

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

ISAUNIR VERÍSSIMO LOPES

**PRÁTICAS ASSOCIADAS A INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DA COVID-19
PELA POPULAÇÃO ADSCRITA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
ZONA RURAL DE ARAÇAGI-PB**

**João Pessoa – PB
2022**

ISAUNIR VERÍSSIMO LOPES

**PRÁTICAS ASSOCIADAS A INFORMAÇÕES SOBRE A PREVENÇÃO DA COVID-19
PELA POPULAÇÃO ADSCRITA DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE ARAÇAGI-
PB**

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

Eixo Pedagógico: Educação
Linha de Pesquisa: Educação e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz

**João Pessoa – PB
2022**

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

L864p Lopes, Isaunir Verissimo.

Práticas associadas a informações sobre prevenção da covid-19 pela população adscrita de uma equipe de saúde da família da zona rural de Araçagi-PB / Isaunir Verissimo Lopes. - João Pessoa, 2022.

121 f. : il.

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

1. Saúde pública. 2. Educação popular em saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Covid-19 - Prevenção.
I. Sousa-Muñoz, Rilva Lopes de. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614(043)

ISAUNIR VERISSIMO LOPES

**PRÁTICAS ASSOCIADAS A INFORMAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DA COVID-19
PELA POPULAÇÃO ADSCRITA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA
ZONA RURAL DE ARAÇAGI-PB**

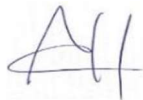
**Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde da Família
(Modalidade Profissional) da Universidade Federal da Paraíba para obtenção de
Título de Mestre em Saúde Coletiva.**

Aprovada em 27 de junho de 2022

BANCA EXAMINADORA



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



**Prof. Dr. André Luís Bonifácio de Carvalho
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – PROFSAUDE/UFPB
Avaliador Interno**



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

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela motivação diária, por guiar meus caminhos e por toda a proteção.

À minha família pelo apoio e amor incondicional.

À professora Rilva Muñoz, pela paciência e dedicação, pois sem ela não teria conseguido ir tão longe. Agradeço também aos professores e funcionários do PROFSAÚDE por todo o empenho e conhecimento transmitido.

Muito obrigado aos colegas da turma de mestrado, pelo ombro amigo em todos os momentos.

Aos meus amigos pessoais por toda compreensão nas minhas ausências, e aos colegas de trabalho pelo incentivo diário

À Prefeitura Municipal de Araçagi e Secretária Municipal de Saúde que concordaram em participar deste projeto, bem como os usuários que contribuíram com a pesquisa, e a todos aqueles que colaboraram com a elaboração do produto técnico-educativo.

APRESENTAÇÃO

A presente dissertação faz parte de um estudo multicêntrico nacional elaborado para compreender os significados de prevenção e papel das informações sobre a doença pelo novo coronavírus (COVID-19) na dinâmica das vidas cotidianas das pessoas em diversos territórios. O referido estudo multicêntrico envolve Instituições de Ensino Superior e de pesquisa vinculados ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE/MPSF), sob coordenação da Fundação Oswaldo Cruz.

O universo da pesquisa compreendeu famílias dos territórios adscritos às unidades básicas de saúde (UBS) às quais alunos do PROFSAÚDE estão vinculados profissionalmente, distribuídos de acordo com a situação de municípios (capitais, grande, médio e pequeno porte) no território brasileiro. Como parte desse projeto multicêntrico de âmbito nacional, este subprojeto foi delimitado na aplicação dos objetivos do projeto maior à população do território de abrangência de uma unidade básica de saúde rural do município de Araçagi-PB.

Nesta dissertação, utiliza-se uma configuração monográfica contendo os elementos preliminares no formato convencional do trabalho de conclusão de mestrado (TCM), mas sua estrutura conterá também um artigo original, a partir dos resultados do estudo de campo, e um produto técnico educativo para a população rural de Araçagi, com características de complementaridade entre si.

Assim, a dissertação apresenta as seguintes partes:

- Elementos do formato convencional: Introdução, Objetivos, Justificativa, Revisão Teórica e Métodos;
- Artigo científico original: “Percepções e Práticas de Prevenção Não Farmacológica da COVID-19 por Habitantes de Área Rural da Paraíba, Brasil”
- Produção de arquivos de mídia digital tipo *podcast* contendo conteúdos sobre medidas preventivas contra a COVID-19 voltados para educação da comunidade de Araçagi-PB;
- Considerações finais, para integrar os conhecimentos produzidos por meio dissertação como um todo; e
- Referências, com todas as referências utilizadas no trabalho, incluindo aquelas do artigo e do produto técnico; para normatização das referências da dissertação serão seguidas as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT)

em todo o trabalho, mas o artigo seguirá as normas editoriais do periódico escolhido para sua submissão (Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde).

Nesta dissertação, o primeiro capítulo apresenta aspectos introdutórios acerca do problema de pesquisa e a lacuna na literatura que se pretende preencher com a realização da pesquisa, além de destacar a sua importância. No segundo capítulo, estão apresentados os objetivos gerais e específicos a serem alcançados para responder aos problemas de pesquisa propostos.

O terceiro capítulo contém a justificativa, com as principais motivações que levaram à escolha do objeto de estudo e seu contexto. O quarto capítulo - e seus subtítulos - contém a revisão da literatura, com consideração à comunicação em saúde, educação em saúde, aspectos relacionados à percepção da população sobre as medidas preventivas não farmacológicas e a sua aplicação no cotidiano do enfrentamento de uma doença contagiosa emergente.

O quinto capítulo apresenta a proposta metodológica para a realização da pesquisa observacional, com base no referido projeto multicêntrico, definição das variáveis, amostra, instrumento utilizado, análise de dados e considerações éticas. Também no quinto capítulo, foi descrito o processo de produção dos arquivos de áudio para a série de *podcasts* que constituirão o segundo produto da dissertação.

O sexto capítulo compreende a apresentação do primeiro produto do TCM, um artigo científico original com os resultados da pesquisa de campo e também apresenta o segundo produto do TCM, o produto técnico educativo em mídia digital. O sétimo capítulo, por sua vez, aborda as considerações finais.

RESUMO

A percepção favorável sobre medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção da doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) e a adesão associada podem reduzir o contingente de infectados na população. Apesar da considerável atenção científica e social aos impactos da pandemia de COVID-19 em áreas urbanas, foi dado pouco enfoque a esse impacto nas comunidades rurais, que geralmente têm cuidados de saúde menos acessíveis e maiores taxas de pobreza e baixa instrução. O foco deste trabalho de conclusão de mestrado foram as MNF de prevenção da COVID-19 pela comunidade rural de Canafístula, município de Araçagi-PB, com a elaboração de um artigo científico original dos resultados de uma pesquisa de campo envolvendo usuários do território da UBS, assim como um produto técnico-educativo sob a forma de conteúdos em áudio, disponibilizados como *podcasts* para informação da comunidade. O objetivo geral do estudo de campo foi avaliar a percepção e prática de MNF de prevenção da COVID-19 por usuários atendidos pela Unidade Básica de Saúde (UBS) de Canafístula. Realizou-se a coleta de dados primários por meio da aplicação de um questionário estruturado em entrevista presencial na UBS com 70 usuários. O tipo desta pesquisa foi observacional e transversal, com abordagem quantitativa, utilizando estatística descritiva e inferencial com o teste do qui-quadrado e razão de prevalência, com intervalo de confiança de 95%. O perfil sociodemográfico revelou uma amostra de idade mediana de 41 anos, feminina, negra, com nível educacional fundamental/médio, não casada e renda familiar de um salário-mínimo e saneamento precário. Observou-se que todos referiram ter adquirido informações sobre higienização das mãos e uso de máscaras faciais, enquanto menores percentuais foram alcançados em informações sobre isolamento social. Verificou-se que 97% relataram adoção de 3 ou mais MNF de prevenção, com concordância entre o relato de informação recebida e o de adoção da correspondente MNF em mais de 90% da amostra, exceto para isolamento social. A principal fonte de informação foram TV, rádio e jornal, seguida por mídias sociais digitais, ainda que a maior confiança tenha sido atribuída às informações de profissionais de saúde. Quase metade da amostra referiu se sentir confiante nas MNF de prevenção da COVID-19. Por outro lado, apenas 40% consideraram alto o risco de contágio pessoal ou da sua família, mas 94% percebiam a COVID-19 como grave ou muito grave, o que é compatível com o autorrelato de alta adesão ao uso de máscaras e higienização das mãos em percentuais superiores a 90%. Verificou-se, por meio de razão de prevalência, que a prática do isolamento social parcial, a obtenção de informações sobre o uso de máscaras e informação dada por profissionais de saúde reduziram a chance de COVID-19, enquanto informações de amigos/vizinhos/parentes aumentaram essa chance. O segundo produto da dissertação foi elaborado em fases de pré-produção (planejamento, convite dos entrevistados e roteirização), produção (gravação) e a pós-produção (edição do áudio gravado, publicação e divulgação). Os *podcasts* tiveram participação de líderes comunitários, profissionais de saúde e gestores, em oito episódios que abordaram, de forma acessível, as medidas de prevenção da COVID-19. Conclui-se que os objetivos propostos nesta dissertação foram alcançados e, portanto, a pesquisa revelou a percepção da COVID-19 como uma doença grave, houve confiança nas MNF preventivas, sobretudo por parte da equipe de saúde, ainda que a principal fonte de informação tenham sido a TV e os jornais. A adoção das MNF foi alta, cerca de 90%, com exceção do isolamento. Com a divulgação dos *podcasts* por meio da rádio e da internet, a comunidade poderá receber um retorno informativo sob a forma de educação popular em saúde.

Palavras-Chave: Prevenção. Educação Popular em Saúde. Estratégia Saúde da Família. COVID-19. Saúde Pública.

ABSTRACT

The favorable perception of non-pharmacological measures (NPM) to prevent the disease caused by the Coronavirus 2019 (COVID-19) and the associated adherence can reduce the number of infected people in the population. Despite considerable scientific and social attention to the impacts of the COVID-19 pandemic in urban areas, little focus has been given to this impact in rural communities, which generally have less accessible health care and higher rates of poverty and low education. The focus of this master's thesis was the NPM of prevention for COVID-19 by the rural community of Canafistula, municipality of Araçagi-PB, with the elaboration of an original scientific article with the results of a field research involving users of the territory from UBS, as well as a technical-educational product in the form of audio content, made available as podcasts for community information. The general objective of the field study was to evaluate the perception and practice of NPF to prevent COVID-19 by users served by the Basic Health Unit (BHI) of Canafistula. Primary data were collected through the application of a structured questionnaire in face-to-face interviews at the BHI with 70 users. The type of this research was observational and transversal, with a quantitative approach, using descriptive and inferential statistics with the chi-square test and prevalence ratio, with a confidence interval of 95%. The sociodemographic profile revealed a sample with a median age of 41 years, female, black, with elementary/high school education, not married and family income of one minimum wage and precarious sanitation. It was observed that all reported having acquired information on hand hygiene and the use of face masks, while lower percentages were achieved in information on social isolation. It was found that 97% reported adoption of 3 or more MNF prevention, with agreement between the report of information received and the adoption of the corresponding NPF in more than 90% of the sample, except for social isolation. The main source of information was TV, radio and newspaper, followed by digital social media, although the greatest trust was attributed to information from health professionals. Almost half of the sample reported feeling confident in COVID-19 prevention NPFs. Only 40% considered the risk of personal or family contagion to be high, but 94% perceived COVID-19 as severe or very serious, which is compatible with the self-report of high adherence to the use of masks and hygiene of the hands in percentages greater than 90%. It was found, through the prevalence ratio, that the practice of partial social isolation, obtaining information about the use of masks and information given by health professionals reduced the chance of COVID-19, while information from friends/neighbors/relatives increased that chance. The second product of the dissertation was elaborated in pre-production phases (planning, invitation of the interviewees and scripting), production (recording) and post-production (editing of the recorded audio, publication, and dissemination). The podcasts had the participation of community leaders, health professionals and managers, in eight episodes that approached, in an accessible way, the prevention measures of COVID-19. It is concluded that the objectives proposed in this dissertation were achieved and, therefore, it can be inferred that the research revealed the perception of COVID-19 as a serious disease, there was confidence in preventive MNF, especially on the part of the health team, although the main source of information have been TV and newspapers. The adoption of MNF was high, around 90%, except for isolation. With the dissemination of podcasts through the radio and the internet, the community will be able to receive informative feedback in the form of popular health education.

Keywords: Prevention. Popular Education in Health. Family Health Strategy. COVID-19. Public health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivos Gerais	15
2.2	Objetivos Específicos	15
3	JUSTIFICATIVA	16
4	REVISÃO DA LITERATURA	20
4.1	A Pandemia de COVID-19	20
4.2	Medidas Não-Farmacológicas de Prevenção da COVID-19	23
4.3	Comunicação, Informação em Saúde e Adesão da População às Medidas de Prevenção da COVID-19	26
4.4	Determinantes Sociais em Saúde e Motivações para Comportamentos de Proteção de Agravos	32
4.5	Atenção Primária em Saúde, Educação em Saúde e COVID-19 em Populações Rurais	39
5	METODOLOGIA	46
5.1	Pesquisa de Campo	46
5.1.1	Modelo.....	47
5.1.2	Cenário.....	48
5.1.3	População-Fonte e Amostra.....	51
5.1.4	Procedimentos de Coleta dos Dados.....	52
5.1.5	Análise dos Dados.....	53
5.1.6	Aspectos Éticos.....	53
5.2	Produto Técnico-Educativo de Mídia Digital	54
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
	6.1 Artigo Original	58
	6.2 Produto Técnico-Educativo de Mídia Digital	76
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
	REFERÊNCIAS	82
	ANEXOS	91

1 INTRODUÇÃO

A adesão às práticas de medidas não farmacológicas de prevenção de contaminação infecciosa durante uma epidemia pode desacelerar e reduzir o contingente de infectados. Considerando as dimensões do Brasil, até o momento, não está claro até que ponto a população brasileira como um todo, de Norte a Sul, tem seguido tais medidas, que até dezembro de 2020 constituíam a única maneira de prevenir a Doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19). Ao declarar a COVID-19 uma emergência de saúde pública de interesse internacional, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apelou para a instituição universal de ações imediatas dos governos na preparação de suas populações e sistemas de saúde por meio de uma resposta internacional coordenada (WHO, 2020a). A COVID-19 rapidamente se tornou uma pandemia global exigindo precauções sanitárias universais para conter sua propagação. Em todo o mundo, as intervenções de saúde pública foram implementadas e comunicadas por meio de estratégias nacionais de comunicação de risco à população.

O controle de novas doenças infecciosas não é apenas uma tarefa individual, mas constitui também uma questão populacional. A pandemia de COVID-19 tem sido caracterizada por incertezas e mudanças constantes, forçando governos e autoridades de saúde a intensificar os esforços de comunicação de risco sanitário. Por outro lado, a transmissão do novo coronavírus causador da COVID-19 está primordialmente relacionada ao comportamento humano individual e coletivamente (SEIDL-DE-MOURA, 2021). Assim, a atual crise sanitária é um problema de natureza epidemiológica, mas também psicossocial. Para controlar a transmissão da COVID-19, as pessoas de todo o mundo precisam ter condições de adotar mudanças significativas em seu comportamento.

Uma comunicação de saúde eficiente sobre a prevenção da COVID-19 pode influenciar o comportamento e aumentar a conscientização da população, motivando mais pessoas a se envolverem em comportamentos apropriados de proteção em relação ao contágio. A escala da crise desta pandemia e as respostas dos governos foram acompanhadas por um fluxo colossal de informações sobre a COVID-19 em termos de cobertura de notícias 24 horas por dia, sete dias por semana, com conferências de imprensa transmitidas pela televisão e fornecidas por líderes políticos e autoridades de saúde (FINSET *et al.*, 2020). Este fluxo massivo de informações de saúde e pontos de vista sobre a pandemia foi heterogêneo e sem precedentes.

Sabe-se, que a não adesão às práticas de prevenção de doenças e de promoção da saúde não se resume somente à “esfera física e à terapia farmacológica, mas também estão implícitas nesse processo, a experiência de vida e a subjetividade no modo de pensar e agir do sujeito diante do processo de adoecimento” (FAVA *et al.*, 2011, p. 81). Ou seja, deve-se entender que a adesão às medidas não farmacológicas de prevenção contra o contágio pelo coronavírus é um processo complexo, e está intrinsecamente ligada à inserção do indivíduo no seu meio histórico-social, levando-se em conta sua cultura, seu engajamento e o modelo de enfrentamento dos percalços e obstáculos por ele construídos ao longo da vida (FAVA *et al.*, 2011).

Nesse sentido, a presente dissertação visa compreender o conhecimento e as práticas de medidas não farmacológicas para prevenção da COVID-19 e fornecer subsídios para o desenvolvimento de orientações de prevenção e controle em relação à pandemia atual e a crises sanitárias semelhantes no futuro para a comunidade rural de Araçagi-PB. Assim, o foco do estudo é o comportamento preventivo das famílias atendidas pela Estratégia Saúde da Família (ESF) dessa comunidade rural, como unidades de cuidado, focalizando o espaço social em que as famílias se inserem, observando as respostas de um membro de cada grupo familiar sobre abordagens dos profissionais da saúde, de campanhas governamentais, da grande mídia e de outras fontes de informação oficiais e não oficiais. Para que a comunicação em saúde durante uma crise sanitária seja um componente bem-sucedido da resposta à pandemia, populações inteiras de países afetados devem ser capazes de acessar e compreender as informações que estão sendo comunicadas (MASSARANI *et al.*, 2021; LOLE; STAMPA; GOMES, 2020).

As respostas das comunidades devem ser vistas como a chave para acabar com esta pandemia. Porém, elas devem ser vistas como parte da solução, ainda que muitas vezes representem o problema. Na fase inicial da epidemia, parecia óbvio que o ceticismo e a hesitação do governo, ou mesmo a negação do potencial da pandemia ocorrendo no Brasil, tiveram impactos diretos e afastaram as comunidades de percepções realistas de risco em relação à COVID-19. Isso foi acompanhado por uma conscientização relativamente baixa da população e um reduzido contingente de exercícios preventivos contra a contaminação, embora uma série de informações tenha sido socializada, por exemplo, pelo Ministério da Saúde, secretarias estaduais e municipais da saúde, entidades científicas, imprensa e mídias sociais (HOUVÈSSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021). Demorou para o público em geral processar informações

sobre a COVID-19 e tomar medidas mais consistentes para se proteger. A incerteza sobre a doença tem sido associada a ansiedade, depressão e angústia, as quais podem resultar em pânico e/ou passividade, em vez de a comunidade trabalhar em conjunto para mudar o comportamento de forma a reduzir o risco de contaminação. A informação à comunidade deve, portanto, ser empática também, demonstrando preocupação e reconhecendo o impacto da situação para o indivíduo e suas vidas (FINSET *et al.*, 2020). Esta é uma tarefa desafiadora.

Em 2020, a maioria dos casos de COVID-19 no Brasil estava localizada em áreas urbanas, com relativamente poucos casos encontrados em áreas rurais. Isso, é claro, não se deve a uma imunidade inerente encontrada na população das áreas rurais, mas sim às características demográficas das áreas urbanas, como alta densidade populacional e frequência de viagens dentro e fora das áreas urbanas. Esse forte contraste na prevalência de COVID-19 entre áreas urbanas e rurais é potencialmente problemático no contexto de medidas de prevenção de saúde pública que são implementadas em todo o mundo, tanto em áreas urbanas altamente afetadas quanto em áreas rurais em grande parte menos afetadas (PRUSACZYK, 2021). Existe a possibilidade de moradores de áreas rurais não se perceberem em alto risco para a COVID-19 e, portanto, não atenderem às recomendações nem seguirem as práticas de prevenção preconizadas.

Embora as práticas de controle de infecção recomendadas nos níveis nacional e estadual sejam propagadas tanto para áreas urbanas quanto rurais, sua implementação nas áreas rurais requer uma compreensão desse contexto singular. Apesar da considerável atenção científica e social aos impactos da pandemia de COVID-19 em áreas urbanas, foi dado pouco enfoque ao seu impacto nas comunidades rurais, que geralmente têm cuidados de saúde menos acessíveis e maiores taxas de pobreza e baixa instrução.

A comunicação dessas práticas e sobre o risco associado à subestimação da chance de contágio deve ser feita com atenção a esse contexto único para que os moradores entendam a relevância das informações para eles e a importância de adotar as práticas correspondentes. O uso de estratégias adaptadas ao contexto rural para comunicar e implementar efetivamente as práticas de prevenção de saúde pública, muitas das quais são decretadas em todo o estado e impactam áreas rurais com risco relativamente baixo, tem o potencial de mitigar a propagação do vírus nas áreas rurais em um momento em que sua prevalência ainda é relativamente baixa.

Sobre esse aspecto, em um estudo transversal envolvendo 1291 indivíduos residentes em todo o território brasileiro que responderam a um questionário eletrônico em maio de 2020, concluiu-se que o grau de percepção e comunicação sobre a COVID-19 foi considerado bom (FONSECA *et al.*, 2021). No entanto, os autores deste estudo observaram que futuros estudos com abordagem quali-quantitativa são necessários para melhor aprofundamento do tema. Para maior aprofundamento do tema, uma pesquisa multicêntrica nacional passou a ser conduzida por mestrandos e docentes do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE) em 2021 para avaliar a percepção e práticas no cotidiano em resposta a orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência de unidades básicas de saúde em quase todos os estados do Brasil.

O estudo contido na presente dissertação refere-se a um recorte deste trabalho aplicado à área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) do povoado de Canafístula, localizada na zona rural do município de Araçagi, região metropolitana de Guarabira, Paraíba. Este contexto territorial envolve comunidades que vivem uma determinada organização do espaço geográfico e com diferentes processos de subjetivação por meio dos quais são construídas suas identidades (SCHÜTZ *et al.*, 2014). A prática de saúde, tendo em vista que estas comunidades são diferentes em sua história, educação, cultura, modo de vida, economia e, portanto, práticas de prevenção e promoção da saúde, sofre repercussão sobre o modo de promoção e assistência a ser ofertado a essa população. Além disso, trata-se de área com difícil acesso geográfico, além do descaso quanto à oferta de serviços públicos, como a saúde, inclusive durante a pandemia pela COVID-19, refletindo desigualdades em comparação com comunidades urbanas (FLOSS *et al.*, 2020). As particularidades dessas comunidades precisam ser compreendidas, “a fim de se buscar estratégias às suas demandas e necessidades de saúde” (BRASIL, 2015, p. 13).

Neste panorama, diversas questões de pesquisa emergiram, como as seguintes:

- Que informações os usuários da UBS Canafístula receberam sobre a COVID-19 e suas MNF de prevenção, quais foram suas fontes e o grau de confiança atribuído às medidas?

As respostas provisórias a essas perguntas, sob a forma de hipóteses da pesquisa, são:

- A maioria das famílias atendidas pela UBS Canafístula recebeu informações sobre MNF;

- As fontes mais frequentes são a televisão e o rádio, mas os usuários atribuem maior confiança à fonte representada pela equipe de saúde da UBS; e

- A maioria das pessoas pratica orientações relacionadas às MNF de prevenção contra a COVID-19 e essa prática é consistente com as informações recebidas;

Com base nesses pressupostos, o objetivo geral desta dissertação foi, portanto, foi avaliar a percepção e a correspondente prática de MNF de prevenção da COVID-19 por usuários atendidos pela ESF de um distrito rural do município de Araçagi-PB, Brasil, assim como elaborar um produto técnico-educativo sobre prevenção voltado à comunidade fonte do estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral desta dissertação é avaliar a percepção de usuários de uma unidade básica de saúde da zona rural em Araçagi-PB sobre a COVID-19 e as medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção da doença, suas práticas no cotidiano, com a complementar produção de um recurso educativo digital em saúde para a população do território.

2.2 Objetivos Específicos

- conhecer as fontes e tipos de informações relativas às MNF de prevenção da COVID-19;
- identificar as MNF utilizadas para a prevenção e controle da COVID-19; e quais estão associadas ao maior ou menor grau de contaminação pela doença através do teste do qui-quadrado e razão de prevalência;
- conhecer o grau de credibilidade atribuída às informações recebidas sobre MNF;
- averiguar concordância entre autorrelatos de informações recebidas sobre MNF e adoção das medidas; e
- desenvolver um produto técnico educativo digital em áudio para informar a população fonte da amostra estudada na pesquisa de campo sobre prevenção da COVID-19.

3 JUSTIFICATIVA

O tema da prevenção da COVID-19 é central nas preocupações teóricas e práticas atualmente, sobretudo quando se trata de compreender como a população busca e obtém informações sobre a doença, assim como sobre quais são os comportamentos assumidos para minimizar o risco de contaminação entre as pessoas da própria comunidade.

Graduado em medicina e com pós-graduação *lato sensu* em Medicina de Família e Comunidade, tive ricas experiências acadêmicas com projetos de extensão comunitária de educação popular em saúde na Universidade Federal da Paraíba. Nessas experiências, pude vivenciar situações desafiadoras que me possibilitaram alcançar uma compreensão ampliada da saúde, em toda sua complexidade e no âmbito coletivo, assim como um entendimento do cuidado correspondente no contexto familiar. Isso me estimulou a buscar maior sentido no trabalho realizado diretamente com usuários, famílias e comunidades.

Tais experiências, aliadas ao atual trabalho como médico da Unidade Básica de Saúde no povoado Canafístula (Araçagi-PB), no contexto pandêmico atual, foram fatores que suscitaram meu interesse em participar do estudo multicêntrico no âmbito do PROFSAUDE sobre a percepção dos usuários desta localidade em relação às novas informações sobre a pandemia e a forma como eles as traduziram em práticas de prevenção.

O fato é que as famílias da comunidade que assisto, e toda a comunidade do seu entorno, têm passado por constantes e diferentes dificuldades, atravessando problemas econômicos, sociais e políticos, que se acentuaram neste período pandêmico. Conseqüentemente, a realidade dessas famílias foi alterada de forma repentina e nova. Informações acessíveis e imparciais são necessárias a essa população, para ensejar a estratificação de comportamentos em favor do surgimento, dentro das comunidades, de uma mentalidade proativa que possa promover a consciência de que novas atitudes de prevenção são necessárias no seu cotidiano, e que ignorar ou descumprir as normativas por falta de maiores esclarecimentos pode assegurar seu papel na corresponsabilização do enfrentamento desta crise epidêmica e voltado para os interesses coletivos, considerando as limitações individuais e familiares na adoção destas medidas.

No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica apresenta cobertura populacional expressiva, conformando territórios nos quais vive grande parte da

população que possui trabalho informal, circula e ocupa ambientes insalubres, habita domicílios inadequados, possui dificuldades de acesso aos serviços e políticas públicas e depende do Sistema Único de Saúde, como pode ser observado no povoado de Canafístula, em Araçagi. Para minimizar os efeitos da desigualdade social em uma coletividade como a que assisto, a equipe de saúde da atenção básica exerce papel fundamental, pois se esforça para compreender elementos culturais e sociais presentes nas comunidades sob sua responsabilidade, estabelecendo interações educativas que podem alcançá-las tanto em termos de capilaridade quanto de adequação da informação técnico-científica para o grau de educação das famílias desse território.

Os desafios impostos pela pandemia reforçaram a luta cotidiana dessa população pela sobrevivência, que é acrescida de um conjunto de informações médico-científicas, muitas vezes estranhas ao seu universo relacional, advindas de dados epidemiológicos, decretos, portarias e recomendações que geram múltiplos significados, às vezes divergentes e contraditórias sobre os seus modos cotidianos de proceder, determinando conflitos entre o “dever ser e o possível”. Diante disso, as pessoas desenvolvem interpretações e adaptações para a sua realidade local, corroborando o pressuposto de que a eficácia comunicativa das informações e a efetividade das ações de prevenção e controle depende dos arranjos que a comunidade elabora.

Ademais, existe a necessidade de entender e identificar as particularidades do processo de saúde-doença da população rural no contexto da pandemia pela COVID-19, haja vista que a população do campo se encontra em região mais isolada geograficamente e de difícil acesso aos serviços públicos básicos como saneamento básico, educação e saúde, quando comparadas às populações urbanas (LIMA *et al.*, 2019). Além disso, destaca-se também o intuito de compreender como a equipe de saúde pode contribuir com esse processo, na geração de recursos e meios de educação em saúde. Observa-se que, se por um lado o isolamento da população rural poderia favorecer o isolamento social como forma de prevenção da contaminação pelo vírus, por outro lado constatam-se casos de mortes e contágio da doença em todos os estados do Brasil, inclusive em áreas rurais e remotas, o que mostra que o afastamento geográfico dessas regiões não impede a disseminação da doença (BRASIL, 2020; CODEÇO *et al.*, 2020; FLOSS *et al.*, 2020).

Por outro lado, a pandemia da COVID-19 agravou as dificuldades já existentes, pois com a disseminação da doença houve restrição ao transporte tanto de profissionais quanto de usuários, prejuízo nas atividades de grupo e ações coletivas e diminuição do

acesso à informação em consequência da diminuição da ida dos usuários à unidade de saúde, além da maior valorização da atenção terciária em detrimento da atenção básica, com maiores investimentos em recursos para terapia intensiva e respiradores (SILVA; PINTO, 2020) que embora tenham sido vitais em determinados momentos da crise sanitária, não poderiam ser preocupação exclusiva da gestão de saúde pública, sem considerar o papel imprescindível da atenção básica à saúde.

No meio rural, sobretudo, é necessário reforçar a atenção básica, para que os problemas de saúde ocasionados pela COVID-19 possam ter seu impacto atenuado (SILVA; PINTO, 2020). Ressalta-se também, nesse cenário rural, o aumento da pobreza, uma vez que boa parte da população do campo sobrevive da agricultura e de feiras-livres, onde vende seus produtos, e que nos momentos de pico da pandemia, foram fechadas como forma de diminuir a propagação do vírus, repercutindo diretamente na economia dessas famílias.

As especificidades dessa população, conforme diz Lima *et al.* (2019), fortalecem a concepção ampliada da saúde rural para além da ausência de doenças, pois as múltiplas histórias e percepção de vida desses indivíduos, suas relações pessoais e familiares com a comunidade e a natureza, sua cultura e seu processo de trabalho a tornam única, impactando o processo saúde-doença dessa população de forma especial. Além disso, há poucos estudos que contemplem essa parte rural do território, considerando as particularidades da população que lá reside, para desenvolver ações educativas de saúde efetivas (COIMBRA JÚNIOR, 2018).

Essa compreensão é fundamental para orientar as ações da equipe da Estratégia Saúde na Família do povoado de Canafístula, no sentido de melhorar a comunicação e o diálogo entre os profissionais de saúde da unidade e os usuários, na construção de vínculos, confiança e compromisso. Por essa razão, além do conhecimento da realidade do território de Canafístula no que concerne aos objetivos do estudo de campo, cujos resultados podem contribuir com o trabalho da equipe que assiste a essa coletividade nas orientações de prevenção e controle do COVID-19, o presente projeto de dissertação prevê, adicionalmente, a elaboração de um produto técnico educativo no sentido de construir estratégias de comunicação efetivas para educação em saúde dessa população, com uso de recursos digitais por meio de *podcasts*, material entregue na forma de áudio, semelhante a um programa curto de rádio, com linguagem acessível e apresentando tópicos relevantes sobre a prevenção

e autocuidado das famílias em relação à pandemia pela COVID-19 e outras emergências análogas em saúde pública no futuro.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 A Pandemia de COVID-19 no Mundo, no Brasil e no município de Araçagi

A humanidade já foi atingida gravemente por grandes epidemias, como a Peste Negra na Europa no século XIV, a "Gripe Espanhola" no início do século XX, a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS, iniciais em inglês) e a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS, do acrônimo em inglês) mais recentemente. Desde março de 2020, novamente uma dessas graves epidemias de repercussão mundial, desta vez a Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-COVID-2), surgiu no início de dezembro de 2019, na China, sendo causada por um vírus similar ao da SARS, o Coronavírus 2 ou SARS-CoV-2 (SEIDL-DE-MOURA, 2021).

A síndrome respiratória aguda potencialmente grave pelo SARS-CoV-2 pode variar desde sintomas leves, sobretudo febre, tosse e coriza a uma pneumonia viral grave com insuficiência respiratória e óbito. O betacoronavírus SARS-CoV-2, embora de uma família conhecida de vírus de RNA - que já ocasionou outras doenças em humanos como por exemplo, resfriado comum, SARS e MERS - foi popularmente chamado de novo coronavírus, pois diferencia-se geneticamente dos anteriores, sendo o sétimo coronavírus a provocar doença em humanos. O SARS-CoV-2 pertence ao subgênero *Sarbecovirus* da família *Coronaviridae*.

De origem provavelmente zoonótica, esse vírus emergente foi identificado primeiramente na cidade de Wuhan, na China, em dezembro de 2019 e seu contágio acontece principalmente de pessoa para pessoa por contato próximo por meio de gotículas respiratórias e/ou contato direto com pessoas infectadas e mais raramente, por contato com fômite contaminado (DOENÇA...,2021). A OMS declarou pandemia pelo coronavírus em 11 de março de 2020, com identificação de casos da doença em todos os continentes.

No geral, em termos epidemiológicos, até o dia 18 de junho de 2022, foram detectados 538.695.729 casos de COVID-19 no mundo. O país com o maior número de casos acumulados é os Estados Unidos com 86.230.982 pessoas já detectadas com a doença, enquanto em segundo lugar, está a Índia, com 43.296.692 casos, seguida pelo Brasil, com 31.693.502 de casos confirmados. No que diz respeito aos óbitos, foram confirmados 6.318.093 no mundo até a referida data. Mais uma vez os Estados Unidos lideram essa estatística, sendo o país com maior número acumulado de óbitos (1.013.377), seguido pelo do Brasil (669.010) e Índia (524.855) (BRASIL, 2022).

No Brasil, o estado do Espírito Santo é o com maior incidência da doença, e o Rio de Janeiro, por sua vez, lidera a taxa de mortalidade. Na região Nordeste, a Paraíba se destaca como o estado com maior taxa de incidência acumulada da doença de fevereiro a junho de 2022 (BRASIL, 2022). Quanto ao perfil sociodemográfico de acometimento, 51,3% das síndromes respiratórias agudas graves (SRAG) por COVID-19 são do sexo masculino e a faixa etária mais acometida é a de 70 a 79 anos de idade (20,8% do total de casos), sendo mais acometidos os cidadãos que se autodeclararam como brancos (BRASIL, 2022)

O primeiro caso COVID-19 no Brasil foi detectado em 26 de fevereiro de 2020 na cidade de São Paulo (BRASIL, 2020b), enquanto na Paraíba (2020) o primeiro caso foi registrado em 18 de março de 2020. Em Araçagi o primeiro paciente foi diagnosticado em 28/04/2020. Nesta cidade, até 23 de junho de 2022, o número total de casos era de 2.612, com 2585 recuperados, 02 casos ativos e 28 óbitos. No início da pandemia, como médico da Vigilância Sanitária do município de Araçagi, percebi e senti que o cenário era de incertezas e medo. Muitas pessoas acreditavam que a doença não chegaria ao município, enquanto outras desde o início ficaram reclusas em casa. Enquanto gestão, as primeiras ações, quando instaurada a pandemia, foi utilizar os meios de comunicação do município para instruir a população sobre a doença. Foram feitas *lives* no canal oficial da prefeitura no Facebook®, e entrevistas na rádio local, além de utilização de carros de som com repasse de informações. Todas as medidas foram guiadas pelo Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus SARS-CoV-2 no município de Araçagi. Este documento teve como objetivo “sistematizar as estratégias e ações de precaução, prevenção e proteção, a fim de conter e mitigar os impactos da introdução da infecção humana pelo novo coronavírus na população do município de Araçagi-PB, diante da pandemia decretada pela OMS” (ARAÇAGI, 2020).

Buscou-se, então, garantir os insumos de proteção necessários aos profissionais de saúde, medicamentos e insumos nas unidades de saúde, reconfigurar o atendimento e o espaço nas unidades básicas de saúde para garantir o isolamento dos pacientes que chegassem com sintomas respiratórios, bem como manter o cuidado aos usuários com doenças crônicas que necessitavam de atenção e o transporte das populações mais vulneráveis aos cuidados na capita quando necessário. Distribuíram-se máscaras à população mais carente, e cada equipe de saúde realizava visitas domiciliares nas calçadas das residências informando sobre a pandemia, construíram barreiras sanitárias

nas entradas e saídas da cidade, com aferição de temperatura e higienização dos carros pois se acreditava que uma das principais formas de contágio seria por superfícies de contato, fato este desmistificado posteriormente

Os agentes comunitários, apesar da hesitação inicial, passaram a ser o elo mais forte entre a comunidade e a unidade de saúde. Eles verificavam se nas residências havia alguém com sintomas gripais e indicavam o cuidado adequado ou a busca de ajuda de um profissional de saúde. Além disso, estes profissionais recebiam denúncias de pessoas sintomáticas ou que tinham recebido diagnóstico de COVID-19 e não cumpriam o isolamento necessário. Neste cenário pandêmico, verifiquei também o agravamento da pobreza local, pois muitas famílias locais que vivem da agricultura e do comércio tiveram suas fontes de renda diminuídas, dezenas de ônibus interestaduais chegavam à cidade diariamente com araçagienses que perderam seus empregos na pandemia e voltaram assim à sua terra natal, desolados e sem esperança, muitos destes com sintomas gripais, sendo necessário intervenção e indicação de isolamento pela equipe de saúde. Com o agravamento da pandemia e a ocorrência de óbitos no município, houve maior sensibilização da população, porém com o passar dos meses, a falta de expectativa do término da pandemia e as necessidades sociais pungentes levaram a população a se expor mais ao risco de contrair a doença, em detrimento das medidas de prevenção.

Assim, a pandemia configurou Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional, apresentando risco elevado para países com sistemas de saúde vulneráveis (WHO, 2020b), com crescimento contínuo no número de infectados, hospitalizados e mortos (OPAS, 2020), sobretudo porque ainda não existiam vacinas ou fármacos antivirais para o novo coronavírus em 2020 (WHO, 2020a). Considerando esta realidade, a eficiência das medidas e estratégias de prevenção e controle dependem de processos voltados para educar o público em geral sobre a seriedade da COVID-19 e da sua responsabilidade na prevenção e propagação (WHO, 2020a).

Nesse contexto de gravidade, a atual crise da COVID-19 é uma situação única. Nunca na história uma pandemia foi confrontada com uma ação tão ampla e invasiva das autoridades políticas e da comunidade de saúde (FINSET *et al.*, 2020). O fato de o vírus envolver um período de incubação sem sintomas, podendo chegar, em média a quase uma semana para a maioria dos infectados, nos quais a contagiosidade é talvez mais proeminente, aumenta a noção de que se trata de um inimigo invisível, induzindo a uma sensação coletiva de perder o controle sobre suas vidas. Conseqüentemente, tanto

os líderes governamentais quanto os médicos enfrentam a difícil tarefa de fazer as pessoas se sentirem seguras com a incerteza.

Essa incerteza sobre a COVID-19 e sua disseminação foi um desafio óbvio para os comunicadores de saúde que fornecem informações sobre essa condição. Simplesmente havia experiência e conhecimento limitados, e não apenas sobre contagiosidade e letalidade. Sabia-se muito pouco (e ainda se sabe pouco) sobre a taxa de mutação do vírus, se a imunidade coletiva se desenvolveria e o quanto isso protegeria a população, se uma vacina seria eficiente e, não menos importante, por que o curso da doença parecia variar tanto, dependente na idade e da fragilidade das pessoas afetadas. Além disso, as consequências de um bloqueio social são provavelmente desastrosas para muitas pessoas e comunidades. Nesse horizonte, [...] “o caminho entre a incerteza e o pânico pode ser muito curto” (FINSET *et al.*, 2020, p. 873).

Ademais, a COVID-19 afeta mais frequentemente pessoas com doenças respiratórias, cardiovasculares e renais crônicas, assim como aquelas constantemente expostas ao vírus, com baixa imunidade e com fragilidade orgânica (ALEXANDRE *et al.*, 2020), como os idosos, por exemplo, que correspondem a maioria dos óbitos por SRAG na COVID-19. Sobre isso, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) afirma que entre os óbitos por SRAG na COVID-19 notificados em 2021 (até 04/12/2021), 59,9% possuíam ao menos uma comorbidade. Cardiopatia e diabetes são as comorbidades mais frequentes. Assim, as medidas de contenção da doença mostram-se ainda mais necessárias para essa população e para os comunicantes dessa parcela de indivíduos, de forma a prevenir o contágio pelo vírus e conseqüentemente a mortalidade nesses grupos. A população geral, embora, menos susceptível e menos acometida, não está livre da forma grave da doença.

4.2 Medidas Não Farmacológicas de Prevenção da COVID-19

A alta prevalência e mortalidade da COVID-19 tornaram esta pandemia o desafio social e de saúde mais importante em todo o mundo. Como se trata de uma doença que pode ser amplamente prevenida pela adesão a princípios higiênicos e comportamentos de proteção à saúde, identificar os processos envolvidos nesses comportamentos pode contribuir no planejamento e implementação de intervenções adequadas para incentivar a comunidade a comportamentos de proteção.

Medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção da COVID-19 têm o objetivo de limitar o contato físico entre indivíduos, com comprovada eficácia e eficiência na redução

da transmissão direta do SARS-CoV-2 (ORABY *et al.*, 2021). As estratégias de limitação de contato incluíram fechamentos de escolas, de locais de trabalho (por exemplo, conversão de trabalho presencial em teletrabalho), permanência em casa, evitação de aglomerações (por exemplo, cancelamento de eventos maiores e reuniões menores), limitação de visitantes a ambientes institucionais (por exemplo, hospitais, instalações de cuidados de longo prazo, prisões), quarentena voluntária ou involuntária de indivíduos potencialmente expostos, com o objetivo de manter o distanciamento espacial entre as pessoas.

Limitar o contato é uma estratégia que tenta diminuir a frequência e a duração dos contatos, o que por sua vez, reduz o número básico de reprodução, R_0 , o número médio de pessoas para as quais um caso transmite a doença durante seu período de incubação. Quando o fechamento de escolas e as estratégias de trabalho em casa são ativadas, a dinâmica de transmissão muda para os contatos dentro das famílias. Portanto, as estruturas familiares, a densidade populacional do país, a sua demografia e aspectos socioeconômicos podem afetar o número de contatos sociais que ocorrem dentro de um domicílio (ORABY *et al.*, 2021).

A China, primeiro país onde se descobriu o novo coronavírus, foi a primeira a adotar medidas de contingenciamento, confinando cidades inteiras em busca de diminuir a propagação e contágio pelo vírus. A partir daí, em março de 2020, grande parte dos países do mundo implementaram alguma forma de restrição de contato e incentivaram a adesão às medidas não farmacológicas de prevenção do contágio pelo novo coronavírus. Estima-se que só na China, em decorrência das medidas adotadas em janeiro de 2020 foram evitadas cerca de 1,4 milhões de infecções e 56 mil mortes. (SZWARCOWALD *et al.*, 2020). No Brasil, ressalta-se que a não implementação do isolamento vertical acarretou a falta de redução considerável do número de casos quando comparado a outros países que adotaram essa medida (HOUESSOU; SOUZA; SILVEIRA, 2021).

Apesar disso, no Brasil, a “CoVid: Pesquisa de Comportamentos”, realizada em âmbito nacional pela Fundação Oswaldo Cruz, entre os meses de abril e maio de 2020, evidenciou que cerca de 75% da população brasileira relatou intensa adesão às medidas de distanciamento social, o que pode ter contribuído para redução da disseminação da doença no país, enquanto cerca de 1/4 da população não aderiu, ou aderiu pouco a estas práticas. Este último grupo era composto sobretudo por homens, de baixa escolaridade e que precisaram trabalhar durante a pandemia (SZWARCOWALD *et al.*, 2020). No mundo

todo, a adesão às medidas não farmacológicas varia entre as nações, sobretudo determinada pelas crenças, grau de confiança, conhecimento da população e pela implementação impositiva dessas medidas pelos governos locais. Um estudo realizado na Itália, onde medidas mais rigorosas de isolamento social foram implantadas, a adesão às MNF era maior que em outros países do próprio continente (MEIER *et al.*, 2020). Na África Subsaariana, por sua vez, a adesão às medidas não farmacológicas foi insatisfatória (MWAJ *et al.*, 2021). Houvêssou; Souza e Silveira (2021) observaram, a partir de um estudo transversal, que países como Alemanha, África do Sul, Nova Zelândia, Espanha e Itália, que implementaram o *lockdown*, tiveram redução na incidência de casos diários de COVID-19 no período de três semanas a partir do início da medida. Entretanto, países como o Brasil e Estados Unidos, que não adotaram essa medida, não tiveram redução significativa do número de casos.

Fridman *et al.* (2020), em um estudo com 1.243 adultos nos Estados Unidos, mostraram que a população negra e os mais jovens expressaram maior confiança em mídias digitais, enquanto os mais velhos e brancos preferiram as informações oficiais dos governos. Outro estudo realizado na Nigéria evidenciou que boa parte da população desse país apresentava bom conhecimento sobre a COVID-19, com boa adesão às MNF, sendo a internet/mídias sociais (55,7%) as principais fontes responsáveis pela captação de informações (REUBEN *et al.*, 2021)

Nesse sentido, a produção de conteúdo digital pautado em evidências científicas - como *podcasts* -, e em contraponto às chamadas *fake news*, é uma iniciativa educativa importante para aumentar a adesão da população às MNF, haja vista ser um dos principais canais de informação utilizados pelos indivíduos atualmente, sobretudo os jovens.

Medidas de higiene, como lavar as mãos frequentemente com água e sabão ou álcool a 70°, desnatura as glicoproteínas presentes na cápsula do vírus, inativando-o (FERNANDES; RAMOS, 2020), pois se sabe que uma das formas de contágio se dá pelo contato da mão contaminada com as mucosas do corpo humano, como nariz e olhos. Estima-se que a educação sobre a lavagem correta das mãos pode reduzir em cerca de 20% o contágio por doenças respiratórias (TSUKUDA *et al.*, 2020). Dados da Organização Mundial de Saúde, apresentados por Nascimento (2020), mostram que o hábito de lavar as mãos pode reduzir em até 40% a contaminação por vírus e bactérias. Lavar as mãos, contudo, não é uma realidade para cerca de 35 milhões de brasileiros, que não têm acesso a água, uma situação bastante conhecida na região de Canafístula,

onde o acesso à água é difícil para parcela considerável da população (NASCIMENTO, 2020).

O uso de máscara por toda a população também se destaca como medida eficaz e relevante no combate à pandemia, variando sua eficácia de acordo com o tipo de máscara, sendo que em locais com menor circulação de vírus os modelos cirúrgicos (eficiência em torno de 89%) funcionam na prevenção, mas em ambientes de alta circulação de vírus como hospitais, é indicado o uso de máscara do tipo N95 e PFF2 (eficiência em torno de 98%). É importante ressaltar também que esses equipamentos se tornam mais eficazes quando associados a outras medidas, como distanciamento e ventilação. As máscaras de pano, por outro lado, apresentam eficiência de filtração bastante variável, entre 20% e 60%, mas ainda assim, reduzem as gotículas de e aerossóis emitidos por pessoas contaminadas (FERNANDO *et al.*, 2021).

Um estudo realizado no Rio Grande do Sul evidenciou que o uso de máscaras reduz em 87% a chance de uma pessoa ser contaminada pela COVID-19, e que as pessoas que aderem moderada a intensamente ao distanciamento social têm menos chances de contrair o vírus, em torno de 59% a 75% (GONÇALVES *et al.*, 2020). Atualmente, com o avanço da pandemia e o surgimento de novas variantes mais contagiosas, como a Ômicron, especialistas recomendam apenas o uso da máscara N95/PFF2 (WHO, 2021).

Assim, as MNF são eficazes no combate à pandemia e seu uso generalizado precisa ser estimulado pelos profissionais de saúde, autoridades sanitárias, gestores e líderes, no combate e término da pandemia.

4.3 Comunicação, Informação em Saúde e Adesão da População às Medidas de Prevenção da COVID-19

A comunicação em saúde é multifacetada, englobando a comunicação entre instituições de saúde, profissionais de saúde e o público em geral (SCHIAVO, 2007). Comunicação em saúde é conceituada por Schiavo (2007, p. 21) como:

Uma abordagem multifacetada e multidisciplinar para alcançar diferentes públicos e compartilhar informações relacionadas à saúde, com o objetivo de influenciar, engajar e prover suporte a indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, políticos e o público para defender, introduzir, adotar ou sustentar um comportamento, prática ou política que por fim melhorará os resultados de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2020d), a comunicação de risco é essencial para ajudar as pessoas a entender como se proteger, impedir a propagação de doenças e limitar o impacto social e econômico de uma emergência em saúde pública. Sem comunicação, a compreensão e a adoção de estratégias preventivas não podem ser praticadas (FONSECA *et al.*, 2021).

Uma comunicação de crise eficaz molda as percepções do público e canaliza suas emoções e o comportamento coletivo em uma direção positiva. Esse processo é denominado criação de significado (SHEPPARD; JANOSKE; LIU, 2012) como uma parte crítica do gerenciamento de crises, combinando as várias ferramentas de comunicação política, tanto escrita (comunicados de imprensa, instruções legislativas, normativas, notas técnicas), quanto verbal, em discursos, conferências de imprensa, entrevistas aos meios de comunicação, debates, mídias convencionais e organizações técnico-científicas (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2014).

Os *sites* oficiais do governo são outro pilar da comunicação. Em quase todos os países, ministérios, agências de saúde pública e outras entidades públicas adicionaram seções especiais em seus sites com informações regularmente atualizadas sobre a gravidade do surto, conselhos de saúde ou explicações para medidas governamentais. Muitos governos também criaram um site dedicado para COVID-19, que atua como um portal de informações on-line com perguntas e conselhos de apoio.

As plataformas de mídia social, como Facebook®, Twitter®, Instagram® e YouTube® têm sido importantes para campanhas de saúde pública. Elas têm como alvo um público jovem e de meia-idade com *banners*, artigos informativos, vídeos e infográficos. Frequentemente, *hashtags* (como #FiqueEmCasa), impulsionadas por influenciadores de mídias sociais digitais, promovem campanhas para o público. Além disso, vários governos usam tais redes sociais da internet para postar declarações ou transmitir comunicados resumidos à imprensa.

A não adesão aos padrões de legibilidade pode ter uma influência maior em comunidades com menor nível de instrução em saúde, potencialmente exacerbando os efeitos díspares da pandemia. Como tal, os esforços devem se concentrar no desenvolvimento urgente de recursos COVID-19 em linguagem simples que estejam em conformidade com as diretrizes estabelecidas para uma comunicação clara e sejam mais acessíveis a todos os públicos.

Embora os termos "comunicação de risco" e "comunicação de crise" sejam frequentemente usados como sinônimos, existem distinções entre eles. A comunicação

de risco aumenta a consciência da natureza, magnitude e importância dos riscos na esperança de reduzir a probabilidade de um evento de crise no longo prazo. Portanto, as mensagens de risco procuram induzir mudanças comportamentais, apresentando uma ameaça e descrevendo um comportamento alternativo que pode mitigar a ameaça. Por outro lado, a comunicação de crise envolve o envio e recebimento de mensagens para prevenir ou diminuir os resultados negativos de uma crise (FERENTZ et al., 2020).

Alexandre *et al.* (2020, p. 27) destacam, a propósito de percepções e atitudes em relação ao risco de contrair COVID-19, que a dimensão em que comportamentos e atitudes das pessoas em geral são afetados por “sinais interpessoais e situacionais que conotam ameaça de doença depende de diferenças individuais nas percepções de vulnerabilidade”. Os referidos autores ainda salientam que:

Particularmente interessadas em compreender a relação entre os seres humanos e as doenças infectocontagiosas ao longo da história, abordagens evolutivas da psicologia social e da política sugerem que um conjunto de mecanismos psicológicos foi desenvolvido em resposta aos desafios adaptativos encontrados no ambiente ancestral da humanidade (ALEXANDRE *et al.*, 2020, p. 27).

Nesse sentido, Seidl-de-Moura (2021) salienta que no campo da psicologia social, milhares de artigos com as palavras-chave psicologia social e COVID foram publicados entre 2020 e 2021. A comunicação como campo de conhecimentos e de práticas sociais tem sido valorizada na área de saúde pública desde o início do século XX no Brasil, articulando-se às estratégias de controle sanitário, pela implantação e desenvolvimento do modelo do sanitarismo campanhista de atenção à saúde naquela época (RANGEL-S, 2007). A comunicação em saúde eficaz que consiste na troca, compreensão e prática das informações recebidas, constitui fator chave no combate à pandemia de COVID-19, sendo que os principais processos relacionados à informação são:

A interpretação das notícias e mensagens, durante a fase de criação de significado; a conversão do conhecimento, na etapa de construção de conhecimento; e o processamento e a análise da informação, ocorrência observada a partir das alternativas disponíveis ao gestor durante a tomada de decisão (LEMOS; BARBOSA, 2016, p. 34).

A comunicação é, portanto, o ato de transmitir e trocar ideias, conhecimentos e experiências entre um transmissor que propaga a informação e um receptor que recebe a informação por meio de um sistema comum de símbolos: verbais, sonoros, gestos, visuais e sensações. O ato de comunicar permeia a história do homem desde os seus

primórdios, seja por meio de gestos, gravuras, escrita ou fala, de modo que uma comunicação eficiente ajudou o homem a sobreviver ao longo do tempo e a transmitir sua história e ciência para novas gerações, que constantemente aperfeiçoam tais informações, adaptando-as à sua realidade nas mais diversas vertentes: tecnologia, indústria, comércio, saúde e outros campos. Neste sentido, porém, é preciso ressaltar a diferença entre comunicação e informação, haja vista que informar consiste em transmitir a mensagem sem necessariamente haver compreensão do receptor, já a comunicação se caracteriza por haver uma troca mútua de mensagem entre o transmissor e receptor, com um aprendizado (GUSSO; LOPES, 2012; CARDOSO; BRAGA; GOTARDELO, 2017).

No que diz respeito à comunicação e informação em saúde, este é um campo que se desenvolveu significativamente nas últimas duas décadas (RUÃO; LOPES; MARINHO, 2012). Contribuiu para isso o aumento nas pesquisas sobre comunicação em saúde nas instituições, o maior acesso a meios de comunicação, como televisão e rádio, e sobretudo a popularização das tecnologias de informação e comunicação na atualidade. Assim, “vem crescendo neste cenário a divulgação de informações e dados envolvendo doenças, pesquisas, diagnósticos, entre outros, pelos meios de comunicação” (SILVA, CRUZ; MELO, 2007, p. 685).

A comunicação em saúde como fator-chave para salvar vidas durante a crise sanitária precisa ser bem desenvolvida para contribuir com a resolução de como as sociedades lidam com a incerteza e o medo, como promovem e aderem às mudanças de comportamentos necessárias, ao mesmo tempo em que estimulam a esperança em face da crise. Os profissionais das áreas de comunicação em saúde, educação popular e do paciente, assim como a mudança de comportamentos em saúde têm o papel especial de contribuir para a difusão de informações válidas e acessíveis em diferentes contextos populacionais (FINSET *et al.*, 2020).

Esse aspecto caracteriza uma importante dimensão na educação em saúde e para saúde – sendo educação em saúde definida como aquela que se propõe à construção do conhecimento em saúde pela própria população, considerando-se a validade de seus saberes e práticas, ao promover um pensar crítico e reflexivo e incentivar a autonomia da população no seu próprio cuidado. A educação para saúde, por sua vez, é definida como o processo de fornecimento de informações pela equipe de saúde aos usuários, que devem receber passivamente a mensagem para promover sua saúde e da comunidade (FALKENBERG *et al.*, 2014). O Brasil ainda está longe de

alcançar a universalização do acesso à informação em saúde, seja pela falta do acesso aos meios de comunicação - como em populações mais isoladas e rurais -, seja pela dificuldade em compreender a informação, pela falta de alfabetização por exemplo, ou pela linguagem técnica e inacessível dos materiais informativos (SILVA; CRUZ; MELO, 2007).

Ainda não se avançou na saúde pública brasileira a ponto de haver ampla e efetiva socialização de resultados de pesquisas e conhecimentos por diferentes meios de comunicação e tecnologias da informação para a população usuária do SUS de forma clara e acessível (SILVA, CRUZ; MELO, 2007), incluindo as comunidades do campo. Os líderes comunitários também são importantes na divulgação de informações relacionadas à COVID-19 porque têm o potencial de alcançar os moradores que podem não receber mensagens por meio de outras mídias, como notícias *on-line* ou mídias sociais. Os residentes rurais são, em média, mais velhos do que os residentes urbanos e podem não usar rotineiramente essas outras fontes de notícias (PRUSACZYK *et al.*, 2021).

Embora as mídias sociais digitais ajudem na disseminação de informações em saúde, contribuindo para democratização do acesso à comunicação em saúde, esses veículos também são um meio de propagação de notícias falsas. Estudo recente mostrou que as mídias sociais digitais que mais foram utilizadas para disseminar *fake news* na pandemia pela COVID-19 foram o Whatsapp®, Facebook® e Instagram® (GALHARDI *et al.*, 2020). Ou seja, além de garantir o acesso à informação em saúde para a população, é preciso avaliar a qualidade e a veracidade das mensagens, evitando práticas que prejudiquem a promoção da saúde e prevenção de agravos. Nesse sentido, destaca-se o termo “infodemia”, definida pela WHO (2020d) como a difusão e apreensão massiva de desinformação sobre a COVID. Esse fator interveniente negativo pode gerar uma série de atitudes e comportamentos equivocados pela população que, diante de uma grave emergência em saúde pública, está avidamente em busca de informações. Essa desinformação que pode minar o combate à doença favorecendo a propagação do vírus, uma vez que notícias falsas podem ser compreendidas pela população como uma informação verdadeira e de cunho oficial.

Nesse momento, então, diante da pandemia pela COVID-19, a apropriada comunicação em saúde talvez nunca tenha se mostrado tão necessária. As principais ações de controle da doença consistem em informações de educação em saúde que pregam o isolamento e distanciamento social, bem como medidas de higiene que

precisam ter sua importância compreendida pela população para cuidar de si, da família e da comunidade, sendo necessárias habilidades de comunicação dos profissionais de saúde e dos agentes de saúde pública que promovam de fato a adesão da população a tais medidas. A orientação do uso bem-sucedido das principais medidas não farmacológicas (MNF) requer uma boa organização dos serviços de saúde, com comunicação eficaz e, principalmente, adesão aos protocolos sanitários por parte dos cidadãos. Tais medidas só podem ter sucesso se as pessoas aderirem adequadamente a elas. No entanto, pouco se sabe sobre quais fatores podem aumentar a probabilidade de a população brasileira em geral aderir às MNF. Em epidemias anteriores, recomendações oficiais foram recebidas com ceticismo por muitos cidadãos (TEASDALE; YARDLEY, 2011).

As mudanças de comportamento relevantes para combater a pandemia são bem conhecidas: lavar as mãos regularmente, tossir em um lenço de papel ou antepor o cotovelo à boca durante espirros e tosse, além de manter distanciamento social, limpar superfícies de contato e não tocar o rosto. Mensagens com o objetivo de disseminar essas informações simples foram, desde o início da crise sanitária vigente, não foram necessariamente simples de implementar para toda a população. Mesmo que todos obtivessem as mesmas informações corretas, a mudança de comportamento ainda constituiu um desafio. Muitas das referidas recomendações exigem mudança de rotinas comportamentais arraigadas. Isso exige um tipo de comunicação que leve a ações de conscientização, ainda que sejam medidas simples e que deveriam ser habituais no cotidiano das coletividades. A lacuna entre entendimento e intenção também é problemática e, como afirmam Finset *et al.* (2020, p. 874), [...] “o caminho do saber ao fazer não é fácil; saber não é o mesmo que fazer”.

Profissionais nas áreas de comunicação de risco, educação em saúde e mudanças de comportamento em saúde precisam assumir a responsabilidade de avaliar cuidadosamente o que é conhecido e os *insights* que estão surgindo atualmente a partir das mensagens difundidas. Como a maior parte do comportamento humano, aderir às medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção não ocorre de forma generalizada. Ou seja, mesmo que as pessoas sintam que aderir a tais medidas é eficaz para limitar a propagação da COVID-19, isso não garante a adesão geral de toda a comunidade. É preciso entender o que as pessoas pensam e sentem sobre o problema de saúde em questão, para só assim se promover uma educação para a mudança e adesão às MNF (FAVA *et al.*, 2011).

Portanto, é necessário entender e considerar “que o indivíduo é dono de um saber relacionado intimamente com sua história de vida e suas experiências, construindo conceitos e concepções para adotar uma posição diante das situações” (FAVA *et al.*, 2011, p. 82). Nesse sentido, Rangel-S (2007) aponta que a compreensão da comunicação como diálogo tem um duplo fluxo, isto é, ocorre como uma troca de mensagens entre emissor e receptor, considerando-se [...] “a complexidade do processo de mediação e da interação intersubjetiva que os envolve” (RANGEL-S, 2007, p. 1382).

4.4 Determinantes Sociais em Saúde e Motivações para Comportamentos de Prevenção de Agravos

O êxito de políticas públicas para evitar o contágio da COVID-19 depende, em grande parte, “da percepção sobre ciência e cientistas, do grau de confiança nas instituições e na mídia, e na percepção de risco das pessoas sobre a pandemia” (MASSARANI *et al.*, 2021, p. 3266). Além disso, esta percepção é diferente entre diversos grupos, por ser socialmente construída e determinada por fatores socioeconômicos, políticos e culturais, ou determinantes sociais em saúde (DSS). Acrescente-se a estes fatores, os efeitos da comunicação e informação sobre riscos com seus diferentes enquadramentos ideológicos (figura 1).

Figura 1. Diagrama ilustrativo dos fatores influentes na adesão as medidas não farmacológicas de prevenção à doença pelo coronavírus



Fonte: Elaboração do autor (2022)

Os DSS são definidos como fatores socioambientais, culturais, econômicos, políticos, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam de forma robusta a ocorrência, persistência, prevenção e combate de problemas de saúde e os fatores de risco da população (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Brehmer *et al.* (2020) destacam, por sua vez, que na atenção à saúde, são considerados determinantes sociais do processo saúde-doença os fatores socioeconômicos, o acesso a bens e serviços, a alimentação, a segurança, a habitação, o trabalho, dentre outras. Desse modo, nesse cenário pandêmico, eles podem contribuir tanto para a maior propagação do vírus, quanto para adesão ou não às medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19.

Além desse contexto, Buss e Peregrino-Filho (2007) abordam a definição de DSS apresentada no modelo clássico de Dahlgren e Whitehead, que inclui os DSS organizados em camadas distintas, formados por uma camada mais próxima dos determinantes individuais como idade, sexo e fatores genéticos até uma camada distal

composta pelos macrodeterminantes, compostos pelas condições econômicas, culturais e ambientais, com grande influência sobre as demais camadas.

A camada imediatamente externa composta pelo comportamento e os estilos de vida individuais, situa-se no limiar entre os fatores individuais e os DSS, pois:

os comportamentos, muitas vezes entendidos apenas como de responsabilidade individual, dependentes de opções feitas pelo livre arbítrio das pessoas, na realidade podem também ser considerados parte dos DSS, já que essas opções estão fortemente condicionadas por determinantes sociais - como informações, propaganda, pressão dos pares, possibilidades de acesso a alimentos saudáveis e espaços de lazer etc. (Buss e Peregrino-Filho, 2007, p. 83)

As demais camadas abordam a influência das redes comunitárias e de apoio, os fatores relacionados a condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, e por fim no último nível estão situados os macrodeterminantes. Estes componentes, em geral, apresentam grande repercussão no processo saúde-doença (BUSS e PEREGRINO-FILHO, 2007).

Regmi e Lwin (2021), em revisão sistemática recente, apontaram que há barreiras estruturais para a adoção de comportamentos preventivos em indivíduos pertencentes a grupos menos favorecidos, com uma forte associação entre privação socioeconômica e a capacidade de adotar as medidas de prevenção. Em parte, os referidos autores consideram que isso pode se explicar pelo fato de grupos étnicos menos favorecidos precisarem sair mais de casa para trabalhar, terem menos chances de receber equipamentos de proteção adequados e serem mais propensos a receber tarefas que os expunham ao vírus. Além disso, no estudo mencionado ainda se cita que adoção de medidas não farmacológicas (MNF), por exemplo, foi quase duas vezes mais provável em pessoas com mais de 70 anos, em comparação com adultos jovens. Por outro lado, os indivíduos solteiros se mostraram menos predispostos a praticar distanciamento, evidenciando que embora não estejam claros, uma série de fatores sociais contribuem para a adesão as medidas não farmacológicas.

Ademais, no cenário atual, o surgimento de mais uma pandemia, por si só, representa um desarranjo dos determinantes sociais ou das camadas do modelo Dahlgren e Whitehead, evidenciando a ruptura das relações simbióticas do homem com a natureza, do aumento da exploração do trabalho pelo capitalismo e da pauperização da população, levando a exploração desenfreada dos recursos naturais e aumento da poluição para suprir as necessidades cada vez mais urgentes da população e das industriais, o que leva o surgimento de novas doenças e vírus com potenciais

pandêmicos (OLIVEIRA *et al.*, 2020). Em pesquisa realizada pela Sociedade Italiana de Medicina Ambiental, aventou-se a possibilidade de os altos índices casos de COVID-19 no norte da Itália estarem relacionados a alta concentração de partículas poluentes no ar, ou materiais particulados (Referência?). Em outra pesquisa, realizada pela Escola de Saúde Pública de Harvard, correlacionou-se o aumento da concentração dessas partículas no ar com a taxa de mortalidade (OLIVEIRA *et al.*, 2020).

Além disso, a pandemia pode impactar as comunidades mais pobres, sobretudo em países capitalistas, devido ao baixo acesso à água tratada, saneamento, infraestrutura e renda que dificultam a adoção de medidas de prevenção (SOUZA, 2020). Isso piora consideravelmente as condições de vida das populações já tão castigadas e excluídas. Há cerca de 35 milhões de brasileiros que ainda não possuem água tratada em seus domicílios ou água de forma constante, e 48 milhões não possuíam coleta e tratamento de esgoto (AGÊNCIA SENADO, 2019).

O município de Araçagi, em 2010, possuía um índice de desenvolvimento humano municipal (IDHM) de 0,549 considerado um índice baixo conforme o Instituto de Desenvolvimento Municipal e Estadual (IDEME/PB, 2010), e que passa a ser ainda mais afetado mais pela pandemia. Em termos de vulnerabilidade social, o IDEME (2010) reforça ainda que 15,48% das famílias do município eram compostas por mães chefes de famílias sem ensino fundamental completo e com filhos menores de 15 anos, mais de 9% das pessoas viviam em famílias vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos, 38,7% das crianças viviam em extrema pobreza, 70,6% da população era vulnerável a pobreza e 34% residiam em domicílios com abastecimento de água e esgotamento sanitário inadequados (IDEME/PB, 2010).

No distrito de Canafístula, o acesso à água potável é difícil, e nessa área, o saneamento básico é inexistente, o que dificulta, por exemplo, a higienização das mãos, o descarte adequado de resíduos potencialmente contaminados, além de favorecer o surgimento de outras doenças que podem piorar a situação de saúde vigente (dados não publicados). Ademais, a população convive com precárias condições de trabalho nas lavouras de abacaxi, que constituem o principal campo de emprego e renda para a população local, sem direitos trabalhistas assegurados, o que desequilibrou ainda mais qualquer segurança financeira desta comunidade durante a pandemia. Outro fator complicador nesse cenário é o uso indiscriminado de agrotóxicos nas plantações, levando à poluição do solo e de reservatórios locais. Diante da economia local, baseada na agricultura familiar e com comercialização dos seus produtos em feiras livres, o

lockdown não era uma opção para essas famílias (dados não publicados). Neste sentido, as MNF muitas vezes eram deixadas de lado em prol da imperiosa subsistência. Sobre isso, Medeiros et al. (2020, p. 5) afirmam que:

estados com maior desigualdade na distribuição de renda apresentaram maior transmissão do SARS-CoV-2. Uma das prováveis justificativas dessa associação seria a dificuldade de setores excluídos e economicamente vulneráveis em aderir às medidas de distanciamento social implantadas por estados e municípios, em virtude da necessidade de manutenção das atividades laborais para garantir a subsistência.

Neste panorama, é preciso, portanto, repensar as estratégias de comunicação e adesão as MNF de prevenção ao CORONAVIRUS em populações excluídas, pois conforme aborda Oliveira et al. (2020, p. 63):

As medidas de saúde pensadas para o COVID-19 são falhas, visto que, a maior parte das medidas pensadas para barrar o avanço do vírus são baseadas no isolamento e medidas sanitárias, as quais a população dessas áreas não tem acesso, como também, por estarem lutando para manter suas necessidades básicas, com oportunidades desiguais, sendo outras questões colocadas, em parte, em segundo plano na lista de prioridades.

Antunes *et al.* (2013), ao avaliarem as condições estruturais, geográficas e econômicas, como renda, aglomeração, saneamento, educação de uma determinada região observaram que quanto pior a condição de vida e fragilidade local, maior a taxa de internação por doenças respiratórias, fato este de extrema relevância pelo fato de a forma grave da COVID-19 afeta principalmente as vias aéreas. A própria conformação familiar, em sua maioria correspondendo a habitações multifamiliares na zona rural com condições habitacionais inadequadas e com adensamento excessivo, está relacionada a maior incidência de COVID 19 e maior risco de doenças respiratórias no geral.

Isso provavelmente acontece pelo fato de parte da população não conseguir realizar o isolamento domiciliar de pacientes com COVID-19, ou sintomáticos respiratórios, de forma adequada tendo em vista o grande número de pessoas convivendo no mesmo espaço (MEDEIROS *et al.*, 2020). Estes últimos autores referidos também afirmam que “existem iniquidades regionais de acesso aos cuidados de saúde que amplificam essas desigualdades, com a concentração de leitos de Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e profissionais nas regiões de saúde com melhores indicadores socioeconômicos” (Medeiros *et al.*, 2020, p. 2), em detrimento das áreas de difícil acesso e mais pobres. Tal fato é potencializado pela austeridade dos gastos públicos em saúde, precarizando ainda mais os investimentos no SUS desde 2016, com o chamado teto dos gastos públicos, que dificulta de forma considerável o cuidado e a provocação da saúde

da população nos mais diversos âmbitos, adquirindo contornos marcantes na crise sanitária atual (BREHMER *et al.* 2020).

Entender este contexto, portanto, onde os determinantes sociais influenciam diretamente na prevenção de doenças e promoção da saúde dessa comunidade, é fundamental para mitigar a pandemia e evitar novos surtos desta ou outras doenças potencialmente evitáveis. Isto posto, compreender a natureza dos diferentes comportamentos relacionados à saúde, isto é, a forma como são percebidos pelas próprias pessoas, e não apenas com base nos conhecimentos e crenças dos técnicos, parece ser fundamental para a promoção de mudanças comportamentais nesse contexto. Esses determinantes são especificados também em modelos psicológicos de saúde, como a Teoria Motivacional da Proteção. De acordo com esta, a motivação para se proteger depende de três fatores principais: perceber que uma ameaça é grave; perceber a própria vulnerabilidade ou suscetibilidade para desenvolver a condição; e acreditar que a proteção recomendada é eficaz.

A Teoria da Motivação da Proteção (TMP), que foi introduzida pela primeira vez por Ronald W. Rogers em 1975 (ROGERS, 1975), tem sido amplamente utilizada como uma estrutura para prever comportamentos protetores em saúde. Para Rogers (1975), o medo é um fator preditivo de comportamentos protetores. As avaliações subjetivas de ameaças à saúde e de enfrentamento poderiam levar a respostas adaptativas ou desadaptativas. Considera-se, segundo essa teoria, que o medo encoraja comportamentos protetores e explica os processos cognitivos envolvidos nas avaliações de uma ameaça (STROEBE; STROEBE, 1995). Ou seja, as avaliações pessoais de ameaças e de enfrentamento a estas ameaças desencadeiam as respostas, que podem ser positivas ou negativas.

A avaliação de risco é subjetiva porque os vieses no processamento de informações se somam ao fato de que diferentes grupos de pessoas possuem diferentes estruturas mentais ou conceituais para entender e avaliar o risco, o que o torna inerentemente subjetivo (MAXIM *et al.*, 2021). Assim, como o risco não pode ser medido independentemente das mentes e dos contextos culturais, a noção de risco real ou objetivo não é necessariamente aplicável quando se considera a percepção das pessoas de uma determinada comunidade. Como foi mencionado anteriormente, a percepção de risco refere-se a crenças, atitudes, julgamentos e sentimentos e, portanto, trata-se de opiniões e é influenciado por vários fatores além do cálculo estatístico de risco. Assim, a

percepção de risco se refere a um processo psicológico, enquanto o risco percebido é o resultado desse processo.

A avaliação subjetiva da ameaça pelas pessoas depende dos seguintes fatores: (1) a crença na gravidade do problema (gravidade percebida); (2) a própria estimativa da chance de ser acometido pela doença (vulnerabilidade percebida); e (3) a crença nos aspectos positivos de comportamentos não saudáveis (recompensas percebidas). Portanto, se a gravidade e a vulnerabilidade percebidas são altas e as recompensas percebidas são baixas, há uma motivação mais forte para o engajamento em comportamentos de promoção da saúde (EZATI-RAD *et al.*, 2021).

O grau de risco percebido depende, por sua vez, de uma variedade de fatores, incluindo experiência pessoal com o vírus, valores pró-sociais e confiança na ciência e nos médicos (VAN LOENHOUT *et al.*, 2021). Quando a população percebe que a doença é mais grave, a adoção de comportamentos preventivos e evitativos tende a aumentar (CARLUCCI *et al.*, 2020). Na mesma linha de pensamento, supõe-se que o grau de vulnerabilidade percebida à COVID-19 influencia a forma como as pessoas consideram a necessidade de seguir as MNF, aumentando também a adesão. Existe ainda o papel do controle comportamental percebido ou autoeficácia na adesão às MNF no contexto da COVID-19. Em geral, pessoas que se sentem capazes e que dispõem de recursos para realizar as medidas de proteção apresentam melhor adesão às mesmas (CHONG *et al.*, 2020). Também o controle percebido influencia a adesão às diferentes medidas em graus variados (BIGOT *et al.*, 2021). A autoeficácia percebida em relação à prática de MNF de proteção pode ser exemplificada com o relato dos indivíduos no sentido de poder desinfetar adequadamente superfícies de contato ou usar corretamente máscaras faciais. A autoeficácia percebida tem se mostrado um importante fator mediador da adesão às MNF de prevenção contra a COVID-19 (VAN LOENHOUT *et al.*, 2021).

Em relação à adesão às MNF especificamente contra a COVID-19, Ezati-Rad *et al.* (2021) observaram em estudo realizado em uma província do Irã entre março e abril de 2020, que a eficácia da resposta e a autoeficácia foram fatores preditivos positivos de comportamentos protetores em relação à COVID-19, sendo o impacto da autoeficácia o preditor mais forte de adesão às MNF; contudo, comportamentos desadaptativos foram gerados pelo medo, influenciando negativamente a realização de comportamentos protetores.

Esse é um campo de pesquisa interdisciplinar que se refere principalmente à Psicologia da Saúde, que tem aporte teórico significativo em saúde pública (ALVES,

2011). As descrições nesse sentido ressaltam a importância de reconhecer os processos psicológicos que fundamentam a conscientização e a compreensão como elementos da tomada de decisão cotidiana a partir da educação em saúde, ou seja, a competência de uma pessoa para acessar, entender, avaliar e aplicar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões sobre saúde (MAXIM *et al.*, 2021).

Avaliações relacionadas aos aspectos psicossociais e comportamentais da pandemia de COVID-19 e como esta é compreendida pela população a partir de orientações técnico-científicas, de autoridades e pelos discursos da mídia, podem contribuir para melhorar o entendimento e a gestão das informações de risco e a adesão da sociedade às medidas de saúde pública apropriadas (GÉNÉREUX *et al.*, 2020). Segundo estes últimos autores, ocorre resistência de indivíduos e grupos em relação à adesão às recomendações de autoridades sanitárias para evitar a transmissão do SARS-CoV-2 implementadas por políticas públicas compulsórias em diversos países. Esse tipo de adesão, ou conformidade (*compliance*, em inglês) a tais recomendações é imprescindível para o controle da pandemia de COVID-19 (SEIDL-DE-MOURA, 2021).

Em diversos países, os governos nacionais e subnacionais seguem (ou não) perspectivas de compreensão dos comportamentos de indivíduos e comunidades com base em conhecimentos da psicologia social na busca de instituir ações mais eficazes de prevenção. Contudo, sabe-se que a pandemia de COVID-19 pode ter diferentes impactos sociais e de adoção de práticas de prevenção em diferentes regiões.

4.5 Atenção Primária em Saúde, Educação em Saúde e a COVID-19 em Populações Rurais

Com a Revolução Industrial no século XIX, acentuou-se a distinção entre o urbano e o rural, a migração do campo para a cidade, as mudanças nas relações humanas e a proliferação de fábricas e a expansão dos centros urbanos, estes foram fatores que diminuíram a importância do campo na movimentação da economia, por vezes, até marginalizando e excluindo a população rural. Isto se percebe até hoje, quando são constatadas as iniquidades existentes: as zonas rurais e remotas são negligenciadas pelos poderes públicos, têm piores indicadores socioeconômicos, vivendo na extrema pobreza, com alta prevalência de doenças infectocontagiosas, baixo índice de desenvolvimento humano, assim como difícil acesso a políticas públicas e de saúde (FLOSS *et al.*, 2020).

Os territórios rurais e remotos, que incluem também os indígenas, quilombolas, ribeirinhos, povos das florestas, são definidos a partir de diversos critérios: a delimitação político-administrativa; o modo de vida, o corte populacional; a densidade demográfica; e a economia local (IBGE, 2017). O conceito de territórios remotos, por sua vez, utiliza o “critério de acessibilidade a centros urbanos e acesso dos municípios a bens e serviços complexos” (FLOSS *et al.*, 2020, p. 1)

Nessa área, a população rural apresenta especificidades no que diz respeito à educação, comunicação e acesso à saúde quando comparados à população urbana. Na zona urbana, 9% da população tem pouca ou nenhuma instrução, enquanto no campo esta porcentagem ultrapassa 24% (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2016). Além disso, constata-se que cerca de 73% da população rural não completou o ensino fundamental (IPEA, 2010) e, por outro lado, um terço dos domicílios rurais não possui água encanada, enquanto nos domicílios urbanos esse número fica abaixo dos 3% (SANTOS; TEJADA; EWERLING, 2012).

Quando as intervenções e políticas de saúde pública objetivam proteger a saúde de todos, deve-se dar atenção às populações vulneráveis. Conhecimento de padrões de comportamento entre grupos sociodemográficos menos favorecidos é necessário, considerando o novo fardo da COVID-19, que é substancialmente maior para pessoas com menos escolaridade, que vivem em bairros mais carentes e que enfrentam barreiras financeiras mais significativas (LEE; KANG; YOU, 2021).

Desse modo, estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos precisam ser elaboradas levando-se em consideração essas diferenças, bem como deve se garantir o adequado financiamento da saúde rural e a distribuição de insumos, sobretudo na pandemia pelo novo coronavírus, que acentuou as iniquidades existentes e exigiu grande utilização de equipamentos de proteção individual. Tais ações, portanto, devem dar importância à cultura, crenças, geografia, biodiversidade, meio ambiente, economia, individualidade e diversidade dos habitantes daquele espaço para assim, proporcionar o acesso à saúde de forma equânime e integral.

Uma das estratégias que fazem parte do cuidado à saúde da população rural é a atenção primária em saúde (APS), que é a porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), mas que muitas vezes se configura como único equipamento de saúde disponível para populações excluídas, apresentando, portanto, papel primordial no combate ao coronavírus.

O SUS foi instituído pela Constituição de 1988 após grande luta e participação popular, e se destaca no mundo como um dos sistemas públicos de saúde mais complexos existentes. O SUS busca, a partir dos seus princípios de equidade, igualdade e universalidade, garantir o cuidado e promoção da saúde de todos os brasileiros. Neste sistema composto por uma série de níveis de atenção, destaca-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada dos mais diversos problemas de saúde da população, bem como busca proporcionar a prevenção dos mais diversos agravos e doenças e fomentar a promoção de saúde das comunidades em que atua (CABRAL et al., 2020). Neste contexto a APS é definida como:

ordenadora da saúde, atenção à saúde, inserida em um modelo poliárquico, juntamente com a rede secundária e terciária de serviços. Este nível de atenção tem a capacidade de responder de forma contínua, sistematizada e equânime, à maior parte das necessidades de saúde no âmbito individual e coletivo, além de abranger a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, proporcionando assim uma atenção integral (CABRAL et al., 2020, p. 1).

No seu panorama histórico, surge na década de 1990, a Estratégia Saúde da Família, inicialmente denominado Programa de Saúde da Família, buscando, enquanto política nacional de saúde, uma reordenação e fortalecimento da APS, por meio das ações de uma equipe multiprofissional inserida em um território, cuidando de uma população adscrita, levando-se em conta os determinantes sociais e a participação popular no cuidado da saúde (CABRAL et al., 2020). A ESF, portanto, se configura como o

principal meio de expansão do acesso e da garantia do direito à saúde, no qual as práticas deveriam ser orientadas pelas necessidades loco-regionais e pelos determinantes sociais em saúde, que impactava o processo saúde-doença, tanto no campo do indivíduo, quanto no seu contexto familiar e no contexto comunitário (CABRAL et al., 2020, p. 2).

O surgimento da pandemia obrigou a APS/ESF a reinventar novas formas de cuidado, haja vista que o fluxo de consultas na unidade diminuiu pois buscou-se, principalmente de início, evitar aglomerações e saídas desnecessárias de casa, porém as outras doenças e a própria COVID exigia que APS continuasse desempenhando seu papel como porta de entrada e na promoção da saúde da população. Com isso destacou-se estratégias como a telemedicina que buscava realizar consultas e orientações a distância, conforme diz CABRAL et al. (2020, p.3).

Os relatos internacionais exitosos mostraram que a telemedicina é uma ferramenta efetiva para a redução do contato presencial entre profissionais de saúde e usuários com síndrome respiratória aguda grave. Como também, uma

importante ferramenta para a continuidade da assistência às pessoas com outras condições de saúde que necessitam de atendimento regular, como é o caso das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que diante da falta de manejo clínico apropriado, pode levar a quadros de agudização e uma demanda ainda maior pelos setores de alta complexidade, como as unidades de terapia intensiva.

Contudo, a grande barreira encontrada nesta estratégia é a falta de equipamentos digitais adequados para realizar as consultas a distância, como computador e telefone, sendo necessário, portanto, investimentos nessa área para se otimizar e garantir o acesso à saúde das comunidades por vezes já tão prejudicado (CABRAL *et al.*, 2020). Neste cenário um “maior acesso e qualidade da APS, a integralidade e a equidade de suas ações no território serão essenciais na resposta individual e populacional à epidemia” (FACCHINI, 2020, p. 9).

Além disso, é papel fundamental da APS orientar a partir da educação em saúde sobre a prevenção à doença, cuidados gerais e combate às *Fake News*, que estão cada vez mais presentes. Utilizando aplicativos de mensagem, emissoras de rádio, panfletos, carros de som, a APS pode combater o coronavírus e também a pandemia da desinformação, ou infodemia. Os agentes comunitários de saúde (ACS), bem como lideranças comunitárias com conhecimento profundo do território, da cultura e das relações sociais presentes na comunidade, também são instrumentos importantes na prevenção e cuidado da doença, sendo a ponte entre a comunidade e a equipe de saúde da família indicando por vezes a família ou microesfera que precisa de um olhar mais atento. Cabral *et al.* (2020, p. 3) diz que os ACS “podem potencializar esta intervenção, pois conhecem as necessidades da população local e têm um olhar diferenciado para aqueles que mais precisam de atenção neste momento”.

Desse modo, o fortalecimento do SUS, em especial da APS/ESF no “enfrentamento da pandemia facilita a atenção e a orientação de toda população do país” (FACCHINI, 2020, p. 9). A APS, portanto, deve ser considerada fundamental no combate ao coronavírus, seja no cuidado aos pacientes com sintomas gripais e encaminhamentos necessários, no cuidado de usuários com doenças crônicas, seja na educação em saúde pautada nas melhores evidências científicas, seja no cuidado do território, do meio ambiente e da coletividade. Para isso deve se investir de forma adequada no SUS, garantindo materiais de trabalho e proteção individual e ofertando garantia de trabalho digna para estes trabalhadores que também sofrem as consequências dessa pandemia

(CABRAL et al., 2020). Assim, refletir sobre a COVID-19 e a APS é, conforme explica Brehmer et al. (2020, p. 956):

um exercício crítico sobre o passado, no sentido que aponta para as lacunas na consolidação das ações de promoção da saúde. É, também, olhar para o presente e reavivar a perspectiva de avanços para a integralidade realmente possível de ser alcançada.

No que diz respeito ao acesso à saúde, a importância deste sistema, universal e gratuito, se destaca também na dicotomia entre o meio urbano e o rural, pois, “enquanto 45,4% dos atendimentos nas áreas urbanas, em 2003, foram feitos pelo SUS, nas áreas rurais, foram 71,7%” (ARRUDA; MAIA; ALVES, 2018, p. 2), mostrando que a população urbana tem maior acesso a serviços privados e de saúde suplementar, enquanto a população rural depende quase exclusivamente do SUS.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020a, p. 3) durante surtos e epidemias, a APS “tem papel fundamental na resposta global à doença em questão”, garantindo, através dos seus atributos, o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, encaminhando casos graves quando necessário, bem como promovendo campanhas e incentivando também a adesão às medidas não farmacológicas na prevenção ao contágio pelo novo coronavírus, através de uma equipe multidisciplinar e resolutiva.

Atualmente, a doença pelo novo coronavírus atinge tanto as áreas rurais quanto as urbanas, o que inclui também os casos de óbitos, devendo se destacar ainda que “o perfil sanitário-epidemiológico desfavorável das áreas rurais e remotas aumenta o risco de morte por COVID-19” (FLOSS et al., 2020, p. 2). Além disso, doenças prevalentes nas populações excluídas, como as doenças infecciosas e parasitárias e problemas derivados da vulnerabilidade social, como alcoolismo, violência e transtornos mentais, que se sobrepõem ao risco de COVID-19, agravando potencialmente com o isolamento social (FLOSS et al., 2020). Destaca-se também que o isolamento desencadeado pela pandemia também dificultou o acesso ao transporte, tanto pela população quanto pelos profissionais de saúde, prejudicando ainda mais o acesso dessa parcela da população ao serviço de saúde (SILVA; PINTO, 2020).

Nesse contexto, a APS precisa ser forte, resolutiva e criativa no combate à doença pelo novo coronavírus e no cuidado integral ao indivíduo que padece ou pode ser acometido por outras doenças na pandemia, desenvolvendo estratégias diversas de cuidado. Uma das principais frentes no combate à pandemia é a educação em saúde, mencionada em subseções anteriores, e que busca incentivar a adesão às medidas não

farmacológicas no combate à doença. Tais medidas se refletem diretamente no modo de vida da população do campo, na sua cultura, crença, relações familiares, redes de apoio, modo de trabalho e nas relações interpessoais, sendo papel da equipe de saúde desmistificar incertezas sobre as doenças que porventura apareçam na população. A equipe de saúde da APS também sabe como manejar e introduzir essas novas práticas de prevenção, levando em consideração a diversidade cultural e as peculiaridades locais. Sobre isso Floss *et al.* (2020, p.3) dizem que:

Relações de parentesco, vizinhança e amizade estão presentes no trabalho, na vida e em noções de pertencimento e sociabilidade em ambientes rurais e representam desafios das equipes de APS na orientação familiar e comunitária. Conviver em grupos constitui vida, trabalho e lazer [...], dificultando o distanciamento social recomendado no contexto da COVID-19. [...] Peculiaridades como núcleo familiar ampliado, forma das habitações e vida comunitária facilitam a disseminação de COVID-19.

Nesse panorama, os obstáculos requerem trabalho em equipe, inovação e abordagem comunitária para serem transpassados: educação em saúde, participação de lideranças comunitárias, elaboração de protocolos, fortalecimento da vigilância e notificação, mapeamento do território e áreas de riscos, identificação de vulnerabilidades estruturais e humanas. Embora em número menor de casos de COVID-19 esteja ocorrendo em áreas rurais, isso certamente continuará, mas provavelmente aumentando nas próximas semanas e meses em virtude da variante Ômicron, de alta transmissibilidade, maior que o vírus SARS-CoV-2 selvagem.

Além disso, dado o acesso limitado a recursos de atenção hospitalar nas proximidades, existe a possibilidade - e o tempo poderá mostrar - que os moradores rurais com COVID-19 possam experimentar maiores taxas de mortalidade. Como as áreas rurais estão atualmente apresentando menos casos, a oportunidade de mitigar ainda mais a disseminação nessas áreas é particularmente importante e imperativa. Os esforços de prevenção exercidos agora têm potencial para um maior retorno do investimento nas áreas rurais. Devido à justaposição mencionada acima entre o que os residentes rurais estão enfrentando atualmente – prevalência e risco relativamente baixos, juntamente com práticas agressivas de prevenção obrigatórias em todo o estado da Paraíba, os líderes locais de saúde e cívicos serão extremamente importantes nesses esforços, comunicando o risco apresentado aos moradores rurais e a importância de adotar práticas de prevenção (PRUSACZYK *et al.*, 2021).

Para que as intervenções não farmacológicas de saúde pública estimulem e mantenham com sucesso os comportamentos preventivos nessa população, são necessárias evidências sobre os fatores sociais, cognitivos e psicológicos associados aos comportamentos individuais. Estudos anteriores sobre epidemias de doenças infecciosas mostraram que o conhecimento e a conscientização, assim como a percepção de risco e a crença na eficácia das medidas recomendadas para prevenção, ajudam a motivar as pessoas a adotar comportamentos preventivos (LEE; KANG; YOU, 2021). Os resultados desses estudos anteriores revelaram que um maior nível de conhecimento está positivamente relacionado à prática de medidas preventivas (PAPAGIANNIS *et al.*, 2021; LAU *et al.*, 2020), além de as atitudes também se associaram positivamente com os comportamentos preventivos (TAMANG *et al.*, 2020).

No entanto, esses estudos avaliaram os efeitos diretos do conhecimento sobre a prática de comportamentos ou atitudes preventivas, sem explorar os efeitos indiretos do conhecimento sobre as práticas mediadas por atitudes para explicar o mecanismo psicológico subjacente a como os indivíduos realizam comportamentos com base em seus conhecimentos sobre saúde. Especificamente, como o conhecimento afeta as práticas indiretamente por meio de atitudes no contexto da COVID-19 ainda é pouco conhecido. A educação em saúde, portanto, deve levar em conta tanto o caráter objetivo da doença, quanto o subjetivo influenciado pelo modo de ver o mundo do indivíduo, sua compreensão da doença, dando-lhe autonomia e voz para opinar sobre o processo saúde-doença de forma individual e coletiva, com responsabilidade familiar e comunitária (FAVA *et al.*, 2011, p. 82).

5 METODOLOGIA

Este trabalho de conclusão do mestrado (TCM) na área de concentração de Saúde da Família, no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/MPSF), polo UFPB, foi composto por duas fases. A primeira fase consistiu em uma investigação de campo, a partir da coleta de dados primários, enquanto a segunda fase foi realizada com o objetivo de elaborar um produto técnico educacional mediante recurso de mídia digital voltado à população que foi estudada na pesquisa de campo.

Portanto, projetou-se que o referido TCM geraria, portanto, dois produtos ao final do curso: a elaboração e submissão de um artigo científico original a um periódico indexado e a produção de conteúdo de mídia digital tipo *podcast* com informações sobre medidas de prevenção para a COVID-19, com tópicos voltados principalmente à população do território da unidade básica Canafístula.

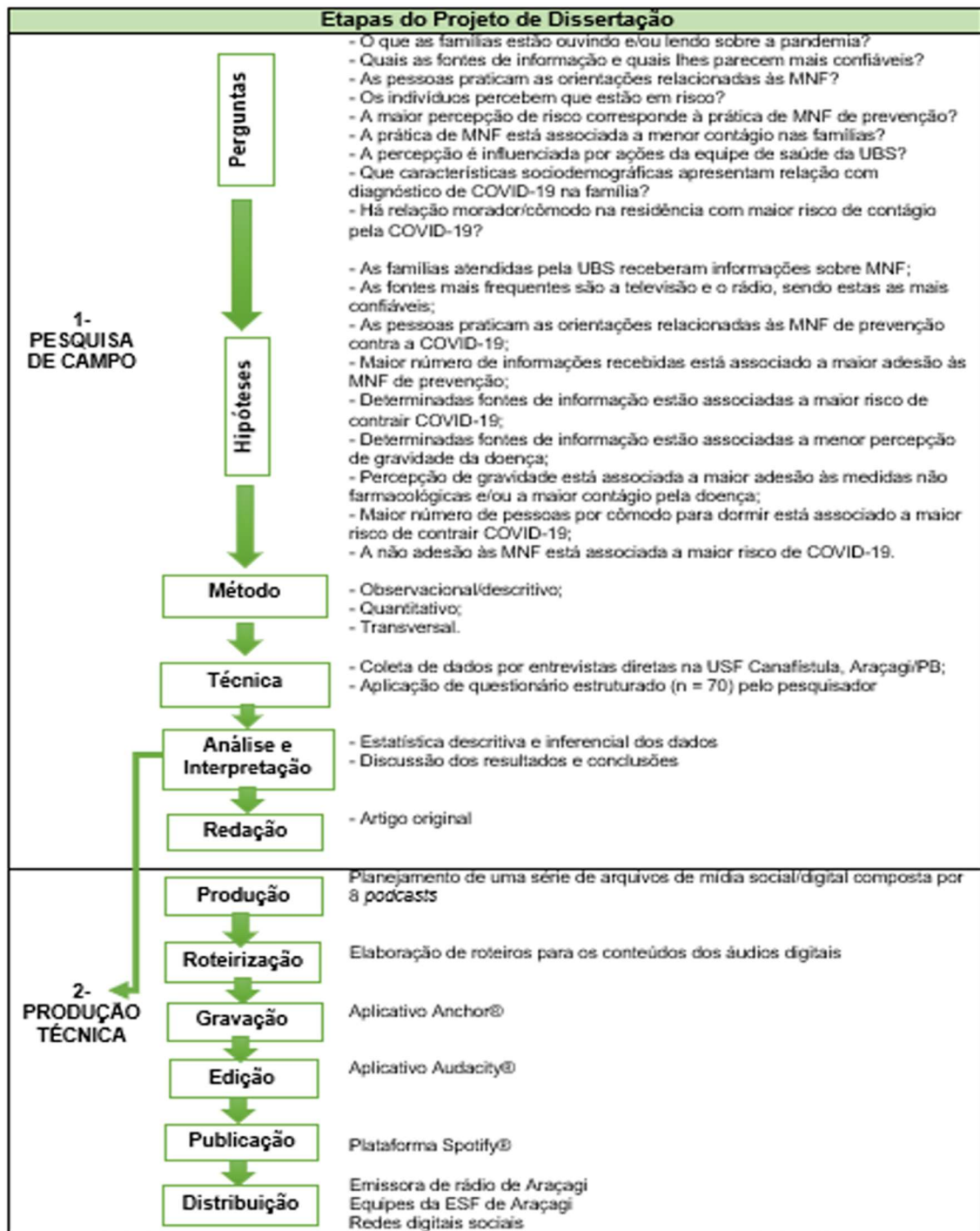
O estudo empírico previsto neste projeto de TCM representou um recorte de estudo multicêntrico que envolveu 134 unidades de saúde da família de 88 municípios brasileiros, sob coordenação nacional da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) com participação dos alunos e professores do mestrado multiprofissional em saúde da família em rede nacional. O produto técnico educativo em mídia digital teve o formato de *podcasts*, para cuja elaboração foram seguidas as fases de pré-produção, produção e pós-produção. A execução da pesquisa de campo ocorreu em meados de 2021 enquanto a produção do material educativo sob a forma de *podcast* ocorreu na primeira metade de 2022.

A **Figura 2** apresenta diagrama ilustrando as etapas desta dissertação.

5.1 Pesquisa de Campo

O primeiro produto desta dissertação foi baseado na metodologia do referido projeto para estudo multicêntrico da Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – PROFSAÚDE - sobre COVID-19, coordenado pela Fiocruz-Amazonas, e intitulado “Prevenção e Controle da COVID-19: Estudo Multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”. Este projeto tem como coordenador nacional o Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt, vinculado à Fiocruz Amazônia.

Figura 2. Diagrama ilustrativo das etapas previstas no projeto de dissertação



MNF: medidas não farmacológicas; USF: Unidade de saúde da família; COVID-19: Doença pelo Coronavírus-2019; PB: Paraíba. n: número de participantes da pesquisa.

Fonte: Elaboração do autor (2021)

5.1.1 Modelo

O tipo desta pesquisa foi observacional e transversal, com abordagem quantitativa, em consonância com os objetivos traçados na pesquisa maior. Dentre os

tipos de estudo observacional, este foi descritivo, pois buscou “descrever a realidade, não se destinando a explicá-la ou nela intervir” (ARAGÃO, 2011, p. 60).

5.1.2 Cenário

A coleta dos dados deste estudo foi realizada no município de Araçagi, mais precisamente na sua zona rural, onde está situada a UBS IV, denominada de Canafístula, no distrito de igual nome.

Localizado na região metropolitana de Guarabira, a cerca de 84 km da capital João Pessoa, Araçagi faz parte da segunda região de saúde, situada na bacia hidrográfica do rio Mamanguape. O município surgiu por volta do século XVIII, com o aparecimento de pousadas que serviam de abrigo para comerciantes itinerantes procedentes de cidades próximas. O nome da cidade, de origem tupi, significa “Água de Araçá”, em alusão à profusão desta planta frutífera, que crescia às margens do rio. Apesar de ser um povoado fundado três séculos antes, foi apenas em 1959 que obteve a emancipação política, tornando-se um município. Em termos de economia destacam-se a agricultura e pecuária como principais atividades desenvolvidas. Com destaque para a cultura do abacaxi, a mandioca, a cana de açúcar, o milho, o feijão e a fava. Na fruticultura, destaca-se o coco, manga, laranja, limão e mamão. Além da avicultura e a caprinocultura (ARAÇAGI, 2020).

Estima-se que em 2020, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a população possui cerca de 17.224 habitantes, representando a 42ª cidade mais populosa do estado da Paraíba, e ocupando uma área territorial de 232.177 km², com índice de desenvolvimento humano estimado em 0,549 no ano de 2010 (IBGE, 2010), como demonstra a **Figura 3**. O índice de vulnerabilidade social (IVS) do município é de 0.536 considerado muito alto, enquanto que o indicador de prosperidade social é muito baixo (IPEA, 2010). A taxa escolarização de 6 a 14 anos de idade conforme o IBGE (2010) é de 95% e a população residente alfabetizada é em torno de 10.131 habitantes (ARAÇAGI, 2020), quando visto a escolaridade da população acima de 25 anos, verifica-se que 48,1% de pessoas dessa faixa etária não são alfabetizadas, o que se soma ao mesmo problema do contingente populacional mais antigo (IDEME/PB, 2010).

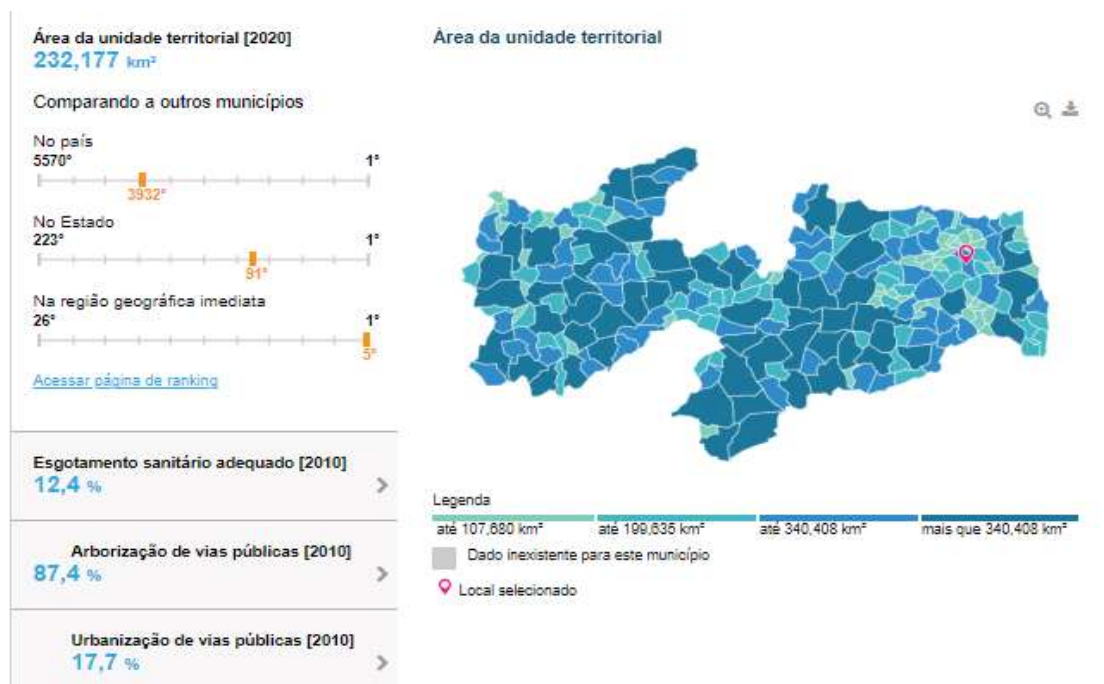
A **Figura 4** demonstra o território do município de Araçagi, assim como as cidades vizinhas e a rede rodoviária estadual do seu entorno.

Este território, dividido em área urbana e rural, é coberto por uma Unidade Mista de Saúde para atendimento de casos de urgência e emergência, assim como nove

unidades básicas de saúde (três na zona urbana e seis na zona rural). Além disso, a rede de atenção à saúde da cidade é composta por um Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), que oferece atendimento nas especialidades psicologia, assistente social, nutricionista, fonoaudiologia e fisioterapeutas, duas Academias da Saúde e um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I).

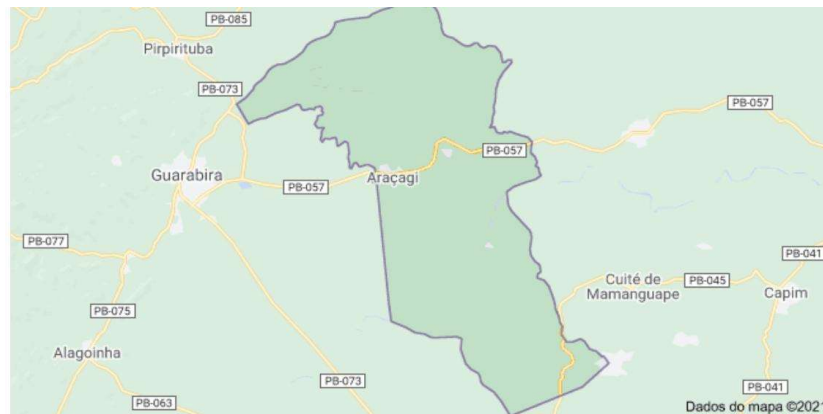
Na sede da Secretaria Municipal de Saúde encontram-se a sala do Conselho Municipal de Saúde, Departamento de Regulação, Coordenação de Apoio ao Gabinete, Coordenação da Atenção Básica, Coordenação de Vigilância Sanitária, Coordenação de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Ambiental, Apoio Administrativo e de Recursos Humanos e Coordenação de Apoio Operacional nos Sistemas de Informação (ARAÇAGI, 2020). Entre as unidades rurais, encontra-se a Unidade Básica de Saúde (UBS) de Canafístula, distrito distante cerca de 12 km da sede do município, cenário principal deste estudo.

Figura 3. Localização e Dados Geopolíticos do Município de Araçagi no Mapa do Estado da Paraíba



Fonte: IBGE, 2010

Figura 4. Território do Município de Araçagi, Paraíba, Brasil



Fonte: Prefeitura de Araçagi, PB, sem ano

A UBS Canafístula é composta por médico (o pesquisador), enfermeira, técnica de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e agentes comunitários de saúde. A área de abrangência é considerada eminentemente rural, sendo cortada por estradas de barro e dividida geograficamente em seis microáreas que englobam vários sítios e propriedades rurais, conforme se vê na **Figura 5**.

Figura 5. Mapa da Área de Abrangência da UBS IV - Canafístula



Fonte: Unidade Básica de Saúde Canafístula, Araçagi, Paraíba, Brasil

Conforme dados levantados nos registros da própria UBS, a unidade de saúde Canafístula tem 500 famílias cadastradas e atende a 1.596 habitantes, sendo 51% do sexo feminino. A maioria da população é de adultos jovens maiores de 15 anos, mas ainda há um número considerável de idosos, sendo contabilizado 205 pessoas nessa faixa etária, correspondendo a 12,8% da população. No que se refere à infraestrutura das moradias da área de abrangência da UBS, a maioria das casas é de alvenaria, mas também há casas de barro. Há precariedade geral no saneamento básico, que se resume a fossas e valas para eliminação de dejetos. Há também dificuldade de acesso à água potável e encanada, sendo frequente a utilização de rios e lagoas para banhos, lavagem de roupas e consumo das famílias (dados não publicados).

No que diz respeito ao acesso, a microárea 1 e 6 são as mais próximas da UBS, o que facilita a ida dos seus usuários ao serviço de saúde. Além disso, a estrada principal, onde se localiza a UBS, é asfaltada. As demais microáreas ficam a quilômetros de distância, e o acesso só é possível por meio de carro, motocicleta ou cavalo, embora alguns usuários se aventurem a caminhar até 5 km para chegar à unidade.

Durante a pandemia pela COVID-19 houve ainda mais dificuldade de acesso da população à UBS, seja pelas recomendações de isolamento social, seja pelo fato de que muitos utilizavam o transporte escolar como meio de “carona” até a UBS, e que ficou indisponível com o fechamento das escolas, aprofundando as iniquidades de acesso aos serviços de saúde e a recursos básicos, já existentes na zona rural, sobretudo nas microáreas mais distantes.

5.1.3 População-Fonte e Amostra

O presente subprojeto foi executado na UBS Canafístula, localizada na área rural do município de Araçagi-PB, que constitui um dos municípios participantes da mencionada pesquisa multicêntrica, com autorização da Secretária de Saúde Municipal, por meio de termo de anuência assinado pelo gestor local.

O universo da pesquisa compreendeu as famílias do território adscrito à UBS Canafístula. Foi selecionada uma amostra acessível, não probabilística, com inclusão das famílias de usuários cadastrados que frequentaram a UBS nos 30 dias precedentes ao início da coleta de dados do estudo, que possuíam telefone celular para contato e se dispuseram a participar do estudo de forma livre e esclarecida.

Neste subprojeto, houve modificação do conjunto proposto de critérios de exclusão em relação ao projeto multicêntrico original, pois não foram excluídos usuários

sem acesso à internet, considerando-se o cenário rural do estudo empírico e a uma adaptação introduzida localmente na aplicação dos questionários pelo pesquisador, não tendo sido realizada a autoadministração do instrumento de coleta de dados. Assim, foram excluídos os usuários que, após três tentativas de contato por busca ativa, por meio de telefone e com intervalo de uma semana, não responderam à solicitação de participação na pesquisa.

Foi elaborada uma lista prévia de 90 usuários que preencheram os critérios de elegibilidade da pesquisa, a partir de cadastro de atendimento da UBS no último mês. Destes 90 listados, foram selecionados 70, com base nos critérios de exclusão, para participar das entrevistas individuais na própria unidade de saúde, em local reservado, com internet disponível. Foi entrevistado apenas um membro de cada família, que também foi selecionado por critério de acessibilidade.

5.1.4 Procedimentos de Coleta dos Dados

O pesquisador aplicou presencialmente um questionário estruturado (ANEXO A), elaborado pela coordenação do projeto multicêntrico, preenchendo-o de forma online na plataforma Google Forms^R, em seu próprio aparelho celular, a partir das respostas dos participantes aos 30 itens do instrumento de pesquisa, lidos em voz alta pelo entrevistador, enquanto os entrevistados acompanhavam a leitura no questionário sob a forma impressa.

O instrumento de coleta de dados apresenta três núcleos de informações:

- a) características sociodemográficas (itens 1-14 e 27-28);
- b) informações recebidas, fontes de informação, percepção e práticas decorrentes das informações/recomendações de MNF de prevenção e controle da COVID-19, percepção de risco (itens 15-25); e
- c) relação com a UBS e atenção recebida desta (itens 23-24).

Além destes núcleos, o item 29 se refere à presença de comorbidades que representam maior risco na família, enquanto o item 30 consiste no questionamento da existência familiar de casos de contágio pelo coronavírus.

Por fim, neste estudo, foi definido o conceito de adesão, ou de não adesão, às medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19, a partir da adaptação dos critérios adotados por Szwarcwald *et al.* (2020): (a) indivíduos que aderiram a uma medida; (b) indivíduos que aderiram a duas medidas; e (c) indivíduos que aderiram a três

ou mais medidas de prevenção contra a COVID-19, independentemente de quais medidas adotadas.

5.1.5 Análise dos Dados

Trata-se de um estudo quantitativo, portanto, na análise dos dados foi utilizada a estatística, tanto descritiva quanto inferencial. Na estatística descritiva, os dados foram apresentados em frequências absolutas e relativas (variáveis nominais e ordinais), como as características sociodemográficas e os dados referentes à percepção e prática em relação às MNF para prevenção da COVID-19.

Na estatística inferencial, o teste não paramétrico de qui-quadrado foi usado para explorar a associação entre as variáveis demográficas e os escores obtidos em relação aos itens relacionados à percepção e prática das MNF contra a COVID-19. Juntamente com o teste de qui-quadrado, a direção e a força da associação foram expressas por meio de razão de prevalência (RP), com indicação do intervalo de confiança de 95% (IC95%).

Os dados foram tabulados em planilhas do *Microsoft Excel*® e exportados e analisados posteriormente no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)®, versão 20.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL). Uma diferença a um nível de significância de 5% foi considerada estatisticamente significativa em teste do tipo bicaudal.

5.1.6 Aspectos Éticos

A coleta de dados teve início em abril de 2021 após aprovação do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do centro do pesquisador responsável nacional, o Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt, sob Parecer número 4.345.618 (CEP da Universidade do Estado do Amazonas (UEA) (ANEXO B), de acordo com o item IX.10 da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/2012. Os participantes foram abordados e convidados para integrar o estudo, sendo oferecidas todas as informações acerca do trabalho, incluindo os objetivos e procedimentos da pesquisa, além do direito que possuíam de se recusarem a participar.

Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio do aplicativo Google Docs® (ANEXO C). Foi garantido aos 70 participantes o sigilo e o direito de se retirar da pesquisa, se assim desejassem, e que seria garantido o seu anonimato.

5.2 Produto Técnico Educativo de Mídia Digital

Como segundo produto da dissertação, optou-se por desenvolver uma estratégia de comunicação com a população atendida na UBS para contemplar as características, a cultura e as necessidades locais, além de facilitar o acesso à educação em saúde, com linguagem clara, expressões regionais, de forma a se adequar à comunidade de Araçagi, levando em conta as peculiaridades da população do território da UBS Canafistula, conhecidas pelo pesquisador em sua vivência profissional como médico de família e comunidade. Para essa comunidade, a divulgação de mensagens digitais sobre saúde envolvendo utilidade pública pode conectar o que a Ciência está dizendo às experiências vividas pelas pessoas do povoado.

Nesse contexto, durante uma análise preliminar dos dados coletados na pesquisa de campo e comprovados posteriormente, percebeu-se que muitos usuários entrevistados veem as mídias digitais, as mensagens de voz dos áudios de WhatsApp® e os programas de rádio como forma preferida de obtenção de informações. Além disso, considera-se que este meio de comunicação é muito importante para promover e aumentar a troca de informações com a população, pois apresenta elevado alcance, principalmente nas populações mais pobres e isoladas geograficamente, abrangendo um grande público simultaneamente e proporcionando interação simultânea com o público, que pode participar ao vivo das transmissões (VASCONCELOS, 1997).

Trata-se de uma estratégia promissora e que se torna cada vez mais conhecida, em decorrência da grande expansão das rádios comunitárias (GOMES; MERHY, 2001). Além disso, Carvalho (2009d, p. 3) afirma que “a voz pode influenciar a cognição e a motivação, ao transmitir, através da entoação e do ritmo, sentido às palavras, facilitando a compreensão da mensagem”.

Assim, definiu-se como produto técnico a ser elaborado como parte da dissertação, a elaboração de *podcasts* sobre as práticas de prevenção contra a COVID-19. Este tipo de mídia remonta a 2004, e configura-se como um “sistema de produção e difusão de conteúdos sonoros pela Internet” (REZENDE, 2017, p. 2), e também por rádios e serviços de *streaming* apresentados sequencialmente em episódios.

Segundo Carvalho (2009a, p. 3), o *podcast* pode ser visto como o “renascimento do áudio na aprendizagem”, e ainda segundo a referida autora, os *podcasts* de curta duração (3 a 5 minutos), “num estilo de programa de rádio, versando sobre um tópico” (CARVALHO, 2008c, p. 180) são mais aceitos que áudios longos, sendo ideal a difusão

de episódios menores que uma hora, e de preferência com até 30 minutos, pois de acordo com ela, áudios mais longos que meia hora são menos efetivos, além de promover uma diminuição da atenção e compreensão do ouvinte. “Assim, é preferível criar vários *podcasts* mais curtos do que ter um único longo” (CARVALHO *et al.*, 2009b, p. 99).

Outra característica relevante da aplicação do *podcast* é sua reutilização, pois eles podem ser reaproveitados, sendo a “reutilização uma característica importante para qualquer objeto de aprendizagem” (CARVALHO *et al.*, 2009b, p. 97). Portanto, entende-se que *podcasts* focados em tópicos selecionados a partir de uma avaliação das necessidades de saúde da comunidade poderão ser instrumentos efetivos de educação em saúde. Desse modo, “o *podcast* se destaca cada vez mais como uma ferramenta tecnológica em favor da promoção do conhecimento, sobretudo por sua versatilidade na produção, distribuição e conteúdo, favorecendo maior aplicação pedagógica para públicos diversificados também do ponto de vista de escolaridade (SAIDELLES *et al.*, 2018).

O principal público-alvo para os *podcasts* são os moradores do território da UBS Canafistula, porém adicionalmente será buscada disseminação mais ampla do produto. Por essa razão, e também para incrementar sua divulgação, pretende-se que os *podcasts* produzidos sejam divulgados na rádio comunitária de Araçagi e com a possibilidade de serem carregados a partir da página da rádio na internet nos celulares das pessoas da comunidade para serem vistos e revistos no momento mais oportuno, além de serem compartilhados em grupos de WhatsApp® e outras redes sociais.

Além da inserção dos *podcasts* produzidos na emissora de rádio comunitária de Araçagi, eles foram inseridos no serviço de *streaming* Spotify® e posteriormente serão adicionados no Youtube®. O Spotify é, atualmente, a principal plataforma de hospedagem dos podcasts, permitindo que o público compartilhe os conteúdos de áudio digital e que as emissoras criem álbuns e listas de reprodução para seus conteúdos gravados e postados.

Como os *podcasts* por si só não fomentam a comunicação e a disseminação de informações como outras formas de mídia social, os áudios serão vinculados a outras ferramentas interativas de mídia social, onde os ouvintes podiam comentar e postar reações, tais como o Facebook®, o Instagram® e o Twitter®, ampliando o alcance de audiência e de engajamento, sobretudo com base nos interesses e padrões de escuta do público-alvo.

Para aqueles com dificuldades de acesso à internet ou às plataformas citadas no Distrito Canafístula, serão disponibilizados em *pendrives* com os arquivos de áudios para a UBS, que poderá utilizar os conteúdos em rodas de conversas, sala de espera e campanhas de prevenção em todo o município.

O estúdio de produção dos *podcasts* foi baseado em um *notebook* e um telefone celular, para gravação, edição e armazenamento dos arquivos de áudio. Foram usados microfones condensadores com filtro para gravar os áudios com uma interface de áudio para alimentação, além de fones de ouvido. A gravação foi feita em um espaço com acústica adequada, de forma presencial ou via Google Meet®, onde não houve interferência de ruídos de fundo.

Inicialmente houve o estágio de pré-produção, com planejamento, seleção e convite de entrevistados, preparação do ambiente e roteirização, seguido pela fase de produção (gravação do *podcast*), e posteriormente a pós-produção, com edição do áudio gravado, para que o produto fosse submetido a publicação e divulgação.

A série de *podcasts*, denominada “Xôvid”, foi projetada para a população do território da UBS Canafístula e consistiu-se em oito episódios com duração variável, gravados por meio do aplicativo de voz Anchor® e editados pelo programa Adobe Premiere Pro® sendo publicados no Spotify® e futuramente no Youtube®. Ao ser feito o carregamento dos arquivos de áudio para a plataforma de hospedagem, foi gerado um feed RSS, com todos os episódios da série e outras informações vinculadas ao *podcasting*.

Os programas tiveram participação, como convidados, de líderes comunitários, profissionais de saúde e gestores. Foram produzidos oito episódios que abordaram, de forma acessível, as medidas de prevenção da COVID-19 por meio de entrevista com um convidado. Além da entrevista e monólogos, foi utilizada literatura de cordel para complementar cada episódio e, incluindo versos compostos pelo poeta araçagiense José Veríssimo, que se figura como um aspecto atrativo para a população do campo, versando sobre as orientações de como lavar as mãos frequentemente, utilizar máscaras e álcool em gel conforme as especificidades culturais locais e usando “comunicação culturalmente competente” (FLOSS *et al.*, 2020, p. 3).

O formato do episódio consistiu no seguinte roteiro geral:

- Boas-vindas, autoapresentação do anfitrião e do (a) convidado (a);
- Apresentação do tema;

- O anfitrião fez perguntas ao convidado ou discorre sobre o tema em caso de monólogo;
- O convidado respondeu sobre orientações práticas de prevenção do contágio, contextualizando as medidas no cotidiano da comunidade;
- O anfitrião concluiu o episódio, agradecendo ao convidado e avisando ao público para que não perdesse o *podcast* seguinte, além de fazer um apelo à ação para seguir as plataformas de mídia social onde os *podcasts* estão inseridos e para que os ouvintes os compartilhassem em suas redes sociais; e
- Apresentação de um verso de cordel ilustrando o tópico do episódio.

Foi usada uma música de fundo, selecionada na biblioteca do aplicativo Anchor®, sob a chamada Licença *Creative Commons* para uso não comercial.

Foram criados os seguintes títulos para os episódios:

- Episódio 1: “A COVID-19 em Araçagi”;
- Episódio 2: “Água e Sabão”;
- Episódio 3: “Não aceito visitas”;
- Episódio 4: “Máscara de super-herói”;
- Episódio 5: “Chega de mentiras”;
- Episódio 6: “Vacina no braço”;
- Episódio 7: “O povo fala”
- Episódio 8: “Haverá um fim para essa pandemia? O que é o novo normal?”

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção da dissertação estão inseridos os dois produtos que compõe o trabalho de conclusão de mestrado, ambos provenientes da pesquisa de campo realizada na comunidade rural de Canafístula, Araçagi-PB. O primeiro produto é composto por um artigo primário com resultados e discussões acerca dos dados obtidos na citada pesquisa, formato segundo as normas de publicação do periódico a qual foi submetido (ANEXO D). O segundo produto consta do produto técnico educativo de mídia digital elaborado conforme metodologia apresentada e disponíveis nos links de acesso (ANEXO E).

6.1 Artigo Original

PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA DA COVID-19 POR HABITANTES DE ÁREA RURAL DA PARAÍBA, BRASIL
NON-PHARMACOLOGICAL PREVENTION OF COVID-19 PERCEPTIONS AND PRACTICES BY INHABITANTS OF RURAL AREA OF PARAÍBA, BRAZIL

RESUMO

A percepção favorável sobre medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção da doença pelo Coronavírus 2019 (COVID-19) e sua adesão podem reduzir o contingente de infectados na população. Apesar da considerável atenção científica e social aos impactos da pandemia de COVID-19 em áreas urbanas, foi dado pouco enfoque as comunidades rurais. O objetivo geral desse estudo de campo foi avaliar a percepção e prática de MNF de prevenção da COVID-19 por usuários atendidos pela Unidade Básica de Saúde do distrito rural de Canafístula, em Araçagi, PB. O modelo do estudo foi observacional e descritivo, com abordagem quantitativa, a partir da coleta de dados primários com 70 usuários por entrevista presencial com questionário estruturado. A amostra caracteriza-se por mediana de idade de 41,2 anos, feminina, negra, com nível educacional fundamental ou médio, não casada, com renda familiar de um salário-mínimo. Observou-se que todos referiram ter adquirido informações sobre higienização das mãos, e frequência semelhante obteve informes sobre uso de máscaras faciais. Verificou-se que 97,1% relataram adoção de três ou mais MNF de prevenção. A principal fonte de informação foram TV, rádio e jornal. A fonte mais confiável foram os profissionais de saúde. Quase metade da amostra referiu se sentir bem confiante ou muito confiante nas MNF. Verificou-se que a obtenção de informação por profissionais de saúde diminui a chance de diagnóstico da infecção, assim como a adoção do isolamento social parcial diminui a chance em 0,09 vezes, diferente da obtenção de informações mediante a comunidade, que aumenta a chance em 1,53 vezes.

Palavras-chave: COVID-19; Pandemias; Atenção Primária em Saúde.

ABSTRACT

The favorable perception towards non-pharmaceutical interventions (NPIs) to prevent the disease caused by Coronavirus 2019 (COVID-19) and their adherence may lower the number of infected people. Despite considerable scientific and social attention to the

impacts of the COVID-19 pandemic in urban areas, little focus has been given to the rural communities. The main goal of this field study was to evaluate the perception and practice of NPIs for prevention of COVID-19 by users served by the Primary Health Care Unit of the Canafístula rural district, at Araçagi, PB. The study model was observational and descriptive, with a quantitative approach, based on the collection of primary data with 70 users through a structured questionnaire applied in face-to-face interviews. The sample features a median age of 41.2 years old, female, black, with elementary or secondary education, non-married, with a family income of one minimum wage. All of them reported having acquired information on hand hygiene, and a similar amount was informed on the use of face masks. 97% reported adopting three or more prevention NPIs. The central sources of information were TV, radio, and newspapers, as health professionals were the most reliable one. Almost half of the sample reported feeling confident or very confident in COVID-19 prevention NPIs. In addition, it was found that obtaining information from health professionals reduces the chances of getting infected, as well as the adoption of partial social isolation decreases these chances by 0.09 times, while obtaining information through the community increases them by 1.53 times.

Keywords: COVID-19; Pandemics; Primary Health Care.

INTRODUÇÃO

A pandemia da doença pelo novo coronavírus 2019 (COVID-19) tem sido uma emergência de saúde pública que, em ambientes com sistemas de saúde frágeis e desinformação generalizada sobre o vírus e a doença, pode ter cursado com exacerbação de muitos problemas historicamente observados (MATTA *et al.*, 2021). Essa situação de crise sanitária aguda e inusitada ao longo dos últimos dois anos de crise sanitária levantou preocupações sobre a resposta e a preparação eficazes para o enfrentamento em diversas comunidades de países em desenvolvimento, como o Brasil.

Após declaração da emergente COVID-19 como pandemia pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020), houve mudanças no comportamento individual e coletivo das populações em virtude da exigência de precauções universais de prevenção para conter a propagação da doença (SEIDL-DE-MOURA, 2021). Até dezembro de 2020, ante incertezas e pouco conhecimento sobre a COVID-19, as medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção, sobretudo isolamento e distanciamento social, higiene das mãos e uso de máscaras faciais, constituíam a única maneira de prevenir o contágio.

Intervenções de saúde pública foram informadas e implementadas por decretos governamentais em estratégias nacionais e subnacionais de comunicação de risco, ainda que com diferenças entre as diversas regiões geográficas do país (BUENO, SOUTO; MATTA, 2021). Para que essa comunicação seja um componente bem-

sucedido da resposta a epidemias, populações inteiras devem ser capazes de acessar e compreender as informações, independentemente do contexto geopolítico e cultural (LOLE; STAMPA; GOMES, 2020). Nesse sentido, apesar da considerável atenção científica e social aos impactos da pandemia de COVID-19 em áreas urbanas, foi dado pouco enfoque ao seu impacto nas comunidades rurais, que geralmente têm cuidados de saúde menos acessíveis e maiores taxas de pobreza e de baixa instrução (FLOSS *et al.*, 2020), como defende a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (BRASIL, 2013).

As comunidades rurais, que são aquelas externas ao perímetro urbano, estão entre as populações mais vulneráveis do país, e podem ter sido menos resistentes aos efeitos de um choque exógeno em grande escala como essa crise pandêmica, considerando-se que normalmente elas já “enfrentam, cotidianamente, vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas” (SILVA; PINTO, 2020, p. 1). Na área rural do Brasil, cenário marcado por especificidades, as lógicas de organização das comunicações, geralmente planejadas para meios urbanos, podem não ser apropriadamente impostas às realidades dos territórios mais remotos (FRANCO *et al.*, 2021). Além disso, as informações a respeito da pandemia têm apresentado uma variabilidade de elementos e significados, desde a simples difusão informal pelas mídias sociais digitais, até a mediação por meio de jornais e televisão, assim como pela divulgação oficial, corroboradas ou não pelo discurso científico (LUDWIG *et al.*, 2021; SILVA, 2020). Na área de comunicação de risco no Brasil, um cenário turbulento se estabeleceu durante esta pandemia, com tentativas políticas de descrédito da ciência e de factoides de desinformação (FERNANDES *et al.*, 2020).

Diante disso, depreende-se que o cumprimento de recomendações sanitárias representou um grande desafio para a população brasileira, tanto urbana quanto rural, embora algumas comunidades estejam mais atentas aos riscos que outras. Portanto, as respostas coletivas devem ser vistas como um nó crítico para a superação da pandemia, pela desafiadora adesão às medidas de prevenção (MASSARANI *et al.*, 2021), e cuja percepção precisa ser reforçada por informações claras e não conflitantes repassadas por autoridades públicas (FINSET *et al.*, 2020). Isto é ainda mais relevante quando se trata de populações historicamente excluídas, como a população do campo, que sabidamente apresenta menor acesso à saúde, à educação, à renda, ao emprego e à informação.

A implementação de práticas de controle de infecção recomendadas nos níveis nacional e estadual para as áreas rurais requerer uma compreensão desse contexto singular. Por fim, ressalta-se que as pesquisas de opinião em contextos de crise são importantes para obter um retrato de como uma parte da população está vivenciando essa fase, já que a rapidez de expansão da pandemia ocasiona uma série de novas informações e ações, que podem alterar rapidamente a percepção das pessoas sobre o problema em curso (BEZERRA et al., 2020).

Com base nessas premissas, o objetivo deste estudo foi avaliar a percepção e a correspondente prática de MNF de prevenção da COVID-19 por usuários atendidos pela ESF de um distrito rural do município de Araçagi-PB, Brasil.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de estudo observacional, transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido no município de Araçagi, Paraíba, no território em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da área rural chamada Canafístula. A população de todo o município possui cerca de 17 mil habitantes, demograficamente considerada a 42^a cidade da Paraíba, e ocupa 232.177 km² (IBGE, 2020). Este território, dividido em área urbana e rural, é coberto por uma Unidade Mista de Saúde para atendimento de casos de urgência e emergência, assim como por nove UBS (três na zona urbana e seis na zona rural). Entre as unidades rurais, encontra-se a UBS Canafístula, distante 12 km da sede do município.

Neste distrito de Canafístula, o acesso à água potável é difícil e o saneamento básico é inexistente, o que dificulta a higienização das mãos, o descarte adequado de resíduos potencialmente contaminados, além de favorecer o surgimento de outras doenças que podem piorar a situação de saúde vigente (dados não publicados).

O universo da pesquisa compreendeu as famílias do território adscrito à UBS, onde foi selecionada uma amostra acessível, não probabilística, com inclusão de integrantes de famílias cadastradas e que frequentaram a unidade nos 90 dias precedentes ao início da coleta de dados do estudo, que possuíam telefone celular para contato e se dispuseram a participar do estudo de forma livre e esclarecida. Foram excluídos os usuários que, após três tentativas de contato em busca ativa, por meio de telefone e com intervalo de uma semana, não responderam à solicitação.

Dos 90 usuários listados que preencheram os critérios de elegibilidade da pesquisa, foram selecionados 70 para participar das entrevistas individuais na própria

UBS, em local reservado, com internet disponível, e onde se aplicou presencialmente um questionário estruturado. Foi entrevistado apenas um membro de cada família, que também foi selecionado por critério de acessibilidade pelo pesquisador principal (IVS), que trabalha como médico da UBS.

A coleta de dados foi realizada em maio e abril de 2021. Como o presente trabalho é um recorte de estudo multicêntrico da Rede de Pesquisa e Formação do Programa de Pós-Graduação PROFSAUDE sobre a COVID-19, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz, e intitulado “Prevenção e Controle da COVID-19: Estudo Multicêntrico sobre a percepção e práticas no cotidiano das orientações médico-científicas pela população dos territórios de abrangência da Atenção Primária à Saúde”, o instrumento de coleta de dados foi um questionário estruturado elaborado pela coordenação do referido projeto multicêntrico.

As perguntas foram lidas em voz alta pelo pesquisador, enquanto os entrevistados acompanhavam a leitura em cópia impressa do questionário. O próprio entrevistador inseriu as respostas dos participantes por meio da plataforma Google Forms®, *on-line*, a partir de seu aparelho celular, armazenando as respostas em uma base de dados.

A variável primária deste estudo foi a percepção dos respondentes sobre diversos aspectos referentes às informações recebidas a respeito da COVID-19 e das MNF recomendadas contra a doença.

Do ponto de vista operacional, a variável percepção sobre a COVID-19 e as MNF contra a doença foi avaliada por meio das respostas as perguntas: 1- Que informações o(a) sr. (a) recebeu sobre o coronavírus? (questão fechada com possibilidade de escolha de mais de uma das alternativas de resposta simultaneamente: isolamento social total; lavagem frequente das mãos; uso de álcool em gel; isolamento parcial; uso de máscara facial em locais públicos; outro); 2- O(a) sr. (a) está confiante que as medidas de prevenção e proteção em relação ao coronavírus adotadas pelo sr. (a) e sua família são suficientes para proteger vocês? (questão com resposta única em escala Likert: muito confiante; bem confiante; razoavelmente confiante; pouco confiante; nada confiante); 3- Quais das seguintes ações o(a) sr. (a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo coronavírus?”, questão que possibilitou a seleção de mais de uma alternativa de resposta, com as mesmas alternativas do item 1; 4- Qual a possibilidade de o(a) sr. (a) ou sua família serem contaminados pelo coronavírus? (questão com resposta única em escala Likert: muito alta; alta; razoavelmente alta; baixa; muito baixa); 5 - Qual é a sua opinião sobre a doença provocada pelo coronavírus? (questão com

resposta única em escala Likert: muito grave; grave; razoavelmente grave; pouco grave; não é grave). As variáveis secundárias foram o autorrelato de adesão às MNF (número de MNF praticadas e frequência de cada uma na amostra), o diagnóstico de COVID-19 (no respondente ou em sua família) e realização de ações da equipe da UBS voltada para a prevenção da COVID-19, além das variáveis sociodemográficas. As variáveis do perfil sociodemográfico foram idade, sexo, estado civil, escolaridade, renda, cor/raça, status de emprego, impacto da pandemia sobre ocupação, estrutura física e número de moradores do domicílio, além de saneamento básico.

Quanto à análise dos dados, foram realizadas análises descritiva e inferencial. Na parte descritiva, foram calculadas frequências absoluta e relativa das variáveis nominais e ordinais, como as características sociodemográficas e os dados referentes à percepção e prática das MNF para prevenção da COVID-19. Para a estatística inferencial, utilizou-se o teste não paramétrico de qui-quadrado para explorar a associação entre as variáveis. Juntamente com o teste de qui-quadrado, a direção e a força da associação foram expressas por meio de razão de prevalência (RP), com indicação do intervalo de confiança de 95% (IC95%). Adotou-se um nível de significância de 5%. Todas as análises foram feitas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS)®, versão 20.0 para *Windows* (SPSS Inc., Chicago, IL).

A pesquisa foi aprovada pelo do Projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do centro do pesquisador responsável nacional, o Prof. Dr. Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt, sob Parecer número 4.345.618 (CEP da Universidade do Estado do Amazonas (UEA), de acordo com o item IX.10 da Resolução do Conselho Nacional de Saúde no 466/2012. Todos os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por meio do aplicativo Google Docs®.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do ponto de vista sociodemográfico, a idade dos 70 participantes do estudo variou entre 20 e 73, com mediana de 41,2 anos e quase 50% da amostra entre 20 e 40 anos. A amostra também se caracteriza como predominantemente feminina, negra, com nível educacional fundamental ou médio, não casada, com renda familiar de um salário-mínimo e saneamento básico precário.

Tabela 1 - Características sociodemográficas da amostra de usuários da Unidade Básica de Saúde Canafístula em Araçagi-PB, de março a abril de 2021 (n=70).

Variáveis	Frequências	
	f	%
Idade (anos)		
18-20	4	5,7
21-30	15	21,5
31-40	19	27,2
41-50	12	17,2
> 50	20	28,4
Sexo		
Feminino	51	72,9
Masculino	19	27,1
Cor/raça		
Branca	24	34,3
Negra	46	65,7
Estado civil	29	41,4
Casado	1	1,4
Divorciado	17	24,3
Solteiro	2	2,9
Viúvo	21	30,0
Nível educacional		
Fundamental	25	35,7
Médio	32	45,7
Superior	11	15,7
Pós-graduação	2	2,9
Renda mensal		
1 salário-mínimo	38	54,3
2 salários-mínimos	22	31,4
3 e mais salários-mínimos	10	14,3
Corresidentes no domicílio		
1-3	41	58,6
4-7	29	41,4
Cômodos para dormir (nº)		
1	6	8,6
2	31	44,3
3	27	38,6
4-5	5	7,1
6-8	1	1,4
Número de banheiros (nº)		
1	51	72,9
2 ou mais	19	27,1
Acesso à água		
Água encanada	5	7,1
Lagoa	1	1,4
Poço artesiano	54	77,1
Reservatório	10	14,3
Esgotamento sanitário		
Fossa	67	95,7
Vala	3	4,3

*Rios, igarapés, riachos

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

A precariedade das condições sócio-sanitárias da maioria dos participantes pode se dar pelo fato de residirem na zona rural, onde estas características podem ser mais frequentes. As condições materiais de vida e trabalho predominantes na amostra estudada predispõem à vulnerabilidade aos impactos ambientais, que estão, por sua vez, intimamente associadas aos determinantes sociais da saúde (BISPO JÚNIOR; SANTOS, 2021), como os que podem ser observados na amostra estudada: baixa renda, gênero feminino, trabalho precário e saneamento básico deficiente.

O impacto de fatores sociais no contágio de doenças e no estado de saúde das pessoas é bem conhecida e, a este respeito, a COVID-19 não trouxe novos elementos, mas pode ter agravado as disparidades em saúde em áreas mais remotas. Na situação domiciliar do município de Araçagi, 59,3% das moradias localizam-se no perímetro rural (IBGE, 2010). Um determinante social da saúde cuja relevância nem sempre é reconhecida com a ênfase necessária é o acesso à informação. O acesso a fontes e fluxos de informação em saúde aumenta o conhecimento e a capacidade de adoção de comportamentos preventivos, além de permitir a mobilização social em busca de melhoria das condições de vida e saúde (BRASIL, 2008).

Verificou-se que 68 (97,1%) participantes relataram adoção de três ou mais das MNF de prevenção apresentadas como alternativas à pergunta, que admitia mais de uma resposta (“quais das seguintes ações o(a) sr. (a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo coronavírus?”).

Como foi demonstrado, a grande maioria da nossa amostra referiu ter recebido informações sobre MNF de prevenção sobre a COVID-19, exceto quanto às medidas de isolamento. Contudo, a aquisição de informações não significa necessariamente construção de conhecimento e, conseqüentemente, não corresponde à uma adoção na prática cotidiana das orientações em saúde adquiridas (COIFMAN et al., 2021).

Portanto, a identificação dos autorrelatos sobre essa percepção e das atitudes das comunidades em relação à pandemia de COVID-19 e seu controle coletivo, assim como de suas intenções e habilidades para aplicar as MNF, podem contribuir para a predição do grau de engajamento preventivo de uma população. Esse engajamento depende do tipo de informações que os sujeitos recebem, entendem, valorizam e confiam, como também de suas fontes, que podem ser diversas, como por exemplo, comunicados de imprensa, canais de comunicação do governo, redes sociais digitais, a própria família, amigos e comunidade local, além de profissionais de saúde (CONEGLIANI; UEHARA; MAGRI, 2020).

Nesse sentido, a tabela 2 apresenta frequências referentes às fontes das informações recebidas, confiança nas orientações sobre MNF, percepção sobre o risco de contágio e gravidade da COVID-19, além de prática das referidas medidas. Destacam-se os resultados referentes à principal fonte de informação (TV, rádio e jornal), seguida pelos profissionais de saúde e as mídias sociais, ainda que a que atribuem maior confiança seja a de profissionais de saúde, com pequena diferença quantitativa em relação aos meios de comunicação tradicional. Quase metade da amostra referiu se sentir bem confiantes ou muito confiantes nas MNF de prevenção da COVID-19. Por outro lado, apenas 40% consideraram o risco de contágio pessoal ou da sua família alto ou muito alto. Entretanto, 94,3% consideraram a COVID-19 como uma doença grave ou muito grave, o que é compatível com o autorrelato de alta adesão ao uso de máscaras e higienização das mãos em percentuais superiores a 90% da amostra (**Tabela 2**).

Tabela 2 – Respostas de usuários da Unidade Básica de Saúde Canafístula sobre a COVID-19, fontes de informações sobre prevenção, confiança e adoção de medidas preventivas, risco de contágio e gravidade da doença. Araçagi-PB, março a abril de 2021 (n=70)

Variáveis	Frequências	
	f	%
Como o sr. (a) se informa a respeito do coronavírus? *		
Profissionais de saúde do território	49	70,0
Redes sociais digitais	48	68,6
Amigos/vizinhos/parentes	36	51,4
TV, rádio ou jornal	66	94,3
Governantes	26	37,1
Em que fontes de informações o sr. (a) mais confia? *		
Profissionais de saúde do território	34	48,6
Redes sociais digitais	6	8,6
Amigos/vizinhos/parentes	4	5,7
TV, rádio ou jornal	32	45,7
Governantes	0	0,0
O sr. (a) está confiante que as medidas de prevenção ao coronavírus adotadas pelo sr. (a) e sua família são suficientes para proteger vocês?		
Nada confiante	4	5,7
Razoavelmente confiante	8	11,4
Pouco confiante	24	34,3
Bem confiante	12	17,1
Muito confiante	22	31,4
Qual a possibilidade do(a) sr. (a) ou sua família serem contaminados pelo coronavírus?		
Muito baixa	1	1,4

Baixa	17	24,3
Razoavelmente alta	24	34,3
Alta	19	27,1
Muito alta	9	12,9
Na sua opinião, a doença provocada pelo coronavírus é:		
Grave	14	20,0
Muito grave	52	74,3
Não é grave	1	1,4
Pouco grave	1	1,4
Razoavelmente grave	2	2,9
Quais das seguintes ações o(a) sr. (a) e sua família adotaram para se prevenir da contaminação pelo coronavírus? *		
Uso de máscara ao sair de casa	68	97,1
Uso de álcool gel	67	95,7
Lavagem frequente das mãos	64	91,4
Isolamento social parcial	49	70,0
Isolamento social total	11	15,7

*Resposta admitia assinalar mais de uma alternativa. TV: televisão

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Outra pergunta feita aos participantes foi sobre a observação de ações gerais de saúde e de educação em saúde por parte da equipe da UBS de Canafístula voltada para a prevenção da COVID-19. A resposta foi consistente com o que foi apresentado na Tabela 3 no que se refere às informações sobre MNF prestadas pelos profissionais de saúde do território, pois 35 participantes (50%) afirmaram que perceberam ações da equipe de saúde de seu território durante a pandemia.

Os profissionais de saúde precisam desempenhar um papel maior na educação em saúde da população sobre a COVID-19. A equipe de saúde é uma fonte autorizada e confiável de informação e tem o papel de apontar distorções e esclarecer os fatos, sobretudo para combater narrativas falsas que chegam à comunidade. Por outro lado, metade da amostra pode não ter observado orientação dos profissionais da UBS do território em virtude das mudanças que ocorreram no funcionamento das unidades no primeiro ano da pandemia, quando se deu prioridade aos atendimentos mais urgentes, e as demandas de rotina foram suspensas temporariamente. Isso pode ter afetado consideravelmente a programação de educação em saúde do território, tanto individual como coletivamente. No Brasil e mais especificamente na ESF, as equipes conhecem os seus territórios e suas especificidades, logo são capazes de compreender e avaliar a atitude e a conduta dos usuários (LIMA *et.al.*, 2020). Além disso, é importante destacar

o papel do Agente Comunitário de Saúde nesse processo de vínculo e disseminação de informações na comunidade rural, sendo ele a ligação entre o usuário e a UBS.

O nível de confiança do público nos governantes foi baixo. Este achado pode ser associado à resposta dos participantes ao manejo da COVID-19 pelo governo central, que tem sido considerada insuficiente e eivada de inconsistências (ARAÚJO; EICHLER, 2022). Essas descobertas estão alinhadas com as conclusões extraídas de outros estudos que apontaram a manipulação da percepção, emoção e ação da população por meio da desinformação on-line, mentiras e discurso de ódio deliberadamente armados para propagar enganos (SIMONETTI et al., 2021; MACHADO; FREITAS, 2021).

Em um estudo que analisou como a população adscrita à uma Estratégia Saúde da Família (ESF) de Rondonópolis (MT), houve adoção das MNF de prevenção da COVID-19, como a encontrada no nosso estudo, porém constatou-se que o relato sobre o grau de confiança nas medidas foi maior, pois metade dos usuários entrevistados admitiram sentir bem ou muito confiantes (GOULART et.al., 2021).

Quanto ao entendimento sobre a gravidade da COVID-19, os achados do presente estudo corroboram outros encontrados da literatura, a exemplo do estudo realizado com 164 usuários do sistema público de saúde do município de Cláudio (MG) em que se constatou que praticamente todos relataram que consideravam o coronavírus letal (FONSECA et.al., 2020).

A tabela 3 mostra que entre as MNF apresentadas aos respondentes, observou-se que houve concordância entre o relato de informação recebida e o de adoção da correspondente medida em mais de 90% da amostra, exceto quanto ao isolamento social parcial (52,8%) e, sobretudo, ao isolamento total (14,3%).

Os resultados do presente estudo reafirmaram achados de outras pesquisas que também evidenciaram o uso de máscara ao sair de casa como a medida mais frequentemente referida pelas comunidades avaliadas, com alta adesão pela maioria dos indivíduos e suas famílias no contexto da pandemia (GOULART et.al., 2021; FONSECA et.al., 2020; LIMA-COSTA et.al., 2020; GONÇALVES et al., 2020). Em revisão sistemática da literatura, evidenciou-se que a maioria dos participantes dos estudos analisados usaram máscaras faciais em locais públicos somente porque era obrigatório e, mesmo assim, foram identificadas pessoas que não as utilizavam no transporte público (COSTA et al., 2022). Em contrapartida, ainda segundo a referida revisão, outros estudos analisados, contudo, demonstraram que a maioria da população estudada usava

máscaras por apreensão devido ao risco de contágio e da possível gravidade da COVID-19.

Tabela 3- Relação entre autorrelatos de informações recebidas sobre MNF preventivas para a COVID-19 e de adoção das medidas em amostra de usuários da Unidade Básica de Saúde Canafístula em Araçagi-PB, de março a abril de 2021 (n=70)

Informações obtidas sobre MNF	Autorrelato de adoção de MNF				p
	Prática adotada		Prática não adotada		
	f	%*	f	%*	
Uso de máscaras					0,86
Sim	67	95,7	2	2,8	
Não	1	1,4	0	0,0	
Uso de álcool em gel					0,76
Sim	65	92,8	3	4,3	
Não	2	2,8	0	0,0	
Lavagem das mãos					0,39
Sim	64	91,4	6	8,6	
Não	0	0,0	0	0,0	
Isolamento parcial					0,45
Sim	37	52,8	12	17,1	
Não	12	17,1	9	12,8	
Isolamento total					0,20
Sim	10	14,3	43	61,4	
Não	1	1,4	16	22,8	

* Percentuais relativos ao tamanho da amostra, (n=70). MNF: medidas não farmacológicas; p: nível de significância estatística

Fonte: Dados primários da pesquisa (2022)

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a utilização das máscaras é uma medida de suma importância, principalmente quando utilizadas de modo adequado e correto, seguindo as orientações dos órgãos de saúde (WHO, 2020). É importante ressaltar também que essa MNF se torna mais eficaz quando associada a outras medidas (FERNANDO et al., 2021), como predominou na amostra estudada o uso de três ou mais medidas, sobretudo higienização das mãos e uso de máscaras faciais. Com relação à MNF lavagem das mãos, observada em 100% da amostra, fato que pode reduzir em cerca de 20% a 40% o contágio por doenças respiratórias (TSUKUDA et al., 2020; NASCIMENTO, 2020). Lavar as mãos, contudo, não é uma realidade factível para cerca de 35 milhões de brasileiros, que não têm acesso a água, uma situação bastante conhecida no distrito de Canafístula, onde o acesso à água é difícil (NASCIMENTO, 2020).

Ainda que as mencionadas condições adversas tenham incidido sobre a comunidade de Canafístula, pelas próprias características sociodemográficas descritas,

o recebimento de informações sobre MNF foi altamente concordante com a prática autorreferida dessas medidas, porém as que se relacionavam com distanciamento e isolamento não apresentaram a mesma compatibilidade. Nas ações de mitigação, houve a proposição em quase todo o país, de redução parcial dos contatos sociais para isolar os casos positivos identificados e diminuir a contaminação de grupos mais suscetíveis, no chamado “isolamento vertical” (WERNECK; CARVALHO, 2020).

É possível que a comunidade de Canafístula não tenha tido oportunidade de perceber claramente a necessidade real dessa medida pelas próprias condições de vida e trabalho na área rural, o que pode explicar a menor frequência de relatos de obtenção de informações sobre isolamento. Por outro lado, o relato de baixo recebimento de medidas mais radicais de distanciamento social, total, ou “isolamento horizontal”, também pode ser explicado de forma análoga, porém ainda com mais ensejo, a despeito de esta medida ter sido um dos assuntos mais comentados pela mídia e nos grupos virtuais de interação social (GONÇALVES *et al.*, 2020). Em um estudo que objetivou analisar o isolamento social adotado como prevenção da COVID-19 e sua relação com as condições de vida da população do município de Salvador, Bahia (NATIVIDADE *et al.*, 2020), foi constatada uma baixa adesão a essa medida. Os autores do referido estudo atribuem esse fato às desigualdades sociais enfrentadas, considerando a necessidade de continuar comparecendo ao emprego sob pena de afetar a subsistência, além do fato de que pode ser um achado atrelado às condições culturais da população estudada.

Neste contexto, a percepção de recomendações de uso de MNF de prevenção da COVID-19 envolve não apenas comunidades que vivem uma determinada organização do espaço geográfico, mas também que têm diferentes processos de subjetivação por meio dos quais são construídas suas identidades (SCHÜTZ *et al.*, 2014). Portanto, as particularidades dessas comunidades precisam ser compreendidas, “a fim de se buscar estratégias às suas demandas e necessidades de saúde” (BRASIL, 2015, p. 13).

Nesse aspecto também as populações urbanas e rurais diferem no que se refere ao contexto ambiental e geográfico de seus domicílios e locais de trabalho. Os impactos da pandemia de COVID-19 têm apresentado um viés urbano de dados e pesquisas ignoram quase 30 milhões de pessoas que vivem no campo (IBGE, 2017), e que são brasileiros que fazem parte do contingente populacional denominado de “o gigante invisível” (BRASIL, 2014, p. 3), sobretudo na região Nordeste. Esta lacuna de conhecimento parece estar reduzida a contar com os dados de prática de informações sobre MNF em áreas fora do perímetro urbano, como os observados na amostra

estudada, o que pode ser resultado de políticas de saúde pública e desenvolvimento regional desenvolvidas nas últimas duas décadas no Brasil. A prevalência pontual de diagnósticos de COVID-19 na amostra analisada (23/70), ou seja 32,9% dos participantes relataram algum contágio na família.

Os resultados referentes às associações bivariadas que mostraram diferenças estatisticamente significativas em relação ao diagnóstico de COVID-19 estão apresentados na tabela 4, e apontam para relações entre o contágio da família ou do indivíduo em relação às respostas sobre a adoção do isolamento social parcial, obtenção de informações sobre o uso de máscaras, assim como fonte de informações representada por profissionais de saúde e amigos/vizinhos/parentes.

Tabela 4 – Associações entre variáveis referentes às informações e adesão às medidas preventivas e diagnóstico de COVID-19 de usuários da Unidade Básica de Saúde Canafistula. Araçagi-PB, março a abril de 2021 (n=70)

Associação com diagnóstico de COVID-19	RP [IC95%]	p
Adoção do isolamento social parcial	0,09 [0,022-0,366]	0,003*
Informações sobre uso de máscaras	0,66 [0,56-0,78]	0,042*
Profissionais de saúde como fonte de informações	0,35 [0,16-0,75]	0,010*
Amigos/vizinhos/ parentes como fonte de informações	1,53 [1,28-1,53]	0,015*

*Estatisticamente significativo a 5%; RP: Razão de Prevalência *IC 95%: Intervalo de Confiança 95%; COVID-19: Doença pelo Coronavírus 2019

Fonte: Dados da pesquisa (2022)

De forma dessemelhante aos dados encontrados quanto à uma menor adoção do isolamento social parcial, com relação as demais MNF, verificou-se que adoção do isolamento social parcial como medida diminui a chance em 0,09 vezes de diagnóstico de COVID-19, assim como a obtenção de informações sobre o uso de máscaras também reduz esse risco. Fontes de informação representadas por profissionais de saúde reduzem a chance de COVID-19, enquanto amigos/vizinhos/ parentes aumentam em 1,53 vezes a chance do diagnóstico de COVID-19. Esse fato pode relacionar-se a vasta propagação das denominadas *fake-news*, ou falsas notícias, relacionadas à pandemia da COVID-19. Uma parcela da população procurava atenuar os riscos e esmaecer a percepção sobre a seriedade da doença, com a propagação de informações que buscavam desqualificar as MNF como medidas capazes de conter a disseminação do

vírus, ademais o fomento ao uso de medicações sem embasamentos científicos (AQUINO et al., 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados observados neste estudo revelam a adoção às medidas de prevenção não farmacológica da COVID-19, o entendimento da comunidade estudada com relação ao risco de contágio e à gravidade da doença, assim como a confiança nas medidas, considerando o perfil sociodemográfico desfavorável dessa comunidade rural.

Verificou-se que a maioria dos usuários recebeu informações quanto às principais medidas não farmacológicas de prevenção da COVID-19, sobretudo a respeito de higienização das mãos e uso de máscaras faciais em locais públicos, cujas fontes foram principalmente os meios de comunicação (TV, rádio ou jornal) e, em menor frequência, os profissionais de saúde do território.

Destaca-se também a associação estatisticamente significativa entre o contágio da doença pelo indivíduo ou sua família e a adoção do isolamento social parcial como medida, receber informações sobre o uso de máscara e se informar a respeito do coronavírus pelos profissionais de saúde e pela comunidade.

Por fim, destaca-se algo constatado por esse estudo e que merece reflexão. Verificou-se mediante esses resultados apenas mediana realização de ações gerais e também de educação em saúde voltada para a prevenção da COVID-19 pela equipe da UBS. Esse dado revela fragilidade quanto à realização de atividades preventivas e aponta para a necessidade de mudança nesse cenário, mediante ampliação de iniciativas voltadas para ações de prevenção e promoção à saúde nessa comunidade.

REFERÊNCIAS

AQUINO, E. M. L. *et al.* Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.25, n.1, p.2423-2446, 2020.

ARAÚJO, L.G.L.; EICHLER, M.L. O descaso epistêmico diante da pandemia de COVID-19 no Brasil. **Revista Thema**, Pelotas, v.21, n.1, p. 174-189, 2022.

BEZERRA, A. C. V. .; SILVA , C. E. M.; SOARES, F. R. G. Percepção sobre o isolamento social no contexto da pandemia de COVID-19 no Estado de Pernambuco, Brasil. **Hygeia - Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [S. l.], p. 143–152, 2020. DOI: 10.14393/Hygeia0054397. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54397>. Acesso em: 13 jun. 2022.

BISPO JÚNIOR, J. P.; SANTOS, D. B. COVID-19 como sindemia: modelo teórico e fundamentos para a abordagem abrangente em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.37, n.10, e00119021, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 216 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_aguas.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/causas_sociais_iniquidades.pdf.

BUENO, F.T.C.; SOUTO, E.P.; MATTA, G.C. Notas sobre a Trajetória da Covid-19 no Brasil. In: MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da COVID-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320-03.pdf>
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. 1ª. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019- nCoV)**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

CALIL, G.S. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, v. 140, p. 140, 2021.

COIFMAN, K.G. *et al.* What drives preventive health behavior during a global pandemic? **Emotion and worry**. **Annals of Behavioral Medicine**, v.55, n.8, p. 791-804, 2021.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, Supl 1, p. 1-3, 2018.

CONEGLIANI, T.V.; UEHARA, S.C.S.A.; MAGRI, M.A.M. Prevenção de contágio por covid-19 na exposição ocupacional em saúde: scoping review. **Revista Cuidado em Enfermagem**, v.14, n.2, p.156-163, 2020.

COSTA, B.C.P. *et al.* Adesão da população ao uso de máscaras para prevenção e controle da COVID-19:revisão integrativa da literatura. **Research Society and Development**, v.11, n.4, e59311427831, 2022.

FAVA, S. M. C. L. *et al.* Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico-cultural. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, n. 1, p. 81-87, 2011.

FERNANDES, C.M. *et al.* A pós-verdade em tempos de Covid-19: o negacionismo no discurso do governo no Instagram. **Liinc em Revista**, v.16, n. 2, e5317.

FERNANDO, G. M. *et al.* Eficiência de filtragem de um grande conjunto de máscaras faciais COVID-19 comumente usadas no Brasil. **Aerosol Science and Technology**, v. 55, n. 9, p. 1028-1041, 2021.

FINSET, A. *et al.* Effective health communication - a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 5, p. 873-876, 2020.

FLOSS, M. *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. 1-5, 2020.

FONSECA, TGN. *et al.* COVID-19: avaliação comportamental de moradores das zonas rural e urbana usuários do SUS, no âmbito da Atenção Primária, do município de Cláudio -Minas Gerais -Brasil. **Interamerican Journal of Medicine and Health**, V.3, p. 1 – 8, 2020,

FRANCO, C.M.; LIMA, J.G.; GIOVANELLA, L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v.37, n. 7, e00310520, 2021.

GONÇALVES, S. *et al.* Percepção de Segurança e risco de Contágio por Covid-19 durante as Vivências de Lazer do Residente do Rio Grande do Norte. **Licere**, Belo Horizonte, v.23, n.3, p. 309-340, 2020.

GONÇALVES, M. R. *et al.* **Distanciamento Social, Uso de Máscara e Transmissão do SARS-CoV-2: Um Estudo de Caso - Controle Baseado na População.** Preprint not peer reviewed, 2021. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3731445> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3731445>. Acesso em: 17 de jan. 2022.

GOULART, B.C.G. *et al.* COVID-19 na Estratégia Saúde da Família: uma análise de como a população percebe e adota as medidas de prevenção. **Revista de APS**, v. 24, (Supl 1), p. 26 -39, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Araçagi**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/aracagi/panorama>. Acesso em: 02 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/aracagi.html>. Acesso em: 02 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil: Uma Primeira Aproximação**. n. 11, p.1-83, 2017.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE - Cidades @. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/aracagi/panorama>. Censo 2010. Acesso em: 10 jun. 2021.

LIMA-COSTA, M.F. *et al.* Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.3, p. 1-16, 2020.

LOLE, A.; STAMPA, I; GOMES, R. L. R. (Org.). **Para Além da Quarentena: Reflexões sobre Crise e Pandemia**. Rio de Janeiro: Mórula, 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ParaAlemDaQuarentena.pdf>. Acesso em: 23 jun.2021.

LUDWIG, E.F.S.B. *et al.* Pandemia da COVID-19: percepção dos profissionais de saúde sobre a assistência aludida em mídia televisiva **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, suppl 1, e20201258, 2021.

NATIVIDADE, M.D.S. *et al.* Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, V. 25, n.9, p.3385-3392, 2020.

MARTINS, E.R.C. *et al.* Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.24, n.1, 2020.

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

MATTA, G.C., REGO, S., SOUTO, E.P., and SEGATA, J., eds. Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, 221 p. Informação para ação na Covid-19. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2/pdf/matta-9786557080320.pdf>.

NASCIMENTO, D. M. Lavar as mãos contra o Coronavírus: mas, e a Água?. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 1, p. 66–69, 2020.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. Ciência e Psicologia Social em Tempos de Pandemia: 30 Anos do PPGPS/UERJ. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1-22, 2021.

SILVA, B. N.; PINTO, E. S. G. Saúde rural em tempos de pandemia da covid-19. **Revista Cuidarte**, v. 3, n. 11, p. 1-3, 2020

SIMONETTI A. B. *et al.* O que a população sabe sobre SARS-CoV-2/COVID-19: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Revisão de Saúde**, Curitiba, v.4, n.1, p. 255-271, 2021. Disponível em:

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/22669/18164>

SCHÜTZ, G. E. *et al.* Sobredeterminação socioecológica da saúde da ruralidade em Humaitá, AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4051-4060, 2014.

TSUKUDA, M. P. *et al.* **A Higienização das Mãos como Prevenção ao Novo Coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/109-higienizacao-das-maos>. Acesso em: 12 jan. 2022.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.5, 2020.

WHO. World Health Organization. **Novel coronavirus (2019-nCoV): situation report - 22**. Geneva: World Health Organization, 2020a. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2. Acesso em: 30 jan. 2022.

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

WHO. World Health Organization. **Risk communication Essentials**. 2020c. Disponível em: <https://openwho.org/courses/risk-communication>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WHO. World Health Organization. **Infodemic**. 2020d. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1. Acesso em: 04 fev. 2022.

6.2 Produto Técnico Educativo de Mídia Digital

Durante a pesquisa de campo no município de Araçagi, foi constatado que o rádio é uma das fontes mais utilizadas pela população como fonte de informação. A partir desta percepção, buscou-se elaborar uma estratégia de comunicação fundamentada nesta análise. Foi elaborada, então, uma série de arquivos de áudio do tipo *podcast* denominada “XÔVID”, composta por oito episódios com temas relevantes as práticas de prevenção à infecção pelo coronavírus, com a participação de convidados e conteúdo elaborado com linguagem acessível e culturalmente competente. Esta série foi publicada em canais de streaming como o *Spotify*® e futuramente será lançada no *Youtube*®, e divulgada nas redes sociais como *Instagram*®, *Facebook*® e *WhatsApp*® para gerar maior engajamento. Além disso, a série será distribuída à Secretária Municipal de Saúde de Araçagi para uso em atividades de educação permanente e educação popular, além de compor o acervo histórico do município. Abaixo, segue-se a tabela com resumos e roteiros dos episódios.

Tabela 1. Resumo e roteiros dos episódios da série de Podcast: XÔVID

Episódios	Fases	Roteiros
-----------	-------	----------

<p>Episódio 1: “A COVID-19 em ARAÇAGI”</p> <p>Anfitrião: Isaunir Verissimo Convidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tamires Carlos – Coordenadora da Vigilância em Saúde no município de Araçagi • Cristiane Raquel – Enfermeira de Araçagi <p>Tipo: Entrevista/bate-papo</p>	<p>-Boas-vindas; -Apresentação da série de <i>podcasts</i>; - Apresentação do tema; - Apresentação do anfitrião e dos convidados; - Contribuição/trabalho de cada um na pandemia; -Discussão; -Conclusão.</p>	<p>Perguntas norteadoras:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onde estavam cada um quando a pandemia foi instituída pelo OMS? Lembram do dia? -Como foi a preparação do município para combater o coronavírus? Que medidas foram tomadas? -Na percepção de vocês, a população aderiu as medidas? Quais vocês acham que foi mais realizada? Qual a população se mostrava mais resistente? - Primeiro caso e primeiro óbito? -Dificuldades enfrentadas no trabalho, na vida pessoal? -Hoje como está a pandemia no município? Houve mudança no comportamento da população? - O que mais marcou vocês nesse período? O que era mais difícil no trabalho? <p>Mensagem final. Agradecimentos. Cordel.</p>
<p>Episódio 2: “Água e Sabão”</p> <p>Apresentador: Isaunir Verissimo Lopes</p> <p>Tipo: monólogo</p>	<p>-Boas-vindas; - Identificação do apresentador e apresentação do tema; -Monólogo; -Conclusão.</p>	<p>-Dados históricos e curiosidades; Explicar a importância de lavar as mãos; -Evitar COVID e outras doenças; -Água e sabão x Álcool em gel - Modo correto de lavar as mãos.</p> <p>Mensagem final Agradecimentos Cordel</p>
<p>Episódio 3: “Não aceito visitas”</p> <p>Anfitrião: Isaunir Verissimo Lopes</p> <p>Convidado: José Verissimo- poeta e líder comunitário</p> <p>Tipo: Entrevista/bate-papo</p>	<p>-Boas-vindas; - Apresentação do tema; - Apresentação do anfitrião e do convidado; -Discussão; -Conclusão.</p>	<p>Perguntas norteadoras ao convidado (líder comunitário)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Que história é essa de não aceitar visitas? -O que o senhor fez na pandemia? Como viveu esse período? Como foi a rotina? Os sentimentos? - Que medidas o senhor e sua família tomaram? O que era mais difícil? Alguém se infectou? -E hoje como está lidando com a pandemia? <p>Perguntas norteadoras especialista (Isaunir Verissimo – Médico de família)</p> <ul style="list-style-type: none"> -O que é o lockdown? Tem diferença para isolamento social? - O que é achatar a curva?

		<p>-Por que o isolamento social é importante? -O isolamento/lockdown diminuiu mortalidade? Contágio? -Algumas notícias, fakenews, mostravam que o lockdown não trazia benefícios, o que você tem a dizer sobre isso? -Como estão os países que implementaram isolamento social severo nessa pandemia? -Será que passaremos por outro lockdown devido a covid? -Com o término da emergência de saúde pública no Brasil, as medidas não farmacológicas de prevenção praticamente foram deixadas de lado, você acha que ainda é necessário manter o isolamento social? Algum grupo específico?</p> <p>Mensagem final Agradecimentos Cordel</p>
<p>Episódio 4: “Máscara de Super-herói”</p> <p>Apresentador: Isaunir Verissimo Lopes</p> <p>Tipo: Monólogo</p>	<p>-Boas-vindas; -Apresentação do tema; -Identificação do apresentador; -Monólogo; -Conclusão.</p>	<p>- Dados históricos e curiosidades sobre o tema Importância das máscaras; -Tipos de máscara; -Posição correta das máscaras; -Higienização das máscaras; -Reutilização das máscaras; - Recomendações do uso de máscara atualmente.</p> <p>Mensagem final Agradecimentos Cordel</p>
<p>Episódio 5: “Chega de mentiras”</p> <p>Anfitrião: Isaunir Verissimo Lopes</p> <p>Convidado: Ítalo de Lucena – jornalista</p> <p>Tipo: Entrevista/bate-papo</p>	<p>-Boas-vindas; - Apresentação do tema; - Apresentação do anfitrião e do convidado; -Discussão; -Conclusão.</p>	<p>-O que são fakenews? -Como identificar uma fakenews? -Quais as fakenews mais frequentes que vocês identificaram na pandemia? -Acreditam que as notícias falsas têm atrapalhado o combate a pandemia no Brasil? -Quiz: FatoxFake. Mensagem final Agradecimentos Cordel</p>
<p>Episódio 6: “Vacina no Braço”</p>	<p>-Boas-vindas;</p>	<p>- Como é feita uma vacina? -Fases dos estudos</p>

<p>Anfitrião: Isaunir Verissimo Lopes</p> <p>Convidados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Laedja Maria-farmacêutica de Araçagi • Onielly Edla – Médica da estratégia de saúde da família em Araçagi <p>Tipo: Entrevista/bate-papo</p>	<p>- Apresentação do tema;</p> <p>- Apresentação do anfitrião e dos convidados;</p> <p>-Discussão;</p> <p>-Conclusão.</p>	<p>-Quais as vacinas disponíveis atualmente? Tipos e diferença entre elas</p> <p>-Novas vacinas? Vacina brasileira</p> <p>-Pode misturar vacinas?</p> <p>-Efeitos colaterais? Mortalidade? Sequelas? Segurança?</p> <p>-Idade para tomar a vacina da COVID?</p> <p>-Doses de reforço?</p> <p>Mensagem final</p> <p>Agradecimentos</p> <p>Cordel</p>
<p>Episódio 7: “O povo fala”</p> <p>Anfitrião: Isaunir Verissimo Lopes</p> <p>Convidado: Renata Leite - Moradora do distrito de Canafístula</p> <p>- Tipo: Entrevista/bate-papo</p>	<p>-Boas-vindas;</p> <p>- Apresentação do tema;</p> <p>- Apresentação do anfitrião e do convidado;</p> <p>-Depoimento;</p> <p>-Conclusão.</p>	<p>Experiencia de um morador da cidade sobre o contágio e infecção pela doença, as perdas, as sequelas, os conselhos.</p> <p>Mensagem final</p> <p>Agradecimentos</p> <p>Cordel</p>
<p>Episódio 8: “Haverá um fim para essa pandemia? O que é o “Novo normal”?”</p> <p>Anfitrião: Isaunir Verissimo Lopes</p> <p>Convidado: Rilva Lopes de Sousa Muñoz – Professora da Universidade Federal da Paraíba</p> <p>Tipo: Entrevista/bate-papo</p>	<p>-Boas-vindas;</p> <p>- Apresentação do tema;</p> <p>- Apresentação do anfitrião e dos convidados;</p> <p>-Discussão;</p> <p>-Conclusão.</p>	<p>- O que é uma pandemia? O que determina uma pandemia?</p> <p>- Que pandemias já tivemos na história? Quanto tempo durou?</p> <p>-Qual a relação do meio ambiente com o surgimento dessa pandemia?</p> <p>-De onde surgiu o vírus, afinal?</p> <p>- O que determina o final de uma pandemia. Esta pandemia tem previsão de término?</p> <p>- Você acha que a COVID-19 vai acabar? Ou conviveremos com o vírus?</p> <p>- O que é e como será o novo normal?</p> <p>-Como deverá ser o comportamento humano daqui para frente para evitar novos surtos da COVID-19 ou o surgimento de novas pandemias?</p>

Fonte: o autor

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta seção do trabalho visa estabelecer as considerações finais acerca do trabalho de conclusão do mestrado e recomendar sugestões para futuros trabalhos que abordem o tema. O objetivo geral deste trabalho foi avaliar a percepção de usuários de uma unidade básica de saúde da zona rural em Araçagi-PB sobre a COVID-19 e as medidas não farmacológicas (MNF) de prevenção da doença, suas práticas no cotidiano, com a complementar produção de um recurso educativo digital em saúde para a população do território.

Considera-se que este objetivo foi alcançado pois se verificou que a maioria dos usuários recebeu informações sobre MNF de prevenção do contágio pelo coronavírus, sendo que cerca de 97,1% dos participantes adotaram três ou mais medidas de prevenção. Além disso, verificou-se concordância entre o relato de informações recebidas e o de adoção da correspondente medida em mais de 90% da amostra. Ademais, foram observadas associações estatisticamente significantes entre o contágio da doença pelo indivíduo ou sua família e a adoção do isolamento social parcial como medida de prevenção, receber informações sobre o uso de máscara e se informar a respeito do coronavírus pelos profissionais de saúde e pela comunidade. Neste sentido o papel do profissional de saúde durante esta pandemia ou outras emergências de saúde precisa ser potencializado, haja vista seu papel protetor e promotor da saúde, além disso, os amigos, familiares e vizinhos, que representam a comunidade, se apresentam como importante instrumento de informação, interferindo nas práticas de saúde local podendo potencializar ou minimizar os cuidados em saúde.

Além disso, a principal fonte de informação em relação a pandemia foi a TV, rádio e jornais, seguidos pelas profissionais de saúde e redes sociais, sendo a fonte mais confiável os profissionais de saúde e em seguida as mídias tradicionais. Sendo, desse modo, importante, maximizar o papel desses meios de informação no combate à pandemia e outras doenças e agravos no território estudado, sobretudo compreendendo as especificidades e inequidades existentemente na população rural.

Visando potencializar esta comunicação e utilizar esta compreensão acerca dos hábitos da população, foi elaborado um produto técnico educativo do tipo podcast, como um programa de rádio, com participação de convidados, como profissionais de saúde e líderes locais, que versou sobre os principais temas relacionados a pandemia, sendo compostos por oito episódios que formaram a série “Xôvid”, sendo divulgada nas redes

sociais e publicadas no Spotify® e Youtube®, além de pretender-se divulgar na rádio comunitária local. Outros estudos serão necessários para se buscar a associação dos determinantes sociais e a pandemia da COVID-19 no contexto rural, além de trazer novas nuances e esclarecimentos acerca da percepção e adesão as medidas não farmacológicas de prevenção ao coronavírus pelas populações historicamente excluídas.

Por fim, considera-se que o trabalho foi relevante para a comunidade local pois permitiu compreender e identificar lacunas na comunicação em saúde, além da exploração de potencialidades regionais para desenvolver ações de promoção da saúde e estímulo as medidas de prevenção a COVID-19 que poderão ser adaptadas a outras doenças e condições de saúde da comunidade. A região estudada é bastante vulnerável em termos sociais, estando suscetível a piores desfechos provocados pela pandemia, como aumento da pobreza e piora no acesso aos serviços de saúde. Entender essas desigualdades, portanto, bem como suas especificidades culturais, humanas, sociológicas, econômicas e ambientais, é necessário para garantir uma atenção à saúde pública, universal, forte e resolutiva.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA SENADO. **Brasil tem 48% da população sem coleta de esgoto, diz Instituto Trata Brasil**. Brasília, 2019.

ALEXANDRE, M. E. *et al.* Posicionamento Atitudinal, Percepção de Vulnerabilidade e Preocupação em contrair a COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 72, n. 2, p. 25-42, 2020.

ALVES, R. F. (org). **Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa**. Campina Grande: EDUEPB, 2011.

ANTUNES, F. P. *et al.* Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. **Cad. Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 29, p. 1346-1356, 2013.

ARAÇAGI. **História da Cidade de Araçagi**. Disponível em: <https://www.aracagi.pb.gov.br/public/portal/a-cidade/historia#:~:text=Ara%C3%A7agi%20surgiu%20em%20meados%20do,da%20ent%C3%A3o%20prov%C3%ADncia%20da%20Para%C3%ADba.&text=Naquele%20local%20surgiu%20Ara%C3%A7agi>. Acesso em: 26 de jan. 2022.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Práxis**, v. 3, n. 6, p. 59-62, 2011.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 6, p. 1-14, 2018.

ARRUDA, N. M.; MAIA, A. G.; ALVES, L. C. Desigualdade Socioeconômicas no Acesso à Saúde entre as Áreas Urbanas e Rurais do Brasil: uma Análise dos Anos de 1998, 2003 e 2008. **Anais do XX Encontro Nacional de Estudos Populacionais**, 2016.

BIGOT, A. *et al.* Sociodemographic, cognitive, and emotional determinants of two Health behaviors during SARS-CoV-2 outbreak: an online study among French-speaking Belgian responders during the spring lockdown. **Psychologica Belgica**, v. 61, n. 1, p. 63-78, 2021.

BMJ Best Practice. **Doença do Coronavírus (COVID 19)**. 2021. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br/3000201>. Acesso em: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ascom SE/UNA-SUS. **Coronavírus: Brasil confirma primeiro caso da doença**. 2020b. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/noticia/coronavirus-brasil-confirma-primeiro-caso-da-doenca#:~:text=O%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20confirmou,para%20It%C3%A1lia%20regi%C3%A3o%20da%20Lombardia>. Acesso: 04 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019- nCoV)**. 1. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/pdf/37>. Acesso em: 15 de maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Saúde e ambiente para as populações do campo, da floresta e das águas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. 216 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_ambiente_populacoes_campo_floresta_aguas.pdf. Acesso em: 10 jan. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_74-final_6ago.pdf. Acesso em 04 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico especial: Doença pelo Novo Coronavírus – COVID-19**. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/covid-19/2022/boletim-epidemiologico-no-118-boletim-coe-coronavirus.pdf/view>. Acesso em 27 jun. 2022.

BREHMER, L.C.F. *et al.* Reflexões e infexões sobre a COVID-19, os determinantes sociais e a promoção da saúde no contexto brasileiro. **Rev. APS**. 2020; out./dez.; 23 (4). Disponível em: <<https://doi.org/10.34019/1809-8363.2020.v23.32378>>. Acesso em: 17 mai. 2022.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. 2007, v. 17, n. 1 pp. 77-93. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>>. Acesso em: 17 mai. 2022.

CABRAL, E.R.M. *et al.* Contribuições e desafios da Atenção Primária à Saúde frente à pandemia de COVID-19. **InterAmerican Journal of Medicine and Health**, v. 3, p. 1-12, 2020.

CARDOSO, G. F.; BRAGA, S. L. O.; GOTARDELO, D. R. A Consulta na Atenção Básica: Potencialidades do Modelo de Calgary-Cambridge. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v.19, n.1, p. 104-106, 2017.

CARLUCCI, L.; D'AMBROSIO, I.; BALSAMO, M. Demographic and Attitudinal Factors of Adherence to Quarantine Guidelines During COVID-19: The Italian Model. **Frontiers in Psychology**, 2020. Disponível em: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.559288/full>. Acesso em: 02 dez. 2021.

CARVALHO, A. A. A. *et al.* **Podcasts in higher education: students' and lecturers' perspectives**. In: SANTOS, E. R.; MILETTO, E. M.; TURCSANYI-SZABO, M. ed. lit. – “Education and technology for a better world: proceedings of the IFIP World Conference on Computers in Education (WCCE), 9, Bento Gonçalves, Brasil, 2009”. [CD-ROM]. [S.l.]: IFIP, cop. 2009b. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-03115-1_44. Acesso em: 20 jun. 2021.

CARVALHO, A. A. A. Podcasts no Ensino: Contributos para uma Taxonomia. **Ozafaxinars**, n. 8, p.1-15, 2009d.

CARVALHO, A. A. Os podcasts no ensino universitário: implicações dos tipos e da duração na aceitação dos alunos. **Actas do Encontro sobre Web 2.0**, p. 179-190, 2008. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/8558/1/F010-Carvalho%20%282008%29.pdf>. Acesso em: 03 jun. 2021.

CARVALHO, A. A.; AGUIAR, C.; MACIEL, R. Taxonomia de Podcasts: da criação à utilização em contexto educativo. In: CARVALHO, A. A. A. (Org.) **Actas do Encontro sobre Podcasts**, Braga: CIEEd, p. 39-64, 2009a. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10032/1/Carvalho%20et%20al-2009-Taxonomia-Enc%20sobre%20Pocasts.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2021.

CARVALHO, M. L.; CARVALHO, B. C. **A ligação entre o rádio e a educação por meio da análise da historicidade da Escola Técnica Estadual Carlos de Campos**. In: Centro de Referência do Rádio Educativo-Cultural. Disponível em: <http://www.memorias.cpscetec.com.br/publicacoes/artigos/2005Intercom.pdf>. Acesso em jun.2021.

CHONG, Y. Y. *et al.* The role of illness perceptions, coping, and self-efficacy on adherence to precautionary measures for COVID-19. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 18, p. 6540, 2020.

CODEÇO, C. T. *et al.* **Risco de espalhamento da COVID-19 em populações indígenas: considerações preliminares sobre vulnerabilidade geográfica e socioeconômica**. Relatório n. 4, 2. Ed, 2020.

COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. Saúde Rural no Brasil: tema antigo mais que atual. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, n. Supl, p. 1-3, 2018.

CORIOLO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 4, p. 1356-1369, 2014.

EZATI-RAD, R. *et al.* Application of the protection motivation theory for predicting COVID-19 preventive behaviors in Hormozgan, Iran: a cross-sectional study. **BioMed Central Public Health**, v. 21, n. 466, p. 1-11, 2021.

FACCHINI, L. COVID-19: Nocaute do neoliberalismo? Será possível fortalecer os princípios históricos do SUS e da APS em meio à pandemia?. **APS EM REVISTA**. 2. 3-10. 10.14295/aps.v2i1.73, 2020.

FALKENBERG, M. B. *et al.* Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 03, p. 847-852, 2014.

FAVA, S. M. C. L. *et al.* Educação em saúde e adesão ao tratamento na perspectiva histórico-cultural. **Saúde & Transformação Social**, v. 2, n. 1, p. 81-87, 2011.

FERENTZ, L.; FONSECA, M. N.; ACCIOLY, N. S. *et al.* Hashtags relacionadas à COVID-19 no Brasil: utilização durante o início do isolamento social. **Com. Ciências Saúde**; 31: Suppl 1:131-143, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/download/690/300>. Acesso em: 17 mai. 2022.

FERNANDES, P. A.; RAMOS, M. J. O álcool contra a COVID-19. **Revista de Ciência Elementar**, v. 8, n. 2, p. 1-4, 2020.

FERNANDO, G. M. *et al.* Eficiência de filtragem de um grande conjunto de máscaras faciais COVID-19 comumente usadas no Brasil. **Aerosol Science and Technology**, v. 55, n. 9, p. 1028-1041, 2021.

FIGUEIREDO, A.M. *et al.* Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. 2020, v. 73, n. Suppl 2. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>>. Acesso em: 17 mai. 2022.

FINSET, A. *et al.* Effective health communication - a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 5, p. 873-876, 2020.

FLOSS, M. *et al.* A pandemia de COVID-19 em territórios rurais e remotos: perspectiva de médicas e médicos de família e comunidade sobre a atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, p. 1-5, 2020.

FONSECA, M. N. *et al.* Avaliação do nível de percepção dos riscos de infecção pelo SARS-CoV-2 e da acessibilidade a informações sobre a Covid-19 no Brasil. **Reciis – Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 15, n. 2, p. 379-396, 2021.

FRIDMAN, I. *et al.* Association Between Public Knowledge About COVID-19, Trust in Information Sources, and Adherence to Social Distancing: Cross-Sectional Survey. **Journal of Medical Internet Research Public Health Surveill**, v. 6, n. 3, p. 1-27, 2020.

GALHARDI, C. P. *et al.* Fato ou Fake? Uma análise da desinformação frente à pandemia da Covid-19 no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 25, n. 2, p. 4201-4210, 2020.

GÉNÉREUX, M. *et al.* Communication strategies and media discourses in the age of COVID-19: an urgent need for action. **Health Promotion International**, v. 36, n. 4, p. 1178-1185, 2020.

GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n. 1, p. 7-18, 2011.

GONÇALVES, M. R. *et al.* **Distanciamento Social, Uso de Máscara e Transmissão do SARS-CoV-2: Um Estudo de Caso - Controle Baseado na População**. Preprint not peer reviewed, 2021. Disponível em: <https://ssrn.com/abstract=3731445> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3731445>. Acesso em: 17 de jan. 2022.

GUSSO, G. D. F.; LOPES, J. M. C. **Consulta e abordagem centrada na pessoa. In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: Princípios, Formação e Prática**. Porto Alegre: Artmed, Cap. 13, p. 113-123, 2012.

HOUVÈSSOU, G. M.; SOUZA, T. P.; SILVEIRA, M. F. Medidas de contenção de tipo lockdown para prevenção e controle da COVID-19: estudo ecológico descritivo, com dados da África do Sul, Alemanha, Brasil, Espanha, Estados Unidos, Itália e Nova

Zelândia, fevereiro a agosto de 2020. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**. v. 30, n. 1, p. 1-12, 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Araçagi**. 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/aracagi/panorama>. Acesso em: 02 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades e Estados**. 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pb/aracagi.html>. Acesso em: 02 fev. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil: Uma Primeira Aproximação**. n. 11, p.1-83, 2017.

LAU, L. L. *et al.* Knowledge, attitudes, and practices of COVID-19 among income-poor households in the Philippines: A cross-sectional study. **Journal of Global Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 2020.

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

LEMONS, A. B.; BARBOSA, R. R. A TRÍADE INFORMAÇÃO-GESTÃO COMUNICAÇÃO: uma reflexão no contexto organizacional. **Revista Analisando em Ciência da Informação**, v. 4, n. 1, p. 26-47, 2016.

LIMA, A. R. A. *et al.* Necessidades de saúde da população rural: como os profissionais de saúde podem contribuir? **Saúde em Debate**, v. 43, n. 122, p. 755-764, 2019.

LOLE, A.; STAMPA, I; GOMES, R. L. R. (Org.). **Para Além da Quarentena: Reflexões sobre Crise e Pandemia**. Rio de Janeiro: Mórula, 2020. Disponível em: <https://morula.com.br/wp-content/uploads/2020/06/ParaAlemDaQuarentena.pdf>. Acesso em: 23 jun.2021.

MA, L. *et al.* Knowledge, Beliefs/Attitudes, and Practices of Rural Residents in the Prevention and Control of COVID-19: An Online Questionnaire Survey. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 103. n. 6, p. 2357-2367, 2020.

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

MAXIM, L. *et al.* Technical assistance in the field of risk communication. **EFSA Journal**, v. 19, n. 4, p. 1-113, 2021.

MEIER, K. *et al.* Public perspectives on protective measures during the COVID-19 pandemic in the Netherlands, Germany and Italy: A survey study. **PLoS One**, v. 15, n. 8, 2020.

MORENO, A.; FUENTES-LARA, C.; NAVARRO, C. Covid-19 communication management in Spain: Exploring the effect of information-seeking behavior and message reception in public's evaluation. **Profesional de la información**, v. 29, n. 4, p. 1-16, 2020.

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

NASCIMENTO, D. M. Lavar as mãos contra o Coronavírus: mas, e a Água?. **APS EM REVISTA**, v. 2, n. 1, p. 66–69, 2020.

OLIVEIRA, R.L. *et al.* Determinações Sociais Da Saúde E Os Desafios Na Propagação E Combate Ao Covid-19. **Rev. Simbio-Logias**, V. 12, Nr. 16 – 2020. Disponível em: <https://www.ibb.unesp.br/Home/ensino/departamentos/educacao/determinacoes_sociais_da_saude_e_os_desafios.pdf>. Acesso em: 17 maio 2022.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Comunicação de risco e engajamento comunitário (CREC) Prontidão e resposta ao novo coronavírus de 2019 (2019-nCoV): Guia Provisório**. v. 2, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/dmdocuments/pasta-temporaria-periodo-de-transicao-no-iris-ate-22-2/Comunicacao-risco-engajamento-comunitario-nCoV.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2022.

ORABY, T. *et al.* Modeling the effect of lockdown timing as a COVID-19 control measure in countries with differing social contacts. **Scientific Reports**, v. 11, n. 3354, p. 1-13, 2021.

PAPAGIANNIS, D. *et al.* Assessment of knowledge, attitudes, and practices towards new coronavirus (SARS-CoV-2) of health care professionals in Greece before the outbreak period. **International Journal of Environment Research Public Health**, v. 17, n. 14, p. 2-14, 2020.

PARAÍBA. **Paraíba confirma primeiro caso de coronavírus**. 2020. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/paraiba-confirma-primeiro-caso-de-coronavirus>. Acesso em: 04 jan. 2022.

PEREIRA, M. S. C. *et. al.* **PODCAST: Ferramenta Agregadora na Internacionalização do Conhecimento?**. Rio de Janeiro - RJ: 2014. Disponível em: <http://www.abed.org.br/hotsite/20-ciaed/pt/anais/pdf/139.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2021.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2008. **Primeiras análises – O setor rural**. n. 42. p. 1-24, 2010. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/4596/1/Comunicados_n42_PNAD2008.pdf. Acesso em: 15 de maio de 2021.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇAGI. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Contingência para Enfrentamento da Infecção Humana pelo Novo Coronavírus SARS-CoV-2. 2020**. Disponível em: <https://www.aracagi.pb.gov.br/storage/content/publicacoes/documentos/173/arquivos/ile_202101070936f6KC.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2022.

PRUSACZYK, B. Strategies for Disseminating and Implementing COVID-19 Public Health Prevention Practices in Rural Areas. **The Journal of Rural Health**, v. 37, n. 1, p.142-144, 2021.

RANGEL-S, M. R. Comunicação no controle de risco à saúde e segurança na sociedade contemporânea: uma abordagem interdisciplinar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 12, p. 1375-1385, 2007.

REGMI, K.; LWIN, C. M. Factors associated with implementing non-pharmaceutical interventions to reduce coronavirus disease 2019 (COVID-19): a systematic review. **Int J Environ Res Public Health**. 2021;18(8):4274. Published April 17, 2021. doi:10.3390/ijerph18084274

REUBEN, R. C. et al. Knowledge, Attitudes and Practices Towards COVID-19: An Epidemiological Survey in North-Central Nigeria. **J Community Health**, v. 46, n. 3, p. 457-470, 2021. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7338341/pdf/10900_2020_Article_881.pdf. Acesso em: 5 jan. 2021.

REZENDE, D. D. **Podcast: reinvenção da comunicação sonora**. In. XXX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação. Santos: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação. 2007. Disponível em: <http://www.adevento.com.br/INTERCOM/2007/resumos/R0708-1.pdf>. Acesso em: jun.2021.

ROGERS, R. W. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. **The Journal of Psychology**, v. 91, n. 1, p. 93–114, 1975.

RUÃO, T.; LOPES, F.; MARINHO, S. Comunicação e saúde, dois campos em intersecção. **Comunicação e Sociedade**, v. 1. n. 1, p. 5-7, 2012.

SAIDELLES, T. *et al.* A utilização do podcast como uma ferramenta inovadora no contexto educacional. **Revista Educacional Interdisciplinar**, v. 7, n. 1, p. 1-10, 2018.

SANTOS, A. M.; TEJADA, C. A. O.; EWERLING, F. Os determinantes socioeconômicos do estado de saúde das crianças do Brasil rural. **Revista de Economia e Sociologia Rural**, v. 50, n. 3, p. 473-492, 2012.

SAVOIA, E.; LIN, L.; VISWANATH, K. Communications in public health emergency preparedness: a systematic review of the literature. **Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice and Science**, v. 11, n. 3, p. 170-184, 2013.

SCHIAVO, R. **Health Communication: from theory to practice**. San Francisco: Jossey-Bass, 2007.

SCHÜTZ, G. E. *et al.* Sobredeterminação socioecológica da saúde da ruralidade em Humaitá, AM, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 10, p. 4051-4060, 2014.

SEIDL-DE-MOURA, M. L. Ciência e Psicologia Social em Tempos de Pandemia: 30 Anos do PPGPS/UERJ. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 1-22, 2021.

SHEPPARD, B.; JANOSKE, M.; LIU, B. **Understanding Risk Communication Theory: A Guide for Emergency Managers and Communicators. Report to Human Factors/Behavioral Sciences Division, Science and Technology Directorate, U.S. A.** Department of Homeland Security Science and Technology Center of Excellence, College Park, MD: START, p. 1-29, 2012.

SILVA, A. X.; CRUZ, E. A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 3, p. 683-688, 2007.

SILVA, B. N.; PINTO, E. S. G. Saúde rural em tempos de pandemia da covid-19. **Revista Cuidarte**, v. 3, n. 11, p. 1-3, 2020.

SOOYOUNG, K. *et al.* COVID-19-Related Knowledge, Protective Behaviors and the Moderating Role of Primary Sources of Information: Findings from a Cross-Sectional Online Survey in the United States. **Health Services Research**, v. 56, n. 52, p. 32-33, 2021.

SRIVASTAV, A.K. *et al.* Rural community awareness levels, challenges and strategies adopted to combat COVID-19: A cross-sectional E-survey. **Journal of Physiotherapy and Research**, v. 10, n.4, p. 699-707, 2020.

STROEBE, W.; STROEBE, M. **Determinantes do Comportamento de Saúde: Uma Análise a Nível da Psicologia Social.** In: W. Stroebe & M. Stroebe. *Psicologia Social e Saúde*. Lisboa, PT: Instituto Piaget, p. 45-50, 1995.

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

TAMANG, N. *et al.* COVID-19: a National Survey on perceived level of knowledge, attitude, and practice among frontline healthcare Workers in Nepal. **BioMed Central Public Health**, v. 1, n. 20, p. 1-10, 2020.

TEASDALE, E.; YARDLEY, L. Understanding responses to government health recommendations: Public perceptions of government advice for managing the H1N1 (swine flu) influenza pandemic. **Patient Education and Counseling**, v. 3, n. 85, p. 413-418, 2011.

TSUKUDA, M. P. *et al.* **A Higienização das Mãos como Prevenção ao Novo Coronavírus.** 2020. Disponível em: <https://coronavirus.saude.mg.gov.br/blog/109-higienizacao-das-maos>. Acesso em: 12 jan. 2022.

VAN LOENHOUT, J. A. F. *et al.* Determinants of adherence to COVID-19 measures among the Belgian population: an application of the protection motivation theory. **Archives of Public Health**, v. 1, n. 74, p. 1-15, 2021.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular nos serviços de saúde**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997.

WHO. World Health Organization. **Novel coronavirus (2019-nCoV): situation report - 22**. Geneva: World Health Organization, 2020a. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200211-sitrep-22-ncov.pdf?sfvrsn=fb6d49b1_2. Acesso em: 30 jan. 2022.

WHO. World Health Organization. **WHO Director-General's statement on IHR Emergency Committee on Novel Coronavirus (2019-nCoV)**. 2020b. Disponível em: [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-ihf-emergency-committee-on-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 30 jan. 2022.

World Health Organization. (2021). **WHO recommendations on mask use by health workers, in light of the Omicron variant of concern: WHO interim guidelines**, 22 December 2021. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350925>. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Acesso em: 17 mai. 2022.

WHO. World Health Organization. **Risk communication Essentials**. 2020c. Disponível em: <https://openwho.org/courses/risk-communication>. Acesso em: 04 fev. 2022.

WHO. World Health Organization. **Infodemic**. 2020d. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/infodemic#tab=tab_1. Acesso em: 04 fev. 2022.

YUE, S. *et al.* Knowledge, Attitudes and Practices of COVID-19 Among Urban and Rural Residents in China: A Cross-sectional Study. **Journal of Community Health**, v. 46, n. 2, p. 286-291, 2020.

ANEXOS

ANEXO A – Questionário

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

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

<input type="checkbox"/> Sim, benefício de prestação continuada												
<input type="checkbox"/> Sim, aposentadoria												
<input type="checkbox"/> Sim, bolsa família												
<input type="checkbox"/> Sim, bolsa defeso												
<input type="checkbox"/> Não												
<input type="checkbox"/> Outro: _____												
14. O/a Sr(a) tem plano de saúde? *												
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não												
15. Quais as informações que o/a Sr(a) recebeu a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)												
<input type="checkbox"/> Isolamento social total												
<input type="checkbox"/> Lavagem frequente das mãos												
<input type="checkbox"/> Uso de álcool gel												
<input type="checkbox"/> Isolamento parcial												
<input type="checkbox"/> Uso de máscara para quando tenho que sair de casa												
<input type="checkbox"/> Outro: _____												
16. Como o/a Sr(a) se informa a respeito do CORONAVÍRUS? (admite mais de uma resposta)												
<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS) <input type="checkbox"/> WhatsApp												
<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Televisão												
<input type="checkbox"/> Jornais na TV e/ou na internet <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Religião												
<input type="checkbox"/> Amigos/vizinhos/parentes da comunidade <input type="checkbox"/> Governantes (prefeito, governador, presidente)												
<input type="checkbox"/> Outros: _____												
17. Dessas fontes citadas quais delas confia mais? (admite mais de uma resposta)												
_____ ()												
Profissionais de saúde do território (inclui-se o ACS) <input type="checkbox"/> WhatsApp												
<input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Televisão												
<input type="checkbox"/> Jornais na TV e/ou na internet <input type="checkbox"/> Rádio <input type="checkbox"/> Religião												
<input type="checkbox"/> Amigos/vizinhos/parentes da comunidade <input type="checkbox"/> Governantes (prefeito, governador, presidente)												
<input type="checkbox"/> Outros: _____												
18. Como o(a) Sr(a) se sente informado a respeito do CORONAVÍRUS?												
<table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Muito bem</td> <td>Bem informado</td> <td>Razoavelmente informado</td> <td>Mal informado</td> <td>Sem informação</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Muito bem	Bem informado	Razoavelmente informado	Mal informado	Sem informação	<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>	Muito bem	Bem informado	Razoavelmente informado	Mal informado	Sem informação							
<input type="checkbox"/>												

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

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

() Muito confiante

() Bem confiante

() Razoavelmente confiante

() Pouco confiante

() Nada confiante

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

() Muito alta

() Alta

() Razoavelmente alta

() Baixa

() Muito baixa

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

() Muito grave () Pouco Grave

() Grave

() Razoavelmente Grave () Não é Grave

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

	Muito importante	Importante	Razoavelmente importante	Pouco importante	Nada importante

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

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

() Sim () Não () Não Sei

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

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

() Outro: _____

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

() Isolamento social total

() Isolamento parcial

() Lavagem frequente das mãos

() Uso de álcool gel

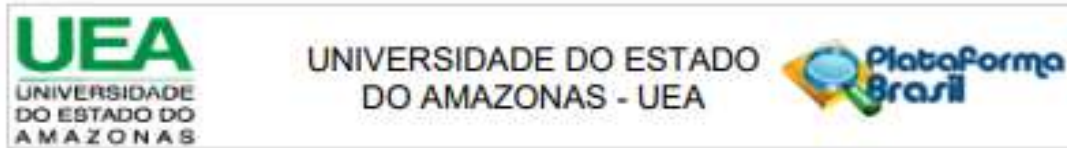
() Uso de máscara para quando tenho que sair de casa

() Outro: _____

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

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

ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Júlio Cesar Schweickardt

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 37269320.4.1001.5016

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

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

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.345.618

Apresentação do Projeto:

Títulos Principal da Pesquisa:

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

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

Coordenador: Júlio Cesar Schweickardt.

Pesquisador Principal

CPF: 428.595.060-04

Nome Social: Júlio Cesar Schweickardt

Telefone: 92 99126-9276

E-mail: julio.lmd@gmail.com

Equipe composta por 70 pesquisadores das instituições de pesquisa brasileira

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 4.345.618

Comprovado pelo CPF e CL

Instituição Proponente

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

ÁREA DE ESTUDO

Grandes Áreas do Conhecimento (CNPq):

Grande Área 4. Ciências da Saúde

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

Título Público da Pesquisa

Prevenção e controle do COVID-19.

Desenho do Estudo

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

Financiamento:

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

Palavras-chave:

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

Justificativa:

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

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

Continuação do Parecer: 4.345.010

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

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário

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

Objetivos Secundários

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

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

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

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

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

Continuação do Protocolo: 4.345.618

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

Benefícios:

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

I. Aos gestores e trabalhadores em Saúde: contribuirá com orientações para gestores e equipes da Estratégia da Saúde da Família para subsidiar as ações de prevenção e controle da COVID-19;

II. Aos estudantes do Mestrado: a formação de profissionais cujas dissertações poderão ser aplicadas nos territórios da APS onde atuam;

III. À sociedade acadêmica: divulgação e disseminação dos resultados para estudantes, pesquisadores e instituições através de publicações e eventos;

IV. As Instituições de pesquisa e ensino: fortalecimento da Rede Rede de ensino e pesquisa no PROFSAÚDE voltadas para o fortalecimento do SUS;

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

Por fim, a participação nesta pesquisa permitirá ao participante refletir sobre suas práticas cotidianas voltadas à prevenção e controle da COVID-19 com base nas orientações médico-científicas recebidas por ele pelas distintas vias de comunicação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Delineamento do Estudo:

Tipo de Estudo e Participantes:

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapadã

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92) 3678-4368

Fax: (92) 3678-4368

E-mail: rep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 4.345.618

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

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

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

Amostra:

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

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

Instrumentos de Coleta de Dados

Na primeira etapa, será aplicado questionário online pela plataforma Google

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

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

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: Chapada

CEP: 69.050-030

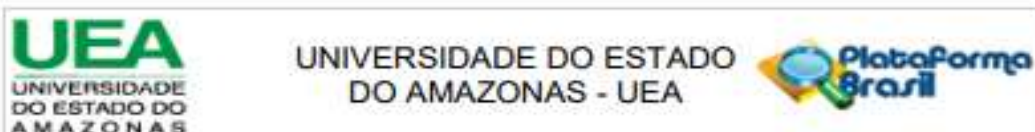
UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: csp.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.345.618

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

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

Crterios 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.

Crterios de Exclusão

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Rainw: rchapata **CEP:** 66.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefons: (92)3575-4355 **Fax:** (92)3575-1300 **E-mail:** csp.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Endereço: Av. LWVMMO L&E, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (65)3278-1333

FAX: (65)3278-4388

E-mail: rap.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Contribuição do Pesquisador: 4.345.518

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 4.345.618

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Cavalião Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 4.345.618

MANAUS, 19 de Outubro de 2020

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

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: csp.uea@gmail.com

ANEXO C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome Completo _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

José Ivo Pedrosa, no telefone (86)33159955 e na Av São Sebastião, 2819, bairro Nossa Senhora de Fátima, Parnaíba, Piauí, CEP 64202-020, e no e-mail: jivopedrosa@gmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, localizado no 1º andar do prédio administrativo da ESA-UEA, sito à Avenida Carvalho Leal, 1777 Cachoeirinha CEP 69065-001, contato (92) 99295-9078; (92) 99100-1266; (92) 99983-0177; email: cep.uea@gmail.com. O CEP é um colegiado independente criado para defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos conforme resoluções do Conselho Nacional de Saúde.

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

ANEXO D – Normas de Publicação e Comprovante de Submissão

14/06/2022 18:05 Submissões | Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

[Início](#) / [Submissões](#)

Submissões

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

Condições para submissão

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

- ✓ A contribuição é original e inédita, e não está sendo avaliada para publicação por outra revista; caso contrário, deve-se justificar em "Comentários ao editor".
- ✓ O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word, OpenOffice ou RTF.
- ✓ URLs para as referências foram informadas quando possível.
- ✓ O texto está em espaço entre linhas de 1,5 pontos; usa uma fonte de 12-pontos; emprega itálico em vez de sublinhado (exceto em endereços URL); as figuras e tabelas estão inseridas no texto, não no final do documento na forma de anexos.
- ✓ O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
- ✓ Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em [Assegurando a avaliação pelos pares cega](#) foram seguidas.

Diretrizes para Autores

FINALIDADE

<https://periodicos.uniarap.edu.br/index.php/ries/about/submissions>

1/11

A Revista Científica "RIES", do Grupo Interdisciplinar de Estudos em Saúde (GIES) da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNARP) tem por objetivo publicar Artigos Científicos originais, de Revisão, Comunicações e Resenhas das áreas de saúde e afins.

As linhas de pesquisa do GIES, que mantém a Revista Científica RIES, são:

- 1 - Investigação de compostos com atividade biológica;
- 2 - Promoção, prevenção e reabilitação em saúde;
- 3 - Gestão de serviços de saúde.
- 4 - Epidemiologia
- 5 - Saúde e qualidade de vida relacionado ao trabalho

PROCEDIMENTOS PARA ENCAMINHAMENTO E ACEITE PARA PUBLICAÇÃO

O procedimento para encaminhamento e aceite de artigos para publicação na RIES é o seguinte:

Fase 1: Submissão do artigo através da página eletrônica da revista (<http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>). A revista também pode ser acessada a partir de <http://www.periodicosuniarp.com.br>.

Fase 2: Escolha dos artigos segundo critérios de relevância e adequação às diretrizes editoriais. A escolha é efetuada pelo Conselho Editorial da RIES subsidiada por uma equipe de consultores Ad Hoc.

Fase 3: Parecer emitido pelo Conselho Editorial da RIES, com auxílio de colaboradores "ad-hoc" especialistas e/ou mestres e/ou doutores. Os artigos terão um dos seguintes pareceres:

- aceitação na íntegra;
- aceitação com ajustes;
- recusa integral.

O autor, que encaminhou o artigo, receberá cópia por e-mail do parecer.

Fase 4 - Publicação dos artigos selecionados na RIES.

AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Será considerado autorizado o artigo enviado pelo(s) autor(es) que aceitar as normas de publicação da revista explicitadas ao longo do processo de submissão.

Trabalhos que contiverem partes de texto de outras publicações devem obedecer aos limites especificados para manter a originalidade do trabalho elaborado.

Antes de submeter o artigo para publicação, verifique se o mesmo atende às exigências para a publicação na RIES.

RESPONSABILIDADE PELAS IDEIAS E CONCEITOS

As ideias e conceitos constantes nos artigos são de responsabilidade exclusiva do(s) autor(es).

NORMAS GERAIS DE APRESENTAÇÃO

RIES aceita trabalhos nos seguintes idiomas: português, inglês e espanhol.

Todos os trabalhos apresentados à RIES devem seguir as seguintes normas gerais de apresentação:

- Margens superior e esquerda de 3 cm e direita e inferior de 2 cm;
- Título no idioma do texto e em inglês (caso o texto seja inglês, apresentar título também em português);
- Autor(es), alinhamento à direita, fonte arial 10, espaço simples. Em nota de rodapé devem constar a Nome, Titulação, Instituição de proveniência e Email para correspondência;
- Resumo no idioma do texto (máximo de 250 palavras). Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Palavras-chave no idioma do texto (entre 3 e 5). Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Abstract (máximo de 250 palavras). Caso o idioma do texto seja inglês, fornecer resumo em português. Fonte arial 12, espaço simples e justificado;
- Keywords (entre 3 e 5), caso o idioma do texto seja inglês, fornecer palavras-chave em português. Fonte arial 12, com espaço de uma linha antes e uma depois;
- Títulos são alinhados à esquerda, sem recuo e/ou numeração, fonte arial 12 e caixa alta;
- corpo texto em fonte arial 12, espaçamento 1,5 entre linhas e justificado;

Os **Artigos Científicos originais** devem ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter os seguintes tópicos:

- Introdução;
- Material e Métodos;

- Resultados e discussão;

- Considerações finais;

- Referências.

As **Comunicações Científicas** compreendem textos menores que contêm resultados preliminares, novos e/ou relevantes, de uma pesquisa que está em andamento. São menos detalhados do que os artigos.

- Uma Comunicação também pode conter datas e locais para registrar onde e quando um resultado importante/relevante foi observado pelo(s) autor(es).

- Uma Comunicação pode ter entre 3 e no máximo 5 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter texto da comunicação, sem subdivisões, mas que inclua introdução, metodologia, resultados e conclusão, com ou sem tabelas e/ou quadros e/ou figuras.

Um **Artigo de Revisão** deve ter um mínimo de 05 e máximo de 20 páginas e, além do que consta nas normas gerais, conter os seguintes tópicos:

- Introdução;

- Desenvolvimento;

- Considerações finais;

- Referências.

Uma **Resenha** é a apresentação crítica de uma obra bibliográfica relevante nas áreas da saúde e afins, com no máximo 3 (três) anos de publicação no Brasil, que pode ter até 5 páginas. Ela deve conter os seguintes elementos:

- Título, segundo as normas gerais de apresentação.

- Nome do autor/es, segundo as normas gerais de apresentação.

- Referência completa da obra resenhada precedida da expressão "Resenha de:"

- Corpo do texto, segundo as normas gerais de apresentação.

CITAÇÕES

Citações diretas com menos de 3 (três) linhas são transcritas no corpo de texto entre aspas.

Citações com mais de 3 (três) linhas devem figurar em parágrafo próprio, com fonte arial 10, entre linhas simples, com recuo de 4 cm da margem esquerda e espaços duplos em relação aos

14/06/2022 18:05

Submissões | Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde

parágrafos anterior e posterior. Para todas as citações diretas deve-se mencionar autor, ano e página de onde foram extraídas conforme exemplos a seguir.

RIES adota o padrão autor/data para a elaboração de citações conforme exemplos abaixo:

Citações indiretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA, 2013).

Citações diretas

Ex. 1: Conforme Silva (2013, p. 999), "a saúde [...]".

Ex. 2: "A saúde merece [...]" (SILVA, 2013, p. 999).

Citação de citação

Ex. 1: Conforme Silva apud Silva (2013), a saúde...

Ex. 2: A saúde merece ... (SILVA apud SILVA, 2013).

Ex. 3: Conforme Silva (apud SILVA, 2013, p. 999), "a saúde [...]".

Ex. 4: "A saúde merece [...]" (SILVA apud SILVA, 2013, p. 999).

REFERÊNCIAS

RIES adota o modelo ABNT para a elaboração de referências conforme exemplos abaixo:

EXEMPLOS DAS REFERÊNCIAS MAIS COMUNS EM TRABALHOS ACADÊMICOS

A regra geral é: SOBRENOME, Prenome. **Título** [negrito]: subtítulo. Edição. Local: Editora, ano.

Monografia no Todo

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Pais brilhantes, professores fascinantes**. 6. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2003.

Outra obra do(s) mesmo(s) autor(es)

Ex.:

CURY, Augusto Jorge. **Nunca desista de seus sonhos**. 7. ed. Rio de Janeiro: Sextante, 2004.

_____. **Dez leis para ser feliz**. São Paulo: Sextante, 2003.

De 1 a 3 Autores: Referencia-se todos, separados por ponto e vírgula.

Ex.:

DAMIÃO, Regina Toledo; HENRIQUES, Antonio. **Curso de português jurídico**. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

Se há mais de 3 autores, menciona-se o primeiro seguidos da expressão latina et al. (e outros).

Ex.:

ANDRADE, Carlos Drummond de. et al. **Cinco estrelas**. Rio de Janeiro: Ed. Objetiva, 2001.

Coordenador, Organizador, Compilador e Editor

Ex.:

AZEREDO, José Carlos de (coord.). **Escrevendo pela nova ortografia: como usar as regras do novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa**. 3. ed. São Paulo: Ed. Houaiss, 2009.

MONOGRAFIAS, DISSERTAÇÕES E TESES

A regra geral é: SOBRENOME, Nome do autor. Ponto. **Título da obra** (em destaque). Ponto. Ano da defesa. Ponto. Número de folhas [uso da abreviatura f.]. Ponto. Tipo do documento [monografia, dissertação, tese] (Mestrado ou Doutorado em [área de interesse]). Traço. Nome da instituição, vírgula, nome da instituição, vírgula, local.

Ex.:

BUBLITZ, Gustavo Gomes. **Contribuições de uma pesquisa de avaliação para o desenvolvimento de uma política de informatização de escolas públicas: O caso do PROINFO/SC**. 2003. 136 f. Dissertação (Mestrado em Administração - área de Gestão Estratégica das Organizações) - Curso de Mestrado em Administração. UDESC, Universidade do Estado de Santa Catarina, Florianópolis.

DICIONÁRIOS, MANUAIS E ENCICLOPÉDIAS

Dicionário

Ex.:

HOUAISS, Antônio (Ed.). **Novo dicionário Folha Webster's: Inglês/português, português/inglês**. Co-editor Ismael Cardim. São Paulo: Folha da Manhã, 1996. Edição exclusiva para o assinante da Folha de São Paulo.

Manual

Ex.:

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Esportes e Turismo do Estado de São Paulo, Coordenadoria de Turismo. **Turismo no Código de Defesa do Consumidor**: manual de esclarecimentos. São Paulo, 1991.

Enciclopédias

Ex.:

KOOGAN, André; HOUAISS, Antônio (Ed.). **Enciclopédia e dicionário digital 98**. Direção geral de André Koogan Breikman. São Paulo: Delta: Estadão, 1998. 5 CD-ROM.

ENTIDADES COLETIVAS (ÓRGÃOS GOVERNAMENTAIS, EMPRESAS)

Se a entidade coletiva tiver denominação genérica entra-se pelo órgão superior (em maiúscula).

Ex.:

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria de Educação e Cultura. **Caderno de restauro**: Solar Lopo Gonçalves. Porto Alegre, 1987.

Se a entidade tiver uma denominação específica entra-se diretamente pelo seu nome (em maiúscula).

Ex.:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: Informação e documentação: referências – elaboração. Rio de Janeiro, 1989.

MONOGRAFIAS CONSIDERADAS EM PARTES

Quando o autor da parte é o mesmo do todo

Ex.:

SANTOS, Vilmar Pereira dos. **Manual de diagnóstico e reestruturação financeira de empresas**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 11-19.

Quando o autor da parte não for autor do todo

RAPPAPORT, Alfred. Selecionando estratégias que criam valor para os acionistas. In: MONTGOMERY, Cynthia; PORTER, Michael. (Org.). **Estratégia: a busca da vantagem competitiva**. Rio de Janeiro: Campus, 1998. Cap. 9, p. 395-418.

TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS

Ex:

CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 9., 1998, Goiânia. **Anais...** Goiânia: ABESS, 1998.

SONNENBURG, Cláudio. Um modelo de fluxo de dados e respectiva arquitetura. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE ARQUITETURA DE COMPUTADORES, 7, 1995, Canela. **Anais...** Porto Alegre: Instituto de Informática da UFRGS, 1995. p. 41-60.

MONOGRAFIA NO TODO SEM AUTORIA

Tem sua entrada pelo título com a primeira palavra em maiúscula.

Ex:

DIAGNÓSTICO do setor editorial brasileiro. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 1993. 64 p.

ATAS DE REUNIÃO

Ex:

INSTITUTO DE PÓS-GRADUAÇÃO. Biblioteca, Curitiba. **Ata n. 7 da reunião de 5 de abr. de 1999**. Livro 1, p. 5-8.

PUBLICAÇÃO PERIÓDICA (revistas científicas)**Publicação periódica como um todo (coleção)**

Ex:

REVISTA BRASILEIRA DE GEOGRAFIA. Rio de Janeiro: IBGE, 1939-.

BOLETIM GEOGRÁFICO. Rio de Janeiro: IBGE, 1943-1978. Trimestral.

SÃO PAULO MEDICAL JOURNAL. São Paulo: Associação Paulista de Medicina, 1941-.. Bimensal. ISSN 0035-0362.

Publicação periódica em partes (artigos publicados em revistas científicas)

Ex.:

WERNKE, Rodney. Contabilidade para a nova economia. **Revista Brasileira de Contabilidade**, Brasília, v. 40, n. 131, p. 31-43, bimestral, set./out. 2001.

Artigos e matérias de jornais

Ex.:

NAVES, P. Lagos Andinos dão banho de beleza. **Folha de S. Paulo**, São Paulo, 28 jun. 1999. Folha Turismo, Caderno 8, p.13.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE OUTROS DOCUMENTOS

Entrevistas

SOBRENOME DO ENTREVISTADO, Prenome. **Assunto ou título do programa**. Local do depoimento, entidade onde aconteceu o pronunciamento. Data. Nota indicando o tipo de depoimento e nome do entrevistador.

SUSSENKIND, Arnaldo. **Anteprojeto da nova CLT**. Porto Alegre, Televisão Gualba, 29 abr.1979. Entrevista a Amir Domingues.

DOCUMENTOS JURÍDICOS

Legislação

SÃO PAULO (Estado). Decreto nº 42.822, de 20 janeiro de 1998. **Lex**: coletânea de legislação e jurisprudência, São Paulo, v. 62, n. 3, p. 217-220, 1998.

BRASIL. **Código civil**. 46 ed. São Paulo: Saraiva, 1995.

BRASIL. Constituição (1988). Emenda constitucional nº 9, de 9 de novembro de 1995. **Lex**: legislação federal e marginalia, São Paulo, v. 59, p. 1966, out./dez. 1995.

DOCUMENTOS DE ACESSO EXCLUSIVO EM MEIOS ELETRÔNICOS

Ex.:

ÁCAROS no Estado de São Paulo. In: FUNDAÇÃO TROPICAL DE PESQUISAS E TECNOLOGIA "ANDRÉ TOSELLO". **Base de dados Tropical**. 1985. Disponível em: <<http://www.bdt.fat.org.br/acaro/sp/>>. Acesso em: 30 maio 2002.

ALVES, Castro. **Navio negreiro**. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.usp.br/acervo/literatura/autores/castroalves/negreiro.html>>. Acesso em:

22 jul. 1999.

ZERO HORA DIGITAL, Diário. Disponível em: <<http://www.zh.com.br/capa/index.htm>>. Acesso em: 22 jul. 1999.

POLÍTICA. In: DICIONÁRIO da língua portuguesa. Lisboa: Priberam Informática, 2004. Disponível em: <<http://www.priberam.pt/dlpo>>. Acesso em: 8 mar. 2004.

RIBEIRO, Pedro. Adoção à brasileira: uma análise sóciojurídica. **Dataveni@**, São Paulo, ano 3, n. 18, ago. 2005. Disponível em: <<http://www.datavenia.inf.br/frame.artig.html>>. Acesso em: 10 set. 2006.

ARRANJO tributário. **Diário do Nordeste Online**, Fortaleza, 27 fev. 2005. Disponível em: <<http://www.diariodonordeste.com.br>>. Acesso em: 28 fev. 2005.

VIEIRA, Cássio Leite; LOPES, Marcelo. A queda do cometa. **Neo Interativa**, Rio de Janeiro, n. 2, inverno 1994, 1 CD-ROM.

SILVA, M. M. L. Crimes da era digital. **Net**, Rio de Janeiro, Nov. 1998. Seção Ponto de Vista. Disponível em: <<http://www.brazilnet.com.br/contexts/brasilrevistas.htm>>. Acesso em: 28 nov. 1998.

IMPORTANTE!

Maior detalhamento das normas para a elaboração de referências pode ser encontrado na normalização de trabalhos acadêmicos da UNIARP disponível em:

http://extranet.uniarp.edu.br/secretaria/Normalizao/Normalizacao_corrigida_2013_pdf.pdf

Estudos Interdisciplinares em Saúde

Publica artigos com temas na área de saúde e/ou com interface com outras áreas do conhecimento das ciências humanas ou ciências sociais aplicadas.

Resenhas

Publica resumos e resenhas de livros na área da saúde.

Declaração de Direito Autoral

Autores que publicam nesta revista concordam com os seguintes termos:

- a. Autores mantêm os direitos autorais e concedem à revista o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a [Licença Creative Commons Attribution](#) que

- permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial nesta revista.
- b. Autores têm autorização para assumir contratos adicionais separadamente, para distribuição não-exclusiva da versão do trabalho publicada nesta revista (ex.: publicar em repositório institucional ou como capítulo de livro), com reconhecimento de autoria e publicação inicial nesta revista.
- c. Autores têm permissão e são estimulados a publicar e distribuir seu trabalho online (ex.: em repositórios institucionais ou na sua página pessoal) a qualquer ponto antes ou durante o processo editorial, já que isso pode gerar alterações produtivas, bem como aumentar o impacto e a citação do trabalho publicado (Veja [O Efeito do Acesso Livre](#)).

Política de Privacidade

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

[Open Journal Systems](#)

Informações

[Para Leitores](#)

[Para Autores](#)

[Para Bibliotecários](#)

Platform &
workflow by
OJS / PKP

20:38

 EntradaDe: **Prof. Ricelli Endrigo Ruppel...** >Para: **Isaunir Verissimo Lopes** >

Hoje 20:37

[RIES] Agradecimento pela submissão

Isaunir Verissimo Lopes,

Agradecemos a submissão do trabalho "PERCEPÇÕES E PRÁTICAS DE PREVENÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA DA COVID-19 POR HABITANTES DE ÁREA RURAL DA PARAÍBA, BRASIL" para a revista Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/authorDashboard/submission/2862>

Login: isaunir12

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

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

Prof. Ricelli Endrigo Ruppel da Rocha

Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da Uniarp <http://www.periodicosuniarp.com.br/ries>



ANEXO E – Links de acesso aos episódios da série de *podcats*: XÔVID**XÔVID** PodCast• **Link do PodCast**

<https://open.spotify.com/show/5yGNSIATQ24xVnef25AKdc>

• **Links dos Episódios**

Ep.01: <https://open.spotify.com/episode/5CD0FdZ1XSUE0I76emcKdk?si=cef2bb4f3abc41110>

Ep.02: <https://open.spotify.com/episode/3iNM5kBL0vTC0voKuroVj?si=8ddd0ddbe4cf4a59>

Ep.03: <https://open.spotify.com/episode/59TsYUAUplc8VeHHebIFGz?si=6627aa41fdd04f3e>

Ep.04: <https://open.spotify.com/episode/2a98brwub2rMm5thn8Fjzm?si=559d57986b1a4613>

Ep.05: <https://open.spotify.com/episode/0cuovvct04ccdWluj3FCNy?si=6c77b91b72524df8>

Ep.06: <https://open.spotify.com/episode/4ytulSha4UqoLHNOuCVy50?si=b463a5ad69f44eb7>

Ep.07: <https://open.spotify.com/episode/4BkHZGTleTiixtrkrUbak?si=f7efebb247064a5e>

Ep.08: <https://open.spotify.com/episode/2eQjllqCv5FN5h6LdKleUY?si=ef93d0ce19b1415e>

