¹¹ Viral particles per dose for each recombinant adenovirus	2 Doses (first, rAd26; second, rAd5) 21 d apart	-18 °C (liquid form); 2-8 °C (freeze dried) for up to 6 mo	100% 21 d After first dose (95% CI, 94.4%-100%)	87.6% 14 d After first dose (95% CI, 81.1%-91.8%); 91.1% 7 d after second dose (95% CI, 83.8%-95.1%)	EUA; Russia, Belarus, Argentina, Serbia, UAE, Algeria, Palestine, and Egypt
CoronaVac	Sinovac Biotech (China)	Inactivated virus	Inactivated CN02 strain of SARS-CoV-2 created from Vero cells	3 µg With aluminum hydroxide adjuvant	2 Doses 14 d apart	2-8 °C; Lifespan unknown	Unknown	Phase 3 data not published; reported efficacy 14 d after dose 2: 50.38% (mild) and 78% (mild to severe) in Brazil; 65% in Indonesia, and 91.25% in Turkey	EUA; China, Brazil, Columbia, Bolivia, Brazil, Chile, Uruguay, Turkey, Indonesia, and Azerbaijan
BBBP-CoV	Sinopharm 1/2 (China)	Inactivated virus	Inactivated BB02 strain of SARS-CoV-2 created from Vero cells	4 µg With aluminum hydroxide adjuvant	2 Doses 21 d apart	2-8 °C; Lifespan unknown	Unknown	Phase 3 data not published; unpublished reports of 79% and 86% efficacy	EUA; China, UAE, Bahrain, Serbia, Peru, and Zimbabwe

Abbreviations: EUA, Emergency Use Authorization; UAE, United Arab Emirates; WHO, World Health Organization.

* Efficacy against severe disease, which includes COVID-19-related hospitalization, varies by age and by time after vaccination.

Fonte: Extraído de Instituto Nacional da Propriedade Industrial <<https://www.gov.br/inpi/pt-br/servicos/patentes/tecnologias-para-covid-19/Vacinas>>. *Dados sujeitos a alterações (informação verificada na fonte em 26/02/2021).

3.4 Medidas não farmacológicas de prevenção da Covid-19

Desde dezembro de 2019, a população mundial e por assim dizer, uma comunidade mais específica, com características peculiares a seu funcionamento, os universitários; tem enfrentado o novo coronavírus (covid-19) (LI, 2020), que possui como principal característica clínica, o comprometimento do sistema respiratório, causando em algumas de suas vítimas doenças como a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) (TOKATLY LATZER ET AL., 2021).

Perante o cenário de pandemia causado pelo SARS-CoV-2, medidas de prevenção individual e coletiva têm sido largamente divulgadas, com o intuito de controlar a

propagação da transmissão do vírus e, por conseguinte, evitar o esgotamento dos sistemas de saúde e ocorrência da covid-19 (AQUINO *et al.*, 2020). Entre os universitários, a pandemia da covid-19 provocou uma série de mudanças na vida e rotina dos universitários. Os quais foram submetidos a repentina decisão de continuar os programas educacionais remotamente, e estudos verificaram que a proporção do trabalho desafiava os recursos disponíveis, físicos, tecnológicos e humanos, provocando aflição e estresse em uma conjuntura de incertezas, medo do contágio e preocupação com o que virá no futuro próximo (VELÁZQUEZ *et al.*, 2020; WATHELET *et al.*, 2020; MAIA, DIAS, 2020; SUNDE, 2021).

Trata-se de medidas de saúde pública não farmacológicas, de acordo com a história, consagradas para o controle de epidemias, principalmente na ausência de vacinas e medicamentos antivirais (WILDER-SMITH, FREEDMAN, 2020; ANDERSON, HEESTERBEEK, HOLLINGSWORTH, 2020). Dessa forma, diversos países incluindo o Brasil, implementaram uma série de medidas não farmacológicas para reduzir a transmissão do vírus e conter a rápida evolução da pandemia (KUPFERSCHMIDT, COHEN, 2020).

Tais medidas incluem isolamento, quarentena, distanciamento físico, o incentivo à higienização das mãos, à adoção de etiqueta respiratória, uso de máscaras, fechamento de escolas e universidades, conscientização da população para que permaneça em casa, até a completa proibição da circulação nas ruas, exceto para a compra de alimentos e medicamentos ou a busca de assistência à saúde (AQUINO *et al.*, 2020).

O conhecimento sobre os agentes causadores de infecção e medidas sépticas são recomendadas objetivando interromper a propagação de microrganismos. A transmissão do COVID-19 pode ocorrer por meio do contato com gotículas de saliva, através de tosse, espirros, contato físico (aperto de mão) ou com fômites e objetos contaminados, por estar relacionada com a carga viral no trato respiratório superior (ZHOU, 2020).

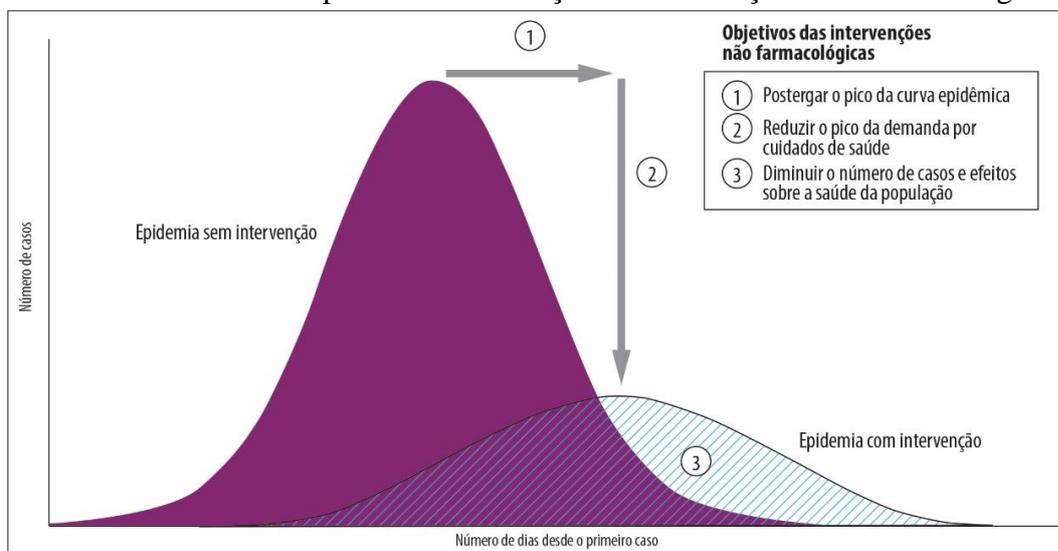
Considerando a fácil transmissão e que alguns indivíduos contaminados pelo vírus estavam assintomáticos (OPAS, 2020), autoridades sanitárias criaram estratégias para controle, as quais estiveram primordialmente associadas às restrições em interações sociais, com o controle da mobilidade populacional, a exemplo das medidas isolamento e fechamento temporário de serviços considerados não essenciais (GARCIA, 2020).

Nesse sentido, além das precauções de isolamento social serem indicadas para patologias facilmente transmitidas por contato direto, outros cuidados foram orientados,

como o procedimento de lavagem das mãos (POLIT, 1995), como medida importante para reduzir a transmissão de microrganismos por contato.

O momento e duração das diversas formas de intervenções não farmacológicas influenciarão seus impactos. Compreender temporalmente o momento de implementar tais intervenções se apresenta como grande desafio, visto que a própria implementação está atrelada a variados impactos econômicos e sociais, além do risco de resultar na “fadiga da intervenção”, a qual fala sobre a perda de adesão por parte do público-alvo (CDC,2017). Na figura 1 observa-se a projeção de uma curva epidêmica hipotética exibindo o curso normal da epidemia e o achatamento da curva esperado mediante a adoção de intervenções não farmacológicas.

Figura 1: Curva epidêmica hipotética mostrando o curso normal da epidemia e o achatamento da curva esperado com a adoção de intervenções não farmacológicas.



Fonte: Adaptado de Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2007.

Destarte, a implementação das ações de estratégia precisa ocorrer com antecedência suficiente para controlar a subida íngreme inicial no quantitativo de casos, bem como, longa o suficiente de modo a cobrir o pico da curva prevista. Assim, sua implementação realizada após disseminação massiva da doença, implica consistentemente nos benefícios da saúde pública.

É importante enfatizar que ao longo da pandemia as medidas não farmacológicas foram sendo adequadas ao surgimento da vacina, as novas cepas circulantes e a realidade de cada país. O principal objetivo é manter o controle da doença, evitando os casos graves e minimizando os efeitos provocados pela pandemia na sociedade.

3.4.1 Isolamento

Face à disseminação do vírus SARS-Cov-2 em todo o mundo, e seguindo ações adotadas em outros países que obtiveram sucesso no controle da pandemia, o sistema público de saúde brasileiro implementou em seus territórios, medidas de controle em relação ao contato social, ou seja, medidas que culminassem na diminuição do contato entre indivíduos, bem como, controlando a velocidade com que o vírus fosse transmitido (ANDERSON, HEESTERBEEK, HOLLINGSWORTH. 2020).

Desta forma, o isolamento foi uma das estratégias utilizadas pelos sistemas de saúde para evitar um colapso em todas as estruturas das quais este é composto. Alguns aspectos ampliam as discussões no que se refere aos impactos e determinantes sociais e econômicos como fatores que limitam este formato de intervenção, dado que gera levanta questionamentos no tempo de duração destas medidas de restrição (CRODA, GARCIA, 2020).

Assim, o isolamento é a separação de pessoas doentes das pessoas não infectadas para proteger do risco de transmissão da doença. Esta medida é particularmente eficaz para interromper a transmissão se a detecção precoce for possível antes da disseminação viral evidente. No caso da covid-19, que o período de incubação é maior, se comparado a outras enfermidades, e a elevada transmissibilidade da doença por assintomáticos limita a eficácia do isolamento, como única ou principal medida (WILDER-SMITH, FREEDMAN, 2020).

Nesta perspectiva, para articular estratégias de combate e mitigação da pandemia de COVID-19, foi criado um Comitê Científico da região Nordeste, formado por referências nacionais na pesquisa científica, o qual considerou a variação do contexto socioeconômico e de desenvolvimento humano em contexto regional. No conjunto de ações relacionadas a atuação deste comitê, se destacam modalidades de monitoramento das curvas epidêmicas respectiva a cada território brasileiro, além do controle do isolamento social adotado, visando reduzir a demanda de internações nos hospitais e quantitativo de óbitos (AQUINO, et al., 2020).

Dessa maneira, foi instituída uma das formas de observar a eficácia da medida de Isolamento social, o Índice de Isolamento Social (IIS), instituído pela empresa Inloco, o qual calcula o percentual da população que diante das recomendações, têm respeitado e cumprido o isolamento. A Inloco é uma *startup* de tecnologia que faz o controle da

movimentação de aproximadamente 60 milhões de brasileiros através da geolocalização de smartphones (INLOCO, 2020).

Deste modo, de acordo com os números registrados (AQUINO, et al., 2020), verificou-se que no Brasil, o maior IIS foi em 22 de março de 2020 (62,2%) e em 09 de junho 38,2%. Na região Nordeste, observaram-se índices abaixo de 60%. A redução dos contatos entre sujeitos sendo registrada acima deste percentual, tem o potencial de diminuir a transmissão da patologia, quando tem-se a associação de demais medidas de contenção.

3.4.2 Distanciamento físico

O distanciamento físico, compreendido como uma modalidade estratégica não farmacológica que engloba o isolamento de casos, a quarentena, e a ação voluntária de evitar locais com grande fluxo de pessoas e aglomeração, tem apontado níveis de efetividade no que se refere ao controle do crescimento exponencial da doença (QUALLS, et al., 2017). Em outras palavras, o distanciamento físico, limita as interações entre os indivíduos em uma comunidade que pode conter pessoas infectadas, mas ainda não foram identificadas, portanto, ainda não isolados (WILDER-SMITH, FREEDMAN, 2020). Recomenda-se a manutenção de uma distância física mínima de pelo menos 1,5 metro de outras pessoas, principalmente daquelas com sintomas respiratórios e em ambientes com várias pessoas (BRASIL, 2020).

Um estudo publicado por Pan *et al.*, (2020) mostrou que intervenções comportamentais, incluindo restrições de locomoção e interação entre pessoas, contribuíram significativamente com a mitigação da epidemia e, conseqüentemente, com o controle da doença na China. Um outro estudo, publicado por Kupferschmidt e Cohen, apontou que o distanciamento social imposto por órgãos públicos e serviços de saúde também foi fundamental para a diminuição da quantidade de casos confirmados.

Os achados sugerem que o distanciamento físico adotado por população é efetivo, especialmente quando combinado ao isolamento de casos e à quarentena dos contatos. É recomendado a implantação de medidas de distanciamento físico e de políticas de proteção social para garantir a sustentabilidade dessas medidas. Entretanto, as implicações de diferentes intervenções não farmacológicas (mais restritivas ou menos restritivas) no crescimento de casos da covid-19 ainda não demonstram consenso na literatura (JOFFE, 2021). Ainda, são um desafio para garantir a adesão frente a pobreza,

insegurança, solidão e desemprego. Sobretudo no Brasil, que tem grandes desigualdades sociais (BRASIL, 2021).

3.4.3 Quarentena

A quarentena consiste em uma das ferramentas mais remotas e diligentes de controle de surtos de doenças transmissíveis, que é a reclusão de indivíduos que supostamente tenham sido expostos a uma doença contagiosa. Ocorre individualmente ou coletivamente, deixando as pessoas restritas à casa ou a um serviço designado (WILDER-SMITH, FREEDMAN, 2020).

O significado de quarentena se configura exatamente como a separação e/ou restrição de indivíduos que foram potencialmente expostos a uma patologia infecciosa a fim de verificar se elas foram infectadas, fato que resume o risco de transmissão entre os demais do grupo. A quarentena pode se dar de forma voluntária e até obrigatória, através da aplicação de leis de saúde pública (BROOKS, et al., 2020). A eficácia desta estratégia se associa com um eficaz sistema de rastreamento de respectivos contatos, além da detecção precoce de casos (WILDER-SMITH, FREEDMAN, et al.; 2020).

Medidas públicas de saúde que utilizem a quarentena como alternativa, precisarão incluir orientações e considerações sobre as necessidades básicas dos que estarão dentro deste plano. Nesta perspectiva, frisa-se o provimento de alimentação e suprimentos domésticos básicos. Além de compensações por ganhos perdidos no que se refere a ausência de trabalho.

No início da pandemia de covid-19, a OMS recomendou que os contatos próximos a pessoas com infecção suspeita e/ou confirmada por COVID-19 ficassem em quarentena por um período de 14 dias contados de acordo com o dia mais recente de exposição ao paciente contaminado.

Em se tratando das instalações cujo indivíduo cumprirá a quarentena, é preferencial quartos individualizados e com boa ventilação. Neste sentido, a quarentena domiciliar é eficaz, caso essas condições possam ser atendidas. Além disso, é relevante considerar a necessidade de evitar espaços compartilhados a fim de manter uma distância mínima de 1 m entre os demais membros da família (WILDER-SMITH, FREEDMAN, et al.; 2020). Desta forma, é essencial o acompanhamento daqueles em quarentena,

mantendo-os monitorados quanto ao desenvolvimento de sintomas em que um manejo precoce seja necessário.

3.4.4 Higienização das mãos

Em 1863 Florence Nightingale, na Inglaterra, ao observar os altos níveis de risco de infecção hospitalar naquela época, passou a valorizar as condições do paciente e do ambiente destacando a limpeza, iluminação natural, odores, calor, ruídos e sistema de esgoto, como elementos a serem considerados para importante controle e infecções, e consequente redução das taxas de mortalidade entre os soldados de guerra. Nesse contexto, a higienização das mãos passou a ser rotina nas instituições de saúde (GONTIJO, 1991).

A importância da prática da lavagem das mãos foi reforçada pelo Ministério da Saúde com a Portaria MS 2616/98, a qual instruiu sobre o programa de controle de infecções nos estabelecimentos de assistência à saúde no país. Ademais, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ANVISA (2014), a higienização das mãos é considerada a ação isolada, mas importante no controle de infecções, inclusive em serviços de saúde.

Esta é uma medida individual efetiva na diminuição da disseminação de doenças. As evidências atuais indicam que o vírus causador da Covid-19 é transmitido por meio de gotículas respiratórias ou por contato. A transmissão por contato acontece quando as mãos contaminadas tocam em superfícies e pessoas contaminadas (AQUINO *et al.*, 2020).

Assim, considerando as mãos como uma das principais vias de contágio, estas devem ser frequentemente higienizadas para evitar a disseminação do vírus, por meio da constante limpeza e de maneira correta com água e sabão e/ou a uso de soluções a base de álcool (WHO, 2020).

Nos últimos dois anos, visto a ameaça epidemiológica do novo novo vírus recém-descoberto, chamado de SARS-CoV-2, a importância da sanitização das mãos ganhou destaque por todo o mundo. Em seu estudo, Malinconico (2021), evidencia que a frequência da higienização das mãos foi maior nos períodos de picos de transmissão da Covid-19. No entanto, os profissionais técnicos e auxiliares de enfermagem apresentaram uma baixa adesão a esta prática já consolidada cientificamente, o que é alarmante,

pois esses profissionais estão diretamente em contato com pacientes, envolvidos com o cuidado integral (MALINCONIO, 2021).

3.4.5 Etiqueta respiratória

A etiqueta respiratória pertence a um conjunto de medidas que devem ser tomadas para evitar ou reduzir o espalhamento de pequenas gotículas oriundas do aparelho respiratório, buscando evitar possível contaminação de outras pessoas que estão em um mesmo ambiente (BRASIL, 2020).

Mesmo sendo uma das práticas mencionada com bastante afinco ano após ano durante as campanhas de prevenção a transmissão do vírus influenza, verifica-se que a etiqueta respiratória necessita de maior evidência dentro deste cenário de desenvolvimento e planejamento de ações estratégicas para o combate de patologias que acometem o sistema respiratório.

Destaca-se a essencialidade atual de comportamentos como: cobrir a boca e nariz durante o ato de tossir ou espirrar com o antebraço; em casos de secreções respiratórias, realizar uso de lenços descartáveis, em casos cuja presença de lenço descartável não seja possível, higienizar as mãos utilizando água e sabão ou álcool em gel; manter o distanciamento social, evitando aglomeração; toques em locais como olhos, boca e nariz, além de toques em superfícies com grande número de contato, a exemplo de corrimão e portas. Estas são algumas das medidas apresentadas como elementares para as recomendações dadas à sociedade como forma de aumentar o autocuidado (PORTUGAL, 2020).

Assim sendo, é possível caracterizar duas dimensões relevantes para conduzir à reflexão sobre as referidas práticas, a primeira, diz respeito à comunicação em saúde com a sociedade; e na sequência, a segunda se baseia na implicação contida na extensão universitária diante da divulgação e compartilhamento de concernentes ao combate da Covid-19.

3.4.6 Uso de máscaras

Com a pandemia pelo coronavírus, o uso de máscaras passou a ser recomendado para toda a população como forma de proteção individual e para com o outro, reduzindo o

risco potencial de exposição do vírus especialmente de indivíduos assintomáticos (BRASIL, 2020). Leung et al., (2020) em suas pesquisas demonstraram que o uso de máscara reduziu significativamente a eliminação de vírus respiratórios, como o vírus da gripe e o coronavírus.

Em seu estudo, Van der Sande (2020), pontifica que o uso de máscaras faciais, sejam estas adequadamente adaptadas ou de fabricação caseira, interrompem a dispersão das partículas contaminadas pelo COVID-19, expelidas por meio da tosse ou espirro, impedindo a transmissão dessa ou outras doenças respiratórias. Por sua vez, Eikenberry (2020), apontou em seu estudo uma redução significativa da taxa de transmissão COVID-19, com o uso de máscaras de confecção caseira, tais como as de tecido, desde que estas estejam associadas a outras intervenções, como o distanciamento social e medidas higiênicas.

Destarte, Girardi et al., (2021) ressalta a relevância de tornar o uso da máscara pela população uma política nacional, sendo necessária a produção de materiais educativos e acessíveis que oriente e conscientize não apenas os profissionais da saúde, mas toda a comunidade sobre o recurso da máscara, tornando-a inclusive, um lembrete visual sobre a importância de se cumprir com outras medidas de saúde.

3.4.7 Uso de álcool, cigarro e outras substâncias em universitários

É sabido que prevalência do consumo de substâncias psicoativas veem aumentando de modo gradativo nos últimos anos, sendo um ponto de debate no tocante a seus efeitos deletérios, de modo específico quando se trata do público de universitários. (DE ARAUJO; VIEIRA; MASCARENHAS, 2019). No contexto da pandemia de Covid-19, mediante as consequências do isolamento social, associado as incertezas dos retornos as aulas, convívio entre familiares em algumas situações conflitantes, e as incertezas no tocante as repercussões que a pandemia trouxe, com intuito de amenizar essas tensões vivenciadas, o consumo de algumas substâncias psicoativas, forma usadas com intenção de amenizar essa sobrecarga de situações (LARA *et al.*, 2022).

No estudo de Portela e colaboradores (2022), que teve como objetivo mensurar o nível de dependência de substâncias psicoativas em uma universidade público, mostrou que a maioria do público da amostra de estudantes durante a pandemia de COVID-19, evidenciou uso ocasional e sugestivo de abuso ao álcool, tabaco, maconha e hipnóticos/sedativos. Outro estudo que corrobora com esse achado, evidência que de 116

universitários da amostra 51,72% relataram usar alguma substância psicoativa, especialmente o álcool (BARBOSA; ASFORA; MOURA, 2020).

Ferro e colaboradores (2019), observaram em seu estudo a relação entre o estresse e o consumo de álcool entre o público universitário e evidenciaram que a associação dos fatores de risco, sendo ele o estresse, estiveram estatisticamente associados com maiores chances do consumo de álcool por exemplo. Em síntese, é possível observar que o consumo de álcool, cigarro e outras substâncias psicoativas no contexto da pandemia da COVID-19, em decorrência do distanciamento social e dos outros fatores descritos anteriormente foram fatores para o aumento do consumo.

4 MÉTODO

4.1 Desenho do estudo

Estudo do tipo transversal, analítico e desenho quantitativo. Os estudos transversais consistem em um método relevante e útil para a descrição de características da população, para a identificação de grupos de risco e para a ação e o planejamento em saúde. Quanto aos analíticos buscam explicações para as variações de frequência dos agravos, examinando a existência de associação entre uma exposição e uma doença ou condição relacionada à saúde (ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, ECHEIMBERG, LEONE, 2018).

O desenho quantitativo fornece informações numéricas sobre algo e utiliza rigorosos meios e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los (CRESWELL, John W.; CRESWELL, 2021).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi desenvolvida na Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que abrange campus localizados em: João Pessoa, Areia, Bananeiras e Litoral Norte (Mamanguape) respectivamente, campus I, II, III e IV.

4.2.1 Campus I (João Pessoa – PB)

O campus I é a sede principal da UFPB, localizado em João Pessoa, terceira capital mais antiga do Brasil. O mesmo conta com 13 centros de ensino, abrigando mais de 50 cursos de graduação e diversas pós-graduações. Além disso, encontra-se também o prédio da Reitoria e possui o escritório da Agência UFPB de Cooperação Internacional (ACI-UFPB). Ainda possui varios laboratórios, diversas áreas de vivência e com o Hospital Universitário Lauro Wanderley, o HU/UFPB.

4.2.2 Campus II (Areia – PB)

O campus II localiza-se em Areia, topo da Serra da Borborema no brejo paraibano, situada a 135 km da capital João Pessoa. Este campus, é composto pelo Centro de Ciências Agrárias (CCA), sete departamentos e o Hospital Veterinário da Universidade Federal da Paraíba, sendo o maior hospital veterinário do estado. Oferece cinco cursos de graduação: Agronomia, Zootecnia, Ciências Biológicas, Química e Medicina Veterinária. Além disso, tem cinco programas de Pós-Graduação.

4.2.3 Campus III (Bananeiras – PB)

O campus III encontra-se na cidade de Bananeiras, brejo paraibano na Serra da Borborema, com altitude de mais de 500 m e posta a 140 km de distância da capital João Pessoa. É constituído pelo Centro de Ciências Humanas Sociais e Agrárias (CCHSA), 6 departamentos e oferece as seguintes graduações: Bacharelado em Administração, Licenciatura em Ciências Agrárias, bacharelado em Agroindústria, Bacharelado em Agroecologia e Licenciatura em Pedagogia. Além de tudo, conta com duas Pós-Graduações, três cursos técnicos de nível médio e uma especialização em educação.

4.2.3 Campus IV (Mamanguape – PB e Rio Tinto - PB)

O campus IV encontra-se na região da Mata Paraibana, mais precisamente nas cidades de Mamanguape e Rio Tinto, na microrregião Litoral Norte. É composto pelo Centro de Ciências Aplicadas e Educação (CCAIE) e subdividido em duas unidades: uma em Mamanguape e outra em Rio Tinto. O CCAIE oferece 11 cursos de graduação: Bacharelados em Administração, Sistemas de Informação, Ecologia, Design, Antropologia, Ciências Contábeis e em Secretariado Executivo Bilíngue, Licenciatura em Ciência da Computação, Matemática, Pedagogia e em Letras. Além dessas graduações, o campus conta ainda com três programas de pós-graduação e duas especializações.

4.3 População e Amostra

A população alvo desse estudo foi constituída por universitários que compõem a Universidade Federal da Paraíba. Participaram do estudo aqueles (as) que estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Foram considerados critérios de inclusão: aqueles que ingressaram na UFPB até o período acadêmico 2019.2 e que cursaram obrigatoriamente o período correspondente ao ano 2020 (período de epidemia da covid-19 no Brasil). Foram excluídos do estudos aqueles que cursavam cursos técnicos.

Dessa forma, realizou-se um levantamento do número de ingressantes no período de 2019.2, com o propósito fornecer subsídios para elaboração de uma amostra representativa dos estudantes universitários.

A amostragem foi realizada pela soma do número de ingressos em cursos presenciais da UFPB no ano de 2019.2. Segundo dados do Núcleo de Tecnologia da Informação (UFPB), verificou-se que a UFPB possui 27.257 ingressos. Utilizou-se o plano de amostragem estratificada através do método de alocação proporcional ao número de alunos por tipo de instituição, e considerando custo de seleção fixo para todos os elementos da população-alvo, conforme descrito por Valliant *et al.* (2013), e admitindo que um dos objetivos da pesquisa será atingido a partir do cálculo de estimativas de percentuais.

Optou-se pelo plano amostral de amostragem estratificada por grupo de instituição (Areia, Bananeiras, João Pessoa e Litoral Norte). Em relação ao número de ingressos por campus tem-se que o campus de Areia possui 1381 ingressos, Bananeiras possui 970 ingressos, João Pessoa possui 22625 ingressos e o Litoral Norte possui 2.281 ingressos, totalizando 23.906 ingressos nos quatros campus. Importante destacar que, para que se estabeleça critério de simplificação, as categorias “Matutino”, “Matutino e Vespertino” e “Vespertino” foram agrupadas em uma única categoria, pois os tamanhos individuais de duas destas eram muito pequenos em comparação ao tamanho da categoria “Matutino e Vespertino”, e isso poderia implicar em imprecisão na alocação de tamanho de amostra a esses dois grupos. Dessa forma, foi necessário considerar a seguinte notação:

N: Número tora de ingressos (27257 ingressos);

H: Número de categorias de universidade. Neste caso, $H = 4$ (1 – Areia, 2 – Bananeiras, 3 – João Pessoa, 4 – Litoral Norte);

N_h : Número de ingressos da categoria h (1148 para areia, 970 para Bananeiras, 22625 para João Pessoa e 2281 para o Litoral Norte para categoria privada);

$W_h = N_h / N$: Percentual de ingressos da categoria h (5% de Areias, 4% de Bananeiras, 83% de João Pessoa e 8% do Litoral Norte);

n_h : Tamanho de amostra a ser selecionados na categoria h;

p_h : Percentual (prevalência) de uma característica de interesse a se pesquisar em cada grupo. Foi decidido nessa amostragem considerar um percentual para cada grupo referente à taxa estimada de indivíduos na Paraíba que estão infectados por sífilis (46,8 pessoas a cada 100 mil). Para isso, decidiu-se que estes quatro valores (p_1 , p_2 , p_3 e p_4 seriam o valor da razão entre 46,8 por 100 mil, multiplicado pelo percentual de ingressos de cada categoria);

d: Margem de erro considerada na estimação de percentuais. Para esta pesquisa foi definida uma margem de erro igual a 0,2% (0,002), para mais ou para menos;

z: Valor tabelado da distribuição normal considerando o nível de confiança. Neste trabalho foi decidido utilizar um nível de confiança de 95%, logo este valor será igual a 1,96;

O quantitativo de ingressantes considerado no estudo que gerou o cálculo do tamanho de amostra é apresentado no quadro 1 a seguir.

Quadro 1: Distribuição de ingressantes – Paraíba – Rede Pública

Tipo	Modalidade	Número de Ingressos	Total	Percentual(%)
<i>Areia</i>	Matutino e Vespertino	1148	1381	5,0
	Noturno	233		
<i>Bananeiras</i>	Matutino e Vespertino	651	970	4,0
	Noturno	319		
<i>João Pessoa</i>	Matutino	339	22625	83
	Matutino e Vespertino	14518		
	Noturno	6620		
	Vespertino	1148		
<i>Litoral Norte</i>	Matutino e Vespertino	907	2281	8
	Noturno	1249		
	Vespertino	125		
Total		27257	27257	100

$$n = \frac{A}{B} ,$$

Dessa forma, temos que o tamanho da amostra foi calculado da seguinte forma:

$$A = \left[\sum_{h=1}^L \left(\frac{N_h}{N} \right) \sqrt{p_h (1 - p_h)} \right]^2$$

Em que:

$$B = \frac{d^2}{z^2} + \frac{1}{N} \sum_{h=1}^L \left(\frac{N_h}{N} \right) p_h (1 - p_h)$$

Por fim, uma vez que o tamanho da amostra é calculado para toda a população, o tamanho da amostra para cada região, segundo modalidade, baseando-se na alocação proporcional é dado pela seguinte expressão:

$$n_h = \frac{n N_h \sqrt{p_h (1 - p_h)}}{\sum_{h=1}^H N_h \sqrt{p_h (1 - p_h)}}$$

Após o cálculo para do tamanho de amostra geral (n), o número de ingressantes por tipo de universidade foi obtido de forma proporcional ao número de ingressantes de cada universidade. Dessa forma, o tamanho da amostra obtido pelo procedimento de estratificação, considerando um plano de amostragem aleatória simples em cada grupo, e fazendo procedimento similar dentro do grande grupo (João Pessoa), é, conforme alocação apresentada no quadro 2 a seguir. Após se determinar o tamanho de amostra total para cada categoria, este tamanho foi realocado a cada grupo de interesse. Dessa forma, o tamanho de amostra calculado, com previsão de perdas na ordem de 20%, foi de 403 ingressos.

Quadro 2: Tamanho de amostra de ingressantes – Areia, Bananeiras, João Pessoa e Litoral Norte. Nível de confiança de 95% e margem de erro de 0,3% para mais ou para menos.

Tipo	Modalidade	Amostra de Ingressos	Total
<i>Areia</i>	Matutino e Vespertino	28	31
	Noturno	3	
<i>Bananeiras</i>	Matutino e Vespertino	12	16
	Noturno	4	
<i>João Pessoa</i>	Matutino e Vespertino	239	302
	Noturno	63	
<i>Litoral Norte</i>	Matutino e Vespertino	20	54
	Noturno	32	
	Vespertino	2	
Total		403	403

Por fim, obteve-se uma amostra de 404 universitários que referiram interesse em participar do estudo, preenchendo os critérios de inclusão. O processo de amostragem foi

não probabilístico, por conveniência, a partir da disponibilidade das participantes (BUSSAB; MORETTIN, 2017).

4.4 Sistemática da Coleta de Dados

4.4.1 Treinamento dos colaboradores da Pesquisa

Para melhor execução do estudo, a pesquisadora responsável teve a colaboração de voluntários (profissionais de saúde vinculados ao Núcleo de Pesquisa e Agravos Infecciosos e Qualidade de Vida- NEPAIQV e estudantes da pós-graduação nível mestrado e doutorado) para a fase de coleta de dados, estes receberam treinamento prévio obrigatório para a aplicação do instrumento de coleta.

O treinamento aconteceu através do serviço de comunicação *Googmeet* para explicação da logística e operacionalização da coleta de dados e mediante a simulação da aplicação do instrumento. Todos aplicaram o instrumento entre si, em que se estabeleceu uma dinâmica onde todos pudessem tornar-se entrevistadores e entrevistados.

Nessa perspectiva, este treinamento e os cursos na temática mencionada acima foram fundamentais para que os colaboradores pudessem elucidar quaisquer dúvidas e/ou dificuldades relacionadas a essa fase da pesquisa.

4.4.2 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram coletados utilizando um roteiro estruturado, contendo a caracterização das condições sociodemográficas e clínicas, questionamentos sobre a Covid-19, escala de Motivos/Razões para o distanciamento físico: desenvolvida com base no Modelo de Crenças em Saúde, a escala Face Mask Use Scale (FMUS), questões sobre uso de drogas lícitas e ilícitas e o Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras substâncias (Assist). Como descrito a seguir:

A primeira seção compreendeu em sua parte inicial perguntas para caracterização dos participantes no estudo, conforme as condições sociodemográficas, além disso informações pertinentes ao curso e instituição pertencente no contexto da covid-19, questionamentos sobre a Covid-19 e características clínicas (APÊNDICE A). São os

dados gerais: idade, sexo, período que ingressou na universidade, permanência na universidade durante a pandemia, campus (I, II ou III), curso e o turno antes e durante a pandemia em formato remoto, moradia, conjugalidade, cor ou raça, religião, transporte utilizado para deslocamento, filhos e renda mensal. Dados referentes à covid-19 dos universitários: diagnóstico da covid-19 auto relatadas ou auto referidas: (Sim ou Não); Se sim, qual(is) as características clínicas: Febre, tosse seca, cansaço, coriza, dor de garganta, dificuldade para respirar, perda de olfato, alteração do paladar, distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia), diminuição do apetite, dispneia ou Assintomático; outras questões relacionadas a covid-19 (prática de uso de máscara, isolamento, contato com pessoa diagnosticada com covid-19, etc.) e os fatores de risco: consumo do álcool / Tabagismo e consumo outras drogas.

A Escala de Motivos/Razões para o distanciamento social, foi desenvolvida com base no Modelo de Crenças em Saúde que tem a finalidade de avaliar o comportamento preventivo nas medidas de saúde pública (ANEXO A). O Modelo de Crenças em Saúde foi utilizado como abordagem teórica, em conjunto com os resultados obtidos a partir dos instrumentos, para explicar os comportamentos identificados. Destaca-se que o referido modelo é composto por domínios que explicam crenças e comportamentos em saúde. Este modelo tem sido aplicado para prever e examinar medidas não farmacológicas diante de doenças transmissíveis e por conter fatores significativos na explicação do uso de máscaras e do distanciamento social (TANG, WONG, 2004; WANG, 2020; SIM, MOEY, TAN, 2014).

A Face Mask Use Scale (FMUS), apresenta propriedades psicométricas satisfatórias (LAM *et al.*, 2020). Para estudo no Brasil, a escala foi traduzida e validada (PEREIRA-ÁVILA *et al.*, 2021). Assim, a versão para o português do Brasil da FMUS foi utilizada para este estudo (ANEXO B). É composta por seis itens que discorrem sobre o uso de máscaras nos ambientes públicos, de saúde e domiciliar: 1. Uso de máscara em locais públicos para me proteger contra doenças semelhantes à gripe; 2. Uso de máscara em ambientes de saúde para me proteger contra doenças semelhantes à gripe; 3. Uso de máscara em casa quando tenho sintomas de doenças como a gripe; 4. Uso de máscara em locais públicos quando tenho sintomas de doenças como a gripe; 5. Uso de máscara no serviço de saúde quando tenho sintomas de doenças como a gripe; 6. Uso de máscara em casa quando os membros da família sofrem de doenças como a gripe.

As opções de resposta variam em uma escala do tipo likert de cinco pontos sendo "Nunca", "raramente", "às vezes", "frequentemente" e "sempre" que representam a

frequência da prática do uso de máscaras. Uma pontuação de 1 a 5 é designada para opções em ordem crescente (PEREIRA-ÁVILA *et al.*, 2021). A escala possui dois domínios: práticas cautelosas (itens 2, 4 e 5) e práticas negligentes (itens 1, 3 e 6). Ainda, discorre sobre a percepção do uso de máscaras para a autoproteção (itens 1, 2 e 6) e proteção do outro (3, 4 e 5). Para a mensuração da prática do uso de máscaras, utiliza-se um escore geral que varia entre 6 e 30, no qual os valores mais altos, mais próximos de 30, indicam melhor prática de utilização. Para os domínios, o escore varia entre 3 e 15. (LAM *et al.*, 2020).

O Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras substâncias (Assist) (ANEXO C), foi desenvolvido por pesquisadores de vários países sob a coordenação da Organização Mundial de Saúde (OMS) com o objetivo de detectar o uso de álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas, sendo traduzido para várias línguas, inclusive para o português falado no Brasil, já tendo sido testado quanto à sua confiabilidade e factibilidade (HENRIQUE *et al.*, 2004).

O Assist identifica o uso de risco de tabaco, álcool, maconha, cocaína, estimulantes tipo anfetaminas, sedativos, alucinógenos, inalantes, opióides e outras drogas. A pontuação é obtida para cada droga e está distribuída em três faixas de risco: baixo, moderado e alto risco, as quais determinam o tipo de abordagem que deverá ser realizada. Ainda possui estrutura padronizada, abordagem simultânea de diferentes classes de substâncias, facilidade de interpretação e possibilidade de ser utilizado por qualquer profissional treinado para a promoção da saúde (De MICHELI *et al.*, 2008).

Neste estudo, foi utilizado a versão brasileira adaptada para o formato de auto relato, por meio de feedback e discussões (CARLINI-COTRIM, 1996; WONG, 2008; HENRIQUE *et al.*, 2004; BARRETO, CHRISTOFF, LACERDA, 2014).

4.4.3 Testes piloto

Foi realizado um teste piloto com os estudantes da residência universitária da UFPB campus I João Pessoa-PB, afim de avaliar aspectos de funcionamento e corrigir eventuais falhas antes da implantação definitiva dos instrumentos desse estudo. No entanto, tendo em conta o momento atípico de pandemia experienciado no Brasil que dificultou a coleta, estes alunos que participaram do teste piloto foram inseridos na amostra do estudo.

4.4.4 Variáveis do estudo

Considerou-se como variáveis dependentes as medidas não farmacológicas da covid-19: a prática do isolamento físico, uso de máscara em locais públicos. As variáveis consideradas independentes foram: sexo (masculino e feminino), idade (18 a 22 anos, 23 a 27 anos, 28 a 32 anos, > 32 anos), estado civil (casado/união estável e solteiro/divorciado/viúvo), renda familiar mensal (≤ 2 salários mínimo, > 2 salários mínimo), mora na residência universitária (sim e não), exerce atividade remunerada (sim e não), diagnóstico de covid-19 (sim e não), apresentou sintomas semelhantes aos da COVID-19 (sim e não), conheceu ou teve contato com pessoas diagnosticadas com a COVID-19 (sim e não), tabagismo, uso de drogas ilícitas e uso de bebidas alcoólicas.

4.4.5 Coleta de Dados

Inicialmente realizou-se contato prévio com servidores para articulação com servidores públicos (Professores, diretores e/ou técnicos administrativos) dos campus I, II, III e IV. No qual, a pesquisadora responsável explicou sobre a pesquisa, público alvo do estudo, objetivos, metodologia e propusera datas para iniciação da coleta, solicitando a utilização de salas ou local adequado para tal.

Para divulgação e recrutamento dos estudantes, convites no formato digital e impresso foram distribuídos em todos os campus (impresso) e compartilhados nas redes sociais (digital).

Após divulgação, a coleta de dados ocorreu de março de 2021 a abril de 2022 nas dependências da própria UFPB nos campus I, II, III e IV (salas de aulas, centros de vivências, centros de atendimento à saúde e/ou outros), durante o período da manhã e tarde.

Os estudantes que atenderam aos critérios de inclusão eram convidados a participar do estudo. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B) foi lido em particular para cada participante e esclarecido à medida que aparecessem dúvidas, e assinado em duas vias antes da obtenção das informações da pesquisa. As informações da primeira seção do instrumento foram obtidas por meio de entrevista, realizada individualmente e em ambiente privativo. As seções seguintes foram

preenchidas pelo próprio estudante. Em caso de dúvidas diante de alguma questão, as mesmas eram sanadas pelo entrevistador.

Todas as fases da coleta de dados resultavam em um tempo médio de 30 minutos de antemão comunicado a cada participante. A pesquisadora responsável participou de todas as fases, além da inspeção do fluxo de todo o processo.

Houve limitações quanto ao período de coleta de dados, inviabilizando o cumprimento do cronograma estabelecido. Visto que, o momento excepcional de pandemia vivido no Brasil e no mundo causou mudanças no funcionamento habitual das universidades.

Cabe mencionar que o desenvolvimento da coleta de dados atendeu as medidas de proteção e prevenção à Covid-19, apresentadas em forma de protocolo de biossegurança para realização dessa pesquisa, aprovado pela comissão de biossegurança da UFPB.

4.5 Análise dos dados

A partir da identificação de todas as variáveis no dicionário, foi elaborado um banco de dados e logo após alimentado. Os dados foram digitados diretamente neste banco no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) - versão 20 em que ocorreram as análises estatísticas.

Os dados passaram por análises descritivas e inferenciais. As descritivas foram fornecidas por meio de frequências absolutas, relativas, média e desvio-padrão. A prevalência da COVID-19 foi calculada com intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Para investigação da associação entre as variáveis dependentes e independentes utilizou-se o teste Qui-quadrado para testar diferenças entre proporções. Para estimar as razões de chances ou *Odds Ratio* (OR) utilizou-se a análise bivariada do modelo de regressão logística com IC 95%. As variáveis que apresentaram um $p < 0,20$ foram incluídas simultaneamente no modelo de regressão logística pelo método *stepwise*. No modelo final, foram consideradas as variáveis que apresentaram associação estatisticamente significativa com $p \leq 0,05$.

Em relação a prática do uso de máscara, as variáveis dependentes foram o escore geral da FMUS e seus domínios. As variáveis independentes foram as variáveis sociodemográficas, relacionadas a covid-19 e sobre o uso de álcool e outras drogas. A normalidade dos dados foi avaliada por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-

Wilk. Para a comparação dos escores da escala entre as variáveis independentes, utilizou-se o teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Foi considerado $p\text{-valor} \leq 0,05$.

4.6 Aspectos éticos

O presente estudo seguiu as normas estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe de todos os aspectos éticos a serem respeitados e seguidos, quando há o envolvimento de seres humanos no desenvolvimento de uma pesquisa (BRASIL, 2012). Nessa perspectiva, preconiza que o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (KNORST, 2014).

Para isso, a presente pesquisa foi aprovada pelo o Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba via Plataforma Brasil com CAAE: 36932220.5.0000.5188 e parecer nº 4.309.767.

5 RESULTADOS

Características sociodemográficas

Participaram do estudo 404 (100%) estudantes universitários. Verificou-se predomínio de sexo feminino, 234 (57,9%), com faixa etária entre 18 e 22 anos, 183 (45,3%), de cor parda, 174 (43,1%). Quanto ao estado conjugal a maioria declarou-se solteiro 352 (87,1%), não possuir filhos 387 (95,8%), sem religião definida 185 (45,8%) e com renda individual mensal < 1 salário mínimo, 233 (57,7%), e renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos, 161 (39,9%). O maior número disse receber bolsa ou benefício, 271 (67,1%) e não exerce atividade remunerada 317 (78,5%).

Dentre os estudantes participantes, a maior parte não mora na residência universitária, 294 (72,8%), somente 110 (27,2%) afirmaram que sim e destes 103 (25,5%) permaneceu na residência universitária no período de pandemia. Referiram morar com família 180 (44,6%), e um quantitativo de duas pessoas morando na mesma residência, 150 (37,1%). Quanto ao curso, o mais comum foi de enfermagem 36 (8,9%), seguido de fisioterapia 33 (%) e agroecologia 30 (%), e o campus I - João Pessoa-PB 287 (71%) (Tabela 2).

Tabela 3 - Características sociodemográficas dos estudantes universitários da Paraíba, Brasil. 2022 (n= 404).

Variável	n	%
Sexo		
Masculino	170	42,1
Feminino	234	57,9
Faixa etária (anos)		
18 a 22	183	45,3
23 a 27	167	41,3
28 a 32	33	8,2
Acima de 32 anos	21	5,2
Cor ou raça		
Branca	149	36,9
Preta	73	18
Parda	174	43,1
Amarela	4	1,0
Indígena	4	1,0

Estado conjugal

Solteiro (a)	352	87,1
Casado (a)	14	3,5
Vive com companheiro (a) atualmente	35	8,7
Viúvo (a)	3	0,7

Possui filhos

Sim	17	4,2
Não	387	95,8

Religião

Católica	144	35,6
Evangélica	39	9,7
Espírita	9	2,2
Cristão	6	1,5
Candomblecista	6	1,5
Pagão	3	0,7
Espiritualista	2	0,5
Deísmo	1	0,2
Bruxa	3	0,7
Umbanda	3	0,7
Agnóstico	1	0,2
Discordianismo	1	0,2
Afrobrasileiro	1	0,2
Não possui	185	45,8

Renda mensal individual

< 1 salário mínimo	233	57,7
1 a 2 salários mínimos	84	20,8
≥ 3 salários mínimos	2	0,5
Não possui rendimentos	85	21,0

Renda familiar mensal

Até 1 salário mínimo	79	19,6
De 1 a 2 salários mínimos	161	39,9
De 2 a 3 salários mínimos	98	24,3
Mais de 4 salários mínimos	65	16,1
Não sabe	1	0,2

Recebe bolsa ou benefício

Sim	271	67,1
Não	133	32,9

Exerce atividade remunerada

Sim	87	21,5
Não	317	78,5

Mora na residência universitária

Sim	110	27,2
Não	294	72,8

Permaneceu na residência universitária no período da pandemia*

Sim	103	98,2
Não	8	7,2

Com quem mora

Família	180	44,6
Amigos (as)	84	20,8
Sozinho (a)	42	10,4
Pensionato	1	0,2
Residência universitária	97	24,4

Quantidade de pessoas que moram em sua residência, incluindo você

2 pessoas	150	37,1
3 a 4 pessoas	137	33,9
Acima de 4 pessoas	55	13,6
Sozinho (a)	62	15,3

Curso

Enfermagem	36	8,9
Fisioterapia	33	8,2
Medicina veterinária	15	3,7
Engenharia de produção	1	0,2
Engenharia de energias renováveis	2	0,5
Engenharia civil	4	1,0
Agroindústria	3	0,7
Farmácia	24	5,9
Engenharia química	3	0,7
Zootecnia	11	2,7
Agronomia	22	5,4
Biologia	15	3,7
Química	5	1,2
Psicologia	23	5,7
Matemática	4	1,0

Ciências atuariais	2	0,5
Pedagogia	17	4,2
Ciências das religiões	2	0,5
Ciências sociais	8	2,0
Administração	20	5,0
Letras (língua portuguesa)	13	3,2
Ciências contábeis	1	0,2
Tecnologia de alimentos	1	0,2
Artes visuais	4	1,0
Engenharia de alimentos	3	0,7
Engenharia mecânica	2	0,5
Engenharia de materiais	3	0,7
Direito	4	1,0
Odontologia	9	2,2
Comunicação em mídias digitais	1	0,2
Rádio e TV	2	0,5
Teatro	10	2,5
Educação física	1	0,2
Biotecnologia	2	0,5
Geografia	4	1,0
História	6	1,5
Gastronomia	1	0,2
Física	1	0,2
Ciências agrárias	2	0,5
Pedagogia do campo	7	1,7
Biblioteconomia	2	0,5
Agroecologia	30	7,4
Jornalismo	1	0,2
Engenharia elétrica	2	0,5
Arquivologia	1	0,2
Psicopedagogia	9	2,2
Residência em medicina veterinária	1	0,2
Química industrial	2	0,5
Nutrição	6	1,5
Radialismo	2	0,5
Dança	1	0,2
Línguas estrangeiras aplicadas as negociações internacionais	2	0,5

Música	1	0,2
Gestão pública	1	0,2
Biomedicina	1	0,2
Letras (inglês)	3	0,7
Antropologia	1	0,2
Serviço social	4	1,0
Tradução	1	0,2
Economia	1	0,2
Filosofia	3	0,7
Fonoaudiologia	1	0,2
Campus que estuda		
Campus I sede (João Pessoa)	287	71,0
Campus II (Areia)	56	13,9
Campus III (Bananeiras)	41	10,1
Campus IV (Mamanguape)	20	5,0
Total	404	100,0

*Aqueles que responderam morar na residência universitária

Prevalência de covid-19

Estimou-se uma prevalência da covid-19 de 21,8% (IC95%: 17,4-26,3), ou seja, a cada 100 estudantes universitários, aproximadamente 22 relataram diagnóstico positivo para a infecção.

Características clínicas da covid-19

A tabela 2 mostra as características clínicas apresentadas pelos estudantes universitários que foram diagnosticados com covid-19. Observa-se que 53 (60,2%) apresentou cansaço (fraqueza), febre 52 (59,1%), anosmia 47(53,4%) e ageusia 45 (51,1%), sendo os sinais e sintomas mais frequentes entre esta população do estudo.

Tabela 3 – Características clínicas da covid-19 em estudantes universitários da Paraíba, Brasil. 2021. (n=88)

Variáveis	n	%
Presença de febre		
Sim	52	59,1
Não	36	40,9
Presença de tosse		
Sim	39	44,3
Não	49	55,7
Presença de cansaço (fraqueza)		
Sim	53	60,2
Não	35	39,8
Presença de coriza		
Sim	41	46,6
Não	47	53,4
Presença de dor de garganta		
Sim	40	45,5
Não	48	54,5
Presença de dificuldade para respirar		
Sim	24	27,3
Não	64	72,7
Presença de anosmia		
Sim	47	53,4
Não	41	46,6
Presença de ageusia		
Sim	45	51,1
Não	43	48,9
Presença de distúrbios gastrointestinais		
Sim	11	28,9
Não	27	71,1
Presença de hiporexia		
Sim	21	23,9
Não	67	76,1
Presença de dispneia		
Sim	16	18,2
Não	72	81,8
Assintomático		
Sim	5	5,7
Não	83	94,3

Uso de álcool e drogas

Em relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas, a maior parte dos estudantes responderam que não fuma cigarro ou tabaco atualmente 323 (80,0%), 204 (50,5%) já

usou drogas ilícitas na vida e 358 (88,6%) já usou bebidas alcóolicas em algum momento da vida. Quanto a frequência do uso de bebidas alcóolicas nos últimos 3 meses a maioria 194 (48,0%) respondeu nunca, seguido de 110 (27,2%) que fizeram uso mensalmente e 92 (22,8%) semanalmente. Acerca da frequência do consumo de produtos derivados de tabaco nos últimos 3 meses a maior parte 311 (77,0%) dos estudantes responderam nunca. (Tabela 4)

Tabela 4 – Uso de álcool e outras drogas entre os estudantes universitários da Paraíba, Brasil. 2021. (n=404)

Variáveis	n	%
Fuma		
Sim	81	20,0
Não	323	80,0
Uso de drogas ilícitas na vida		
Sim	204	50,5
Não	200	49,5
Em toda a sua vida, você já usou bebidas alcóolicas		
Sim	358	88,6
Não	46	11,4
Nos últimos 3 meses, com que frequência usou bebidas alcóolicas		
Nunca	194	48,0
Mensalmente	110	27,2
Semanalmente	92	22,8
Diariamente ou quase todo dia	8	2,0
Nos últimos 3 meses, com que frequência usou produtos derivados do tabaco		
Nunca	311	77,0
Mensalmente	21	5,2
Semanalmente	23	5,7
Diariamente ou quase todo dia	49	12,1

Segundo o teste ASSIST em algum momento da vida a maior parte dos estudantes universitários já fizeram uso de álcool 358 (88,6%) e maconha 205 (50,7%). Já maioria deles não fizeram uso de tabaco 207 (51,2%), cocaína 338 (83,7%) e outras drogas 391 (91,6%), respectivamente. Quanto aos Padrões de risco do uso de drogas, conforme o ASSIST, o maior número desta população apresentou baixo risco de estar atualmente experimentando algum dos problemas relacionados ao uso de substância como álcool 279

(69,1%), maconha 283 (70,0 %), tabaco 269 (79,1%), cocaína 358 (93,6%) e outras drogas 403 (99,8%), concomitantemente.

Medidas não farmacológicas da COVID-19 durante a pandemia

A tabela 5 mostra as análises bivariadas das características sociodemográficas, clínicas da covid-19, o uso de álcool e outras drogas e a sua associação com as medidas não farmacológicas da COVID-19 durante a pandemia.

Tabela 5 – Associação entre as características sociodemográficas, clínicas da COVID-19, uso de álcool e outras drogas e as medidas não farmacológicas entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil, 2021.

Variáveis	Isolamento físico		p-valor	Uso de máscaras		p-valor
	Sim (n=217) n (%)	Não (n=187) n (%)		Não (n=60) n (%)	Sim (n=344) n (%)	
Sexo			0,079			0,831
Masculino	100 (58,8)	70 (41,2)		26 (15,3)	144 (84,7)	
Feminino	117 (50,0)	117 (50,0)		34 (14,5)	200 (85,5)	
Idade			0,480			0,714
18 a 27 anos	192 (54,9)	158 (45,1)		50 (14,3)	300 (85,7)	
28 a 37 anos	23 (46,9)	26 (53,1)		9 (19,4)	40 (81,6)	
≥ 38 anos	2 (40,0)	3 (60,0)		1 (20,0)	4 (80,0)	
Estado Civil			0,310			0,243
Solteiro/Separado/Viúvo	194 (54,6)	161 (45,4)		50 (14,1)	305 (85,9)	
Casado/União Consensual	23 (46,9)	26 (53,1)		10 (20,4)	39 (79,6)	
Renda familiar mensal			0,086			0,009*
≤ 2 salários mínimos	121 (50,2)	120 (49,8)		45 (18,7)	196 (81,3)	
>2 salários mínimos	96 (58,9)	67 (41,1)		15 (9,2)	148 (90,8)	
Mora na residência universitária			0,837			0,294
Sim	60 (54,5)	50 (45,5)		13 (11,8)	97 (88,2)	
Não	157 (53,4)	137 (46,6)		47 (16,0)	247 (84,0)	
Exerce atividade remunerada			0,128			0,006*
Sim	53 (60,9)	34 (39,1)		21 (24,1)	66 (75,9)	
Não	164 (51,7)	153 (48,3)		39 (12,3)	278 (87,7)	
Diagnóstico de covid-19			<0,001*			0,183
Sim	74 (84,1)	14 (15,9)		17 (19,3)	71 (80,7)	
Não	143 (45,3)	173 (54,7)		43 (13,6)	273 (86,4)	

Você teve sintomas semelhantes aos da covid-19			<0,001*		0,098
Sim	166 (64,3)	92 (35,7)		44 (17,1)	214 (82,9)
Não	51 (34,9)	95 (65,1)		16 (11,0)	130 (89,0)
Você conheceu ou teve contato próximo com pessoas infectadas			<0,001*		0,406
Sim	203 (58,0)	147 (42,0)		54 (15,4)	296 (84,6)
Não	14 (25,9)	40 (74,1)		6 (11,1)	48 (88,9)
Tabagismo			0,062		0,735
Sim	51 (63,0)	30 (37,0)		13 (16,0)	68 (84,0)
Não	166 (51,4)	157 (48,6)		47 (14,6)	276 (85,4)
Uso de drogas ilícitas			0,377		0,300
Sim	114 (55,9)	90 (44,1)		34 (16,7)	170 (83,3)
Não	103 (51,5)	97 (48,5)		26 (13,0)	174 (87,0)
Uso de bebidas alcóolicas			0,139		0,714
Sim	197 (55,0)	161 (45,0)		54 (15,1)	304 (84,9)
Não	20 (43,5)	26 (56,5)		6 (13,0)	40 (87,0)

*p ≤ 0,05

Observa-se que as variáveis; diagnóstico de covid-19 ($p < 0,001$), presença de sintomas semelhantes aos da covid-19 ($p < 0,001$) e contato com pessoas infectadas ($p < 0,001$) foram estatisticamente associadas com a prática do isolamento físico. Sendo que estudantes universitários diagnosticados com covid-19, que apresentaram sintomas semelhantes aos da doença e que tiveram contato com pessoas infectadas praticaram com mais frequência o isolamento físico.

Em relação ao uso de máscaras, a renda familiar mensal ($p = 0,009$) e exerce atividade remunerada ($p = 0,006$) foram estatisticamente associadas com a prática do uso de máscaras.

A tabela 6 mostra a análise bivariada de regressão logística entre as características sociodemográficas, clínicas da COVID-19, uso de álcool e outras drogas e sua associação com as medidas não farmacológicas durante a pandemia.

Tabela 6 - Análise de regressão logística das medidas não farmacológicas e as variáveis sociodemográficas, clínicas da COVID-19 e uso de álcool e outras drogas entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil. 2021.

Variáveis	Isolamento físico		p-valor	Uso de máscaras		
	OR Bruto	IC 95%		OR Bruto	IC 95%	p-valor
Sexo						
Masculino	1			1		
Feminino	0,70	0,41-1,04	0,080	0,94	0,54-1,63	0,831
Idade						
18 a 27 anos	1,37	0,75-2,50	0,299	1,50	0,16-13,5	0,719
28 a 37 anos	1,82	0,30-11,0	0,514	1,11	0,11-11,1	0,929
≥ 38 anos	1			1		
Estado Civil						
Solteiro/Separ./Viúvo	1,36	0,74-2,47	0,312	1,56	0,73-3,33	0,246
Casado/União Consensual	1			1		
Renda familiar mensal						
≤ 2 salários mínimos	0,70	0,47-1,05	0,086	0,44	0,23-0,82	0,010*
>2 salários mínimos	1			1		
Mora na residência universitária						
Não	1			1		
Sim	1,04	0,67-1,62	0,837	1,42	0,73-2,74	0,296
Exerce atividade remunerada						
Sim	1,45	0,89-2,35	0,129	2,26	1,25-4,11	0,007*
Não	1			1		
Diagnóstico de covid-19						

Sim	6,39	3,46-11,8	<0,001*	1,52	0,81-2,82	0,185
Não	1			1		
Você teve sintomas semelhantes aos da covid-19						
Sim	3,36	2,19-5,14	<0,001*	1,67	0,90-3,08	0,100
Não	1			1		
Você conheceu ou teve contato próximo com pessoas infectadas						
Sim	3,94	2,07-7,51	<0,001*	1,45	0,59-3,57	0,409
Não	1			1		
Tabagismo						
Sim	1,60	0,97-2,65	0,063	1,12	0,57-2,19	0,735
Não	1			1		
Uso de drogas ilícitas						
Sim	1,19	0,80-1,76	0,377	1,33	0,77-2,32	0,301
Não	1			1		
Uso de bebidas alcóolicas						
Sim	1,59	0,85-2,95	0,142	1,18	0,47-2,92	0,714
Não	1			1		

OR bruto: Odds Ratio bruto; IC95%: Intervalo de confiança de 95%. *p≤0,05.

No modelo final de regressão logística, conforme mostra a tabela 5, observa-se que estudantes universitários do sexo feminino (OR=0,56;IC95%:0,36-0,88;p=0,012) tem menos chances de praticar o isolamento físico. Enquanto que estudantes universitários que relataram diagnóstico positivo para a COVID-19 (OR=4,83;IC95%:2,53-9,18;p<0,001), que apresentaram sintomas semelhantes aos da infecção (OR=2,19;IC95%:1,39-3,47;p=0,001) e que conheceram ou tiveram contato com pessoas diagnosticadas com COVID-19 (OR=3,29;IC95%:1,64-6,59;p=0,001) tem aproximadamente cinco, duas e três vezes mais chances de praticar o isolamento físico durante a pandemia de COVID-19, respectivamente.

Em relação a prática do uso de máscaras, observa-se que estudantes universitários com renda familiar ≤ 2 salários mínimos tem menores chances de fazer uso de máscaras (OR:0,38;IC95%: 0,20-0,72;p=0,003). Enquanto que estudantes universitários que exercem alguma atividade remunerada tem chances aumentadas para o uso de máscaras (OR:2,67;IC95%:1,44-4,96;p=0,002). (Tabela 7).

Tabela 7 - Análise de regressão logística múltipla para a prática do isolamento físico e do uso de máscaras entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil. 2021.

Isolamento físico			
Variáveis	Odds Ratio ajustado	IC 95%	p-valor
Sexo (Feminino)	0,56	0,36-0,88	0,012*
Diagnóstico de COVID-19 (Sim)	4,83	2,53-9,18	<0,001*
Sintomas semelhantes aos da COVID-19 (Sim)	2,19	1,39-3,47	0,001*
Conheceu ou teve contato com pessoas diagnosticadas com COVID-19 (Sim)	3,29	1,64-6,59	0,001*
Uso de máscaras			
Variáveis	Odds Ratio ajustado	IC 95%	p-valor
Renda familiar mensal (\leq 2 salários mínimos)	0,38	0,20-0,72	0,003*
Exerce atividade remunerada (sim)	2,67	1,44-4,96	0,002*

IC95%: Intervalo de confiança de 95%. *p \leq 0,05.

Prática do uso de máscaras (escala FMUS)

A maioria dos estudantes universitários respondeu sempre usar a máscara no serviço de saúde para se proteger contra doenças semelhantes a gripe, 326 (80,7%), e quando tem sintomas de doenças como gripe, 325 (80,4%). Quando questionados sobre o uso de máscara em locais públicos para se proteger e quando tem sintomas de doenças como gripe, 256 (63,4%) e 306 (75,7%) referiram sempre utilizar, respectivamente. Porém, 35,1% e 30,2% nunca utilizam a máscara em casa quando tem sintomas de doenças como a gripe ou quando os membros da família sofrem de doenças semelhantes à gripe, respectivamente. (Tabela 8).

Tabela 8 – Respostas dos estudantes universitários, de acordo com os itens da Escala sobre Prática do Uso de Máscaras Faciais (FMUS-PB) versão em português, durante a pandemia de COVID-19. Paraíba, Brasil, 2021. (n=404).

Itens	Nunca n (%)	Raramente n (%)	Às vezes n (%)	Frequentemente n (%)	Sempre n (%)
1. Eu uso máscara em locais públicos para me proteger contra doenças semelhantes à gripe.	6 (1,5)	15 (3,7)	39 (9,7)	88 (21,8)	256 (63,4)
2. Eu uso máscara no serviço de saúde para me proteger contra doenças semelhantes à gripe.	9 (2,2)	7 (1,7)	18 (4,5)	44 (10,9)	326 (80,7)
3. Eu uso máscara em casa quando tenho sintomas de doenças como gripe.	142 (35,1)	68 (16,8)	56 (13,9)	43 (10,6)	95 (23,5)

4. Eu uso máscara em locais públicos quando tenho sintomas de doenças como gripe.	19 (4,7)	10 (2,5)	21 (5,2)	48 (11,9)	306 (75,7)
5. Eu uso máscara no serviço de saúde quando tenho sintomas de doenças como gripe.	21 (5,2)	10 (2,5)	16 (4,0)	32 (7,9)	325 (80,4)
6. Eu uso máscara em casa quando os membros da família sofrem de doenças semelhantes à gripe.	122 (30,2)	64 (15,8)	67 (16,6)	44 (10,9)	107 (26,5)

O escore geral da prática do uso de máscaras entre os estudantes universitários foi de 23,7 (DP=4,9), variando entre 6 e 30. Os escores para os domínios práticas cautelosas e práticas negligentes foi de 13,7 (DP=2,58) e 10,0 (DP=3,26), respectivamente, variando entre 3 e 15. Com relação a percepção do uso de máscaras para a autoproteção o escore foi de 11,9 (DP=2,50; mínimo: 3; máximo: 15), enquanto que o escore para a percepção do uso de máscaras para a proteção do outro foi de 11,7 (DP=2,83; mínimo: 3; máximo: 15).

A tabela 9 mostra os escores dos domínios segundo variáveis sociodemográficas e relacionadas a covid-19.

Observa-se que estudantes universitários que não tiveram diagnóstico de COVID-19 apresentaram maiores escores para o uso de máscaras para autoproteção ($p=0,011$). Aqueles que afirmaram residir com alguém que foi diagnosticado com COVID-19 apresentaram maiores escores para a prática do uso geral de máscara ($p=0,002$), para a autoproteção ($p=0,008$) e para a proteção do outro ($p=0,001$). No entanto, apresentaram maiores escores para as práticas negligentes do uso de máscara ($p<0,001$).

Estudantes universitários que autorrelataram que não fizeram uso de drogas ilícitas na vida apresentaram maiores escores para a prática do uso geral de máscara ($p=0,044$), para a prática cautelosa do uso de máscara ($p=0,003$) e para a autoproteção ($p=0,028$).

Tabela 9 – Escores médios da escala FMUS segundo variáveis sociodemográficas, relacionadas a COVID-19 e ao uso de álcool e outras drogas. Paraíba, Brasil, 2021.

Variáveis	Escore geral		Práticas cautelosas		Práticas negligentes		Autoproteção		Proteção do outro	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Sexo⁽¹⁾		0,975		0,163		0,758		0,986		0,360
Masculino	23,5 (5,41)		13,5 (2,88)		10,0 (3,40)		11,9 (2,64)		11,6 (3,13)	
Feminino	23,8 (4,57)		13,8 (2,32)		9,96 (3,17)		11,9 (2,41)		11,8 (2,58)	
Faixa etária⁽²⁾		0,997		0,195		0,493		0,892		0,930
18 a 22 anos	23,7 (4,56)		14,0 (2,30)		9,7 (3,16)		11,8 (2,46)		11,8 (2,49)	
23 a 27 anos	23,7 (5,16)		13,5 (2,73)		10,2 (3,29)		12,0 (2,52)		11,6 (3,07)	
28 a 32 anos	23,6 (5,98)		13,2 (3,27)		10,4 (3,47)		11,8 (2,77)		11,8 (3,44)	
Acima de 33	23,9 (4,87)		13,8 (2,28)		10,1 (3,67)		12,1 (2,46)		11,7 (2,68)	
Estado conjugal⁽¹⁾		0,805		0,636		1,000		0,770		0,863
Solteiro/Separad	23,7 (4,88)		13,7 (2,55)		10,0 (3,24)		11,9 (2,49)		11,7 (2,79)	
Casado/UniãoEs	23,5 (5,37)		13,5 (2,77)		10,0 (3,44)		11,8 (2,63)		11,7 (3,11)	
Renda mensal⁽¹⁾		0,094		0,058		0,337		0,149		0,150
≤ 2 salários	23,4 (5,22)		13,5 (2,75)		9,8 (3,37)		11,7 (2,63)		11,6 (3,01)	
> 2 salários	24,2 (4,46)		14,0 (2,27)		10,1 (3,10)		12,2 (2,29)		12,0 (2,53)	

Mora na residência universitária⁽¹⁾		0,422		0,141		0,412		0,131		0,935
Sim	23,6 (5,86)		13,3 (3,13)		10,3 (3,53)		12,1 (2,83)		11,5 (3,44)	
Não	23,7 (4,55)		13,8 (2,33)		9,8 (3,16)		11,8 (2,37)		11,8 (2,56)	
Diagnóstico de COVID-19⁽¹⁾		0,213		0,084		0,513		0,011*		0,815
Sim	23,3 (4,89)		13,4 (2,63)		9,8 (3,30)		11,4 (2,47)		11,8 (2,78)	
Não	23,8 (4,95)		13,8 (2,56)		10,0 (3,26)		12,1 (2,50)		11,7 (2,84)	
Isolamento⁽¹⁾		0,257		0,932		0,095		0,201		0,391
Sim	24,1 (4,54)		13,8 (2,24)		10,2 (3,26)		12,1 (2,42)		11,9 (2,55)	
Não	23,3 (5,34)		13,5 (2,91)		9,7 (3,26)		11,7 (2,60)		11,5 (3,11)	
Reside com alguém que contraiu COVID-19⁽¹⁾		0,002*		0,054		<0,001*		0,008*		0,001*
Sim	24,6 (4,53)		13,9 (2,28)		10,6 (3,16)		12,2 (2,45)		12,3 (2,45)	
Não	23,1 (5,12)		13,5 (2,76)		9,5 (3,27)		11,7 (2,52)		11,3 (3,01)	
Tabagismo⁽¹⁾		0,861		0,094		0,397		0,566		0,777
Sim	23,8 (5,00)		13,5 (2,45)		10,3 (3,40)		12,1 (2,46)		11,7 (2,92)	
Não	23,7 (4,93)		13,7 (2,61)		9,9 (3,23)		11,9 (2,52)		11,7 (2,81)	
Uso de drogas ilícitas⁽¹⁾		0,044*		0,003*		0,159		0,028*		0,125
Sim	23,1 (5,41)		13,3 (2,91)		9,7 (3,43)		11,6 (2,67)		11,4 (3,20)	
Não	24,3 (4,35)		14,0 (2,13)		10,2 (3,07)		12,2 (2,30)		12,0 (2,36)	
Nos últimos 3 meses, com que		0,442		0,197		0,684		0,398		0,505

**frequência usou
bebidas
alcoólicas⁽¹⁾**

Nunca	23,9 (5,15)	13,8 (2,66)	10,1 (3,28)	12,0 (2,58)	11,9 (2,91)
Mensalmente	23,5 (5,00)	13,6 (2,77)	9,9 (3,25)	11,9 (2,44)	11,5 (3,02)
Semanalmente	23,6 (4,51)	13,7 (2,19)	9,9 (3,28)	11,9 (2,46)	11,7 (2,49)
Diariamente ou quase todo dia	22,7 (3,80)	13,8 (2,03)	8,8 (3,09)	11,0 (2,20)	11,7 (1,83)

**Nos últimos 3
meses, com que
frequência usou
produtos
derivados do
tabaco**

	0,505	0,120	0,566	0,628	0,418
Nunca	23,7 (4,90)	13,7 (2,58)	9,9 (3,22)	11,9 (2,50)	11,7 (2,79)
Mensalmente	25,2 (4,10)	14,4 (1,12)	10,8 (3,52)	12,5 (2,33)	12,7 (2,21)
Semanalmente	23,3 (5,13)	13,7 (2,47)	9,6 (3,52)	11,5 (2,53)	11,7 (2,78)
Diariamente ou quase todo dia	23,2 (5,42)	13,1 (2,97)	10,0 (3,35)	11,8 (2,62)	11,3 (3,25)

⁽¹⁾Teste Mann-Whitney; ⁽²⁾Teste Kruskal-Wallis; *p-valor $\leq 0,05$.

Utilização e reutilização de máscaras

Quanto ao tipo de máscara utilizada, a mais recorrente foi a máscara de tecido, 73,0%, seguida da máscara cirúrgica, 44,6%, conforme apresentado na tabela 10.

Tabela 10 – Frequências dos tipos de máscaras utilizadas pelos estudantes universitários em locais públicos durante a pandemia de covid-19. Paraíba, Brasil, 2021. (N=404)

Tipos de máscaras	n	%
Tecido		
Sim	295	73,0
Não	109	27,0
Cirúrgica		
Sim	180	44,6
Não	224	55,4
N95		
Sim	101	25,0
Não	303	75,0
Papel ou gaze		
Sim	17	4,2
Não	387	95,8
Carvão ativado		
Sim	0	0,0
Não	404	100,0
Total	404	100,0

Em relação a reutilização das máscaras, dos estudantes universitários que relataram utilização de máscara de tecido em locais públicos, 77 (26,1%) referiram sempre reutilizá-las. Aqueles que utilizam a máscara cirúrgica, raramente/de 1 a 2 vezes reutilizam, 63 (35,0%). Enquanto aqueles que utilizam a N95, a maioria relatou que utilizam frequentemente/de 5 a 6 vezes, 15 (34,9%) e sempre, 26 (25,7%). (Tabela 11).

Tabela 11 – Distribuição da frequência de reutilização dos tipos de máscaras utilizadas entre os estudantes universitários. Paraíba, Brasil, 2021.

Tipo de máscara	Reutilização de máscaras				
	Nunca n (%)	Raramente 1-2 vezes n (%)	Às vezes 3-4 vezes n (%)	Frequentemente 5-6 vezes n (%)	Sempre Mais de 7 n (%)
Tecido	16 (5,4)	76 (25,8)	69 (23,4)	57 (19,3)	77 (26,1)
Cirúrgica	14 (7,8)	63 (35,0)	40 (22,2)	34 (18,9)	29 (16,1)

N95	6 (5,9)	24 (23,8)	19 (18,8)	26 (25,7)	26 (25,7)
Papel/Gaze	1 (5,9)	5 (29,4)	2 (11,8)	2 (11,8)	7 (41,2)

6 DISCUSSÃO

Como apresentado em todo percurso de desenvolvimento da pesquisa supracitada, manteve-se o cuidado em caracterizar a amostra e apontar como o público-alvo se relacionou com o surgimento do SARS-CoV-2, mais especificamente, com as medidas não farmacológicas de prevenção para a covid-19, apontadas como ferramentas fundamentais antes e durante o processo de imunização da população.

No que se refere às características dos estudantes que participaram da pesquisa a maioria eram solteiros e do sexo feminino, com renda individual mensal menor que um salário mínimo e renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos, e o maior número recebem bolsa ou benefício. Os cursos frequentados eram muitos diversos, sendo os mais representados enfermagem, seguido de fisioterapia e agroecologia. Que encontrou semelhança com outros estudos, que contou com universitários em sua maior parte solteiros, do sexo feminino e do curso de enfermagem (MAIA, DIAS, 2020; PEREIRA *et al.*, 2020). Também em consonância com os dados de Sequeira, *et al.* (2021), que verificou o perfil de alunos em sua maioria mulheres (79%), com idade média de 23,2 anos (DP = 6,6) e bolsistas (37%).

O rendimento financeiro do conjunto familiar se faz importante e a situação socioeconômica entre os estudantes também esteve presente em uma pesquisa asiática, fator relacionado à modalidade remota que demandava internet com qualidade mínima à execução das atribuições escolares (DUTTA, SMITA, 2020). Aspectos úteis para o gerenciamento de riscos durante a crise da covid-19 e o contexto de vida que o aluno se insere.

Sobre a prevalência da covid-19, a observação da totalidade dos dados, registrou o percentual de 21,8% de estudantes universitários que tiveram diagnóstico de covid-19. Quanto as características clínicas relatadas por estes estudantes as mais comuns foram fadiga, febre, anosmia e ageusia. Um outro estudo entre 1.693 indivíduos de 2 a 22 anos, 6,1% apresentaram teste positivo para covid-19, apontou-se a tosse e anosmia como principais sintomas, e outros 35,5% não apresentaram nenhum sintoma (MACIEL *et al.*, 2020).

Para mais, podemos comparar ao estudo apresentado por Muangman, *et al.* (2022) sobre os universitários e funcionários de uma Instituição de Ensino, no qual 1,18% dos alunos e funcionários foram infectados. O autor aponta que fatores como a própria

vacinação e a adoção de medidas não farmacológicas foram determinantes no quantitativo de acometidos pela covid-19.

Enquanto, Mendonça *et al* (2020) e Li, et al. (2020) apresentaram em seu estudo a população jovem como a mais acometida pela doença, entretanto, associado a apresentação de sintomas leves como tosse, febre e fadiga, com baixa taxa de mortalidade em comparação ao público de mais idade.

Um trabalho desenvolvido nos Estados Unidos analisou como o fechamento das escolas impactou a curva de incidência da doença. Entre março e maio de 2020, o fechamento de escolas foi associado à diminuição da incidência e mortalidade de covid-19. Embora os autores pontuaram a dificuldade em separar essa medida de outras intervenções não farmacológicas, os achados sugerem a relevância desses locais e população jovem na transmissão da infecção (AUGER et al., 2020).

De acordo com Maciel et al. (2020) os jovens necessitam de mais avaliação em relação à prevalência dessa infecção, adoecimento, comorbidades e óbitos. Há carência de dados para basear e orientar políticas públicas nesse grupo etário. Todavia, minimizar a participação dos mais jovens na cadeia de transmissão da covid-19, sem evidências científicas que a justifiquem, permite a manutenção e o acúmulo de casos, e oportuniza o aparecimento de surtos da doença em instituições de ensino.

Em relação à utilização de drogas, álcool e medidas não farmacológicas, a maior parte dos universitários já utilizaram drogas ilícitas e 358 (88,6%) já usou bebidas alcólicas durante sua vida. Já maioria deles não fizeram uso de tabaco. Entre estes, os que autorrelataram não fazer uso de drogas ilícitas na vida exibiram maiores pontuações para prática cautelosa do uso de máscara e para a autoproteção. Nesse contexto, em uma pesquisa recente houve predominância do consumo de 1 para 9 cigarros de tabaco e o quantitativo do aumento do consumo de álcool relatado por 11,79% dos universitários (OLIVEIRA, 2021), aspectos que põe em evidência fatores de vulnerabilidade nessa comunidade.

Evidência científica demonstra padrões autorelatados de consumo excessivo de álcool entre estudantes universitários do primeiro ano no momento do isolamento social (BONAR, 2021). À vista disso, uma das preocupações visualizadas pela OPAS é o uso do álcool a fim de lidar com emoções, sendo uma de suas suposições, o isolamento como fator de vulnerabilidade e intensificador para o etilismo (OPAS, 2020b).

Além do mais, dados recentes de pesquisa com jovens e adultos apontou um aumento exponencial no consumo de álcool e fumo durante a pandemia da covid-19. As

intervenções dirigidas ao combate à pandemia provocaram um impacto significativo na saúde das pessoas e o autor sugere que pesquisas suplementares acerca do enfrentamento de aumento na demanda por saúde em tempos de distanciamento físico são de extrema importância, além disso, se faz imperioso medidas de cuidado visando à integralidade, proteção, singularidade e aspectos sociais de cada indivíduo (AMORIM, SANTOS, 2022).

Sobre a variável e medida não farmacológica, isolamento físico, aqueles com diagnóstico da covid-19, contactante de pessoas diagnosticadas e que exibiram sintomas apontaram maiores chances de praticar esta medida. Acerca disso, Bezerra (2021) corrobora que o isolamento e o distanciamento social foram as recomendações iniciais no enfrentamento global da infecção pela COVID-19, a qual também ocasionou sentimentos de medo, ansiedade generalizada, e solidão, dentre os temores relacionados com os altos índices de morbimortalidade vistos através dos recursos midiáticos.

Na presente pesquisa verificou-se que estudantes universitários que relataram diagnóstico positivo para a COVID-19 que apresentaram sintomas semelhantes aos da infecção, conheceram e/ou tiveram contato com pessoas diagnosticadas com COVID-19 apresentaram mais chances de praticar o isolamento físico durante a pandemia, dados ratificados através dos estudos de Shumway, et al. (2021) com universitários norte americanos e utilização do distanciamento físico como medida de práticas não farmacológicas.

No que se trata da utilização das máscaras como medidas de proteção, de acordo com os itens da Escala sobre Prática do Uso de Máscaras Faciais (FMUS-PB (Tabela 7), os resultados prevalentes estiveram relacionados aos de Pereira-Ávila (2021) e Pereira-Ávila, *et al.* (2020), ao trazer como resultado da análise dos itens da FMUS-PB, o uso predominante de máscaras feito em ambientes públicos e serviços de saúde, sendo a mais utilizada e ou procuradas pela população durante a pandemia, a máscara de tecido, cirúrgica e N95 (PEREIRA-ÁVILA, 2021; PEREIRA-ÁVILA, *et al.*, 2020). Em relação a prática do uso de máscaras, observa-se que estudantes universitários com renda familiar ≤ 2 salários-mínimos tem menores chances de fazer uso de máscaras. Enquanto estudantes universitários que exercem alguma atividade remunerada tem chances aumentadas para o uso de máscaras.

Sobre isso é interessante mencionar a partir dos dados de Shumway, *et al.* 2021, ao trazer situações pelas quais os alunos eram mais ou menos propensos a utilizar máscaras, entre elas estaria fatores como: estar em pequenos grupos de indivíduos que

não são de sua casa imediata; estar em grandes grupos e ao ar livre a menos de um metro e oitenta de outros indivíduos Shumway, *et al.* (2021).

Quanto a reutilização de máscaras, no presente estudo, daqueles que relataram utilização de máscara de tecido em locais públicos, a maioria referiram sempre reutilizá-las. Aqueles que utilizam a máscara cirúrgica, afirmaram que raramente reutilizavam. Enquanto aqueles que utilizam a N95, a maioria relatou que utilizam frequentemente e sempre a mesma máscara.

Nesse sentido, estudos apontam que as N95 e similares podem ser utilizadas por mais tempo, desde que estejam íntegras e limpas. Na ausência dessas condições, devem ser descartadas. Com relação às máscaras cirúrgicas, em decorrência do material pouco resistente, o recomendado é o descarte já no caso das não-descartáveis (tecido) deve-se realizar a lavagem (evitar mais que 30 vezes) (ANVISAb, 2020; ANVISAc, 2020; FERIOLI *et al.*, 2020). Para mais, existe limitações no conhecimento sobre uso de máscaras de tecido para proteção contra agentes de transmissão respiratória (MELNYK *et al.*, 2011). Nesse sentido, segundo Silva *et al.* (2020) as máscaras de tecido são menos competentes, ainda que os indivíduos não estejam idealmente protegidos.

Dessa forma, se faz importante respeitar a tolerância, o ajuste e a higiene do material da máscara (ANVISAb). Conquanto, da perspectiva da saúde pública, qualquer tipo de uso geral de máscaras diminui o risco da transmissão viral. Além disto, é importante a união de todas as intervenções eficazes para uma melhor proteção e não se deter apenas a uma medida (Silva *et al.*, 2020).

Destarte a esta investigação, é interessante mencionar como as variáveis de sexo, idade, estado civil, exercer atividade remunerada, morar ou não em residências universitárias, estiveram estreitamente relacionadas com a medida do distanciamento e isolamento físico, prática realizada com maior frequência entre os estudantes universitários diagnosticados. Dado que toda essa rede de estrutura influência nas possibilidades de autocuidado que estão ao alcance de sua condição socioeconômica (BARROS, 2020) e até a própria adesão à prática das medidas não farmacológicas.

Os achados deste estudo apontam aspectos e fatores relevantes para reflexões acerca das medidas de proteção contra a covid-19. É interessante considerar que os resultados aqui apresentados corroboram com pesquisas de análises descritivas relacionadas às condutas autoprotetivas entre os estudantes. Levando em conta que fomentar, registrar, categorizar e estabelecer estratégias, otimiza e constrói melhores redes de apoio eficientes para os estudantes que vivem além da realidade experienciada

com a sociedade em geral, está envolvido em um centro de atividades acadêmicas que integram as ações de sua vida e formas comportamentais envolvidas para os quais necessitam estar amparados frente as necessidades emergentes, como a SARS-CoV-2 (covid - 19). Assim, esta pesquisa se apresenta como ferramenta útil para o gerenciamento de riscos durante a crise do covid-19.

7 CONCLUSÃO

Assim sendo, o presente estudo alcançou seu objetivo geral ao analisar as medidas não farmacológicas de prevenção da Covid-19 e fatores associados entre universitários. Foram caracterizadas através das variáveis definidas, a população do estudo em seus aspectos sociodemográficos; estimando a prevalência segundo relato da Covid-19 nessa população; avaliado também a prática do uso de máscaras pelos universitários durante a pandemia da Covid-19; identificado a prática do distanciamento físico entre universitários durante pandemia e a identificação do uso de álcool, cigarro e outras substâncias pelos universitários da Paraíba; comportamentos que puderam se associar com o uso de máscaras e distanciamento físico, medidas não farmacológicas de controle da Covid-19, pelos universitários paraibanos no período de pandemia.

Como destacado inicialmente, a pesquisa imperou-se a partir da lacuna identificada na área da ciência, cuja necessidade em elencar a ocorrência da covid-19 em universitários, o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas nessa população, bem como o modo como estes hábitos estiveram relacionados às medidas não farmacológicas de controle da covid-19 e a prática de uso de drogas lícitas e ilícitas pelos universitários paraibanos no período de pandemia e pós-pandemia se apresentaram como fundamental pois manter registrados, bem descritos e detalhados como uma infecção de cunho tão generalizada se comportou dentro de um público que está em processo de formação a fim de servir a esta mesma sociedade, agindo, como mencionado, de modo a requerer mecanismos de avaliação de riscos de maneira a implementar estratégias de enfrentamento que minimizem as implicações negativas.

Desta forma, conclui-se que o perfil dos estudados aqui corroboraram com estudos verificados em outras investigações de estudantes que vivenciaram a COVID-19, aos quais variáveis sociodemográficas, como idade, sexo, renda familiar, isolamento social distanciamento e rede de apoio estiveram em predominância em todas alterações estruturais no modo como suas atividades seriam desenvolvidas, o que conduz a compreender como isto será estabelecido a nível de aprendizagem e futura formação, além da própria segurança como membro de toda uma estrutura de sociedade. O controle da infecção pela covid-19; a investigação de fatores negativo, como piora da situação financeira e também os positivo como a adaptação dos estudantes às novas abordagens de modo a construir uma nova realidade de ensino – aprendizagem para dar continuidade aos estudos com a inserção modalidade remota como diversos fatores a serem refletidos.

8 REFERÊNCIAS

ABDOOL KARIM, Salim S; DE OLIVEIRA, Tulio. New SARS-CoV-2 variants clinical, public health, and vaccine implications. **New England Journal of Medicine**, v. 384, n. 19, p. 1866-1868, 2021.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Relatório: Bases técnicas para decisão do uso emergencial, em caráter experimental de vacinas contra a COVID-19. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2021/confira-materiais-da-reuniao-extraordinaria-da-dicol/relatoriobases-tecnicas-para-decisao-do-uso-emergencial-final-4-1.pdf>. Acesso em: 10 de jul de 2022.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Orientações gerais – Máscaras faciais de uso não profissional. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/219201/4340788/NT+M%C3%A1scaras.pdf/bf430184-8550-42cb-a975-1d5e1c5a10f7>. Acesso em: 10 de jul de 2022.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Nota técnica GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020 - Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/271858/Nota+T%C3%A9cnica+n+042020+GVIMS-GGTES-ANVISA-ATUALIZADA/ab598660-3de4-4f148e6fb9341c196b28>. Acesso em: em 15 julho 2022.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anvisa concede primeiro registro definitivo para vacina contra a Covid-19 nas Américas. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2021/02/anvisa-concede-primeiro-registro-definitivo-para-vacina-contra-a-covid-19-nas-americas>. Acesso em: 2 jun. 2022;

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/higienizacao_maos/conteudo/c_higiene.htm. Acesso em: 11 de jun. 2022.

ANDERSON, R. M. *et al.* How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? **The Lancet**, v. 395, n. 10228, p. 931–934, mar. 2020.

ANDERSON, Roy M. *et al.* Como as medidas de mitigação baseadas no país influenciarão o curso da epidemia de COVID-19 ?. **A lanceta**, v. 395, n. 10228, p. 931-934, 2020.

AVANCINI M. Os desafios do uso da EAD no contexto do avanço do coronavírus. Disponível em: <https://jeduca.org.br/texto/os-desafios-do-uso-da-eadnocontexto-do-avanco-do-coronavirus>. Acesso em: 18 de out. 2021.

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de

COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. suppl 1, p. 2423–2446, jun, 2020.

BARRETO, H. A. G.; DE OLIVEIRA CHRISTOFF, A; BOERNGEN-LACERDA, R. Development of a self-report format of ASSIST with university students. **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 7, p. 1152-1158, 2014.

BARBOSA, L. N. F; ASFORA, G. C. A; MOURA, M. C. Anxiety and depression and psychoactive substance abuse in university students. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 16, n. 1, p. 01-08, 2020.

BARTEL, S. J.; SHERRY, S. B.; STEWART, S. H. Self-isolation: A significant contributor to cannabis use during the COVID-19 pandemic. **Substance Abuse**, v. 41, n. 4, p. 409-412, 2020.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, p. 285-293, 1996.

BEZERRA, C. B. *et al.* Impacto psicossocial do isolamento durante pandemia de covid-19 na população brasileira: análise transversal preliminar. **Saúde e Sociedade**, v. 29, p. e200412, 2020.

BERNHEIM, A. *et al.* Achados de TC de tórax na doença coronavírus-19 (COVID-19): relação com a duração da infecção. **Radiologia**, pág. 200463, 2020.

BOGOCH, I. I. *et al.* Pneumonia de etiologia desconhecida em Wuhan, China: potencial de disseminação internacional por meio de viagens aéreas comerciais. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 2, p.008, 2020.

BONAR, E. E. *et al.* Beber excessivamente antes e depois do fechamento do campus da COVID-19 entre os estudantes universitários do primeiro ano. **Comportamentos de dependência**, v. 118, p. 106879, 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano nacional de operacionalização da vacinação contra a COVID-19. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/publicacoes-tecnicas/guias-e-planos/plano-nacional-de-vacinacao-covid-19/view>. Acesso em: 19 de ag. 2022.

_____. Ministério da Saúde. Fiocruz com avanço da vacinação, mortes e ocupação de UTIs têm queda. Agência Brasil. Disponível em: <https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2021-07/fiocruz-com-avanco-davacinacao-mortes-e-ocupacao-de-utis-tem-queda>. Acesso em: 11 de jun.2022.

_____. Ministério da Saúde. Pátria vacinada. Secretarias Estaduais De Saúde. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021-1/setembro/brasileiros-imunizados-70-milhoes-ja-tomaram-as-duas-doses-ou-a-doseunica-da-vacina-covid-19>. Acesso em: : 11 de jun.2022.

_____. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Medidas simples salvam vidas: Etiqueta Respiratória. 2020. Disponível em: <http://www.chts.min-saude.pt/mais-saude/bem-estar/medidas-simples-salvam-vidas/>. Acesso em: 13 jul. 2020.

BROOKS, S. K. *et al.* The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, mar, 2020.

BROOKS, Samantha K. *et al.* O impacto psicológico da quarentena e como reduzi-lo: revisão rápida das evidências. **A lanceta**, v. 395, n. 10227, p. 912-920, 2020.

CASCELLA, M. *et al.* Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). **Statpearls [internet]**, 2022.

CDC. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION *et al.* Interim pre-pandemic planning guidance: community strategy for pandemic influenza mitigation in the United States-early, targeted, layered use of nonpharmaceutical interventions. http://www.pandemicflu.gov/plan/community/community_mitigation.pdf, 2007.

CELE S, *et al.* SARS-CoV-2 Omicron tem escape extenso, mas incompleto, da neutralização provocada pelo Pfizer BNT162b2 e requer ACE2 para infecção. **MedRxiv**, 2021. Disponível em: doi.org/10.1101/2021.12.08.21267417. Acesso em 22 de jul.2022.

CHEN *et al.* Omicron (B.1.1.529): Infectivity, Vaccine Breakthrough, and AntibodyResistance. **ArXiv**, v. 14, n. 29, p.48, 2021.

CHINA. *Jornal internacional de ciências biológicas*, v. 16, n. 10, pág. 1732, 2020.

CRESWELL, J. W.; CRESWELL, J. D. Projeto de pesquisa-: Métodos qualitativo, quantitativo e misto. **Penso Editora**, 2021.

CRODA, J. H. R.; GARCIA, L. P. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 1, mar. 2020.

CZEISLER, M. É. *et al.* Saúde mental, uso de substâncias e ideação suicida durante a pandemia COVID-19 - Estados Unidos, 24–30 de junho de 2020. **Morbidity and Mortality Weekly Report** , v. 69, n. 32, p. 1049, 2020.

DA SILVA PEREIRA, R. M. *et al.* Vivência de estudantes universitários em tempos de pandemia do Covid-19. **Revista Práxis**, v. 12, n. 1sup, 2020.

DAS NEVES, Z. C. P. *et al.* Relato de experiência: utilização de cartazes estilizados como medida de incentivo à higienização das mãos. **Revista Eletrônica De Enfermagem**, v. 11, n. 3, 2009.

DE SOUSA NETO, A. R.; DE FREITAS, D. R. J. Utilização de máscaras: indicações de uso e manejo durante a pandemia da covid-19. **Cogitare enfermagem**, v. 25, 2020.

DE SÁ VILELA FILHO, A. *et al.* Vacinas para Covid-19: Uma revisão de literatura. **Brazilian Journal of Development**, v. 8, n. 1, p. 1880-1901, 2022.

DE ARAUJO, C. M; VIEIRA, C. X; MASCARENHAS, C. H. M. Prevalência do consumo de drogas lícitas e ilícitas por estudantes universitários. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 3, p. 144-150, 2019.

DRATVA J. Swiss University Students' Risk Perception and General Anxiety during the COVID-19 Pandemic. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 17, n. 20, p.7433, 2020.

DUTTA S.; SMITA M. K. The Impact of COVID-19 pandemic on tertiary education in bangladesh: students 'perspectives. **Open Journal of Social Sciences**, v.8, n. 9, 2020.

DU, Z. *et al.* Serial Interval of COVID-19 among Publicly Reported Confirmed Cases. **Emerging Infectious Diseases**, v. 26, n. 6, p. 1341–1343, jun. 2020.

DEJNIRATTISAI W. *et al.* Reduced neutralisation of SARS-CoV-2 omicron B.1.1.529 variant by post-immunisation sérum. **The Lancet**, v.20, Dez. 2021.

EIKENBERRY, S. E. *et al.* To mask or not to mask: Modeling the potential for face mask use by the general public to curtail the COVID-19 pandemic. **Infectious Disease Modelling**, v. 5, p. 293–308, 2020.

FAGUNDES TRINDADE, A. *et al.* University students in the context of covid-19: profile, behaviors and academic activities. **Cogit. Enferm.(Online)**, 2022.

FERRO, L. R. M. *et al.* Estresse percebido e o uso de álcool, tabaco e outras drogas entre universitários. **Saúde e Pesquisa**, v. 12, n. 3, p. 573-581, 2019.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 2, maio 2020.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.29, n.2, Abr.2020.

GONTIJO O.M.J. Avaliação das comissões de controle de infecção hospitalar em Belo Horizonte: proposta para incremento da resolutividade. [Tese de Doutorado]. Belo Horizonte: **Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais**; 1991.

GRUBAUGH, N. D.; PETRONE, M. E.; HOLMES, E. C. We shouldn't worry when a virus mutates during disease outbreaks. **Nature Microbiology**, v. 5, n. 4, p. 529–530, abr. 2020.

GUNDIM, Vivian Andrade *et al.* Saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia de Covid-19. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 35, 2021.

HE, X. *et al.* SARS-CoV-2 Omicron variant: Characteristics and prevention. **MedComm**, v. 16, n.2, p.838-845, 2021.

- HENRIQUE, I. F. S. *et al.* Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 50, n. 2, p. 199-206, 2004.
- HOSSAIN, M; SULTANA, A; PUROHIT, N. Resultados da quarentena e isolamento para a prevenção de infecções na saúde mental: uma revisão sistemática das evidências globais. **Epidemiologia e saúde**, v. 42, 2020.
- HUANG, C. *et al.* Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **The Lancet**, v. 395, n. 10223, p. 497–506, fev. 2020.
- KANNAN S; ALI, P.; SHEEZA, A. Evolving biothreat of variant SARS-CoV-2 - molecular properties, virulence and epidemiology. **Eur Rev Med Pharmacol Sci**, v.25, n. 12, p. 4405-4412, 2021.
- KANNAN S. R. *et al.* Omicron SARS-CoV-2 variant: Unique features and their impact on pre-existing antibodies. **J. Autoimune**, v. 126: 102779, 2022.
- KNOLL, M. D.; WONODI, C. Oxford–AstraZeneca COVID-19 vaccine efficacy. **The Lancet**, v. 397, n. 10269, p. 72–74, jan. 2021.
- KOURY, J; HIRSCHHAUT, M. Reseña histórica del COVID-19; Cómo y por qué llegamos a esta pandemia. *Acta odontológica venezolana*, p. 1-10, 2020.
- KOZLOV M. Omicron supera os principais tratamentos de anticorpos COVID nos primeiros testes. **Natureza**. 2021. Disponível em: doi: 10.1038/D41586-021-03829-0. Acesso em 18 de mar. 2022.
- LAM, S. C. *et al.* Methodological study on the evaluation of face mask use scale among public adult: cross-language and psychometric testing. **Korean Journal of Adult Nursing**, v. 32, n. 1, p. 46-56, 2020.
- LANA, R. M. *et al.* Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. e00019620, 2020;
- LARA, H. F. G. *et al.* Estudo sobre ambiência, ansiedade, e mudança dos hábitos de consumo de álcool e de tabaco entre universitários brasileiros durante a pandemia de covid-19. **e-Scientia**, v. 15, n.1, p. 1-13, 2022.
- LAUER, S. A. *et al.* O período de incubação da doença coronavírus 2019 (COVID-19) de casos confirmados relatados publicamente: estimativa e aplicação. **Anais de medicina interna**, v. 172, n. 9, pág. 577-582, 2020.
- LAURING, A. S.; HODCROFT, E. B. Genetic variants of SARS-CoV-2—what do they mean?. **Jama**, v. 325, n. 6, p. 529-531, 2021.
- LI, Q. *et al.* Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus–Infected Pneumonia. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199–1207, 26 mar. 2020.

- LI, Y.D *et al.* Desenvolvimento da vacina contra o coronavírus: do SARS e MERS ao COVID-19. **Revista de ciências biomédicas**, v. 27, n. 1, pág. 1-23, 2020.
- LIMA, A. C. *et al.* Desafios da aprendizagem remota por estudantes universitários no contexto da Covid-19. **Revista de Divulgação Científica Sena Aires**, v. 9, p. 610-617, 2020.
- LIN, Chung-Ying *et al.* Reação social em relação ao novo coronavírus de 2019 (COVID19). **Saúde Social e Comportamento**, v. 3, n. 1, p. 1, 2020.
- LU L, *et al.* Neutralization of SARS-CoV-2 Omicron variant by sera from BNT162b2 or Coronavac vaccine recipients. **Clin Infect Dis**, 2021.
- LU, H; STRATTON, C. W; TANG, Yi-Wei. Surto de pneumonia de etiologia desconhecida em Wuhan, China: O mistério e o milagre. **Journal of medical virology**, v. 92, n. 4, p. 401, 2020.
- LUCCHINI, Alberto *et al.* Nursing Activities Score is increased in COVID-19 patients. **Intensive & critical care nursing**, v. 59, p. 102876, 2020.
- MAIA, B. R; DIAS, P. C. Ansiedade, depressão e estresse em estudantes universitários: o impacto da COVID-19. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, 2020.
- MALINCONICO, M. C. K. C. L. Adesão à higienização das mãos como controle de infecção hospitalar na pandemia da COVID-19: Revisão bibliográfica. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e18410917848, 2021.
- MENDONÇA, K. DS. *et al.* Fatores de risco para o agravamento da COVID-19 em indivíduos jovens. **Enferm. foco (Brasília)**, p. 37-45, 2020.
- MACIEL, E. L. N. *et al.* COVID-19 em crianças, adolescentes e jovens: estudo transversal no Espírito Santo, 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, 2021.
- MEIRA, M. DE M. *et al.* Manual de Práticas Educativas - Parte I: Etiqueta Respiratória no auxílio do enfrentamento da Pandemia da Covid-19. **Raízes e rumos**, v. 8, n. 2, p. 285–295, 2020.
- MICHELON, C. M. Principais variantes do SARS-CoV-2 notificadas no Brasil. **RBAC**, v. 53, n. 2, p. 109-116, 2021.
- MELNYK, B. M. *et al.* Prática baseada em evidências, passo a passo: sustentando a prática baseada em evidências por meio de políticas organizacionais e um modelo inovador. **AJN The American Journal of Nursing**, v. 111, n. 9, p. 57-60, 2011.
- MUNSTER, Vincent J. *et al.* Um novo coronavírus emergindo na China - questões-chave para avaliação de impacto. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 692-694, 2020.

MUANGMAN, S. *et al.* The Prevalence of COVID-19 Infection in Students and Staff at a Private University in Thailand by Rapid SARS-CoV-2 Antigen Detection Assay. **Journal of Environmental and Public Health**, v. 2022, 2022.

NG, M. Y. *et al.* Imaging profile of the COVID-19 infection: radiologic findings and literature review. **Radiology: Cardiothoracic Imaging**, v. 2, n. 1, 2020.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Saúde mental e considerações psicossociais durante o surto de COVID-19, 18 de março de 2020. **Organização Mundial da Saúde**, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51996>. Acesso em: 13 jun 2021.

_____. Organização Mundial da Saúde. Water, sanitation, hygiene, and waste management for SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19: interim guidance, 29 July 2020. World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-IPC-WASH-2020.4>. Acesso em 13 jun 2021.

_____. Organização Mundial da Saúde. WORLD HEALTH ORGANIZATION. COVID-19 vaccines: safety surveillance manual. Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39253>. Acesso em: 2 jun. 2022.

_____. Organização Mundial da Saúde. Global commission for the certification of smallpox eradication; organization, W. H. The global eradication of smallpox : final report of the Global Commission for the Certification of Smallpox Eradication, Geneva, December 1979. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/39253>. Acesso em: 2 jun. 2022.

_____. Organização Mundial da Saúde. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts. Disponível em: <https://www.who.int/activities/prioritizing-diseases-for-research-and-development-in-emergency-contexts>. Acesso em: (acessado em: 19 jul. 2022).

_____. Organização Mundial da Saúde. Why gender matters: immunization agenda 2030. Geneva. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240033948>. Acesso em: 114 abr. 2022.

OPAS. **Organização Pan-Americana da Saúde**. Folha informativa sobre COVID-19. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 2 jun. 2022.

OZAWA, S. *et al.* Cost-effectiveness and economic benefits of vaccines in low- and middle-income countries: **A systematic review**. **Vaccine**, v. 31, n. 1, p. 96–108, 2012.

PACHETTI, M. *et al.* Emerging SARS-CoV-2 mutation hot spots include a novel RNA-dependent-RNA polymerase variant. **Journal of Translational Medicine**, v. 18, n. 1, p. 179, 2020.

PAKPOUR, A. H; GRIFFITHS, M.D. O medo de COVID-19 e seu papel nos comportamentos preventivos. **Journal of Concurrent Disorders**, v. 2, n. 1, p. 58-63, 2020.

PEREIRA-AVILA, F. M. V. *et al.* Pandemia da COVID-19: adaptação e avaliação psicométrica da “Face Mask Use Scale”. **Acta paulo. enferm.** , São Paulo , v. 34, eAPE001725, 2021.

OLIVEIRA, N. Avaliação das mudanças no estilo de vida e consumo de alimentos de universitários durante a pandemia de covid-19. **Revista da Jopic**, v. 6, n. 10, 2021.
PEREIRA-ÁVILA F. M. V. *et al.* Factors associated to the practice of using masks by the population of Paraíba during the COVID-19 pandemic. **Rev Esc Enferm USP**, v.55,2021.

PEREIRA-ÁVILA F. M. V. *et al.* Factors associated with the use and reuse of face masks among Brazilian individuals during the COVID-19 pandemic. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 28, e3360, 2020.

PETROSILLO, N. *et al.* COVID-19, SARS e MERS: eles estão intimamente relacionados ?. **Microbiologia Clínica e Infecção** , v. 26, n. 6, p. 729-734, 2020.

PIMENTEL, R. M. M. *et al.* A disseminação do COVID-19: um papel expectante e preventivo na saúde global. **Journal of Human Growth and Development**, v. 30, n. 1, p. 135-140, 2020.

PORTELA, J. M. G. *et al.* Uso de substâncias psicoativas e saúde mental de estudantes universitários durante a pandemia da COVID-19. **REME-Revista Mineira de Enfermagem**, v. 26, p. 1/10-1/10, 2022.

QUALLS, N. *et al.* Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza — United States, 2017. **MMWR. Recommendations and Reports**, v. 66, n. 1, p. 1–34, 21, 2017.

RAHMANI S; REZAEI N. Omicron (B.1.1.529) variant: development, dissemination, and dominance. **J. Med. Virol**, v.94, n.5, p. 1787-1788, 2021.

RAMOS, G. M. G; LOPES, L. G. Avaliação do consumo de álcool por acadêmicos de uma Universidade do Noroeste do Paraná em tempos de pandemia COVID-19. 2021.

RODRIGUEZ, L. M; LITT, D. M; STEWART, S. H. Drinking to cope with the pandemic: The unique associations of COVID-19-related perceived threat and psychological distress to drinking behaviors in American men and women. **Addictive behaviors**, v. 110, p. 106532, 2020.

SEQUEIRA, C. *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of Portuguese university students. **International Journal of Mental Health Nursing**, 2022.

SHIGEMURA, J. *et al.* Respostas públicas ao novo coronavírus 2019 (2019-nCoV) no Japão: consequências para a saúde mental e populações-alvo. **Psiquiatria e neurociências clínicas**, v. 74, n. 4, p. 281, 2020.

SIM, S. W; MOEY, K. S. P; TAN, N. C. O uso de máscaras faciais na prevenção de infecções respiratórias: uma revisão da literatura no contexto do Modelo de Crenças em Saúde. **Revista Médica de Cingapura**, v. 55, n. 3, p. 160, 2014.

SINGHAL, T. Uma revisão da doença de Coronavírus-2019 (COVID-19). **Indian J Pediatr**, v. 87, p. 281-286, 2020.

SHUMWAY, S. G., *et al.* Predictors of compliance with COVID-19 related non-pharmaceutical interventions among university students in the United States. **PLOS ONE**, v.16, n. 6, 2021.

SON, C. *et al.* Effects of COVID-19 on college students' mental health in the United States: Interview survey study. **Journal of medical internet research**, v. 22, n. 9, p. e21279, 2020.

STEVANIM, L. F. Como nasce uma vacina. Disponível em: <<https://radis.ensp.fiocruz.br/index.php/home/reportagem/como-nasce-uma-vacina>>. Acesso em: 2 jun. 2022.

SUNDE, R. M. Impactos da pandemia da COVID-19 na saúde mental dos estudantes universitários. **PSI UNISC**, v. 5, n. 2, p. 33-46, 2021.

TANG, C. S; WONG, C.Y. Fatores que influenciam o uso de máscaras faciais para prevenir a síndrome respiratória aguda grave entre adultos chineses em Hong Kong. **Medicina preventiva**, v. 39, n. 6, p. 1187-1193, 2004.

TOKATLY LATZER, I; LEITNER, Y; KARNIELI-MILLER, O. Core experiences of parents of children with autism during the COVID-19 pandemic lockdown. **Autism**, v. 25, n. 4, p. 1047–1059,2021.

TORJESEN, I. Covid-19: Omicron may be more transmissible than other variants and partly resistant to existing vaccines, scientists fear. 2021.

VAN DER SANDE, M; TEUNIS, P; SABEL, R. Professional and Home-Made Face Masks Reduce Exposure to Respiratory Infections among the General Population. **PLoS ONE**, v. 3, n. 7, p. e2618, 2008.

VAUGHAN A. Omicron emerges. *New Sci*, v.4, n. 252:(3363):7, 2021

VEBER, L.S *et al.* Saúde mental de estudantes universitários na pandemia de covid-19. **ANAIS CONGREGA MIC-ISBN 978-65-86471-05-2**, v. 16, p. 109-114, 2020.

VELAVAN, T. P; MEYER, C. G. The COVID-19 epidemic. **Tropical medicine & international health**, v. 25, n. 3, p. 278, 2020.

VELÁZQUEZ, L. G. *et al.* Estrés académico en estudiantes universitarios

asociado a la pandemia por COVID-19. **Espacio I+ D: Innovación más Desarrollo**, v. 9, n. 25, 2020.

WANG, C. et al. A novel coronavirus outbreak of global health concern. **The lancet**, v. 395, n. 10223, p. 470-473, 2020.

WANG, C. *et al.* Respostas psicológicas imediatas e fatores associados durante o estágio inicial da epidemia de doença coronavírus de 2019 (COVID-19) entre a população em geral na China. **Jornal internacional de pesquisa ambiental e saúde pública**, v. 17, n. 5, p. 1729, 2020.

WATHELET, M. *et al.* Fatores associados a transtornos mentais entre estudantes universitários na França confinados durante a pandemia COVID-19. **Rede JAMA aberta**, v. 3, n. 10, p. e2025591, 2020.

WEISS, P.; MURDOCH, D. R. Curso clínico e risco de mortalidade de COVID-19 grave. **A lanceta**, v. 395, n. 10229, p. 1014-1015, 2020.

WIERSINGA, W. J. *et al.* Pathophysiology, Transmission, Diagnosis, and Treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): **A Review**. **JAMA**, v. 324, n. 8, p. 782–793, 2020.

WILDER-SMITH, A; FREEDMAN, D. O. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. **Journal of travel medicine**, 2020.

WU, Fan *et al.* Um novo coronavírus associado a doenças respiratórias humanas na China. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 265-269, 2020.

ZANGIROLAMI-RAIMUNDO, J; ECHEIMBERG, J. O; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: Estudos de corte transversal. **J Hum Growth Dev**, v. 28, n. 3, p. 356-60, 2018.

ZHANG, X. et al. SARS-CoV-2 Omicron strain exhibits potent capabilities for immune evasion and viral entrance. **Signal transduction and targeted therapy**, v. 6, n. 1, p. 1-3, 2021.

9 APÊNDICES

APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

NUMERO|__|__|__|
 DATA DA ENTREVISTA: ____/____/____

INFORMAÇÕES GERAIS	
Iniciais: _____.	
Telefone: () _____.	
1. Qual a sua idade? _____ anos 1.2 Data de nascimento: ____/____/____	
2. Sexo: 1- () Masculino 2- () Feminino	
3. Você ingressou na universidade até 2019.2? 1- () Sim 2- () Não	
4. A qual campus você pertence? _____.	
5. Você mora na residencia universitaria ? 1- () Sim 2- () Não	
5.1 Você permaneceu na residencia universitaria no periodo da pandemia ? 1- () Sim 2- () Não 3- () Um período, especificar em semanas.	
6. Qual o seu curso? _____.	
<p>6.1 Qual o turno: 1- () Matutino 2- () Vespertino 3- () Integral (Matutino e vespertino) 4- () Noturno</p> <p>6.2 Qual o turno atualmente (período remoto): 1- () Matutino 2- () Vespertino 3- () Integral (Matutino e vespertino) 4- () Noturno</p>	
7. Qual o seu estado conjugal?	
1- () Solteiro 2- () Casado 3- () Vive com companheiro(a) atualmente 4- () Já viveu com companheiro(a) e não vive mais 5- () Separado ou divorciado 6- () Viúvo	
8. Como você se classifica em relação a sua cor ou raça?	
1- () Branca 2- () Preta 3- () Parda 4- () Amarela 5- () Indígena	

9. Qual a sua religião?

1- () Católico 2- () Ebnagélico 3- () Espírita 4- () Não tem 5- () Outra, especifique _____.

10. Transporte utilizado para deslocamento?

1- () Transporte público 2- () Veículos particulares (táxi, aplicativos e similares) 3- () Veículo próprio 4- () A pé 5- () Outra, especifique _____.

11. Você recebe alguma bolsa de estudo ou benefício ?

1- () Não 2- () Sim, especificar: _____.

12. Você exerce alguma atividade remunerada?

1- () Sim 2- () Não
Se sim, especifique: _____.

13. Qual é sua renda mensal?

1- () <1 salário mínimo 2- () 1 a 2 salários mínimos 3- () ≥ 3 salários mínimos 4- () Não possui rendimentos

14. Com quem você mora?

1- () Família 2- () Amigos(as) 3- () Sozinho(a) 4- () Pensionato 5- () Residencia universitaria

14.1 Quantidade de pessoas que moram com você? _____.

15. Qual o número de membros da sua família?

1- () De uma a três pessoas 2- () De quatro a seis pessoas 3- () Mais de seis pessoas 4- () Não tenho família

16. Qual a renda mensal da sua família?

1- () De meio até um salário mínimo 2- () De um a dois salário mínimo 3- () De dois a três salário mínimo 4- () Mais de quatro salario mínimo

17. Possui filhos?

1- () Sim 2- () Não
Se sim, quantos? _____.

18. Possui alguma doença crônica?

1- () Hipertensão arterial 2- () Diabetes mellitus 3- () Problemas imunológicos 4- () Problemas respiratórios 5- () Nenhum 6- () Outros. Neste caso, especifique:_____.

HÁBITOS E COSTUMES ASSOCIADOS AO USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS

19. Você fuma Tabaco/cigarro atualmente?

1- () Sim 2- () Não

Se sim, quantos cigarros por dia? _____.

43.1 Você já fumou Tabaco/cigarro? 1-

() Sim 2- () Não

20. Você já usou algum tipo de droga ilícita (proibida) na vida?

1- () Sim 2- () Não Se sim, qual(is)?

1- () Crack; 2- () Maconha; 3- () Cocaína; 4- () Droga injetável; 5- () Outra:

Especifique: _____.

21. Em caso de uso de drogas: Com que frequência você fez uso de drogas nos últimos 12 meses?

1- () Todos os dias 2- () 1x/ semana 3- () 2 ou 3x/ semana 4- () 1x/ mês

22. Em caso de uso de cocaína: Você já compartilhou o canudo para o uso da cocaína em pó?

1- () Sim 2- () Não

23. Em caso de uso de drogas injetável: Você já se injetou com seringa/agulha que havia sido usada antes por outra pessoa?

1- () Sim 2- () Não

24. Alguma vez em sua vida você já usou anfetamina (são drogas estimulantes como bolinhas, rebites, medicamentos para emagrecer, ritalina, modafinil, ecstasy, etc.)?

1- () Sim 2- () Não

25. Se sim, utilizou nos últimos 12 meses?

1- () Sim 2- () Não

RELACIONADA A COVID-19

<p>26. Você teve diagnóstico (clínico e/ou laboratorial) da COVID-19? 1-</p> <p><input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não</p> <p>Em caso afirmativo, quais sintomas você apresentou:</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Febre (aumento anormal da temperatura corpórea)</p> <p>2- <input type="checkbox"/> Tosse seca</p> <p>3- <input type="checkbox"/> Cansaço (fraqueza)</p> <p>4- <input type="checkbox"/> Coarização (secreção nas vias nasais)</p> <p>5- <input type="checkbox"/> Dor de garganta</p> <p>6- <input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar</p> <p>7- <input type="checkbox"/> Perda de olfato (anosmia)</p> <p>8- <input type="checkbox"/> Alteração do paladar (ageusia)</p> <p>9- <input type="checkbox"/> Distúrbios gastrintestinais (náuseas/vômitos/diarreia)</p> <p>10- <input type="checkbox"/> Diminuição do apetite (hiporexia)</p> <p>11- <input type="checkbox"/> Dispnéia (falta de ar)</p> <p>12- <input type="checkbox"/> Assintomático (não apresenta ou não constitui sintomas)</p>
<p>27. Reside com alguém que contraiu a doença (COVID-19)? 1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>28. Precisou ficar isolado (a)? 1- <input type="checkbox"/> Sim 2- <input type="checkbox"/> Não</p>
<p>29. Frequência de sintomas de gripe no último ano?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Nunca 2- <input type="checkbox"/> Raramente 3- <input type="checkbox"/> Às vezes 4- <input type="checkbox"/> Frequentemente 5- <input type="checkbox"/> Sempre</p>
<p>30. Qual o principal meio de informação sobre a COVID-19?</p> <p>1- <input type="checkbox"/> Internet (Sites e redes sociais não oficiais) 2- <input type="checkbox"/> Internet (Canais oficiais: OMS, Ministério da saúde) 3- <input type="checkbox"/> Televisão e/ou rádio 4- <input type="checkbox"/> Produções científicas 5- <input type="checkbox"/> Outros, Especifique:</p> <p>_____.</p>
<p>31. Durante a pandemia de COVID-19, que tipo de máscara você usa atualmente em locais públicos?</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara de papel ou máscara de gaze</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara de tecido</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara de carvão ativado</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara N95</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____.</p>
<p>32. Durante a pandemia de COVID-19, que tipo de máscara você deseja usar em locais públicos?</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara de papel ou máscara de gaze</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara de tecido</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara cirúrgica</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara de carvão ativado</p> <p><input type="checkbox"/> Máscara N95</p> <p><input type="checkbox"/> Outros: _____.</p>

33. Durante a pandemia de COVID-19, com que frequência você reutiliza a máscara?

- Nunca reutilizei
- Raramente (1-2 vezes)
- Às vezes (3-4 vezes)
- Frequentemente (5-6 vezes)
- Sempre (7 vezes ou mais)

34. Que método você usa para desinfetar a máscara usada? (Disponível para várias respostas)

- Nunca reutilizo
- Reutilizo sem desinfecção
- Coloco no sol
- Luz ultravioleta
- Álcool
- Vapor
- Calor seco (ex: ar quente / forno) (
- Outros: _____.

35. Quanto você acha que a máscara é segura para reutilizar (usar mais de uma vez) após a desinfecção? () Muito insegura

- Insegura
- Não tenho certeza
- Segura
- Muito segura

36. Você acha que as informações atuais de reutilização (usar mais de uma vez) da máscara são claras?

- Muito pouco claras
- Pouco claras
- Claras
- Muito claras

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE
(Baseado nas recomendações contidas na Resolução CNS nº466/2012)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar da pesquisa Medidas não farmacológicas de prevenção da covid-19 e fatores associados entre universitários, da aluna Layane Trindade de

Souza do curso de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF), nível mestrado, da Universidade Federal da Paraíba, sob a responsabilidade e orientação da Profa. Ana Cristina de Oliveira e Silva. O estudo envolverá alunos(as) matriculados nos campus da Universidade Federal da Paraíba, com o objetivo de Investigar as medidas não farmacológicas de prevenção da covid-19 e fatores associados entre universitários.

A sua participação é sigilosa e se dará através do preenchimento de um questionário fechado e anônimo a ser respondido nas dependências de sua universidade. Os riscos desta cooperação são mínimos relacionados às respostas no momento da coleta e ao constrangimento em responder as perguntas, apesar disso a pesquisadora se compromete a ampara-lo (a) quanto a tais constrangimentos e garante que os locais de escolha da coleta serão privativos. Se senhor(a) consentir participar, estará colaborando para produzir conhecimentos a serem disponibilizados às autoridades sanitárias, políticas e instituições de ensino superior como maneira de subsidiar a adoção de políticas e projetos de prevenção acerca desta temática abordada no universo universitário.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de algum procedimento) questões que lhe acarrete constrangimento, podendo deixar o estudo a qualquer momento sem sofrer prejuízo. Sua participação é voluntária, ou seja, não existe pagamento por sua colaboração. Você não terá nenhum gasto financeiro para participar desta pesquisa.

Os resultados deste estudo serão apresentados na Universidade Federal da Paraíba onde foram coletados os dados, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão usados exclusivamente para esta pesquisa e estarão sob a vigilância do(a) pesquisador(a) por cinco anos e, após este período, serão destruídos.

Em caso de dúvidas em relação à pesquisa, o contato poderá ser feito com a pesquisadora Layane Trindade de Souza ou pelo e-mail e-mail: layanetrindades@gmail.com e também com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPB, para eventuais reclamações sobre a pesquisa.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.

João Pessoa, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante ou responsável legal

10 ANEXOS

ANEXO A - Escala de Motivos/Razões para o distanciamento social

<i>A RESPEITO DO DISTANCIAMENTO SOCIAL</i>				
	Nem um pouco	Um pouco	Muito	Extremamente
1. Você se sente vulnerável a contrair a doença da epidemia/pandemia?				
	Sim		Não	
2. Se você conheceu ou teve contato próximo com indivíduos infectados com a doença da epidemia/pandemia				
3. Se você teve sintomas semelhantes à doença da epidemia/pandemia (como dor de garganta, tosse, febre, dor muscular e falta de ar)				
	Nem um pouco	Um pouco	Muito	Extremamente
4. Quanto você estava com medo de contrair a doença da epidemia/pandemia?				
5. Quanto você se preocupou com o fato de o local em que você mora se tornar uma cidade em quarentena por causa da disseminação da doença da epidemia/pandemia na comunidade?				
6. Quanto você concordou que usar máscaras poderia impedir a contração e a disseminação da doença da epidemia/pandemia?				
7. Quanto você teve dificuldade em conseguir máscaras?				
8. Quanto você sente desconforto ao usar máscara?				
9. Quanto o governo local o incentivou a usar máscara?				
10. Quanto seus familiares e / ou colegas o incentivaram a usar máscaras?				
11. Você percebe que tinha conhecimento adequado sobre a doença da epidemia/pandemia?				
12. Você acha que as autoridades locais de saúde forneceram informações adequadas sobre a doença da epidemia/pandemia?				
13. Quanto você acredita que usou corretamente a máscara?				

ANEXO B - Escala da prática do uso de máscaras faciais (FMUS)

<i>SOBRE AS MÁSCARAS</i>					
	Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
1. Eu uso máscara em locais públicos para me proteger contra doenças semelhantes à gripe					
2. Eu uso máscara no serviço de saúde para me proteger contra doenças semelhantes à gripe					
3. Eu uso máscara em casa quando tenho sintomas de doenças como gripe					
4. Eu uso máscara em locais públicos quando tenho sintomas de doenças como gripe					
5. Eu uso máscara no serviço de saúde quando tenho sintomas de doenças como gripe					
6. Eu uso máscara em casa quando os membros da família sofrem de doenças semelhantes à gripe					

ANEXO C -Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras substâncias
(Assist)

CONSUMO DE ÁLCOOL, CIGARRO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS		
<p>Instruções de preenchimento. Leia atentamente antes de preencher:</p> <ol style="list-style-type: none"> Este questionário avalia o seu envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias, identificando seu nível de uso ou problemas associados. Todas as respostas são confidenciais e o preenchimento é individual. Não coloque seu nome no questionário. A sua sinceridade nas respostas é muito importante. Só responda depois de ler com bastante atenção as perguntas e as alternativas dadas. Se não souber responder uma questão ou se não se sentir a vontade em respondê-la, deixe-a em branco. Todas as questões trazem instruções de preenchimento. Algumas das perguntas serão sobre suas experiências nos últimos 3 meses e outras serão sobre a vida toda. As substâncias podem ter sido fumadas, aspiradas, cheiradas, injetadas, ingeridas ou tomadas em pílulas ou comprimidos. Algumas das substâncias podem ter sido prescritas pelo seu médico (como sedativos ou ansiolíticos, medicamentos para emagrecer, medicamentos para dor, etc.). Por favor, quando a medicação tiver sido prescrita pelo seu médico não registre nada. Entretanto, se você tomou essas medicações por outros motivos diferentes daquele pelo qual foi prescrito, ou estiver usando mais frequentemente ou em doses maiores do que as prescritas, aí então registre o uso destas substâncias. Existem algumas perguntas sobre o uso de drogas ilícitas. Entretanto, qualquer informação que você nos forneça será tratada como confidencial. Ao finalizar o preenchimento deposite o questionário no envelope e o entregue ao instrutor. Sua contribuição é muito importante para essa pesquisa. Agradecemos a sua colaboração. Por favor, marque a resposta para cada substância usada 		
<p>Questão 1 Em sua vida, quais das seguintes substâncias você já usou? (APENAS USO MÉDICO incluindo o uso recreacional, ocasional e até mesmo uso experimental, mesmo sendo experiência única) <input type="checkbox"/> Marcar todas as substâncias que você já usou mesmo que tenha sido há muito tempo.</p>	Não	Sim
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila, gim)	0	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank, etc)	0	3
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	3
e. Holeten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	3
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, ualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	3
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	3

h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	3
--	---	---

i. alucinógenos (LDS, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, santo Daime, Benflogin®)	0	3
---	---	---

j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	3
--	---	---

k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho. Khat. GHB. Qama-hidroxiturato. Êxtase líquido. Superêtese. Chá de fita)	0	3
--	---	---

Se você respondeu “Não” para todas as substâncias da Questão 1 (i.e. Nunca experimentou qualquer uma destas substâncias) não precisa continuar respondendo, mas por favor devolva questionário.

Para responder as questões 2 a 5, considere:

NUNCA: Não usou nos últimos 3 meses

UMA OU DUAS VEZES: usou 1 ou 2 vezes nos últimos 3 meses

MENSALMENTE: usou entre 1 e 3 vezes em 1 mês

SEMANALMENTE: usou entre 1 e 4 vezes na semana

DIARIAMENTE OU QUASE DIARIAMENTE: usou entre 5 e 7 dias por semana.

Questão 2 Nós <u>últimos três meses</u> , com que frequência você usou as substâncias que você marcou na questão 1 (responda essa questão para todas as drogas assinaladas na questão 1)?	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente Ou Quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim)	0	2	3	4	6
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank, etc)	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	2	3	4	6
e. Hóleten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	2	3	4	6
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	2	3	4	6
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	2	3	4	6

h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	2	3	4	6
i. alucinógenos (LDS, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, santo Daime, Benflogin®)	0	2	3	4	6
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	2	3	4	6
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho. Khat. GHB. Qamahidroxibutirato. Êxtase líquido. Superêtese. Chá de fita)	0	2	3	4	6

Se você respondeu “Nunca” para todos os itens da questão 2, pule para a questão 6.

Se qualquer uma das substâncias marcadas na questão 2 foi usada nos três meses anteriores, continue respondendo as questões 3, 4 e 5 para cada substância usada.

Por favor, marque uma resposta para cada substância usada nos últimos 3 meses

Questão 3 Durante os últimos três meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência ou uma vontade incontrolável em consumir? DESEJO = craving ou fissura (responda essa questão para <u>todas</u> as drogas assinaladas na questão 2)	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente Ou	Quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	3	4	5	6	
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim)	0	3	4	5	6	
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank, etc)	0	3	4	5	6	
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	3	4	5	6	
e. Holeten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	3	4	5	6	
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	3	4	5	6	
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	3	4	5	6	
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	3	4	5	6	
i. alucinógenos (LDS, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, santo Daime, Benflogin®)	0	3	4	5	6	
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	3	4	5	6	

k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho. Khat. GHB. Qama-hidroxitubirato. Êxtase líquido. Superêtese. Chá de fita)	0	3	4	5	6
Por favor, marque uma resposta para cada substância usada nos últimos 3 meses					
Questão 4 Durante os últimos três meses, com que frequência o seu consumo das substâncias assinaladas na questão 2 resultou em problema de saúde¹, social², legal³, ou financeiro⁴? Entenda como:	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente Ou Quase todo dia
1. <u>Problema de saúde</u> qualquer perturbação ou desequilíbrio no organismo. Veja alguns exemplos: vômitos, queimação, azia, perda de memória, pigarro, tosse, entre outros.					
2. <u>Problemas sociais</u>: brigas, discussões, problemas com colegas e familiares, queda no rendimento escolar, entre outros.					
3. <u>Problemas legais</u>: multas de trânsito, envolvimento com a polícia, acidentes, entre outros.					
4. <u>Problemas financeiros</u>: gasto excessivo com a compra de substâncias e consequente redução do orçamento, entre outros.					

a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouths, caninha, rum, tequila,gim)	0	4	5	6	7
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank, etc)	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	4	5	6	7
e. Holeten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	4	5	6	7
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	4	5	6	7
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	4	5	6	7
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	4	5	6	7
i. alucinógenos (LDS, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, santo Daime, Benflogin®)	0	4	5	6	7
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	4	5	6	7
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho. Khat. GHB. Qama-hidroxitubirato. Êxtase líquido. Superêtese. Chá de fita)	0	4	5	6	7
Por favor, marque uma resposta para cada substância usada nos últimos 3 meses					

Questão 5 Durante os três últimos meses, com que frequência você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você devido ao consumo das substâncias assinaladas na questão 2? Exemplos: Falta de aulas, deixou de realizar trabalhos, esquecimento de compromissos importantes, entre outros.	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente Ou Quase todo dia
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila,gim)	0	5	6	7	8
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank, etc)	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	5	6	7	8
e. Holeten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	5	6	7	8
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	5	6	7	8
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	5	6	7	8
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	5	6	7	8
i. alucinógenos (LDS, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, santo Daime, Benflogin®)	0	5	6	7	8

j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	5	6	7	8
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho. Khat. GHB. Qama-hidroxitirato. Êxtase líquido. Superêtese. Chá de fita)	0	5	6	7	8

Questões 6 e 7 - Por favor marque uma resposta para cada substância usada na sua vida (aquelas assinaladas na questão 1)

Questão 6 Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com o seu consumo das substâncias assinaladas na questão 1? Exemplo: alguém próximo, como parente, médico, professor ou chefe já pediu para você parar de usar a substância ou reduzir o seu uso?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não Nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila,gim)	0	6	3

c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	6	3
e. Holeten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	6	3
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	6	3
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	6	3
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	6	3
i. alucinógenos (LDS, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, santo Daime, Benflogin®)	0	6	3
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	6	3
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho. Khat. GHB. Qama-hidroxitirato. Êxtase líquido. Superêtese. Chá de fita)	0	6	3
Questão 7 Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso das substâncias assinaladas na questão 1 e não conseguiu?	Não, nunca	Sim, nos últimos 3 meses	Sim, mas não nos últimos 3 meses
a. produtos do tabaco (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)	0	6	3
b. bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga, uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum, tequila, gim)	0	6	3
c. maconha (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, Skank, etc)	0	6	3
d. cocaína, crack, óxi (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, cachimbo, brilho, oxidado, Hulck)	0	6	3
e. Holeten (medavane, carpinol, buclina, vibrazina, adreprin, relevin)	0	6	3
f. estimulantes como anfetaminas (bolinhas, rebites, anfetamina, Moderine®, Ritalina®, Hipofagin®, Moderex®, Dualid S®, Pervetin®, MDMA, ecstasy)	0	6	3
g. inalantes (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló, benzina)	0	6	3
h. hipnóticos, sedativos (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam, Optalidon®, Gardenal®, Tonopan®, Nembutal®, Dienpax®, Valium®, Lorax®, Rohypnol®, Somalium®, Lexotan®, Librium®, Rohydorm®)	0	6	3

i. alucinógenos (LDS, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto, chá de Ayahuasca, santo Daime, Benflogin®)	0	6	3
j. opiáceos (morfina, codeína, ópio, heroína, elixir, metadona, meperidina, Dolantina®, Meperidona®, Demerol®, Alfgan®, Tylex®, Codein®)	0	6	3
k. Outras – especificar: (Exemplos: Kava, triexafenidila. Artane®, datura, véu-de-noiva, trombeteira, zabumba, cartucho. Khat. GHB. Qama-hidroxitirato. Êxtase líquido. Superêxtase. Chá de fita)	0	6	3
Questão 8 - Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não-médico).	Não, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
	0	2	1

Cartão de retorno do resultado do assist(feedba)

Data da aplicação do ASSIST: ____/____/____.

Orientações para o entrevistador:

- Transfira para a segunda coluna a pontuação obtida no ASSIST para cada substância e assinale a faixa de risco.
- Enfatize os problemas associados ao uso de cada substância assinalada utilizando os cartões com as informações sobre os efeitos decorrentes do uso contínuo de cada droga.
- Para os estudantes que pontuarem nas faixas de risco moderado e alto deverá ser aplicada uma sessão de IB com duração aproximada de 15 minutos.
- Informar ao estudante com pontuação de alto risco o endereço da Unidade Básica de Saúde mais próxima da sua residência.
- Se o estudante já fez uso de drogas por injeção enfatize os problemas associados ao uso dessa via de administração utilizando o cartão Riscos do uso Injetável – Informação para pacientes

	ESCORE DO PARTICIPANTE NO ASSIST-OMS	BAIXO RISCO (pouco prejudicial à saúde)	RISCO MODERADO (uso nocivo e prejudicial à saúde)	ALTO RISCO (sugestivo de dependência)
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Estimulantes tipo anfetamina		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

SIGNIFICADO DAS FAIXAS DE RISCO

BAIXO RISCO – Se você atingiu esse escore você apresenta baixo risco de estar atualmente experimentando algum dos problemas relacionados ao uso de substâncias (problemas de saúde, problemas sociais, financeiros e legais). Você também possui um baixo risco de desenvolver problemas futuros **SE ESSE PADRÃO DE USO FOR MANTIDO**.

RISCO MODERADO – Se você atingiu esse escore já pode estar apresentando alguns problemas, inclusive problemas de saúde. Caso ainda não apresente, **se continuar com esse padrão de uso**, é grande a chance de você ter problemas futuros de saúde e outros problemas, incluindo a possibilidade de desenvolver dependência. Para evitar problemas futuros e amenizar problemas atuais é recomendado reduzir o consumo da substância ou até mesmo parar o seu uso.

ALTO RISCO – Se você atingiu esse escore provavelmente já está apresentando problemas relacionados ao uso de substância, podendo ser problemas de saúde, social, financeiro, legal ou de relacionamento. Como essa faixa de risco é uma **faixa sugestiva de dependência recomenda-se procurar atendimento especializado** para auxiliar na resolução dos problemas. Você pode procurar um médico de sua confiança ou então procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima de sua residência onde você será avaliado pelo médico que fará os encaminhamentos necessários.
Endereço da UBS:

