



## **Autopercepção e práticas de prevenção sobre a COVID-19 em um município do estado do Pará**

Self-perception and prevention practices about COVID-19 infection in a municipality in the state of Pará

Prácticas de autopercepción y prevención sobre la infección por COVID-19 en un municipio del estado de Pará

Luany Rafaela da Conceição Cruz<sup>1</sup>, Hugo Reis Resque<sup>1</sup>, Darleise de Souza Oliveira<sup>1</sup>, Victoria Figueiredo Brito do Carmo<sup>1</sup>, João Víctor Cunha Paz<sup>2</sup>, Iran Barros Costa<sup>1</sup>, Igor Brasil Costa<sup>1</sup>.

### **RESUMO**

**Objetivo:** Avaliar a autopercepção e práticas de prevenção sobre a COVID-19 em um município do estado do Pará. **Métodos:** Trata-se de um estudo epidemiológico transversal e prospectivo, com uma amostra de 120 suspeitos de infecção pelo referido vírus. **Resultados:** Destes, 64,17% apresentaram diagnóstico “detectável” para a presença do SARS-CoV-2 e os demais 35,83% apresentaram resultado “não detectável”. A bioestatística analítica foi utilizada para os testes com duas amostras independentes: Qui-Quadrado, Exato de Fisher e G. **Conclusão:** Quanto ao conhecimento sobre a COVID-19, duas hipóteses de associação com o resultado laboratorial foram aceitas: a autopercepção do atual estado de saúde e se o participante fazia parte do grupo de risco para a COVID-19. Já quanto a autopercepção e práticas de prevenção sobre a COVID-19, encontrou-se uma das associações mais significantes: participantes com diagnóstico laboratorial “detectável” encurtam o espaço de tempo com que fazem as lavagens das mãos com água e sabão. Também, baixar a máscara “às vezes” diante das pessoas contribui consideravelmente para o aumento da proporção entre os com resultado “detectável” para o SARS-CoV-2.

**Palavras-chave:** COVID-19, Epidemiologia, Sintomas, SARS-CoV-2, Prevenção.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To evaluate self-perception and prevention practices regarding COVID-19 in a municipality in the state of Pará. **Methods:** This is a cross-sectional and prospective epidemiological study, with a sample of 120 people suspected of being infected with the aforementioned virus. **Results:** Of these, 64.17% presented a “detectable” diagnosis for the presence of SARS-CoV-2 and the remaining 35.83% presented a “non-detectable” result. Analytical biostatistics was used for tests with two independent samples: Chi-Square, Fisher’s Exact and G. **Conclusion:** Regarding knowledge about COVID-19, two hypotheses of association with the laboratory result were accepted: self-perception of the current state health status and whether the participant was part of the risk group for COVID-19. Regarding self-perception and prevention practices regarding COVID-19, one of the most significant associations was found: participants with a “detectable” laboratory diagnosis shorten the time they wash their hands with soap and water. Also, lowering the mask “sometimes” in front of people contributes considerably to the increase in the proportion among those with a “detectable” result for SARS-CoV-2.

**Keywords:** COVID-19, Epidemiology, Symptoms, SARS-CoV-2, Prevention.

<sup>1</sup> Instituto Evandro Chagas (IEC), Ananindeua - PA.

<sup>2</sup> Secretaria Municipal de Saúde de Marituba (SESAU), Marituba - PA.

## RESUMEN

**Objetivo:** Evaluar la autopercepción y prácticas de prevención frente a la COVID-19 en un municipio del estado de Pará. **Métodos:** Se trata de un estudio epidemiológico transversal y prospectivo, con una muestra de 120 personas sospechosas de estar infectadas con el mencionado virus. **Resultados:** De estos, el 64,17% presentó un diagnóstico “detectable” para la presencia de SARS-CoV-2 y el 35,83% restante presentó un resultado “no detectable”. Se utilizó bioestadística analítica para pruebas con dos muestras independientes: Chi-Cuadrado, Exacto de Fisher y G. **Conclusión:** Respecto al conocimiento sobre el COVID-19, se aceptaron dos hipótesis de asociación con el resultado de laboratorio: autopercepción del estado de salud actual y si el participante era parte del grupo de riesgo para COVID-19. En cuanto a la autopercepción y prácticas de prevención frente a la COVID-19, se encontró una de las asociaciones más significativas: los participantes con diagnóstico de laboratorio “detectable” acortan el tiempo de lavado de manos con agua y jabón. Además, bajarse la mascarilla “a veces” delante de la gente contribuye considerablemente al aumento de la proporción entre quienes tienen un resultado “detectable” de SARS-CoV-2.

**Palabras clave:** COVID-19, Epidemiología, Síntomas, SARS-CoV-2, Prevención.

## INTRODUÇÃO

Em 31 de dezembro de 2019, Li Wenliang, um médico de Wuhan, província de Hubei, China, notificou a um grupo de colegas médicos sobre um possível vírus que estava causando sintomas semelhantes ao da Síndrome Respiratória Aguda Grave (do inglês, Severe Acute Respiratory Syndrome - SARS), de 2002.

Contudo, segundo o Departamento de Segurança Pública de Wuhan, o médico estava divulgando informações falsas que perturbavam a ordem pública (GREEN P, 2020).

Embora com a acusação feita contra o Dr. Wenliang, entre 31 de dezembro de 2019 e 03 de janeiro de 2020, a representação da Organização Mundial de Saúde (OMS) na China foi informada da detecção de 44 casos de uma pneumonia, com etiologia desconhecida, na cidade do médico. Somente em 07 de janeiro de 2020 é que as autoridades chinesas identificaram o agente causador da infecção: um novo tipo de Coronavírus, o qual foi denominado posteriormente como SARS-CoV-2 (OPAS, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, o termo COVID-19 é a junção das letras que se referem a (co)rona (vi)rus (d)isease, o que na tradução para o português seria "doença do coronavírus". O número 19 está ligado ao ano de 2019, quando os primeiros casos foram publicamente divulgados (FIOCRUZ, 2021).

O SARS-CoV-2 é um vírus com diâmetro de 60 nm a 140 nm que contém proeminências em sua superfície que são proteínas estruturais denominadas proteína Spike (proteína S), variando de 9 nm a 12 nm, dando aos vírus a aparência de uma coroa solar (GOLDSMITH CS, et al., 2004).

Até o momento, destacam-se sete coronavírus capazes de infectar os seres humanos, sendo os mais comuns: HCoV-OC43 e HCoV-HKU1 (betacoronavírus da linhagem A), e HCoV-229E e HCoVNL63 (alfacoronavírus), os quais podem causar resfriados comuns e infecções autolimitadas do trato respiratório superior em indivíduos imunossuprimidos). Outros coronavírus, como SARS-CoV-2 e MERS-CoV, são considerados mais virulentos e capazes de causar epidemias, cuja expressão principal são manifestações respiratórias (ROTHAN HA, et al., 2022).

A doença, denominada COVID-19, é uma síndrome respiratória transmitida pelo vírus SARS-CoV-2, a partir da transmissão por gotículas provenientes de tosse ou espirro da pessoa infectada, que podem atingir a via respiratória alta. Tem-se estudado a possibilidade de transmissão por meio de aerossóis, micropartículas geradas durante procedimentos específicos como intubação orotraqueal, que ficam em suspensão aérea por extenso período de tempo. Ao serem inaladas, podem alcançar locais mais profundos do trato respiratório (ANVISA, 2020).

Além da proteína S, existem muitas mutações nos genes: N, E, ORF1a, ORF1b, ORF8, ORF9b, linhagens descendentes de Ômicron, etc. A glicoproteína S é a principal proteína de ligação aos receptores celulares. As mutações no gene que a codifica têm sido associadas à quebra de barreiras interespecie, à fuga

imunológica (vacinal ou infecção natural) e a novas formas da patologia (OMS, 2023; KHALID S, et al., 2023; FORNI G, et al., 2021; GIOVANETTI M, et al., 2021). Mesmo com a possibilidade de mutações positivas do SARS-CoV-2 (propiciadas pela seleção natural, num ambiente de tratamento e de campanha vacinal), a alta transmissibilidade da COVID-19 e sua capacidade de adaptação torna o seu desaparecimento natural uma ação aparentemente improvável (OMS, 2023; KHALID S, et al., 2023).

As variantes da ômicron mais recentemente isoladas (BQ e XBB) apresentam evasão imune, com o não reconhecimento de anticorpos, os quais são produzidos pelas pessoas imunizadas ou naturalmente infectadas (WANG Q, et al., 2023).

Mesmo com a evolução do vírus da COVID-19, as plantas industriais para a produção de imunobiológicos estão bem estabelecidas, tendo capacidade à rápida disponibilização de imunobiológicos eficazes. Para que ocorra o eficiente controle desta doença, no processo de aquisição dos imunizantes não deve haver barreiras econômicas ou geográficas (KHALID S, et al., 2023).

Após o ano de 2023, já houve a disponibilização de tratamento mais assertivo e pesquisas clínicas concluíram que alguns medicamentos antivirais tiveram sucesso na inibição da proliferação viral (BUTLER CC, et al., 2023; NAJJAR-DEBBINY R, et al., 2023).

A rápida transmissão da COVID-19, em uma região específica, marcou o surto desta doença. Neste momento, era muito baixo o conhecimento sobre esta nova doença. As práticas para a prevenção foram baseadas nos procedimentos adotados em prévias doenças de transmissão respiratória de origem viral (CRODA J, 2020).

Os pacientes podem disseminar o vírus SARS-CoV-2 durante o período de incubação, usualmente 48 horas antes dos sintomas iniciais (RIPHAGEN S, 2020). As partículas virais ficam em suspensão aérea por um determinado tempo (dependente do confinamento do ambiente, da umidade relativa do ar e da carga viral) ou em superfícies do ambiente (pisos e objetos).

Nas suspensas, a contaminação ocorre via inalação. Já nas depositadas, ocorre através do manuseio com superfícies contaminadas e posterior contato oral e/ou ocular. Pesquisas laboratoriais concluíram que partículas com SARS-CoV-2 ativos por intervalos de tempo de minutos a horas, dependendo do material de composição da superfície e da carga viral depositada sobre esta superfície (DOREMALEN V, 2020).

Para o diagnóstico da doença, primeiramente, os profissionais de saúde precisam obter um histórico clínico detalhado sobre início e duração dos sintomas, exposição a pessoa com infecção por SARS-CoV-2, comorbidades pré-existentes e medicamentos utilizados, entre outros (CASCELLA M, 2022).

Em função da ausência de um tratamento eficaz específico e da não totalidade da cobertura vacinal da população, o controle de transmissão do novo coronavírus continuou sendo um grande desafio. Dessa forma, recomendou-se a execução de um conjunto de medidas preventivas, como a higienização frequente das mãos, a adoção de etiqueta respiratória, a utilização de máscaras faciais adequadas e o distanciamento social (NETO JRG, et al., 2022).

Essas ações têm sido executadas de diferentes maneiras, e com diferente intensidade, variando de acordo com a situação epidemiológica do local, e seus resultados têm se associado a fatores socioeconômicos, socioculturais, aos sistemas políticos e de saúde, assim como a procedimentos operacionais na sua implementação (AQUINO EML, et al., 2020)

As medidas preventivas ao contágio de uma doença são essenciais e de relevante importância à saúde coletiva. Mas, ainda encontraram grandes barreiras para a sua implementação. Na pandemia da COVID-19, a publicação de falsas notícias (popularmente conhecidas como “fake news”) dificultou a rápida execução e a manutenção das medidas preconizadas pelas organizações e pelos órgãos de saúde.

As falsas informações em massa objetivaram: amenizar a gravidade da doença, desqualificar as medidas de prevenção/control e propagar o uso de medicação sem comprovação científica (AQUINO EML, et al., 2020). A propagação da COVID-19 demanda avaliações rápidas do conhecimento e das percepções das

pessoas sobre esta infecção. Ao analisar os surtos de doenças infecciosas, que rapidamente se deslocam (como a COVID-19), a análise do conhecimento e da autopercepção de populações específicas deve ser feita em um curto período temporal, a fim de que os resultados sejam informativos à resposta da saúde pública (GELDSETZER P, 2020).

Esta pesquisa científica tornou-se importante à população, para que se possa analisar a autopercepção sobre os modos de prevenção da COVID-19. Deste modo, teve-se como objetivo analisar a autopercepção e práticas de prevenção sobre a COVID-19.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal. O Estudo foi aceito pelo sistema Plataforma Brasil, do Ministério da Saúde (MS), sob o CAAE de nº 36869120.3.0000.0019. O estudo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes disciplinadas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IEC, sob parecer de nº 4.30746.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual lhes foram assegurados o sigilo e a privacidade das informações coletadas. Este artigo é um recorte oriundo de uma dissertação, integrante de um projeto de pesquisa, cujo título é: "Investigação da expressão gênica em células da resposta imunológica adaptativa em pacientes com COVID-19", cujo coordenador do mesmo é o orientador deste artigo.

A coleta de dados foi realizada em uma unidade de Saúde da Família (USF) localizada em um município do estado do Pará. A referida unidade de saúde concentrou os atendimentos aos participantes, provenientes dos outros estabelecimentos de saúde do citado município.

Foram incluídos neste projeto todos os participantes que estavam até o quinto dia com sintoma gripal, de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos. Foram excluídos aqueles participantes que estavam com mais de cinco dias de sintomas e aqueles que não quiseram prestar as informações necessárias para a consolidação das variáveis utilizadas nesta dissertação.

A população foi composta por homens e por mulheres, com idade igual ou superior a 18 anos. A amostra foi composta por 120 participantes suspeitos de infecção pelo vírus SARS-CoV-2. Para obtenção dos dados epidemiológicos foi utilizado um questionário (em mídia papel) criado pelos autores deste artigo.

### Análise epidemiológica dos dados

A bioestatística descritiva, em especial quanto ao indicador Prevalência (parâmetro quantitativo), foi utilizada através de planilha eletrônica de cálculo Microsoft Excel 2019. A bioestatística analítica foi utilizada para a realização dos testes com duas amostras independentes (parâmetro qualitativo): Qui-Quadrado, Exato de Fisher e G. Tais testes foram calculados através do programa BioEstat, em sua versão 5.3.

Os testes de independência foram realizados para identificar possíveis associações do diagnóstico laboratorial para o SARS-CoV-2 com os seus sintomas, seus conhecimentos (sobre a prevenção e a transmissão), suas práticas (para a prevenção e para a transmissão), dentre outros. O nível de significância ( $\alpha$ ) adotado foi menor do que 5% ( $p < 0,05$ ).

Neste estudo, o diagnóstico detectável para SARS-CoV-2 foi realizado pelo Instituto Evandro Chagas (IEC), através da metodologia de Reação de Cadeia da Polimerase Quantitativa, precedida de Transcrição Reversa (RT-qPCR).

Realizou-se a extração de ácido ribonucleico (RNA) das amostras de *swab*, suspeitas de COVID-19, com kit de extração comercial (*QIAamp Viral RNA Mini Kit* - QIAGEN).

O RNA extraído foi submetido à RT-qPCR, utilizando primers e sondas, específicos para a detecção de material genético do SARS-CoV-2 (*Kit BIOMOL OneStep/COVID-19-IBMP*). O resultado foi definido como "detectável" ou como "não detectável".

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Avaliações sobre o conhecimento da COVID-19

O questionário deste estudo fez perguntas para se consolidar (**Tabela 1**) e analisar o conhecimento dos mesmos sobre a COVID-19. Houve associação entre a autopercepção do atual estado de saúde (Aqueles entrevistados que informaram estar bem de saúde, por não estarem tendo sintomas intensos) ( $p=0,0004$ ) e entre ao autoconhecimento de fazer parte do “grupo de risco” para a COVID-19 ( $p=0,0363$ ). O termo “grupo de risco” corresponde ao grupo de participantes com risco de agravamento dos sintomas (e não de infecção).

**Tabela 1** – Conhecimento dos participantes sobre a COVID-19 em um Município do Estado do Pará.

Conhecimento	Não detectável		Detectável		p
	N (Un.)	P (%)	N (Un.)	P (%)	
<b>Qual a autoavaliação de ser infectado por SARS-CoV-2</b>					
Baixo	7	16,28	18	23,38	0,4087*
Alto	36	83,72	55	71,43	
<b>Qual a autopercepção do atual estado de saúde</b>					
Positivo	33	76,74	32	41,56	0,0004*
Negativo	10	23,26	45	58,44	
<b>Você faz parte do “grupo de risco” para a COVID-19?</b>					
Sim	8	18,60	30	38,96	0,0363*
Não	35	81,40	47	61,04	
<b>É possível adquirir COVID-19 de animais de estimação?</b>					
Sim	23	53,49	30	38,96	0,1786*
Não	20	46,51	47	61,04	
<b>Há medicação que previna a COVID-19?</b>					
Sim	9	20,93	27	35,06	0,1578*
Não	34	79,07	50	64,94	
<b>Vacinados podem adquirir a COVID-19?</b>					
Sim	42	97,67	76	98,70	1,0000**
Não	1	02,33	1	01,30	

**Nota:** \* Via Teste de Independência Qui-Quadrado. \*\* Via Teste Exato de Fisher.

**Fonte:** Cruz LRC, et al., 2024.

A evidência do conhecimento da doença e das estratégias de enfrentamento é uma vantagem para conter a pandemia da Covid-19, pois permite a adoção de diretrizes, mostrando que a aceitação da população das medidas de contenção deferidas pelo governo é influenciada pela compreensão e pelas atitudes comportamentais, que têm uma relevância direta para o controle da pandemia (AL-HANAWI MK, et al., 2020).

Além disso, fornecer informações e orientações ao público de forma clara e abrangente é o método mais eficaz para promover a prevenção e redução da transmissão da Covid-19 (DEFAR A, et al., 2021). Durante emergências sanitárias, é usual o investimento em pesquisas para a geração de conhecimento que auxilie numa resposta rápida às ameaças à saúde pública (WHO, 2020).

Quando indagado aos mesmos sobre a autopercepção do atual estado de saúde, aqueles participantes que informaram que a autopercepção do atual estado de saúde era “Positivo”, apresentaram maior percentual entre aqueles que não estavam infectados pelo SARS-CoV-2 (76,74%). Uma pesquisa realizada na Itália, de 21 a 26 de março de 2020, com uma amostra de 3.964 entrevistados, maiores de 18 anos, identificou que 71,2% dos participantes tinham a autopercepção positiva da saúde (CARLUCCI L, et al., 2020).

Quanto ao conhecimento se o participante fazia parte do grupo de risco para a COVID-19, o percentual foi baixo, tanto nos com diagnóstico “detectável” (38,96%) quanto nos com diagnóstico “não detectável” (18,60%). Num estudo executado no Rio Grande do Sul, constituído por uma amostra de 799 pessoas,

maiores de 18 anos, o percentual de 23,8% dos participantes disse ter o conhecimento de fazer parte do grupo de risco para a COVID-19 (DUARTE A, 2020). Em contraponto, em estudo realizado na Etiópia, os participantes que apresentavam algum tipo de comorbidade tinham menos conhecimento do que as pessoas que possuíam, isso pode se dar em razão da sobrecarga que as pessoas com comorbidade tem com suas doenças, contribuindo para um declínio na atenção às informações relacionadas à covid-19 e consequente negligência sobre essa questão (ADDIS SG, et al., 2021).

### Avaliações sobre a prática de prevenção à COVID-19

Quanto à prática na prevenção à COVID-19, pode-se destacar alguns procedimentos, indagados aos participantes e elencados na (Tabela 2).

**Tabela 2** – Avaliações sobre a prática de prevenção na amostra em um município do Estado do Pará.

Práticas	Não detectável		Detectável		p
	N (Un.)	P (%)	N (Un.)	P (%)	
<b>Frequência da lavagem das mãos com água e sabão</b>					
1 a 4 horas	22	51,16	68	88,31	<0,0001**
5 a 10 horas	7	16,28	7	09,09	
11 a 12 horas	14	32,56	2	02,60	
<b>Material da máscara/respirador</b>					
Tecido	19	44,19	27	35,07	0,6128*
Cirúrgica	18	41,86	38	49,35	
PFF2/N95 e vinil	6	13,95	12	15,58	
<b>Costuma manter a distância de 1,5m das pessoas?</b>					
Sim	21	48,84	30	38,96	0,5012*
Não	7	16,28	12	15,56	
As vezes	15	19,48	35	45,45	
<b>Você troca a sua máscara/respirador com que frequência?</b>					
1 a 10 horas	32	74,42	46	59,74	0,1565*
11 a 24 horas	11	25,58	31	40,26	
<b>Diante das pessoas, você costuma baixar a máscara?</b>					
Sim	17	39,53	10	12,99	0,0021*
Não	20	46,51	43	55,84	
As vezes	6	13,95	24	31,17	
<b>Quais as fontes de informação sobre a infecção por SARS-CoV-2?</b>					
Televisão	22	51,16	55	71,43	0,1540**
Rádio	0	0	1	01,29	
Rede social	19	44,19	18	23,38	
Página na internet	2	04,65	3	03,90	

**Nota:** \* Via Teste de Independência Qui-Quadrado. \*\* Via Teste G.

**Fonte:** Cruz LRC, et al., 2024.

A Frequência da lavagem das mãos com água e sabão (h) entre os com o diagnóstico laboratorial detectável, teve o percentual de (81,31%). Sobre o Material da máscara/respirador o percentual foi de (49,35%). Costuma manter a distância de 1,5m das pessoas, o percentual foi de (45,45%).

Você troca a sua máscara/respirador com que frequência o percentual foi de (59,74%). Diante das pessoas, você costuma baixar a máscara, o percentual foi de (55,84%). Quais as fontes de informação sobre a infecção por SARS-CoV-2, o percentual foi de (71,43%).

Houve associação entre frequência da lavagem das mãos com água e sabão (h) e diante das pessoas, você costuma baixar a máscara ( $p < 0,05$ ). Esta pesquisa identificou que os participantes que estavam infectados pelo SARS-CoV-2, praticaram a lavagem das mãos com água e sabão com uma frequência mais curta (1 a 4 horas) do que a dos participantes que estavam com o diagnóstico “não detectável” ao referido

vírus. Provavelmente, a presença dos sintomas fazia com que os participantes tivessem uma maior preocupação com a prática das medidas de prevenção, amplamente divulgadas.

Para impedir a propagação da COVID-19, juntamente com outros comportamentos apropriados, a prática de higienização das mãos em intervalos regulares é imprescindível após tossir ou espirrar, ao cuidar de doentes, após usar o banheiro, antes de comer, durante o preparo de alimentos e após manusear animais ou resíduos. Lavar as mãos, depois de tocar em superfícies comuns ou depois de voltar para casa de uma visita a um local público, manterá a segurança de nós e de outras pessoas ao nosso redor (OPAS, 2020).

Quanto a lavagem das mãos, a quantidade destes atos e a qualidade que os mesmos são feitos estão relacionadas ao menor risco para transmissão de patologias (XUN Y, 2021). Realizar periodicamente a lavagem das mãos com água e com sabão, é uma das ações de saúde com menor dispêndio de recursos financeiros visando a diminuição da sobrecarga das patologias infecciosas. A lavagem das mãos está sendo posta, juntamente com outros comportamentos-chave, como a primeira linha de defesa para restringir a pandemia da COVID-19 (GAUTAM OP, 2020).

As medidas de prevenção ao contágio da COVID-19, praticadas pelos indivíduos deste estudo científico, foram semelhantes às identificadas em uma pesquisa semelhante, a qual analisou a população de outra Unidade Saúde da Família (USF). As mais adotadas foram, respectivamente: uso do respirador do tipo máscara (68,57%), lavagem das mãos (37,14%), uso de álcool em gel (37,14%) e isolamento social (11,43%) (GOULART LS, 2021).

As medidas criadas, como as demonstradas na pesquisa (máscaras, o distanciamento social, a higienização de mãos) reduzem a circulação do SARS-CoV-2, diminuindo sua proliferação. Mesmo com os imunobiológicos, OMS continua incentivando estas medidas, e torna-se fundamental que não haja disseminação de fake-news que comprometam as estratégias de prevenção e combate ao vírus (CHEN J, 2022; MACIEL E, et al., 2022). Quando indagado aos participantes, se diante das pessoas os mesmos costumam baixar a máscara, identificou-se uma acentuada variação percentual entre os participantes que responderam “as vezes”: houve um baixo percentual (13,95%) entre os com diagnóstico “Não detectável” e um alto percentual (31,17%) entre os com diagnóstico “Detectável”.

Este hábito favorece a contaminação pelo SARS-CoV-2. Pois, trata-se de um vírus respiratório, com alta taxa de infectividade e transmissibilidade. O contato muito próximo com uma pessoa infectada aumenta a taxa de contaminação (ABNT, 2020). Durante a pandemia da COVID-19, o MS disponibilizou novos instrumentos para o atendimento à população: aplicativo Coronavírus-SUS e Canal WhatsApp. Sua Assessoria de Imprensa passou a trabalhar em escala de plantão, incluindo fins de semana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020).

A pandemia da COVID-19 durou longos 38 meses. Mesmo com este elevado espaço de tempo e com as intensas campanhas de informação para a prevenção, ainda se verificou práticas refutadas pela ciência, com o ato de baixar os respiradores do tipo máscara.

Como limitação do estudo, teve-se que o local para a coleta de dados (aplicação do questionário) foi concentrado em apenas uma USF do campo de estudo. Como novas perspectivas para pesquisas, seria interessante que os locais para coleta de dados estivessem mais geograficamente distribuídos ao longo do município e que fosse realizada a avaliação dos sintomas pós-período da pandemia da Covid-19.

## CONCLUSÃO

A autopercepção dos participantes quanto ao atual estado de saúde apresentou associação com o resultado laboratorial para o SARS-CoV-2. A autopercepção positiva foram aqueles entrevistados que informaram estar bem de saúde, por não estarem tendo sintomas intensos. Entre os participantes que relataram ter uma autoavaliação positiva, o percentual com diagnóstico “não detectável” foi maior do que com resultado “detectável”. Tratou-se de um resultado esperado. Pois, os participantes que informaram estar com a autopercepção positiva (sintomas brandos) não estavam infectados com o SARS-CoV-2. A grande maioria

dos participantes com diagnóstico “detectável” relataram realizar a lavagem das mãos, com a curta frequência de 1 a 4 horas. Conclui-se também que, baixar a máscara “as vezes” faz a aumentar a razão entre os que foram diagnosticados como “detectável” para o SARS-CoV-2.

#### AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Os autores gostariam de agradecer à USF, especialmente ao Sr. João Victor Cunha Paz (Coordenador da Unidade) pelo apoio durante a realização do estudo. Esta pesquisa possuiu financiamento pelo Instituto Evandro Chagas/Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente/Ministério da Saúde/Brasil.

#### REFERÊNCIAS

1. AL-HANAWI MK, et al. Knowledge, Attitude and Practice Toward Covid-19 Among the Public in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 2020; 8: 217.
2. AQUINO EML, et al. social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2020.
3. ADDIS SG, et al. Conhecimento, atitude e prática de pacientes com doenças crônicas em relação à pandemia de COVID-19 nos hospitais da cidade de Dessie, nordeste da Etiópia. *Diabetes & Síndrome Metabólica: Clinical Research & Reviews*, 2021; 15(3): 847-856.
4. ANVISA. Nota Técnica n. 04, de 08 de maio de 2020. Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Brasília, DF: ANVISA, 2020.
5. AQUINO EML, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Cien Saude Colet*, 2020; 25(1): 2423–2446
6. ABNT. Prática Recomendada ABNT PR 1002: 2020 – Máscaras de Proteção Respiratória de uso não profissional – Guia de requisitos básicos para métodos de ensaio, confecção e uso. Brasília: ABNT, 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Assessoria de imprensa atende em regime de plantão. Brasília: MS, 2020.
8. CARLUCCI L, et al. Demographic and attitudinal factors of adherence to quarantine guidelines during COVID-19: the italian model. *Frontiers in Psychology*, 2020; 11: 2072.
9. CASCELLA M, et al. Features, evaluation and treatment coronavirus (COVID-19). In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*, 2020.
10. CRODA J, et al. COVID-19 in Brazil: advantages of a socialized unified health system and preparation to contain cases. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 2020; 53.
11. CHEN J. Novel statistics predict the Covid-19 pandemic could terminate in 2022. *Journal of Medical Virology*, 2022; 94(6):2845–2848.
12. DEFAR A, et al. Knowledge, practice and associated factors towards the prevention of Covid-19 among high-risk groups: A cross-sectional study in Addis Ababa, Ethiopia. *Plos one*, 2021;16(3):e0248420.
13. FIOCRUZ. Manejo causado pelo Novo Coronavírus. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2021.
14. FORNI G, et al. COVID-19 vaccines: where we stand and challenges ahead. *Cell Death Differ*, 2021;28:626–639.
15. GAUTAM OP. Higiene das mãos: crucial para controlar a COVID-19 e prevenir futuras pandemias. *Wateraid*, 2020.
16. GELDSETZER P. Use of rapid online surveys to assess people's perceptions during infectious disease outbreaks: a cross-sectional survey on COVID-19. *Journal of medical Internet research*, 2020; 22(4): e18790.
17. GIOVANETTI M, et al. Evolution patterns of SARS-CoV-2: Snapshot on its genome variants. *Biochem Biophys Res Commun*, 2021; 29(538): 88-91.
18. GOLDSMITH CS, et al. Ultrastructural characterization of SARS coronavirus. *Emerging Infectious Diseases*, 2004; 10(2).

19. Goulart LS, et al. COVID-19 na Estratégia Saúde da Família: uma análise de como a população percebe e adota as medidas de prevenção. *Rev APS*, 2021.
20. GREEN P. Risks to children and young people during COVID-19 pandemic. *Thebmj*, 2020; 369.
21. GIOVANETTI M, et al. Evolution patterns of SARS-CoV-2: Snapshot on its genome variants. *Biochem Biophys Res Commun*, 2021; 29(538): 88-91.
22. KHALID S, et al. Current understanding of an Emerging Coronavirus using in silico approach: Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2). *Braz J Biol [Internet]*, 2023; 83.
23. MACIEL E, et al. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2022; 27(3): 951–956.
24. NAJJAR-DEBBINYR, et al. Effectiveness of Paxlovid in Reducing Severe Coronavirus Disease 2019 and Mortality in High-Risk Patients. *Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America.*, 2023; e342-e349.
25. NETO JRG, et al. Crenças sobre o uso de máscara como medida preventiva para pandemia da Covid-19. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 2022; 15(10): e10858.
26. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). COVID-19 manejo clínico: orientação dinâmica. Brasília, DF: OPAS, 2021.
27. RIPHAGEN S, et al. Paraskevi. Hyperinflammatory shock in children during COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 2020; 395(10237): 1607-1608.
28. ROTHAN HA, et al. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 2020; 109: 102-105.
29. DOREMALEN V, et al. Aerosol and surface stability of sars-cov-2 as compared with sars-cov-1. *Boston: The New Englan Journal of Medicine*, 2020; 382(16): 1564-1567.
30. WANG Q, et al. alarming antibody evasion properties of rising SARS-CoV-2 BQ and XBB subvariants. *Cell.*, 2023; 186(2): 279-286.
31. WHO. Investing in and building longer-term health emergency preparedness during the covid-19 pandemic: interim guidance for WHO Member States. Genebra: WHO, 2020.
32. XUN Y, et al. Associations of hand washing frequency with the incidence of illness: a systematic review and meta-analysis. *Annals of translational medicine*. Genebra: WHO, 2021; 9(5): 395.