

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**COMPORTAMENTOS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 NA ATENÇÃO BÁSICA E
O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

**JOÃO PESSOA
2023**

LILYANNE BARBOZA DE OLIVEIRA VALÉRIO

**COMPORTAMENTOS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 NA ATENÇÃO
BÁSICA E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

Trabalho de conclusão de mestrado
apresentado ao Programa de Mestrado
Profissional em Saúde da Família como
requisito para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva.

Eixo Pedagógico: Educação

Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz

**JOÃO PESSOA
2023**

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

V164c Valério, Lilyanne Barboza de Oliveira.

Comportamentos de prevenção da Covid-19 na atenção básica e o papel do agente comunitário de saúde / Lilyanne Barboza de Oliveira Valério. - João Pessoa, 2023.

134 f. : il.

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

1. Coronavírus - Covid-19. 2. Prevenção de doenças. 3. Comunicação em saúde. 4. Estratégia saúde da família. 5. Agentes comunitários de saúde. I. Muñoz, Rilva Lopes de Sousa. II. Título.

UFPB/BC

CDU 578.834(043)

LILYANNE BARBOZA DE OLIVEIRA VALÉRIO

**COMPORTAMENTOS DE PREVENÇÃO DA COVID-19 NA ATENÇÃO
BÁSICA E O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

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

Aprovada em 06 de junho de 2023

BANCA EXAMINADORA



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



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



Profa. Dra. Ana Maria Gondim Valença
Avaliador Externo/Departamento de Clínica e Odontologia Social, CCS/UFPB

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me conduziu até este momento, me abastecendo de força e proteção.

Agradeço à minha família que esteve ao meu lado em todo este projeto de vida, principalmente aos meus filhos Ludmila e Isaac Jr. que tiveram que dividir os horários livres da mamãe com o mestrado.

Agradeço à minha orientadora, Rilva Muñoz pela dedicação no ensinar, pela compreensão e assertividade, sem as quais não conseguiria chegar até o fim. Agradeço ainda a todos os professores do PROFSAÚDE, aos funcionários, especialmente ao Rafael, por seu incentivo nos momentos difíceis.

Agradeço aos colegas de mestrado, que, com alegria e descontração, tornaram essa árdua caminhada mais leve.

Agradeço aos meus amigos de trabalho da USF Novo Tempo que não mediram esforços para realizar junto comigo as atividades do mestrado, em especial à minha amiga Ozirene, exemplo de enfermeira, meu braço direito Nete conduzindo a minha recepção e à minha amiga Santana, aqui representando meus queridos agentes comunitários de saúde.

Agradeço, por último, à secretaria municipal de Condado por ter me permitido realizar este mestrado profissional e todas as atividades e pesquisas envolvidas e aos meus queridos usuários que aceitaram participar desta pesquisa e todos àqueles que direta ou indiretamente contribuíram com este trabalho.

APRESENTAÇÃO

A apresentação deste trabalho monográfico de dissertação segue orientação geral da Norma Brasileira Regulamentadora (NBR) 15287:2011 (Projeto de Pesquisa - Apresentação) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Entretanto, os resultados desta dissertação foram estruturados conforme um modelo alternativo ao tradicional.

As seções primárias do trabalho foram apresentadas conforme o modelo tradicional, como a NBR preconiza (Introdução, Justificativa, Revisão da Literatura, Objetivos, Métodos e Considerações Finais), porém a apresentação das seções de Resultados e Discussão foram configurados sob a forma de apresentação de dois produtos da dissertação.

Estes produtos resultaram de uma pesquisa de campo, a partir da qual se elaborou um artigo original. O enfoque antecipado no projeto apresentado na qualificação com respeito à prevenção da COVID-19 a partir do papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Estratégia Saúde da Família (ESF) na comunicação de risco levou à produção, posterior à pesquisa empírica, de um capítulo de livro digital, em que se defende que estratégias fundamentais de educação popular podem ser realizadas por meio do trabalho dos ACS, na orientação e informação da população adscrita como prevenção permanente contra a COVID-19 e doenças infectocontagiosas semelhantes.

RESUMO

Três anos após a doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) ter sido classificada como Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, foi declarado seu fim, em maio de 2023. No ano de 2020, quando as vacinas para a COVID-19 ainda não estavam disponíveis, a eficácia de medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção contra o contágio pela COVID-19 dependeu de quão bem a população estaria informada sobre prevenção do contágio. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) tiveram um papel fundamental neste processo de educação popular em saúde com adequação local da informação técnico-científica. Este trabalho de conclusão de mestrado enfocou o grau em que uma amostra da população do território de uma unidade da ESF da cidade de Condado-PE entendeu e aplicou as informações sobre MNF de prevenção da COVID-19. Dos estudos realizados durante a construção da dissertação, resultaram dois produtos: um artigo original e um capítulo de livro digital. O estudo de campo foi observacional e descritivo, de abordagem quantitativa, com aplicação presencial de questionário estruturado. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, através dos testes qui-quadrado de Pearson e U de Mann Whitney. O perfil da amostra foi de média de idade de 41,6 anos, predominantemente feminino, pardo, nível educacional fundamental ou médio, casado, com renda familiar de até um salário-mínimo, com consumo de água por poço artesiano e sem saneamento básico. Os resultados referentes ao objetivo principal deste estudo sugerem que os participantes entenderam e aplicaram satisfatoriamente as informações sobre MNF, com mediana dos valores percentuais de adoção alcançando 90%, conforme seu autorrelato estruturado. Observou-se que a grande maioria dos respondentes tinha informações sobre MNF (acima de 88%). As principais fontes de informação foram jornais e/ou internet, televisão e profissionais de saúde, incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Jornais e profissionais de saúde foram as fontes consideradas mais confiáveis. O governo foi pouco citado como fonte e ao qual foi atribuído o menor nível de confiança. A maioria demonstrou confiança na eficácia das MNF, média a alta percepção de risco e opinou que a doença era grave ou muito grave. Observou-se satisfatória adesão às MNF de prevenção à COVID-19, com uso de máscara como a medida mais empregada (100%) e considerada a mais importante. O isolamento social total teve a menor adesão (1,4%). Não houve significância estatística na associação de MNF adotadas com características sociodemográficas e grau de confiança na sua eficácia, porém a prática de lavagem das mãos se associou com percepção da gravidade da doença. O segundo produto da dissertação foi elaborado com base no achado da pesquisa empírica de que 40% dos usuários afirmaram não ter recebido informações por parte de profissionais de saúde da ESF, o que incluiu o ACS; assim, no segundo produto monográfico abordaram-se as potencialidades desses profissionais na comunicação de risco à população adscrita. Conclui-se, a partir do estudo de campo, que a população atendida por uma unidade da ESF de Condado-PE recebeu informações sobre prevenção da COVID-19, com boa adesão à maioria delas, exceto o isolamento social total. Por meio do capítulo de livro, realizou-se revisão e apreciação reflexiva sobre as potencialidades dos ACS como educadores em saúde na prevenção permanente contra a COVID-19 e situações futuras de crises sanitárias semelhantes.

Palavras-chave: prevenção de doenças; comunicação em saúde; COVID-19; estratégia saúde da família; agentes comunitários de saúde.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

RESUMO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVOS.....	13
3 JUSTIFICATIVA.....	14
4 REVISÃO DA LITERATURA	16
4.1 A Pandemia de COVID-19	16
4.2 A Pandemia COVID-19 em Condado/PE.....	18
4.3 Educação Popular em Saúde e Informação Técnico-Científica.....	20
4.4 Estratégias Educacionais e de Comunicação de Equipes de Saúde da Atenção Primária sobre a COVID-19 à sua População	23
4.5 Papel do Agente Comunitário de Saúde na Educação Popular sobre Prevenção da COVID-19	26
4.6 Adesão às Medidas Não Farmacológicas Preventivas da COVID-19 em Âmbitos Individual, Familiar e Populacional	29
5 METODOLOGIA	33
5.1 Pesquisa de Campo	33
5.1.1 Modelo do Estudo.....	33
5.1.2 População e Amostra	34
5.1.3 Local do Estudo	35
5.1.4 Procedimentos de Coleta de Dados.....	39
5.1.5 Variáveis do Estudo.....	41
5.1.6 Análise Estatística dos Dados.....	42
5.1.7 Considerações Éticas.....	43
5.2 Capítulo de Livro Digital	44
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	45
6.1 Artigo Original	46
6.2 Capítulo para Livro Digital.....	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS.....	97
ANEXOS	106

1 INTRODUÇÃO

O mundo enfrentou a maior pandemia de doença infecciosa dos últimos 100 anos. Após mais de três anos que a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto de um novo coronavírus, que surgiu em dezembro de 2019, como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, foi declarado seu fim. Isso não significa que a epidemia acabou, mas que a emergência global que ela causou, foi superada por enquanto. Um Comitê de Revisão do Regulamento Sanitário, da própria OMS, a ser estabelecido ainda, desenvolverá recomendações permanentes em longo prazo para os países sobre como gerenciar a COVID-19 de forma contínua (WHO, 2023).

Esta pandemia da doença pelo coronavírus 2019 (COVID-19) trouxe, repentinamente e em um curto espaço de tempo, grandes repercussões de diversas naturezas para populações do mundo todo, com impactos multifacetados em mais de 200 países (XIAO et al., 2020). Assim, a COVID-19 tem desafiado profunda e diversamente os sistemas de saúde e as sociedades como um todo. Nesse sentido, Senhoras (2021, p. 26) destaca que “os transbordamentos negativos da crise pandêmica da COVID-19 são multifacetados e assimétricos em função da gravidade da difusão do coronavírus e do perfil das políticas sanitárias e econômicas adotadas em cada país”.

As consequências desse cenário crítico não foram homogêneas dos pontos de vista setorial e regional. Ao se combater uma crise global, é importante concentrar-se nos seus impactos locais. Conforme publicação da Fundação Oswaldo Cruz (2020), no contexto local, a população de cada território precisa ter entendimento e engajamento em relação às políticas de segurança para distanciamento físico, higienização pessoal e ambiental, assim como para uso de máscaras faciais e medidas de precaução em escolas e locais de trabalho, a partir de uma comunicação que garanta a confiança e cooperação no âmbito dos territórios, assim como proteção de populações vulneráveis e suporte socioeconômico.

A comunicação em saúde para garantir a cooperação da população representa um dos nós críticos no controle da pandemia com base nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do Sistema único de Saúde (SUS). O momento da imposição e flexibilização das restrições em cada país variou, assim como as respostas das populações de diversas nações. Os países baseiam, em geral,

as decisões relativas ao endurecimento ou à flexibilização das restrições em alguma combinação da epidemiologia das infecções e as consequências sociais e econômicas das medidas restritivas. Qualquer que seja a combinação escolhida, os governos devem ser explícitos sobre seus objetivos e transparentes em suas tomadas de decisão, e as medidas adotadas devem fazer parte de uma estratégia geral clara, ainda que nem sempre isso aconteça na realidade (HAN et al., 2020).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2021), na comunicação de risco, o envolvimento da comunidade e a gestão de notícias falsas são fundamentais, com desenvolvimento participativo na implementação de planos e disseminação de informações de risco para todas as populações. A disseminação de notícias falsas faz parte do que se denomina infodemia, que segundo a OPAS (2020, p. 2), é “o excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa”. Nesse sentido, em 2020, a rápida difusão da COVID-19 gerou um aumento impressionante da demanda por informações sobre prevenção e cuidados, agravado pelo medo, desinformação e limitações na prestação de cuidados de saúde habituais na atenção primária à saúde.

O primeiro caso de infecção por COVID-19 foi diagnosticado no Brasil em 26 de fevereiro de 2020. Até o dia 16 de março, medidas de distanciamento físico e confinamento foram implementadas pelos governos estaduais, mas pouco se sabia ainda sobre como essas medidas foram acompanhadas pela população no seu cotidiano durante a pandemia (VILLELA et al., 2021). Existem evidências que apoiam a hipótese de que houve adesão satisfatória das pessoas às medidas de controle da propagação do novo coronavírus no mundo e no Brasil, com dados provenientes de estudos observacionais realizados em 2020 e que serão mencionados posteriormente no presente capítulo.

No princípio, à medida que a COVID-19 se disseminou pelo Brasil a partir de março de 2020, as pessoas passaram a enfrentar, além de uma nova ameaça à saúde, a escassez de informações confiáveis e de entendimento acessível a todos os cidadãos. Enquanto isso, embora as perspectivas ainda permanecendo incertas, a COVID-19 causava morbidade e mortalidade muito maiores que outras doenças humanas causadas por coronavírus humanos já conhecidos, como a síndrome respiratória aguda grave (SARS, em inglês) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS).

Uma má compreensão da doença entre as pessoas em geral poderia implicar em atrasos na instituição de medidas preventivas não farmacológicas e no aumento da disseminação da infecção. Quando existe uma epidemia de uma doença infecciosa que se dissemina rapidamente, como a COVID-19, a avaliação do conhecimento e das percepções das populações deve ser realizada para que os resultados sejam informativos para a resposta de saúde pública. Entender como as pessoas percebem o risco da epidemia e seu impacto na adoção de comportamentos de proteção pode orientar os formuladores de políticas de saúde pública na tomada das medidas necessárias para limitar a magnitude de disseminação da doença.

O agente etiológico da COVID-19, o coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), como outros vírus que causam infecções respiratórias agudas, se propaga principalmente de forma direta, por gotículas respiratórias (MASAI; AKIN, 2021). Medidas recomendadas para prevenir a infecção incluem lavagem frequente das mãos, evitando tocar nos olhos, nariz e boca; distância física interpessoal de 1,5 metro em lugares públicos e de convívio social; permanecer em casa se possível e se houver sinais de síndrome gripal; usar máscaras; realizar desinfecção de objetos e superfícies frequentemente tocados; e evitar os lugares lotados, contatos próximos e espaços fechados. Recomenda-se a utilização de máscaras em todos os ambientes públicos. As máscaras de tecido (caseiras/artesanais) não são Equipamentos de Proteção Individual (EPI), mas podem funcionar como uma barreira física contra gotículas potencialmente contaminadas (BRASIL, 2020).

A importância do uso de máscaras foi demonstrada na COVID-19, estimando-se que 20% dos indivíduos infectados causam cerca de 80% das transmissões do SARS-CoV-2 (ADAM et al., 2020). A lavagem das mãos, o distanciamento social e o mascaramento continuaram sendo MNF fundamentais para o controle da infecção e prevenção da COVID-19 durante todo o ano de 2021 (MWAI et al., 2021), mesmo após o início da vacinação contra a doença que tem foco em evitar formas graves e mortes, desafogando os sistemas de saúde (BRASIL, 2021).

Em seu Guia de Orientações sobre Comunicação de Risco e Participação Comunitária para a COVID-19, a OMS (2020) destaca que se comunicar de maneira proativa com a comunidade é uma das intervenções mais importantes em resposta a eventos significantes de saúde pública. A adesão estrita aos protocolos de prevenção e controle de infecção de saúde pública é necessária para conter a propagação do

vírus, e os governos nacional, estaduais e municipais no Brasil direcionaram esforços e recursos para a implementação das MNF de controle e prevenção em locais e instituições públicos. Além de combater o excesso de informações desnecessárias e falsas, a qualidade da informação ajuda na percepção por parte da população dos riscos aos quais está exposta, contribuindo para participação comunitária mais efetiva no controle de doenças. A boa comunicação de risco permite ainda descobrir como as populações estão interpretando as informações recebidas e lhes garante o exercício do direito à informação.

A pandemia de COVID-19 demonstrou que tais orientações preventivas devem alcançar as crenças pessoais, a visão de mundo de cada população, que é influenciada pelos fatores históricos, experiências culturais e sociais, para que seja possível que essa comunicação gere mudança nos comportamentos. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de suas equipes e, considerando o vínculo que possuem com as comunidades sob sua responsabilidade sanitária, junto às famílias sob seus cuidados, ganha papel importante na comunicação de riscos e de medidas de proteção possíveis e viáveis de serem adotadas naqueles espaços específicos, os territórios.

Compreender a dinâmica da prevenção não farmacológica é essencial para subsidiar as decisões de comunicação de risco e melhorar a adesão da comunidade às medidas preventivas. Portanto, avaliar associações entre percepções de risco e comportamentos de proteção tem relevância prática e teórica. Não está claro como as pessoas percebem os riscos ou se suas percepções iniciais de risco informam suas decisões sobre ações de proteção.

Medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção contra a COVID-19 pareceram ter um grande benefício na prevenção de outras doenças infecciosas em Guangdong, China, mas os efeitos têm heterogeneidade em populações, doenças, tempo e espaço diferentes (XIAO et al., 2020). Como a COVID-19 surgiu e foi gradualmente controlada na China em 2020, as características epidemiológicas e intervenções naquele país ajudaram a controlar sua propagação global. As MNF de saúde pública foram associadas a uma redução nos casos de COVID-19 na província de Hubei, especialmente nos distritos fora de Wuhan (QIU et al., 2021). Após a larga implementação de medidas para mitigar a COVID-19, doenças virais de transmissão respiratória semelhantes à COVID-19 diminuíram drasticamente (MASAI; AKIN, 2021).

O impacto da comunicação de risco sobre a prática dessas MNF foi heterogêneo como evidenciaram estudos realizados em diversos países de diferentes continentes, havendo diferenças na adesão entre nações de um mesmo continente. Em nação da África Subsaariana, um estudo transversal conduzido em dez cidades durante o ano de 2020 mostrou adesão insatisfatória às MNF de prevenção contra a COVID-19 (MWAI et al., 2021), indicando que a COVID - 19 continuará a representar um sério desafio de saúde pública. Também na África, conhecimentos, atitudes e práticas em relação a COVID-19 foram avaliados em um inquérito epidemiológico no centro-norte da Nigéria (REUBEN et al., 2021), evidenciando-se que os respondentes tinham bom conhecimento (99,5%) sobre a COVID-19, adquirido principalmente por meio da internet/mídias sociais (55,7%) e televisão (27,5%). Neste último estudo, a maioria dos entrevistados (79,5%) teve atitudes positivas em relação à adesão às MNF PC, com 92,7, 96,4 e 82,3% praticando distanciamento social/ autoisolamento, melhoria da higiene pessoal e uso de máscara facial, respectivamente, ainda que 52,1% dos entrevistados tenham revelado a percepção de que o governo não estava fazendo o suficiente para reduzir a COVID-19 na Nigéria.

Estudo realizado com adultos que na América do Norte e Europa constatou que a adesão às recomendações de distanciamento social varia de acordo com a MNF específica, sendo que nenhuma das medidas preventivas pesquisadas apresentou adesão completa (COROIU et al., 2020). Em pesquisa também realizada em maio de 2020 com quase 10 mil adultos na Holanda, Alemanha e Itália, observou-se que a crença na eficácia das MNF de prevenção foi alta e os participantes relataram se sentir suficientemente informados, mas a implementação de medidas diferiu entre os referidos países e foi maior entre os entrevistados da Itália, submetidos às medidas de bloqueio mais rigorosas e à maior carga de COVID-19 na Europa durante aquele período (MEIER et al., 2020). Em pesquisa transversal com 1.243 adultos residentes nos Estados Unidos em abril de 2020 (FRIDMAN et al., 2020), com amostra aleatória estratificada por região do país, as fontes de informação do governo foram consideradas as mais confiáveis ao público, porém houve variações na confiança referida em relação a idade e sexo. No referido estudo, populações brancas e mais velhas geralmente expressaram maior confiança em fontes governamentais, enquanto populações não brancas e mais jovens expressaram maior confiança em emissoras privadas de televisão e redes sociais digitais. No Brasil, pesquisas multicêntricas com milhares de pessoas, e realizadas em abril e maio de 2020 com o objetivo de analisar

a adesão da população às medidas de restrição ao contato físico e a disseminação da COVID-19 evidenciaram adesão satisfatória (SZWARCOWALD et al., 2020; VILLELA et al., 2021).

Assim, seguindo a linha dos estudos mencionados nos três parágrafos anteriores, a principal pergunta de pesquisa deste estudo é: a população do território da USF Novo Tempo na cidade de Condado-PE entende e aplica as informações sobre medidas não farmacológicas de prevenção em suas práticas de proteção contra a COVID-19? Como pergunta secundária, questiona-se: Em que magnitude a percepção do risco está associada à adesão às medidas de prevenção e ao impacto da COVID-19 na população pesquisada? A hipótese principal, como resposta provisória às questões de pesquisa, é a de que a população apresenta um grau mediano (50%) de entendimento das informações e as aplica em suas práticas cotidianas. Uma segunda hipótese de pesquisa é a seguinte: A percepção do risco de contágio pela COVID-19 está associada à adesão às medidas de prevenção.

Com base nessas considerações, o objetivo deste estudo é avaliar como a população do território de abrangência de uma unidade de saúde da família (USF) da cidade de Condado-PE entende e aplica medidas não farmacológicas de prevenção e controle da COVID-19 em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo.

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar se a população do território de abrangência de uma USF da cidade de Condado-PE entendeu e aplicou informações sobre medidas não farmacológicas de prevenção em suas práticas de proteção contra o contágio pela COVID-19 no seu cotidiano e destacar a importância do agente comunitário de saúde na comunicação de risco relativa à doença.

Objetivos Específicos

- identificar informações e fontes informacionais relativas às medidas de prevenção e controle da COVID-19 recebidas pelas famílias da área de abrangência da USF Novo Tempo (Condado-PE);
- determinar as estratégias utilizadas pelas famílias do território para a prevenção e controle da COVID-19;
- verificar que fontes de informação sobre prevenção e controle da COVID-19 parecem mais confiáveis, segundo a opinião dos respondentes;
- identificar se existem associações entre variáveis sociodemográficas e adesão às medidas de prevenção; e
- revisar e sintetizar conhecimentos teóricos e práticos que apoiam o papel do agente comunitário de saúde na comunicação de risco da ESF para sua população adscrita sobre prevenção da COVID-19 e situações sanitárias semelhantes.

3 JUSTIFICATIVA

A pandemia pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) causou mudanças drásticas na realidade das populações de todo o mundo. O modo de viver em sociedade precisou ser reinventado. As pessoas precisaram distanciar-se umas das outras, incluindo o distanciamento de entes queridos, e passaram a se preocupar de forma inusitada com a própria higiene e a limpeza dos objetos e das mãos. Sair de casa se transformou quase em uma aventura de filme de ação, onde a missão era conseguir voltar com saúde. As pessoas passaram a conviver de forma diferente com o medo de adoecer e morrer por uma doença sobre a qual pouco se sabia, mas que atingia todos os continentes.

Ao mesmo tempo, a pandemia de COVID-19 trouxe desequilíbrio da economia, desemprego, comprometimento da renda de quem dependia do movimento das ruas cheias. Para a população mais pobre, a pandemia trouxe o medo da fome e da falta dos itens básicos essenciais a uma vida digna. No entanto, bloqueios e outras restrições extremas não podiam ser sustentados por um longo prazo, na esperança de que surgissem vacinas ou tratamentos eficazes para a doença emergente.

Esses impactos foram acompanhados por uma miríade de informações técnico-científicas em saúde que antes não faziam parte do cotidiano das pessoas da população geral. As redes de televisão, rádio, internet, boca-a-boca e todas as diversas formas de comunicação em massa foram utilizadas para divulgar notícias e orientações sobre a doença que assustava (e ainda assusta) praticamente toda a humanidade. Estas informações nem sempre condizem com a verdade, divergindo entre si, o que pode deixar a população perdida em um caos de medo e desinformação.

Como médica da Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo atuado na mesma comunidade por cinco anos, com vínculo estreito com a maioria das famílias atendidas pela unidade de saúde, foi possível perceber de perto essas alterações na dinâmica da vida da coletividade. A equipe de saúde precisou reconfigurar todo seu processo de trabalho, deslocando sua atenção de seus principais métodos de cuidado, para tentar manter seus usuários em casa e a unidade o mais vazia possível.

Porém, mesmo com os pacientes em casa, era necessário que a equipe conseguisse levar à população informações seguras, com base em evidências

científicas, sem provocar pânico, enfocando os cuidados preventivos que deveriam ser colocados em prática para tentar diminuir a disseminação da doença.

A COVID-19, como todas as pandemias, tem uma dimensão espacial que precisa ser gerenciada. Está claro que o impacto da crise COVID-19 difere acentuadamente não apenas entre os países, mas também entre regiões e municípios dentro dos países. Portanto, o impacto regional e local da crise COVID-19 é altamente heterogêneo (MATTA et al., 2021), com implicações significativas para a gestão de crises e respostas políticas.

Os vários riscos variam muito dependendo de onde a pessoa mora. Esse impacto regionalmente diferenciado exige uma abordagem territorial para as respostas das políticas nas frentes de saúde, econômica, social. As políticas e capacidades regionais para os serviços de saúde comunitários variam amplamente em um país como o Brasil. Sendo assim, verificar como foram os comportamentos dos usuários da ESF local em relação às medidas de prevenção contra a COVID-19 e conhecer o universo de informações ao qual eles tiveram acesso, estimando a contribuição de cada fonte de informação, são formas de avaliar como as diferenças socioculturais podem impactar no entendimento individual e coletivo, assim como a aplicação prática de informações em saúde. Por outro lado, o conhecimento dos métodos de comunicação e educação em saúde que a USF desenvolve junto à comunidade e o estímulo de estratégias junto à equipe de saúde permite potencializar essa relação serviço-comunidade, além de alavancar e fortalecer a plataforma da comunidade como parte integrante da atenção primária à saúde para garantir uma resposta eficaz à COVID-19.

Ademais, esta pesquisa torna-se importante também para identificar no cenário local de Condado-PE, como a população do território de abrangência de uma USF da cidade aplica as informações sobre medidas não farmacológicas de prevenção contra o contágio pela COVID-19 no seu cotidiano.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 A Pandemia de COVID-19

Os coronavírus podem cruzar a barreira entre as espécies e infectar seres humanos, com consequências inesperadas para a saúde pública (YESUDHAS et al., 2021). Estes coronavírus humanos (HCoV), que surgem periodicamente em todo o mundo, são uma ameaça potencial para a saúde da população (KIRTIPAL et al., 2020).

Em dezembro de 2019, foi identificada na cidade de Wuhan, China, casos de síndromes respiratórias agudas graves de etiologia até então desconhecida. Em janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) nomeou o agente etiológico causador do surto de SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2*) e a doença resultante de COVID-19 (*Coronavírus Disease 2019*).

O novo coronavírus pertence à mesma família de betacoronavírus que o coronavírus da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e o coronavírus relacionado à síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV), que foram responsáveis pelos surtos de doenças de síndrome respiratória aguda grave (SARS) em 2002 e 2012, respectivamente. O SARS-CoV-2 é um vírus RNA encapsulado da ordem *Nidovirales*, família *Coronaviridae*, subfamília *Coronavirinae*, gênero *Beta*. Estudos de mapeamento genético do vírus, descritos por Zhou et al. (2020), mostraram identidade importante com outra linhagem de coronavírus encontrada em morcegos, o que reforça a hipótese de que o SARS-CoV-2 tenha emergido em mercados de consumo de animais exóticos na referida cidade chinesa. Segundo os mesmos autores, a China já havia registrado casos de infecção humana por outras espécies de coronavírus de origem animal em pessoas que consumiam esses alimentos, porém até então não havia sido descrita disseminação entre humanos.

Com a rápida disseminação do vírus além das fronteiras da China, em março de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou situação de pandemia de COVID-19, alertando todos os países e compartilhando informações sobre a doença.

A doença causada pelo novo coronavírus pode ser assintomática ou sintomática. Quando presentes, os principais sintomas são tosse seca, febre, anosmia, disgeusia e dispneia evidenciando tropismo pelo sistema respiratório. Mas ao longo da experiência com a doença percebeu-se que outros sistemas corporais

também podem ser afetados, inclusive de forma grave, como os aparelhos digestivo, cardiovascular e excretor.

Como destaca Bai et al. (2020), embora a mortalidade da infecção pelo SARS-CoV-2 tenha sido baixa quando comparada à de outros quadros causados por coronavírus, como o SARS-CoV e o MERS-CoV, sua transmissibilidade foi mais alta, gerando grande desafio para a segurança da saúde global (YESUDHAS et al., 2021). O grande número absoluto de infectados se reflete em um número elevado de casos graves e mortes, com impacto significativo nos sistemas de saúde, na vida das pessoas e nas sociedades como um todo.

A síndrome respiratória aguda grave pelo SARS-CoV-2 espalhou-se globalmente em poucos meses. Uma consideração importante na pandemia de COVID-19 são os modos predominantes de transmissão do vírus, o que, inquestionavelmente, constitui uma das descobertas potencialmente mais significativas para desacelerar a propagação do vírus e aprofundar o conhecimento atual de suas rotas de transmissão (GÜEMES-VILLAHZO et al., 2020).

Evidências apoiaram conclusões preliminares sobre a transmissão que puderam subsidiar políticas racionais e baseadas em evidências e reduzir a desinformação sobre este tópico crítico. Evidências indicavam que a transmissão respiratória era dominante, com a proximidade espacial e a ventilação insuficiente, sendo estes os principais determinantes do risco de transmissão. Nos poucos casos em que se presume o contato direto ou a transmissão de fômites, a transmissão respiratória não foi completamente excluída. A infecciosidade atinge o pico cerca de um dia antes do início dos sintomas e diminui dentro de uma semana após o início destes (MEYEROWITZ et al., 2021).

A compreensão da transmissão do SARS-CoV-2 evoluiu desde o início da pandemia e fundamenta as recomendações de adoção de MNF de prevenção contra a COVID-19. Indivíduos infectados geram gotículas respiratórias e aerossóis, que podem ser transmitidos a outras pessoas. As atividades com maior probabilidade de gerar gotículas respiratórias e aerossóis incluem tossir, espirrar e falar. As gotículas variam em tamanho, desde gotículas grandes que podem cair no solo de forma relativamente rápida perto da pessoa que está infectada, até pequenas gotículas chamadas aerossóis, que podem permanecer suspensas no ar e viajar nas correntes de ar ambiente. O risco de transmissão por aerossóis respiratórios é maior em ambientes fechados e mal ventilados, onde há uma alta densidade de pessoas e

tempo prolongado de contato. Contudo, a infecciosidade relativa das gotículas de tamanhos diferentes e a quantidade de vírus nas gotículas respiratórias necessárias para causar a infecção (isto é, a dose infecciosa) não está inteiramente clara (YESUDHAS et al., 2021).

Gotículas infecciosas ou aerossóis podem entrar em contato direto com as membranas mucosas do nariz, boca ou olhos de outra pessoa, ou podem ser inalados pelo nariz e vias respiratórias inferiores, com aerossóis menores penetrando mais profundamente nos pulmões. O vírus também pode se espalhar quando uma pessoa toca outra pessoa (por exemplo, um aperto de mão) ou um objeto (referido como fômites) que contém o vírus e, em seguida, toca sua boca, nariz ou olhos com as mãos sujas. É importante ressaltar que o olho pode constituir não apenas um local potencial de replicação do vírus, mas também uma via alternativa de transmissão da superfície ocular para o trato respiratório e gastrointestinal (GÜEMES-VILLAHUZ et al., 2020).

No Brasil, o primeiro caso da doença foi confirmado pelo Ministério da Saúde em 25 de fevereiro de 2020. Tratava-se de um brasileiro de 61 anos que havia chegado de viagem recente à Itália. Após um mês, o país já possuía quase 3.000 casos da doença e mais de 70 mortes (LIMA et al., 2020).

4.2 A Pandemia COVID-19 em Condado/PE

No contexto local, as informações sobre a pandemia de COVID-19 foram recebidas com incredulidade pelas pessoas, até que os primeiros casos graves e óbitos ocorressem. As orientações da Secretaria de Saúde inicialmente foram de relacionadas às ações de vigilância epidemiológica, coletando-se, processando e analisando dados e propondo medidas de prevenção e de controle. A partir do momento em que surgiram os primeiros casos na capital Recife, com a qual há um intercâmbio diário de pessoas, passou-se, então, a haver preocupação manifesta com a reorganização do processo de trabalho das Unidades de Saúde da Família, com orientação de atendimento apenas de casos urgentes e de síndrome gripal, sendo que com fluxo diferenciado dentro da unidade. Foram mantidas as consultas de pré-natal em horário de baixo fluxo de pacientes e a vacinação do calendário básico. Os agentes comunitários de saúde foram orientados a não adentrar os domicílios e autorizados a utilizar meios digitais para acompanhamento das famílias. Na prática, cada equipe, então, organizou-se dentro de suas características físicas e territoriais.

A gestão municipal balizou suas orientações nas decisões do governo estadual, contrapondo-se, muitas vezes, às orientações do governo federal, consideradas, por ela, inseguras e não científicas. Dessa forma, a gestão local orientou sua população a aderir de forma sistemática às medidas de prevenção: distanciamento e isolamento social, o aumento da higienização das mãos, o uso de álcool gel e máscaras faciais ao sair de casa. Houve seguimento das recomendações do governo estadual também nas decisões de abertura e fechamento de setores diversos da vida socioeconômica na cidade, como comércio, centros religiosos, escolas, clubes de lazer, transporte público, barreiras sanitárias com triagem das pessoas (questionamento sobre sintomas e aferição de temperatura) e higienização externa dos veículos, entre outras medidas recomendadas. Além disso, a Secretaria Municipal da Saúde passou a utilizar massivamente suas redes sociais digitais para disseminar tais informações. Ainda seguindo orientações estaduais não houve adesão ao protocolo do ministério da saúde relativo ao uso de medicamentos de eficácia não comprovada no tratamento dos doentes.

Porém, mesmo com posicionamento claro, não houve uma grande dedicação da gestão no processo de educação em saúde da população, tendo sido o cuidado individual o seu grande foco durante todo o processo, com investimento em EPIs, medicamentos, leitos, aparelhos de monitorização, pessoal, entre outros. Coube, portanto, quase que de maneira exclusiva às USFs realizarem a educação de sua população, em paralelo com meios de comunicação oficiais e não oficiais, notícias verdadeiras e fake News, em um árduo trabalho durante todo processo. Portanto, era de extrema importância que todos os membros da equipe, incluindo os ACS tivessem algum conhecimento útil sobre o tema, para lidar com os questionamentos da população.

A USF Novo Tempo teve bastante dificuldade de organização do processo de trabalho, pois a estrutura física é muito pequena. Além disso, a população é grande e extremamente dependente do serviço e com perfil social difícil, e como se previu, não aceitou a diminuição da cartela de serviços da unidade e manteve a alta procura para consultas eletivas e preventivas. Dessa forma, observou-se a oportunidade de introduzir no serviço o acolhimento que passou a ser realizado pelo odontólogo e pela enfermeira, que durante a triagem acolhiam as angústias, educavam a população sobre os riscos da exposição, resolviam casos simples que não necessitavam de consulta médica e encaminhavam os casos realmente necessários para atendimento

médico. Os ACS da USF Novo Tempo mantiveram seus trabalhos nas microáreas orientando, identificando casos suspeitos na população e participando da vigilância dos isolamentos domiciliares dos casos sintomáticos.

Vale destacar que após a publicação da PNAB 2017 a gestão municipal, até o ano de 2022, não havia realizado nenhuma alteração negativa na estruturação da atenção básica local. Houve aumento no número de agentes comunitários de saúde (através de nomeação de concurso público), manutenção da equipe NASF (o NASF local já não atuava como matriciador e sim como equipe ampliada, portanto não houve perdas) com recursos próprios e a transformação de dois postos básicos de saúde de áreas rurais mais distantes em unidades básicas, pois a população era pequena para se estruturar equipes de saúde da família.

Durante o período de escassez de insumos, o município passou por várias dificuldades. Os EPIs foram direcionados prioritariamente aos profissionais do hospital municipal e serviço de atendimento móvel de urgência, impossibilitando o pleno atendimento nas USFs.

Após o recebimento das verbas federais extras para o enfrentamento da pandemia, a secretaria de saúde criou um centro de atendimento da COVID-19 para centralizar o cuidado aos casos suspeitos e deixar as USFs mais livres para retornar aos poucos a rotina habitual, porém na USF Novo Tempo, por questões sociais, foram mantidas as consultas aos casos de síndrome gripal durante todo o período pandêmico.

4.3 Educação Popular em Saúde e Informação Técnico-Científica

As práticas tradicionais de educação em saúde, historicamente, são permeadas por um discurso biologicista, vertical, e normatizador, que limita a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não considerando todos os fatores socioambientais determinantes da saúde e culpabilizando os indivíduos por seus próprios agravos à saúde (ALVES, 2004). Tais práticas ainda são muito utilizadas e se caracterizam pela transmissão de conhecimento unidirecional do profissional de saúde (detentor do saber) para a população (que nada sabe). Dentre elas, estão as palestras e as orientações individuais em consultório sem pactuação com o usuário.

Em contraponto a essas práticas, a Educação Popular em Saúde (EPS) vem se estabelecendo como estratégia político-pedagógica que perpassa as ações

voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a partir do diálogo entre a diversidade de saberes, valorizando os saberes populares, a ancestralidade, o incentivo à produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2013). Ao se tocar na dimensão da educação popular, não se pode omitir a perspectiva do ideal freiriano da “educação como prática da liberdade” (FREIRE, 2005, p. 7). A denominada Educação Popular, considerada no século passado como “utopia freireana” por alguns, é uma “contraposição aos modelos educacionais de característica conservadora, predominantemente opressora” (ROSAS, 2015, p. 21), baseada nos interesses das classes privilegiadas socioeconomicamente.

Há diversas maneiras e há demandas distintas, em que os atores da comunidade necessitam de uma educação em saúde que não se configure apenas como para eles em determinado território, mas que seja deles, de modo que possam ter como desenvolver sua própria reflexão enquanto sujeitos da sua própria história. Assim, a EPS é um conjunto de práticas e saberes populares e tradicionais que se apresentam como um caminho capaz de contribuir com metodologias e tecnologias que podem construir novos sentidos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2014). Esse caminho necessita da ampla participação das pessoas no processo de adquirir e partilhar conhecimentos úteis dentro do território em que vivem. Além disso, há diversas maneiras e há demandas distintas, em que os atores da comunidade necessitam de uma educação em saúde que não se configure apenas como para eles em determinado território, mas que seja deles, de modo que possam ter como desenvolver sua própria reflexão enquanto sujeitos da sua própria história.

Conhecer a realidade da população em suas práticas exige que se valorizem os usuários do sistema como o núcleo da produção, pois são eles que devem responsabilizar-se por sua própria saúde (JUNGES et al., 2011). Idealmente, as autoridades sanitárias precisam compreender a realidade da situação enfrentada pelas pessoas afetadas por suas decisões (HAN et al., 2020). Isso requer escuta e acolhimento dos saberes populares por parte dos profissionais, possibilitando trocas de conhecimentos para o alcance de uma saúde integral, entendendo que “o conhecimento é um processo de construção coletiva” (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004), visando a um novo entendimento das ações de saúde como ações educativas. A educação popular em saúde “tem como objetivo promover, na sociedade civil, a educação em saúde, mediante inclusão social e promoção da autonomia das

populações na participação em saúde”. Assim, a educação popular tem tido uma importância estratégica para a construção do direito à saúde. Essa proposta fundamenta-se, sobretudo, no pensamento do educador Paulo Freire.

Há necessidade de reflexão sobre educação popular em saúde e a ação de movimentos sociais para que haja participação efetiva das comunidades, e não uma concepção baseada apenas nos desígnios de intelectuais orgânicos das políticas públicas, tendo em conta que

[...] a atuação social se faz tanto mais presente e efetiva quanto mais se desenvolve uma relação de proximidade com as pessoas e os cenários de luta, isso nos leva a pensar na possibilidade da comunicação virtual não se caracterizar como a melhor opção para este tipo de proposta, tanto porque a Internet pode caracterizar-se, muitas vezes, como um meio excludente de comunicação, visto que distancia as pessoas de um contato pessoal direto, quanto porque, de fato, grande parcela da população ainda não tem acesso a esse veículo. (SEVERO et al., 2007, p. 243).

O movimento social denominado Educação Popular e Saúde (EPS) organizou-se na Articulação Nacional de Educação Popular em Saúde (ANEPS), criada em 1991 no I Encontro Nacional de Educação Popular em Saúde, realizado em São Paulo. A ANEPS é um espaço coletivo público, não governamental, composto por entidades de mediação entre as culturas populares e as políticas de saúde. Estas são organizações populares que podem construir compromissos com instâncias de governo para influenciar a implementação de políticas públicas de saúde. Um dos propósitos originais da ANEPS foi articular e apoiar os movimentos e práticas de educação popular e saúde a fim de “qualificar suas práticas, desenvolver processos formativos e reflexivos a partir da práxis e construir referências para a formulação de políticas públicas” (BRASIL, 2014, p. 26).

A Educação Popular em Saúde é constituída por um conjunto de práticas e saberes populares e tradicionais institucionalizados na gestão federal em 2003 como Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEP-SUS). Esta apresentou novos sentidos e práticas no SUS e fortaleceu-se em movimentos sociais populares (BRASIL, 2014).

A EPS pode ser realizada por meio de estratégias variadas, como rodas de conversa, oficinas educativas e até mesmo nas orientações individuais e familiares realizadas em consultório ou no domicílio das pessoas, desde que o saber do outro também tenha uma posição protagonista na construção de um conhecimento emancipador e um cuidado emancipador. O objetivo da confluência de educação

popular e cuidado é ampliar o espaço de reflexões sobre o cuidado dito heterônomo, que é o oposto do cuidado baseado na autonomia da pessoa. Essa dicotomia autonomia-heteronomia das práticas de cuidado favorece a emancipação, que “é a capacidade do ser humano de, a partir da reflexão sobre as contingências, perceber as contradições dialéticas e as diferenças que possibilitam transformações individuais e coletivas” (BARROS, 2021, p. 5). Ainda recorrendo a este último autor, tais contradições dialéticas dependem também no “exercício individual de subjetivação da objetividade e, complementarmente, uma prática de objetivação da subjetividade” (BARROS, 2021, p. 5). Mesmo o autocuidado, continua Barros (2021), também é relacional, porque é um cuidado exercido para si, mas com referência no grupo social no qual o sujeito está inserido.

4.4 Estratégias Educacionais e de Comunicação de Equipes de Saúde da Atenção Primária sobre a COVID-19 à sua População

Os sistemas de saúde continuam a se adaptar para lidar com a pandemia de COVID-19. Muito foco foi colocado inicialmente na ampliação da capacidade hospitalar. No entanto, a crise sanitária da COVID-19 tem demonstrado a importância de se colocarem os cuidados de saúde primários no centro dos sistemas de saúde. Uma atenção primária à saúde forte - organizada em equipes multidisciplinares e com papéis inovadores para os profissionais de saúde, integrados aos serviços de saúde comunitários, equipados com tecnologia digital, e trabalhar com incentivos bem planejados - ajuda a fornecer uma resposta bem-sucedida do sistema de saúde. Por outro lado, as inovações introduzidas em resposta à atual pandemia precisam ser mantidas para tornar os sistemas de saúde mais resilientes contra futuras emergências de saúde pública.

As políticas e práticas baseadas em evidências devem incorporar o conhecimento acumulado sobre a transmissão do SARS-CoV-2 para ajudar a educar a população. Para educar a sociedade, comunicando-se o uso prático das soluções de base técnico-científica e seus impactos na vida cotidiana, obtendo apoio público, é necessária uma comunicação eficaz e segura. Comunicar ciência às pessoas da população geral demanda ganhar confiança desta, ao compartilharem informações de risco e saúde, procedimentos de trabalho, para que entendam a ciência e como a ciência e a tecnologia podem ser benéficas. Os pesquisadores geralmente se preocupam com metas e objetivos, eliminando o preconceito, mas, na realidade, a

necessidade da ciência para a sociedade varia de região para região, e de comunidade para comunidade, sobretudo quando se trata de resolver problemas complexos (MATTA, 2020).

Em epidemias da magnitude da COVID-19, é essencial criar condições que garantam o respeito à conformidade com medidas de saúde pública. Isso implica eliminar barreiras ou obstáculos que surgem durante sua implementação. Ao mesmo tempo, é necessário abordar os efeitos adversos e as consequências da implementação dessas medidas, seja no contexto social, econômico ou relacionado à saúde, como, por exemplo, a perda de rendimentos de trabalhadores informais e os efeitos da recessão econômica. Por outro lado, a duração da pandemia e a chamada “fadiga pandêmica” resultante também podem impactar a adesão às orientações preventivas da COVID-19 (WHO, 2020, s. p).

A adesão às MNF e a sua sustentabilidade ao longo do tempo pode ser influenciada por uma variedade de fatores, como contextuais (vida, trabalho, condições da comunidade), circunstâncias financeiras e sociais e fatores culturais e espirituais. Isso é particularmente relevante para pessoas racializadas que podem ser desproporcionalmente impactadas pela implementação das MNF, sobretudo pelo desemprego e falta de apoio social (O'MARA-EVES et al., 2015).

A comunicação com as pessoas, ao mesmo tempo que compartilha as informações, deve ser transparente e focada no problema da comunidade, com soluções que tenham possibilidade de serem aceitas. Para que seja possível alcançar resultados satisfatórios na comunicação de risco, principalmente em situações de emergência de saúde pública, as informações técnicas devem ser compartilhadas com a cuidadosa atenção à capacidade de compreensão dos diferentes públicos-alvo (PAULIK et al., 2020).

Para promover a adesão às medidas, as mensagens devem ser adaptadas de acordo com a idade, sexo, gênero, capacidade, responsabilidades parentais e de cuidado e outros fatores socioeconômicos ou de identidade dos indivíduos (BONELL et al., 2020). Por exemplo, os homens são mais propensos que as mulheres a relatar baixos níveis de preocupação sobre a pandemia de COVID-19, incluindo homens nas faixas etárias de maior risco (CHAROENWONG et al., 2020). As mulheres são mais propensas que os homens a relatar altos níveis de estresse em suas vidas, em parte porque a pandemia pode ter exacerbado a divisão de gênero do trabalho familiar não remunerado, e as mulheres são mais propensas a ter responsabilidades de cuidado

com crianças ou parentes idosos (ALON et al., 2020). A educação pública em saúde e as estratégias de comunicação que consideram esses fatores, e são adaptadas a outros fatores relevantes, são essenciais para promover a adesão às MNF de prevenção.

Nesse sentido, em âmbito mundial, cada nação está lutando para retardar o surto do COVID-19 por precaução e prevenção com a implementação de conselhos, compartilhamento de informações com a sociedade, usando-se ferramentas de comunicação científica, monitoramento, tratamentos, distanciamento social e medidas para as pessoas ficarem em casa. Infelizmente, a COVID-19 não é apenas uma pandemia para a humanidade, mas criou crises sociais, econômicas e políticas devastadoras, que talvez sejam muito difíceis de superar.

Com o advento da pandemia de COVID-19, os governos de cada nação ao redor do mundo tiveram que tomar medidas em relação às restrições à liberdade constitucional, determinando o confinamento da população, com vigilância e controle massivo. Na medida em que se requer um Estado presente em todas as áreas, as gestões de vários âmbitos precisam afinar as medidas e as comunicações em tempos muito limitados em um contexto de alta complexidade (VIDAL, 2020).

As sociedades dependem das ciências da saúde e da medicina para prever a trajetória da pandemia e o desenvolvimento de vacinas, explicar a situação a um público aflito e atravessar uma miríade de decisões relacionadas à saúde. No entanto, lidar com a pandemia de COVID-19 e seus efeitos na sociedade requer mais do que ações de profissionais de saúde e médicos, mas exige o envolvimento dos cidadãos, governos em todos os níveis e uma gama diversificada de organizações e indivíduos envolvidos em processos de formulação e implementação de políticas. A comunicação em saúde e para a saúde pública é central nessa conjuntura.

A informação precisa ser devidamente enquadrada para ser entendida por um público leigo, o que requer a transmissão de informações contextuais, em vez de fragmentos de evidências. Nesse sentido, a situação de pandemia levou repentinamente o vocabulário dos epidemiologistas às esferas pública e política do mundo. Seu vocabulário, por exemplo, entrou no léxico público, incluindo palavras e conceitos, como “pandemia”, “quarentena”, “achatamento da curva”, “distanciamento social”, “equipamento de proteção individual, EPI”, “coronavírus” entre outros (WEIBLE et al., 2020).

As equipes de Saúde da APS exercem papel fundamental, pois compreendem elementos culturais e sociais presentes nas comunidades sob sua responsabilidade, capazes de estabelecer ações educativas, sociais e assistenciais que podem alcançá-las tanto em termos de capilaridade quanto de adequação da informação técnico-científica para a diversidade do território.

É importante salientar, como enfocado no item 5.2 da presente revisão que, assim como na educação em saúde em contexto geral, em se tratando de informação técnico-científica sobre prevenção da COVID-19 para a população brasileira, o núcleo e a fonte primária do conhecimento sobre prevenção é gerado por áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) e por suas entidades vinculadas, surgindo da “[...] convergência dos saberes de diversos domínios que se fundem à prática da gestão do Sistema Único de Saúde [...]” (BRASIL, 2012, p. 5). Neste sentido, a Secretaria-Executiva do MS preconiza que é preciso “garantir a comunicação interna e externa, contribuindo para a melhoria dos processos de tomada de decisão no âmbito da saúde pública e fortalecer a participação social” (BRASIL, 2012, p. 5).

4.5 Papel do Agente Comunitário de Saúde na Educação Popular sobre Prevenção da COVID-19

Na Estratégia Saúde da Família (ESF), a educação em saúde é responsabilidade de todos os profissionais que compõem a equipe, permitindo, juntamente com o engajamento comunitário, a identificação de situações que coloquem em risco a saúde das famílias acompanhadas para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença-cuidado (BRASIL, 2017). Utilizando-se de estratégias educativas em saúde, buscam-se a autonomia, o autocuidado e a auto responsabilização dos indivíduos com sua própria realidade.

Os cuidados de saúde baseados na comunidade incluem serviços prestados por uma gama de trabalhadores de saúde, leigos e profissionais, que apoiam a divulgação de campanhas no âmbito populacional, entre os quais estão os agentes comunitários de saúde (ACS). O agente comunitário de saúde é um

Trabalhador que desenvolve atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde e de incentivo à cidadania, atuando, sob supervisão, junto a famílias, grupos sociais e coletividades por adscrição de população. (BRASIL, 2012, p. 15)

A força de trabalho de saúde comunitária desses agentes pode ser aproveitada para fortalecer a resposta à COVID-19 porque eles são membros de confiança da comunidade e atuam como elos importantes da ESF para as instalações, líderes e organizações da comunidade, contribuindo para uma resposta mais eficaz à situação de crise sanitária (MACIEL et al., 2020). Esse engajamento e comunicação dos indivíduos e comunidades com a unidade de saúde é fundamental para manter sua confiança na capacidade do sistema de saúde em fornecer serviços seguros e de qualidade, assim como para garantir um comportamento adequado de adesão às recomendações oficiais de saúde pública.

Atualmente, os ACS atuam dentro das equipes de saúde da família, desempenhando, além do papel mediador da relação entre a equipe e a comunidade, também entre os conhecimentos técnicos e os saberes populares (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016). O ACS é, então, fundamental na ESF, onde é, ao mesmo tempo, profissional de saúde e membro da sua comunidade, articulando conhecimento técnico e saber popular, o que faz desse agente uma referência comunitária de confiança para as pessoas do seu espaço de convivência. Portanto, o ACS pode atuar como um agente multiplicador de informações e orientações sobre os comportamentos de prevenção (MACIEL et al., 2020).

Os ACS, tidos como trabalhadores estratégicos para o principal modelo de operacionalização da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) do Brasil na ESF, são uma categoria profissional relativamente nova, reconhecida pela Lei nº 10.507/2002. Eles têm sido preparados para atuar em diversas atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher com prioridade, em face da vulnerabilidade desses grupos. Esses profissionais “constroem um processo de responsabilidade mútua na comunidade em que atuam, buscando vincular a população assistida à equipe da ESF como um todo” (NEPOMUCENO, 2021, p. 1641), de forma a viabilizar o acesso das famílias às políticas sociais e aos serviços de saúde. Eles podem contribuir para as ações de gestão local com vistas ao seu enfrentamento, fornecendo elementos relativos à dinâmica dos territórios.

Os comportamentos de prevenção da COVID-19 na Atenção Básica são essenciais para garantir a segurança, tanto dos profissionais de saúde quanto da população em geral. O ACS tem um papel importante nesse processo, já que é o

profissional responsável por realizar o trabalho permanente de prevenção e educação em saúde na comunidade onde atua (SANTOS et al., 2021).

Para os ACS, o Ministério da Saúde (MS) publicou documento intitulado “Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente à COVID-19” (BRASIL, 2020b), para orientá-los a respeito do novo coronavírus e auxiliá-los na reorganização do seu processo de trabalho frente à pandemia. Nesta publicação feita em 2020, o MS salientou o papel do ACS como profissional integrante das equipes da ESF no que concerne à prevenção e controle de agravos à saúde pública, enfatizando seu papel fundamental no “reforço ao atributo derivado da APS denominado orientação comunitária” (BRASIL, 2020b, s. p).

Conforme orienta o documento de recomendações para ACS frente aos comportamentos de prevenção da COVID-19 que o ACS pode desempenhar (BRASIL, 2020), destacam-se:

- a) Uso correto de máscaras: O ACS pode orientar a população sobre a importância de usar máscaras e como utilizá-las corretamente, além de viabilizar a distribuição para quem não tem acesso.
- b) Higienização das mãos: O ACS pode orientar sobre a importância da higienizar as mãos com água e sabão ou álcool em gel e distribuir, se possível, materiais de higiene para quem não tem acesso.
- c) Distanciamento social: O ACS pode orientar sobre a importância de manter o distanciamento social e de evitar aglomerações.
- d) Identificação de casos suspeitos: O ACS pode identificar pessoas com sintomas de COVID-19 e orientá-las a buscar atendimento médico.
- e) Monitoramento de casos confirmados: O ACS pode monitorar os casos confirmados de COVID-19 e orientar sobre o isolamento domiciliar.
- f) Combate às falsas notícias na comunidade.
- g) Fornecer informações aos grupos especiais de risco, como gestantes e puérperas, idosos e pessoas com doenças crônicas, como hipertensos e diabéticos.
- h) Vacinação: O ACS pode orientar sobre a importância da vacinação contra a COVID-19 e ajudar na organização das campanhas de vacinação.

É importante ressaltar que, apesar de todo esse protagonismo do ACS, a PNAB publicada em 2017 (BRASIL, 2017), conhecida como “nova PNAB”, trouxe mudanças expressivas que podem desvirtuar a atuação desses profissionais. O documento abre a possibilidade do gestor local, baseado em critérios locorregionais, definir a quantidade de ACS de cada equipe de saúde da família, sendo o mínimo um ACS, recomendando a cobertura de 100% do território apenas em casos de vulnerabilidades importantes. Além disso, essa nova PNAB traz ainda a possibilidade de retorno das unidades básicas tradicionais, onde o ACS não é um profissional obrigatório na composição da equipe.

Freire et al. (2021) verificaram que, de fato, houve diminuição no número de ACS no Brasil desde a publicação da PNAB 2017 até dezembro de 2019, e que áreas com melhores condições socioeconômicas foram as mais afetadas, demonstrando que pode haver o entendimento por parte dos gestores de que o ACS não é necessário nesses locais, ou é desvalorizado pela própria população.

A PNAB 2017 trouxe ainda outra mudança para a realidade do ACS, às suas atribuições se somaram atividades caracteristicamente pertencentes à enfermagem, como aferição de pressão arterial, verificação de temperatura e glicemia, realização de curativos, entre outras, desde que haja capacitação prévia. Somado a isso, a Lei nº14.536/2023 os reconheceu como profissionais de saúde regulamentados.

Dias (2022) observou que há relevante disparidade entre o trabalho reconhecido como próprio, ou seja, o que é realmente executado pelo ACS, e aquele que é descrito como sua função nos documentos norteadores do cargo, além do acúmulo de funções, incluindo as burocráticas e assistenciais.

Todas essas questões referentes às mudanças que podem fragilizar a atuação original do ACS e outras mudanças trazidas pela PNAB 2017 permanecem vigentes e dependentes do entendimento da gestão de cada município sobre a atenção básica. Portanto é importante que haja uma discussão nacional sobre o tema, com a participação de mais atores envolvidos nos processos para que se direcionem melhor as orientações.

4.6 Adesão às Medidas Não Farmacológicas Preventivas da COVID-19 em Âmbitos Individual, Familiar e Populacional

Em todo o mundo, a resposta à pandemia exigiu a implementação de medidas de saúde pública para preservar a vida, mas que tiveram um impacto maior em certos

grupos sociais e territórios, expondo-os a importantes fatores sociais e econômicos de danos e, conseqüentemente, ao aumento das desigualdades em saúde. Segundo a Comissão Econômica para a América Latina e Caribe (CEPAL), da Organização Panamericana de Saúde (PAHO, 2020), projetou-se um declínio de 9,1% no produto interno bruto (PIB) da região como resultado da pandemia. Esperava-se que esse declínio empurrasse a taxa de desemprego para 13,5% em 2020, com aumento da pobreza em sete pontos percentuais, impactando 231 milhões de pessoas e seu correspondente impacto nos resultados de saúde. Este impacto se soma ao decorrente da própria pandemia, constituindo duas dimensões da crise no meio da qual se busca avaliar a própria adesão das coletividades às medidas não-farmacológicas de prevenção da COVID-19.

Adesão pode ser conceituada de várias maneiras. Segundo Leite et al. (2003), os termos utilizados nessa conceituação estão associados à visão do autor sobre o papel dos atores envolvidos no processo. Conforme Brawley e Culos-Reed (2000), em inglês, os termos mais utilizados da definição de adesão são *compliance* e *adherence*, onde *compliance* seria a mera obediência às instruções dadas, pressupondo um sujeito totalmente passivo e a *adherence* estaria relacionado à livre escolha do sujeito de adotar ou não uma determinada recomendação. Para Pierin et al. (2004, p.277) a adesão seria “um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica”.

Gusmão e Mion (2006) destacam que vários fatores ligados à pessoa estão associados ao fenômeno da adesão como condições socioeconômicas, presença de doenças, crenças relativas à saúde, hábitos de vida e culturais. Além de considerar também a importância do relacionamento da pessoa com sua equipe de saúde. Nesse sentido, as crenças de uma pessoa quanto à sua susceptibilidade e gravidade de uma doença, assim como as crenças quanto a benefícios ou barreiras e quanto às medidas de sua prevenção e controle, consistem em fatores preditores de adesão (PIRES, 2007). Por outro lado, a adesão de cada país no combate à COVID-19 reflete também o senso de coletividade e a identidade nacional. Em estudo realizado em 67 países, incluindo o Brasil, concluiu-se que a adesão às medidas de controle da pandemia depende, em grande parte, do quanto as pessoas possuem entendimento de que ações individuais influenciam a comunidade (Van BAVEL et al., 2020). No referido estudo, a população da Nova Zelândia, Dinamarca e Alemanha apresentou alto senso

de coletividade, com ampla adesão às medidas de higiene e distanciamento social, o que coincidiu, por sua vez, com a presença de incentivo público de suas lideranças políticas em relação ao emprego de tais medidas, ao contrário de países como Estados Unidos, Rússia e Brasil.

No contexto da pandemia de COVID-19, é fundamental entender o vírus e suas formas de contágio e disseminação para que seja possível a diminuição do número de casos e, conseqüentemente, dos óbitos a esses associados (SILVA; SANTOS, 2021). Atualmente, a principal forma de transmissão do vírus acontece de pessoa para pessoa, através da dispersão de gotículas respiratórias (liberadas pela tosse, fala, espirros), em contato próximo uma das outras (MORAES et al., 2021). Dessa forma, é imprescindível, para o controle da disseminação do SARS-CoV-2, a adoção de medidas preventivas, individuais e coletivas, como a higienização frequente das mãos, a etiqueta respiratória, o uso de máscaras em ambientes coletivos, o isolamento de casos suspeitos e confirmados e medidas de distanciamento social e diminuição de circulação de pessoas (TRIBINO et al., 2021).

Na dimensão populacional, medidas preventivas foram impostas pelo Estado na maioria dos países para a melhor condução da crise sanitária por diversas organizações e entidades de saúde pública de âmbito internacional, como a Organização Pan-Americana da Saúde (PAHO, 2020) e a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2021), que preconizam e fornecem medidas a serem tomadas, além de divulgar estudos, boletins informativos e notas técnicas.

Essas medidas foram amplamente divulgadas por meios oficiais e não oficiais de difusão, porém o desafio está na aceitação das pessoas em acreditar que aderir a estas medidas minimiza a transmissão e os efeitos da infecção. Essa adoção de medidas preventivas está relacionada a fatores psicossociais, demográficos e de crenças sobre a saúde (SILVA; SANTOS, 2021).

A prevalência de adesão das populações às diretrizes sanitárias para enfrentamento da COVID-19 varia não só entre os países, mas também entre diferentes regiões de um mesmo país. Esse aspecto faz do Brasil - que possui amplo território com diferenças relevantes nos seus perfis epidemiológicos, sociodemográficos e econômicos - uma nação com características particulares nos estudos sobre aplicação de normas sanitárias durante uma crise importante como a atual pandemia.

Estudo de Vilella et al. (2021) evidenciou que cada região brasileira tem seu próprio perfil de adesão às medidas preventivas contra a COVID-19, por exemplo, a região Norte foi a que mais aderiu a medidas comunitárias de prevenção, enquanto a região Sul, a medidas individuais. O estudo também possibilitou a observação da importância da adesão concomitante de comportamentos preventivos individuais e coletivos, mostrando que quando um deles não é adotado, diminui consideravelmente a eficácia da prevenção em geral. Nesse sentido, segundo a Organização Mundial da Saúde (2020), dados da comunidade são necessários para monitorar e informar ações de saúde pública que podem retardar e interromper a transmissão da COVID-19.

Salienta-se ainda o emprego de tecnologias digitais de autoridades públicas governamentais no âmbito da Saúde como estratégia de orientação e educação em saúde da população. Além disso, essas tecnologias também possibilitaram às equipes da APS, contato, mesmo à distância, para suporte aos seus usuários, distribuindo informações, tirando dúvidas e compartilhando a rotina. Segundo Pinto et al. (2017), as tecnologias digitais em saúde conseguem alcançar e influenciar amplamente as pessoas e são bons meios de difundir informações sobre a adoção de comportamentos saudáveis.

Durante a pandemia, concorreram com a comunicação oficial dos órgãos públicos, com as orientações dos profissionais de saúde e as informações da imprensa, o uso de tecnologias digitais (redes sociais, aplicativos de mensagens e vídeos).

5 METODOLOGIA

A presente seção da dissertação foi dividida em duas partes fundamentais, em função da descrição metodológica dos dois produtos do trabalho: (6.1) Métodos empregados na pesquisa de campo; e (6.2) Técnica de elaboração de texto de revisão e apreciação crítica de tópico relacionado à educação em saúde para prevenção da COVID-19. A pesquisa de campo foi intitulada “Informação e prevenção não farmacológica da covid-19 no território de uma unidade de saúde da família em Pernambuco”. O texto foi elaborado para produção de capítulo de livro digital sobre educação em saúde para prevenção da população por Agentes Comunitários de Saúde. A **Figura 1** exibe representação esquemática do caminho metodológico da dissertação, articulando os problemas de pesquisa e hipóteses formulados com o estudo de campo, técnica de coleta de dados e análise dos resultados da pesquisa, assim como a vinculação destes com o segundo produto do trabalho de conclusão de curso.

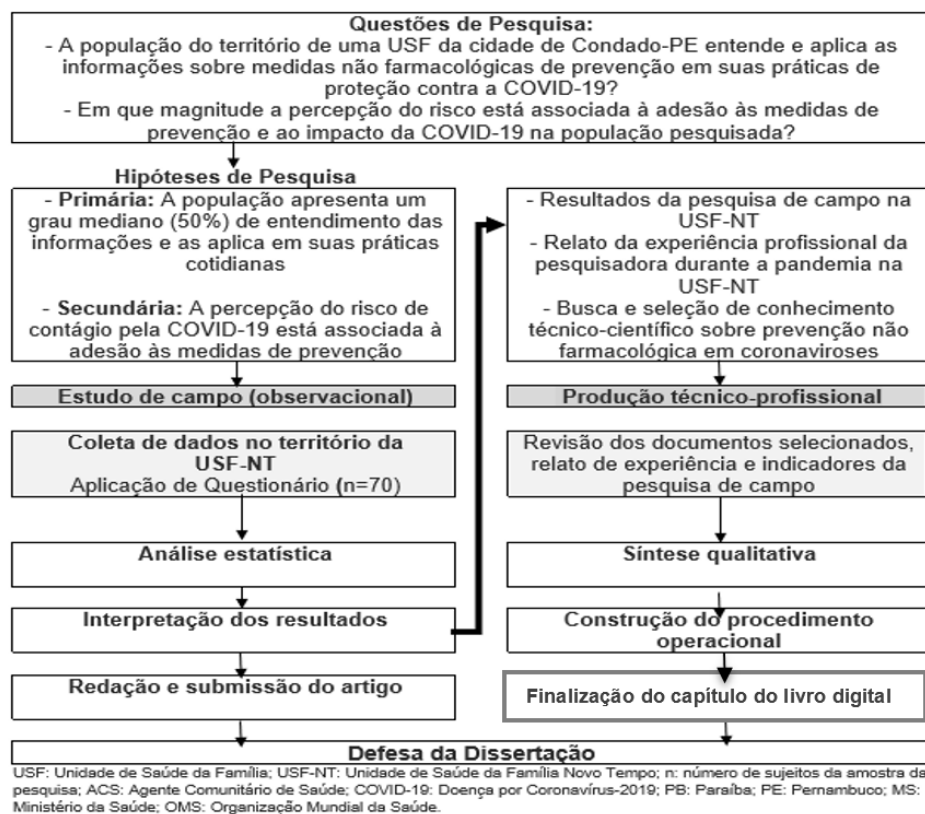
5.1 Pesquisa de Campo

5.1.1 Modelo do Estudo

A pesquisa de campo seguiu modelo observacional descritivo. O estudo teve modelo observacional porque não foram realizadas intervenções sobre a realidade, e, também descritivo, pois visou a uma descrição da percepção dos participantes, enquadrando-se no que define Gil (2009, p. 28) quanto ao objetivo de “descrever características de determinada população ou fenômeno”. A natureza da abordagem foi quantitativa, no sentido de descrever, observar, registrar e analisar fenômenos.

O presente projeto de pesquisa foi um recorte da investigação de caráter multicêntrico desenvolvida em 88 municípios brasileiros, de todas as regiões do país, envolvendo 134 UBS, com atuação direta dos mestrandos vinculados ao PROFSAUDE, profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e odontólogos) desses territórios. O referido projeto teve o objetivo geral de “analisar como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19” (SCHWEICKARDT et al. 2020, p. 4).

Figura 1 - Diagrama representativo do problema de pesquisa, fases, abordagens metodológicas e produtos para a dissertação



Fonte: Elaboração da autora (2021)

Esse projeto multicêntrico foi denominado “Prevenção e controle do COVID-19: Estudo Multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, conduzido por rede composta por pesquisadores de 21 universidades brasileiras, sob coordenação de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), docentes e gestores do PROFSAUDE em âmbito nacional.

5.1.2 População e Amostra

A pesquisa teve amostragem não-probabilística por conveniência, com inclusão consecutiva das famílias de usuários cadastrados e que tenham frequentado a UBS Novo Tempo, em Condado, Pernambuco, nos 90 dias precedentes ao início da pesquisa. Além deste critério de inclusão, outros parâmetros de elegibilidade para a pesquisa foram possuir telefone celular e que se dispusessem a participar do estudo por consentimento informado. Foram excluídos usuários que, após três tentativas sem

resposta de envio do questionário com intervalo de uma semana, ou que, mesmo após busca ativa, não responderam à solicitação de participação na pesquisa.

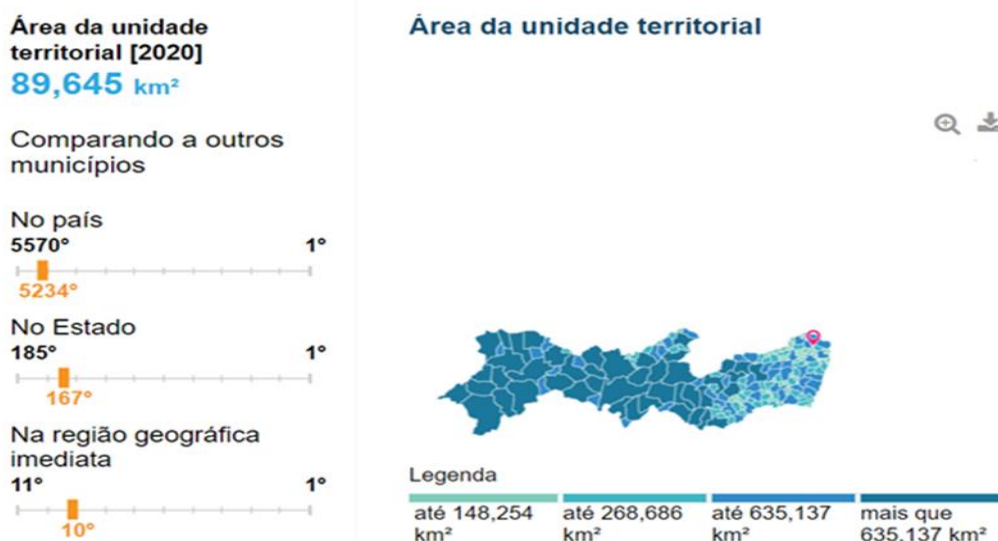
Foram abordadas 70 famílias, das quais foi selecionado um membro de cada uma. O membro escolhido e que se dispôs a responder ao questionário prestou as informações requeridas no estudo.

5.1.3 Local do Estudo

A cidade de Condado-PE, que possui aproximadamente uma área de 90 km² (**Figura 2**), está localizada na Mesorregião da Mata pernambucana, especificamente na regionalidade de Goiana, a 75 quilômetros da capital, Recife.

O município de Condado possui uma população estimada em 26.755 habitantes e as suas principais atividades econômicas são a agropecuária e o setor de serviços (IBGE, 2010). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal era de 0,602 (IDH- médio) no Censo do IBGE 2010, o que representava o septuagésimo terceiro lugar no *ranking* das cidades pernambucanas.

Figura 2 - Mapa da área territorial do município de Condado/PE



Fonte: IBGE (2017)

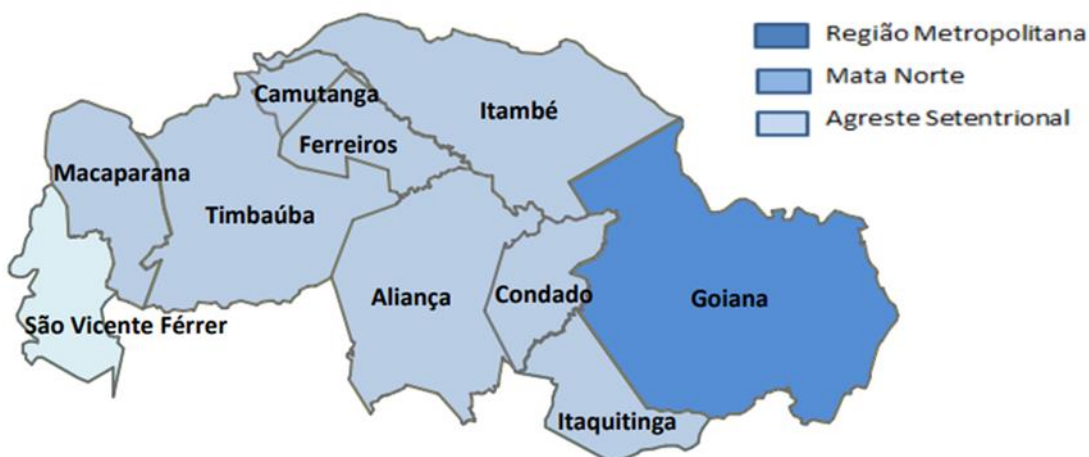
Condado pertence à XII Gerência Regional de Saúde do estado de Pernambuco (**Figura 3**). A Figura 4 mostra os municípios que compõem a XII GERES/PE. A saúde pública municipal, gerida pela secretaria de saúde, com uma

central da Rede de Frio do Programa Nacional de Imunizações, um centro de especialidades odontológicas, um centro de reabilitação, um centro de consultas ambulatoriais especializadas, um hospital e maternidade de pequeno porte, uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), uma unidade básica do serviço de atendimento móvel de urgência (SAMU), uma unidade de vigilância sanitária, assim como duas unidades básicas de saúde e oito unidades de saúde da família, com cobertura de atenção básica para 100% da população.

Figura 3 - Mapa do Estado de Pernambuco por regiões de saúde



Figura 4 - Mapa dos municípios que compõem a XII GERES/PE



Fonte: Plano Diretor de Regionalização, 2011.

Em seguida, será feita uma descrição da USF Novo Tempo e seu entorno, de acordo com informantes-chave, observação direta do território pela pesquisadora e relatórios do e-SUS, apresentada na atividade da disciplina Planejamento e Avaliação na Saúde da Família como “Estimativa Rápida Participativa na Unidade de Saúde da

Família (USF) Novo Tempo, no PROFSAUDE, considerando o contexto histórico e geográfico.

A Unidade de Saúde da Família (USF) Novo Tempo, onde atua a pesquisadora, localiza-se no bairro de mesmo nome, em Condado. Esse bairro originou-se de um processo de desapropriação de terras pertencentes a uma antiga usina de processamento de cana-de-açúcar. Após essa desapropriação, a prefeitura loteou o terreno e doou os lotes resultantes a pessoas previamente cadastradas em programas de assistência social para habitação. A população que se instalou inicialmente no bairro recém-formado, portanto, veio de outros bairros do próprio município. Porém, depois do tempo de carência, muitas famílias venderam seus terrenos a terceiros. Assim, atualmente, a população local tem origem diversa, com proveniência de municípios vizinhos, como as cidades de Goiana, Itaquitinga e Aliança.

Em Condado, a USF Novo Tempo foi fundada no bairro no final de 2002, inicialmente com quatro microáreas na zona rural. No decorrer dos anos, a população foi invadindo áreas circunvizinhas, fazendo construções irregulares, e o bairro cresceu, contando hoje com seis microáreas, passando a ser classificado pelo IBGE como zona urbana. Todas as microáreas são cobertas por assistência de agentes comunitários de saúde.

O bairro Novo Tempo fica às margens da Rodovia Estadual PE-062, sendo rodeada por plantações de cana-de-açúcar, bambus e Mata Atlântica. O terreno é plano em toda sua extensão, não sendo cortado por rios ou córregos, ou seja, não há barreiras geográficas. Devido à proximidade das plantações de cana-de-açúcar, durante o período de colheita, a população sofre com as queimadas na região. Fora dos limites geográficos do bairro, mas bem próximo, corre um pequeno riacho que é possível fonte de esquistossomose mansônica para os moradores que o frequentam para lazer, lavar roupas, banhar animais ou retirar areia. As pessoas transitam no bairro principalmente a pé ou de bicicleta; poucos moradores possuem carro ou motocicleta. O município não possui transporte público, mas uma cooperativa de kombis que fazem o traslado coletivo para os municípios vizinhos. Porém, esses veículos não circulam no bairro, sendo necessário ir até a rodovia para acessá-los. É possível também o uso de mototáxis para circular na cidade.

A **figura 5** mostra o território da USF Novo Tempo, cenário da pesquisa.

Figura 5 - Imagem do território da USF Novo Tempo, Condado, Pernambuco



Fonte: Elaboração da autora, a partir de atividade de Estimativa Rápida Participativa da USF Novo Tempo realizada pela autora em 2020

O bairro é predominantemente residencial, com moradias de alvenaria, mas não possui saneamento básico, sendo utilizadas fossas rudimentares para despejo de resíduos. O acesso à energia elétrica atinge praticamente 100% da comunidade. Apenas 30% das casas possuem água encanada e tratada oriunda da distribuidora estadual (COMPESA). Portanto, grande parte do abastecimento de água da população é feito por meio do uso de poços artesianos, que muitas vezes não preenchem as condições ideais e seguras de construção, em conjunto com as fossas sépticas.

Todo o território da ESF Novo Tempo possui coleta regular de lixo. Embora recentemente a prefeitura tenha iniciado processo de pavimentação do bairro, a maioria das ruas ainda não é pavimentada. A área é pouco arborizada, nem possui áreas públicas destinadas ao lazer, como praças e quadras. Os principais equipamentos comunitários de apoio social encontrados no bairro são a unidade de saúde, a escola, a capela da Igreja Católica, algumas igrejas evangélicas e poucos micro empreendimentos familiares de comércio do tipo mercearia. Não há centros comunitários nem farmácias no bairro Novo Tempo.

Embora se encontrem situações de pobreza e vulnerabilidades em todo o bairro, algumas áreas apresentam tais problemas de forma mais expressiva. Estas são as áreas de invasões, que ainda possuem algumas poucas moradias de pau-a-pique ou lona, sem energia elétrica e sem acesso a água. Nesses locais, é mais intensa a presença do tráfico de drogas e de violência. Essas áreas são conhecidas

como “bambus” e “favelinha”. Outra situação de risco do bairro é uma faixa de terreno que fica abaixo de estrutura de distribuição de alta tensão de energia elétrica, onde não deveriam ter sido construídas casas, mas também houve invasão da população.

A USF Novo Tempo possui 3.828 usuários cadastrados em seu território. Sem diferença relevante entre os sexos, com predominância de adultos até os 49 anos. Segundo o critério de autodefinição de raça, predomina a parda. O grau de alfabetização mais referido foi de ensino fundamental completo, seguido pelo ensino fundamental incompleto. As ocupações mais comuns dos usuários da ESF são: trabalhador da cultura de cana-de-açúcar, pedreiro/servente de obras, empregado doméstico/faxineiro, motorista de caminhão e pequeno comerciante. A renda familiar da maior parte das famílias é de até um salário-mínimo. Mais da metade do território depende financeiramente de algum tipo de benefício social do governo, sendo o principal deles o Bolsa Família. O território possui 115 pessoas com deficiência, sendo as principais física e intelectual. Todas as crianças e adolescentes em idade escolar encontram-se matriculadas na rede pública ou privada do município. Aproximadamente, 97,5% da população declarou durante o cadastro depender do SUS. O território não possui cidadão em situação de rua.

5.1.4 Procedimentos de Coleta de Dados

A primeira etapa de coleta dos dados primários, prevista para iniciar em 3 de novembro de 2020, foi iniciada em março de 2021. Antes da primeira etapa da coleta dos dados foi realizado um pré-teste para a validação em âmbito nacional do instrumento, procedimento que foi realizado pela coordenação geral do estudo multicêntrico.

A participação dos usuários abordados e convidados para a pesquisa foi condicionada à aceitação informada e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A). Na primeira etapa, a amostra foi definida a partir da inclusão das famílias de usuários cadastrados que frequentaram a UBS de modo permanente nos 90 dias precedentes ao início da pesquisa.

Os objetivos do estudo foram informados aos entrevistados pela pesquisadora, à qual eles forneceram seus dados de contato para agendamento posterior da entrevista em local e horário convenientes.

Os usuários que aceitaram participar do estudo, responderam a um questionário (ANEXO B), administrado pela pesquisadora a partir de formulário on-

line na plataforma Google Forms, em virtude da possibilidade de ausência de acesso à internet e/ou dificuldade de manuseio de dispositivos eletrônicos pelos participantes, assim como dificuldades de compreensão de itens do questionário.

O questionário administrado contém três núcleos de informações, distribuídas em 30 itens. Os núcleos de informação podem ser divididos em temas: (1) características demográficas e socioeconômicas; (2) fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações sobre medidas de prevenção e controle da COVID-19; e (3) relação com a USF e utilização de serviços de saúde.

O núcleo referente aos dados demográficos e socioeconômicos enfocou as variáveis idade, sexo, cor/raça/etnia autorreferida, nível educacional, moradia (quantas pessoas coabitam com o entrevistado, número de cômodos da casa, número de banheiros da habitação, saneamento básico), renda mensal, ocupação antes da pandemia, recebimento de benefício social antes da pandemia, posse de plano suplementar de saúde e recebimento de benefício social durante a pandemia.

No segundo núcleo de informações do questionário, foram enfocados o impacto da pandemia sobre sua ocupação ou trabalho, a necessidade de atuação própria ou de familiar em serviço essencial e necessidade de sair de casa em 2020 após a deflagração da pandemia. Ainda neste segundo núcleo de informações, interrogou-se também sobre que tipo de informação sobre prevenção da COVID-19 os participantes receberam e quais foram as fontes destas, o grau de confiança nas referidas informações e nas medidas de prevenção adotadas, além da sua opinião quanto ao risco de contágio pela COVID-19, quanto à gravidade da doença e quanto ao grau de importância das principais medidas de prevenção. Ainda em relação ao impacto da pandemia, perguntou-se sobre a presença de pessoas da família com comorbidades (hipertensão, diabetes, HIV, problemas cardíacos, asma, câncer e problemas de saúde mental) e se alguém de sua família havia se infectado com o vírus da COVID-19.

No terceiro núcleo de informações do questionário, enfocou-se a relação com a USF e utilização dos serviços de saúde. Neste sentido, questionou-se se os participantes haviam identificado alguma ação de educação em saúde realizada pela USF do território sobre prevenção da infecção pelo novo coronavírus, assim como sobre que medidas de prevenção foram adotadas por ele(a) e sua família, e que medida considerava a mais importante.

5.1.5 Variáveis do Estudo

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

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

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

- Item 15: Que informações o(a) senhor(a) recebeu sobre o Coronavírus? (questão fechada com possibilidade de mais de uma das seguintes respostas simultaneamente: isolamento social total; lavagem frequente das mãos; uso de álcool gel; isolamento parcial; uso de máscara para quando tenho que sair de casa; outro);
- Item 19: O(a) senhor(a) está confiante que as medidas de prevenção e proteção em relação ao Coronavírus adotadas pelo senhor(a) e sua família são suficientes para proteger vocês? (questão com possível resposta única em escala Likert: muito confiante; bem confiante; razoavelmente confiante; pouco confiante; nada confiante);
- Item 20: Qual a possibilidade de o(a) senhor(a) ou sua família serem contaminados pelo Coronavírus? (questão com possível resposta única em escala Likert: muito alta; alta; razoavelmente alta; baixa; muito baixa);
- Item 21: Qual é a sua opinião sobre a doença provocada pelo Coronavírus? (questão com possível resposta única em escala Likert: muito grave; grave; razoavelmente grave; pouco grave; não é grave); e
- Item 22: Na sua opinião, qual o grau de importância das seguintes medidas de prevenção adotadas no combate ao Coronavírus? (possível resposta única em escala Likert: medidas de isolamento e distanciamento social; uso de máscara,

higienização das mãos com lavagem/uso de álcool em gel; evitação de aglomerações)

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

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

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

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

5.1.6 Análise Estatística dos Dados

A análise dos dados foi de natureza quantitativa, empregando-se estatística descritiva e inferencial.

Na análise descritiva, foram determinadas frequências simples e percentuais para variáveis de nível de mensuração nominal, assim como medidas de tendência

central (média para idade; medianas para as variáveis ordinais) e de variabilidade (desvio-padrão para idade; valores mínimo/máximo para variáveis ordinais).

Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel para serem exportados e analisados posteriormente no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL) e Software R, versão 4.1.0. Dados contínuos, normalmente distribuídos, foram apresentados como médias e desvio-padrão nos gráficos, enquanto dados contínuos não normalmente distribuídos, foram resumidos como medianas, valores mínimo e máximo. Na estatística inferencial, foram empregados o teste qui-quadrado de Pearson para comparar proporções entre grupos e para investigar associações entre duas variáveis categóricas e o teste U de Mann Whitney para comparar variáveis ordinais e contínuas entre dois grupos. Adotou-se um nível de significância de 5%.

5.1.7 Considerações Éticas

Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, este projeto foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do centro do pesquisador responsável nacional, o Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt, sob Parecer número 4.345.618 (CEP da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) (ANEXO C).

Posteriormente à avaliação e aprovação pelo referido CEP, os participantes foram abordados e convidados para integrar o estudo, sendo oferecidas todas as informações acerca do trabalho, incluindo os objetivos e procedimentos da pesquisa, além do direito que possuíam de se recusarem a participar.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio do aplicativo *Google Docs*. Foi garantido também aos participantes que eles poderiam se retirar da pesquisa quando lhes conviesse e que seria garantido o seu anonimato. No instrumento de coleta dos dados não foram identificados nominalmente os participantes da pesquisa.

5.2 Capítulo de Livro Digital

O segundo produto desta dissertação foi um capítulo para livro digital discorrendo sobre o papel do agente comunitário de saúde na comunicação de risco na prevenção permanente da COVID-19. Considerando os critérios definidos pela Comissão instituída pela CAPES para produtos técnicos de Mestrados Profissionais (BRASIL, 2015), o referido produto técnico se enquadra no Eixo 3 (divulgação da produção). Trata-se de um texto destinado profissionais da atenção primária à saúde quanto à comunicação com sua população adscrita em situações de epidemias ou pandemias relacionadas a doenças respiratórias infecciosas semelhantes à COVID-19 por meio da capilaridade representada pelo trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A concepção do capítulo a partir da análise dos resultados da pesquisa de campo, em que 40% dos respondentes afirmaram não ter recebido informações a respeito da COVID-19 por parte de profissionais de saúde do território da ESF, incluindo o ACS, em uma área que possui cobertura total por estes profissionais e em um momento em que já havia transcorrido um ano desde o início da pandemia. Além disso, dos 42 respondentes que afirmaram ter recebido informações de profissionais de saúde do território, 79% afirmaram confiar nesta fonte (dados da pesquisa de campo apresentada no artigo original), demonstrando, aparentemente, a potencialidade da ESF na educação da coletividade de seu território. Consoante com este resultado, o objetivo deste capítulo, portanto, foi oferecer uma apreciação crítica a partir de revisão narrativa e reflexão sobre o tema para fortalecer a atuação do ACS durante a permanência da circulação do novo coronavírus na população em geral, e em situações futuras de emergência em saúde semelhantes. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica tradicional, elegendo-se subtópicos relacionados a esse objetivo.

O capítulo, intitulado “Comunicação de Risco por Agentes Comunitários de Saúde na Prevenção da COVID-19”, teve fundamentação teórica nas publicações sobre este tópico nas seguintes plataformas: Biblioteca Virtual em Saúde, EMBASE, PUBMED, LILACS e Scielo, assim como em publicações da OPAS e OMS e documentos publicados pela Fundação Oswaldo Cruz e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) no Brasil com seleção manual das informações encontradas, considerando-se a relevância e aplicabilidade das mesmas.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção estão apresentados, consecutivamente, os dois produtos que compõem o presente trabalho de conclusão de mestrado.

O artigo original resultou diretamente do relatório técnico-científico da pesquisa de campo realizada no território da unidade de saúde da família Novo Tempo, Condado-PE, enquanto o capítulo de livro digital decorreu indiretamente dos resultados dessa pesquisa, relacionando-se às potencialidades do ACS como educador em saúde para a população quanto à prevenção permanente da COVID-19.

O artigo seguiu as normas de publicação (Diretrizes para Autores) da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) (ANEXO B)

O manuscrito para o capítulo foi formatado conforme as orientações da editora Seven Publicações Ltda para autores de chamada de e-book temático enfocando a pandemia de COVID-19, no livro digital intitulado “Emerging issues related to the corona virus pandemic (COVID19)”, ISBN 978-65-84976-38-2, conforme Carta de Aceite de 10/05/23 (ANEXO C).

6.1 Artigo Original

INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA DA COVID-19 NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO

INFORMATION AND NON-PHARMACOLOGICAL PREVENTION OF COVID-19 IN THE TERRITORY OF A FAMILY HEALTH UNIT IN PERNAMBUCO

INFORMACIÓN Y PREVENCIÓN NO FARMACOLÓGICA DEL COVID-19 EN EL TERRITORIO DE UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA EN PERNAMBUCO

RESUMO

A eficácia de medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção destinadas a reduzir o contágio pela COVID-19 depende de quão bem os indivíduos são informados sobre as consequências da infecção e as medidas que devem adotar para reduzir sua propagação. Para isso, em 2020, MNF contra a COVID-19 foram divulgadas por fontes diversas, estatais e privadas, para a maior parte da população brasileira, com a finalidade de orientar comportamentos para conter a crise sanitária. As equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) tiveram um papel fundamental neste processo, pois compreendem elementos socioculturais das suas comunidades, alcançando-as tanto em capilaridade quanto em adequação local da informação técnico-científica. Trata-se de uma pesquisa de campo com o objetivo de avaliar se a população do território de uma unidade da ESF da cidade de Condado-PE entende e aplica as informações que recebeu sobre MNF de prevenção em suas práticas de proteção contra a COVID-19, visando determinar que informações foram recebidas pelos respondentes, quais as suas fontes, o grau de confiabilidade atribuído a estas, além da adesão deles às MNF e sua relação com variáveis sociodemográficas. O modelo do estudo foi observacional e descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da coleta de dados primários com 70 usuários por aplicação de questionário estruturado. Os dados foram analisados por estatística descritiva e inferencial, através dos testes qui-quadrado de Pearson e U de Mann Whitney. Os resultados sugerem que os participantes entenderam e aplicaram satisfatoriamente as informações sobre MNF, com mediana dos valores percentuais de adoção alcançando 90%. Observou-se que a grande maioria dos respondentes tinha informações sobre MNF (acima de 88%). As principais fontes de informação foram jornais e/ou internet, televisão e profissionais de saúde, incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Jornais e profissionais de saúde foram as fontes consideradas mais confiáveis. A maioria demonstrou confiança na eficácia das MNF, média a alta percepção de risco e opinou que a doença era grave ou muito grave. Observou-se satisfatória adesão às MNF de prevenção à COVID-19, com uso de máscara como a medida mais empregada (100%) e considerada a mais importante. Não houve significância estatística na associação de MNF adotadas com características sociodemográficas e grau de confiança na sua eficácia, porém a prática de lavagem das mãos se associou com percepção da gravidade da doença.

Palavras-chave: prevenção de doenças; comunicação em saúde; COVID-19; estratégia saúde da família; educação em saúde.

ABSTRACT

The effectiveness of non-pharmacological (NFM) preventive measures aimed at reducing the spread of COVID-19 depends on how well individuals are informed about the consequences of the infection and the measures they should take to reduce its spread. To this end, in 2020, MNF against COVID-19 were released by various sources, state and private, for most of the Brazilian population, with the aim of guiding behaviors to contain the health crisis. The Family Health Strategy (ESF) teams played a key role in this process, as they comprise sociocultural elements of their communities, reaching them both in capillarity and in local adequacy of technical-scientific information. This is a field survey with the aim of assessing whether the population of the territory of an ESF unit in the city of Condado-PE understands and applies the information they received about MNF prevention in their practices to protect against COVID-19, aiming to determine what information was received by the respondents, what are their sources, the degree of reliability attributed to these, in addition to their adherence to the MNF and their relationship with sociodemographic variables. The study model was observational and descriptive, with a quantitative approach, from the collection of primary data with 70 users by application of a structured questionnaire. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics, using Pearson's chi-square and Mann-Whitney U tests. The results suggest that the participants understood and satisfactorily applied the information on MNF, with median percentage values of adoption reaching 90%. It was observed that the vast majority of respondents had information about NFM (above 88%). The main sources of information were newspapers and/or internet, television and health professionals, including Community Health Agents (ACS). Newspapers and health professionals were considered the most reliable sources. Most demonstrated confidence in the effectiveness of NFM, medium to high perception of risk, and believed that the disease was severe or very severe. Satisfactory adherence to COVID-19 prevention MNF was observed, with the use of a mask as the most used measure (100%) and considered the most important. There was no statistical significance in the association of NFM adopted with sociodemographic characteristics and degree of confidence in their effectiveness, but the practice of hand washing was associated with perception of the severity of the disease.

RESUMEN

La efectividad de las medidas preventivas no farmacológicas (NFM) destinadas a reducir la propagación de COVID-19 depende de qué tan bien se informe a las personas sobre las consecuencias de la infección y las medidas que deben tomar para reducir su propagación. Con ese fin, en 2020, MNF contra el COVID-19 fueron divulgados por diversas fuentes, estatales y privadas, para la mayoría de la población brasileña, con el objetivo de orientar comportamientos para contener la crisis sanitaria. Los equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) jugaron un papel fundamental en ese proceso, pues integran elementos socioculturales de sus comunidades, alcanzándolas tanto en capilaridad como en adecuación local de informaciones técnico-científicas. Esta es una encuesta de campo con el objetivo de evaluar si la población del territorio de una unidad ESF en la ciudad de Condado-PE

comprende y aplica la información que recibió sobre la prevención de MNF en sus prácticas para protegerse contra COVID-19, con el objetivo de determinar qué información recibieron los encuestados, cuáles son sus fuentes, el grado de confiabilidad atribuido a estas, además de su adherencia al MNF y su relación con variables sociodemográficas. El modelo de estudio fue observacional y descriptivo, con enfoque cuantitativo, a partir de la recolección de datos primarios con 70 usuarios mediante la aplicación de un cuestionario estructurado. Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva e inferencial, utilizando las pruebas chi-cuadrado de Pearson y U de Mann-Whitney. Los resultados sugieren que los participantes entendieron y aplicaron satisfactoriamente la información sobre MNF, con valores porcentuales medianos de adopción que alcanzan el 90%. Se observó que la gran mayoría de los encuestados tenía información sobre NFM (más del 88%). Las principales fuentes de información fueron los periódicos y/o internet, la televisión y los profesionales de la salud, incluidos los Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Los periódicos y los profesionales de la salud se consideraron las fuentes más confiables. La mayoría demostró confianza en la efectividad de NFM, percepción de riesgo media a alta y creía que la enfermedad era grave o muy grave. Se observó adherencia satisfactoria al MNF de prevención de COVID-19, siendo el uso de mascarilla la medida más utilizada (100%) y considerada la más importante. No hubo significación estadística en la asociación de la NFM adoptada con características sociodemográficas y grado de confianza en su efectividad, pero la práctica del lavado de manos se asoció con la percepción de la gravedad de la enfermedad.

INTRODUÇÃO

Após mais de três anos desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) classificou o surto por um novo coronavírus surgido em dezembro de 2019 como uma Emergência de Saúde Pública de Preocupação Internacional, foi declarado seu fim (5 de maio de 2023). Isso não significa que a epidemia acabou, mas que a emergência global que ela causou foi superada, mas a epidemia permanece. Um Comitê de Revisão do Regulamento Sanitário, da própria OMS, a ser estabelecido ainda, desenvolverá recomendações permanentes em longo prazo para os países sobre como gerenciar a COVID-19 de forma contínua.¹ Esta pandemia, trouxe, repentinamente e em um curto espaço de tempo, grandes repercussões de diversas naturezas para populações no mundo inteiro.²

As consequências desse cenário não foram homogêneas dos pontos de vista setorial e regional. No contexto local, a população de cada território precisa ter entendimento e engajamento em relação às políticas de segurança para distanciamento físico, higienização pessoal e ambiental, assim como para uso de máscaras faciais e medidas de precaução em escolas e locais de trabalho, a partir de comunicação para garantir a confiança e cooperação no âmbito dos territórios, assim como proteção de populações vulneráveis e suporte socioeconômico.³

Para garantir a cooperação da população na prática de medidas preventivas antes da criação das vacinas para a COVID-19, a comunicação de risco em saúde representou um dos nós críticos no controle da pandemia.⁴ As percepções individuais e coletivas dos riscos à saúde determinam as decisões sobre os comportamentos de proteção das populações, mas COVID-19 era um risco desconhecido até o final de 2019. A deficiência de informações, a necessidade de comunicações precisas e acessíveis à população, assim como a rapidez de disseminação do vírus são fatores importantes nessa conjuntura sanitária que se configurou há três anos.

Em seu Guia de Orientações sobre Comunicação de Risco e Participação Comunitária para a COVID-19, a OMS destaca que comunicar-se de maneira proativa com a comunidade é uma das intervenções mais importantes em resposta a eventos importantes de saúde pública. Além de combater o excesso de informações falsas, a qualidade da informação ajuda na percepção por parte da população dos riscos aos quais está exposta, contribuindo para participação comunitária mais efetiva no controle de doenças. A comunicação de risco permite ainda descobrir como as

populações estão interpretando as informações recebidas e lhes garante o exercício do direito à informação.⁵

O sucesso de medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção para reduzir o impacto da COVID-19 depende de quão bem os indivíduos são informados sobre as consequências da infecção e as medidas que devem ser tomadas para reduzir o impacto da doença. O conhecimento, atitudes e práticas das pessoas em relação à COVID-19 é fundamental para a compreensão da dinâmica epidemiológica da doença e da eficácia, cumprimento e sucesso das MNF adotadas em um território.

A principal pergunta deste estudo foi a seguinte: A população do território da USF Novo Tempo na cidade de Condado-PE entendeu e aplicou as informações sobre MNF de prevenção contra a COVID-19? Como pergunta secundária, questionou-se: Em que magnitude a percepção do risco está associada à adesão às MNF preventivas da COVID-19 na amostra pesquisada? A hipótese principal, como resposta provisória às questões de pesquisa, é a de que a população apresentou um grau mediano (50%) de entendimento das informações e as aplicou em suas práticas cotidianas. Uma segunda hipótese de pesquisa é a de que a percepção do risco de contágio da COVID-19 associou-se à adesão às MNF de prevenção.

Com base nessas considerações, o objetivo deste estudo foi avaliar como a população do território de abrangência de uma unidade de saúde da família (USF) da cidade de Condado-PE entendeu e aplicou medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 em práticas do seu cotidiano durante a pandemia.

MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Condado, Pernambuco, no território em uma Unidade de Saúde da Família (USF) chamada Novo Tempo. O município de Condado possui uma população estimada em 26.755 habitantes e as suas principais atividades econômicas são a agropecuária e o setor de serviços. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal era de 0,602 (IDH médio) no Censo do IBGE 2010, o que representava o septuagésimo terceiro lugar no *ranking* das cidades pernambucanas.⁶ O município possui 100% do território coberto para assistência de atenção primária.

A pesquisa teve amostragem não-probabilística, com inclusão consecutiva das famílias de usuários cadastrados e que frequentaram a USF nos 90 dias precedentes ao início da coleta de dados da pesquisa. Foram excluídos usuários que, mesmo após

busca ativa, não responderam à solicitação de participação no estudo. Foram abordadas 70 famílias, das quais foi selecionado um membro de cada para responder a um questionário estruturado dentro da própria USF, na modalidade presencial.

A coleta de dados foi realizada em março e abril de 2021. O presente trabalho é um recorte de estudo multicêntrico da Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAUDE sobre o enfrentamento da COVID-19, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), docentes e gestores do PROFSAUDE em âmbito nacional, e intitulado “Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, portanto, o instrumento de coleta de dados foi elaborado pela coordenação do referido projeto.

A pesquisadora leu em voz alta as perguntas, enquanto os entrevistados acompanhavam a leitura em cópia impressa do questionário, e as respostas inseridas por ela na plataforma Google Forms®, *on-line*, a partir de seu aparelho celular, armazenando-as em uma base de dados.

A variável primária deste estudo foi a percepção dos respondentes sobre as informações recebidas a respeito de medidas preventivas não farmacológicas (MNF) contra a COVID-19, assim como suas fontes, durante a pandemia em 2020 e 2021. Como variáveis secundárias, foram estudadas as práticas associadas às informações recebidas (adesão às MNF) e as características sociodemográficas dos participantes (como sexo, estado civil, escolaridade, idade, renda, cor/etnia, ocupação, estrutura física do domicílio, número de moradores do domicílio).

Do ponto de vista operacional, a variável percepção foi medida por meio das respostas aos seguintes questionamentos: Que informações o(a) senhor(a) recebeu sobre o Coronavírus? (questão fechada com possibilidade de mais de uma das seguintes respostas simultaneamente: isolamento social total; lavagem frequente das mãos; uso de álcool gel; isolamento parcial; uso de máscara para quando tenho que sair de casa; outro); O(a) senhor(a) está confiante que as medidas de prevenção e proteção em relação ao Coronavírus adotadas pelo senhor(a) e sua família são suficientes para proteger vocês? (questão com possível resposta única em escala Likert: muito confiante; bem confiante; razoavelmente confiante; pouco confiante; nada confiante); Qual a possibilidade de o(a) senhor(a) ou sua família serem contaminados pelo Coronavírus? (questão com possível resposta única em escala

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

A adesão às medidas preventivas neste estudo foi considerada a partir das respostas aos itens: Quais das seguintes ações o(a) Sr(a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo Coronavírus? (admite mais de uma resposta: Isolamento social total; isolamento parcial; lavagem frequente das mãos, uso de álcool gel; uso de máscara para sair de casa, outros); e, Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais importante para se prevenir da contaminação pelo Coronavírus? (questão com resposta única: Isolamento social total, isolamento parcial; lavagem frequente das mãos; uso de álcool gel; uso de máscara para quando sair de casa, outros), e foi analisada considerando-se o critério adotado por SCHNEIDER et al.: (a) indivíduos que aderiram a uma medida; (b) indivíduos que aderiram a duas medidas; e (c) indivíduos que aderiram a três ou mais medidas de prevenção contra a COVID-19, entre aquelas apresentadas como alternativas de resposta, independentemente de qual (is) medida (s) foram adotadas.⁷

Para análise dos dados empregou-se estatística descritiva e inferencial. Na análise descritiva, foram determinadas frequências simples e percentuais para variáveis de nível de mensuração nominal, assim como medidas de tendência central (médias e medianas) e de variabilidade (desvio-padrão, valores mínimo/máximo e intervalo interquartil) de acordo com o tipo de variável. Os dados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel para serem exportados e analisados posteriormente nos programas estatísticos *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 20.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL) e Software R, versão 4.1.0. Foram elaboradas representações gráficas e tabulares dos resultados.

Na estatística inferencial, foram empregados o teste qui-quadrado de Pearson para comparar proporções entre grupos e para investigar associações entre duas variáveis categóricas e o teste U de Mann Whitney para comparar variáveis ordinais e contínuas entre dois grupos. Adotou-se um nível de significância de 5%.

A pesquisa foi aprovada pelo do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do centro do pesquisador responsável nacional, o Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt, sob Parecer número 4.345.618 (CEP da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Do ponto de vista sociodemográfico, a idade dos 70 participantes do estudo variou entre 18 e 77 anos, com média de 41,6 anos, desvio-padrão de 14,7 e intervalo interquartil de 20,9. A amostra caracterizou-se como predominantemente feminina, parda, com nível educacional fundamental incompleto ou médio, casada e que vive junto, com renda familiar de até um salário-mínimo. Quanto à infraestrutura dos domicílios, a maioria dos entrevistados tem acesso a água por meio de poço artesiano e o destino dos dejetos é a fossa em todos os casos (tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de usuários da Unidade de Saúde da Família Novo Tempo em Condado-PE, de março a abril de 2021 (n=70).

Variáveis	Frequências	
	f	%
Sexo		
Feminino	56	80
Masculino	14	20
Cor/raça		
Parda	47	67,1
Branca	14	20
Negra	8	11,4
Amarela	1	1,4
Estado Civil		
Casado	29	41,4
União consensual	23	32,9
Solteiro	13	18,6
Divorciado	3	4,3
Viúvo	2	2,9
Nível Educacional		
Fundamental incompleto	29	41,4
Médio	23	32,9
Médio Incompleto	6	8,6
Superior incompleto	5	7,1
Superior	4	5,7
Fundamental	2	2,9
Pós-graduação	1	1,4
Renda mensal		

Até 1 salário-mínimo	41	58,6
Até 2 salários-mínimos	13	18,6
Até 3 salários-mínimos	8	11,4
Até 4 salários-mínimos	6	8,6
Mais de 4 salários-mínimos	2	2,9
Corresidentes no domicílio		
0	2	2,9
1-3	51	72,9
4-7	17	24,3
Cômodos para dormir (nº)		
2	28	40
3	32	45,7
4-5	10	14,3
Número de banheiros (nº)		
1	46	65,7
2 ou mais	24	34,3
Acesso a água		
Poço artesiano	55	78,6
Água encanada	10	14,3
Reservatório	5	7,1
Esgotamento sanitário		
Fossa séptica	70	100

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Tabela 2 – Estatística descritiva referente à idade e às variáveis sociodemográficas ordinais da amostra de usuários da Unidade de Saúde da Família Novo Tempo em Condado-PE, de março a abril de 2021 (n=70)

Variáveis	Estatística Descritiva		
	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
Idade (em anos)	38,5	18	77
Corresidentes no domicílio	1-3	0	4-7
Cômodos para dormir	3	2	4-5
Número de banheiros	1	1	≥2
Pessoas que saem diariamente de casa	1	0	3-4

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Esta pesquisa revelou que houve percentual satisfatório de respondentes que referiram ter recebido informações sobre as MNF questionadas, estando todas em uma frequência acima de 88%, tendo sido de 100% para uso do álcool gel. As principais fontes de informação foram Jornais de televisão e/ou internet, televisão (outros programas), profissionais de saúde (incluindo os ACS) e pessoas da comunidade (amigos, vizinhos e parentes), sendo as mais confiáveis os jornais e os

profissionais de saúde. O governo foi o segundo menos citado e sobre o qual foi atribuído menor nível de confiança, como pode ser visto na tabela 3. A pesquisa ainda revelou uma tendência positiva no sentimento de estar bem informado quanto aos meios de comunicação de massa, com centralidade em relação aos profissionais de saúde e à comunidade e uma tendência negativa em relação às informações das redes sociais (Figura 1).

A maioria dos respondentes considerou estar bem confiante e razoavelmente confiante na eficácia das MNF contra a COVID-19, embora considerassem a possibilidade de contaminação alta ou razoavelmente alta. A doença foi considerada grave ou muito grave pela maioria dos entrevistados.

Tabela 3 – Informações, fontes de informação e grau de confiança nas fontes de informação sobre medidas não farmacológicas de prevenção à COVID-19 de usuários da Unidade de Saúde da Família Novo Tempo em Condado-PE, março a abril de 2021 (n=70).

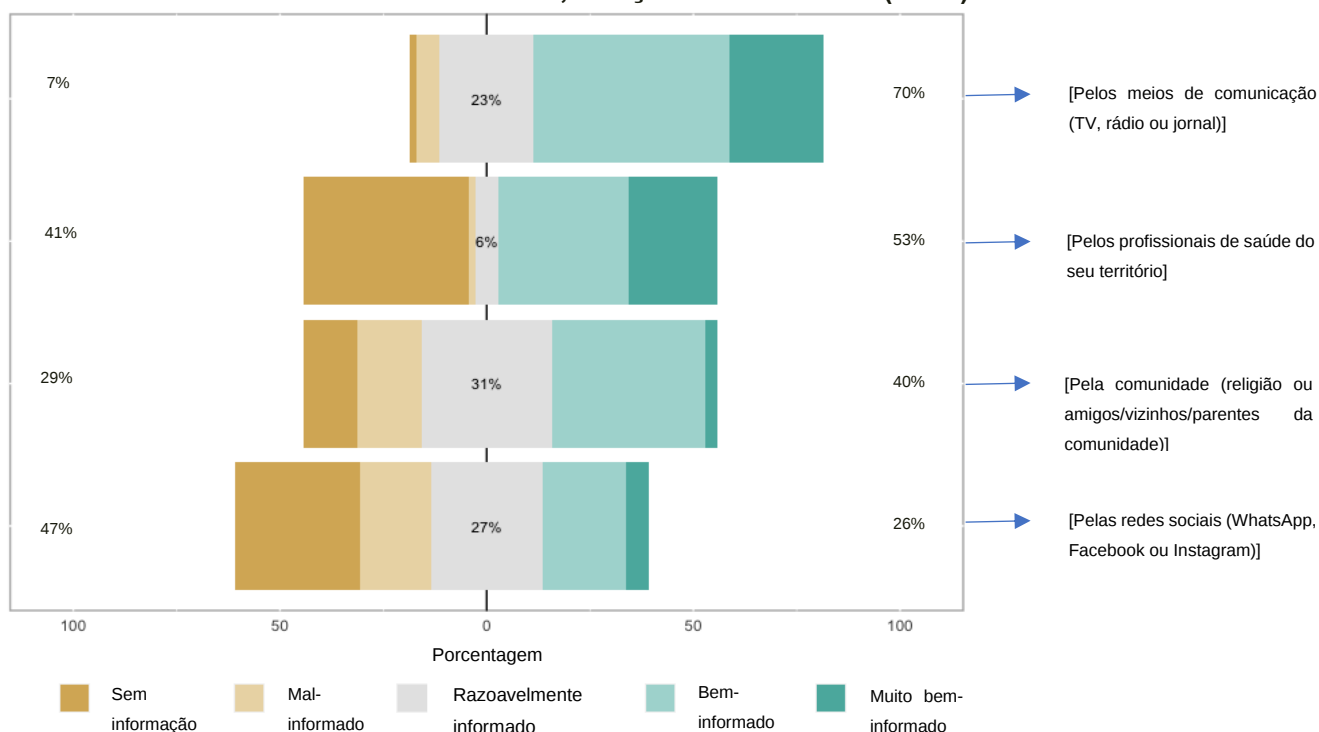
Variáveis	Frequências	
	f	%
Autorrelato de MNF recebidas		
Uso de máscara ao sair de casa	69	98,6
Uso de álcool em gel	70	100,0
Lavagem frequente das mãos	69	98,6
Isolamento social parcial	62	88,6
Isolamento social total	62	88,6
Fontes de informação		
Profissionais de saúde do território	42	60,0
Mídia social digital Instagram	34	48,6
Televisão	43	61,4
Jornais na TV e/ou na internet	62	88,6
Religião	27	38,6
Governantes	17	24,3
Amigos/vizinhos/parentes	47	67,1
Rádio	14	20,0
Mídia social digital Facebook	32	45,7
Aplicativo de mensagens Whatsapp	27	38,6
Confiança nas fontes de informação		
Profissionais de saúde do território	33	47,1
Mídia social digital Instagram	8	11,4
Televisão	5	7,1
Jornais na TV e/ou na internet	41	58,6
Religião	10	14,3
Governantes	2	2,9
Amigos/vizinhos/parentes	8	11,4

Rádio	3	4,3
Mídia social digital Facebook	7	10,0
Aplicativo de mensagens Whatsapp	5	7,1

MNF: Medidas não farmacológicas **Fonte:** Dados primários da pesquisa (2022)

Quanto à adesão da população às MNF de prevenção à COVID-19 observou-se que o uso de máscara para quando sair de casa foi a medida mais prevalente, onde 100% dos entrevistados referiram fazer uso. Já o isolamento social total foi a MNF com menor adesão apenas 1,4%. As demais medidas tiveram alto nível de adesão conforme tabela 4, na qual se pode observar que a mediana dos percentuais de adoção das cinco medidas não farmacológicas pesquisadas foi de 90%, que pode ser considerada alta.

Figura 1 – Informações recebidas a respeito do novo coronavírus por fonte informativa na amostra de usuários da Unidade de Saúde da Família Novo Tempo em Condado-PE, março a abril de 2021 (n=70)



Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Tabela 4 – Medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19 adotadas em amostra de usuários da Unidade de Saúde da Família Novo Tempo em Condado-PE, de março a abril de 2021 (n=70).

MNF adotadas	Frequências	
	f	%
Uso de máscara ao sair de casa	70	100
Uso de álcool em gel	67	95,7

Lavagem frequente das mãos	63	90,0
Isolamento social parcial	59	84,3
Isolamento social total	1	1,4

*MNF: Medidas não farmacológicas

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Quando questionados sobre a importância de cada MNF foi observado que todas as medidas (isolamento e o distanciamento social, uso de máscara, uso de álcool gel e evitar aglomerações) foram consideradas importante ou muito importante para o combate ao coronavírus. Sendo assim, verifica-se que embora os participantes tenham recebido a informação do isolamento social e a atribuam a ele alto grau de importância no combate a COVID-19, praticamente não houve adesão a esta MNF. O uso de máscara para quando sair de casa foi considerada a medida mais importante para se prevenir da contaminação pelo novo coronavírus. Quanto aos graus de adesão a MNF, conforme categorização descrita na metodologia, observou-se que 97,1% dos entrevistados referiram ter aderido a três medidas de prevenção ou mais, 2,86% adotaram duas medidas de prevenção e nenhum deles referiu ter adotado apenas uma medida de prevenção.

Não houve associação estatística significativa entre MNF adotadas pelos respondentes e as características demográficas sexo, cor/raça, estado civil, nível educacional e renda, assim como não houve associação entre a adesão a cada MNF citada e o grau de confiança na sua eficácia. Houve, no entanto, relação da percepção sobre a gravidade da doença com a adesão à lavagem das mãos, como mostra a tabela 5.

Tabela 5 - Relação entre MNF adotadas contra a COVID-19 características sociodemográficas em amostra de usuários da Unidade de Saúde da Família Novo Tempo em Condado-PE, de março a abril de 2021 (n=70)

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS					
	Sexo	Cor/raça	Estado civil	Nível educacional	Renda familiar
MNF adotadas	Estatística Inferencial (níveis de <i>p</i>)				
Uso de máscaras	0,874	0,564	0,478	0,814	0,587
Uso de álcool em gel	0,555	0,875	0,958	0,925	0,696
Lavagem das mãos	0,690	0,548	0,443	0,931	0,442
Isolamento parcial	0,324	0,861	0,257	0,891	0,909

Isolamento total	0,615	0,255	0,349	0,964	0,349
VARIÁVEIS SUBJETIVAS					
	Confiança na eficácia das MNF	Percepção de risco	Percepção de gravidade		
MNF adotadas	Estatística Inferencial (níveis de <i>p</i>)				
Uso de máscaras	0,935	0,701	0,986		
Uso de álcool em gel	0,935	0,701	0,986		
Lavagem das mãos	0,731	0,263	0,042*		
Isolamento parcial	0,972	0,632	0,391		
Isolamento total	0,111	0,286	0,686		
MNF: medidas não farmacológicas; <i>p</i> : nível de significância estatística; * <i>p</i> estatisticamente significativo a 5%					
Fonte: Dados primários a pesquisa (2022)					

DISCUSSÃO

O perfil sociodemográfico da população estudada se aproxima das principais características dos usuários da atenção primária à saúde no Brasil, mulheres, adultas jovens, pardas, casadas ou em união estável, com pouca instrução e baixa renda.⁸ Este também é compatível com perfil do município nos quesitos escolaridade, raça/cor e renda.⁶ A precariedade das condições de saneamento básico também acompanha a situação do município, que possui apenas 3,9% do seu território com acesso ao recurso e representa importante fator de vulnerabilidade social e determinante da saúde, estando associado ao crescimento ou expansão não planejada da cidade.^{6,9} Um estudo realizado no Brasil observou que a COVID-19 iniciou sua incidência em grandes centros, após migrando para áreas de maior vulnerabilidade social, associadas a maior mortalidade, podendo estar relacionada à densidade populacional de locais mais pobres, à incapacidade de implementação de medidas de proteção e até mesmo a barreiras ao acesso à saúde.¹⁰

De forma análoga a este estudo, o relatório de pesquisa “As Medidas de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil na Percepção da População Atual nas Mídias Sociais”, da Fundação Oswaldo Cruz, realizada em abril de 2020, demonstrou que a população estudada tinha um bom nível de conhecimento e discernimento sobre a COVID-19, demonstrando que havia disseminação suficiente de informações de qualidade, em detrimento das notícias falsas.¹¹

Quanto às fontes dessas informações recebidas, resultados semelhantes foram observados em um estudo realizado no Brasil em maio de 2020,¹² em que a televisão foi o principal instrumento pelo qual os entrevistados receberam informações sobre a pandemia de COVID-19. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD), em 2021, 95,5% dos domicílios brasileiros possuíam aparelho de televisão e 90% tinham acesso à internet, sendo o equipamento mais utilizado o aparelho celular (utilizado por 99,5% das pessoas que acessam a internet).¹³ Embora tenha havido crescimento importante do acesso à internet nos últimos anos, com proporção aproximada à da observada em relação à televisão, é preciso considerar a complexidade do uso desses meios de informação. Enquanto um aparelho de televisão possa alcançar todos os moradores do domicílio sem necessidade de habilidade tecnológica importante para sua utilização, o aparelho

celular pode estar restrito a um ou alguns moradores da mesma residência e muitos não possuem destreza suficiente para seu uso correto.

Diferente do estudo supracitado,¹² embora a televisão e os jornais da televisão tenham sido as principais fontes de informação referidas neste estudo, a confiança se restringiu aos jornais e não se estendeu a outros programas veiculados pela televisão. De maneira geral, percebeu-se que o nível de confiança das pessoas entrevistadas na presente pesquisa foi de grau baixo a médio, o que pode indicar receio em atribuir credibilidade às notícias, diante do contexto de infodemia vivido, corroborando o que foi observado em estudo semelhante, em que a maioria dos participantes expressou inicialmente desconfiança quando recebeu informações sobre risco e prevenção da COVID-19.¹⁴

Destacou-se ainda o fato de o governo ter sido a segunda categoria de fonte de informação menos alegada, superando apenas o rádio, e foi também aquela em que houve menor confiabilidade. Resultado semelhante foi visto na pesquisa “Valores em Crise” (2020, 2021),¹⁵ na qual a maioria dos respondentes referiu ter pouca ou nenhuma confiança no governo durante o período de janeiro a fevereiro de 2021, além de considerar que havia mau ou indiferente gerenciamento por parte do governo federal no enfrentamento da pandemia, o que pode ser atribuído, à postura vista como negacionista do chefe do poder executivo nos anos de pandemia.¹⁶ Não se pode, entretanto, omitir a possibilidade de a mídia tradicional, principalmente jornais de televisão (mídia mais difundida), na influência da população contra o governo federal, por parcialidade política. Este fator foi considerado por Silva, que supôs que a parcialidade político-partidária do jornalismo seria uma “deformação da notícia” (p.49) resultante da imposição dos donos dos meios de comunicação, e o posicionamento ideológico dos repórteres na preparação da informação.¹⁷ Outro estudo destacou ainda que as notícias da mídia alimentam as agendas políticas e a formação do senso comum direcionando a opinião pública e intervindo nas condutas e comportamentos humanos.¹⁸

É importante também salientar que na aplicação do questionário estava esclarecido que a variável “governantes” representava o cargo executivo dos três níveis (presidente, governador e prefeito) e que no local do estudo, o município de Condado-PE, a pandemia foi conduzida pelas diretrizes do governo estadual de Pernambuco. Sob essa ótica, pode-se compreender que o baixo nível de confiança no governo é fruto também da histórica insatisfação da população brasileira com seus

governantes de modo geral, e principalmente quanto à administração do SUS. Em análise sobre a insatisfação política, observou-se que esta gera desconfiança institucional e está associada às demandas não correspondidas ou ineficazmente correspondidas pelos governos, atingindo diferentes públicos e interesses e que, tal desconfiança dificilmente consegue ser revertida pela própria instituição geradora.¹⁹

Em relação à confiança na eficácia das MNF contra a COVID-19 e da percepção de contágio pelo vírus, verificou-se que não houve uma tendência inversamente proporcional clara, conforme esperado, mantendo-se nível importante de pessoas que consideram elevado o risco de contágio. Este achado, aparentemente contraditório, pode significar que os respondentes compreenderam o questionamento sobre o risco de contaminação, mas desconsideraram a adoção das medidas preventivas. Por outro lado, se houve o entendimento de que o risco de contágio é importante mesmo praticando-se as MNF de prevenção, percebe-se que existia um grau elevado de insegurança e medo em relação à doença. Resultado semelhante foi encontrado em estudo realizado em Portugal,²⁰ em que os respondentes demonstraram confiança nas MNF contra o contágio da doença ao tempo em que mantiveram o receio de contraí-la, ou de que algum familiar fosse contagiado. Pesquisa brasileira mostrou que a faixa etária mais jovem discorda mais da assertiva de que seguir as medidas recomendadas de prevenção anularia o risco de contágio.¹⁴ Em ambos estudos,^{20,14} a percepção de gravidade da COVID-19 foi considerada alta, e no segundo,¹⁴ evidenciou-se que houve grande concordância sobre que a única forma de evitar o contágio seria ficando em casa. Ou seja, a confiança em não contrair o coronavírus, nesse caso, estaria mais ligada à recomendação do isolamento social total.

Na amostra estudada, a percepção de gravidade também pode ser considerada alta, corroborando os estudos citados anteriormente^{20,14} e outra pesquisa realizada em regiões brasileiras distintas, que evidencia que a maioria das pessoas concorda que a doença provocada pelo coronavírus é grave.²¹ Como destacado em revisão sistemática, embora a mortalidade da infecção pelo SARS-CoV-2 seja baixa quando comparada à de outros quadros causados por coronavírus, como o SARS-CoV e o MERS-CoV, sua transmissibilidade é mais alta, gerando grande desafio para a segurança da saúde global.^{22,23} Dessa forma, o grande número absoluto de infectados se reflete em um número elevado de casos graves e mortes, com impacto significativo nos sistemas de saúde, na vida das pessoas e nas sociedades como um todo. Embora

casos graves da doença tenham sido mais associados a grupos específicos - como idosos, cor/raça negra, gênero masculino, comorbidades como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, doença renal crônica e outras doenças cardiovasculares, a exposição frequente a notícias telejornalísticas sobre mortes e aumento do número de infectados poderia também ter um efeito negativo sobre a saúde mental das pessoas, com aumento do risco de ansiedade e depressão, o que pode intensificar patologicamente o medo da doença.^{24,25}

O presente estudo evidenciou que o uso da máscara ao sair de casa foi a MNF de prevenção mais adotada pelos participantes, bem como foi considerada a medida protetiva mais importante. O estudo EPICOV19-BR também evidenciou elevada adesão a essa medida de prevenção.²⁶ Em revisão integrativa sobre o uso de máscaras pela população em vários países, incluindo o Brasil, pesquisadores identificaram grande variabilidade na adoção dessa prática, envolvendo desde o perfil sociodemográfico até fatores psicológicos, como ansiedade, e o próprio desconforto da peça, mas ficou claro que em locais e momentos nos quais existia a obrigatoriedade do uso das máscaras a prática foi mais prevalente.²⁷ Porém eles também identificaram que frequentemente houve uso incorreto de máscaras, e que as pessoas tenderam a corrigir seu uso quando estavam sendo observadas. Tais achados não podem ser comparados aos resultados do nosso estudo, pois não houve detalhamento dessa prática durante a coleta de dados, porém se trata de uma informação específica importante, pois se relaciona à eficiência da medida.²⁷

Os resultados observados no nosso estudo também são compatíveis com outras publicações realizadas no Brasil no início da pandemia, em 2020, embora difira delas quanto ao isolamento social. Uma delas,²⁸ com o objetivo de analisar a adesão da população às medidas de restrição ao contato físico e a disseminação da COVID-19 envolvendo 45.161 participantes em maio de 2020, por amostragem não aleatória em bola de neve, a intensidade da adesão ao distanciamento social foi de 74,2%. Os autores deste último estudo concluíram que grande parte da população brasileira aderiu às medidas de restrição ao contato físico naquele ano.²⁸ Outra pesquisa realizada em abril de 2020, também no Brasil,²⁹ por meio de uma plataforma on-line, sobre o comportamento preventivo em relação à COVID-19, envolveu 23.896 respondentes, com média de idade média de 47,4 anos. Este último estudo mostrou que a lavagem regular das mãos foi praticada por 98,7% dos participantes; 92,6%

relataram aderir à regra de distanciamento físico de 1,5-2 m, mas apenas 45,5% usaram máscara facial para sair de casa.²⁹

Ainda enquanto achado relevante do presente estudo, verificou-se uma adesão muito baixa ao isolamento social total. Sobre isso, é preciso considerar o momento em que ocorreu a coleta de dados, quando já havia passado um ano desde o início da pandemia, o que pode ter desencadeado certa saturação quanto ao isolamento, além do fato de que muitas medidas restritivas tinham sofrido flexibilização naquele momento. Por outro lado, o perfil de renda e de atividades laborais da comunidade local podem ter sido fator crucial nessa falta de adesão. Revisão bibliográfica sobre o tema verificou que a vulnerabilidade social é fator importante para a não adesão ao isolamento social que, além das precariedades existentes no domicílio, existe a necessidade de se gerar alguma renda, o que pode ter levado o (a) provedor (a) familiar a sair de casa, mesmo após o início dos auxílios emergenciais do governo.³¹ Ainda se destaca que o trabalho das pessoas mais vulneráveis é incompatível com o *home office*, não havendo, portanto, esta alternativa.³⁰

Em estudo com um tamanho amostral grande e multicêntrico, com mais de 40 mil pessoas, o contingente que não aderiu ao isolamento social foi composto predominantemente por homens (31,7%), de idade entre 30 e 49 anos (36,4%), baixa escolaridade (33,0%), que trabalharam durante a pandemia (81,3%) e residentes nas regiões Norte (28,1%) e Centro-Oeste (28,5%) do país.²⁸ Por outro lado, outra pesquisa mostrou que pessoas mais jovens, do sexo masculino, residentes em área rural/vila, ou bairros populares, estudantes e trabalhadores relataram menos tais comportamentos preventivos.²⁹

De certa forma, existe alguma coerência entre a alta adesão ao uso da máscara para quando sair de casa e a baixa adesão ao isolamento social total, visto que ao se praticar a primeira medida já se estaria negligenciando a segunda. Por outro lado, o isolamento social parcial apresenta consistência com o uso simultâneo de máscaras, que foi uma prática preventiva expressiva entre os respondentes. O nosso estudo demonstrou ainda que a maioria dos entrevistados referiu ter aderido a pelo menos três MNF contra a COVID-19, assemelhando-se aos resultados de outros estudos.^{31,32} Quanto mais medidas adotadas em conjunto, maior controle de infecção foi observado, sendo, portanto, um fator positivo de prevenção.⁷

Diferentemente dos achados de alguns estudos,^{26, 30,31} neste não se observou associação estatisticamente significativa entre adesão às MNF e características

sociodemográficas, assim como grau de confiança na sua eficácia e percepção sobre o risco de contrair a COVID-19, embora tenha se encontrado significância na associação entre percepção da gravidade da doença e adesão à lavagem frequente das mãos, o que corrobora as teorias de decisão sobre comportamento de saúde, que preconiza a associação entre percepção de maior risco e motivação para implementar comportamentos de proteção.³³

Os resultados referentes ao objetivo principal deste estudo sugerem que a população do território da USF Novo Tempo na cidade de Condado-PE entendeu e aplicou satisfatoriamente, com mediana dos valores percentuais de adoção alcançando 90%, conforme seu autorrelato estruturado, informações sobre MNF de prevenção em suas práticas de proteção contra a COVID-19. Por outro lado, a percepção do risco em relação à COVID-19 se associou à adesão apenas da lavagem das mãos na população pesquisada. Portanto, a hipótese principal deste estudo, de que a população apresenta um grau mediano (50%) de entendimento das informações e as aplica em suas práticas cotidianas, foi superada. Já segunda hipótese de pesquisa de que a percepção do risco de contágio pela COVID-19 está associada à adesão às medidas de prevenção, não se confirmou, embora tenha se encontrado relação com a percepção de gravidade.

CONCLUSÕES

O presente estudo proporcionou estruturar o perfil de entendimento e prática das pessoas do território estudado quanto às informações e práticas de prevenção contra a COVID-19, demonstrando altos níveis de recepção de informações, variadas fontes, julgamento próprio quanto à confiabilidade nessas fontes, bem como bons níveis de adesão às medidas de prevenção, com exceção do isolamento social total, embora com a percepção de que todas são importantes no combate à doença, o que pode demonstrar a limitação dessa população em realizar tal isolamento. Houve ainda alto nível de concordância quanto à gravidade da infecção pelo coronavírus.

O não detalhamento sobre a forma de aplicação das MNF de prevenção, fator que influencia na efetividade da medida, independente da adesão e o viés de memória pelo autorrelato de acontecimentos ocorridos há algum tempo foram limitações encontradas neste estudo. Porém, as limitações não diminuem a importância da

pesquisa, que pode desencadear reflexões relevantes sobre o tema, principalmente para os profissionais atuantes na atenção básica à saúde.

Além disso, mesmo considerando o fim da emergência internacional de saúde da COVID-19 pelo OMS em 5 de maio de 2023, estudos sobre os perfis de percepção e comunicação em saúde são fundamentais para preparar os profissionais de gestão e assistência para situações semelhantes de doenças infecciosas emergentes no futuro.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. COVID-19 and Global Health Issues. Virtual Press Conference. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/virtual-press-conference-on-covid-19-and-other-global-health-issues-transcript--5-may-2023>
2. Xiao J, Dai J, Hu J, Liu T, Gong D, Li X, Kang M, Zhou Y et. al. Co-benefits of nonpharmaceutical intervention against COVID-19 on infectious diseases in China: A large population-based observational study. *The Lancet* 2021; 17(100282):1-10. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2021.100282>
3. Fundação Oswaldo Cruz. A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. Rio de Janeiro. CEPEDS/ ENSP, 2020.
4. Han E, Tan MMJ, Turk E, Sridhar D, Leung GM, Shibuya K, Asgari N, Oh J, García-Basteiro AL, Hanefeld J, Cook AR, Hsu LY, Teo YY, Heymann D, Clark H, McKee M, Legido-Quigley H. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *Lancet*. 2020 Nov 7;396(10261):1525-1534. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32007-9
5. World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19). Geneve: WHO [Internet]. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272597/retrieve05>
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Censo Brasileiro de 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>
7. Schneider APH, Gaedke MA, Koepp J, Reuter EM, Darsie C, Possuelo LG, et al. Medidas de distanciamento social como fator de proteção contra a COVID-19 no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e145. DOI:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.145>

8. Guibu IA, Moraes JC de, Guerra Junior AA, Costa EA, Acurcio F de A, Costa KS, Karnikowski MG de O, Soeiro OM, Leite SN, Álvares J. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. Rev. saúde pública [Internet]. 2017Sep.22;51(suppl.2):17s. DOI: <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007070>
9. Massa KHC, Chiavegatto Filho ADP. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. Rev bras epidemiol [Internet]. 2020;23:e200050. DOI:<https://doi.org/10.1590/1980-549720200050>
10. Figueiredo AM de, Figueiredo DCMM de, Gomes LB, Massuda A, Gil-García E, Vianna RP de T, et al.. Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. Rev Bras Enferm [Internet]. 2020;73:e20200673. DOI:<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>
11. Costa NB, Jatobá A, Bellas H, Carvalho PVR. As Medidas de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil na Percepção da População Atual nas Mídias Sociais [Apresentação de Pesquisa da Fundação Oswaldo Cruz; 2020 jul 1-13; Rio de Janeiro, Brasil].
12. Fonseca MN da, Ferentz LM da S, Cobre A de F, Momade DRO, Garcias CM. Avaliação do nível de percepção dos riscos de infecção pelo SARS-CoV-2 e da acessibilidade a informações sobre a Covid-19 no Brasil. Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde [Internet] 2021;15(2): 379-396. DOI: <https://doi.org/10.29397/reciis.v15i2.2157>.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) 2021. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9127-pesquisa-nacional-por-amostra-de-domicilios.html>?
14. Massarani L, Mendes IM, Fagundes V, Polino C, Castelfranchi Y, Maakaroun B. Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2021Aug;26(8):3265–76. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.05572021>
15. Meneguello R, Del Porto FA. A confiança em um governo de crise e retrocesso. Revista USP [Internet]. 2021;1(131):81-98.
16. Lopes MLD de S, Lima KC de. A pandemia COVID-19 e os erros na condução da sua abordagem em termos populacionais. Rev bras geriatr gerontol [Internet]. 2021;24(3):e210163. DOI:<https://doi.org/10.1590/1981-22562021024.210163>
17. Silva IMCD. Imprensa e poder: (im)parcialidade e ética na mídia impressa nas eleições 1998 em Pernambuco. Recife. Dissertação [Mestrado em Ciência Política] - Universidade Federal de Pernambuco; 2002.
18. Costa e Silva SP, Maciel MJL, Matos KKC, Santos SS, Espíndula DHP, Lima e Silva G. Idoso, COVID-19 e mídia jornalística. Revista Kairós-Gerontologia [Internet] 2020 23(Número Temático Especial 28): 287-307. DOI: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i0p287-307>

19. Castro HC de O de, Santos D de O, Beal LI. A insatisfação política e a ascensão do autoritarismo-populista: uma análise da América do Sul e da Europa. RD [Internet]. 2020;14(3):99-125. DOI: <https://doi.org/10.22456/1982-5269.109421>
20. Alves RF, Samorinha C, Precioso J. Conhecimentos, atitudes e comportamentos de estudantes Portugueses do ensino secundário relacionados com a prevenção da COVID-19. PSICOLOGIA [Internet]. 2020;34(2):75-88. DOI: <https://doi.org/10.17575/psicologia.v34i2.1659>
21. Goulart LS, Graça BC, Rodrigues VCR, Gasque KCS, Docusse IRX, Oliveira IA, Tessaro GE, Mattos M. COVID-19 na Estratégia Saúde da Família: uma análise de como a população percebe e adota as medidas de prevenção. Rev APS 2021; 24(Supl 1): 26 -39. DOI: <https://doi.org/10.34019/1809-8363.2021.v24.35166>
22. Bai YX, Xu YH, Wang X, Sun C, Guo Y, Qiu S, Ma KW. Advances in SARS-CoV-2: a systematic review. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2020 Set;24(17):9208-9215. DOI: 10.26355/eurrev_202009_22873.
23. Yesudhas D, Srivastava A, Gromiha MM. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. Infection. 2021 Abr;49(2):199-213. DOI: 10.1007/s15010-020-01516-2.
24. Nascimento R de CR, Moleta JFK, Moraes JR, Ferreira ARV, dos Santos PM, da Luz LES, Marques D de O, Reche PM. Aspectos clínicos, gravidade e desfecho de pacientes infectados por Covid-19 em momentos distintos da Pandemia. Braz. J. Hea. Rev. [Internet]. 2021 Nov;4(6):24349-65. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n6-061>
25. Duarte M de Q, Santo MA da S, Lima CP, Giordani JP, Trentini CM. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. Ciênc saúde coletiva [Internet]. 2020 Set;25(9):3401–11. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>
26. Jacques N, Silveira MF da, Hallal PC, Menezes AMB, Horta BL, Mesenburg MA, et al.. Uso de máscara durante a pandemia de COVID-19 no Brasil: resultados do estudo EPICOV19-BR. Cad Saúde Pública [Internet]. 2022;38(6):e00271921. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT271921>
27. Costa BCP, Fernandes ACNL, Costa DAV da, Ribeiro BM dos SS, Silveira RC de CP, Galvão CM, Mendes KDS. Population adherence to the use of masks for the prevention and control of COVID-19: integrative literature review. RSD [Internet]. 2022Mar;11(4):e59311427831. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i4.27831>
28. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB de, Malta DC, Barros MB de A, Magalhães M de AFM, Xavier DR, et al.. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. Epidemiol Serv Saúde [Internet]. 2020;29(5):e2020432. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1679-49742020000500018>

29. Villela EFM, López RVM, Sato APS, Oliveira FM, Waldman EA, Bergh RV et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. BMC Public Health 2021; 21(152): 1-10. DOI:<https://doi.org/10.1186/s12889-021-10222-z>
30. Pereira MD, Pereira MD, Amorim LP de, Santos GKN, Bezerra CM de O. O isolamento social em tempos de covid-19 e seu paradoxo com os grupos em vulnerabilidade social. CGCHS [Internet]. 2020;6(2):239. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/cadernohumanas/article/view/9034>
31. Acrani GO, Simonetti AB, Amaral CP, Simon TT, Stobbe JC, Lindemann IL. Realização de medidas preventivas contra SARS-CoV-2/Covid-19: um estudo transversal em Passo Fundo, RS. Cad Saúde Colet, 2022; 30(4) 584-594. DOI:<https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040281>
32. Machida M, Nakamura I, Saito R, Nakaya T, Hanibuchi T, Takamiya T, et al. Adoption of personal protective measures by ordinary citizens during the COVID-19 outbreak in Japan. Int J Infect Dis. 2020;94:139-44. DOI: 10.1016/j.ijid.2020.04.014
33. Bruin WB, Bennett D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. Am J Prev Med. 2020 Ago;59(2):157-167. DOI: 10.1016/j.amepre.2020.05.001

6.2 Capítulo para Livro Digital

CAPÍTULO X

COMUNICAÇÃO DE RISCO POR AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA COVID-19

Lilyanne Barboza de Oliveira Valério¹
Rilva Lopes de Sousa Muñoz

RESUMO

A prevenção bem sucedida da doença pelo novo coronavírus (COVID-19) só pode ser possível se todos estiverem dispostos a fazer a sua parte, o que se tornou um nó crítico para o enfrentamento da pandemia causada por esse vírus emergente. Com a permanência de sua circulação na população após três anos de pandemia, a prevenção também deve ser permanente. Esta prevenção deve ser centrada em uma comunicação de risco e na participação comunitária por meio de educação popular em saúde. O objeto da revisão e apreciação teórica deste capítulo enfoca o encadeamento entre a concepção de educação popular em saúde para as comunidades, comunicação de risco durante crises sanitárias, como a da pandemia da COVID-19 e o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nesse processo. O ACS é o personagem da atenção primária à saúde de maior capilaridade, indo de domicílio em domicílio, sendo capaz de difundir informação e desenvolvimento de conhecimentos em saúde, orientando sobre medidas de prevenção por meio de uma linguagem própria da comunidade, embasada em conhecimentos científicos, mas não carregada de complexidades inúteis àquele público-alvo. Para tanto, é necessário capacitar periodicamente esses trabalhadores tão potenciais e, embora esteja em andamento o Programa Saúde com Agente, que trará resultados futuros com uma geração de ACS mais preparados para desenvolver suas atribuições em momentos críticos de outras epidemias que possam surgir. Eles necessitam de ações específicas atualizadas de educação permanente, sendo executadas em tempo oportuno, para que a prática de comunicação seja efetiva e célere na promoção da equidade em saúde na população brasileira.

Palavras-Chave: Pandemia por COVID-19. Comunicação em Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Educação em Saúde. Saúde Pública.

¹ Médica especialista em Medicina de Família e Comunidade, concluinte do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), Universidade Federal da Paraíba (UFPB), João Pessoa, Paraíba

² Professora do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE), Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Introdução

O objeto da revisão e apreciação teórica deste capítulo enfoca o encadeamento entre a concepção de educação popular em saúde, que toma a realidade social como conteúdo pedagógico a serviço da emancipação dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no âmbito comunitário, a comunicação de risco durante crises sanitárias, como a da pandemia da doença pelo novo coronavírus (COVID-19), e o papel do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como educador e comunicador no fortalecimento da educação popular em saúde (DAVID, 2017). Sua função vai além de fornecer cuidados básicos de saúde, pois eles são responsáveis por promover a saúde, prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Como educador, o ACS tem a tarefa de disseminar informações sobre saúde e promover a conscientização na comunidade, embora a participação do ACS nas ações educativas, na prática, tenha sido pouco explorada pelas equipes e pela comunidade local, o que tem diminuído o seu papel na mudança social para melhores condições de saúde da população (ARAÚJO et al., 2018). Por essas razões, a premissa fundamental para esse processo de educação em saúde comunitária intercedida pela comunicação de risco em saúde em tempos de pandemia poderia ter, nos ACS, mediadores importantes da Estratégia Saúde da Família (ESF). Estes profissionais podem transmitir informações sobre os riscos associados à doença, bem como as medidas preventivas que devem ser adotadas para reduzir a disseminação do vírus, considerando que confiança, engajamento e comunicação personalizada estão entre os conceitos-chave na comunicação de risco em saúde, e a falta desses componentes pode prejudicar a comunicação eficaz (WHO, 2017).

A prevenção de epidemias deve ser centrada em uma comunicação de risco eficaz e na participação comunitária, o que só pode ser alcançada por meio de educação popular em saúde. Neste sentido, o envolvimento da comunidade na prevenção na pandemia da COVID-19 ainda não foi integralmente explorado, e por esta razão o presente capítulo destaca o papel da educação comunitária na prevenção e controle de doenças infecciosas em crises sanitárias da magnitude da pandemia que foi declarada em março de 2020 e deixou de ser declarada como uma emergência sanitária de importância internacional mais de três anos depois.

O presente trabalho constitui uma revisão narrativa para contextualizar resultados de estudo empírico anterior no intuito de fornecer uma interpretação mais ampla dos seus achados. A partir de dissertação do Mestrado Profissional em Saúde da Família em rede nacional (PROFSAUDE), as autoras buscaram, estimuladas por desafios teóricos vivenciados durante a construção do referido trabalho de conclusão de curso, responder a questionamentos

relacionados à facilitação da adesão da população às diretrizes de prevenção não-farmacológica recomendadas durante a pandemia da COVID-19.

Existem várias abordagens possíveis para considerar questionamentos relacionados a esse tema, e o foco foi colocado sobre a comunicação de risco em saúde, no contexto dos reptos específicos enfrentados pela população, como desigualdade de acesso à informação, recursos limitados, desconfiança nas autoridades de saúde e governamentais, entre outros. Ao fundamentar essa análise em evidências científicas, buscou-se manter uma postura crítica na sua interpretação, para contribuir no destaque do papel de atores fundamentais na prevenção não-farmacológica do contágio durante emergências sanitárias como a pandemia de COVID-19: os ACS da ESF.

O estudo empírico mencionado anteriormente foi um dos braços de uma pesquisa multicêntrica que teve o objetivo geral de “analisar como a população dos territórios de abrangência da APS percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle da COVID-19” (SCHWEICKARDT et al. 2020, p. 4), sob coordenação de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), docentes e gestores do PROFSAUDE em âmbito nacional.

Nesse contexto, surgiu a centralidade da comunicação em saúde que pode ser efetuada pelos ACS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Nas emergências de saúde pública, a “comunicação em saúde” é parte integrante da comunicação de risco, o que é enfatizada pela literatura utilizando o termo “comunicação de risco em saúde” (BERG et al., 2021). A comunicação em saúde e a comunicação de risco em emergências de saúde pública, incluindo pandemias, visam melhorar os resultados, influenciando, envolvendo e alcançando diferentes públicos socialmente minorizados com informações relacionadas à saúde.

Dentro de um contexto social, em que parte da interpretação dos sujeitos sobre a realidade não é alcançada em uma forma “pura”, mas apenas sob a visão dos indivíduos dentro de suas comunidades, na construção social de sentidos sobre o risco, bem como na percepção desses riscos, é fundamental o envolvimento de atores que têm conhecimento desse contexto (PEDOTH et al., 2022). Assim, considerando que o envolvimento da comunidade é fundamental durante epidemias para garantir intervenções educativas contextualmente apropriadas e, portanto, com maior possibilidade de alcançar a adesão e o engajamento da população, os processos comunicacionais constituem a pedra angular desse processo.

Assim, a comunicação com as pessoas, ao mesmo tempo em que proporciona o compartilhamento de informações, deve ser transparente e focada no problema da comunidade,

com soluções que tenham possibilidade de serem aceitas e praticadas. Para que seja possível alcançar resultados satisfatórios na comunicação de risco, principalmente em situações de emergências de saúde pública, as informações técnicas devem ser compartilhadas com a cuidadosa atenção à capacidade de compreensão dos diferentes públicos-alvo (PAULIK et al., 2020). Nesse aspecto, os ACS requerem também capacitação adequada para desempenhar tais funções de maneira eficaz, para que possuam o conhecimento, as habilidades e as atitudes necessárias para atender às necessidades de saúde da comunidade em que trabalham.

A Prevenção é Permanente: O Fim da Pandemia de COVID-19 em 2023 não é o Fim da Circulação do Coronavírus 2019 na População

Em 5 de maio de 2023, mais de três anos após o início da pandemia da COVID-19, o Comitê de Emergência da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a COVID-19 recomendou ao Diretor-Geral da organização, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, que aceitou a recomendação, de que, como a doença já não se enquadrava mais na definição de Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Isso não significa que a epidemia em si acabou, mas a emergência global que ela causou sim, por enquanto. Um Comitê de Revisão do Regulamento Sanitário, da própria OMS, a ser estabelecido ainda, desenvolverá recomendações permanentes em longo prazo para os países sobre como gerenciar a COVID-19 de forma contínua (WHO, 2023). Portanto, a pandemia de COVID-19, a epidemia global pelo novo coronavírus, o vírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), foi considerada um fato epidemiológico crítico que evoluiu para um estado de controle neste momento. Contudo, com a permanência da circulação do Coronavírus 2019 na população após três anos do surgimento da COVID-19, a prevenção também deve ser permanente.

A OMS registrou quase sete milhões de mortes por COVID-19, embora o número real de mortes pela pandemia possa ser três vezes maior. Segundo Dr. Tedros Adhanom, alguns milhares de mortes ainda estão sendo relatadas à OMS todas as semanas, e estima-se que o excesso de mortalidade ainda é de cerca de 10.000 mortes por dia em todo o mundo. Em sua coletiva virtual de imprensa (transcrição da coletiva de imprensa virtual sobre a COVID-19 e outras questões globais de saúde em 5 de maio de 2023), ele também pediu a todos os países que façam mais para se preparar para futuras pandemias:

Uma das maiores tragédias da COVID-19 é que não precisava ser assim. As ferramentas para detectar e responder melhor às pandemias estão disponíveis, mas, globalmente, a falta de coordenação, a falta de equidade e a falta de solidariedade fizeram com que essas ferramentas não fossem usadas com a eficácia que poderiam ter sido. Vidas foram perdidas que não deveriam ter acontecido. (WHO, 2023, p. 4)

O diretor-geral da OMS ainda destacou o impacto contínuo da COVID-19: “Na semana passada, a COVID-19 ceifou uma vida a cada três minutos e essas são apenas as mortes que conhecemos”, enfatizando que milhares de pessoas em todo o mundo ainda estão sendo tratadas da doença em unidades de terapia intensiva e milhões de outras estão lidando com os efeitos posteriores prolongados das infecções por COVID-19 (KUPFERSCHMID; WADMAN, 2023, s. p.). “Este vírus veio para ficar”, acrescentou o diretor da OMS, [...] “ainda está matando e ainda está mudando. Permanece o risco de surgirem novas variantes que causam novos surtos de casos”.

Portanto, a necessidade de aprender lições com esta pandemia antes de uma possível “próxima vez” é essencial. A história mostrou que as doenças infecciosas têm a capacidade de evoluir e surgir de forma imprevisível. Estratégias de envolvimento da comunidade bem implementadas podem ser usadas para apoiar o planejamento de intervenções, construção de confiança e entrada na comunidade, comunicação social e comportamental, comunicação de risco, vigilância e rastreamento de contratos e apoio logístico e administrativo durante a prevenção e prevenção da COVID-19.

Cuidados de saúde baseados na comunidade, incluindo divulgação e campanhas, no contexto da pandemia de COVID-19 desafiaram os sistemas de saúde em todo o mundo. A demanda crescente por atendimento de pessoas com COVID-19 foi agravada pelo medo, desinformação e limitações na movimentação de pessoas e suprimentos que interrompem a prestação de cuidados de saúde na linha de frente para todas as pessoas.

O Brasil e mais 193 países recentemente reafirmaram seu compromisso com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) que norteiam a Agenda de Desenvolvimento 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU). Assim, ao assinar a Declaração de Astana de 2018, que redefine as funções da Atenção Primária à Saúde (APS) em três plataformas: prestação de serviços, ações multissetoriais e empoderamento do cidadão. Portanto, os ODS não podem ser alcançados apenas com a prestação de serviços de saúde. O nível da comunidade é uma plataforma integral para a APS, fundamental para as funções essenciais de saúde pública, e para o engajamento e o empoderamento das comunidades em relação à sua saúde (LOPES-SOUSA, 2021).

Nesta plataforma baseada na comunidade, com suas capacidades distintas para prestação de cuidados de saúde e engajamento social, tem um papel crítico a desempenhar na resposta ao COVID-19 e é essencial para atender às necessidades de saúde contínuas das pessoas, especialmente aquelas mais vulneráveis. A força de trabalho de saúde comunitária desses

agentes pode ser aproveitada para fortalecer a resposta à COVID-19, sobretudo para os cidadãos mais pobres, porque são membros de confiança da comunidade e atuam como elos importantes da ESF para as instalações, líderes e organizações da comunidade, contribuindo para uma resposta mais eficaz à situação de crise sanitária (MACIEL et al., 2020). Esse engajamento e comunicação dos indivíduos e comunidades com a unidade de saúde é fundamental para manter sua confiança na capacidade do sistema de saúde em fornecer serviços seguros e de qualidade, assim como para garantir um comportamento adequado de adesão às recomendações oficiais de saúde pública.

Comunicação de Risco e Participação Comunitária na Prevenção da COVID-19

A utilização da comunicação em sua dimensão estratégica é fundamental para as ações de prevenção e controle de doenças e promoção da saúde no âmbito da saúde pública. O engajamento e a mobilização de comunidades afetadas e em risco são essenciais para implementação de medidas de saúde pública adequadas ao contexto para retardar a transmissão na preparação do sistema de saúde para reduzir a incidência da COVID-19.

A comunicação de risco em saúde fornece instrumentos que possibilitam a mobilização social, a difusão de informação e a motivação para a adoção de comportamentos saudáveis visando à promoção do direito social e universal à saúde. A comunicação para a mudança social é uma proposta que se baseia no conceito de mobilização de indivíduos para a geração de novos sentidos que circulam em determinada sociedade. Essa mobilização social requer estratégias de comunicação para promover a circulação desses sentidos em direção à prevenção eficaz. A mudança está no cerne da mobilização social, que se orienta por um projeto ético de sociedade, visando a uma nova maneira de convivência conjunta entre os atores sociais e novos sentidos para o futuro.

Vale destacar o papel da mobilização social. Qualquer passo em direção à saúde só pode ser bem-sucedido se todos os participantes estiverem dispostos a fazer a sua parte, de forma engajada, o que se tornou um nó crítico para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 (PEDOTH et al., 2022).

A transmissão local da COVID-19, que surgiu na China, no final de 2019, foi registrada em muitos países de todos os continentes. Uma má compreensão sobre a doença pela população poderia implicar na rápida disseminação da infecção, o que, efetivamente aconteceu. A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou o surto por coronavírus 2019 como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) em 30 de janeiro de 2020, e como uma pandemia em 11 de março de 2020. A evolução de uma pandemia é um dos

problemas mais complexos para a sociedade, e sua gestão e processo de mitigação pelos governos são, portanto, um grande desafio. Cada estratégia nacional tem um papel crucial para atender aos objetivos globais e estabelecer as bases para a coordenação no âmbito nacional e respostas dos estados da federação (HOOKER; LEASK, 2020).

Sjölander-Lindqvist et al. (2020) descrevem como a comunicação pode fazer as pessoas mudarem seu comportamento em correspondência com o conhecimento científico e que a confiança nos atores que fornecem as informações é crucial para uma comunicação bem-sucedida, embora os procedimentos e padrões para a comunicação também sejam fundamentais para aumentar a compreensão do público e a aceitação da própria mensagem. Kurz-Milcke et al. (2008) frisam que o papel da comunicação é educar e informar um grupo-alvo sobre os reais riscos e benefícios de certas ações, estratégias e políticas. No caso da COVID-19, não há grupos-alvo específicos, pois praticamente toda a população é vulnerável ao adoecimento pelo novo coronavírus, ainda que haja grupos que desenvolvem mais frequentemente a forma grave da doença. Nesse sentido, as estratégias de comunicação de risco estão fortemente associadas ao senso de ameaça, atitudes e mudança de comportamento de determinada população (BASCH et al., 2020).

As percepções individuais e coletivas dos riscos à saúde determinam as decisões sobre os comportamentos de proteção das populações, mas COVID-19 era um risco desconhecido até o final de 2019. A pandemia de COVID-19 afetou o mundo de várias maneiras. A deficiência de informações, a necessidade de comunicações precisas à população e a rapidez de disseminação do vírus são fatores importantes nessa conjuntura sanitária que se configurou há dois anos. Por outro lado, o entendimento e a correspondente prática de medidas de prevenção por parte da população requerem a cooperação esclarecida de populações inteiras.

Uma má compreensão da doença entre as pessoas em geral poderia implicar em atrasos na instituição de medidas preventivas não farmacológicas e no aumento da disseminação da infecção. Quando existe uma epidemia de uma doença infecciosa que se dissemina rapidamente, como a COVID-19, o conhecimento das percepções das populações sobre o tema é fundamental para que a resposta de saúde pública seja orientada e efetiva. Entre esses fatores, a comunicação em saúde para garantir a cooperação da população representa um dos nós críticos no controle da pandemia com base nos princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade do Sistema único de Saúde (SUS).

Um debate acirrado surgiu no Brasil sobre como gerenciar e mitigar a pandemia de COVID-19, que resultou de uma percepção dissonante da sociedade sobre o real significado da pandemia. Nesse sentido, a população brasileira se dividiu em duas abordagens filosóficas

contrastantes: o universalismo - compreensão da vida como um bem de valor infinito e, portanto, mais importante do que a preservação econômica do país - e o utilitarismo – em que o foco está na mitigação da crise econômica potencializada pela pandemia de COVID-19, devido ao seu potencial efeito devastador na vida das pessoas, deixando assim os problemas de risco em segundo plano (LIM; NAKAZATO, 2020).

Os governos de vários países baseiam, em geral, as decisões relativas ao endurecimento ou à flexibilização das restrições em alguma combinação da epidemiologia das infecções e as consequências sociais e econômicas das medidas. Qualquer que seja a combinação escolhida, os governos devem ser explícitos sobre seus objetivos e transparentes nas tomadas de decisão, e as medidas adotadas devem fazer parte de uma estratégia geral clara; entretanto, nem sempre é esse o caso (HAN et al., 2020).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS, 2021), na comunicação de risco, o envolvimento da comunidade e gestão da chamada infodemia são fundamentais, com desenvolvimento participativo na implementação de planos e disseminação de informações de risco para todas as populações. Infodemia, segundo a OPAS (2020, p. 2), é “o excesso de informações, algumas precisas e outras não, que tornam difícil encontrar fontes idôneas e orientações confiáveis quando se precisa”. Nesse sentido, em 2020, a rápida difusão da COVID-19 gerou um aumento impressionante da demanda por informações sobre prevenção e cuidados, agravado pelo medo, desinformação e limitações na prestação de cuidados de saúde habituais na atenção primária à saúde.

No Brasil, aconteceu uma espécie de federalização das decisões relacionadas ao enfrentamento da pandemia respaldada pelo Supremo Tribunal Federal, uma vez que a gestão esteve sob maior encargo dos governos estaduais em detrimento do governo federal, e aqueles determinaram suas ações baseados em critérios epidemiológicos, políticos e assistenciais locais (PEREIRA et. al., 2020). Houve ainda municípios que diferiram em suas orientações daquelas do estado com medidas mais restritivas. Nesse contexto, o trabalho da ESF e dos ACS variaram para além das diferenças territoriais, englobando diferenças de recomendações oficiais de combate à COVID-19.

A atual pandemia tem demonstrado que as orientações preventivas devem alcançar as crenças pessoais, a visão de mundo de cada população, que é influenciada pelos fatores históricos, experiências culturais e sociais, para que seja possível que essa comunicação gere mudança nos comportamentos. Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), por meio de suas equipes e, considerando o vínculo que possuem com as comunidades sob sua responsabilidade sanitária, bem como junto às famílias sob seus cuidados, ganha papel

importante na comunicação de riscos e de medidas de proteção possíveis e viáveis de serem adotadas naqueles espaços específicos, os territórios.

De acordo com as teorias de decisões sobre comportamento de saúde, as pessoas que percebem maiores riscos estão mais motivadas para implementar comportamentos de proteção (BRUIN; BENNET, 2020). A adesão estrita aos protocolos de prevenção e controle de infecção de saúde pública é necessária para conter a propagação do vírus, e os governos nacional, estaduais e municipais no Brasil direcionaram esforços e recursos para a implementação das medidas não farmacológicas (MNF) de controle e prevenção em locais e instituições públicos.

O sucesso de MNF de prevenção e políticas destinadas a reduzir o impacto da COVID-19 depende de quão bem os indivíduos são informados sobre as consequências da infecção e as medidas que devem ser tomadas para reduzir o impacto da doença. O conhecimento, atitudes e práticas das pessoas em relação à COVID-19 é fundamental para a compreensão da dinâmica epidemiológica da doença e da eficácia, cumprimento e sucesso das MNF adotadas em um território.

As políticas e práticas baseadas em evidências devem incorporar o conhecimento acumulado sobre a transmissão do SARS-CoV-2 para ajudar a educar a população. Para educar a sociedade, comunicando-se o uso prático das soluções de base técnico-científica e seus impactos na vida cotidiana, obtendo apoio público, é necessária uma comunicação eficaz, acessível e segura. Comunicar ciência às pessoas da população geral demanda ganhar confiança desta, ao compartilharem informações de risco em saúde, procedimentos de trabalho, para que entendam como a ciência e a tecnologia podem ser benéficas. Os pesquisadores geralmente se preocupam com metas e objetivos, eliminando o preconceito, mas, na realidade, a valorização de conhecimentos baseados em evidências científicas para a sociedade varia de região para região geográfica, e de comunidade para comunidade, sobretudo quando se trata de resolver problemas complexos e emergentes (MATTA, 2020).

A adesão às MNF e a sua sustentabilidade ao longo do tempo pode ser influenciada por uma variedade de fatores, como contextuais (vida, trabalho, condições da comunidade), circunstâncias financeiras e sociais e fatores culturais e espirituais. Isso é particularmente relevante para pessoas racializadas que podem ser desproporcionalmente impactadas pela implementação das MNF, sobretudo pelo desemprego e falta de apoio social (O'MARA-EVES et al., 2015).

Portanto, os determinantes sociais da saúde precisam ser considerados para promover a adesão às medidas preventivas, as mensagens devem ser adaptadas de acordo com idade, sexo, gênero, educação, responsabilidades de cuidado, assim como de outros fatores

socioeconômicos ou de identidade dos indivíduos (BONELL et al., 2020). Por exemplo, os homens são mais propensos que as mulheres a relatar baixos níveis de preocupação sobre a pandemia de COVID-19, incluindo aqueles em faixas etárias de maior risco (CHAROENWONG et al., 2020). As mulheres são mais propensas que os homens a relatar altos níveis de estresse em suas vidas, em parte porque a pandemia pode ter exacerbado a divisão de gênero do trabalho familiar não remunerado, e as mulheres são mais propensas a ter responsabilidades de cuidado com crianças ou parentes idosos (ALON et al., 2020). A educação popular em saúde e as estratégias de comunicação que consideram esses fatores, e são adaptadas a outros fatores relevantes, são essenciais para promover a adesão às MNF de prevenção.

A informação precisa ser devidamente enquadrada para ser entendida por um público leigo, o que requer a transmissão de informações contextuais, em vez de fragmentos de evidências. Nesse sentido, a situação de pandemia levou repentinamente o vocabulário dos epidemiologistas às esferas pública e política do mundo. Seu vocabulário, por exemplo, entrou no léxico público, incluindo palavras e conceitos, como “pandemia”, “quarentena”, “achatamento da curva”, “distanciamento social”, “equipamento de proteção individual, EPI”, “coronavírus” entre outros (WEIBLE et al., 2020).

As equipes de saúde da APS exercem papel fundamental, pois compreendem elementos culturais e sociais presentes nas comunidades sob sua responsabilidade, capazes de estabelecer ações educativas, sociais e assistenciais que podem alcançá-las tanto em termos de capilaridade quanto de adequação da informação técnico-científica para a diversidade do território.

É importante salientar que, assim como na educação em saúde em contexto geral, em se tratando de informação técnico-científica sobre prevenção da COVID-19 para a população brasileira, o núcleo e a fonte primária do conhecimento sobre prevenção é gerado por áreas técnicas do Ministério da Saúde (MS) e por suas entidades vinculadas, surgindo da “[...] convergência dos saberes de diversos domínios que se fundem à prática da gestão do Sistema Único de Saúde [...]” (BRASIL, 2012, p. 5). Neste sentido, a Secretaria-Executiva do MS preconiza que é preciso “garantir a comunicação interna e externa, contribuindo para a melhoria dos processos de tomada de decisão no âmbito da saúde pública e fortalecer a participação social” (BRASIL, 2012, p. 5).

Educação Popular em Saúde e Comunicação de Risco

Os cuidados de saúde baseados na comunidade incluem serviços prestados por uma gama de trabalhadores de saúde, leigos e profissionais, que apoiam a divulgação de campanhas em âmbito populacional, entre os quais estão os ACS. Estes agentes mediadores se adaptam

bem às estratégias da educação popular em saúde na comunidade, uma abordagem que busca capacitar as pessoas para que possam cuidar melhor de sua própria saúde e prevenir doenças. Essa abordagem é baseada na própria educação baseada na comunidade, que valoriza o conhecimento e a experiência das pessoas que vivem no território como recursos para a promoção da saúde.

A comunicação é um aspecto fundamental da educação popular em saúde na comunidade. O educador Paulo Freire, um dos principais teóricos da educação popular, enfatizou a importância da comunicação como um processo de diálogo entre as pessoas. Ele argumentou que a educação deve ser um processo de troca mútua de conhecimentos e experiências, em vez de uma transmissão unidirecional de informações. A educação como um processo dialógico, no qual o educador e o educando sejam sujeitos ativos na construção do conhecimento permite que a comunidade também participe ativamente das ações de promoção da saúde, contribuindo com suas experiências e conhecimentos.

Na comunidade, a comunicação é usada para envolver as pessoas na identificação dos problemas de saúde que afetam a comunidade e na busca de soluções para esses problemas. Isso envolve a criação de espaços de diálogo e participação, onde as pessoas podem compartilhar suas experiências e conhecimentos e trabalhar juntas para melhorar a saúde da comunidade. Além disso, a comunicação é usada para fornecer informações sobre saúde de forma clara e acessível. Isso envolve a adaptação da linguagem e do conteúdo das informações de saúde para que sejam compreensíveis para as pessoas da comunidade. Também envolve o uso de mídias e tecnologias que são acessíveis para a comunidade, como rádio comunitária, mensagens de texto e redes sociais.

É por esta e outras razões que a educação popular em saúde na comunidade tem se mostrado uma ferramenta fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa abordagem baseada na comunidade empodera as pessoas para que elas possam ser agentes ativos na promoção de sua própria saúde, bem como na de seus familiares e comunidade, baseada em valores como participação, diálogo, respeito e igualdade. Esses valores são fundamentais para a construção de uma relação de confiança entre os profissionais de saúde e a comunidade, o que é essencial para o sucesso das ações de promoção da saúde.

Portanto, a comunicação é um elemento-chave na educação popular em saúde, assim como a educação popular em saúde é essencial para a comunicação de risco em saúde. É preciso que os profissionais de saúde sejam capazes de escutar as necessidades e demandas da comunidade, e que a comunidade se sinta ouvida e respeitada. Além disso, é fundamental que as ações de educação em saúde sejam integradas às políticas públicas de saúde, de forma que

possam ter continuidade e sustentabilidade. A educação popular em saúde pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, reduzindo a incidência de doenças e promovendo hábitos saudáveis.

A EPS busca, além da construção de uma consciência sanitária capaz de reverter o quadro de saúde da população, a intensificação da participação popular, contribuindo para a promoção da saúde conhecimentos. A educação se constitui como um processo de busca e de invenção ou reinvenção que parte da ação e da reflexão do homem sobre o mundo, para transformá-lo (AMARAL et al., 2014).

Segundo Câmara et al. (2012), a educação em saúde surgiu como estratégia para promover a saúde e deve ser uma prática social centrada na problematização do cotidiano, na valorização da experiência dos indivíduos e grupos, tendo como referência a realidade na qual eles estão inseridos. É a soma de todas as experiências que modificam ou exercem influência nas atitudes ou condutas de um indivíduo em relação à saúde e aos processos que necessitam ser modificados. Idealmente, é preciso que os educadores compreendam realidade da situação enfrentada pelas pessoas de uma comunidade (HAN et al., 2020).

Conceitua-se, portanto, a educação em saúde como o diálogo de sentido duplo entre profissionais e usuários, e, nesta relação, constroem-se saberes para aumentar a autonomia e o empoderamento das pessoas no seu cuidado. A EPS possibilita, ainda, o debate entre população, gestores e trabalhadores a fim de potencializar o controle popular, tornando-se mecanismo de incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009). A educação, também entendida como prática social, acontece em meio a expectativas, desejos, frustrações, e implica a utilização de processos e técnicas voltados para a aprendizagem, que possui uma ideologia política, mesmo que velada (FREIRE, 1979).

A EPS parte do pressuposto de que o educando possui um saber prévio, construído em sua história de vida, sua prática social e cultural, que lhe serve de ponto de partida para a aquisição de novos saberes. A EPS pode ser compreendida como um modo particular de reconhecer e enfrentar os problemas de saúde mediante o diálogo com as classes populares, o respeito às suas culturas, o reconhecimento dos seus saberes como válidos e tendo como substrato o corpo teórico da Educação Popular, formulada por Paulo Freire no Brasil (VASCONCELOS, 2007).

A definição de Educação Popular como capacitação técnica e científica, mobilização e organização das classes populares é baseada na relação dos grupos populares com os educadores, pois é necessário conhecer a realidade, o mundo e o modo de vida de determinada comunidade para que possam ser dirigidos os programas e conteúdos de educação (FREIRE;

NOGUEIRA, 2014). A partir dos anos 2000, quando a EPS foi adotada pelo Estado no escopo da Política Nacional de Saúde, o que promoveu, posteriormente, a elaboração de uma Política Nacional de Educação Popular em Saúde, em 2012, pelo Conselho Nacional de Saúde. Esta política possibilitou o incremento da participação popular em saúde e do controle social, com produção de um corpo de conhecimentos (AMARAL et al., 2014).

O Papel do Agente Comunitário na Comunicação de Risco durante a Pandemia de COVID-19

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um

Trabalhador que desenvolve atividades de prevenção de doenças, de promoção da saúde e de incentivo à cidadania, atuando, sob supervisão, junto a famílias, grupos sociais e coletividades por adscrição de população. (BRASIL, 2012, p. 15)

O surgimento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) no Brasil se deu na década de 1970, com a fim de diminuir a mortalidade materno-infantil, por meio de orientações sobre prevenção de agravos à saúde. A institucionalização do ACS ocorreu na década de 1990, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde. Com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em substituição ao modelo tradicional de assistência à saúde, os ACS se firmaram enquanto categoria essencial para ligar a comunidade ao serviço de saúde (BARROS et al., 2010; CORREA et. al., 2010).

Como membros únicos das equipes de cuidados de saúde na APS, esses agentes promovem confiança e compreensão nos usuários do SUS, ao compartilharem experiências de vida semelhantes, participando de visitas domiciliares e fornecendo apoio e defesa constantes dos usuários, e atribuições que abrangem todas as particularidades e especificidades do território. Ao fazer parceria com ACS, outros membros da ESF também obtêm uma melhor compreensão de seus pacientes, permitindo-lhes oferecer cuidados culturalmente competentes e centrados no paciente/família. Contudo, os ACSs ainda não atingem todo o seu potencial (MARTINEZ et al., 2021).

Os ACS podem parecer elementares em ambientes com muitos recursos, mas têm um papel valioso a desempenhar nos países em desenvolvimento. Algumas etapas básicas são necessárias para facilitar a melhoria de sua eficácia e efetividade. Um processo contínuo deve ser assegurado por programas de atenção primária à saúde, por meio dos quais são oferecidas oportunidades aos ACS para atualizar seus conhecimentos, aprimorar habilidades de comunicação e trazer credibilidade à sua personalidade como educadores em saúde (HAQ;

HAFEEZ, 2009). Nesse contexto, torna-se imprescindível capacitar os ACS para atuar frente às políticas públicas de saúde conjuntamente aos outros integrantes da equipe do ESF (BARROS et al., 2010). Em 2002, a profissão foi criada por lei que, após várias modificações, passou a ser regida atualmente pela Lei 13.595/2018.

Com a publicação da primeira PNAB (Política Nacional da Atenção Básica) em 2006 e o reconhecimento da saúde da família enquanto estratégia, o ACS se mantém presente enquanto trabalhador estratégico para o principal modelo de operacionalização dessa política do Brasil, as Unidades de Saúde da Família (USF). Eles têm sido preparados para atuar em diversas atribuições, como cadastramento da população, diagnóstico comunitário, identificação de áreas de risco e promoção das ações de proteção à saúde da criança e da mulher com prioridade, em face da vulnerabilidade desses grupos. Esses profissionais “constroem um processo de responsabilidade mútua na comunidade em que atuam, buscando vincular a população assistida à equipe da ESF como um todo” (NEPOMUCENO, 2021, p. 1641), de forma a viabilizar o acesso das famílias às políticas sociais e aos serviços de saúde. Eles podem contribuir para as ações de gestão local com vistas ao seu enfrentamento, fornecendo elementos relativos à dinâmica dos territórios.

Apesar do protagonismo do ACS na APS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) publicada em 2017 (BRASIL, 2017), conhecida como “nova PNAB”, trouxe mudanças expressivas que podem desvirtuar e prejudicar a atuação desses profissionais. A nova PNAB decorreu da “reorganização das forças políticas conservadoras no Brasil” (MOROSINI et al., 2018), facilitando a descaracterização do papel do ACS junto às comunidades, impactando no trabalho dos agentes, prejudicando a realização das ações de educação, prevenção e promoção em saúde, além de comprometer ações em áreas de maior vulnerabilidade social (FREIRE et al., 2021).

Em 2022, a fim de suprir as necessidades geradas pelas mudanças na PNAB, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), instituiu o “Programa Saúde com Agente”, destinado à formação técnica dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias, no âmbito da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS). O incentivo à formação técnica dos agentes de saúde é de grande importância para a União, estados, Distrito Federal e municípios, por meio da transformação de práticas de saúde e da própria organização do trabalho, qualificando habilidades e competências.

De acordo com o projeto pedagógico do curso Técnico em Agente Comunitário de Saúde, entre os objetivos específicos estão os seguintes:

a) Promover a reflexão, habilidades e competências dos alunos para adoção de processos de trabalho integrados entre vigilância em saúde e atenção básica no território, além da articulação intersetorial;

b) Capacitar os ACS para atuarem junto às equipes multiprofissionais que atuam no território, por meio de desenvolvem ações de promoção e prevenção proteção à saúde de indivíduos e das famílias, na estrutura de vigilância epidemiológica e ambiental na lógica da atenção básica; e

c) Desenvolver habilidades na adoção de estratégias para mobilização da comunidade e o estímulo à participação nas políticas públicas voltadas para as áreas da saúde e socioeducacional.

Os gestores locais do SUS admitem ACS por meio de processo seletivo público simplificado, de indivíduos leigos com profundo conhecimento da cultura das comunidades de onde são oriundos, com a expectativa de que exigirão apenas um mínimo de educação e treinamento em serviço, embora isso dependa de seu escopo de trabalho. Eles são considerados como mobilizadores da saúde comunitária, pois sua atuação também inclui um componente de vigilância da saúde pública, acompanhando a não adesão e pesquisando as condições de saúde prevalentes na comunidade (MALLARI et al., 2020).

Recentemente, foi sancionada lei que reconhece agentes comunitários como profissionais de saúde. O presidente Lula da Silva ratificou sem vetos a lei que regulamenta as profissões de ACS e de agente de combate às endemias (ACE) como profissionais de saúde (Lei 14.536, de 2023) (BRASIL, 2023).

Como profissionais de saúde reconhecidos e educadores em saúde por ofício, o conhecimento adequado e as habilidades de comunicação dos ACS são fundamentais para sua confiança e elementares para o sucesso do sistema. Nesse sentido, o conhecimento sobre questões emergentes de saúde pode ser insuficiente, sendo importante que participem de educação continuada. O ACS pode capacitar a comunidade para identificar suas necessidades e pode auxiliar no planejamento de uma estratégia para alcançar os resultados desejados. Para conseguir isso com sucesso, os ACS devem ser culturalmente sensíveis, com capacidade de construir um forte relacionamento com a comunidade (HAQ; HAFEEZ, 2009). Isso faz dos ACS agentes importantes na comunicação de risco em situações de crise sanitária como epidemias.

Como os ACS são profissionais que trabalham em estreita colaboração com as comunidades locais, estão também bem posicionados para disseminar informações sobre saúde de maneira eficaz. Eles são capazes de se comunicar com as pessoas em um nível pessoal e ajudar a dissipar medos e preocupações sobre a pandemia. Em uma crise sanitária da magnitude de uma pandemia, a comunicação de risco em saúde é crucial para garantir que as pessoas entendam a gravidade da situação e as medidas que devem ser tomadas para proteger a si mesmas e aos outros. Os ACS são, portanto, essenciais nesse processo, pois são capazes de se comunicar com as pessoas em um nível pessoal e ajudar a dissipar medos e preocupações sobre a pandemia.

A comunicação de risco em saúde por agentes comunitários de saúde deve ser baseada em evidências científicas e informações precisas sobre a pandemia. Eles devem ser capazes de explicar os riscos associados à doença e como ela é transmitida, bem como as medidas preventivas que podem ser tomadas para reduzir o risco de infecção. Além disso, os agentes comunitários de saúde devem ser capazes de se comunicar com as pessoas em um nível pessoal e adaptar sua mensagem para atender às necessidades de cada indivíduo. Eles devem ser capazes de fornecer informações em linguagem clara e simples, e estar disponíveis para responder a quaisquer perguntas ou preocupações que as pessoas possam ter.

A necessidade de qualificação dos trabalhadores de saúde, quando se trata de EPS, recai, de modo especial, sobre os ACS, em virtude da especificidade do seu trabalho que os coloca em permanente exercício de diálogo e Educação em Saúde com a população (AMARAL et al., 2014). Como mostra publicação da Fundação Oswaldo Cruz (2020), esse exercício não é homogêneo dos pontos de vista setorial e regional. Assim, percebeu-se que, ao se combater uma crise global, é importante concentrar-se nos impactos locais em determinada população. Neste âmbito local, a população de cada território precisa ter, além do entendimento, também o engajamento em relação às políticas de segurança para distanciamento físico, higienização pessoal e ambiental, assim como uso de máscaras faciais e medidas de precaução em escolas e locais de trabalho, a partir de comunicação para garantir a confiança e cooperação no âmbito dos territórios, além de proteção de populações vulneráveis e de baixo suporte socioeconômico (GILMORE et al., 2020).

Atualmente, os ACS atuam dentro das equipes de saúde da família, desempenhando, além do papel mediador da relação entre a equipe e a comunidade, também entre os conhecimentos técnicos e os saberes populares (MACIAZEKI-GOMES et al., 2016). O ACS é, então, fundamental na ESF, onde é, ao mesmo tempo, profissional de saúde e membro da sua comunidade, articulando conhecimento técnico e saber popular, o que faz desse agente uma

referência comunitária de confiança para as pessoas do seu espaço de convivência. Portanto, os ACS podem atuar como agentes multiplicadores de informações e orientações sobre os comportamentos de prevenção (MACIEL et al., 2020).

Os comportamentos de prevenção da COVID-19 na APS são essenciais para garantir a segurança, tanto dos profissionais de saúde quanto da população em geral. O ACS tem um papel importante nesse processo, já que é o profissional responsável por realizar o trabalho permanente de prevenção e educação em saúde na comunidade onde atua (SANTOS et al., 2021). É importante perceber que os ACS têm realizado o importante papel de trazer dados e informações epidemiológicas do território para suas equipes de saúde, devido à proximidade direta com a população, o que auxilia o planejamento estratégico de toda a equipe (DUARTE et al., 2020). Sob essa ótica, o papel do ACS na comunicação de risco se estrutura em uma via de mão dupla onde ele leva comunicação ao seu território e devolve dados deste à equipe, possibilitando que haja o aperfeiçoamento da informação que deve ser capilarizada.

Os ACS podem fornecer informações claras, acessíveis e culturalmente adequadas sobre a epidemia, seus sintomas, modos de transmissão, medidas de prevenção e busca por cuidados de saúde. Eles podem ajudar a combater a desinformação e os mitos que circulam na comunidade, fornecendo informações baseadas em evidências. Com essa intermediação, podem promover mobilização comunitária, organizar reuniões no território, realizar oficinas e visitas domiciliares para conscientizar sobre a importância das medidas de prevenção, como o uso de máscaras, higienização das mãos e distanciamento social. Por outro lado, os ACS conhecem bem a comunidade em que atuam e podem identificar grupos vulneráveis, como idosos, pessoas com doenças crônicas ou dificuldades de acesso a serviços de saúde. Eles podem direcionar esforços específicos para garantir que esses grupos recebam informações adequadas e tenham acesso aos serviços de saúde necessários durante a epidemia.

Os ACS também estão em posição privilegiada para identificar casos suspeitos ou sintomas relacionados à epidemia. Eles podem estar atentos aos sinais e sintomas, realizar triagem básica, encaminhar os casos suspeitos para atendimento médico adequado e relatar essas informações às autoridades de saúde. O *feedback* e a comunicação nesta situação é bidirecional. Eles podem coletar informações sobre preocupações, dúvidas e percepções da comunidade e transmiti-las às autoridades de saúde, auxiliando na adaptação das estratégias de comunicação e prevenção conforme necessário.

É importante ressaltar que os agentes comunitários de saúde devem receber capacitação adequada, atualizações regulares e acesso a materiais educativos de qualidade para desempenhar efetivamente seu papel na comunicação de risco. Além disso, eles devem receber

o apoio necessário das autoridades de saúde para desempenhar suas funções com eficácia durante epidemias.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde (MS) publicou para os ACS um documento intitulado “Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente à COVID-19” (BRASIL, 2020b), para orientá-los a respeito do novo coronavírus e auxiliá-los na reorganização do seu processo de trabalho frente à pandemia. Nesta publicação feita em 2020, o MS salientou o papel do ACS como profissional integrante das equipes da ESF no que concerne à prevenção e controle de agravos à saúde pública, enfatizando seu papel fundamental no “reforço ao atributo derivado da APS denominado orientação comunitária” (BRASIL, 2020b, s. p).

Em seu Guia de Orientações sobre Comunicação de Risco e Participação Comunitária para a COVID-19, a OMS (2020) destaca que comunicar-se de maneira proativa com a comunidade é uma das intervenções mais importantes em resposta a eventos importantes de saúde pública. Além de combater o excesso de informações desnecessárias e falsas, a qualidade da informação ajuda na percepção por parte da população dos riscos aos quais está exposta, contribuindo para participação comunitária mais efetiva no controle de doenças. A boa comunicação de risco permite ainda descobrir como as populações estão interpretando as informações recebidas e lhes garante o exercício do direito à informação.

Conforme orienta o documento de recomendações para ACS frente aos comportamentos de prevenção da COVID-19, entre as atividades que o ACS pode desempenhar (BRASIL, 2020), destacam-se:

- a) Uso correto de máscaras: O ACS pode orientar a população sobre a importância de usar máscaras e como utilizá-las corretamente, além de viabilizar a distribuição para quem não tem acesso.
- b) Higienização das mãos: O ACS pode orientar sobre a importância da higienizar as mãos com água e sabão ou álcool em gel e distribuir, se possível, materiais de higiene para quem não tem acesso.
- c) Distanciamento social: O ACS pode orientar sobre a importância de manter o distanciamento social e de evitar aglomerações.
- d) Identificação de casos suspeitos: O ACS pode identificar pessoas com sintomas de COVID-19 e orientá-las a buscar atendimento médico.
- e) Monitoramento de casos confirmados: O ACS pode monitorar os casos confirmados de COVID-19 e orientar sobre o isolamento domiciliar.
- f) Combate às falsas notícias na comunidade.

- g) Fornecer informações aos grupos especiais de risco, como gestantes e puérperas, idosos e pessoas com doenças crônicas, como hipertensos e diabéticos.
- h) Vacinação: O ACS pode orientar sobre a importância da vacinação contra a COVID-19 e ajudar na organização das campanhas de vacinação.

No contexto pandêmico, portanto, é possível perceber que além das necessidades de saúde habituais preexistentes nos territórios, o ACS necessita agregar novos desafios ao seu cotidiano como a aquisição de novos saberes, utilização de ferramentas e tecnologias, como aquelas de comunicação à distância (MACIEL et. al., 2020). Além disso, estudos mostram que os ACS são a categoria profissional da atenção básica mais susceptível à contaminação pelo coronavírus devido à proximidade com a população (NOBREGA et. al., 2022).

Dessa forma, considerando a crucialidade de sua participação no processo de comunicação de risco, com a manutenção dos atributos competência cultural e orientação comunitária e sua capilaridade em alcançar todos os pontos do território, é necessário que os ACSs tenham acesso a EPIs e a treinamento de como utilizá-los corretamente, bem como sejam bem capacitados quanto às informações que necessitam saber para exercer uma boa comunicação com a população, dentro do seu nível de compreensão (MACIEL et. al., 2020).

De acordo com a OMS, quando treinados e devidamente apoiados, os ACS podem descobrir e compreender as percepções, crenças e barreiras individuais e comunitárias e abordá-los com soluções baseadas em evidências e contextualmente apropriadas, portanto programas de educação e aprendizado baseados em competências, adaptados ao ambiente, serão necessários para preparar os ACS nessas atividades, inclusive destacando a importância de prevenir a propagação do COVID-19; uso e descarte de EPI; as vacinas COVID-19; desenvolver habilidades interpessoais e comunicação, e habilidades de engajamento da comunidade (WHO, 2021). Porém, no contexto da pandemia, Mélo et. al. (2021) verificaram que, até o momento de publicação de seu estudo, foi insuficiente o suporte institucional no que tange a ações de formação e educação permanente em saúde no Brasil.

Outra maneira de dar continuidade aos trabalhos do ACS com segurança é a utilização de tecnologias remotas com acesso à internet como as redes sociais digitais, ou até mesmo o telefone, conforme orientado pela ABRASCO no documento “Fortalecer a Estratégia Saúde da Família no enfrentamento da COVID-19 – Posicionamento da Rede APS” publicado em maio de 2020. As PNAB já levantavam a possibilidade de os municípios adquirirem e utilizarem equipamentos portáteis individuais (tablets, smartphones) e softwares especializados para facilitar a rotina dos profissionais da ESF. Além disso, com o avanço da implantação da

estratégia e-SUS AB (CIELO et. al., 2022), espera-se que tais profissionais tenham uma conexão com esses instrumentos. De toda forma, trazer esses novos instrumentos para o processo de trabalho dos ACS demanda investimentos do poder público em capacitação, aquisição e aperfeiçoamento educativo permanente, observando que o objetivo seja melhorar a eficiência e a efetividade dos cuidados em saúde (MACIEL et. al., 2020).

Vale ressaltar que, embora as revisões narrativas como o presente manuscrito forneçam informações valiosas e uma síntese descritiva dos estudos disponíveis, elas não têm o mesmo rigor metodológico das revisões sistemáticas formais. Portanto, é importante interpretar os resultados desta revisão narrativa com cautela e considerar que conclusões baseadas nas melhores evidências podem exigir uma avaliação mais aprofundada por meio de estudos de revisão sistemática. Entretanto, o objetivo desta revisão foi fornecer uma visão geral qualitativa e descritiva de um campo de pesquisa específico e na e exploração de tópicos emergentes. As revisões narrativas podem ser úteis para explorar áreas de pesquisa nas quais há poucos estudos, ou onde os estudos disponíveis têm métodos heterogêneos ou resultados contraditórios, como ocorre na presente revisão.

Considerações Finais

A pandemia da doença pelo coronavírus 2019 evidenciou o quão importante é a comunicação de risco sobre saúde, com ênfase na necessidade de a informação ser compreensível e de construção bilateral por cada grupo de pessoas envolvido, profissionais e usuários do SUS, em um processo de educação popular em saúde. As equipes da ESF, principal estratégia de cuidado em saúde do Brasil, mostram-se fundamentais em gerar informação de qualidade e capaz de ser assimilada por sua população, levando em consideração as características locoregionais de cada uma delas. O ACS, nesse cenário, desponta como peça-chave no processo, pois é o profissional das ESF com maior proximidade dos indivíduos e dos grupos familiares, conhecendo as características sociais, as vulnerabilidades e as necessidades de cada um deles, sendo a principal fonte de informação no que tange ao mapeamento funcional do território e permitindo que as equipes possam planejar com assertividade as estratégias de comunicação.

Além disso, o ACS é o personagem da atenção primária à saúde de maior capilaridade, indo de domicílio em domicílio, sendo capaz de difundir informação em saúde, e construindo conhecimento, por meio de uma linguagem própria da comunidade, embasada em conhecimentos científicos, mas não carregada de complexidades inúteis àquele público-alvo. Para tanto, é necessário capacitar periodicamente esses trabalhadores tão potenciais e, embora

esteja em andamento o Programa Saúde com Agente, que trará resultados futuros com uma geração de ACS mais preparada para desenvolver suas atribuições em momentos críticos, como em outras epidemias que possam surgir, porém necessitam de ações específicas atualizadas de educação permanente, bem como de toda a equipe, sendo executadas em tempo oportuno, para que a prática de comunicação seja efetiva e célere para promoção da equidade em saúde na população brasileira.

Referências

ALON, T. et al. The Impact of COVID-19 on Gender Equality. 2020. Disponível em: https://www.nber.org/system/files/working_papers/w26947/w26947.pdf. Acesso em: 6 abr. 2023.

AMARAL, M. C. S.; PONTES, A. G. V.; SILVA, E. P. O ensino de Educação Popular em Saúde para o SUS: experiência de articulação entre graduandos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde. *Interface: Comunicação Saúde Educação*, 18 Supl 2:1547-1558, 2014.

ARAÚJO, E. F. S. et al. Os agentes comunitários de saúde nas práticas educativas: potencialidades e fragilidades. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2018; 26:e18425. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/01/969611/os-agentes-comunitarios.pdf>. Acesso em: 9 mai. 2023.

BASCH, C. H. et al. Public health communication in time of crisis: Readability of on-line COVID-19 information. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness* 14(5): 635-637, 2020. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/disaster-medicine-and-public-health-preparedness/article/public-health-communication-in-time-of-crisis-readability-of-online-covid19-information/E1B32CF9E602F287902AD91F1D10DA7D>. Acesso em: 02 mar 2023.

BERG, S.H. et al. Health authorities' health risk communication with the public during pandemics: a rapid scoping review. *BMC Public Health* 21 (1401): 1-23, 2021. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-11468-3>. Acesso em: 07 mai. 2023.

BONELL, C. et al. Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain 'social distancing' in response to the COVID-19 pandemic: key principles. *Journal of Epidemiology and Community of Health*, 74 (8): 617-619, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual de Saúde. Governo federal sanciona lei que considera agentes comunitários de saúde e de combate às endemias como profissionais de saúde. 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/governo-federal-sanciona-lei-que-considera-agentes-comunitarios-de-saude-e-de-combate-as-endemias-como-profissionais-de-saude/>. Acesso em: 06 mai 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente à COVID-19. Versão 1. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf. Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para o Controle Social no Sistema Único de Saúde – SUS. 1. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_sus.pdf. Acesso em: 28 abr. 2023.

BRUIN, D.; BENNET, D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. *Am J Prev Med*, [S. l.], v. 59, n. 2, p.157-167, 2020.

CÂMARA, AMC et al. Percepção do Processo Saúde-doença: Significados e Valores da Educação em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 36, n. Supl.1, p. 40-50, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbem/a/Kr5X5X4qZWNWYCKmdfXDbqFN/?format=pdf&lang=p>. Acesso em: 05 mai 2023.

CHAROENWONG, B.; KWAN, A.; PURSIANEN, V. Social connections with COVID-19-affected areas increase compliance with mobility restrictions. *Science Advances*, v. 6, n. 47, 2020. Disponível em: <https://www.science.org/doi/epdf/10.1126/sciadv.abc3054>. Acesso em: 20 dez. 2021.

CIELO, A. C. .; RAIOL, T. .; SILVA, E. N. da .; BARRETO, J. O. M. . Implementation of the e-SUS Primary Care Strategy: an analysis based on official data. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 56, p. 5, 2022. DOI: 10.11606/s1518-8787.2022056003405. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/195523>. Acesso em: 25 apr. 2023.

CÔRREA, C.; PFEIFFER, C. C.; LORA, A. P. O Agente comunitário de saúde: uma história analisada. *RUA*, Campinas, SP, v. 16, n. 1, p. 173–192, 2010. DOI: 10.20396/rua.v16i1.8638854. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rua/article/view/8638854>. Acesso em: 25 abr. 2023.

BARROS, D. F. de et al.. O contexto da formação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. *Texto & Contexto - Enfermagem*, v. 19, n. 1, p. 78–84, jan. 2010.

DAVID, H. M. S. L. O papel do agente comunitário de saúde no fortalecimento da educação popular em saúde. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 371–378, 2017. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/4936>. Acesso em: 10 maio. 2023.

DUARTE, R. B. et al. Agentes Comunitários de Saúde Frente à COVID-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem*, Brasília (DF), v. 11, n. 1, 2020.

FREIRE P.; NOGUEIRA, A. Que fazer: teoria e prática da educação popular. 4 ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

FREIRE, D. E. W. G. et al. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. *Revista de Saúde Pública* 55 (85): 1-8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/rsp/2021.v55/85/pt>. Acesso em: 07 mai 2023.

FREIRE, D. E. W. G.; FREIRE, A. R.; LUCENA, E. H. G. de; CAVALCANTI, Y. W. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 55, p. 85, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/193712>. Acesso em: 9 mar. 2023.

FREIRE, P. Conscientização: teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. Tradução de Kátia de Mello e Silva. Revisão técnica de Benedito Eliseu Leite, São Paulo: Cortez & Moraes, 1979. Disponível em: https://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/Paulo%20Freire%20-%20Conscientiza%C3%A7%C3%A3o_pp.5-19.pdf. Acesso em: 28 abr 2023.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. Rio de Janeiro. CEPEDS/ ENSP, 2020.

GILMORE, B. et al. Community engagement for COVID-19 prevention and control: a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health* 5:e003188, 2020. Disponível em: <https://gh.bmj.com/content/5/10/e003188>. Acesso em 06 mai 2023.

HAN, E. et al. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. *The Lancet*, v. 396, n. 10261, p. 1525-1534, 2020.

HAQ, Z.; HAFEEZ, A. Knowledge and communication needs assessment of community health workers in a developing country: a qualitative study. *Hum Resour Health* 7, 59, 2009. Disponível em: <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-7-59>. Acesso em: 07 mai 2023.

HOOKE, C.; LEASK, J. Risk Communication Should be Explicit About Values. A Perspective on Early Communication During COVID-19. *Bioethical Inquiry* 17, 581–589 (2020). <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-020-10057-0#citeas>

KUPFERSCHMID D, WADMAN M. 'It's still killing and it's still changing.' Ending COVID-19 states of emergency sparks debate. *Science*. 2023. Disponível em: <https://www.science.org/content/article/who-ends-pandemic-emergency-covid-19-deaths-fall>

KURZ-MILCKE, E.; GIGERENZER, G. MARTIGNON, L. Transparency in risk communication: graphical and analog tools. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1128, 18–28, 2008.

LIM, S. NAKAZATO, H. The Emergence of Risk Communication Networks and the Development of Citizen Health-Related Behaviors during the COVID-19 Pandemic: Social Selection and Contagion Processes. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2020; 17(11), 4148. Disponível on-line em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7312553/>

LOPES-SOUSA, A. Contribution of Primary Health Care to Achieve the Sustainable Development Goals. *The Open Nursing Journal*, 15, (Suppl-1, M1) 304-304, 2021. Disponível em: <https://opennursingjournal.com/VOLUME/15/PAGE/304/FULLTEXT/>. Acesso em: 10 mai 2023.

MACIAZEKI-GOMES, R. DE C. et al.. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 21, n. 5, p. 1637–1646, maio 2016.

MACIEL, F. B. M. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 25, n. 2, p. 4185-4195, 2020.

MALLARI, E. et al. Connecting communities to primary care: a qualitative study on the roles, motivations and lived experiences of community health workers in the Philippines. *BMC Health Serv Res* 20, 860, 2020. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-020-05699-0>. Acesso em: 07 mai. 2023.

MARTINEZ, L. S. et al. Part of getting to where we are is because we have been open to change: Integrating community health workers on care teams at ten Ryan White HIV/AIDS program recipient sites. *BMC Public Health* 21 (922): 2-11, 2021. Disponível em: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-021-10943-1>. Acesso em: 07 mai 2023.

MATTA, G. Science communication as a preventative tool in the COVID19 pandemic. *Humanit Soc Sci Commun*, v. 7, n. 159, p. 1-14, 2020.

MÉLLO, L. M. B. DE D. E. et al. Agentes comunitárias de saúde: práticas, legitimidade e formação profissional em tempos de pandemia de Covid-19 no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 25, p. e210306, 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, 42 (116): 11–24, 2018.

NEPOMUCENO, R. A. A. et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 5 p. 1637-1646, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WsgvDVG3gBmZz5Lyr6gNhcc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 mar. 2023.

NÓBREGA, W. F. S et al.. As mudanças no processo de trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil durante a pandemia da COVID-19. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, [S. l.], v. 21, n. 1, p. 79–84, 2022. DOI: 10.9771/cmbio.v21i1.45140. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/45140>. Acesso em: 25 abr. 2023.

O'MARA-EVES, A.; BRUNTON, G.; OLIVER, S. et. al. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. *BMC Public Health*, v. 15, n. 129, 2015. Disponível em: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-1352-y.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=16. Acesso em: 05 jan. 2022.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Resposta à pandemia da COVID-19 nas Américas: Estratégia de resposta e apelo a doadores janeiro-dezembro de 2021. Washington, D.C., 2021. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54425/OPASPHEHEOCovid19210008_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 05 jan. 2022.

PAULIK, L.B., KEENAN, R.E., DURDA, J.L.. The Case for Effective Risk Communication: Lessons from a Global Pandemic. *Integr Environ Assess Manag*.16(5):552-554, 2020.

PEDOTH, L. et al. Improving Risk Communication Strategies through Public Awareness and Engagement: Insights from South Tyrol and Carinthia. In: *Protective Forests as Ecosystem-based Solution for Disaster Risk Reduction (Eco-DRR)*. IntechOpen; 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.99517>

PEREIRA, A. K.; OLIVEIRA, M. S.; SAMPAIO, T. DA S.. Heterogeneidades das políticas estaduais de distanciamento social diante da COVID-19: aspectos políticos e técnico-administrativos. *Revista de Administração Pública*, v. 54, n. 4, p. 678–696, jul. 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Programa Saúde com a Agente divide opiniões e expectativas. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – FIOCRUZ, 2021. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/programa-saude-com-agente-divide-opinioes-e-expectativas>. Acesso em 25 abr. 2023.

SANTOS, J. C. et al. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Primária à Saúde: A Experiência do Módulo Médico de Família Cantagalo na Pandemia de COVID-19. In: *ANAIS DO 4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE*, 2021, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Campinas, Galoá, 2021. Disponível em: <<https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/o-trabalho-do-agente-comunitario-de-saude-na-atencao-primaria-a-saude-aps-a-expe?lang=pt-br>>.

SJÖLANDER-LINDQVIST A. et al. Communicating About COVID-19 in Four European Countries: Similarities and Differences in National Discourses in Germany, Italy, Spain, and Sweden. *Front. Commun.* 2020; 5:593325. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcomm.2020.593325/full>. Acesso em: 28 abr. 2023

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007. p. 18-30.

WEIBLE, C. M. et al. COVID-19 and the policy sciences: initial reactions and perspectives. *Policy Sci*, v. 53, p. 225–241, 2020.

WHO. World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19). Geneve: WHO [Internet]. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272597/retrieve05>

WHO. World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)) Acesso em: 5 dez. 2021.

WHO. World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: a WHO guideline for emergency risk communication (ERC) policy and practice. Switzerland: World Health Organization; 2017.

WHO. World Health Organization. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic. World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2020. Disponível em: <http://apps.who.int/iris>. Acesso em: 6 mai 2023.

WHO. World Health Organization. COVID-19 & Global Health Issues. Virtual Press Conference. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/virtual-press-conference-on-covid-19-and-other-global-health-issues-transcript---5-may-2023>. Acesso em: 6 mai 2023.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta seção do trabalho visa estabelecer as considerações finais acerca deste trabalho de conclusão do mestrado além de recomendar sugestões para futuros trabalhos que abordem o tema. O objetivo geral deste trabalho foi avaliar como a população do território de abrangência de uma unidade de saúde da família (USF) da cidade de Condado-PE entende e aplica medidas não farmacológicas de prevenção e controle da COVID-19 em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo. Considera-se que este objetivo foi alcançado pois se verificou que os participantes entenderam e aplicaram satisfatoriamente as informações sobre MNF, com mediana dos valores percentuais de adoção alcançando 90%, conforme seu autorrelato estruturado. Observou-se que a grande maioria dos respondentes tinha informações sobre MNF (acima de 88%). As principais fontes de informação foram jornais e/ou internet, televisão e profissionais de saúde, incluindo Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Jornais e profissionais de saúde foram as fontes consideradas mais confiáveis. O governo foi pouco citado como fonte e ao qual foi atribuído o menor nível de confiança. A maioria demonstrou confiança na eficácia das MNF, média a alta percepção de risco e opinou que a doença era grave ou muito grave. Observou-se satisfatória adesão às MNF de prevenção à COVID-19, com uso de máscara como a medida mais empregada (100%) e considerada a mais importante. O isolamento social total teve a menor adesão (1,4%). Não houve significância estatística na associação de MNF adotadas com características sociodemográficas e grau de confiança na sua eficácia, porém a prática de lavagem das mãos se associou com percepção da gravidade da doença.

O segundo produto da dissertação que foi elaborado com base no achado da pesquisa empírica de que 40% dos usuários afirmaram não ter recebido informações por parte de profissionais de saúde da ESF, o que incluiu o ACS, abordou o papel desses profissionais na comunicação de risco à população adscrita ao seu território. Por meio do capítulo de livro, realizou-se revisão e apreciação reflexiva sobre as potencialidades dos ACS como educadores em saúde na prevenção permanente contra a COVID-19 e situações futuras de crises sanitárias semelhantes.

Em estudos futuros sobre adoção de MNF de prevenção contra doenças infecciosas, incluindo a COVID-19 é interessante que seja abordada, além da adesão ou não adesão, o modo como estas medidas estão sendo realizadas. Por fim,

considera-se que o trabalho foi relevante para a comunidade pois permitiu compreender e identificar falhas na comunicação em saúde, além da exploração de potencialidades da própria USF para desenvolver ações de comunicação e educação em saúde com estímulo às medidas de prevenção contra a COVID-19 que poderão ser adaptadas a outras doenças e condições de saúde da comunidade, visto que trata-se de região com importante vulnerabilidade social, a qual está susceptível a piores desfechos de saúde em situações de emergências sanitárias.

REFERÊNCIAS

- ADAM, D. C. et al. Clustering and superspreading potential of SARS-CoV-2 infections in Hong Kong. **Nat Med**, v. 26, n. 11, p. 1714-1719, 2020.
- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. Educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 15, p. 259-274, 2004.
- BACHA, M. L.; STREHLAU, V. I.; ROMANO, R. Percepção: Termo Frequente, Usos Inconsequentes em Pesquisa?. **30º Encontro da Anpad**, Salvador, 2006. Disponível em: http://www.anpad.org.br/diversos/down_zips/10/enanpad2006-mkta-1332.pdf. Acesso em: 28 dez. 2021.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011. 229 p.
- BARROS, N. Cuidado emancipador. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bZWLzwgpCHB3DWnThLqXdFt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 04 nov. 2021.
- BONELL, C. et al. Harnessing behavioural science in public health campaigns to maintain 'social distancing' in response to the COVID-19 pandemic: key principles. **Journal of Epidemiology and Community of Health**, v. 74, n. 8, p. 617-619, 2020.
- BRASIL. CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. CAPES Institui o Grupo de Trabalho (GT) de Mestrados Profissionais. Portaria n. 147, de 13 de novembro de 2015. Lex: Diário Oficial da União, Brasília, n.219, p. 18, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coronavírus – COVID-19. Sobre a doença. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/sobre-a-doenca#como-se-proteger>
- BRASIL. Ministério da Saúde. FUNASA. Portaria n. 586, 14 de julho de 2014. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/saudelegis/funasa/2014/prt0586_14_07_2014.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para Adequação das Ações dos Agentes Comunitários de Saúde Frente à Atual Situação Epidemiológica Referente à COVID-19. Versão 1. Brasília: Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde,

2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_gestao_trabalho_2ed.pdf.

Acesso em: 03 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde . Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Plano Nacional de Operacionalização da Vacinação contra a COVID-19. 8ª ed., 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: 07 maio 2023.

BRAWLEY, L. R.; CULOS-REED, N. Studying adherence to therapeutic regimens: overview, theories, recommendations. **Controlled Clinical Trials**, v. 21, p. 156-163, 2000.

BRUIN, D.; BENNET, D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. **Am J Prev Med**, [S. l.], v. 59, n. 2, p.157-167, 2020.

CHAROENWONG, B.; KWAN, A.; PURSIANEN, V. Social connections with COVID-19-affected areas increase compliance with mobility restrictions. **Science Advances**, v. 6, n. 47, 2020. Disponível em: <https://www.science.org/doi/epdf/10.1126/sciadv.abc3054>. Acesso em: 20 dez. 2021.

COROIU, A. et al. Barriers and facilitators of adherence to social distancing recommendations during COVID-19 among a large international sample of adults. **PLoS One**, v. 5, n. 10, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7540845/>. Acesso em 5 jan. 2022.

DIAS, M. N. F. O olhar do agente comunitário de saúde para a sua prática profissional: entre o trabalho real e o trabalho prescrito. *Revista Trabalho Necessário*, v. 20, n. 43, p. 01-27, 11 nov. 2022.

QUEIROGA, R. P. F. et al. Distribuição espacial da tuberculose e a relação com condições de vida na área urbana do município de Campina Grande – 2004 a 2007. **Rev Bras Epidemiol**, v. 15, n. 1, p. 222-232, 2012.

FIGUEIREDO, A. M. de. et al.. Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 73, p. e20200673, 2020.

FONSECA, M. N. et al.. Avaliação do nível de percepção dos riscos de infecção pelo SARS-CoV-2 e da acessibilidade a informações sobre a Covid-19 no Brasil. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, [S. l.], v. 15, n. 2, 2021. DOI: 10.29397/reciis.v15i2.2157. Disponível em: <https://www.reciis.iciict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/2157>. Acesso em: 23 abr. 2023.

FREIRE, D. E. W. G. et al.. PNAB 2017 and the number of community health agents in primary care in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 55, p. 85, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003005. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/193712>. Acesso em: 9 mar. 2023.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 246 p.

FRIDMAN, I. et al. Association Between Public Knowledge About COVID-19, Trust in Information Sources, and Adherence to Social Distancing: Cross-Sectional Survey. **JMIR Public Health Surveill**, v. 6, n. 3, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7511226/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A Gestão de Riscos e Governança na Pandemia por COVID-19 no Brasil. Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. Rio de Janeiro. CEPEDS/ ENSP, 2020.

GERALDO PIERIN, A. M. et al. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. **Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar**. São Paulo, [S.l., s.n.], p. 275-289, 2004.

GÜEMES-VILLALBA, N. et. al. Novel Insights into the Transmission of SARS-CoV-2 Through the Ocular Surface and its Detection in Tears and Conjunctival Secretions: A Review. **Adv Ther**, v. 37, n. 10, p. 4086-4095, 2020.

GUIBU, I. A et al.. Main characteristics of patients of primary health care services in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, [S. l.], v. 51, n. suppl.2, p. 17s, 2017. DOI: 10.11606/S1518-8787.2017051007070. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/139743>. Acesso em: 23 apr. 2023.

GUSMÃO, J. L.; MION JUNIOR, D. Adesão ao tratamento – conceitos. **Rev Bras Hipertens**, v. 13, n. 1, p. 23-25, 2006.

HAN, E. et al. Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe. **The Lancet**, v. 396, n. 10261, p. 1525-1534, 2020.

Bai, Y. X et al.. Advances in SARS-CoV-2: a systematic review. **European review for medical and pharmacological sciences**, v.24, n. 17, p. 9208–9215, 2020. https://doi.org/10.26355/eurev_202009_22873

KIRTIPAL, N.; BHARADWAJ, S.; KANG, S. G. From SARS to SARS-CoV-2, insights on structure, pathogenicity and immunity aspects of pandemic human coronaviruses. **Infect Genet Evol**, v. 85, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7425554/pdf/main.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

LEITE, S. N.; COSTA VASCONCELLOS, M. P. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

MACIEL, F. B. M. et al. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de Covid-19. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 25, n. 2, p. 4185-4195, 2020.

SILVA, I. M. C. Dias da; LIMA, M. F. da C. **Imprensa e poder: (im)parcialidade e ética na mídia impressa nas eleições 1998 em Pernambuco**. 2002. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciência Política, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2002.

MASAI, A. N.; AKIN, N. Practice of COVID-19 preventive measures and risk of acute respiratory infections: a longitudinal study in students from 95 countries.

International Journal of Infectious Diseases, v. 113, p. 168-174, 2021. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1201971221008031>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MASSA, K. H. C.; CHIAVEGATTO FILHO, A. D. P.. Saneamento básico e saúde autoavaliada nas capitais brasileiras: uma análise multinível. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 23, p. e200050, 2020.

MASSARANI, L. et al.. Confiança, atitudes, informação: um estudo sobre a percepção da pandemia de COVID-19 em 12 cidades brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 26, n. 8, p. 3265–3276, ago. 2021.

MATTA, G. Science communication as a preventative tool in the COVID19 pandemic. **Humanit Soc Sci Commun**, v. 7, n. 159, p. 1-14, 2020.

MATTA, G.C. et al. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2022.

MEIER, K. et al. COVID-19 Survey Study group. Public perspectives on protective measures during the COVID-19 pandemic in the Netherlands, Germany and Italy: A survey study. **PLoS One**, v. 5, n. 8, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32756573/>. Acesso em: 5 jan. 2022.

MENEGUELLO, Rachel; DEL PORTO, Fabíola Abrigante. A confiança em um governo de crise e retrocesso. *Revista USP*, v. 1, n. 131, p. 81-98, 2021.

MEYEROWITZ, E. A.; RICHTERMAN, A.; GANDHI, R. T.; SAX, P. E. Transmission of SARS-CoV-2: A Review of Viral, Host, and Environmental Factors. **Ann Intern Med**, v. 174, n. 1, p. 69-79, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7505025/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINISTERIO DA SAÚDE. Fundação Oswaldo Cruz. **As Medidas de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19 no Brasil na Percepção da População Atual nas Mídias Sociais**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/1160>. Acesso em: 23 abril 2023.

MORAES, R. O. et al. Distanciamento social e isolamento durante a pandemia de COVID-19: medidas de prevenção e fatores que impactaram na adesão. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 11, p. 103131-103157, 2021.

MWAI, J. et al. Adherence to COVID-19 Mitigation Measures among Kilifi and Mombasa Residents - An Observational Study in Coastal Kenya. **Journal of Advances in Medicine and Medical Research**, v. 33, n. 18, p. 73-80, 2021.

Disponível em:

<https://www.journaljammr.com/index.php/JAMMR/article/view/31056/58169>. Acesso em: 5 de jan. 2022.

NEPOMUCENO, R. A. A. et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 5 p. 1637-1646, 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WsgvDVG3gBmZz5Lyr6gNhcc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 05 jan. 2022.

O'MARA-EVES, A. et. al.. The effectiveness of community engagement in public health interventions for disadvantaged groups: a meta-analysis. **BMC Public Health**, v. 15, n. 129, 2015. Disponível em:

<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-1352-y.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2021.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19. 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=16. Acesso em: 05 jan. 2022.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. Resposta à pandemia da COVID-19 nas Américas: Estratégia de resposta e apelo a doadores janeiro-dezembro de 2021. Washington, D.C., 2021. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54425/OPASPHEHEOCovid19210008_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 05 jan. 2022.

PAHO - PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Guidance for implementing non pharmacological public health measures in populations in situations of vulnerability in the context of COVID-19 PAHO/IMS/FPL/COVID-19/20-0021. Pan American Health Organization, 2020. Disponível em:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53078/PAHOIMSFPLCOVID-19200021_eng.pdf?sequence=5. Acesso em 20 dez. 2021.

PIRES, C. G. S. Crenças em saúde de pessoas negras hipertensas: barreiras e benefícios relacionados às medidas de prevenção e controle da doença. Mestrado (Dissertação em Enfermagem). Salvador: Escola de Enfermagem da UFBA, 2007. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp036728.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2022.

QIU, W. et al. Effect of public health interventions on COVID-19 cases: an observational study. **Thorax**, v. 76, p. 743-743, 2021. Disponível em:

<https://thorax.bmj.com/content/thoraxjnl/76/8/798.full.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2022.

REUBEN, R. C. et al. Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. **J Community Health**, v. 46, n. 3, p. 457-470, 2021. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338341/pdf/10900_2020_Article_881.pdf. Acesso em: 5 jan. 2021.

SANTOS, J. C. et al. O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Atenção Primária à Saúde: A Experiência do Módulo Médico de Família Cantagalo na Pandemia de COVID-19. In: ANAIS DO 4º CONGRESSO BRASILEIRO DE POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO DA SAÚDE, 2021, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos... Campinas, Galoá, 2021. Disponível em:

<<https://proceedings.science/cbppgs-2021/trabalhos/o-trabalho-do-agente-comunitario-de-saude-na-atencao-primaria-a-saude-aps-a-expe?lang=pt-br>>.

SCHNEIDER, A. P. H. et al. Medidas de distanciamento social como fator de proteção contra a COVID-19 no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 45, n. 145, 2021. Disponível em:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55178/v45e1452021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 05 jan. 2022.

SCHWEICKARDT, J. C. et al. Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde. 2020. Disponível em: https://profsaude-abrasco.fiocruz.br/sites/default/files/apresentacao-_projeto_multicentrico-_profsaude.pdf. Acesso em 28 dez. 2021.

SENHORAS, E. M. Impactos econômicos da pandemia da COVID-19. Boa Vista. Editora da UFRR, 2020, 165 p. Disponível em:

<https://livros.ioles.com.br/index.php/livros/catalog/download/22/47/62-1?inline=1>. Acesso em: 05 jan. 2022.

SEVERO, D. O et al.. Articulação nacional de movimentos e práticas de educação popular e saúde no Estado de Santa Catarina: fortalezas e fragilidades. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online], v. 16, n. 2, p. 239-245, 2007. Acessado em 3 Janeiro 2022.

SILVA, R. R.; SANTOS, M. S. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas contra a COVID -19 no cenário do agronegócio na Região do Araguaia no Estado do Pará. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. 1-8, 2021.

SZWARCWALD, C. L. et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 5, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ress/a/fw8vPWhWV9j3ZyxMbVCZrMw/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 5 jan. 2022.

TRIBINO, U. M. et al. Adesão às medidas de prevenção à Covid-19 no Rio Grande do Sul. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 65, n. 1, p. 44-51, 2021.

VAN BAVEL, J. J. et al. National Identity Predicts Public Health Support During a Global Pandemic. **PsyArXiv**, 2020. Disponível em: <https://psyarxiv.com/ydt95/>. Acesso em: 05 jan. 2022.

VIDAL, J. P. The COVID-19 pandemic and the state: is it emerging a new configuration of public administration. **Cad EBAPE.BR**, v. 18, n. 4, p. 924-935, 2020. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-39512020000500924&lng=en&nrm=iso

VILLELA E. F. M. et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. **BMC Public Health**, v. 21, n. 1, p.152-162, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7812554/pdf/12889_2021_Article_10222.pdf. Acesso em: 5 jan. 2022.

WEIBLE, C. M. et al. COVID-19 and the policy sciences: initial reactions and perspectives. **Policy Sci**, v. 53, p. 225–241, 2020.

WHO - World Health Organization. Pandemic fatigue: reinvigorating the public to prevent COVID-19: policy considerations for Member States in the WHO European Region, 2020. [On-line]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/335820>. Acesso em: 20 dez. 2021.

WHO - World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19). Geneve: WHO [Internet]. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1272597/retrieve05>

WHO - World Health Organization. Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). Geneva: World Health Organization; 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)) Acesso em: 5 dez. 2021.

WHO - World Health Organization. UNICEF - United Nations Children's Fund. Community-based health care, including outreach and campaigns, in the context of the COVID-19 pandemic, 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331975/WHO-2019-nCoV-Comm_health_care-2020.1-eng.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

WHO. World Health Organization. COVID-19 & Global Health Issues. Virtual Press Conference. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/virtual-press-conference-on-covid-19-and-other-global-health-issues-transcript---5-may-2023>

XIAO, J. et al. Co-benefits of nonpharmaceutical intervention against COVID-19 on infectious diseases in China: A large population-based observational study. **The Lancet**, v. 17, n. 100282, p. 1-10, 2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7737690/pdf/mm6949e2.pdf>. Acesso em 5 jan. 2022.

YESUDHAS, D. et al.. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. **Infection**, v. 49, n. 2, p. 199-213, 2021.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome Completo _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada "Prevenção e controle da COVID-19: estudo multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde", sob a responsabilidade dos pesquisadores Júlio Cesar Schweickardt do Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia - FIOCRUZ Amazônia e José Ivo Pedrosa da Universidade Federal do Piauí. Essa pesquisa tem por objetivo analisar como a população dos territórios de abrangência da Atenção Básica em Saúde percebe e traduz em práticas do cotidiano nos âmbitos individual, familiar e coletivo as medidas de prevenção e controle do novo Coronavírus (COVID-19). Caso você concorde em participar deste estudo é necessário que responda a um questionário sobre as suas percepções em relação à epidemia por COVID-19 no Brasil. Existem também questões sobre dados socioeconômicos e familiares. O tempo estimado para responder o questionário é de 15 minutos. Os riscos que você está exposto(a) ao participar desta pesquisa incluem possíveis constrangimentos que você possa sentir ao responder perguntas de caráter pessoal. Para minimizar estes riscos o questionário pode ser respondido de modo privado e no momento e local de sua preferência. Um outro risco a que você está exposto(a) é o de quebra de sigilo e para minimizar este risco, a sua participação neste estudo será mantida em caráter confidencial, bem como todas as informações coletadas no estudo. Os seus dados serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento. Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. De todo o modo, caso ocorra qualquer que seja o dano decorrente da sua participação no estudo, estão assegurados a você o direito a indenizações e cobertura material para reparação do dano, conforme determina a Resolução CNS nº 466 de 2012. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social para as equipes de saúde da família por meio de maior entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem nos territórios de municípios brasileiros. No Portal da Fiocruz (<https://portal.fiocruz.br/coronavirus>) você tem acesso a informações confiáveis e importantes sobre o novo Coronavírus. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve

fazer esta solicitação via e-mail. Os pesquisadores responsáveis por este estudo, estão à sua disposição e com eles você pode esclarecer qualquer dúvida que surja sobre o referido estudo, por telefone ou e-mail. Em caso de qualquer dúvida ou reclamação a respeito da pesquisa, você poderá entrar em contato com: Júlio Cesar Schweickardt, no telefone (92) 3621-2440 e na Rua Teresina, 476, bairro Adrianópolis, Manaus, Amazonas, CEP 60057-070, e no e-mail: julio.cesar@fiocruz.br.

José Ivo Pedrosa, no telefone (88)33159955 e na Av São Sebastião, 2819, bairro Nossa Senhora de Fátima, Parnaíba, Piauí, CEP 64202-020, e no e-mail: jivopedrosa@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, localizado no 1º andar do prédio administrativo da ESA-UEA, sito à Avenida Carvalho Leal, 1777 Cachoeirinha CEP 69065-001, contato (92) 99295-9078; (92) 99100-1266; (92) 99983-0177; email: cep.uea@gmail.com.

O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

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

ANEXO B – Questionário

NOME: _____
1. Data de Nascimento ____/____/____
2. Sexo: () Feminino () Masculino
3. Cor/raça/etnia autorreferida
() Branca () Preta () Parda () Indígena () Amarela
4. Estado Civil
() Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) () Vive Junto
5. Nível Educacional
() Sem Escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental
() Médio incompleto () Médio () Superior incompleto () Superior
() Pós-graduação
6. Quantas pessoas moram com você?
() 0 () 1 a 3 () 4 a 7 () 8 a 10 () mais de 10
7. Quantos cômodos em sua casa são usados para dormir? (cômodos para dormir inclui quartos e sala)
() 1 () 2 () 3 () 4 a 5 () 6 a 8 () mais de 8
8. Quantos banheiros existem na sua casa?
() Nenhum () 1 () 2 ou mais
9.1. Infraestrutura do domicílio
Acesso à água
() Água encanada () Poço artesiano () Reservatório () Outro:
9.2. Infraestrutura do domicílio:
Esgotamento
() Rede de esgoto () Fossa () Vala (rio, igarapé, riacho)
10. Rendimento mensal do lar (em salários mínimos contando todos os moradores)
() Até 1 SM – R\$1.045,00
() Até 2 SM – de R\$1.045,00 a R\$2.090,00
() Até 3 SM – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00
() Até 4 SM – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00
() Mais de 4 SM – R\$4.180,00 ou mais

11. Qual era a sua ocupação/ trabalho principal antes do início da pandemia do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)
☐ Empregado(a) do setor privado com carteira de trabalho
☐ Empregado(a) sem carteira de trabalho
☐ Empregado(a) do setor público (inclusive empresas de economia mista)
☐ Trabalhava por conta própria
☐ Cooperativado(a)
☐ Trabalhava sem remuneração
☐ Bolsista
☐ Estudante
☐ Aposentado(a)
☐ Dono(a) de Casa
☐ Militar do exército, da marinha, da aeronáutica, da polícia militar ou do corpo de bombeiros militar
☐ Procurava, mas não encontrava trabalho
☐ Não trabalhava por outro motivo
☐ Outro: _____
11.1. Como a pandemia do CORONAVÍRUS afetou sua ocupação/trabalho?
☐ Continuei trabalhando
☐ Continuei trabalhando, mas em casa (home office)
☐ Comecei a trabalhar durante a pandemia
☐ Tive férias remuneradas
☐ Perdi o emprego
☐ Estava de licença maternidade
☐ Afastado do trabalho por ser do grupo de risco
☐ Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar
11.2. Durante a pandemia do CORONAVÍRUS, você trabalhou em algum serviço considerado essencial? (admite mais de uma resposta)
☐ Assistência à saúde (atendimento direto à população)
☐ Saúde
☐ Segurança
☐ Transporte
☐ Serviço bancário
☐ Não trabalhei em atividade essencial
☐ Outro: _____
12. Quantas pessoas do domicílio precisam/precisaram sair diariamente para trabalhar durante a pandemia do CORONAVÍRUS?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 a 4 ☐ 5 e mais
13. Antes da pandemia, o/a Sr(a) recebia algum benefício social?
☐ Sim, benefício de prestação continuada
☐ Sim, aposentadoria

☐ Sim, bolsa família
☐ Sim, bolsa defeso
☐ Não
☐ Outro: _____

14. O/a Sr(a) tem plano de saúde? *

☐ Sim ☐ Não

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

☐ Isolamento social total

☐ Lavagem frequente das mãos

☐ Uso de álcool gel

☐ Isolamento parcial

☐ Uso de máscara para quando tenho que sair de casa

☐ Outro: _____

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

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

☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Televisão

☐ Jornais na TV e/ou na internet ☐ Rádio ☐ Religião

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

☐ Outros: _____

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

_____()

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

☐ Facebook ☐ Instagram ☐ Televisão

☐ Jornais na TV e/ou na internet ☐ Rádio ☐ Religião

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

☐ Outros: _____

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

	Muito bem informado	Bem informado	Razoavelmente informado	Mal informado	Sem informação

Pelos meios de comunicação (TV, rádio ou jornal)					
Pela comunidade (religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade)					
Pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram)					
Pelos profissionais de saúde do seu território					

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

() Muito confiante

() Bem confiante

() Razoavelmente confiante

() Pouco confiante

() Nada confiante

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

() Muito alta

() Alta

() Razoavelmente alta

() Baixa

() Muito baixa

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

() Muito grave () Pouco Grave

() Grave

() Razoavelmente Grave () Não é Grave

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

	Muito importante	Importante	Razoavelmente importante	Pouco importante	Nada importante
Isolamento e distanciamento social					

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

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

() Sim () Não () Não Sei

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

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

() Isolamento social total

() Isolamento parcial

() Lavagem frequente das mãos

() Uso de álcool gel

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

() Outro: _____

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

() Isolamento social total

() Isolamento parcial

() Lavagem frequente das mãos

() Uso de álcool gel

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

() Outro: _____

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

() Sim

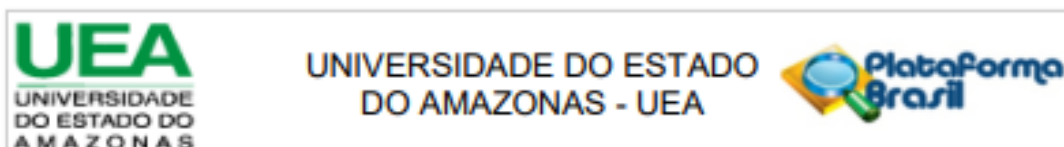
() Não

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

() Auxílio emergencial do governo federal

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

ANEXO C – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Júlio Cesar Schweickardt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37269320.4.1001.5016

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

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.345.618

Apresentação do Projeto:

Títulos Principal da Pesquisa:

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

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

Coordenador: Júlio Cesar Schweickardt.

Pesquisador Principal

CPF: 428.595.060-04

Nome Social: Júlio Cesar Schweickardt

Telefone: 92 99126-9276

E-mail: julio.ilm@gmail.com

Equipe composta por 70 pesquisadores das instituições de pesquisa brasileira

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

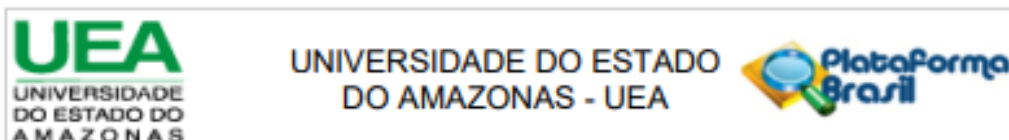
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.345.618

Comprovado pelo CPF e CL

Instituição Proponente

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

ÁREA DE ESTUDO

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq):

Grande Área 4. Ciências da Saúde

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

Títulos Público da Pesquisa

Prevenção e controle do COVID-19.

Desenho do Estudo

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

Financiamento:

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

Palavras-chave:

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

Justificativa:

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

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



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

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

Objetivos Secundários

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

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Há um risco mínimo de identificação do participante. Para minimizar este risco iremos identificar os questionários e entrevistas com códigos compostos pela sigla da cidade do participante seguida de um número aleatório de 4 dígitos (por exemplo, um participante de Manaus receberá o código MAO1234), mantendo o anonimato do participante. Caso a participação suscite algum desconforto, será dada ao participante a opção de desistir de participar a qualquer momento.

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Benefícios:

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

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Delineamento do Estudo:

Tipo de Estudo e Participantes:

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

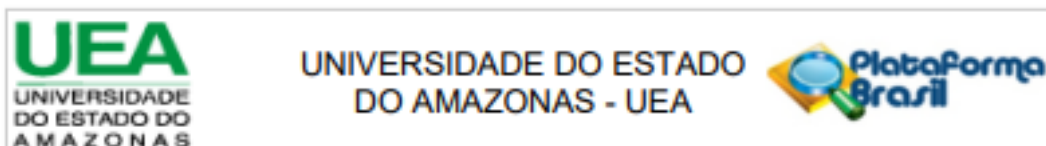
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: nep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.345.618

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

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

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

Amostra:

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

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

Instrumentos de Coleta de Dados

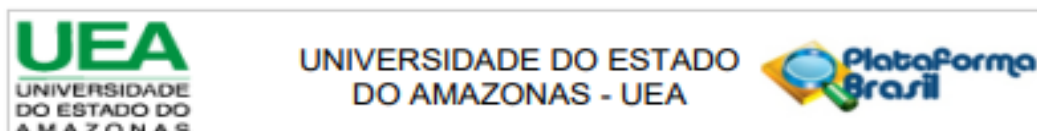
Na primeira etapa, será aplicado questionário online pela plataforma Google

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Na segunda etapa será realizada entrevista dialogada segundo roteiro, agendada, sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle da COVID-19. Nessa etapa da pesquisa, os espaços de sala de espera ou outro local da Unidade podem ser utilizadas. Assim como as visitas domiciliares da equipe podem ser recursos importantes para a coleta. Lembrando que os pesquisadores de campo serão os próprios profissionais de saúde que atuam nas Unidades de Saúde. Esses terão que negociar com os seus coordenadores para realizar a pesquisa no período indicado no cronograma.

Critérios de Inclusão

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

Critérios de Exclusão

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
 Bairro: Chaparia CEP: 69.050-020
 UF: AM Município: MANAUS
 Telefone: (92)3575-4355 Fax: (92)3575-4355 E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Endereço: Av. UIRAMÓ LIMA, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (91) 9478-4368

Fax: (91) 9878-4368

E-mail: rep_uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

Declaração de Pesquisadores	PiraquaraPR.pdf	13/08/2020 23:59:07	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ParaisodoSulRS.pdf	13/08/2020 23:58:56	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NovoHamburgoRS.pdf	13/08/2020 23:58:45	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Maringa.pdf	13/08/2020 23:58:32	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MarauRS.pdf	13/08/2020 23:58:24	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LajeadoRS.pdf	13/08/2020 23:58:16	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	JuizvillePR.pdf	13/08/2020 23:58:08	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EstrelaRS.pdf	13/08/2020 23:58:01	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CuritibaPR.pdf	13/08/2020 23:57:54	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CorbeliaPR.pdf	13/08/2020 23:57:48	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Colombo.pdf	13/08/2020 23:57:33	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CanoasRS.pdf	13/08/2020 23:57:25	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	VarjaodeMinasMG.pdf	13/08/2020 23:54:00	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SuzanoSP.pdf	13/08/2020 23:53:46	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SerraES.pdf	13/08/2020 23:53:36	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SerradoSalitre.pdf	13/08/2020 23:53:23	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SaoGotardoMG.pdf	13/08/2020 23:53:11	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SaoConceicaoAbateMG.pdf	13/08/2020 23:52:57	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PatosdeMinasMG.pdf	13/08/2020 23:52:43	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	OuropretoMG.pdf	13/08/2020 23:52:27	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MatiasBarbosaMG.pdf	13/08/2020 23:52:15	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MarianaMG.pdf	13/08/2020 23:51:55	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LeopoldinaMG.pdf	13/08/2020 23:51:42	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LagoaGrandeMG.pdf	13/08/2020	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

Declaração de Pesquisadores	TeresinaPI.pdf	13/08/2020 23:42:59	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SimaoDiasSE.pdf	13/08/2020 23:42:47	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	SaoLuis.pdf	13/08/2020 23:42:30	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PortoSeguroBA.pdf	13/08/2020 23:42:18	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PimenteirasPI.pdf	13/08/2020 23:42:06	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	PetrolinaPE.pdf	13/08/2020 23:41:54	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NisiaFlorestaRN.pdf	13/08/2020 23:41:41	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	NeopolisSE.pdf	13/08/2020 23:41:28	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MorenoPE.pdf	13/08/2020 23:41:15	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MaceioAL.pdf	13/08/2020 23:40:53	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ItapiunaCE.pdf	13/08/2020 23:40:36	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ItapecuruMirimMA.pdf	13/08/2020 23:40:23	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ItabunaBA.pdf	13/08/2020 23:40:10	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ImperatrizMA.pdf	13/08/2020 23:38:28	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FortalezaCE.pdf	13/08/2020 23:38:12	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	FeiraGrandeAL.pdf	13/08/2020 23:37:56	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	EunapolisBA.pdf	13/08/2020 23:37:39	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CondadoPE.pdf	13/08/2020 23:37:28	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CantodoBuritiPI.pdf	13/08/2020 23:37:11	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CampinaGrandePB.pdf	13/08/2020 23:36:35	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	BayeuxPB.pdf	13/08/2020 23:36:15	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	BaturiteCE.pdf	13/08/2020 23:35:41	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de Pesquisadores	BatalhaPI.pdf	13/08/2020 23:31:58	Júlio Cesar Schweickardt	Aceito
Declaração de	BarradeSantanaPB.pdf	13/08/2020	Júlio Cesar	Aceito

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 4.345.618

MANAUS, 19 de Outubro de 2020

Assinado por:
ELIELZA GUERREIRO MENEZES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

ANEXO D

DIRETRIZES PARA AUTORES – REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

12/05/2023, 22:51

Submissões | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

1



REVISTA BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

INÍCIO / Submissões

Submissões

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. [Acesso](#) em uma conta existente ou [Registrar](#) uma nova conta.

Condições para submissão

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

- ✓ O manuscrito atende ao [foco e escopo](#) da RBMFC.
- ✓ O manuscrito não foi publicado, nem se encontra em análise para publicação em qualquer periódico avaliador por pares.
- ✓ O manuscrito foi preparado de acordo com a [política de seção](#) correspondente.
- ✓ Os autores concordam com a declaração de direito autoral (na página [Submissões](#), logo acima de [política de privacidade](#)).
- ✓ Para preenchimento do formulário de submissão, a pessoa que realiza a submissão dispõe de todos os dados sobre cada um dos autores: nome completo, [ORCID iD](#), URL do [currículo Lattes](#) (brasileiros), instituição/afiliação, [declaração de conflitos de interesse](#) e breve biografia profissional.
- ✓ Todas as pessoas listadas como autoras atendem aos [critérios de autoria](#), e todas as pessoas atendendo aos quatro critérios de autoria estão listadas como autoras.
- ✓ Todas as pessoas que atendam a um ou mais critérios de autoria tiveram sua contribuição descrita em uma declaração a ser submetida como documento suplementar, como descrito em

Preparo do manuscrito.

- ✓ O documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa (ou equivalente se fora do Brasil) está pronto para ser enviado como documento suplementar; ou o manuscrito não relata pesquisas com seres humanos.
- ✓ Autores possuem consentimento por escrito assinado pelos participantes da pesquisa ou seus responsáveis; ou o manuscrito não relata pesquisa com sujeitos humanos; ou um comitê de ética em pesquisa isentou os pesquisadores de obter consentimento por escrito.
- ✓ Os autores possuem consentimento por escrito assinado pelo paciente ou seu responsável, autorizando a publicação do caso clínico; ou o manuscrito não relata um caso clínico.
- ✓ Os métodos do manuscrito possuem plano de compartilhamento de dados, conforme descrito em [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#); ou o manuscrito não relata pesquisa empírica.
- ✓ Os métodos do manuscrito atestam o uso de dados de compartilhamento de acordo com quaisquer termos acordados no recebimento dos dados, conforme descrito em [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#); ou o manuscrito não relata uma análise secundária de dados de compartilhamento de pesquisa empírica.
- ✓ O manuscrito foi redigido conforme as diretrizes e extensões relevantes da *Rede EQUATOR*, conforme descrito em [Dados abertos e reprodutibilidade](#); ou não se aplica.
- ✓ A pesquisa foi incluída em um registro público antes de inscrever seu primeiro participante, conforme descrito em [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#); ou o manuscrito não relata um ensaio clínico.
- ✓ O manuscrito atende às [diretrizes aos autores](#).
- ✓ Os métodos do manuscrito descrevem se e como pacientes e comunidade participaram do estudo; ou o manuscrito não relata pesquisa empírica.

1

Diretrizes para Autores

Antes mesmo de preparar o manuscrito, autores em potencial devem verificar se o trabalho atende ao foco e escopo, assim como às outras [políticas editoriais](#) da Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC). Essas políticas e estas instruções foram atualizadas pela última vez em 2 de março de 2021.

A RBMFC não cobra taxas de publicação ou submissão, nem aceita publicidade; suas despesas são integralmente custeadas pela SBMFC.

A RBMFC é indexada pela [LILACS](#), [DOAJ](#), [REDIB](#), [Open Citations Index](#), [Dimensions](#), [Scite](#), [Google Scholar](#) (índice h5) e [PKP Index](#), além de ser listada nos diretórios [Latindex](#), [EZB](#), [Diadorim](#), [Sherpa Romeo](#), [Periódicos CAPES](#) e [ISSN Portal](#) (ROAD, The Keepers). Na avaliação do quadriênio 2017 a 2020 (que é a mais recente), o sistema [Qualis CAPES](#) classificou a RBMFC como B2 em todas as áreas de conhecimento avaliadas.

Em 2020, a RBMFC aceitou para publicação 18% das submissões recebidas. No mesmo ano, a revista declinou 82% das submissões: 65% na entrada e 17% após a avaliação externa. Quatro quintos das submissões receberam a primeira decisão editorial em 30 dias. Os artigos foram publicados em média 263 dias após a submissão.

2

Preparo do manuscrito

A RBMFC aceita manuscritos em português, espanhol ou inglês, nos formatos ODT, DOC ou DOCX. Para facilitar a revisão por pares, recomendamos que as linhas e páginas sejam numeradas. Sugerimos página em formato A4, com margens superior e inferior de 1,25 cm, esquerda de 3 cm e direita de 2 cm; parágrafos com entrelinhas de 1,5 linha; e fonte Arial, tamanho 12.

Os manuscritos devem ser preparados segundo as [recomendações do ICMJE](#). Devido à revisão por pares duplo-cega, a folha de rosto deve ser substituída por um documento suplementar chamado “**Declarações**”, contendo:

- **Colaboradores:** Informar de que forma cada autor ou colaborador atende aos [critérios de autoria](#). Por exemplo, “Concepção e/ou delineamento do estudo: FT, CS. Aquisição, análise ou interpretação dos dados: FT, BT, CS. Redação preliminar: FT. Revisão crítica da versão preliminar: BT, CS, José Vitória. Todos os autores aprovaram a versão final e concordaram com prestar contas sobre todos os aspectos do trabalho.” sendo FT, CS e BT os acrônimos do nome dos autores. Alternativamente, os autores e colaboradores poderão utilizar a [Taxonomia das Funções do Colaborador \(CRediT\)](#) para expressar a contribuição de cada autor ou colaborador.
- **Conflitos de interesse:** Para cada colaborador, informar quaisquer relações ou atividades que possam enviesar ou serem vistos como enviesando o trabalho, de acordo com a [política de conflitos de interesse](#).
- **Agradecimentos:** Outros agradecimentos devidos.

O **manuscrito** propriamente dito deve trazer os seguintes elementos:

- Título nos três idiomas. Não há um limite rígido para o tamanho do título, mas ele deve ser sucinto, chamativo e representativo do conteúdo do manuscrito.
- Título corrido no idioma do manuscrito, com menos de 40 caracteres (contando o espaço).
- Resumo e palavras-chave nos três idiomas. A [Política de Seção](#) especifica o tamanho, formato e conteúdo dos resumos. As palavras-chave devem ser entre 3 e 5, e devem necessariamente constar nos [Descritores em Ciências da Saúde \(DeCS\)](#). A ferramenta [MeSH on Demand](#) ajuda a escolher palavras-chave, embora não tenha palavras-chave existentes

apenas nos DeCS. O corpo editorial da RBMFC se reserva o direito de ajustar as palavras-chave.

- O corpo do manuscrito deve ser redigido de forma clara e concisa, respeitando as [Políticas de Seção](#). O corpo do texto não deve repetir todos os dados contidos em tabelas e outras ilustrações, assim como gráficos não devem repetir dados contidos em tabelas ou vice-versa. Notas de rodapé são proibidas.
- O título das tabelas e figuras deve ser inserido ao longo do manuscrito principal, em seguida ao primeiro parágrafo citando a tabela ou figura. Tabelas e figuras de formato vetorial (gráficos, mapas etc.) devem ser inseridas junto ao título em seu formato original, e não como capturas de telas ("prints"). Figuras em formato raster ("bitmap"), como fotografias, devem ser anexadas como documentos suplementares, preferencialmente em formato TIFF com resolução de 300 dpi ou mais.
- Referências seguindo o estilo Vancouver, conforme os [exemplos nesta página](#) e os [detalhes neste livro eletrônico](#) da *National Library of Medicine* (EUA). O *digital object identifier* (DOI; exemplo: "https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1505") deverá ser listado ao fim de cada referência, quando disponível. O endereço na Internet (URL, de *uniform resource locator*) deve ser informado (conforme especificado no guia) para recursos eletrônicos que não tenham DOI, ISSN ou ISBN.

O manuscrito deve ser redigido de acordo com a política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#) (recomendações da Rede EQUATOR, plano de compartilhamento de dados, citação de dados etc.).

Conforme descrito no editorial "Pesquisar para quê?", manuscritos de pesquisa empírica deverão descrever se e de que forma pacientes e comunidade participaram do planejamento e/ou delineamento da pesquisa.

No caso de pesquisas com financiamento externo, os autores devem informar nos Métodos o papel do financiador no delineamento da pesquisa, na coleta e análise de dados, na decisão de publicar e na escolha da revista, conforme recomendado pelo [CSE](#) e pelo [ICMJE](#).

Abreviaturas e acrônimos devem ser restritos àqueles amplamente conhecidos; e devem ser expandidos em sua primeira ocorrência; e devem ser evitados nos títulos. Não é necessário nomear por extenso as abreviaturas do Sistema Internacional de Unidades e outras consagradas em outros sistemas técnicos, como *sp* ou *spp* na nomenclatura binomial das espécies. Unidades de medidas para exames de laboratório que não sigam o Sistema Internacional de Unidades devem vir acompanhadas da respectiva conversão; por exemplo, "uma glicemia de 126 mg/dL (7,0 mmol/L)".

Tabelas (numéricas ou textuais) e figuras (gráficos, mapas, fotografias etc.) devem ser citadas no corpo do manuscrito (não no resumo), como em "Metade dos participantes eram do sexo feminino, e a idade média foi 42 anos (Tabela 1)", ou "As características na amostra estão descritas na Tabela 1". Tanto tabelas quanto figuras devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, e ter títulos autoexplicativos. Quaisquer abreviaturas ou acrônimos utilizados em tabelas ou figuras devem ser expandidos nos respectivos rodapé.

As referências devem ser citadas no corpo do manuscrito utilizando numeração consecutiva; por exemplo, “A atenção primária à saúde é fundamental para que os sistemas de saúde cumpram sua missão.¹ De acordo com Starfield,² a atenção primária é definida pela concomitância de quatro atributos fundamentais...”. Citações dentro de tabelas ou figuras devem seguir a ordem do texto anterior à ilustração.

O manuscrito principal deve omitir o nome e a afiliação institucional dos autores; essas informações serão preenchidas no formulário de submissão. Além disso, ao preparar o manuscrito principal os autores devem substituir por “XXXXXXXXXX” (sem aspas) quaisquer nomes próprios que possam identificar os autores ou suas afiliações institucionais, como a organização à qual pertence o comitê de ética ou o município onde foram coletados os dados. Após a aprovação, os autores serão lembrados de substituir os “XXXXXXXXXX” antes da editoração.

Desde janeiro de 2020, a RBMFC não aceita **material suplementar**. Instrumentos de pesquisa (por exemplo, questionários), bancos de dados e outros materiais suplementares deverão ser depositados em repositórios como [Zenodo](#), [OSF](#) ou [Figshare](#), e citados no manuscrito conforme descrito na política de [Dados Abertos e Reprodutibilidade](#).

Políticas de Seção

Artigos de Pesquisa

Esta seção inclui pesquisa original, ensaios e revisões. A pesquisa original pode usar métodos quantitativos, qualitativos ou mistos; os ensaios podem ser teóricos ou metodológicos; e as revisões podem ser sistemáticas, de escopo ou integrativas.

O resumo deve ter até 400 palavras, e ser estruturado em Introdução, Objetivo, Métodos, Resultados e Conclusões. O texto principal deve ser redigido de forma objetiva, com um tamanho recomendado de até 3,5 mil palavras, e ser estruturado em Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e (opcionalmente) Conclusão. A discussão deve contemplar as seguintes questões: (1) resumo dos principais achados; (2) fortalezas e limitações; (3) comparação com a literatura; e (4) implicações para pesquisa e/ou prática profissional. A estrutura do resumo e do texto principal pode ser adaptada seguindo diretriz da *EQUATOR Network* (ver [Dados abertos e reprodutibilidade](#)) ou mediante justificativa, apresentada em comentário ao editor durante o preenchimento do formulário de submissão. Ensaios têm maior flexibilidade na estrutura do texto principal, mas devem trazer análises robustas e mensagens claras.

Manuscritos submetidos a esta seção devem atender às políticas sobre [Ética em pesquisa](#) e [Dados abertos e reprodutibilidade](#).

Artigos de Revisão Clínica

Esta seção inclui revisões narrativas para atualização da prática clínica. Enquanto revisões sistemáticas (publicadas na seção [Artigos de pesquisa](#)) respondem a questões bem delimitadas, as revisões clínicas atualizam o leitor sobre algum tema clínico de interesse. “[Revisões baseadas na evidência](#)” serão consideradas para publicação se responderem a perguntas amplas. Questões estreitas são melhor respondidas por revisões sistemáticas; ver a seção Artigos de Pesquisa.

Artigos de revisão clínica aliam a melhor evidência clínica à experiência profissional dos autores, com ênfase em desfechos orientados aos pacientes. As revisões clínicas devem citar as principais e mais recentes revisões sistemáticas e diretrizes clínicas derivadas sistematicamente, bem como pesquisa original quando for necessário. Opcionalmente, as revisões clínicas podem trazer uma avaliação formal das evidências, em um quadro listando as principais recomendações, as respectivas citações e a classificação *Strength of Recommendation Taxonomy (SORT)*. A RBMFC publicou um guia de [como preparar uma revisão clínica](#).

O resumo deve ter até 250 palavras, condensar o conteúdo do artigo, e não ser estruturado. O texto principal deve ter um tamanho recomendado de até 2,5 mil palavras, e ser redigido tendo em mente a prática clínica do médico de família e comunidade. O texto principal consiste em Introdução, Métodos, outras seções, e Considerações finais. A introdução delimita o tema (“do que se trata”) e justifica sua importância (epidemiologia na comunidade ou no consultório, impacto sobre a qualidade de vida, etc). Os métodos descrevem a estratégia de busca, as bases de dados consultadas e a data da busca. Em vez de “Resultados e Discussão”, a revisão clínica deve ter seções mais adequadas ao tema específico, articulando experiência profissional às evidências encontradas; uma opção frequentemente útil são as seções “Avaliação” (ou “Diagnóstico”) e “Recomendações”. Recomenda-se fortemente que o artigo tenha um fluxograma para avaliação e/ou manejo, dentre outras ilustrações. As considerações finais podem trazer perspectivas futuras e pontuam incertezas ou discrepâncias.

As submissões para esta seção deverão ser feitas preferencialmente em língua portuguesa.

Casos Clínicos

5

Esta seção publica artigos relatando casos clínicos que contribuam significativamente para o conhecimento médico, por exemplo indicando a necessidade de mudanças na prática clínica. Séries de casos são consideradas pesquisa, e devem ser submetidas à seção [Artigos de pesquisa](#).

Os artigos devem trazer as informações recomendadas pelas [diretrizes CARE](#). O resumo tem até 200 palavras, e é estruturado em Introdução, Apresentação do caso e Conclusões. O texto principal tem um tamanho recomendado de até 2 mil palavras, e deve ser estruturado em Introdução, Apresentação do caso, Discussão e Conclusão.

A seção [Ética em pesquisa](#) traz instruções importantes para a submissão de casos clínicos – apesar de casos clínicos não serem considerados pesquisa.

Relatos de Experiência

Esta seção publica relatos de experiência em melhoria de qualidade na gestão da clínica ou educação médica na atenção primária à saúde, desde que contribuam significativamente para o conhecimento sobre o assunto. Avaliação de serviços de saúde é considerada pesquisa original, e deve ser submetida à seção [Artigos de pesquisa](#).

A redação do relato de experiência deve seguir as [diretrizes SQUIRE](#). O resumo deve ter até 300 palavras, e ser estruturado em Problema, Método, Resultados e Conclusão. O texto principal tem um tamanho recomendado de até 3 mil palavras, e deve ser dividido em Introdução (descrição do problema; conhecimento disponível; justificativa; objetivos específicos), Métodos (contexto; intervenção; estudo da intervenção; medidas; análise; considerações éticas), Resultados e Discussão (sumário; interpretação; limitações; conclusões), conforme explicado nas diretrizes mencionadas.

Perspectivas

Esta seção publica análises, reflexões, pontos de vista e discussões sobre temas pertinentes à medicina de família e comunidade e/ou atenção primária à saúde, incluindo temas anteriormente direcionado para as seções “histórias da linha de frente”, “otimizando o cuidado” e “espaço aberto”. Os artigos devem acrescentar conhecimento significativo à literatura e apresentar mensagens claras.

Os resumos não são estruturados, e têm até 150 palavras. O texto principal deve ter até 2 mil palavras, e o formato é livre.

Resenhas

Esta seção publica análises críticas de livros, filmes e demais produções, lançadas nos últimos 3 anos, no Brasil ou em outros países, relacionadas à medicina de família e comunidade, atenção primária à saúde ou temáticas de relevância para o desenvolvimento de sistemas de saúde e práticas de saúde de interesse para o campo da MFC/APS.

As resenhas devem ser iniciadas com a referência bibliográfica da publicação analisada, e seu tamanho recomendado é de até 1,5 mil palavras. Os resumos devem ter até 150 palavras, e não serem estruturados. O artigo deve usar poucas referências, até 10.

Cartas ao Editor

Esta seção publica comunicações breves discutindo artigos publicados pela RBMFC. O objetivo é fazer uma revisão por pares pós-publicação, por exemplo destacando implicações ou limitações que não tenham sido discutidas pelos autores.

Cartas ao editor devem ser sucintas (até 600 palavras), e o artigo sendo discutido deve ser o primeiro (ou único) a ser citado. Não há resumo.

Documentos da SBMFC

Esta seção publica documentos oficiais de colegiados ligados à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

Declaração de Direito Autoral

Ao submeterem um manuscrito à RBMFC, os autores mantêm a titularidade dos direitos autorais sobre o artigo, e autorizam a RBMFC a publicar esse manuscrito sob a [licença Creative Commons Atribuição 4.0](#) e identificar-se como veículo de sua publicação original.

Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

A Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (RBMFC) é um periódico revisado por pares publicado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. Os artigos são publicados de forma contínua ao longo do ano, e podem ser lidos e redistribuídos gratuitamente. Autores em potencial devem tomar conhecimento das políticas editoriais da RBMFC, começando pelo [foco e escopo](#) do periódico e a [política da seção pretendida](#), facilitando a adesão às diretrizes para autores.

ENVIAR SUBMISSÃO

IDIOMA

 Português (Brasil)

 Español (España)

12/05/2023, 22:51

Submissões | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

 English**TWEETS BY @RBMFCBRASIL**

Indexada em**scite_**

Google Scholar



12/05/2023, 22:51

Submissões | Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade

**Filiada à****Revista parceira**

INFORMAÇÕES

[Para Leitores](#)[Para Autores](#)[Para Bibliotecários](#)

Platform &
workflow by
OJS / PKP



[RBMFC] Agradecimento pela submissão ➡

Caixa de entrada



Secretaria da RBMFC vi... Há 4 dias
para mim ▾



Lilyanne Valério,

Agradecemos a submissão do trabalho "INFORMAÇÃO E PREVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA DA COVID-19 NO TERRITÓRIO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM PERNAMBUCO" para a revista Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade.

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/authorDashboard/submission/3763>

Login: lilyannevalerio

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Secretaria da RBMFC

ANEXO E

CARTA DE ACEITE DO CAPÍTULO PARA O LIVRO DIGITAL



DECLARAÇÃO

de aceite

Declaramos que o manuscrito **“Comunicação de risco por agentes comunitários de saúde na prevenção da Covid-19”**, de autoria de Lilyanne Barboza de Oliveira Valério e Rilva Lopes de Sousa Muñoz, foi aceite para publicação no e-book **“Emerging issues related to the corona virus pandemic (COVID19)”** - ISBN nº 978-65-84976-38-2 este e-book é editado pela Seven Publicações Ltda. CNPJ: 43.789.355/0001-14.

Nathan Albano Valente
Editor de redação

São José dos Pinhais, Brasil, 10 de maio de 2023.

Seven Publicações Ltda. CNPJ: 43.789.355/0001-14 Tv. Ferdinando
Aristides Moleta - Afonso Pena, São José dos Pinhais - PR, 83045-090