



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ-UFPI
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS GRADUAÇÃO
CAMPUS MINISTRO REIS VELLOSO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ADEMIR ARAGÃO MOURA

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MÁSCARA E PERCEPÇÕES SOBRE
A EFICÁCIA DAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA A COVID-19 ENTRE
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO PIAUÍ.**

PARNAÍBA – PI

2022

ADEMIR ARAGÃO MOURA

**FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MÁSCARA E PERCEPÇÕES SOBRE
A EFICÁCIA DAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA A COVID-19 ENTRE
USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO PIAUÍ.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Piauí-UFPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. João Maria Corrêa Filho.

PARNAÍBA – PI

2022

M929f

Moura, Ademir Aragão.

Fatores associados ao uso de máscara e percepções sobre a eficácia das medidas preventivas contra a COVID-19 entre usuários da atenção básica do Piauí / Ademir Aragão Moura. -- 2022.

71 f. : il.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, 2022.

Orientação : Prof. Dr. João Maria Corrêa Filho.

Bibliografia

1. COVID-19 - Ações preventivas. 2. Equipamentos de proteção individual. 3. Modelo de crenças de saúde (*Health Belief Model*). I. Corrêa Filho, João Maria. II. Título.

CDD 613

Elaborada por Fabíola Nunes Brasilino CRB 3/ 1014

ANEXO D

ATA DA SESSÃO DE DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DO MESTRADO

Curso de Pós-Graduação MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA	Instituição Associada UFPI
Ata da Sessão de Defesa do Trabalho de Conclusão do Mestrado do(a) Mestrando(a) ADEMIR ARAGÃO MOURA	
Realizada no Dia 29 de setembro de 2022	

Às 18:00 horas do dia **29** do mês de setembro do ano 2022 de realizou-se a sessão de defesa do Trabalho de Conclusão do Mestrado, do discente, Ademir Aragão Moura. intitulado

FATORES ASSOCIADOS AO USO DE MÁSCARA E PERCEPÇÕES SOBRE A EFICÁCIA DAS MEDIDAS PREVENTIVAS CONTRA A COVID-19 ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DO PIAUÍ.

A banca examinadora foi composta pelo professores doutores

Prof. Dr. Irapuá Ferreira Ricarte, Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira,
orientador(a), **Prof. Dr. João Maria Corrêa Filho**

A sessão foi aberta pelo Coordenador da Banca de Defesa do Pós-Graduação que apresentou a banca examinadora e passou a palavra para o candidato. Após a exposição do trabalho, seguiu-se o processo de arguição do mestrando. O primeiro examinador foi Prof. Dr. Irapuá Ferreira Ricarte. Logo após procedeu a arguição o Prof. Dr. Francisco Jander de Sousa Nogueira.

Em seguida a banca examinadora se reuniu reservadamente a fim de avaliar o desempenho do mestrando. A banca examinadora considerou APROVADO o trabalho do discente. Sendo sugerido correções na e metodologia. Nada mais havendo a relatar a sessão foi encerrada às 19:30 horas, e eu Prof. Dr. João Maria Corrêa Filho, orientador do programa de Pós-Graduação do Profsaúde, Instituição **PROFSAUDE UFPI** lavrei a presente ata que, depois de lida e aprovada, será assinada por mim e pelos membros da banca examinadora.



Ademir Aragão Moura

Parnaíba – PI., 29 de setembro de 2022.



**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO REMOTA EM BANCA EXAMINADORA
(Conforme Resolução Nº 037/2020-CEPEX)**

Declaro que no dia 29 / 09 / 2022 , às 18 h 00 min , participei de forma remota com os demais membros deste ato público, da banca examinadora de Defesa de Mestrado da discente ADEMIR ARAGÃO MOURA do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAUDE) da UFPI. Considerando o trabalho avaliado, as arguições de todos os membros da banca e as respostas dadas pelo(a) discente(a), formalizo para fins de registro, minha decisão de que o(a) discente está Aprovado.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Jander de Sousa Nogueira
Universidade Federal do Piauí



**DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO REMOTA EM BANCA EXAMINADORA
(Conforme Resolução Nº 037/2020-CEPEX)**

Declaro que no dia 29 / 09 / 2022 , às 18 h 00 min , participei de forma remota com os demais membros deste ato público, da banca examinadora de Defesa de Mestrado da discente ADEMIR ARAGÃO MOURA do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família (PROFSAUDE) da UFPI. Considerando o trabalho avaliado, as arguições de todos os membros da banca e as respostas dadas pelo(a) discente(a), formalizo para fins de registro, minha decisão de que o(a) discente está Aprovado.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Irupá Ferreira Ricarte
Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Dedico este trabalho a todos os usuários do sistema único de saúde – SUS- que se dispuseram a participar desta pesquisa em período marcado pelo medo, insegurança e crise sanitária.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade a mim concedida de realizar esse sonho que é a conclusão do Mestrado no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família pela Universidade Federal do Delta do Parnaíba – UFDPAr

Agradeço aos meus pais e irmãos pelo incansável apoio, por muito terem se doado ao longo da vida para que eu tivesse acesso à melhor educação formal, e pudesse construir uma base sólida para chegar até aqui.

Agradeço à minha esposa Ana Luiza que, sem dúvidas, foi a pessoa mais presente em todos os momentos da elaboração da minha dissertação, debatendo diversas vezes comigo os assuntos relacionados a este trabalho e preenchendo de amor os meus dias.

Agradeço à minha filha Melissa, que veio a este mundo no transcorrer da elaboração desse estudo para transbordar nossas vidas de felicidade.

Aos mestres do PROFSAUDE, por terem compartilhado comigo tanto conhecimento, contribuindo para ampliar os meus horizontes e permitindo-me reconhecer a potência da atenção primária à saúde na minha profissão enquanto médico.

É necessário, como em poucas vezes na história nacional, defender intransigentemente o SUS como modelo a ser (sem prejuízo do seu aprimoramento) universalizado. Não é possível naturalizar, em pleno quadro de morte de milhares de pessoas, sistemas de saúde que diferenciam leitos públicos e privados, sustentados por quem tem acesso a caríssimos (e cada vez mais ineficientes) planos de saúde(...) Como afirmam os movimentos populares de saúde, saúde é direito, não mercadoria. *Vida longa ao SUS!**

*DA SILVA, Welison Matheus Fontes; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do sus na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 1–8, 2020.

RESUMO

INTRODUÇÃO: A doença provocada pelo Sars-cov2 (COVID-19) permanece como grave ameaça à saúde pública desde o primeiro caso descoberto em Wuhan em 2019. Dada a inexistência de medidas específicas de combate ao vírus, muitos países adotaram medidas de controle baseadas no uso de máscaras, higiene das mãos e distanciamento social. Considerando o uso de máscaras em via pública em nosso meio um hábito novo buscou-se estudar a credibilidade que os usuários da atenção básica dão a esta medida bem como às demais medidas preventivas e os fatores associados ao seu uso. Utilizou-se como base de análise o Modelo de crenças em saúde – *Health belief model*. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo quantitativo transversal em que foram entrevistados 303 usuários de 5 cidades do Piauí, através de questionário estruturado entre fevereiro e julho de 2021, sendo este estudo braço de estudo multicêntrico nacional intitulado “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”. Foram analisados: informações sociodemográficas, taxa de adoção do uso das medidas preventivas, universo informacional, percepção de susceptibilidade ao adoecimento, percepção da severidade da doença e percepção de benefício das medidas preventivas. Foram calculadas estatísticas descritivas: média, desvio padrão para as variáveis quantitativas; e frequências absolutas e relativas, para as variáveis qualitativas. Na análise inferencial, para avaliar os preditores das variáveis dependentes: confiabilidade no uso de máscara, confiabilidade nas medidas de proteção e susceptibilidade ao vírus, foi utilizado o modelo de Regressão de Poisson, com o estimador robusto da matriz de covariâncias. Os valores foram expressos na forma de Razão de Prevalência (RP) robusta, intervalos de confiança (IC_{95%}) e a significância do Teste Qui-quadrado de Wald. O nível de significância adotado foi de $p \leq 0,05$. **RESULTADOS:** Observou-se que o uso da máscara foi a informação mais recebida pelos usuários (95,7%), sendo a televisão o veículo principal de divulgação das informações ao passo que o agente de saúde foi a fonte de informação de maior credibilidade. O uso da máscara foi a medida mais efetivamente implementada, com altas taxas de uso (93,7%). Além disso foi a medida de maior importância atribuída frente às demais medidas preventivas. Ainda assim, a maioria dos usuários encontrou-se indecisa sobre o potencial protetivo das medidas preventivas, modulando a percepção de susceptibilidade ao vírus. Observou-se ainda que ter parceiro fixo, morar em cidade do interior do Estado, ter maior escolaridade e maior renda implica em maior percepção de susceptibilidade ao vírus. Fatores demográficos (maior nível de renda e escolaridade) foram preditores de maior confiança no uso da máscara e das medidas preventivas em geral, porém não há fator individual baseado no modelo de crenças em saúde relacionado à maior confiabilidade atribuída ao uso de máscaras, indicando que as altas taxas de adoção e importância dada a ela possam estar relacionados a influências externas (norma social e decretos normativos). **CONCLUSÃO:** Os usuários adotaram em grande escala e consideraram as medidas preventivas importantes frente ao Sars cov-2, porém o senso de proteção dado por elas é baixo, minando a sua confiança nas medidas e modulando negativamente a percepção de susceptibilidade. Tais achados são de suma importância para elaborar estratégias de comunicação em saúde voltadas a prevenção rápida de agravos em pandemias futuras.

Palavras-chave: COVID-19. Ações preventivas contra doenças. Equipamentos de proteção individual. Modelo de crenças de saúde (*Health Belief Model*).

ABSTRACT

INTRODUCTION: The disease caused by Sars-cov2 remains a serious threat since the first case discovered in Wuhan in 2019. Given the lack of specific measures to combat the virus, many countries have adopted control measures based on the use of masks, hand hygiene and social distancing. Considering the use of masks on public roads in our country as a new habit, we sought to study the credibility that users of primary care give to this measure as well as to other preventive measures and the factors associated with their use and reliability. The Health Belief Model was used as a basis for analysis. **METHODOLOGY:** This is a cross-sectional quantitative study in which 303 users from 5 cities in Piauí were interviewed, through a structured questionnaire between February and July 2021, this study being an arm of a national multicenter study entitled "Prevention and control of COVID-19- Multicenter study on the perception and daily practices of medical-scientific guidelines by the population of the territories covered by Primary Health Care". The following were analyzed: sociodemographic information, adoption rate of the use of preventive measures, informational universe, perception of susceptibility to illness, perception of the severity of the disease and perception of the benefit of preventive measures. Descriptive statistics were calculated: mean, standard deviation for quantitative variables; and absolute and relative frequencies for qualitative variables. In the inferential analysis, to evaluate the predictors of the dependent variables: reliability in mask use, reliability in protection measures and susceptibility to the virus, the Poisson Regression model was used, with the robust estimator of the covariance matrix. Values were expressed as robust Prevalence Ratio (PR), confidence intervals (95%CI) and the significance of Wald's Chi-square test. The significance level adopted was $p \leq 0.05$. **RESULTS:** It was observed that the use of a mask was the information most received by users (95.7%), with television being the main vehicle for disseminating information, while the health agent was the most credible source of information. The use of a mask was the most effectively implemented measure, with high rates of use (93.7%). In addition, it was the most important measure attributed to other preventive measures. Even so, most users were undecided about the protective potential of preventive measures, modulating the perception of susceptibility to the virus. It was also observed that having a steady partner, living in a city in the interior of the state, having higher education and higher income implies a greater perception of susceptibility to the virus. Demographic factors (higher income and education) were predictors of greater confidence in the use of masks and preventive measures in general, but there is no individual factor based on the model of health beliefs related to the greater reliability attributed to the use of masks, indicating that the high rates of adoption and the importance given to it may be related to external influences (social norms and normative decrees). **CONCLUSION:** Users adopted on a large scale and considered the preventive measures important against Sars cov-2, but the sense of protection given by them is low, undermining their confidence in the measures and negatively modulating the perception of susceptibility. Such findings are of paramount importance to develop health communication strategies aimed at rapid prevention of diseases in future pandemics.

Keywords: COVID-19. Preventive actions against diseases. Equipments for individual safety. Health Belief Model.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

SARS	Síndrome da angústia respiratória severa
Sars-cov 2	Coronavírus-2 causador de síndrome da angústia respiratória severa (SARS)
COVID-19	Doença provocada pelo novo coronavírus (Sars-cov2)
SUS	Sistema único de saúde
OMS	Organização mundial de saúde
H1N1	Vírus influenza H1N1
EPI	Equipamento de proteção individual
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	35
TABELA 2-	UNIVERSO INFORMACIONAL E CONFIABILIDADE ATRIBUÍDA A INFORMAÇÕES SOBRE O CORONAVÍRUS RECEBIDAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	36
TABELA 3-	AÇÕES PREVENTIVAS ADOTADAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	37
TABELA 4-	GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO DO CORONAVÍRUS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	39
TABELA 5-	CONFIANÇA NAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO CONTRA O CORONAVÍRUS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	42
TABELA 6-	CONFIANÇA NO USO DE MÁSCARA CONTRA O CORONAVÍRUS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	43
TABELA 7-	SUSCEPTIBILIDADE AO VÍRUS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	44
TABELA 8-	CONFIANÇA NO USO DE MÁSCARA CONTRA O CORONAVÍRUS SEGUNDO CONFIANÇA NAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO, SUSCEPTIBILIDADE, PERCEPÇÃO DA SEVERIDADE, PRESENÇA DE COMORBIDADE E ADOECIMENTO PRÉVIO PESSOAL OU FAMILIAR ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	45

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1-	RECOMENDAÇÃO DA OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE) PARA CONFECÇÃO DE MÁSCARAS DE TECIDO, DESTACANDO O NÚMERO DE CAMADAS NECESSÁRIAS.....	16
FIGURA 2-	MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE E SUAS INTERLIGAÇÕES.....	27
FIGURA 3-	FATORES QUE INFLUENCIAM A ACEITAÇÃO DO USO DE MÁSCARAS, SEGUNDO O MODELO DE CRENÇAS EM SAÚDE.....	28

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1-	AÇÕES CONSIDERADAS AS MAIS IMPORTANTES PARA PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO DO CORONAVÍRUS ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	37
GRÁFICO 2-	NÍVEL DE CONFIANÇA NAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO ADOTADAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	38
GRÁFICO 3-	PERCEPÇÃO DA POSSIBILIDADE DE CONTAMINAÇÃO PELO CORONAVÍRUS ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	38
GRÁFICO 4-	PERCEPÇÃO DE SEVERIDADE DA COVID-19 ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO PIAUÍ,2022.....	39
GRÁFICO 5-	GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO DO CORONAVÍRUS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	40
GRÁFICO 6-	DOENÇAS COMÓRBIDAS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	40
GRÁFICO 7.	INFECÇÃO PESSOAL OU DE MEMBRO DA FAMÍLIA DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA POR CORONAVÍRUS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.....	41

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
2. PANDEMIA E MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA COVID-19	19
2.1. Medidas de prevenção não farmacológicas contra COVID-19.....	19
2.2. Tipos de máscara de proteção individual: considerações sobre evidência de eficácia, vantagens e desvantagens do seu uso.....	21
2.3. Normativas para uso de máscara no Brasil e no mundo	23
2.4. Modelo de crenças em saúde e suas interrelações com uso de máscaras.....	25
2.5. Credibilidade das informações em saúde – como ela se cria e como ela se transforma em períodos de crise sanitária.....	29
3. MATERIAIS E MÉTODOS	32
3.1. Tipo e natureza do estudo	32
3.2. Local de realização da pesquisa	32
3.3. Operacionalização da pesquisa	32
3.4. População/amostra da pesquisa.....	32
3.5. Coleta de dados	32
3.6. Análise de dados.....	33
3.7 Considerações éticas	33
3.8. Riscos e Benefícios	33
4. RESULTADOS	35
5. DISCUSSÃO	46
6. CONCLUSÕES	54
REFERÊNCIAS	55
ANEXOS	58

1 INTRODUÇÃO

A pandemia causada pelo novo coronavírus é considerada a mais grave ameaça à saúde pública mundial desde a primeira pandemia do vírus influenza H1N1, em 1918. Na ausência de uma vacina para o novo coronavírus, que levaria à contenção da atual doença, diversos países adotaram medidas de intervenção não farmacológicas com o objetivo de mitigar a transmissão do vírus, reduzindo os níveis de contato na população, destacando-se: higiene das mãos, distanciamento social e uso de máscara (IWAYA et al., 2020).

Com a finalidade de autoproteção contra as doenças e, também, para prevenir a transmissão de patógenos entre os indivíduos doentes e os saudáveis, as máscaras têm sido utilizadas como uma intervenção popular de saúde pública. Recomenda-se para a população em geral a utilização da máscara como barreira mecânica para a prevenção da dispersão de gotículas, além da prática frequente de higienização das mãos por meio de água e sabão ou com soluções à base de álcool (PEREIRA-ÁVILA et al., 2020).

No Brasil, dada a escassez de equipamentos de proteção individual (EPI's), sobretudo das máscaras cirúrgicas, o Ministério da Saúde recomendou, por meio de nota informativa publicada no dia 2 de abril de 2020, que a população confeccionasse e utilizasse suas próprias máscaras caseiras. Ainda, aconselhou que, para a confecção das máscaras, fossem utilizados tecidos de *cotton*, algodão ou fronhas de tecido antimicrobiano garantindo, assim, uma boa efetividade como barreira física de proteção, desde que desenhadas e higienizadas corretamente. Nesse sentido, considerando que a utilização de máscara não é uma prática comum na população em geral, em tempos de pandemia essa medida tem sido fortemente recomendada e representa uma nova realidade vivenciada pelos brasileiros (PEREIRA-ÁVILA et al., 2020).

Com o avançar da pandemia, o uso ampliado das máscaras em ambientes públicos (estabelecimentos comerciais, parques, locais de trabalho, transportes públicos, entre outros) passou a ser discutido como medida adicional de proteção, a partir da experiência acumulada por outros países em epidemias prévias. O debate sobre essa proposição se fortaleceu devido ao papel de indivíduos assintomáticos, oligossintomáticos ou pré-sintomáticos na disseminação da doença, diante das evidências de que a COVID-19 apresenta um longo período de incubação e do entendimento de que há uma alta carga viral nos estágios iniciais da doença. Somente no dia 5 de junho de 2020, a OMS divulgou

orientações para uso e fabricação de máscaras de pano como proteção contra a COVID-19, e passou a recomendar o uso em locais onde há ampla transmissão da doença e em situações em que o distanciamento social não é possível, como no transporte público (ORTELAN et al., 2021) – FIGURA 01.



FIGURA 1: Recomendação da OMS (Organização Mundial da Saúde) para confecção de máscaras de tecido, destacando o número de camadas necessárias.

FONTE: Traduzido e adaptado de: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>

Estudos ainda sugerem que, apesar de apresentarem uma eficácia menor do que as máscaras cirúrgicas, as máscaras de tecido, se usadas corretamente, funcionam como barreira mecânica à transmissão do vírus, impedindo ou reduzindo o contato dos indivíduos com gotículas contaminadas. Esta redução ocorre porque, se uma gota contaminada atingir a trama do tecido de uma máscara ao invés da boca ou do nariz, ela tende a ficar retida, diminuindo o número de gotículas contaminadas que chegam nas vias respiratórias. Ao evitar a contaminação de seus usuários, as máscaras de tecido ajudam a retardar a velocidade de evolução da epidemia e contribuem para o estabelecimento de uma curva epidêmica mais longa e plana. Contudo, se as máscaras forem posicionadas ao rosto de forma inadequada, com aberturas laterais, podem ter sua efetividade protetora diminuída (COTRIN et al., 2020).

Para Sim, et al (2014), a adesão das pessoas a medidas de prevenção depende, entre outros fatores, da consistência da informação veiculada pelo poder público, da confiabilidade da população nas autoridades públicas e sanitárias e no conhecimento da população acerca da doença. Entender os determinantes pelos quais as pessoas podem apresentar relativa resistência às medidas protetivas contra a disseminação do vírus é, pois, de grande importância para que as políticas públicas baseadas no isolamento social possam ter a eficácia desejada, evitando ou reduzindo a não aderência aos controles sociais propostos (COSTA, 2020).

Dentre os modelos que buscam explicar os fatores associados à mudança de hábitos em saúde encontra-se o “Modelo de crenças em saúde”. Trata-se de um modelo psicológico de mudança de comportamentos em saúde desenvolvido por Rosenstock em 1966 para prever resposta comportamental ao tratamento recebido por pacientes crônica e agudamente doentes. Ele consiste em 4 componentes principais: *percepção de susceptibilidade*, *percepção de severidade*, *percepção de barreiras* e *percepção dos benefícios* de adotar uma nova conduta em saúde (SIM et al., 2014).

Com a evolução da evidência gerada dentro da comunidade médica sobre o papel que o conhecimento e a percepção de risco têm no comportamento individual, o uso desta teoria para prever comportamentos mais gerais em saúde (como por exemplo o uso de máscaras pela comunidade) tem sido mais difundido nos últimos anos. Uma versão modificada da teoria, tem um componente adicional- *indutores de ação*- proposto por Tang, et al (2004), incluindo por exemplo o papel das mídias. Estes componentes permitem uma categorização organizada dos determinantes do uso de máscara na comunidade. Além disso, fornece um modelo para planejamento de intervenções e tem sido usado largamente para explicar outras formas de comportamento preventivo e para planejamento de programas de prevenção em saúde (SIM et al., 2014).

Diante das divergências científicas sobre a eficácia do uso de máscara para conter a pandemia de COVID-19, objetiva-se com este estudo investigar como isto se traduz no imaginário do usuário da atenção básica no que diz respeito à credibilidade dada ao seu uso, à percepção de eficácia e ao uso efetivo desta medida de proteção. São objetivos específicos deste estudo: identificar fatores individuais sociodemográficos relacionados ao uso de máscaras, à credibilidade atribuída a esta medida de saúde pública bem como às demais medidas preventivas por usuários da atenção básica durante a pandemia de COVID-19; verificar que fatores individuais, segundo o Modelo de crenças em saúde,

estão mais associados à confiabilidade no uso das máscaras; avaliar o universo informacional dos usuários quanto ao acesso à informação sobre o uso de máscaras; avaliar fatores individuais relacionados à percepção de susceptibilidade ao vírus.

As conclusões obtidas do estudo poderão fomentar reflexões sobre a estruturação de ações rápidas e organizadas de controle de disseminação de vírus emergentes em futuras pandemias, no intuito de melhorar o alcance e direcionamento das campanhas em saúde voltadas ao uso de máscaras entre os usuários da atenção básica.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: o denominado capítulo 2 dispõe sobre a pandemia de COVID-19 e as medidas preventivas. Nele serão analisados: as principais medidas preventivas incluindo-se o uso de máscara protetiva; considerações sobre eficácia, vantagens e desvantagens do seu uso à luz da evidência disponível; medidas normativas do seu uso no Brasil e no mundo, trazendo-se enfoque local do estado do Piauí; teorização do modelo de crenças em saúde e suas interrelações com a adoção de novo hábito em saúde – uso de máscara em via pública; e por fim, serão feitas considerações sobre a construção de credibilidade em saúde- como ela é criada e pode ser transformada em tempos de crise sanitária.

O terceiro capítulo descreve a metodologia do estudo. No capítulo 4, são apresentados os resultados obtidos, que por sua vez serão discutidos separadamente no capítulo 5. Por fim, serão apresentadas conclusões e considerações finais.

2 PANDEMIA E MEDIDAS DE PREVENÇÃO CONTRA COVID-19

2.1 Medidas de prevenção não farmacológicas contra a COVID-19.

É sabido que a síndrome respiratória aguda grave provocada pelo coronavírus é predominantemente transmitida por meio de contato direto ou indireto com membranas mucosas dos olhos, boca ou nariz. Apesar da letalidade da doença causada pelo Sars-CoV-2 ser mais baixa se comparada a outros coronavírus, sua alta transmissibilidade tem ocasionado um maior número absoluto de mortes do que a combinação das epidemias produzidas por suas outras variantes. A transmissão pode ocorrer ainda pelo contato com superfícies e objetos contaminados, onde o vírus pode permanecer viável por até 72 horas, ou por via fecal-oral. Outro aspecto relevante é o elevado tempo médio de incubação, de aproximadamente 5-6 dias (variando de 0 a 24 dias), sendo que pessoas oligossintomáticas podem funcionar como transmissores da doença (AQUINO, et al.,2020).

Embora 80% dos casos representem infecções respiratórias e pneumonias leves, formas mais severas acometem pessoas mais idosas e grupos de risco com doenças crônicas subjacentes necessitando de hospitalização e eventualmente de cuidados médicos intensivos (AQUINO, et al.,2020).

Ainda não há tratamento farmacológico específico para o vírus. Neste contexto medidas não farmacológicas tem sido adotadas no enfrentamento da doença (COTRIN et al., 2020).

Medidas farmacológicas de combate a infecções virais incluem vacinas e medicações antivirais, que são altamente efetivas na sua erradicação como evidenciado na erradicação da varíola. Entretanto, as vacinas e medicações antivirais levam tempo para serem desenvolvidas e dependem de suprimentos, sendo incapazes de conter pandemias principalmente nos estágios iniciais. Intervenções *não farmacológicas* por outro lado são capazes de controlar a doença em estágios iniciais e prevenir diariamente a propagação da doença entre a população geral. Ademais, são métodos baratos e não invasivos úteis na redução das taxas de morbimortalidade das doenças virais respiratórias (SIM et al., 2014).

Dentre as intervenções *não farmacológicas* destacam-se: isolamento de casos, incentivo à higienização das mãos, uso de etiqueta respiratória, uso de máscaras faciais

caseiras, medidas progressivas de distanciamento social com fechamento de escolas, isolamento de casos suspeitos, quarentena, proibição de aglomerações e eventos, conscientização da população para restrição de deslocamentos frequentes e até mesmo fechamento completo (*lockdown*) com permissão de saída apenas para compra de alimentos e medicamentos (AQUINO, et al.,2020).

O *isolamento* é o distanciamento das pessoas doentes das não infectadas com o objetivo de reduzir a transmissão da doença. Tal medida só é efetiva caso a confirmação dos casos seja feita precocemente, o que por vezes é difícil já que indivíduos assintomáticos podem ser portadores de cargas virais tão altas quanto indivíduos sintomáticos. A solução então passaria por testagem em massa dos casos confirmados e suspeitos, como ocorreu em alguns países europeus e asiáticos. A *quarentena* por sua vez é a restrição do movimento de pessoas que presumidamente foram expostas, mas que não estão doentes ainda por não terem sido infectadas ou por estarem em período de incubação da doença. O *distanciamento social* envolve medidas de restrição de atividades e interações comunitárias que podem incluir pessoas infectadas ainda não diagnosticadas. A máxima restrição de interação social, resumindo-se a deslocamentos apenas para compra de alimentos e insumos de maior necessidade, constitui-se no *lockdown* (AQUINO, et al.,2020).

A promoção da *higiene das mãos* é outra medida de suma importância. Inclui a lavagem das mãos com água e sabão ou uso de sanitizantes como o álcool a 70% associados a etiqueta respiratória. Este comportamento, apesar de parecer supostamente automático, é na verdade mais complexo pois envolve questões culturais, econômicas, hábitos criados desde a infância ou determinados por estímulos do meio (SEALE et al., 2020)

Por fim, o último componente do tripé preventivo que merece destaque é *o uso de máscaras*. Tal medida tem se tornado compulsória em muitos países em espaços públicos e comerciais. O propósito de usar máscaras é reduzir a disseminação de gotículas contendo vírus de pessoas infectadas a pessoas saudáveis. Estudos mostram que a máscara atua como um filtro temporário suavizando a taxa de disseminação de gotículas ao longo do tempo e reduzindo a transmissão geral de gotículas (COTRIN et al., 2020).

Revisões sistemáticas sobre o uso de máscara indicam uma redução do risco relativo de 6-80% incluindo diversos tipos de infecção pelo coronavírus. Esta ampla variação pode ser decorrente de diferentes critérios de seleção dos estudos e

provavelmente relacionada ao tipo de máscara. As máscaras funcionam como barreiras físicas, são baratas e eficientes em reduzir a transmissão a curtas distâncias por contato direto ou indireto e por emissão de gotículas. Apesar da incerteza do controle da infecção com uso de máscaras a possível redução de risco deve ser considerada no contexto da epidemiologia local (COTRIN et al., 2020).

No Brasil, medidas de saúde pública para implementação do uso de máscara são mais cruciais ainda devido às altas taxas de transmissão identificadas. Inicialmente, o uso de máscaras cirúrgicas causou um desabastecimento deste material, inclusive para os profissionais de saúde da linha de frente, levando à busca de alternativas rápidas como as máscaras de tecido feitas em casa. Do ponto de vista de políticas públicas há preocupações quanto à eficácia e desconforto do uso prolongado de máscaras, o que leva a uma ampla variação de aderência às recomendações das autoridades de saúde (COTRIN et al., 2020).

2.2 Tipos de máscara de proteção individual: considerações sobre evidência de eficácia, vantagens e desvantagens do seu uso.

Segundo Howard et al. (2021), a eficácia do uso de máscaras no combate a doenças respiratórias depende de 3 fatores: capacidade de bloquear o vírus (eficácia da máscara); proporção de pessoas que a utilizam em público (aderência ao uso); taxa de transmissão da doença.

Apesar de possuírem uma menor eficácia que as máscaras cirúrgicas, as máscaras feitas de tecido se usadas corretamente fornecem uma barreira mecânica de transmissão do vírus impedindo ou reduzindo o contato com as gotículas contaminadas. Ao evitar a contaminação dos usuários elas têm o poder de retardar a velocidade de evolução da pandemia, tornando a curva epidêmica mais plana- achatamento da curva (ORTELAN et al., 2021).

Um estudo realizado por pesquisadores americanos avaliou 14 tipos de máscara com objetivo de avaliar sua eficácia para proteção de gotículas respiratórias durante conversação. As máscaras profissionais N95 foram as mais bem sucedidas na proteção (redução da transmissão para menos de 0,1%) seguidas pelas máscaras cirúrgicas de três camadas ou de polipropileno e algodão (redução da transmissão em 90% ou mais). As máscaras de tecido feitas manualmente também forneceram boa cobertura, vindo logo em

seguida, eliminando de 70 a 90% das gotículas expelidas pela fala equiparando-se ao desempenho de máscaras N95 com válvulas (FISCHER et al., 2020).

Vale lembrar que a efetividade do uso de máscaras de tecido para o controle da COVID-19 é suportada apenas em associação com outras medidas como higiene das mãos e distanciamento social. A aderência da população ao uso de máscaras depende da consistência da informação veiculada pelo poder público, da confiabilidade da população nas autoridades públicas e sanitárias e no conhecimento da população sobre a doença. O que se observa, entretanto é uma falta de alinhamento e sistematização das informações repassadas à população, minando a credibilidade da medida (ORTELAN et al., 2021).

Diversos estudos observacionais sobre COVID-19 através de cenários comunitários diversos tem sugerido benefício do uso de máscara na mitigação da transmissão do vírus. Apesar de estudos randomizados e controlados serem a melhor evidência disponível, eles dificilmente capturam as complexidades relacionadas à transmissão viral e intervenções públicas de saúde. Além disso tais estudos são difíceis de conduzir por questões práticas e aspectos éticos na disponibilidade de métodos alternativos de evidência. Não mascarar as pessoas diante de uma ameaça de saúde pública potencialmente grave incorreria em um dilema ético - (ESCANDÓN et al., 2021).

Se os benefícios das máscaras devem ser considerados (ou seja, redução da transmissão de doenças infecciosas respiratórias, proteção mútua, atitude pró-social positiva), as desvantagens potenciais não devem ser totalmente desprezadas, podendo-se citar dentre elas: redução do quantitativo de máscaras para os profissionais de saúde e da linha de frente; efeitos psicológicos (ameaça à autonomia individual, sensação de desconforto e preconceito por pares); dificuldades de aprendizagem; efeitos fisiológicos (sensação de desconforto respiratório, falta de ar, problemas de pele, cefaléia, irritação ocular); poluição ambiental por descarte inadequado de máscaras; complacência e negligência com relação às demais medidas preventivas - higiene das mãos e isolamento social, por exemplo - (ESCANDÓN et al., 2021).

Exagerar a eficácia das máscaras ou a existência de benefícios adicionais para conter a transmissão viral pode levar a falsas expectativas e maior exposição a locais de alto risco, reuniões sociais e atividades de lazer (na ausência de vacinação completa), o que, por sua vez, pode acabar minando a confiança nos esforços de resposta à doença quando as pessoas, exaustas da pandemia, percebem que as máscaras não são infalíveis, casos graves ainda ocorrem e que a crise sanitária não acabou (ESCANDÓN et al., 2021).

Vale lembrar que em adição aos três principais parâmetros de uma boa máscara (capacidade de filtrar, ser facilmente ajustável e permitir uma boa respiração), o uso consistente e adequado tem influência direta na sua efetividade. Transmitir informação correta de como usá-la é, portanto, um ponto crucial. A aderência vai, entretanto, muito além de ter informação sobre seu uso correto e envolve muitos outros aspectos além da disciplina: conhecimento sobre o vírus, percepção de risco de adoecimento, aceitação social do seu uso, percepção de eficácia, confiança no governo e entidades de saúde, engajamento público com a ciência, educação em saúde, experiência passada com o uso de máscaras em outros surtos, conforto da máscara, apelo ao consumo, grau de coação por parte das autoridades públicas, acessibilidade (ausência de problemas com estoque de matérias-primas) e capacidade financeira de adquirir e repor as máscaras (ESCANDÓN et al., 2021).

2.3 Normativas para uso de máscara em via pública no Brasil e no mundo.

Alguns países recomendaram o uso de máscaras desde o início da pandemia mesmo ainda sem corpo de evidência no momento para tal medida pautados pelo *princípio da precaução* – estratégia usada para abordar questões de dano potencial na ausência de conhecimento vasto sobre o assunto. Este princípio é aplicado a questões de grande relevância em saúde quando a análise de custo-benefício indica poucos efeitos adversos com possibilidade de se alcançar efeitos significativos. Países que adotaram o distanciamento social aliado ao uso compulsório de máscaras alcançaram maiores taxas de sucesso na contenção da pandemia que outros que só adotaram medidas de distanciamento social (ORTELAN et al., 2021).

No Brasil, os primeiros estados a decretarem a obrigatoriedade do uso de máscaras em ambientes comunitários foram Pará e Santa Catarina, em 16 de abril de 2020. No Piauí o decreto orientando o uso de máscaras foi criado em 22 de abril de 2020, passando a vigorar a partir do dia 27 de abril do corrente ano. No mesmo decreto constam ainda normativas de confecção das máscaras de tecido para uso comunitário (PIAUI, 2020).

Houve uma série de divergências entre estados e poder executivo no que tange ao uso de máscaras em repartições e órgãos públicos. O poder executivo sancionou a lei nº14.019 apenas em 02 de julho de 2020, vetando partes do projeto de lei original, desobrigando o uso de máscaras em órgãos e entidades públicas e em estabelecimentos

comerciais, indústrias, templos religiosos e instituições de ensino. Ademais, desobrigou o governo do fornecimento de máscara a grupos em vulnerabilidade social, excluindo também dispositivos de punição a infratores reincidentes ou que deixassem de usar máscara em ambientes fechados (ORTELAN et al., 2021).

Um estudo conduzido no Brasil com 25.266 respondedores nos meses iniciais da pandemia, em abril de 2020, apontou que apenas 45,5% das pessoas usavam máscara ao sair de casa. Esta taxa é bem menor que entre países asiáticos onde a maioria das pessoas usavam máscara desde a introdução da COVID-19 em seus países (FARIA DE MOURA VILLELA et al., 2021).

No Brasil verificou-se grande confusão acerca de como lidar com a doença no início da pandemia. As lideranças minimizaram as ações do ministério da saúde, reduzindo a importância da quarentena e defendendo o isolamento vertical para evitar o colapso econômico. Segundo os defensores do isolamento vertical, a maioria das pessoas deveria voltar suas atividades normais e as pessoas com comorbidades, idosos e grávidas deveriam continuar respeitando o distanciamento físico e reduzir suas atividades sociais. A falta de ações unificadas levou a sucessivas substituições de ministros da saúde o que levou ao relaxamento de medidas de quarentena, reabertura de parte do comércio e menos distanciamento social. A falta de coordenação nacional e o conflito entre o poder executivo e estados pode ter sido responsável pelo aumento dos casos e mortes pela doença (FARIA DE MOURA VILLELA et al., 2021).

Uma preocupação no que diz respeito ao uso de máscaras é se seu uso deve ser compulsório e generalizado. A adesão casual e conforme conveniência individual com as recomendações sobre seu uso podem justificar a criação de leis que delimitam as fronteiras do seu uso. A autonomia da vontade e do interesse privado no que diz respeito ao uso de máscara deve ser condicionada ao bem comum. Legalmente, adotando-se o princípio da proporcionalidade, o sacrifício individual é pequeno comparado ao extremo sacrifício de expor alguém ao risco de doenças e sua disseminação em detrimento da saúde pública. O exercício do desejo de autonomia individual passa a ser limitado, pois, pelo interesse da coletividade em alcançar um bem-estar social. (ABUD; SOUZA, 2020).

Experimentos sociais sinalizam que o uso de máscara reflete uma preocupação social, comunitária, traduzindo-se em uma espécie de contrato social. Políticas públicas que incentivam o seu uso voluntário podem levar a uma aderência insuficiente, intensificando a estigmatização e levando a uma percepção de menor senso de justiça.

Políticas mais punitivas, por outro lado, envolvem cessação de liberdades individuais, correndo-se o risco de aumentar a politização de seu uso, particularmente em regiões onde as taxas de transmissão são pequenas. Campanhas de educação permanente e políticas de redução de danos são mais eficientes do que políticas meramente coercitivas, que envolvem violência, cobrança de taxas abusivas e criminalização do não uso (ESCANDÓN et al., 2021).

Alguns indivíduos naturalmente têm maiores dificuldades de aderência por condições próprias tais como: retardo mental, surdez, problemas respiratórios. Diante dos desconfortos advindos do seu uso, alguns estudiosos também têm defendido o uso inteligente da máscara guiado pelo *risco* de transmissão (*smart masking*), ao invés do seu uso generalizado e indiscriminado, como tentativa de aumentar a aceitação do uso. O mascaramento estaria indicado em espaços fechados, superlotados e pouco ventilados. Em locais domésticos a utilização deveria ser indicada caso estranhos visitem o local ou quando algum membro da casa esteja com sintomas da doença. Em ambientes ao ar livre e sem superlotação, onde se pode garantir a ventilação e o distanciamento, seu uso poderia ser prescindido. Políticas de uso de máscaras que levem em conta o risco de contaminação tendem a obter maior engajamento, reduzindo o desconforto e a fadiga relacionadas ao seu uso (ESCANDÓN et al., 2021).

Ponto pacífico é que o senso palpável de urgência na pandemia de COVID-19 exige uma discussão desapassionada e a ponderação de benefícios, riscos e incertezas, juntamente com uma tomada de decisão rápida baseada em dados que expliquem os prós e contras das intervenções de saúde pública (ESCANDÓN et al., 2021).

2.4 Modelo de Crenças em Saúde – *Health Belief Model* - e suas interrelações com a adoção de novas práticas de saúde pública com enfoque no uso de máscaras.

Nos últimos 20 anos uma variedade de emergências em saúde pública resultou do surgimento ou reemergência de patógenos. Apesar de cada epidemia ter características peculiares, também há semelhanças. Um dos principais tópicos que permeia estes eventos é a necessidade de participação da comunidade e engajamento da população em estratégias propostas pelos governos (SEALE et al., 2020).

Desde a emergência dos primeiros casos, governos ao redor do mundo aceitaram introduzir rapidamente medidas de saúde pública referidas como intervenções não-

farmacêuticas objetivando reduzir as taxas de contágio e conseqüentemente a transmissão do vírus. Estas intervenções incluem medidas que indivíduos e comunidades devem adotar para reduzir a velocidade de contágio durante um período em que vacinas e tratamentos médicos específicos não estão disponíveis. Experiência de eventos prévios revela que uma considerável cooperação é necessária para que haja adesão do público às medidas. Entretanto, nem sempre é fácil prever a reação da população a um evento não familiar (SEALE et al., 2020).

O modelo de crenças em saúde é uma ferramenta desenvolvida para explicar o comportamento dos usuários diante de uma doença ou risco de adoecer. Ele surgiu na década de 1950 e considera que fatores positivos aumentam comportamentos pró-saúde enquanto fatores negativos os diminuem ou inibem. Assim, para adotar comportamento de cuidado com a saúde e/ou de evitação de risco para doenças, o paciente deve: (1) acreditar que é suscetível à doença (percepção de susceptibilidade); (2) acreditar que a doença gerará impacto negativo, ao menos moderado, em sua vida (percepção da severidade); (3) acreditar que adotar determinados comportamentos é, de fato, benéfico para reduzir sua susceptibilidade ou a severidade da doença, caso já a tenha (percepção do benefício); (4) sobrepor importantes barreiras psicológicas, o que é fundamental para o sucesso da prevenção ou do tratamento- barreiras contra a ação (COSTA, 2020) - FIGURA 02.

Aplicando-se o modelo às doenças virais de transmissão respiratória, tem-se que a **percepção de susceptibilidade** relaciona-se à percepção de estar propenso a contrair a doença. Tem se estabelecido como a principal força motivadora da aderência ao uso de máscaras: quanto maior a sensação de susceptibilidade, maior a adesão à medida. Os **benefícios percebidos** referem-se a quão efetivamente se acredita que as máscaras sejam eficazes quanto à prevenção da disseminação de doenças. Correlação positiva tem sido observada entre benefícios percebidos e a probabilidade de um indivíduo usar máscaras. A **percepção de severidade** vincula-se ao medo do adoecimento grave e morte ou até mesmo medo de danos à economia ou bem-estar coletivo. No início de pandemias, a percepção de severidade pode ser subestimada devido adoecimento de pequenos grupos de pacientes ou de trabalhadores de saúde, longe do círculo de convivência mais próximo, podendo então não ser um potencial motivador do uso de máscaras. A ausência de conhecimento adequado sobre a doença e sua gravidade pode também minar o uso

adequado da máscara na medida em que suas consequências podem ser subestimadas (SIM et al., 2014).

As **barreiras** referem-se aos fatores que desencorajam o uso da máscara pelos indivíduos. Entre as barreiras destacam-se: desconforto (principalmente em períodos quentes), preocupações com a aparência, estigmas, ajuste inadequado à face, impraticabilidade do uso em certas situações como durante as refeições ou durante o sono ou mesmo por determinados grupos como entre crianças pequenas (SIM et al., 2014).

Além dos fatores individuais, os **fatores ambientais** indutores da adoção de medidas preventivas, têm papel relevante no uso das máscaras. Família, sociedade, mídia, redes sociais e governos têm papel importante como indutores da adoção de medidas preventivas particularmente durante pandemias. A **norma social** também é um fator importante na adesão às máscaras na medida em que o uso de máscara passa a ser um ato de respeito e civilidade com o próximo. O uso então passa a ser normalizado e desejável como norma de boa convivência. A frequência do uso de máscaras também tende a aumentar quando os governos e seus representantes da saúde promovem positivamente o uso de máscaras (SIM et al., 2014) – FIGURA 03.

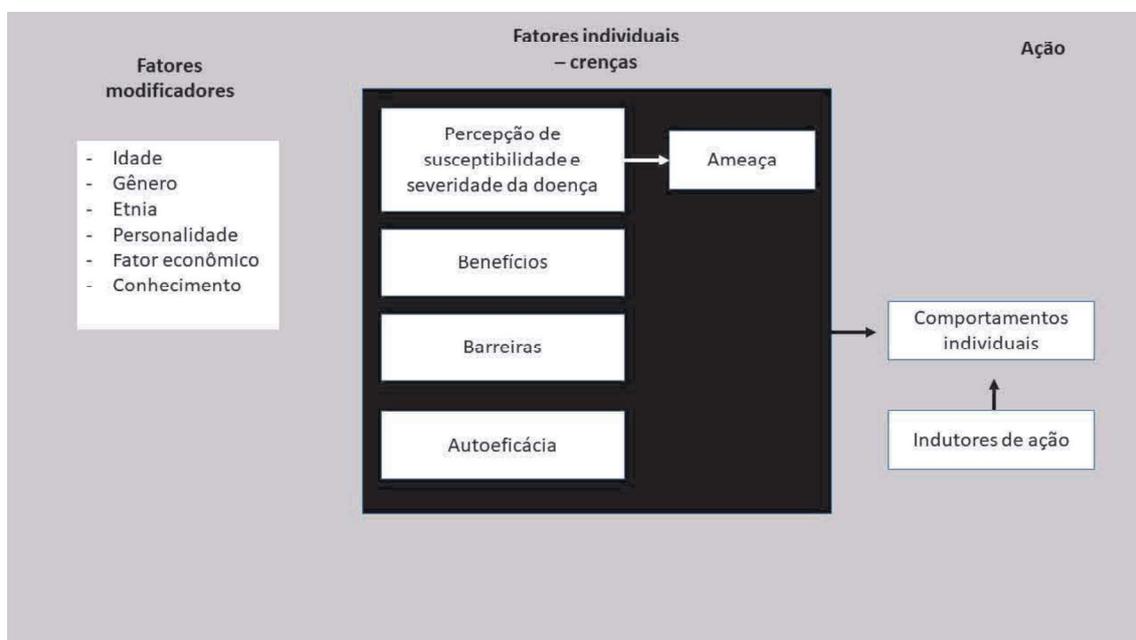


FIGURA 02: Modelo de crenças em saúde e suas interligações.

FONTE: Traduzido e adaptado de: GLANZ, Karen; RIMER, Barbara k.; VISWANATH, K. **Health Behavior and Health education. Theory, research and practice**. San Francisco, CA: Jossey-Bass ed, 2008, p.49.



FIGURA 03: Fatores que influenciam a aceitação do uso de máscaras, segundo o modelo de crenças em saúde.

FONTE: Traduzido e adaptado de: SIM, Shin Wei; MOEY, Kirm Seng Peter; TAN, Ngiap Chuan. The use of facemasks to prevent respiratory infection: A literature review in the context of the Health Belief Model. *Singapore Medical Journal*, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 164, 2014.

Questões culturais relacionadas ao meio em que as pessoas vivem também merecem destaque. Populações asiáticas já vinham utilizando máscaras em público principalmente depois do surto de SARS em 2003, facilitando a adoção rápida da medida no cenário da COVID-19 (ORTELAN et al., 2021)

No início da pandemia, antes da descoberta de evidências de que o uso de máscara podia reduzir a disseminação da COVID-19, alguns países sem histórico da prática resistiam em adotar as recomendações de uso de máscara, ao passo que outros países balizaram suas políticas por respostas anteriores à pandemia de influenza, recomendando-as apenas para grupos específicos, como grávidas. Por outro lado, onde as populações vivenciaram as epidemias anteriores de SARS ou MERS, principalmente na Ásia, onde o uso de máscara é comum para pessoas com até mesmo um pequeno resfriado, as pessoas foram mais propensas a consistentemente usar máscaras em espaços públicos, mesmo sem obrigatoriedade (RESOLVE, 2021).

O desafio é que não se sabe completamente se os membros da população entendem bem os conceitos relativos à pandemia. Nas mídias sociais há posts orientando uso de máscara “para todos”, uso de máscara “para o outro”, entretanto não se tem a plena certeza de como essa informação adentra as comunidades. A desinformação das mídias sociais e

a falta de programas educacionais bem desenhados, sem engajamento social podem minar a aceitação, adesão e uso da máscara. Questões adicionais que surgem envolvem qual tipo de máscara usar (de tecido ou cirúrgica), estímulo ao pânico e redução dos suprimentos em hospitais para trabalhadores da saúde e se crianças deveriam usar (e como usar) máscaras e face Shields (SEALE et al., 2020).

Quanto à comunicação do uso de máscara, esforços devem ser empreendidos no sentido da normalização do comportamento, para reduzir o risco de discriminação e estigma para aqueles isentos do uso – por questões físicas ou mentais. Comunicações sobre o uso da máscara devem focar em: como selecionar a máscara ideal, como utilizá-la e a importância de manter outras medidas de controle e prevenção (SEALE et al., 2020).

Além dos fatores psicossociais, fatores demográficos também estão relacionados a medidas preventivas em pandemias. Em geral mulheres e indivíduos com maior escolaridade são mais propensos a aderirem a comportamentos preventivos. Uma relação inversa é encontrada entre idade e respeito a estas medidas. Em geral crianças tendem a obedecer a várias medidas preventivas, o que se reduz na adolescência e fase adulta, melhorando entre os idosos (TANG et al., 2004).

2.5 Credibilidade das informações em saúde – como ela se cria e como ela se transforma em períodos de crise sanitária.

Desinformação é objetivamente definida como informação incorreta não apoiada por evidências científicas ou opinião de especialistas. Enquanto a desinformação persiste por um longo período sem contraposição alguma, no meio científico o que é verdadeiro ou falso pode, por sua vez, ser naturalmente alterado assim que nova evidência científica ou consenso de especialistas surja. Este é, pois, o processo normal da evolução do pensamento científico (KIM et al., 2020).

Alguns pesquisadores diferenciam desinformação de falsa percepção da informação: falsa percepção é manter uma crença do que é incorreto ou falso enquanto desinformação envolve um processo ativo de enganar e ludibriar o receptor da mensagem. Enquanto a falsa percepção permanecer sem correção, a sua propagação ou compartilhamento pode ser um ato deliberado (ativo, desinformativo) ou acidental-casual, não intencional (KIM et al., 2020).

A credibilidade de uma informação é uma característica vinculada à pessoa, ao caráter. Suas bases encontram-se na oratória, no ato de falar, discursar e convencer, tendo se difundido no registro da escrita. A credibilidade tem estreita relação com a ética, com o conteúdo do que se diz e quem o diz. Ela é parte de um processo de comunicação, trazendo consigo uma relação de confiança e tem como premissa a imparcialidade da informação, do autor e da fonte. O processo de informar requer, pois, competência e seriedade para apresentação da verdade dos fatos. A correta identificação e verificação das fontes são feitas antes de atribuir-lhes credibilidade (FACHIN; DE ARAUJO; DE SOUSA, 2020).

No contexto de uma nova doença pandêmica a percepção de estar informado ou desinformado perpassa pelo julgamento individual da veracidade da informação. Ocorre que em períodos de crises sanitárias globais as normativas científicas alteram-se rapidamente, podendo gerar ruído no processo de comunicação e até mesmo afetar a capacidade de checagem da veracidade das informações oficiais pelo público. Tais normativas oficiais são na verdade a “melhor evidência disponível”, estando, portanto, passíveis de modificação a qualquer instante (KIM et al., 2020).

Islam, et al (2020) define infodemia como esta abundância de informações, umas acuradas e outras não, tornando difícil para as pessoas encontrarem fontes realmente confiáveis para guiarem suas condutas. Pensando nisso a organização mundial da saúde disponibilizou um site de checagem de informações sobre a pandemia , com constante atualização das evidências disponíveis (OMS, 2019).

O ato de desinformar avança ao longo da história, sendo observado desde tempos remotos como as Ligas anti-máscara na época da gripe espanhola (1919), passando pela pandemia de H1N1(2009) e encontrando como mola propulsora atual os avanços tecnológicos e da mídia social que acabaram por amplificar seu impacto. Estudos apontam que através de mídias sociais as pessoas compartilham mais notícias falsas do que informações baseadas em evidência. Considerando que a ciência baseada em evidências é crucial para manter a população bem-informada para reagir efetivamente à pandemia, a infodemia claramente afeta os esforços de mitigação da doença ao veicular mensagens falsas e promover medidas de precaução ineficazes (ISLAM et al., 2020).

Quando notícias falsas são difundidas nas mídias os indivíduos levam mais em conta crenças pessoais sobre aquilo que desejam consolidar do que fatos baseados em

evidências, os quais passam a ter menor poder persuasivo e de formação de opinião (FACHIN; DE ARAUJO; DE SOUSA, 2020).

Há um limitado entendimento dos motivos pelos quais determinados indivíduos ou sociedades são mais vulneráveis à desinformação. No âmbito individual, pesquisas sugerem que adultos mais velhos, aqueles com menor capacidade cognitiva e aqueles de menor escolaridade estão mais sujeitos à desinformação. Também há possíveis assimetrias ideológicas no que diz respeito à susceptibilidade às *fake news*: pessoas mais conservadoras tendem a minimizar a sensação de incerteza exagerando o consenso dentro dos seus grupos e mantendo relações sociais homogêneas. Ambos os fatores contribuem para a disseminação da desinformação (KIM et al., 2020)

Além destas características individuais, aspectos relacionados a grupos e coletividades também estão relacionados à difusão de notícias falsas. Pesquisas sugerem que a aversão à incerteza que se refere à extensão na qual os membros de um grupo sentem-se ameaçados por situações desconhecidas é uma dimensão cultural relacionada à ansiedade, necessidade de segurança e obediência a regras. As culturas com maior comportamento de esquiva às incertezas tendem a ser menos tolerantes às ambiguidades e diversidade que as culturas com baixo comportamento de esquiva às incertezas. Considerando que a desinformação com relação às medidas preventivas é apoiada na incerteza científica, diferenças culturais podem levar a diferentes graus de exposição a *fake news* bem como afetar o processo de busca por informações corretas (KIM et al., 2020)

No que diz respeito às máscaras, recomendações distintas entre os órgãos oficiais podem favorecer a prática negligente quanto ao seu uso bem como de outras medidas preventivas. Informações falsas tem sido divulgadas inclusive sobre tipo e modo de uso das máscaras. Tal fato agrava-se com a falta de conhecimento e discernimento do público leigo sobre o que pode ser verdadeiro e adequado, principalmente com relação a algo novo e desconhecido (PEREIRA-ÁVILA, 2021).

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 Tipo e natureza do estudo

Este estudo é braço de um estudo nacional multicêntrico intitulado “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 pela FIOCRUZ e pelos programas de mestrado profissional em saúde da família – PROFSAUDE- em diversas cidades do Brasil.

O delineamento deste braço da pesquisa foi quantitativo e transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. O instrumento da pesquisa foi aplicação de questionário estruturado.

3.2 Local de realização da pesquisa

Para o presente estudo foram analisados questionários respondidos no estado do Piauí, presencialmente, nas cidades seguintes: Teresina, Batalha, Floriano, Canto do Buriti e Pimenteiras. As cidades escolhidas foram os campos de trabalho dos estudantes do mestrado PROFSAUDE no Piauí participantes desta pesquisa. A aplicação do instrumento da pesquisa ocorreu durante período de fevereiro a julho de 2021.

3.3 Operacionalização da pesquisa

O estudo envolveu Instituições de Ensino e Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). A equipe da pesquisa foi composta por uma coordenação nacional; por coordenadores(as) locais da pesquisa, sendo estes(as), os (as) coordenadores(as) e docentes do PROFSAÚDE nas Instituições de Ensino e Pesquisa; bem como por mestrandos. O estudo nacional envolveu 88 municípios, 128 unidades de saúde da família, num universo de 8781 famílias.

3.4 População/amostra da pesquisa

A amostra foi por conveniência através da inclusão das famílias de usuários(as) cadastrados(as) que tivessem frequentado a UBS nos 90 dias precedentes à pesquisa.

Foram excluídos os usuários que não tivessem frequentado a UBS nos últimos 90 dias e a população indígena.

Foram selecionados para entrevista 70 indivíduos por unidade de saúde. Dos 350 questionários respondidos no estado do Piauí, foram descartados os questionários com preenchimento incompleto, totalizando 303 questionários para análise. O questionário encontra-se no anexo A.

3.5 Coleta de Dados

A aplicação do questionário foi realizada através de questionário Google forms—sendo aplicado na modalidade presencial. Realizou-se pré-teste para calibração do instrumento antes do seu uso no estudo.

3.6 Análise dos Dados

Foram calculadas estatísticas descritivas: média, desvio padrão para as variáveis quantitativas; e frequências absolutas e relativas, para as variáveis qualitativas. Na análise inferencial, para avaliar os preditores das variáveis dependentes: confiabilidade no uso de máscara, confiabilidade nas medidas de proteção e susceptibilidade ao vírus, foi utilizado o modelo de Regressão de Poisson, com o estimador robusto da matriz de covariâncias. Os valores foram expressos na forma de Razão de Prevalência (RP) robusta, intervalos de confiança (IC_{95%}) e a significância do Teste Qui-quadrado de Wald. Os dados foram exportados do Google Forms para a planilha Microsoft Excel e analisados *no IBM Statistical Package for the Social Sciences* versão 20.0. O nível de significância adotado foi $p \leq 0,05$.

3.7 Considerações Éticas

Foram seguidas as recomendações éticas do Ministério da Saúde, na Resolução 466, de 10 de outubro de 2012. O presente projeto de pesquisa obedeceu aos critérios dessa Resolução e foram pedidas autorizações aos entrevistados através de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa pela Plataforma Brasil para utilização dos dados dos participantes nesta pesquisa bem como a divulgação dos resultados. Os avaliados estavam cientes que poderiam desistir a qualquer tempo, sem qualquer prejuízo.

Número do Parecer comitê de ética: 4.444.329

CAAE: 37269320.4.2016.5214

3.8 Risco e Benefícios

Para minimizar o risco de identificação dos participantes, os questionários foram identificados com códigos compostos pela sigla da cidade do participante seguida de um número aleatório de 4 dígitos (por exemplo, um participante de Teresina recebeu o código TER1234), mantendo seu anonimato.

Na Aplicação dos questionários os riscos foram: invasão de privacidade; presença de questões sensíveis; perder o autocontrole e 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 tomaram as seguintes medidas, providências e cautelas: garantir que os pesquisadores estivessem habilitados ao método de coleta dos dados. Estar atento aos sinais verbais e não verbais de desconforto. Os pesquisadores assumiram a responsabilidade por dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos.

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 do COVID-19;
- II. Ao aluno de mestrado: formação de profissional cuja dissertação poderá ser aplicada nos territórios 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 PROFSAÚDE voltadas para o fortalecimento do SUS;

- V. À sociedade e famílias: popularização das orientações médico-científicas e outras informações de interesse sanitário em linguagem acessível aos usuários do SUS;

Por fim, a participação nesta pesquisa permitiu 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.

4 RESULTADOS

Participaram do estudo 303 usuários da atenção básica do Piauí, incluindo moradores de zonas urbanas e rurais. Houve predomínio de: pessoas do sexo feminino, 260 (85,8%), da faixa etária de 18 a 40 anos, 174 (57,4%), média de idade de 38,7 anos, etnia autorreferida como parda, 169 (55,8%), indivíduos com companheiro (a), 177 (58,4%), com nível médio de escolaridade, 109 (36%), 1 a 3 habitantes compartilhando o domicílio com o usuário, 170 (56,1%) e rendimento mensal do lar de até 1 salário-mínimo, 183 (60,4%) – TABELA 1.

TABELA 01- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

Variáveis	n	%	Média ± DP
Município			
Batalha	74	24,4	
Canto do buriti	69	22,8	
Floriano	67	22,1	
Pimenteiras	21	6,9	
Teresina	72	23,8	
Sexo			
Feminino	260	85,8	
Masculino	43	14,2	
Idade			
18 a 40 anos	174	57,4	38,7 ± 14,2
41 a 60 anos	104	34,3	
Mais de 60 anos	25	8,3	
Cor/raça/etnia autorreferida			
Branca	57	18,8	
Preta	77	25,4	
Parda	169	55,8	
Estado Civil			
Com companheiro (a)	177	58,4	
Sem companheiro (a)	126	41,6	
Nível Educacional			
Sem Escolaridade	16	5,3	
Fundamental	101	33,3	
Médio	109	36,0	
Superior	77	25,4	
Quantas pessoas moram com você?			
Nenhuma	6	2,0	
1 a 3	170	56,1	
Mais de 3	127	41,9	
Rendimento mensal do lar			
Até 1 SM	183	60,4	
Até 2 SM	71	23,4	
Até 3 SM	25	8,3	
Mais de 3 SM	24	7,9	

SM = Salário-Mínimo; DP = Desvio Padrão

FONTE: O autor

Quanto ao **universo informacional** dos usuários a respeito da COVID -19, o uso de máscara ao sair de casa foi a informação mais recebida, 289 (95,7%). O meio de comunicação mais utilizado como fonte informacional foi a televisão, 216 (71,5%), no entanto, dentre as fontes de informação citadas, a de maior confiabilidade segundo os usuários encontra-se nos profissionais de saúde do território, 164 (54,3%). As mídias sociais responderam pelos menores índices de confiabilidade: Instagram, 12 (4%), Whatsapp, 8 (2,6%), Facebook 7 (2,3%) – TABELA 2.

TABELA 02. UNIVERSO INFORMACIONAL E CONFIABILIDADE ATRIBUÍDA A INFORMAÇÕES SOBRE O CORONAVÍRUS RECEBIDAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

Variáveis	n	%
Quais as informações que o/a Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS?*		
Uso de máscara para quando tenho que sair de casa	289	95,7
Uso de álcool gel	284	94,0
Lavagem frequente das mãos	269	89,1
Isolamento social total	192	63,6
Isolamento parcial	172	57,0
Outros	12	4,0
Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS?*		
Televisão	216	71,5
Jornais na TV e/ou na internet	196	64,9
Profissionais de saúde do território	161	53,3
WhatsApp	106	35,1
Amigos/vizinhos/parentes/comunidade	93	30,8
Instagram	91	30,1
Facebook	86	28,5
Rádio	53	17,5
Governantes	49	16,2
Religião	40	13,2
Dessas fontes citadas quais delas confia mais?*		
Profissionais de saúde do território	164	54,3
Jornais na TV e/ou na internet	130	43,0
Televisão	115	38,1
Governantes	24	7,9
Amigos/vizinhos/parentes/comunidade	22	7,3
Religião	20	6,6
Rádio	17	5,6
Instagram	12	4,0
WhatsApp	8	2,6
Facebook	7	2,3

*variável múltipla (a soma do percentual ultrapassa 100%)

FONTE: O autor

Dentre as **medidas de prevenção e controle**, o uso de máscara foi a medida mais efetivamente implementada entre os usuários, 283 (93,7%)- TABELA 03, sendo elencada como a mais importante por 161 usuários (53,3%), seguida pelo isolamento social total, 89 (29,5%) e lavagem frequente das mãos, 82 (27,2%)- GRÁFICO 01.

TABELA 03- AÇÕES PREVENTIVAS ADOTADAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

Variáveis	n	%
Ações que adotaram para se prevenir da contaminação pelo CORONAVÍRUS*		
Isolamento social total	78	25,8
Isolamento parcial	216	71,5
Lavagem frequente das mãos	279	92,4
Uso de álcool gel	280	92,7
Uso de máscara	283	93,7
Outros	5	1,7

*variável múltipla (a soma do percentual ultrapassa 100%)

FONTE: O autor

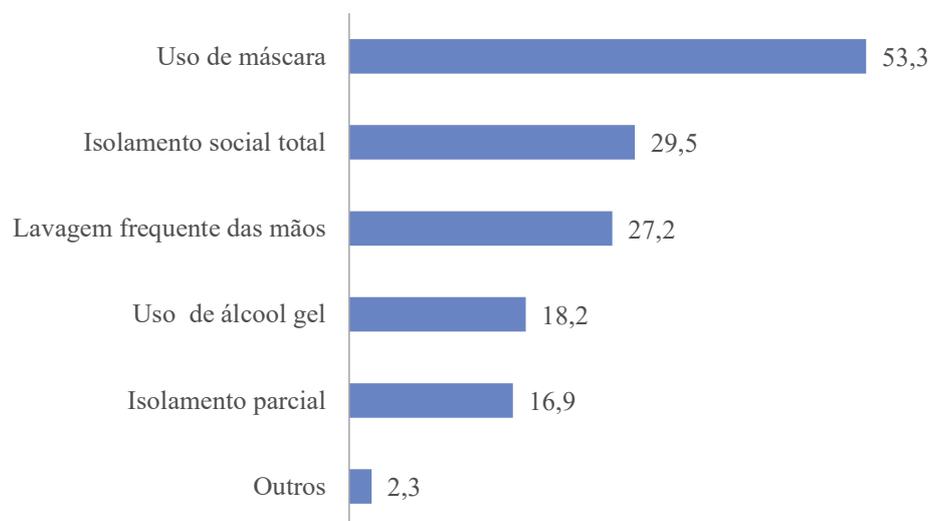


GRÁFICO 01- AÇÕES CONSIDERADAS AS MAIS IMPORTANTES PARA PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO DO CORONAVÍRUS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

FONTE: O autor

Observou-se que a maior parte dos usuários ficou indecisa sobre a possibilidade de ser contaminado- maioria relatando uma possibilidade de contaminação razoavelmente alta, 112 (36,9%). Similarmente, boa parte dos usuários demonstrou-se indecisa quanto à capacidade de proteção conferida pelas medidas preventivas- maioria relatando estar

razoavelmente confiante com as medidas, 134 (44,2%). Por outro lado, foi consenso majoritário entre os usuários (298) que a doença provocada pelo Sars-cov2 é grave ou muito grave, representando 98% dos entrevistados – GRÁFICOS 02,03 e 04.

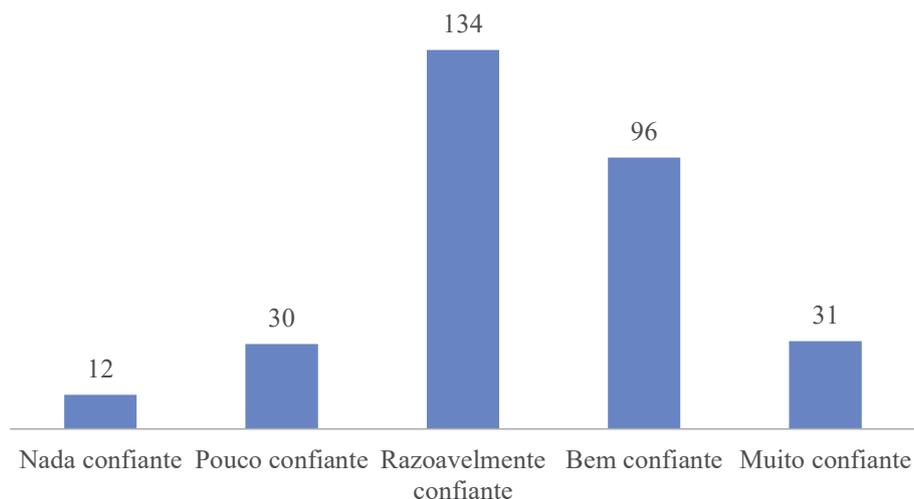


GRÁFICO 02. NÍVEL DE CONFIANÇA NAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO ADOTADAS PELOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

FONTE: O autor

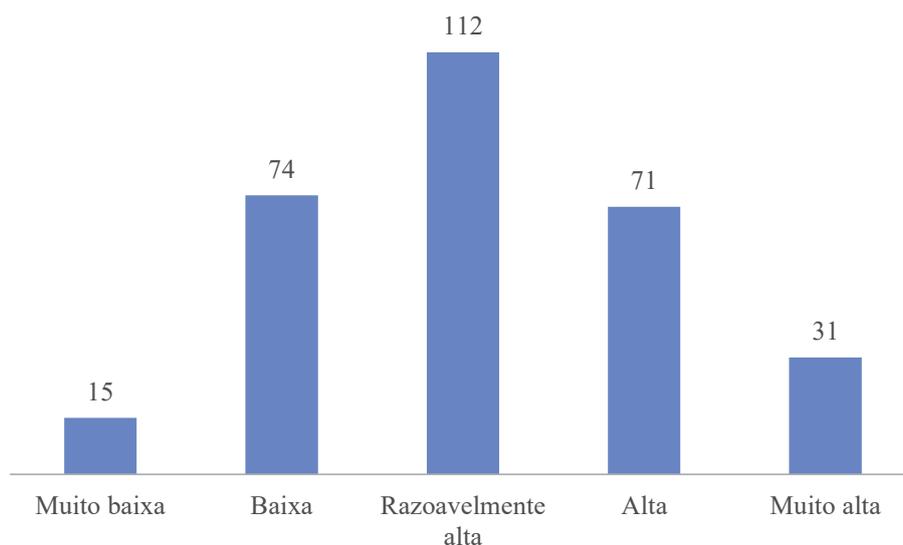


GRÁFICO 03. POSSIBILIDADE DE CONTAMINAÇÃO PELO CORONAVÍRUS ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

FONTE: O autor

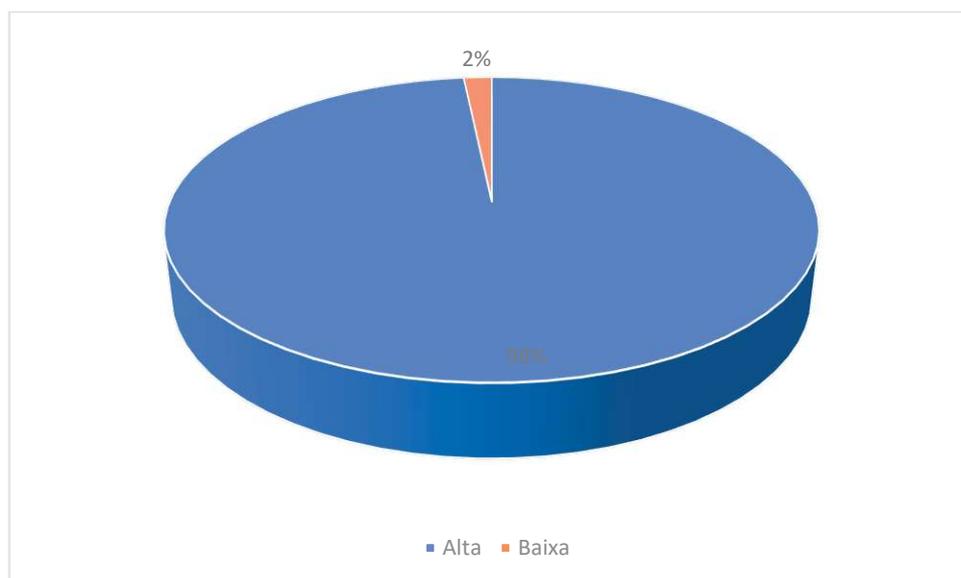


GRÁFICO 04- PERCEPÇÃO DE SEVERIDADE DA COVID-19 ENTRE USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA NO PIAUÍ, 2022.

FONTE: O autor

Considerando a pontuação da escala Likert, a maioria dos respondedores, 240 (79,2%) considerou o uso da máscara como medida protetiva “muito importante” e apenas 4 (1,3%) classificaram-na como “nada importante” – TABELA 04.

TABELA 04- GRAU DE IMPORTÂNCIA DAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO DO CORONAVÍRUS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

	Nada Importante	Pouco importante	Razoavelmente importante	Importante	Muito importante
Isolamento	2 (0,7)	1 (0,3)	2 (0,7)	61 (20,1)	237 (78,2)
Uso de máscara	4 (1,3)	4 (1,3)	1 (,3)	54 (17,8)	240 (79,2)
Higienização das mãos	-	-	8 (2,6)	60 (19,8)	235 (77,6)
Evitar aglomerações	-	1 (,3)	6 (2,0)	56 (18,5)	240 (79,2)

FONTE: O autor

O GRÁFICO 05 ilustra o julgamento do usuário atribuído a cada medida classificando-se como “importante” as respostas “muito importante” e “importante” na escala de Likert.e “sem importância” as demais respostas.

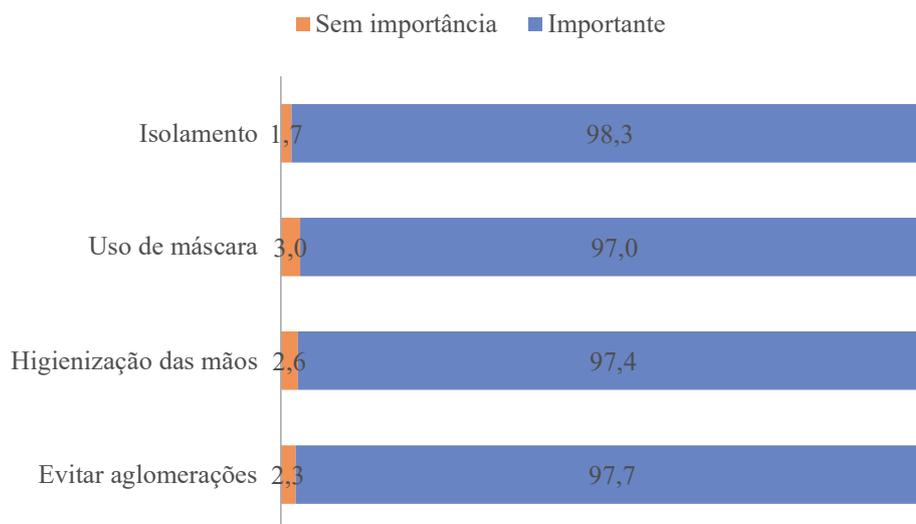


GRÁFICO 05- GRAU DE IMPORTÂNCIA ATRIBUÍDA ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA CONTAMINAÇÃO DO CORONAVÍRUS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

FONTE: O autor

No momento da coleta dos dados a maioria dos usuários (54%) declarou não ter ocorrido até o momento adoecimento pessoal ou de algum membro da família pelo vírus e a maioria (67,2%) possuía alguma doença comórbida de risco para formas mais graves da doença. Dentre as comorbidades principais destacaram-se Hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus – GRÁFICOS 06 e 07.

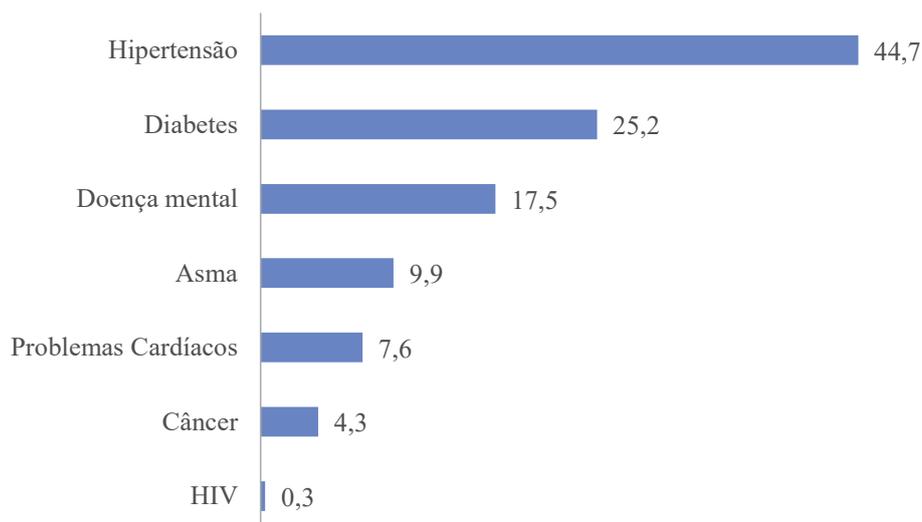


GRÁFICO 06- DOENÇAS COMÓRBIDAS DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

FONTE: O autor

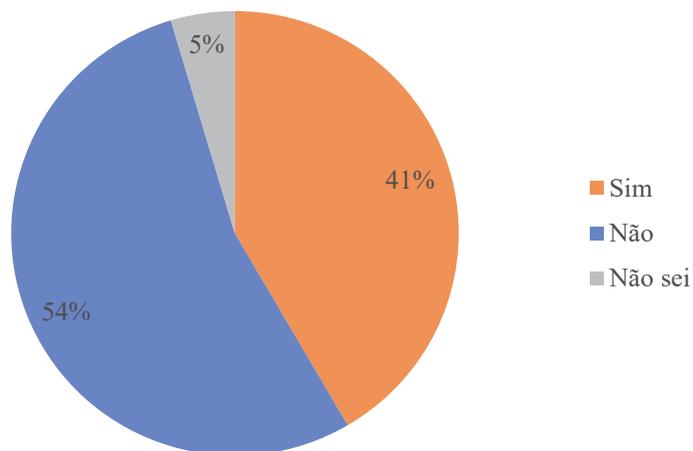


GRÁFICO 07- INFECÇÃO PESSOAL OU DE MEMBRO DA FAMÍLIA DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA POR CORONAVÍRUS DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.
FONTE: O autor

Realizou-se análise de regressão para buscar associação entre variáveis demográficas e a confiança nas medidas de proteção em geral, a confiança no uso de máscaras e a susceptibilidade à contaminação pelo vírus. Classificou-se como confiante aqueles indivíduos que responderam estar “muito confiantes” ou “confiantes” quanto à proteção conferida pelas medidas preventivas conforme escala de Likert ao passo que responderam estar razoavelmente confiantes, pouco ou nada confiantes foram classificados como “não confiantes”.

Dentre as variáveis independentes relacionadas às medidas protetivas em geral destaca-se uma associação entre a renda e a confiança nas medidas: usuários que ganham entre 2 e 3 salários-mínimos tem 1,22 mais chance de confiar nas medidas que os que ganham menos- até 2 salários ($p= 0,032$). Há uma tendência, sem significância estatística, para que indivíduos do sexo masculino e idosos confiem mais nas medidas de proteção –
TABELA 05.

TABELA 05- CONFIANÇA NAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO CONTRA O CORONAVÍRUS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

Variáveis	Confiança nas medidas de proteção		RP (IC _{95%})	p-valor
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
Município				
Batalha	25 (33,8)	49 (66,2)	1,00 (0,85 - 1,19)	0,320
Canto do buriti	32 (46,4)	37 (53,6)	1,10 (0,92 - 1,30)	
Floriano	33 (49,3)	34 (50,7)	1,12 (0,94 - 1,33)	
Pimenteiras	7 (33,3)	14 (66,7)	1	
Teresina	30 (41,7)	42 (58,3)	1,06 (0,89 - 1,26)	
Sexo				
Feminino	104 (40,0)	156 (60,0)	1	0,089
Masculino	23 (53,5)	20 (46,5)	1,09 (0,99 - 1,22)	
Idade				
18 a 40 anos	65 (37,4)	109 (62,6)	1	0,056
41 a 60 anos	47 (45,2)	57 (54,8)	1,06 (0,97 - 1,15)	
Mais de 60 anos	15 (60,0)	10 (40,0)	1,16 (1,02 - 1,33)	
Cor/raça/etnia autorreferida				
Branca	21 (36,8)	36 (63,2)	1	0,604
Preta	35 (45,5)	42 (54,5)	1,06 (0,94 - 1,20)	
Parda	71 (42,0)	98 (58,0)	1,04 (0,93 - 1,15)	
Estado Civil				
Com companheiro (a)	79 (44,6)	98 (55,4)	1,05 (0,97 - 1,13)	0,255
Sem companheiro (a)	48 (38,1)	78 (61,9)	1	
Nível Educacional				
Sem Escolaridade	5 (31,3)	11 (68,8)	1	0,059
Fundamental	53 (52,5)	48 (47,5)	1,16 (0,97 - 1,40)	
Médio	41 (37,6)	68 (62,4)	1,05 (0,87 - 1,26)	
Superior	28 (36,4)	49 (63,6)	1,04 (0,86 - 1,26)	
Mora com quantas pessoas				
0	4 (66,7)	2 (33,3)	1,18 (0,94 - 1,50)	0,471
1 a 3	69 (40,6)	101 (59,4)	1	
Mais de 3	54 (42,5)	73 (57,5)	1,01 (0,94 - 1,10)	
Rendimento mensal do lar				
Até 1 SM	71 (38,8)	112 (61,2)	1,01 (0,91 - 1,11)	0,032
Até 2 SM	27 (38,0)	44 (62,0)	1	
Até 3 SM	17 (68,0)	8 (32,0)	1,22 (1,06 - 1,39)	
Mais de 3 SM	12 (50,0)	12 (50,0)	1,09 (0,93 - 1,27)	

SM = Salário-Mínimo; RP = Razão de Prevalência; IC_{95%} = Intervalo de Confiança de 95%; p-valor = Qui-quadrado de Wald.

FONTE: O autor

Com relação às variáveis independentes relacionadas à confiança no uso de máscara destaca-se uma chance 1,29 maior entre os portadores de nível superior para confiar em seu uso em relação às pessoas sem escolaridade ($p < 0,001$) e 1,13 maior entre aqueles que ganham até 3 ou mais salários-mínimos em relação aos que ganham menos do que 1 salário-mínimo ($p < 0,001$) – TABELA 06.

TABELA 06. CONFIANÇA NO USO DE MÁSCARA CONTRA O CORONAVÍRUS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

Variáveis	Confiança no uso de máscara		RP (IC _{95%})	p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)		
Município				
Batalha	56 (75,7)	18 (24,3)	1,00 (0,92 - 1,09)	0,254
Canto do buriti	52 (75,4)	17 (24,6)	1	
Floriano	58 (86,6)	9 (13,4)	1,06 (0,99 - 1,14)	
Pimenteiras	19 (90,5)	2 (9,5)	1,09 (0,99 - 1,87)	
Teresina	55 (76,4)	17 (23,6)	1,01 (0,93 - 1,09)	
Sexo				
Feminino	210 (80,8)	50 (19,2)	1,07 (0,98 - 1,16)	0,149
Masculino	30 (69,8)	13 (30,2)	1	
Idade				
18 a 40 anos	144 (82,8)	30 (17,2)	1,11 (0,99 - 1,25)	0,134
41 a 60 anos	80 (76,9)	24 (23,1)	1,08 (0,95 - 1,22)	
Mais de 60 anos	16 (64,0)	9 (36,0)	1	
Cor/raça/etnia autorreferida				
Branca	42 (73,7)	15 (26,3)	1	0,137
Preta	57 (74,0)	20 (26,0)	1,00 (0,92 - 1,09)	
Parda	141 (83,4)	28 (16,6)	1,06 (0,98 - 1,14)	
Estado Civil				
Com companheiro (a)	138 (78,0)	39 (22,0)	1	0,523
Sem companheiro (a)	102 (81,0)	24 (19,0)	1,02 (0,97 - 1,07)	
Nível Educacional				
Sem Escolaridade	8 (50,0)	8 (50,0)	1	<0,001
Fundamental	72 (71,3)	29 (28,7)	1,14 (0,96 - 1,35)	
Médio	88 (80,7)	21 (19,3)	1,21 (1,02 - 1,43)	
Superior	72 (93,5)	5 (6,5)	1,29 (1,09 - 1,52)	
Mora com quantas pessoas				
0	4 (66,7)	2 (33,3)	1	0,257
1 a 3	130 (76,5)	40 (23,5)	1,06 (0,84 - 1,33)	
Mais de 3	106 (83,5)	21 (16,5)	1,10 (0,87 - 1,38)	
Rendimento mensal do lar				
Até 1 SM	134 (73,2)	49 (26,8)	1	<0,001
Até 2 SM	59 (83,1)	12 (16,9)	1,06 (0,99 - 1,12)	
Até 3 SM	24 (96,0)	1 (4,0)	1,13 (1,07 - 1,19)	
Mais de 3 SM	23 (95,8)	1 (4,2)	1,13 (1,07 - 1,20)	

SM = Salário-Mínimo; RP = Razão de Prevalência; IC_{95%} = Intervalo de Confiança de 95%; p-valor = Qui-quadrado de Wald.

FONTE: O autor

Com relação à percepção de susceptibilidade, os indivíduos que declararam “alta” ou “muito alta” a possibilidade de contágio segundo escala de Likert foram classificados como de “alta” percepção de susceptibilidade ao adoecimento. Os demais foram classificados como de “baixa” percepção de susceptibilidade.

Observa-se uma chance 4 vezes maior de perceber-se vulnerável em quem mora na cidade de Pimenteiras-PI em relação à capital do estado ($p < 0,001$) e de 2,77 vezes maior em quem tem nível superior em relação a pessoas sem escolaridade ($p < 0,001$). Por

outro lado, indivíduos sem companheiro (a) tem 1,64 vezes mais chance de não se perceber susceptível em relação aos que vivem acompanhados ($p < 0,002$). Indivíduos de menor rendimento também tendem a ter menor percepção de susceptibilidade ($p < 0,002$)-

TABELA 07.

TABELA 07. SUSCEPTIBILIDADE AO VÍRUS SEGUNDO O PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DOS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

Variáveis	Susceptibilidade ao vírus		RP (IC _{95%})	p-valor
	Alta n (%)	Baixa n (%)		
Município				
Canto do buriti	14 (20,3)	55 (79,7)	1,22 (0,61 - 2,44)	<0,001
Batalha	34 (45,9)	40 (54,1)	2,76 (1,55 - 4,89)	
Floriano	28 (41,8)	39 (58,2)	2,51 (1,39 - 4,52)	
Pimenteiras	14 (66,7)	7 (33,3)	4,00 (2,20 - 7,28)	
Teresina	12 (16,7)	60 (83,3)	1	
Sexo				
Feminino	84 (32,3)	176 (67,7)	1	0,197
Masculino	18 (41,9)	25 (58,1)	1,30 (0,87 - 1,92)	
Idade				
18 a 40 anos	61 (35,1)	113 (64,9)	1,46 (0,71 - 3,02)	0,591
41 a 60 anos	35 (33,7)	69 (66,3)	1,40 (0,66 - 2,96)	
Mais de 60 anos	6 (24,0)	19 (76,0)	1	
Cor/raça/etnia autorreferida				
Branca	15 (26,3)	42 (73,7)	1	0,295
Preta	24 (31,2)	53 (68,8)	1,18 (0,69 - 2,05)	
Parda	63 (37,3)	106 (62,7)	1,42 (0,88 - 2,28)	
Estado Civil				
Com companheiro (a)	47 (26,6)	130 (73,4)	1	0,002
Sem companheiro (a)	55 (43,7)	71 (56,3)	1,64 (1,20 - 2,25)	
Nível Educacional				
Sem Escolaridade	3 (18,8)	13 (81,3)	1	<0,001
Fundamental	24 (23,8)	77 (76,2)	1,27 (0,43 - 3,72)	
Médio	35 (32,1)	74 (67,9)	1,71 (0,60 - 4,92)	
Superior	40 (51,9)	37 (48,1)	2,77 (1,00 - 7,86)	
Quantas pessoas moram com você?				
0	2 (33,3)	4 (66,7)	1,03 (0,32 - 3,29)	0,909
1 a 3	59 (34,7)	111 (65,3)	1,08 (0,78 - 1,50)	
Mais de 3	41 (32,3)	86 (67,7)	1	
Rendimento mensal do lar				
Até 1 SM	50 (27,3)	133 (72,7)	1,14 (0,54 - 2,38)	0,002
Até 2 SM	34 (47,9)	37 (52,1)	1,99 (1,00 - 4,18)	
Até 3 SM	6 (24,0)	19 (76,0)	1	
Mais de 3 SM	12 (50,0)	12 (50,0)	2,08 (0,93 - 4,65)	

SM = Salário-Mínimo; RP = Razão de Prevalência; IC_{95%} = Intervalo de Confiança de 95%; p-valor = Qui-quadrado de Wald.

FONTE: O autor

Por fim, a análise de regressão robusta para a variável dependente confiança no uso de máscara segundo as variáveis independentes: confiança nas medidas protetivas, susceptibilidade ao vírus, percepção de severidade da doença, presença de comorbidade e história de caso positivo para COVID-19 na família, não evidenciou associação com significância estatística – TABELA 08.

TABELA 08- CONFIANÇA NO USO DE MÁSCARA CONTRA O CORONAVÍRUS SEGUNDO CONFIANÇA NAS MEDIDAS DE PROTEÇÃO, SUSCEPTIBILIDADE, PERCEPÇÃO DA SEVERIDADE, PRESENÇA DE COMORBIDADE E ADOECIMENTO PRÉVIO PESSOAL OU FAMILIAR ENTRE OS USUÁRIOS DA ATENÇÃO BÁSICA DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19, PIAUÍ, 2022.

Variáveis	Confiança no uso de máscara		RP (IC _{95%})	p-valor
	Sim	Não		
	n (%)	n (%)		
Confiança nas medidas de proteção				
Não	138 (78,4)	38 (21,6)	1	0,685
Sim	102 (80,3)	25 (19,7)	1,01 (0,96 - 1,06)	
Susceptibilidade ao vírus				
Baixa	159 (79,1)	42 (20,9)	1	0,950
Alta	81 (79,4)	21 (20,6)	1,00 (0,95 - 1,06)	
Percepção da severidade da doença				
Alta	236 (79,2)	62 (20,8)	1	0,964
Baixa	4 (80,0)	1 (20,0)	1,00 (0,82 - 1,22)	
Presença de comorbidade				
Sim	165 (80,1)	41 (19,9)	1,02 (0,96 - 1,07)	0,586
Não	75 (77,3)	22 (22,7)	1	
Contágio prévio pessoal ou familiar				
Sim	99 (78,6)	27 (21,4)	1,00 (0,95 - 1,05)	0,993
Não	128 (78,5)	35 (21,5)	1	

RP = Razão de Prevalência; IC_{95%} = Intervalo de Confiança de 95%; p-valor = Qui-quadrado de Wald.

FONTE: O autor

5 DISCUSSÃO

A pandemia de COVID-19 é a segunda pandemia do século XXI após a pandemia de H1N1 em 2009. Muito da literatura que se tem a respeito do uso de medidas preventivas em massa em pandemias incluindo uso de máscara vem de países da Ásia (PEREIRA-ÁVILA, 2021). Este estudo buscou avaliar os fatores associados ao uso de máscara bem como de outras medidas preventivas contra a COVID-19 em uma população de um estado do nordeste brasileiro, incluindo-se percepções dos usuários sobre a sua eficácia.

Quanto ao perfil sociodemográfico, considera-se que reflete o perfil de usuários da atenção básica no Piauí e foi constituído por usuários em sua maioria do gênero feminino, sem nível superior de escolaridade, com renda mensal de até 1 salário-mínimo. O quantitativo dos usuários buscou englobar indivíduos do interior do estado e da capital, de zonas urbanas e rurais, permitindo obter informações sobre ambos os grupos.

No que diz respeito ao universo informacional observou-se que o meio de comunicação que mais atingiu os usuários foi a TV, porém a fonte de maior confiabilidade foi o agente comunitário de saúde (ACS). As mídias sociais ficaram em último lugar no quesito confiabilidade.

Mesmo com as mudanças impostas pela pandemia comprometendo o trânsito entre os diferentes territórios de abrangência das equipes de saúde da família e dificultando inclusive reuniões presenciais entre membros das equipes e com os usuários, este estudo apontou o agente de saúde como maior fonte de credibilidade das informações recebidas. Isso se deve possivelmente à capilaridade que o ACS tem nos territórios, reconhecendo demandas e peculiaridades da área sob sua responsabilidade, com construção de vínculo, por sua vez gerando credibilidade (MACIEL et al., 2020).

O agente comunitário de saúde tem papel de destaque na atenção básica já que seu trabalho tem como atributos a competência cultural, a orientação comunitária e a construção de vínculo, relacionando-se cotidianamente com as famílias e transitando entre os saberes técnicos e populares. Tais características, mormente em um contexto pandêmico, auxiliam na maior permeabilidade e aceitação das medidas estabelecidas e preconizadas pelas autoridades de saúde do país a um nível territorial (MACIEL et al., 2020).

Nesse contexto, a atuação do agente de saúde ultrapassa as necessidades de saúde que já existem no território passando a incluir novas demandas que surgem a partir da emergência em saúde, requerendo ainda aquisição de novos saberes, aperfeiçoamento de práticas e utilização de novas ferramentas como as tecnologias de informação e mídias sociais. Entre as atividades destes agentes destacam-se: conscientização, engajamento e sensibilização da comunidade sobre aspectos das doenças, adoção de medidas de segurança e combate ao estigma, rastreamento de contatos. Cabe ainda ao ACS o papel de fomentar na comunidade a reflexão sobre a situação epidemiológica, formas de transmissão do vírus, sinais e sintomas da COVID-19, além de fornecer informações sobre o funcionamento da UBS, medidas de proteção comunitárias, domiciliares e pessoais, com atenção especial para dirimir *fake news* (MACIEL et al., 2020).

As informações veiculadas na TV acerca da COVID-19 tem sido objeto de estudos que buscam avaliar a credibilidade dada a estas informações no sentido de promover mudanças de comportamento, sejam elas positivas ou negativas. Estudo conduzido por Bendau, et al (2021) apontou que exposição acima de um limiar pode trazer efeitos negativos. Abaixo de um dado limiar, a sobrecarga de informação e ocorrência de emoções negativas são menos prováveis de acontecer.

Um estudo conduzido por Scopelliti, et al (2021) acerca da influência do noticiário televisivo sobre os comportamentos preventivos apontou que: exposição subliminar, conteúdo que veicule atitudes sociais preventivas e conteúdos com moderados níveis de medo estão mais associados com comportamento positivo em espaços públicos em vistas à prevenção do contágio. Informações calmas e recomendações sobre uso de proteção individual também mostraram maior associação com comportamento preventivo positivo, ao passo que informação alarmante foi inefetiva. O excesso de informações conflitantes e alarmantes no início da pandemia podem ter sido razões para a baixa credibilidade atribuída a esta fonte informacional entre os usuários neste estudo.

Em que pese as mídias sociais serem formas fáceis e acessíveis de obtenção de informação, elas também podem ser uma fonte de desinformação. As “*fake News*” sobre drogas contra a COVID-19 ainda não validadas como a hidroxiquina em redes sociais como *whatsapp* motivaram muitas pessoas a procurarem as farmácias em busca da medicação, sem supervisão médica levando a sua escassez para quem realmente precisava fazer uso delas (ABDELHAFIZ et al., 2020).

O termo infodemia versa sobre esta superabundância de informação- umas acuradas e outras não- tornando difícil para as pessoas encontrar informação confiável para guiar-se quando elas mais precisam. O termo envolve a disseminação de rumores, construção de estigmas e elaboração de teorias conspirativas, tendo o potencial de minar a confiança da população nos governos e entidades de saúde internacionais. *Rumores* são definidos como qualquer informação sobre a doença não verificada e difundida nas redes e plataformas *on-line*; *estigmatização* está relacionada a um fenômeno social no qual uma pessoa ou coletividade é rotulada por uma doença levando a ações negativas e discriminação; *teorias da conspiração* envolvem hipotetizações acerca das origens do Sars-cov2 em geral inferindo-se objetivos maliciosos. Facebook, twitter e jornais *on-line* tem sido identificados como as melhores plataformas para monitorar desinformação e a disseminação de rumores e teorias conspirativas (ISLAM et al., 2020).

O ecossistema das mídias sociais, onde informações relevantes encontram-se dispostas lado a lado com outras cuja acurácia não tem relevância (fotos de bebês, de animais etc.) pode estar relacionado com a baixa busca da acurácia das informações nesses veículos e por seguinte à baixa credibilidade das informações oriundas deles. Ademais, a disseminação dessas informações pode ocorrer por mera desatenção, não estando vinculada necessariamente a partidarismo ou ideologismos (PENNYCOOK et al., 2020).

A polarização política contribui sobremaneira para o surgimento e perpetuação de *fake news*. Estudo realizado por Islam, et al (2020) coloca o Brasil entre os cinco países do mundo com maior circulação de rumores, teoria da conspiração e estigma, estando ao lado de EUA, China, Espanha e Indonésia. A polarização política acarreta uma polarização de atitudes e afetiva entre as pessoas. Indivíduos tendem a tomar atitudes extremas e opostas ao mesmo tempo, sendo então difundidos mais facilmente sentimentos negativos e de desconfiança em relação ao praticante da ação oposta. Isso pode fazer com que segmentos da população cheguem a diferentes conclusões sobre a mesma ameaça e tomem ações distintas, compartilhadas em geral em grupos privados, onde ecoam apenas pensamentos próprios daquele grupo sem abertura para contraditórios (BAVEL et al., 2020).

Quanto às medidas preventivas, o uso da máscara foi o mais efetivamente praticado entre as medidas, com altas taxas de utilização (93,7%), seguido por isolamento social e lavagem das mãos. Tal índice pode ser comparado com as altas taxas de utilização

da máscara em países asiáticos e vai de encontro com outros estudos que apontam baixo uso da medida no início do período pandêmico, denotando possível influência de fatores culturais (FARIA DE MOURA VILLELA et al., 2021).

Um estudo realizado no Egito apontou que a maioria dos usuários considerou a COVID -19 uma doença ameaçadora, com risco de morte e estavam preocupados com o adoecimento pessoal ou de algum familiar. Apesar de $\frac{3}{4}$ deles acreditarem que usar máscara poderia proteger da infecção, apenas 35% estavam dispostos a fazê-lo (ABDELHAFIZ et al., 2020).

Mesmo se tratando de um hábito novo, observou-se que o uso da máscara encontrou forte apoio entre os usuários da atenção básica do Piauí, em que pese o fato de que a maioria dos usuários ainda não tinha contato confirmado com o vírus nem algum ente da sua família no momento deste estudo (54% dos usuários). Os dados do Piauí referentes ao uso de máscara são similares também aos pesquisados na Paraíba, outro estado da região nordeste do Brasil, onde foi verificado que a maioria dos entrevistados (61,1%) referiram sempre utilizar máscaras em ambientes públicos (PEREIRA-ÁVILA, 2021).

Apesar de não haver consenso sobre o assunto, o uso universal de máscara foi voluntariamente adotado pela comunidade na Ásia, a exemplo de Hong Kong na China, mesmo antes de a OMS se posicionar a favor do mascaramento universal. Essa ação massiva pode ter relação com aspectos culturais e experiências dolorosas no passado como no surto de SARS em 2003. A mudança de paradigma ocorreu após a constatação de contaminação por indivíduos pré-sintomáticos e assintomáticos (CHENG et al., 2020).

O mascaramento foi citado como medida mais importante pelos usuários do que a lavagem das mãos. Sabe-se que a higiene das mãos é um dos pilares das medidas de prevenção, porém é uma medida intermitente ao passo que o mascaramento é uma medida contínua de proteção. Estudos tem mostrado que usar máscara associadamente à higiene das mãos reduziu significativamente a ocorrência de influenza no contexto comunitário. Porém, uma vez que o efeito de barreira da máscara é removido, o efeito da higiene das mãos passa a ser insignificante (CHENG et al., 2020).

O fato de a maioria dos usuários ter considerado a doença COVID -19 uma doença grave (98,0%) pode ser um dos fatores implicados com as altas taxas de adoção do uso da máscara. Sabe-se que a percepção de ameaça é um dos pilares do modelo de crenças em saúde, um modelo que se propõe a explicar os motivadores para mudança de hábitos

e comportamentos em saúde. A percepção de ameaça refere-se a crenças pessoais sobre a probabilidade de contrair uma determinada doença. Ela inclui dois subcomponentes: percepção de vulnerabilidade que se constitui na extensão em que um indivíduo se sente vulnerável a uma dada doença e percepção de severidade que se refere a crenças sobre o quão sérias podem ser as consequências do referido adoecimento. O modelo supõe que quanto mais fortes as crenças pessoais na severidade de uma doença e maior a susceptibilidade percebida mais fortemente o indivíduo será motivado para evitá-la (CLARK et al., 2020).

Neste sentido as campanhas veiculadas nas mídias sociais bem como a mídia televisiva no Piauí buscaram explorar este aspecto, adotando tom coercitivo buscando convencimento pelo impacto, no intuito de fortalecer o isolamento social e a adoção de medidas preventivas paralelamente à liberação de decretos pelas entidades de saúde governamentais, a exemplo do uso de máscaras em locais públicos (PIAUI, 2020).

Um estudo de amostragem internacional com 8317 entrevistados pesquisou as crenças e atitudes que predizem a adoção de recomendações governamentais, a adoção de medidas preventivas e o encorajamento de outras pessoas a segui-las. O resultado encontrado foi que a crença de que as medidas de proteção são efetivas bem como a priorização da saúde e bem-estar individual são os maiores motores (“*drivers*”) em direção à adoção das medidas (CLARK et al., 2020).

A alta taxa de adoção das medidas preventivas implica que o usuário confia na sua eficácia protetiva? Os dados mostraram que não. A maioria dos usuários encontrava-se indecisa sobre a possibilidade de ser contaminado e sobre a real capacidade protetiva conferida por essas medidas. A constante mudança das informações e regulamentações; as incertezas de uma doença nova e as divergências entre os órgãos regulatórios podem ter contribuído para minar a confiança dos usuários.

Em face da observação de que boa parte dos entrevistados se encontrava indecisa sobre a potência das medidas preventivas, porém a maioria estava, ainda assim, em uso delas, buscou-se definir que fatores relacionados ao indivíduo poderiam estar mais associados a: importância dada às medidas de proteção, importância dada ao uso de máscaras e sensação de susceptibilidade ao vírus.

Encontrou-se uma associação entre nível de renda e importância dada às medidas de proteção e uma associação entre renda e escolaridade com a importância do uso de

máscara. Sim, et al (2014) observaram que maiores níveis educacionais estão mais relacionados com o uso de máscaras.

Observou-se ainda uma tendência para maior confiabilidade nas medidas preventivas entre idosos e indivíduos do sexo masculino, diferente da literatura que aponta para um predomínio do comportamento pró-máscara entre indivíduos do gênero feminino (SIM; MOEY; TAN, 2014).

Indivíduos mais jovens tendem a engajar menos em medidas preventivas. Um estudo conduzido na China apontou que tais indivíduos relataram menos comportamentos preventivos, menor intenção de fazê-los e foram menos prováveis de realizar mudanças de comportamento. No contexto pandêmico isto pode estar relacionado a rumores de que indivíduos mais idosos são os únicos a adoecerem por COVID-19. O fato é que indivíduos adultos e pessoas com comorbidades estão em maior risco de adquirir a doença, mas qualquer um pode se tornar doente. As *fake news* e a desinformação podem ter contribuído com a difusão de notícias errôneas neste sentido (CHEN; CHEN, 2020).

Houve uma maior sensação de vulnerabilidade em uma cidade do interior do estado (Pimenteiras-PI) em relação à capital. Isso pode estar relacionado à sensação de maior escassez de recursos para o combate à pandemia. Estudos apontam que populações de zonas menos urbanizadas enfrentam disparidades em saúde devido a múltiplas barreiras tais como carência de recursos de saúde, distância geográfica e menor status socioeconômico. Um estudo conduzido na China encontrou que os residentes de áreas rurais engajam menos em comportamentos preventivos, tem mais atitudes negativas, e menor habilidade de avaliar informações falsas quanto à COVID-19 (CHEN; CHEN, 2020).

Indivíduos solteiros e de menor renda tiveram menor percepção de susceptibilidade. Tang, et al (2004) apontou que o maior nível de adoção do uso de máscaras em pandemias foi encontrado entre pessoas casadas. Há no entanto um possível fator confundidor com a idade. Indivíduos de menor renda tendem a ter menores níveis de escolaridade e menor conhecimento sobre a doença, podendo ser este um fator confundidor.

Por fim, a análise de regressão robusta não evidenciou associação entre importância atribuída às máscaras e: confiar nas medidas protetivas; considerar-se susceptível ao vírus; percepção de severidade da doença; ter comorbidade; ter história pregressa pessoal ou familiar de adoecimento por COVID-19.

Clark, et al (2020) apontou que a percepção de vulnerabilidade, a percepção de severidade e a crença no governo foram variáveis de menor importância na tomada de decisão em favor das medidas de proteção. Sim, et al (2014) explorando pandemias progressivas encontrou que a percepção de susceptibilidade foi o maior driver.

Outros fatores que extrapolam o modelo de crenças em saúde podem explicar os movimentos em direção a uma nova ação dentre eles os *indutores de ação* propostos por Tang, et al (2004).

A família, a sociedade, a mídia e o governo tem papel importante em atuar como indutores de mudança de comportamento na sociedade para a tomada de medidas preventivas. Dentre estes principais indutores encontra-se a *norma social*: aquilo que o indivíduo percebe que as pessoas estão fazendo e a aprovação ou reprovação envolvida nestes atos. Por trás da norma há um desejo de aprender com outra pessoa, ganhar afiliação de grupo ou aprovação de pares. Grupos sociais podem ser capazes de amplificar comportamentos tanto benéficos quanto maléficos e pesquisas sugerem que o maior número de intervenções em saúde não vem do efeito direto na pessoa que recebe a intervenção, mas de efeitos indiretos em seus contatos sociais que copiam o comportamento (BAVEL et al., 2020).

A pressão da mídia na forma de campanhas de impacto e aparecimento de repórteres utilizando máscaras em jornais televisivos durante epidemias também provou ser benéfica para aumentar o uso de máscaras no Japão (SIM; MOEY; TAN, 2014).

Outra estratégia usada para alavancar o efeito da norma é o uso de “*nudges*”, que induzem um comportamento através da modificação da arquitetura do processo de escolha e tomada de decisões, acelerando a tomada de decisão por um *bypass* da reflexão crítica do indivíduo sobre o ato em questão. “*Nudges*” e informações normativas podem ser alternativas a medidas mais coercitivas ou usadas como complemento das medidas regulatórias no intuito de alcançar resultados mais rapidamente (BAVEL et al., 2020).

Este estudo apresenta limitações. As barreiras relacionadas ao uso da máscara (econômicas, estéticas, incômodo respiratório) bem como os drivers elencados pelo usuário desta medida (norma social? Questões de saúde? Presença de comorbidade?) poderiam ser explorados mais profundamente por desenho qualitativo.

Apesar de haver estudos buscando explorar fatores individuais relacionados à adoção de medidas preventivas, há poucos estudos explorando fatores relacionados à

confiabilidade dos usuários nelas. Considera-se, pois, este um estudo preliminar e estudos futuros com maior número de envolvidos poderão ser necessários para elucidar a questão.

Importa ainda saber que fatores individuais levam à descontinuação do uso da máscara quando decretos normativos liberarem os indivíduos do seu uso em via pública conforme as realidades locais.

6 CONCLUSÕES

O uso de máscara tem um papel central na prevenção e controle da transmissão de doenças infecciosas respiratórias virais. A aderência ao seu uso pode ser modulada por múltiplos fatores, sejam eles demográficos, individuais ou do meio.

A análise dos dados permitiu inferir que ter parceiro fixo, morar em cidade do interior do Estado, ter maior escolaridade e maior renda implica em maior percepção de susceptibilidade ao vírus.

As pessoas adotaram em grande escala e consideraram as medidas preventivas importantes frente ao Sars-cov-2, porém o senso real de proteção dado por elas é baixo, minando a confiança dos usuários nas medidas de proteção no sentido de prevenir o adoecimento além de modular negativamente a percepção de susceptibilidade ao vírus. Fatores demográficos (maior nível de renda e escolaridade) foram preditores de maior confiança no uso da máscara e das medidas preventivas em geral.

Não há fator individual baseado no modelo de crenças em saúde relacionado à maior importância atribuída ao uso de máscaras, indicando que as altas taxas de adoção e importância dadas a ela possam estar relacionados a influências externas (norma social e decretos normativos). Mais estudos com maior número de envolvidos podem ser necessários para tecer conclusões a respeito.

As campanhas de saúde voltadas a incentivar os usuários a adotarem medidas preventivas em futuras pandemias, considerando a urgência devida em períodos de crise sanitária, terão de levar em conta os fatores relacionados ao seu uso e confiabilidade atribuída a elas, a fim de entregar mensagens mais dirigidas a públicos-alvo, no intuito de obter melhores resultados.

REFERÊNCIAS

- ABDELHAFIZ, Ahmed Samir *et al.* Knowledge, Perceptions, and Attitude of Egyptians Towards the Novel Coronavirus Disease (COVID-19). **Journal of Community Health**, [s. l.], v. 45, n. 5, p. 881–890, 2020.
- ABUD, Carol Oliveira; SOUZA, Luciano Pereira de. Uso obrigatório de máscara facial para conter a COVID-19 no Brasil: limitação legítima ao direito fundamental de autodeterminação. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 34–43, 2020.
- AQUINO, Estela M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2020, v. 25, suppl 1.
- BAVEL, Jay J. Van *et al.* Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. **Nature Human Behaviour**, [s. l.], v. 4, n. 5, p. 460–471, 2020.
- BENDAU, Antonia *et al.* Associations between COVID-19 related media consumption and symptoms of anxiety, depression and COVID-19 related fear in the general population in Germany. **European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience**, [s. l.], v. 271, n. 2, p. 283–291, 2021.
- CHEN, Xuewei; CHEN, Hongliang H. Differences in preventive behaviors of covid-19 between urban and rural residents: Lessons learned from a cross-sectional study in china. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 17, n. 12, p. 1–14, 2020.
- CHENG, Vincent Chi Chung *et al.* The role of community-wide wearing of face mask for control of coronavirus disease 2019 (COVID-19) epidemic due to SARS-CoV-2. **Journal of Infection**, [s. l.], v. 81, n. 1, p. 107–114, 2020.
- CLARK, Cory *et al.* Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. **Global Transitions**, [s. l.], v. 2, p. 76–82, 2020.
- COSTA, Marcelo F. Modelo de crença em saúde para determinantes de risco para contaminação por coronavírus. **Rev Saude Publica**. 2020; 54:47.
- COTRIN, Paula *et al.* The use of facemasks during the COVID-19 pandemic by the Brazilian population. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, [s. l.], v. 13, p. 1169–1178, 2020.
- DA SILVA, Welison Matheus Fontes; RUIZ, Jefferson Lee de Souza. A centralidade do sus na pandemia do coronavírus e as disputas com o projeto neoliberal. **Physis**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 1–8, 2020.

ESCANDÓN, Kevin *et al.* COVID-19 false dichotomies and a comprehensive review of the evidence regarding public health, COVID-19 symptomatology, SARS-CoV-2 transmission, mask wearing, and reinfection. **BMC Infectious Diseases**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1–47, 2021.

FACHIN, Juliana; DE ARAUJO, Nelma Camelo; DE SOUSA, Juliana Carvalho. Credibility of Information in Covid-19 Times. **Revista Interamericana de Bibliotecologia**, [s. l.], v. 43, n. 3, 2020.

FARIA DE MOURA VILLELA, Edlaine *et al.* COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. **BMC Public Health**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 1–10, 2021.

FISCHER, Emma P. *et al.* Low-cost measurement of face mask efficacy for filtering expelled droplets during speech. **Science Advances**, [s. l.], v. 6, n. 36, p. 2–6, 2020.

HUNG, Yu-wen. A Study of Barriers to the Wearing of Face Masks by Adults in the US to Prevent the Spread of Influenza. **Arizona State University**, [s. l.], v. 53, n. 9, p. 1689–1699, 2019.

ISLAM, Md Saiful *et al.* COVID-19–Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, [s. l.], p. 1–9, 2020.

IWAYA, Gabriel Horn *et al.* Preditores da intenção de permanecer em distanciamento social. **Revista de Administração Pública**, [s. l.], v. 54, n. 4, p. 714–734, 2020.

KIM, Hye Kyung *et al.* Effects of COVID-19 Misinformation on Information Seeking, Avoidance, and Processing: A Multicountry Comparative Study. **Science Communication**, [s. l.], v. 42, n. 5, p. 586–615, 2020.

MACIEL, Fernanda Beatriz Melo *et al.* Community health workers: Reflections on the health work process in covid-19 pandemic times. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 25, p. 4185–4195, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: Mythbusters**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/myth-busters>. Acesso em: 02 set. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public: When and how to use masks**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/when-and-how-to-use-masks>. Acesso em: 02 set. 2022.

ORTELAN, Naia *et al.* Cloth masks in public places: An essential intervention to prevent COVID-19 in Brazil. **Ciencia e Saude Coletiva**, [s. l.], v. 26, n. 2, p. 669–692, 2021.

PENNYCOOK, Gordon *et al.* Fighting COVID-19 Misinformation on Social Media: Experimental Evidence for a Scalable Accuracy-Nudge Intervention. **Psychological Science**, [s. l.], v. 31, n. 7, p. 770–780, 2020.

PEREIRA-ÁVILA, Fernanda Maria Vieira *et al.* Factors associated with the use and reuse of face masks among brazilian individuals during the covid-19 pandemic. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [s. l.], v. 28, p. 1–9, 2020.

PEREIRA-ÁVILA, FMV; LAM, SC; GIR E; GÓES, FGB; FREIRE MEM; SILVA, ACO. Factors associated to the practice of using masks by the population of Paraíba during the COVID-19 pandemic. **Rev Esc Enferm USP**. 55:e03735, 2021.

PIAUI, Governo do Estado. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Unidade de Vigilância Sanitária Estadual-DIVISA. (em negrito) Recomendação Técnica 013 de 19 de maio de 2020 (em negrito). **Novo Coronavírus: medidas para o uso de máscaras faciais de uso não profissional**. 2020. Disponível em: file:///C:/Users/OEM/Downloads/COVID_19_DIVISA_Recomenda%C3%A7%C3%A3o_T%C3%A9cnica_013.2020_M%C3%81SCARAS_%20RECOMENDA%C3%87%C3%83O%20USO%20DE%20M%C3%81SCARA%20PIAUI.pdf. Acesso em: 23 set 2021.

RESOLVE, Prevent Epidemics. **Promover um guia para o uso de máscaras durante a pandemia de COVID-19: um guia para a legislação**. Março, 2021. Disponível em: https://preventepidemics.org/wp-content/uploads/2020/08/49_PE_COVID_Masking-Playbook_0221_Rev-B_Portuguese.pdf. Acesso em: 23 set.2021.

SCOPELLITI, Massimiliano; PACILLI, Maria Giuseppina; AQUINO, Antonio. Tv news and covid-19: Media influence on healthy behavior in public spaces. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 1–16, 2021.

SEALE, Holly *et al.* Improving the impact of non-pharmaceutical interventions during COVID-19: Examining the factors that influence engagement and the impact on individuals. **BMC Infectious Diseases**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 1–13, 2020.

SIM, Shin Wei; MOEY, Kirm Seng Peter; TAN, Ngiap Chuan. The use of facemasks to prevent respiratory infection: A literature review in the context of the Health Belief Model. **Singapore Medical Journal**, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 160–167, 2014.

TANG, Catherine So Kum; WONG, Chi Yan. Factors influencing the wearing of facemasks to prevent the severe acute respiratory syndrome among adult Chinese in Hong Kong. **Preventive Medicine**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 1187–1193, 2004.

ANEXO A - QUESTIONÁRIO GOOGLE FORMS (1ª ETAPA)

Perfil do entrevistado

Estado:

Município:

Bairro/área/comunidade:

Nome da Unidade Básica de Saúde (UBS)/Unidade de Saúde da Família:

I - Características Sociodemográficas

- Data de Nascimento:

- Sexo:

Feminino Masculino

- Cor/Raça Autoreferida:

Branca Preta Parda Indígena Amarela

- Estado Civil:

Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) Vive Junto

- Nível Educacional:

Sem Escolaridade Fundamental incompleto Fundamental

Médio incompleto Médio Superior incompleto Superior

Pós-graduação

- Quantas pessoas moram com você:

0 1 a 3 mais de 3

- 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 – de R\$2.090,00 a R\$3.135,00 Até 4 – de R\$3.135,00 a R\$4.180,00

+ que 4 SM – R\$4.180,00 ou mais

II - Comunicação e Informação sobre o CORONAVÍRUS

- Quais as informações que o Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS?

(admite 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

Outros _____

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

- Profissionais de saúde do território (inclui o ACS) WhatsApp
 Facebook Instagram Televisão Jornais na TV e/ou na internet Rádio
 Religião Amigos/vizinhos/parentes/comunidade
 Governantes (prefeito, governador, presidente)

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

- Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS) WhatsApp
 Facebook Instagram Televisão Jornais na TV e/ou na internet Rádio
 Religião Amigos/vizinhos/parentes da comunidade
 Governantes (prefeito, governador, presidente)

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

1. Pelos meios de comunicação (TV, rádio ou jornal) 2. Pela comunidade (religião ou amigos/vizinhos/parentes da comunidade) 3. Pelas redes sociais (WhatsApp, Facebook ou Instagram) 4. Pelos profissionais de saúde do seu território

escala Likert (5): muito bem informado bem informado razoavelmente informado mal informado sem informação

III - Medidas de prevenção e controle do CORONAVÍRUS

- 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?

escala Likert (5): muito confiante bem confiante razoavelmente confiante pouco confiante nada confiante

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

escala Likert (5): muito alta alta razoavelmente alta baixa muito baixa

- Na sua opinião, a doença provocada pelo CORONAVÍRUS é:

escala Likert (5): muito grave grave razoavelmente grave

pouco grave não é grave

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

1. Isolamento e distanciamento social 2. Uso da máscara 3. Higienização das mãos (lavagem/ uso de álcool em gel) 4. Evitar aglomerações
 escala Likert (5): () Muito importante () Importante () razoavelmente importante () pouco importante () nada importante 24

- 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 quando tenho que sair de casa
 () outros _____

- Quais das ações apontadas na questão anterior o(a) Sr(a) considerou a mais importante 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 quando tenho que sair de casa () outros

- 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

- O/a Sr(a) ou alguém da sua família teve CORONAVÍRUS?

() Sim () Não () Não sei () Não desejo responder

ANEXO B - 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.

Este documento (TCLE) será encaminhado, preferencialmente via e-mail, junto ao questionário respondido, caso você aceite participar da pesquisa.

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
MINISTRO PETRÔNIO



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:** FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 37269320.4.2016.5214

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUI

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.444.329

Apresentação do Projeto:

As informações apresentadas nos itens: apresentação do projeto, objetivos da pesquisa, análise de riscos e benefícios foram retiradas dos seguintes documentos

(PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1650043.pdf, do dia 24/11/2020; TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido.pdf, do dia 12/08/2020 e

ProjetedepesquisaCOVID19.pdf do dia 12/08/2020).

Desenho:

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.

Resumo:

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 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, até o dia 01 de agosto, teve 2.707.877 contágios e 93.563 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. Trata-se de estudo multicêntrico, de abrangência nacional, com abordagem quantitativa, transversal, para compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados, que são famílias dos territórios adstritos às UBS nas quais alunos do PROFSAÚDE estão vinculados. Será definida a amostra de conveniência por inclusão das famílias de usuários cadastrados que tenham frequentado a UBS de modo permanente nos 90 dias precedentes à pesquisa, que responderão a questionário online com perguntas estruturadas, autoaplicáveis, com informações sobre características sociais, demográficas e econômicas; relação com a UBS e utilização dos serviços; fontes de informação, percepção e práticas com relação à prevenção e controle do COVID-19. Posteriormente, 20% das famílias participantes da etapa anterior responderão à entrevista online, agendada e gravada em áudio, seguindo o critério de saturação sob a supervisão dos mestrandos. Nessa etapa será utilizado um roteiro sobre as estratégias adotadas nos âmbitos individual, familiar e coletivo para aplicar as medidas de prevenção e controle do COVID-19. Os envolvidos na coleta de campo são profissionais dos serviços de saúde, portanto seguirão as orientações e os protocolos dos Planos de Contenção ao novo coronavírus dos municípios. Na primeira etapa a análise será por percentuais, gráficos e tabelas que descrevem a situação por meio de dados agregados e locais. Na segunda etapa, áudios transcritos, analisados e categorizados pelo software MAXQDA. Espera-se conhecer e compreender melhor as práticas do enfrentamento da pandemia pela população brasileira, ajudando equipes, gestores e políticas públicas nas orientações médico-científicas de prevenção e controle do COVID-19.

Metodologia Proposta: Tipo de Estudo: Estudo com abordagem quanti-qualitativa, transversal, desenhado no sentido de compreender os significados de fenômenos humanos que fazem parte da realidade social dos sujeitos estudados. Local do Estudo: Estudo multicêntrico, abrangência nacional, envolvendo 88 municípios e 134 Equipes da Saúde da Família, o que

corresponde ao número de alunos que fazem parte do PROFSAÚDE. O universo da pesquisa compreende 1062.00 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 8.781 famílias distribuídas nas 128 equipes de saúde da família como participantes do projeto. Isso equivale a 70 famílias entrevistadas por equipe em média. 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. Para o estudo foi calculado levando em consideração os seguintes parâmetros conforme disposto em tabela abaixo.

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N): 106200

frequência % hipotética do fator do resultado na população (p): 50%+/-1

Limites de confiança como % de 100(absoluto +/-%)(d): 1%

Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF): 1

Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança

Intervalo Confiança (%) Tamanho da amostra

95% 8808

80% 3954

90% 6359

97% 10599

99% 14347

99.9% 21571

99.99% 27908

Equação: Tamanho da amostra $n = \frac{[EDFF * Np(1-p)]}{[(d^2/Z^2) - 1/2 * (N-1) + p * (1-p)]}$. Fonte: Resultados do OpenEpi, Versão 3, calculadora de código aberto—SSPropor.

A amostra para o Brasil será de 8808 famílias distribuídas nas 134 equipes de saúde da família, em 88 municípios, participantes do projeto. Isso equivale a 70 famílias entrevistadas por equipe em média. Coleta dos 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 do COVID 19. 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 do 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. Critério 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. Critério 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 indígena.

Hipótese: Os usuários da Atenção Primária em Saúde (APS) fazem as suas interpretações e traduções das orientações médico-científicas a partir de filtros culturais que formam a cultura e visão de mundo em que fazem parte. Portanto, entendemos que as orientações e informações que foram disponibilizadas para as equipes de saúde e população em relação à prevenção e controle da COVID-19 tiveram entendimentos diversos e variados. A nossa hipótese é que as orientações passaram por traduções e interpretações que podem ser compreendidas e explicadas a partir dos cenários e universos socioculturais das pessoas que vivem nos territórios de abrangência da APS. **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 do COVID-19. Objetivo Secundário: Dimensionar o universo informacional relativos às medidas de prevenção e controle da COVID-19 acessadas pelas famílias; Identificar as

estratégias utilizadas pela população para a prevenção e controle do COVID-19 e as matrizes de saberes que as orientam. Conhecer o grau de credibilidade que a população atribui às informações de prevenção e controle da COVID-19.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Análises de Riscos e Benefícios conforme documento informações básicas: 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 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: 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 do COVID-19; Aos estudantes do Mestrado: a formação de profissionais cujas dissertações poderão ser aplicadas nos territórios da APS onde atuam; À sociedade acadêmica: divulgação e disseminação dos resultados para estudantes, pesquisadores e instituições através de publicações e eventos; As Instituições de pesquisa e ensino: fortalecimento da Rede Rede de ensino e pesquisa no PROFSAUDE voltadas para o fortalecimento do SUS; 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. **Análise de Riscos e Benefícios** conforme TCLE. **Riscos** 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, o seu nome não aparecerá no questionário. Ainda pode ter o risco de mobilização de questões emocionais referentes à pandemia e para minimizar o risco, encaminharemos para os serviços que são disponibilizados em estados e municípios de apoio psicossocial em resposta de enfrentamento à pandemia. **Benefícios:** Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social e 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.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram apresentados. **Recomendações:** Sem recomendações. **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:** Após análise do protocolo, com base na legislação vigente, não foram encontrado óbices éticos, estando o mesmo apto a ser desenvolvido. **Considerações Finais a critério do CEP:** Diante do exposto, a Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação protocolo de pesquisa. Solicita-se que seja enviado ao CEP/UFPI/CMPP o relatório parcial e o relatório final desta pesquisa. Os modelos encontram-se disponíveis no site: <http://ufpi.br/cep1>* Em atendimento as Resoluções CNS nº 466/2012 e 510/2016, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de

“notificação”;2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade. **Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1650043.pdf	24/11/2020 18:13:04		Aceito
Outros	carta.pdf	24/11/2020 18:11:53	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_4345618.pdf	24/11/2020 18:11:28	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	24/11/2020 18:11:07	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/11/2020 12:34:44	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	11/11/2020 12:34:34	FERNANDO LOPES E SILVA JUNIOR	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

TERESINA, 07 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Raimundo Nonato Ferreira do Nascimento
(Coordenador(a))

CESSÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Teses, Dissertações e Trabalhos de Conclusão de Curso

Eu, Ademir Aragão Moura, brasileiro (a) inscrito (a) no CPF sob o nº 03021358390, AUTOR da obra intitulada “Fatores associados ao uso de máscara e percepções sobre a eficácia das medidas preventivas contra a Covid-19 entre usuários da atenção básica do Piauí” defendida como () Tese de Doutorado (X) Dissertação de Mestrado () Trabalho de Conclusão de Curso, em 29/09/2022 no programa de pós-graduação em Saúde da Família – PROFSAUDE da unidade técnico-científica UFDPAR sob orientação de João Maria Correa Filho, em consonância com a “Política de Acesso Aberto ao Conhecimento da Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz”, **CEDO** e **TRANSFIRO**, total e gratuitamente, à **FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ**, em caráter permanente, irrevogável e **NÃO EXCLUSIVO**, todos os direitos patrimoniais **NÃO COMERCIAIS** de utilização da OBRA artística e/ou científica indicada acima, inclusive os direitos de voz e imagem vinculados à OBRA, durante todo o prazo de duração dos direitos autorais, em qualquer idioma e em todos os países, de acordo com os Termos e Condições desta Cessão, restando claro que o exercício pela FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ dos direitos aqui cedidos se iniciará:

(marque somente uma das opções abaixo)

(x) imediatamente, a partir desta data

() a partir de _____ meses a contar desta data.

() a partir de data futura a ser posteriormente informada, uma vez que a OBRA está em estudo de patenteamento ou sob sigilo, entretanto, CEDO e TRANSFIRO, a partir desta data, os direitos sobre os dados descritivos - autor, orientador, programa, título, ano, resumo - da obra, de acordo com os Termos e Condições desta Cessão.

Teresina, 02 de Novembro de 2022

Ademir Aragão Moura

Ademir Aragão Moura
Autor

TERMOS E CONDIÇÕES

1 – DIREITOS CEDIDOS

A cessão total não exclusiva, permanente e irrevogável dos direitos autorais patrimoniais não comerciais de utilização de que trata este documento inclui, exemplificativamente, os direitos de disponibilização e comunicação pública da OBRA, em qualquer meio ou veículo, inclusive em Repositórios Digitais, bem como os direitos de reprodução, exibição, execução, declamação, exposição, arquivamento, inclusão em banco de dados, preservação, difusão, distribuição, divulgação, empréstimo, tradução, inclusão em novas obras ou coletâneas, reutilização, edição, produção de material didático e cursos ou qualquer forma de utilização não comercial.

2 – AUTORIZAÇÃO A TERCEIROS

A cessão aqui especificada concede à FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ o direito de autorizar qualquer pessoa – física ou jurídica, pública ou privada, nacional ou estrangeira – a acessar e utilizar amplamente a OBRA, sem exclusividade, para quaisquer finalidades não comerciais, nos termos deste instrumento.

3 – USOS NÃO COMERCIAIS

Usos não comerciais são aqueles em que a OBRA é disponibilizada gratuitamente, sem cobrança ao usuário e sem intuito de lucro direto por parte daquele que as disponibiliza e utiliza.

4 – NÃO EXCLUSIVIDADE

A não exclusividade dos direitos cedidos significa que tanto o AUTOR como a FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ou seus autorizados poderão exercê-los individualmente de forma independente de autorização ou comunicação, prévia ou futura.

5 – DIREITOS RESERVADOS

Ficam reservados exclusivamente ao AUTOR os direitos morais sobre a OBRA de sua autoria e/ou titularidade, assim como os usos comerciais da obra incluída no âmbito deste instrumento.

6 – AUTORIA E TITULARIDADE

O AUTOR declara ainda que a obra é criação original própria, responsabilizando-se integralmente pelo conteúdo e outros elementos que fazem parte da OBRA, inclusive os direitos de voz e imagem vinculados à OBRA, obrigando-se a indenizar terceiros por danos, bem como indenizar e ressarcir a FIOCRUZ - FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ de eventuais despesas que vierem a suportar, em razão de qualquer ofensa a direitos autorais ou direitos de voz ou imagem, principalmente no que diz respeito a plágio e violações de direitos.

7 - GRATUIDADE

A cessão dos direitos autorais de utilização da OBRA artística e/ou intelectual indicada neste Termo, conforme estabelecidos neste Instrumento, será gratuita, não sendo devida qualquer remuneração, a qualquer título, ao autor e/ou titular.