



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE PATOLOGIA E MEDICINA LEGAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PATOLOGIA

CAMYLLA NATHALLIA ALMEIDA

**IMPACTO DAS POLÍTICAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL E OS DESAFIOS
PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO
ESTADO DO CEARÁ, NORDESTE DO BRASIL**

FORTALEZA/CE

2024

CAMYLLA NATHALLIA ALMEIDA

**IMPACTO DAS POLÍTICAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL E OS DESAFIOS
PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO
ESTADO DO CEARÁ, NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestra em Patologia. Área de concentração: Doenças Infectoparasitárias.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti.

Coorientador: Prof. Dra. Francisca Kalline de Almeida Barreto.

FORTALEZA/CE

2024

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

A445i Almeida, Camylla Nathallia.
Impacto das políticas de distanciamento social e os desafios para sua implementação durante a pandemia de COVID-19 : no estado do Ceará, nordeste do Brasil / Camylla Nathallia Almeida. – 2024.
95 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Patologia, Fortaleza, 2024.

Orientação: Prof. Dr. Luciano Pamplona de Goes Cavalcanti.

Coorientação: Profa. Dra. Franciseca Kalline de Almeida Barreto.

1. Saúde pública. 2. Pandemia. 3. Distanciamento social. I. Título.

CDD 571.9

CAMYLLA NATHALLIA ALMEIDA

**IMPACTO DAS POLÍTICAS DE DISTANCIAMENTO SOCIAL E OS DESAFIOS
PARA SUA IMPLEMENTAÇÃO DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 NO
ESTADO DO CEARÁ, NORDESTE DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Patologia da Universidade Federal do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestra em Patologia. Área de concentração: Doenças Infetoparasitárias.

Aprovada em: __ / __ / ____ .

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Pamplona de Góes
Cavalcanti (Orientador)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Fernanda Montenegro de
Carvalho Araujo
Unichristus

Prof. Dra. Francisca Kalline de Almeida
Barreto
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dra. Daniele Rocha Queiroz Lemos
Unichristus

Prof. Dr. Victor Emanuel Pessoa Martins
Universidade da Integração Internacional
da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

A Deus.

Pelo imenso amor e cuidado dispensado a mim, dando-me forças para não desistir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por seu tão grande amor, bondade e zelo por minha vida. Por ter me dado à oportunidade de passar na seleção para o Mestrado, concretizando um sonho antigo. Sem Ele nada disso seria possível.

Aos meus pais, irmãos e demais familiares, pelas orações contínuas, principalmente nos meus momentos de preocupação e sobrecargas. Agradeço porque sempre me incentivaram e se doaram por mim, a fim de que eu alcançasse meus objetivos.

Ao meu orientador, professor Dr. Luciano Pamplona, gostaria de expressar minha sincera gratidão pelo apoio contínuo desde o início do estudo, por sua paciência, motivação e imenso conhecimento compartilhado, bem como a Professora Dra. Kalline, sou grata por sua assistência e envolvimento dedicado em todas as etapas do processo, obrigada pelo zelo e carinho.

Aos caríssimos colegas de mestrado, em particular, Gérson, Janaína, João Victor, Thiago Brasil e Thiago Nobre, agradeço por terem tornado esta caminhada conjunta num alegre convívio e desafio.

Ao anjo que Deus colocou em minha vida, minha querida amiga Joycilene, que foi sinal de força e motivação desde o início, sendo minha grande inspiração para não desistir. A caminhada se tornou mais feliz por tê-la nesse processo.

A todos os professores com quem tive a oportunidade de conhecer durante o mestrado, obrigada por todo apoio e ensinamentos compartilhados durante esta caminhada.

À Coordenação e secretaria do Programa de Pós-graduação em Patologia, em especial a Valéria, que inúmeras vezes me auxiliou durante o processo seletivo e todo o período do mestrado, sempre muito gentil e atenciosa, serei eternamente grata.

A todos que direta ou indiretamente me auxiliaram para que esse objetivo fosse alcançado.

Dedico este trabalho, *in memoriam*, a minha saudosa avó Rita Pereira e a todas as vítimas da Covid-19, em especial ao querido e saudoso amigo Marcello César, vítima dessa triste enfermidade e que partiu na esperança de tomar a primeira dose da vacina, mas que infelizmente não conseguiu.

“A alma que caminha no Amor não se cansa”.

(São João da Cruz)

RESUMO

As doenças infecciosas e infectocontagiosas têm representado, historicamente, uma ameaça aos seres vivos, o presente estudo se debruça nesta temática tendo como cenário o período da Pandemia de Covid-19. Desta forma, apresentamos como **Objetivo:** Analisar o impacto das políticas de distanciamento social e os desafios para sua implementação durante a pandemia de Covid-19 no estado do Ceará. **Método:** Estudo transversal realizado entre janeiro e março de 2022, por meio de pesquisa online disponível via *Google Forms*, e divulgada por e-mail e redes sociais (*Facebook, LinkedIn, Instagram e Whatsapp*). O questionário abrangeu dados sociodemográficos, questões relacionadas à Covid-19 e aos períodos de *lockdown*, incluindo as percepções das medidas sanitárias e de saúde pública desenvolvidas no Ceará durante a primeira, segunda e a terceira ondas da doença, nos anos de 2020, 2021 e 2022, respectivamente. Os participantes foram recrutados por amostragem de conveniência, através da técnica *snowball*, sendo incluídos adultos maiores de 18 anos, residentes no estado durante a pandemia e que vivenciaram os períodos de *lockdown*. **Resultados:** Foram captados 1.079 participantes, a maioria do sexo feminino (64%), com faixa etária entre 30-40 anos (37%), pardos (55%), casados/união estável (49,1%), cursando pós-graduação (44%), renda até 3 salários-mínimos (50,2%) e em sua maioria residentes na capital (72%). 84,1% dos indivíduos ressaltaram a importância do uso de máscaras para toda a população e 89,5% relataram que o isolamento social é uma medida eficaz para controle da disseminação da Covid-19. Sobre a vivência durante a primeira onda (abril a maio/2020) e segunda onda (março a maio/2021), a população apontou ter sido um período estressante/angustiante (79,10%) e (66,20%) respectivamente, diferente da percepção vivida na terceira onda (dezembro/2021 a janeiro/2022), onde referiram ser uma fase tranquila/normal (46,80%). Cerca de 79% dos entrevistados relataram que obtiveram do governo estadual informações suficientes sobre as formas de prevenção da doença e 58% acham que o governo está moderadamente preparado para enfrentar futuras epidemias. Acerca das notícias sobre a covid-19 veiculadas pelas mídias (rádio e TV), 55,2% responderam que eram verdadeiras/reais, porém as informações divulgadas via internet/*WhatsApp* foram apontadas como alarmistas/exageradas (39,3%). Além disso, mais de 80% relataram que os setores de saúde e economia foram os que sofreram maiores impactos durante a pandemia. **Conclusão:** O estudo apontou que durante os períodos de confinamento da pandemia da Covid-19, a maioria da população aderiu às medidas de saúde pública repassadas pelo governo do estado do Ceará, mas que pode ter havido falhas na comunicação

em virtude da disseminação de notícias falsas por meio das mídias sociais, aumentando o sentimento de angústia durante o *lockdown*. Os resultados em questão podem ser úteis para futuras estratégias mitigadoras.

Palavras-Chave: Covid-19. Distanciamento Social. Pandemia. Saúde Pública.

ABSTRACT

Infectious and contagious diseases have historically represented a threat to living beings, this study focuses on this topic taking as a backdrop the period of the Covid-19 Pandemic. Therefore, we present as Objective: Analyze the impact of social distancing policies and the challenges for their implementation during the Covid-19 pandemic in the state of Ceará. Method: Cross-sectional study carried out between January and March 2022, through an online survey available via Google Forms, and disseminated via email and social networks (Facebook, LinkedIn, Instagram and Whatsapp). The questionnaire covered socio-demographic data, issues related to Covid-19 and periods of lockdown, including perceptions of sanitary and public health measures developed in Ceará during the first, second and third waves of the disease, in the years 2020, 2021 and 2022, respectively. Participants were recruited through convenience sampling, using the snowball technique, including adults over 18 years of age, residents of the state during the pandemic and who experienced periods of lockdown. Results: 1,079 participants were captured, the majority of whom were female (64%), aged between 30-40 years old (37%), mixed-race (55%), married/in a stable union (49.1%), studying post-graduate studies. degree (44%), income up to 3 minimum wages (50.2%) and mostly residents of the capital (72%). 84.1% of individuals highlighted the importance of using masks for the entire population and 89.5% reported that social isolation is an effective measure to control the spread of Covid-19. Regarding the experience during the first wave (April to May/2020) and second wave (March to May/2021), the population pointed out that it was a stressful/distressing period (79.10%) and (66.20%) respectively, different from the perception experienced in the third wave (December/2021 to January/2022), where they reported it being a calm/normal phase (46.80%). Around 79% of those interviewed reported that they obtained sufficient information from the state government about ways to prevent the disease and 58% think that the government is moderately prepared to face future epidemics. Regarding the news about Covid-19 broadcast by the media (radio and TV), 55.2% responded that they were true/real, however the information disseminated via the internet/WhatsApp was considered alarmist/exaggerated (39.3%). Furthermore, more than 80% reported that the health and economic sectors were those that suffered the greatest impacts during the pandemic. Conclusion: The study showed that during periods of confinement during the Covid-19 pandemic, the majority of the population adhered to the public health measures passed on by the government of the state of Ceará, but

that there may have been failures in communication due to the dissemination of news false reports through social media, increasing feelings of anguish during lockdown. The results in question may be useful for future mitigation strategies.

Keywords: Covid-19. Social distancing. Pandemic. Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Curva epidemiológica dos casos suspeitos, confirmados e óbitos, segundo início dos sintomas, Ceará, 2020.....	26
Figura 2	– Casos confirmados de Covid-19 segundo sexo e faixa etária, Ceará, 12 de maio de 2020.....	27
Figura 3	– Incidência de casos confirmados de Covid-19, por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária, Ceará, 12 de maio de 2020.....	28
Figura 4	– Distribuição de casos suspeitos, confirmados e óbitos segundo município de residência, 12 de maio de 2020.....	28
Figura 5	– Taxa de ocupação de leitos por casos confirmados e suspeitos de Covid-19, em unidades hospitalares monitoradas pela rede SESA, em 12/05/2020, Ceará.....	29
Figura 6	– Distribuição dos óbitos por Covid-19 segundo Semana Epidemiológica de ocorrência, Ceará, 2020 e 2021.....	30
Figura 7	– Curva epidemiológica dos casos suspeitos e confirmados, segundo Semana Epidemiológica de início dos sintomas, Ceará, 2020, 2021 e 2022.....	31
Figura 8	– Distribuição dos óbitos por Covid-19 segundo Semana Epidemiológica de ocorrência, Ceará, 2020, 2021 e 2022.....	32
Figura 9	– Distribuição dos casos de SRAG por Covid-19, segundo Semana Epidemiológica de início dos sintomas, Ceará, 2020, 2021 e 2022.....	33
Figura 10	- Distribuição dos óbitos por Covid-19 segundo data de ocorrência, Ceará, 2021 e 2022.....	34
Figura 11	- Medidas de prevenção e controle: Impacto pretendido das medidas não farmacológicas na pandemia de Covid-19 através da redução de contato social.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Lista de variantes preocupantes (VOCS) e variantes de interesse (VOIS) do SARS-Cov-2	17
Tabela 2	– Características sociodemográficas dos participantes do estudo	45
Tabela 3	– Reflexos psicossociais devido à pandemia da Covid-19 nos participantes do estudo	47
Tabela 4	– Desafios e impactos da pandemia da Covid-19 nos participantes do estudo	49
Tabela 5	– Percepção das medidas contra a pandemia e sua relação com a faixa etária dos participantes	51
Tabela 6	– Percepção das medidas contra a pandemia e sua relação com o sexo dos participantes	53
Tabela 7	– Percepção das medidas contra a pandemia e sua relação com a renda dos participantes	55
Tabela 8	– Atitudes e experiências dos participantes e sua relação com a percepção da capacidade do Governo quanto a controlar futuras epidemias	57
Tabela 9	– Atitudes e experiências dos participantes e sua relação com a percepção sobre o isolamento social, como uma medida eficaz ou não para evitar a disseminação da Covid-19	59

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ANVISA	ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BNR	BNR Norma Brasileira Regulamentar
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional
e-SUS-VE	Vigilância Epidemiológica
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HSJ	Hospital São José
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MERS	Middle East Respiratory Syndrome (síndrome respiratória do oriente médio)
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2
SE	Semana Epidemiológica
SESA	Secretaria de Saúde do Estado
SIBI	SIBI Sistema Integrado de Bibliotecas
SIVEP-Gripe	Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe
SIMs	Influenciadores de Mídia Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Live e Esclarecido
TRAD.	Tradutor
UTI	Unidades de Terapia Intensiva
VOCs	Variants of concern (variantes de preocupação)
VOIs	Variants of interest (variantes de interesse)

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
1.1	Covid – 19	16
1.2	No Brasil	19
1.3	No Ceará	24
<i>1.3.1</i>	<i>Primeira onda da Covid-19</i>	<i>25</i>
<i>1.3.2</i>	<i>Segunda onda da Covid-19</i>	<i>29</i>
<i>1.3.3</i>	<i>Terceira onda da Covid-19</i>	<i>30</i>
<i>1.3.4</i>	<i>Cenário pós terceira onda</i>	<i>32</i>
1.4	Percepção de Risco Sobre a Covid-19	35
<i>1.4.1</i>	<i>Lockdown/Bloqueio</i>	<i>36</i>
<i>1.4.2</i>	<i>Medida de prevenção</i>	<i>39</i>
2	JUSTIFICATIVA.....	40
3	OBJETIVOS	41
3.1	Objetivo Geral	41
3.2	Objetivos Específicos	41
4	MÉTODOS	41
4.1	Tipo de Estudo	41
4.2	População do Estudo	42
<i>4.2.1</i>	<i>Crerios de inclusao</i>	<i>42</i>
<i>4.2.2</i>	<i>Crerios de exclusao</i>	<i>42</i>
4.3	Coleta de Dados	42
<i>4.3.1</i>	<i>Tcnica metodol3gica snowball</i>	<i>42</i>
<i>4.3.2</i>	<i>Variaveis do estudo</i>	<i>43</i>
<i>4.3.3</i>	<i>Escala de likert</i>	<i>44</i>
4.4	Análises Estatísticas	44
4.5	Aspectos Éticos	44
5	RESULTADOS	45
5.1	Características Gerais da População de Estudo	45
5.2	Reflexos Psicossociais Ocorridos em Virtude da Doença e do Cenário Pandêmico Durante as Três Ondas da Covid-19 No Estado	47

5.3	Percepção dessas Medidas em Diferentes Estratos Etários, Sexo e Condição de Renda	50
5.4	Percepção da População sobre o Cumprimento das Normas e Decretos Implantados pelo Governo durante as três ondas da Epidemia no Estado do Ceará	57
	DISCUSSÃO	61
	CONCLUSÃO	68
	REFERÊNCIAS	69
	PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	80
	APÊNDICE A – INSTRUMENTOS DE COLETA	81
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO	91

1 INTRODUÇÃO

1.1 Covid-19

As doenças infecciosas e infectocontagiosas têm representado, historicamente, uma ameaça aos seres vivos. Estima-se que tais doenças foram responsáveis por mais perdas de vida humana do que todas as guerras, doenças não infecciosas e os desastres naturais (Alexandre *et al.*, 2020). Foi relatada ao escritório da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 31 de dezembro de 2019, uma infecção respiratória grave inexplicável, detectada na cidade de Wuhan, província de Hubei, na China. Foi sinalizada a emergência de um novo vírus respiratório com alto poder infeccioso e importante causador de morbimortalidade, denominado SARS-CoV-2, esta doença foi intitulada como a 6ª Emergência de Saúde Pública de Interesse Internacional (ESPII) pela OMS, as outras foram: A pandemia de H1N1 (25 de abril de 2009), disseminação internacional de poliovírus (05 de maio de 2014), surto de Ebola na África Ocidental (08 de agosto de 2014), Zika vírus e o aumento dos casos de microcefalia e malformações congênitas (01 de fevereiro de 2016) e o surto de Ebola na República Democrática do Congo (18 de maio de 2018). Até 21 de março de 2023, foram notificados mais de 761 milhões de casos confirmados e mais de 6 milhões de mortes relatadas globalmente (WHO, 2023).

Os Coronavírus (CoVs) pertencem à família *Coronaviridae* e são agrupados em quatro gêneros, incluindo alfa, beta, gama e delta. Os vírus pertencentes aos gêneros alfa e beta infectam mamíferos, incluindo humanos, enquanto as aves são infectadas por aqueles pertencentes aos gêneros gama e delta. Os vírus têm diâmetro aproximado de 60 a 100 nm e seu material genético é envolto em um revestimento de proteína conhecido como capsídeo, assim como outros vírus (Dhama, *et al.*, 2020). Nas últimas duas décadas, os Coronavírus (CoVs) foram associados a surtos de doenças no leste da Ásia e no Oriente médio. A doença respiratória aguda grave (SARS) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS) começaram a surgir em 2002 e 2012, respectivamente. Alta densidade populacional, maior contato com reservatórios animais, transporte rápido e movimentos populacionais maciços representam os principais determinantes da disseminação global desses patógenos emergentes com potencial pandêmico. Em particular, os vírus respiratórios são capazes de se espalhar por amplas áreas geográficas em um curto período de tempo, causando altos níveis de morbidade e mortalidade (Almalki *et al.*, 2022). Fonte: (Casella *et al.*, 2022).

A cepa original de Wuhan SARS-CoV-2, provavelmente se originou de morcegos e pode ser transmitida por indivíduos assintomáticos, pré-sintomáticos e sintomáticos através de contato próximo por exposição a gotículas infectadas e aerossóis. A primeira cepa foi seguida por múltiplas variantes resultantes da recombinação genética dentro das células infectadas, entre eles, a variante Delta, anteriormente chamada B.1.617.2, e a variante Omicron, anteriormente chamada B.1.1.529, se espalharam pelo mundo como resultado de sua maior transmissibilidade e taxas mais altas de transmissão pré-sintomática e assintomática. A infecção humana pode ser assintomática ou causar sintomas desde resfriados comuns leves até doenças respiratórias críticas, como síndrome do desconforto respiratório agudo e pneumonia e também vários sintomas não respiratórios, como dor torácica, dor abdominal, diarreia, vômitos, arritmias cardíacas, mialgias, artralgias, mal-estar geral, cefaleia e irritabilidade, que muitas vezes complicam o quadro clínico dos pacientes. Sintomas graves e agudos, muitas vezes associados a desfechos fatais, aparecem com mais frequência em idosos com comorbidade (Soraci *et al.*, 2022).

O SARS-CoV-2 é suscetível à evolução genética, gerando diversas variantes com características diferentes de suas cepas ancestrais. Muitas variações foram relatadas ao longo desta pandemia, das quais apenas algumas são consideradas variantes de preocupação (VOCs) pela OMS, considerando sua propensão a produzir maior transmissibilidade ou virulência, redução na neutralização por anticorpos obtidos por via natural (infecção) ou vacinação, a capacidade de evitar a detecção ou um declínio nos tratamentos ou eficácia da vacina. As variantes com marcadores genéticos particulares que foram associados a alterações são conhecidas como variantes de interesse (VOIs) (Casella *et al.*, 2022). Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) e a OMS desenvolveram um método de categorização para separar as variações do SARS-CoV-2 em VOCs e VOIs. Uma lista atualizada de VOCs e VOIs foi preparada pela OMS para auxiliar no estabelecimento de prioridades de monitoramento e pesquisa (Giri *et al.*, 2022) (Ver Tabela 1).

Tabela 1 – Lista de variantes preocupantes (VOCs) e variantes de interesse (VOIs) do SARS-CoV-2

<i>Nome da Variante</i> <i>Variantes de preocupação (VOCs)</i>	<i>Linhagem</i>	<i>1º relato</i>	<i>Data do 1º Relatório</i>
Alpha	B.1.1.7	UK, Dezembro 2020	Dezembro 18, 2020

Beta	B.1.351	África do Sul, Maio 2020.	Dezembro 18, 2020
Gamma	P.1	Novembro, Brasil 2020	Janeiro 11, 2021
Delta	B.1.617.2	Outubro, Índia 2020	VOI: Abril 4, 2021 VOC: Maio 11, 2021.
Omicron	B.1.1.529	África do Sul, Novembro 2021.	Novembro 26, 2021
<i>Nome da Variante Variantes de Interesse (VOIs)</i>	<i>Linhagem</i>	<i>1º relato</i>	<i>Data do 1º Relatório</i>
Epsilon	B.1.427/B.1.429	Estados Unidos, Março 2020.	Março 5, 2021
Zeta	P.2	Abril, Brasil 2020	Março 17, 2021
Eta	B.1.525	Vários Países, Dezembro 2020.	Março 17, 2021
Beta	B.1.351	África do Sul, Maio 2020.	Dezembro 18, 2020
Gamma	P.1	Novembro, Brasil 2020	Janeiro 11, 2021
Delta	B.1.617.2	Outubro, Índia 2020	VOI: Abril 4, 2021 VOC: Maio 11, 2021.
Omicron	B.1.1.529	África do Sul, Novembro 2021.	Novembro 26, 2021
<i>Nome da Variante Variantes de Interesse (VOIs)</i>	<i>Linhagem</i>	<i>1º relato</i>	<i>Data do 1º Relatório</i>
Epsilon	B.1.427/B.1.429	Estados Unidos, Março 2020.	Março 5, 2021
Zeta	P.2	Abril, Brasil 2020	Março 17, 2021
Eta	B.1.525	Vários Países, Dezembro 2020.	Março 17, 2021
Theta	P.3	Filipinas, Janeiro 2021	Março 24, 2021
Iota	B.1.526	Estados Unidos, Novembro 2020.	Março 24, 2021
Kappa	B.1.617.1	Índia, Outubro 2020	Abril 4, 2021

Fonte: (Casella *et al.*, 2022).

Além do surgimento dessas variantes, a falta de um medicamento eficaz para o tratamento da Covid-19 e o não cumprimento de restrições de mobilidade levou à ocorrência de ondas subsequentes de disseminação da doença e novos surtos. Quanto mais o vírus da circular, através da movimentação das pessoas, mais oportunidades terá de sofrer mutações. Portanto, o mais importante é reduzir o risco de exposição ao vírus e se vacinar contra a Covid-19 (com todas as doses necessárias, segundo o esquema de vacinação), continuar a usar máscaras, manter a higiene das mãos, deixar os ambientes bem ventilados sempre que possível, evitar aglomerações e reduzir ao máximo o contato próximo com muitas pessoas, principalmente em espaços fechados (Aliabadi *et al.*, 2022).

Diante da pandemia os governos de todo o mundo foram obrigados a se mobilizar para tentar mitigar a situação. Novos regulamentos foram adotados e as respostas dos cidadãos às novas medidas são diversas. É importante ressaltar que as atitudes individuais moldam o curso da pandemia atual e de crises de saúde, uma vez que o comportamento humano influencia bastante a propagação e a extinção de doenças. Um fator crítico para a compreensão da resposta de uma população a uma ameaça é o medo que ela provoca, sendo um importante preditor de mudanças comportamentais e de proteção à saúde por parte dos indivíduos (Eder *et al.*, 2021). Eventualmente, epidemias surgem ao redor do mundo, entretanto, a pandemia causada pelo SARS-CoV-2, superou extraordinariamente outras Síndromes Respiratórias Agudas Graves (SARS) que já apareceram ao decorrer do tempo, sendo comparada por muitos como uma doença letal por causa de seus efeitos (Oliveira *et al.*, 2020), pois ela modificou não apenas os hábitos cotidianos, mas também atingiu diversas áreas e alcançaram amplas repercussões econômicas, políticas, sociais e empresariais. A covid-19 será escrita na história para sempre, como foi descrita a peste negra e a gripe espanhola, tornando-se uma das pandemias mais mortais registradas na história humana, com isso iniciando uma luta contínua entre novas variantes e vacinas eficazes (Thakur *et al.*, 2021).

1.2 No Brasil

A República Federativa do Brasil é o maior e mais populoso país da América Latina e abriga 210 milhões de habitantes. O país é composto pelas parcerias de estados, municípios e Distrito Federal. São todos autônomos nos termos da Constituição. Embora o país seja unificado, isso não significa que seja homogêneo. Possui vários tipos de desigualdades sociais, não apenas limitadas por fatores, como raça ou posição social, mas também por diferenças regionais. Desde o início da pandemia, medidas de distanciamento físico e confinamento foram

implementadas pelo governo brasileiro após a declaração de pandemia da Covid-19 em 16 de março (Villela *et al.*, 2021). Os governadores decidiram por iniciar suas primeiras medidas de restrição, as quais foram adotadas pelos estados diante dos primeiros casos infectados, logo, deu início à quarentena com restrição de transportes coletivos, fechamento de escolas e comércios. Na terceira semana de abril de 2020, já haviam ultrapassado o número de trinta mil casos confirmados, com mais de 1.500 óbitos e taxa de mortalidade com expressão de 5,5%. O país ainda estava no período inicial da crise, com elevado grau de subnotificação, principalmente pela baixa quantidade de testes realizados e que buscava reestruturar seu sistema de saúde para comportar o maior número de doentes possível (BRASIL, 2020a).

O Brasil é o único país com população superior a 100 milhões que possui um sistema de saúde universal, integral e gratuito. O Sistema Único de Saúde (SUS) é o maior sistema público de saúde do mundo, ao longo de três décadas, esse sistema contribuiu para a redução das desigualdades no acesso aos cuidados de saúde. A Covid-19 é, provavelmente, o desafio mais dramático que o SUS já enfrentou em seus 31 anos de existência, com o número de mortes superior ao das epidemias brasileiras anteriores. O SUS é responsável pela assistência à saúde de cerca de 75% dos brasileiros, e é financiado por contribuições dos orçamentos federal, estadual e municipal, por meio de um sistema de saúde que engloba tanto estabelecimentos de saúde públicos e privados quanto prestadores de serviços médicos. Por meio do SUS, os serviços de saúde e os medicamentos de uso comum, assim como a maioria das vacinas, são oferecidos a toda população (Oliveira *et al.*, 2022).

O cenário brasileiro é heterogêneo tanto no tocante à evolução da epidemia quanto no acesso à saúde, uma vez que temos um território de proporções continentais, com diferentes padrões de distribuição da população, de condições de transporte (vias de acesso, disponibilidade e custos), desigualdades de renda e educação. No mês de maio/2020, os estados, Rio de Janeiro, Amazonas, Ceará, Pará e Pernambuco apresentavam situações críticas, com a sobrecarga do sistema de saúde, enquanto em outros, a doença se espalhava mais lentamente. Notou-se uma interiorização gradativa da doença, fenômeno que afetou ainda mais o sistema de saúde do país, dado que muitos municípios não tinham hospitais, sendo necessário o deslocamento para o município de referência da regional de saúde (Niquini *et al.*, 2020).

Os casos de Covid-19 foram notificados no e-SUS Vigilância Epidemiológica (e-SUS-VE), sistema eletrônico nacional de notificação de Covid-19 e os casos hospitalizados com síndrome respiratória aguda grave foram registrados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe) pré-existente (SIVEP-Gripe). O sistema SIVEP-Gripe é utilizado desde 2009

(inicialmente implementado em resposta à pandemia de influenza H1N1 de 2009) e desde então centralizou nacionalmente a notificação de internações por qualquer vírus respiratório. Tanto o e-SUS-VE quanto o SIVEP-Gripe incluem casos suspeitos e confirmados de Covid-19 notificados por serviços públicos e privados de saúde. Esses dois sistemas de notificação estão inter-relacionados no portal brasileiro Covid-19 (<https://covid.saude.gov.br/>) (Neves *et al.*, 2021).

A rápida disseminação da Covid-19 no Brasil foi atribuível a muitos fatores, incluindo densidade urbana, tempo de implementação de políticas de distanciamento social e capacidade limitada de testes. Além disso, no final de junho de 2020, como resultado de pressões econômicas e políticas, muitos estados brasileiros suspenderam as restrições a negócios e espaços compartilhados, apesar do aumento do número de casos (Oliveira, *et al.*, 2020). É papel dos governos orientar suas populações nas crises geradas por questões de saúde, a fim de que conflitos não sejam ocasionados. A título de ilustração, em 2003, o governo de Hong Kong foi reconhecido por traumatizar seus cidadãos e agravar o sofrimento mental durante a epidemia da Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS). Assim como em Hong Kong, os eventos anteriores à pandemia também podem ter interferido na confiança social. A República Dominicana, um país que se destaca pelas suas belas ilhas localizado no coração do Caribe, e que possui mais de 11 milhões de habitantes, também enfrentou problemas. A crise política se somou à crescente quantidade de notícias falsificadas, limitando a capacidade de resposta do Ministério da Saúde do país à pandemia (Tapia, 2020). Assim como esses países e muitos outros, o Brasil vive alguns momentos de negação da doença, essa realidade reflete na polarização das visões políticas da população e a postura divergente do governo brasileiro em relação às recomendações da OMS (Hakim *et al.*, 2021).

O país não programou um plano de resposta nacional para controlar e prevenir a rápida disseminação do SARS-CoV-2. Em janeiro de 2021, o Brasil foi classificado como o pior entre 98 países na resposta à pandemia pelo *Lowy Institute*, uma instituição de pesquisa política internacional independente e apartidária com sede na Austrália. Desde o início da pandemia, o Brasil teve quatro ministros da Saúde, incluindo um general do exército, entre maio de 2020 e março de 2021. Os dois primeiros ministros foram demitidos porque apoiaram abordagens baseadas na ciência e recomendações da OMS para controlar a doença, incluindo distanciamento social e uso de máscara. O governo federal desencorajou o uso de máscaras, ignorou as medidas de quarentena/bloqueio e defendeu o uso de cloroquina e outros medicamentos não comprovados para o tratamento da Covid-19, apesar de vários ensaios clínicos mostrando sua ineficácia. Apesar da falta de uma resposta federal robusta, a maioria

dos governadores e prefeitos estaduais estabeleceram medidas de distanciamento social e quarentenas, para evitar a propagação do vírus, o que contribuiu para reduzir a incidência e as mortes por Covid-19 (Silva *et al.*, 2021).

No entanto, uma segunda onda de Covid-19 começou em novembro de 2020, que coincidiu com as eleições locais em todas as cidades brasileiras, que ocorreram em outubro e novembro. As eleições foram caracterizadas por comícios políticos e reuniões de massa, apontando um relaxamento das medidas de saúde pública. O ressurgimento da Covid-19 foi visto mais notavelmente em Manaus, onde apresentou aumento de hospitalizações e a falta de oxigênio que colapsou o sistema de saúde da cidade, resultando em um grande número de mortes. A crise se alastrou pelo país, aumentando a pressão e a sobrecarga do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando pânico entre a população (Werneck *et al.*, 2020).

Em março de 2021, a maioria dos estados brasileiros já tinham atingido 90% da taxa de ocupação das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), o que representou o mais grave colapso sanitário e hospitalar da história do país. Casos de pacientes sendo atendidos nos corredores dos hospitais, morrendo enquanto aguardavam respiradores e vagas nos leitos, situações que se multiplicavam em todo o país. Vários motivos podem ter contribuído para explicar o cenário epidemiológico catastrófico durante a segunda onda. Primeiro, o relaxamento dos protocolos de controle da Covid-19 e aglomeração maciça durante as eleições locais no final de 2020, seguido pelos feriados de Natal e Ano Novo e depois o feriado de carnaval em fevereiro de 2021. Segundo a disponibilidade da vacina da Covid-19 em janeiro de 2021, que inicialmente era restrita a profissionais de saúde e idosos, pode ter criado uma falsa sensação de segurança na população e interferido negativamente no cumprimento das medidas preventivas e de controle da doença. Essas condições favoráveis para a transmissão do SARS-CoV-2 levaram a maiores taxas de infecção, especialmente na população jovem mais exposta. Terceiro, as ações do governo federal foram amplamente conhecidas por seu negacionismo científico, desrespeito aos protocolos de distanciamento social e disseminação de notícias falsas contra as vacinas da Covid-19 (Silva *et al.*, 2021).

A presença de uma grande população susceptível, baixas taxas de testagem, baixa adesão da população às medidas de prevenção da Covid-19 e a transmissão descontrolada do SARS-CoV-2 tornaram o Brasil um terreno fértil ideal para a gênese e a propagação de novas variantes. A replicação viral em indivíduos imunocomprometidos e a infecção de SARS-CoV-2 em diferentes hospedeiros também podem ter contribuído para a gênese de novas variantes. Para controlar a propagação da doença, praticamente todos os países realizaram políticas de saúde variadas para evitar que o vírus se propagasse e acarretasse uma sobrecarga indesejável

do sistema de saúde quando este se torna totalmente ineficiente. As medidas destinadas a evitar esse cenário catastrófico são comumente conhecidas como achatamento da curva (Stipic *et al.*, 2021).

Segundo pesquisa publicada por instituições brasileiras e britânicas, a Covid-19, chegou ao Brasil por mais de cem entradas diferentes, localizadas principalmente nas capitais com maior fluxo de voos internacionais vindos da Europa, com destaque para os estados do Ceará, que tem Fortaleza como um hub aéreo, São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte (Pereira Junior, 2020).

A pandemia atingiu a população brasileira em uma situação de ampla vulnerabilidade social, econômica e programática. Altas taxas de desemprego em associação com o desmonte das políticas sociais, incluindo o agravamento do SUS, todos esses fatores, criaram uma situação propícia para uma crise sanitária de proporções inéditas, incitada pelas ações equivocadas e inações deliberadas na condução do enfrentamento da pandemia no país. A tese falaciosa de uma “doença democrática”, propalada no início da epidemia no Brasil, rapidamente se liquefez. Afinal, toda epidemia é, ao mesmo tempo, um fenômeno biológico, social e histórico que se expressa de forma desigual na população, refletindo as iniquidades no risco de infecção, adoecimento e morte no acesso ao cuidado em saúde (Werneck *et al.*, 2022).

O Brasil é um dos países mais desiguais do mundo em termos de concentração da riqueza. Essas desigualdades têm sido determinantes para o modo como a epidemia se disseminou nacionalmente, fazendo das regiões mais pobres, como o Norte e o Nordeste, aquelas com, respectivamente, a primeira e a segunda maior prevalência de casos da Covid-19 no país. A epidemia, tanto no Brasil como em diversas sociedades no mundo, revela com mais cor e nitidez os contrastes das desigualdades relacionadas ao gênero, status socioeconômico e raça/etnia. De uma forma geral, no país, existem lacunas quanto ao conhecimento sobre as características de transmissão do vírus em um contexto de grande desigualdade social, com a população a viver em condições precárias de habitação e saneamento, sem acesso a água tratada e em situação de aglomeração (Sanzana, 2021). A pandemia teve efeitos negativos também no nível econômico, devido ao grande número de internações, quarentenas prolongadas e fechamento de cidades e sistemas de transporte locais e globais, o que conseqüentemente afeta a cadeia produtiva, as relações internacionais e o funcionamento social (Moreira *et al.*, 2020).

A vacinação contra a Covid-19 iniciou em 08 de dezembro de 2020 no Reino Unido, apenas 11 meses após a notificação do primeiro caso. Apesar da resposta rápida e do seu caráter decisivo à contenção da pandemia, observou-se grande heterogeneidade em relação às coberturas vacinais em nível global, refletindo diferenças marcantes no acesso às vacinas entre

países ricos e pobres. O Brasil iniciou sua campanha de vacinação na segunda quinzena de janeiro de 2021, semanas antes da rápida disseminação da variante Gama, inicialmente identificada em Manaus (Amazonas), cidade que vivenciou dois picos explosivos de mortalidade na pandemia, motivando o Ministério da Saúde a destinar cota extra de vacinas para indivíduos com 70 anos ou mais e trabalhadores de saúde do Estado, por meio da criação de um fundo estratégico, com a intenção de frear o avanço da epidemia nas regiões mais impactadas (Orellana *et al.*, 2022).

1.3 No Ceará

O Ceará localiza-se na Região Nordeste do Brasil. É dividido em 184 municípios, com área aproximada de 148.895 km². Possui aproximadamente 9.240.580 habitantes. A maior parte da população está concentrada na capital, Fortaleza. As regiões metropolitanas de Fortaleza, Juazeiro do Norte e Sobral são altamente povoadas. As maiores cidades do estado, além da capital, são: Caucaia, Juazeiro do Norte, Maracanaú e Sobral (IBGE, 2021).

O novo Coronavírus entra no Ceará entre o final de fevereiro e o início de março de 2020, principalmente através de voos internacionais vindos da Europa (Ministério da Saúde, 2020). No dia 15 de março o Ceará já possuía pelo menos 514 casos confirmados (Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, 2020). Na escalada da expansão da doença, um mês depois, em 15 de abril, o estado já contabilizava 9.096 casos, o equivalente a 32% do total do Brasil, sendo a terceira unidade da federação em número de infectados. Ademais, indica 189 óbitos, sendo a primeira morte confirmada no dia 26 de março de 2020 (Comitê Científico de Combate ao Coronavírus, 2020). Desse total, a maioria dos casos se concentrava em Fortaleza, 6.770 contaminados (74%) e 143 óbitos (75%) e região metropolitana, como Caucaia (326 casos e 07 óbitos) e Maracanaú (234 casos e 06 óbitos). Outros importantes municípios cearenses são afetados, tais como Sobral (160 casos confirmados e 02 óbitos) e Itapipoca (42 casos e 0 óbitos), na região norte do estado, e Iguatu (28 casos confirmados e 05 óbitos), no centro-sul (Junior *et al.*, 2020).

No Ceará, no dia 16 de março de 2020, foi publicado o primeiro decreto do governo (nº 33.510) com ações contra o Coronavírus logo após a confirmação dos primeiros casos no Estado. Através dele, o governador decretou estado de emergência em saúde do Estado e dispôs de algumas medidas para o enfrentamento da doença, dentre elas, suspensão de eventos públicos com mais de 100 pessoas e de eventos esportivos, suspensão de férias da equipe de

saúde, trabalho remoto para servidores com idade acima dos 60 anos, dentre outras medidas (Lima *et al.*, 2020).

No dia 20 de março de 2020, as medidas de isolamento foram mais rígidas ao comércio. Desta forma, os bares, restaurantes, lanchonetes, cinemas e demais estabelecimentos, considerados não essenciais, foram obrigados a suspender suas atividades. Mesmo com todas as medidas implantadas, a curva de contaminação continuava crescente no Estado. Inicialmente, o número de casos confirmados na capital, concentrava-se nos bairros de classe média e alta, mas, com o passar dos meses, a contaminação acabou atingindo os bairros mais pobres que sofriam com a maior densidade demográfica e viviam precariamente por conta das condições sanitárias, econômicas e sociais. Nesses bairros, o controle da contaminação tornava-se quase impossível devido à impossibilidade do distanciamento social (Gouveia *et al.*, 2020).

Em abril de 2020, a situação do Estado do Ceará diante ao enfrentamento do Covid-19 era preocupante devido o número de leitos de UTI's (Unidade de Terapia Intensiva) disponíveis. Devido à precariedade do sistema público de saúde e a fim de evitar o colapso, no dia 5 de maio, o Prefeito Roberto Cláudio e o Governador Camilo Santana instituíram a política de isolamento rígido (*lockdown*), através do decreto nº 33.574, que entrou em vigor a partir do dia 08 de maio. Imposto pelo Estado ou por uma ação judicial, o *lockdown*, restringe a circulação de pessoas em áreas e vias públicas, incluindo fechamento de fronteiras e geralmente ocorre em situações de pandemia com o intuito de evitar a disseminação de alguma doença específica (Sanzana, 2021).

Com as medidas de isolamento rígido em Fortaleza, os casos começaram a reduzir na cidade, porém, em outros municípios do Estado, houve um grande aumento devido ao fluxo de pessoas que buscavam refúgio nas cidades interioranas. Em julho de 2020, conforme os dados da Secretaria de Saúde do Estado (SESA), Fortaleza seguia com o maior número de casos confirmados, seguido por Sobral, Maracanaú, Caucaia e Juazeiro do Norte, sendo a segunda capital do país com o maior número de casos confirmados e óbitos. Logo, o Estado do Ceará foi considerado o epicentro da doença no Nordeste do país. Em fevereiro de 2021 o número de infectados no Ceará já ultrapassava a marca de 900 mil e o número de óbitos em torno de 24 mil, tornando-se a cidade do nordeste com o maior índice de mortalidade segundo painel interativo do SUS (SESA, 2021).

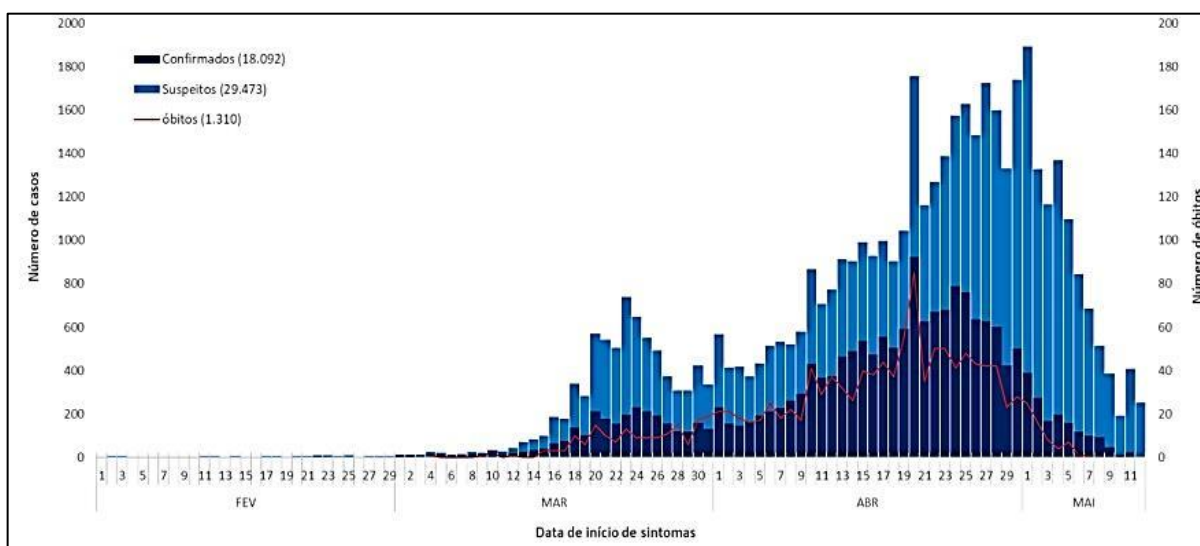
1.3.1 Primeira onda da Covid-19

O termo "onda da COVID-19" refere-se à flutuação nos casos de infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2 ao longo do tempo. A pandemia se caracterizou por apresentar

períodos de aumento acentuado no número de casos, seguidos por períodos de declínio ou estabilização. Essas variações na incidência de casos levaram as pessoas a descreverem esses eventos como "ondas" da pandemia (Moura *et al.*, 2021).

No Ceará, até o dia 27 de fevereiro de 2020, foram registrados seis (06) casos suspeitos de Covid-19, no dia 07 de abril de 2020, foram confirmados 1.155 casos de Covid-19. Para todos os casos confirmados, o critério utilizado foi através de exame laboratorial. Destes, 1.020 (88,3%) eram residentes na capital e os demais no interior e região metropolitana do estado. Foram confirmados 40 óbitos pela doença no Estado, representando uma letalidade de 3,5%. Do total de municípios do Estado, 40 (21,7%) confirmaram casos em residentes. Todas as pessoas sintomáticas que chegaram ao Brasil vindo de áreas classificadas com transmissão local, com data de desembarque em um período de até 14 dias, foram orientadas a permanecer em isolamento domiciliar por 14 dias (figura 1) (SESA, 2020). Em 2021 e 2022, foram realizados 3.093 testes para identificação de outros vírus respiratórios no Ceará. Destes, 1.868 (60,3%) foi identificada influenza A, 587 (18,9%) Rinovírus/Enterovírus, 538 (17,3%) Vírus Sincicial Respiratório.

Figura 1 – Curva epidemiológica dos casos suspeitos, confirmados e óbitos, segundo início dos sintomas, Ceará, 2020.



Fonte: Redcap, eSUS VE e Sivep Gripe, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular. Informe Epidemiológico nº12.

A curva epidemiológica dos casos de Covid-19 mostrava duas ondas. Houve aumento no número de casos suspeitos a partir do dia 4 de março de 2020, atingindo o primeiro pico nos dias 20 a 22 de março. O segundo pico ocorreu entre os dias 20 e 25 de abril, com redução dos casos a partir do dia 26 de abril. Os casos confirmados e óbitos acompanharam a

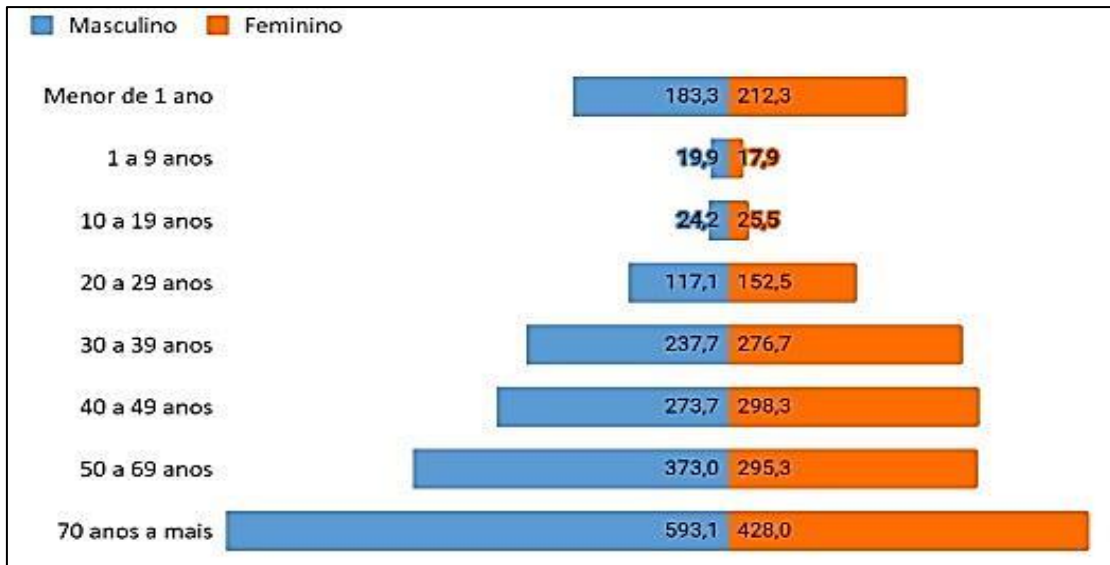
curva dos casos suspeitos. Para todos os casos confirmados, foram considerados os resultados de laboratórios públicos e privados e critérios laboratoriais e clínico-epidemiológicos. Ao analisar os casos confirmados, 5.130 (28,3%) estão na faixa etária de 50 a 69 anos de idade e 3.834 (21,2%) na faixa etária de 30 a 39 anos. Porém, a maior incidência foi na faixa etária de 70 anos ou mais (593,1 casos por 100 mil habitantes no sexo masculino e 428,0 casos por 100 mil habitantes no sexo feminino) (figura 2 e 3) (SESA, 2020). 68,2% são residentes na capital e os demais no interior e região metropolitana do estado. Foram confirmados 1.312 óbitos pela doença no estado, representando uma letalidade de 7,3%. Do total de municípios do estado, 174 (94,6%) confirmaram casos em residentes, um incremento de 6,7% em sete dias (figura 4) (SESA, 2020).

Figura 2 – Casos confirmados de Covid-19 segundo sexo e faixa etária, Ceará, em 12 de maio de 2020.

FAIXA ETÁRIA	MASCULINO		FEMININO	
	n	%	n	%
Menor de 1 ano	124	1,4	137	1,4
1 a 9 anos	119	1,4	102	1,1
10 a 19 anos	176	2,0	179	1,9
20 a 29 anos	955	11,0	1255	13,3
30 a 39 anos	1709	19,8	2125	22,4
40 a 49 anos	1534	17,7	1845	19,5
50 a 69 anos	2658	30,7	2472	26,1
70 anos a mais	1369	15,8	1352	14,3
TOTAL	8644	47,7	9467	52,3

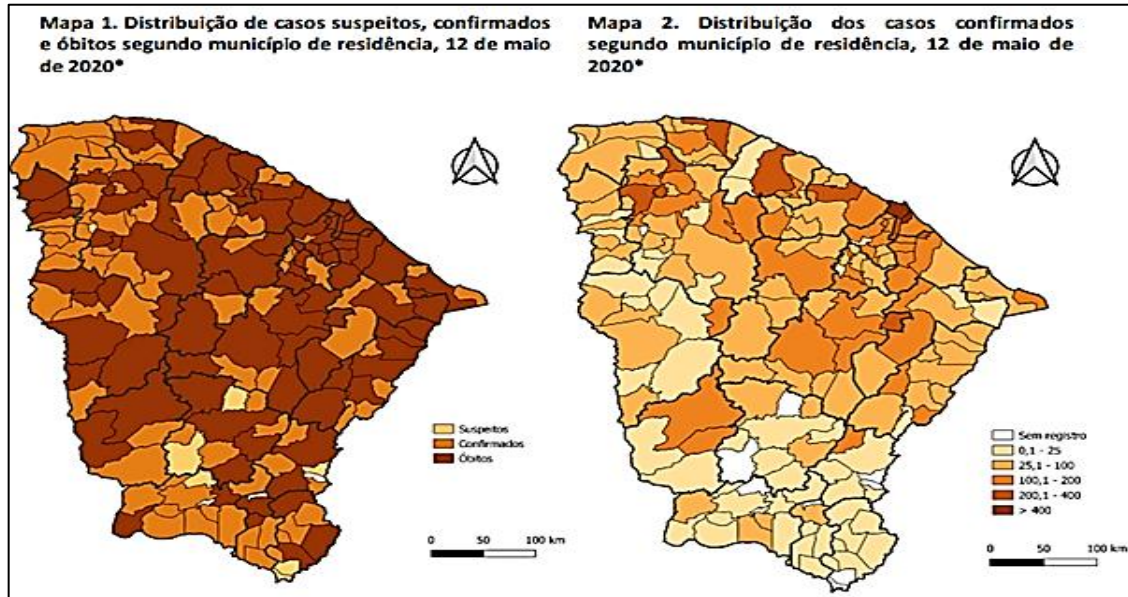
Fonte: Redcap, eSUS VE e Sivep Gripe, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular. Informe Epidemiológico nº12.

Figura 3 – Incidência de casos confirmados de Covid-19, por 100 mil habitantes, segundo sexo e faixa etária, Ceará, em 12 de maio de 2020.



Fonte: Redcap, eSUS VE e Sivep Gripe, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular. *Informe Epidemiológico nº12*.

Figura 4 – Distribuição de casos suspeitos, confirmados e óbitos segundo município de residência, em 12 de maio de 2020.



Fonte: Redcap, eSUS VE e Sivep Gripe, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular.

A taxa de ocupação dos leitos de enfermaria no Ceará, no dia 12 de maio, foi de 91,3% e 91,8% de leitos de UTI. Em Fortaleza, 95,4% dos leitos de UTI foram ocupados com casos suspeitos ou confirmados de Covid-19. O Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Hospital São José (HSJ), Hospital de Messejana, Hospital Batista, Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS),

Hospital Regional do Sertão Central (Quixeramobim), Hospital Abelardo Gadelha (Caucaia) e HSVP (Itapipoca) chegaram a 100,0% de ocupação dos leitos de UTI destinados para Covid-19. Do dia 02 de abril até 12 de maio houve um incremento de quase 500% na ocupação de leitos de enfermaria e UTI destinados para Covid-19 e de pacientes em uso de Ventilação Mecânica (figura 5) (SESA, 2020).

Figura 5 – Taxa de ocupação de leitos por casos confirmados e suspeitos de Covid-19, em unidades hospitalares monitoradas pela rede SES

HOSPITAL	Taxa de ocupação em enfermarias	Taxa de ocupação em UTI	Taxa de Ocupação Geral
Hospital Leonardo da Vinci	96,5%	96,3%	96,2%
Hospital Geral de Fortaleza	100,0%	100,0%	100,0%
Instituto Dr. José Frota	100,0%	98,3%	99,1%
Hospital de Campanha Presidente Vargas	80,2%	53,0%	66,6%
Hospital Geral Dr. César Cals	100,0%	85,7%	92,8%
Hospital São José	95,0%	100,0%	97,5%
Hospital de Messejana	99,3%	100,0%	99,6%
Hospital Regional Norte (Sobral)	128,0%	90,0%	109,0%
Hospital Regional do Sertão Central (Quixeramobim)	85,7%	100,0%	92,8%
Hospital Regional do Cariri (Juazeiro)	57,1%	80,0%	68,5%
Hospital Batista	98,8%	100,0%	99,0%
Hospital Infantil Albert Sabin	85,7%	100,0%	92,8%
Hospital Abelardo Gadelha (Caucaia)	100,0%	100,0%	100,0%
HMM (Maracanaú)	94,4%	80,0%	94,4%
HSVP (Itapipoca)	100,0%	100,0%	100,0%
HSVI (Iguatu)	-	66,6%	66,6%
TOTAL (FORTALEZA)	91,3%	95,4%	93,3%
TOTAL (INTERIOR)	91,2%	89,2%	90,2%
TOTAL	91,3%	91,8%	93,8%

Fonte: CRESUS/SEVIR/SESA *Dados sujeitos a revisão, atualizados em 12.05.2020, às 14:00h.

Fonte: CRESUS/SEVIR/SESA

1.3.2 Segunda onda da Covid-19

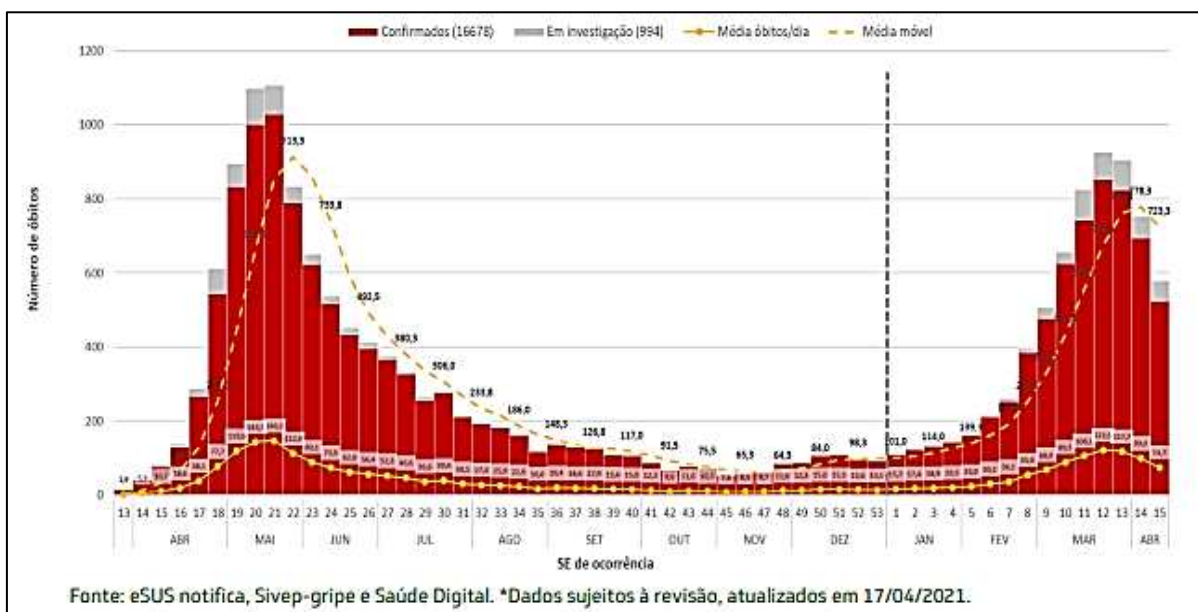
O surgimento de ondas de Covid-19 está relacionado a vários fatores, incluindo a dinâmica da propagação do vírus, a eficácia das medidas de controle, o comportamento da população, mutações do vírus e a introdução de variantes mais transmissíveis. Medidas como distanciamento social, uso de máscaras, *lockdowns* e campanhas de vacinação podem impactar a trajetória da pandemia (Moura *et al.*, 2021).

De fevereiro de 2020 a 17 de maio de 2021, foram confirmados 629.368 casos de

covid-19 e 16.678 óbitos pela doença no Estado, representando uma letalidade de 2,6%. Em 2021, até a SE 15 (Semana Epidemiológica), foram confirmados 279.420 casos, um aumento de 11,9% no total de casos do ano. Dos casos confirmados até maio de 2021, 105.204 (37,7%) eram da capital e os demais no interior do estado. No período entre 01/01/2021 até 10/04/2021, foram registrados óbitos por Covid-19 em 182 municípios do Estado, representando um percentual de 98,9%, dessa forma, a taxa de mortalidade acumulada entre os anos de 2020 e 2021 no Estado é de 183,4 por 100 mil habitantes. Em 2021, até a SE 14, a taxa de mortalidade é de 69,0 óbitos por 100 mil habitantes (SESA, 2021).

Foram registrados óbitos por todos os municípios do Ceará até a SE 53 de 2020. Em 2021, de 01 janeiro a 17 de abril, ocorreram 6.287 óbitos no Estado, 6.260 (99,5%) de residentes no Ceará, representando um aumento de 14,3% em relação ao total na semana anterior (Ver figura 6) (SESA, 2021).

Figura 6 – Distribuição dos óbitos por Covid-19 segundo Semana Epidemiológica de ocorrência. Ceará, 2020 e 2021.



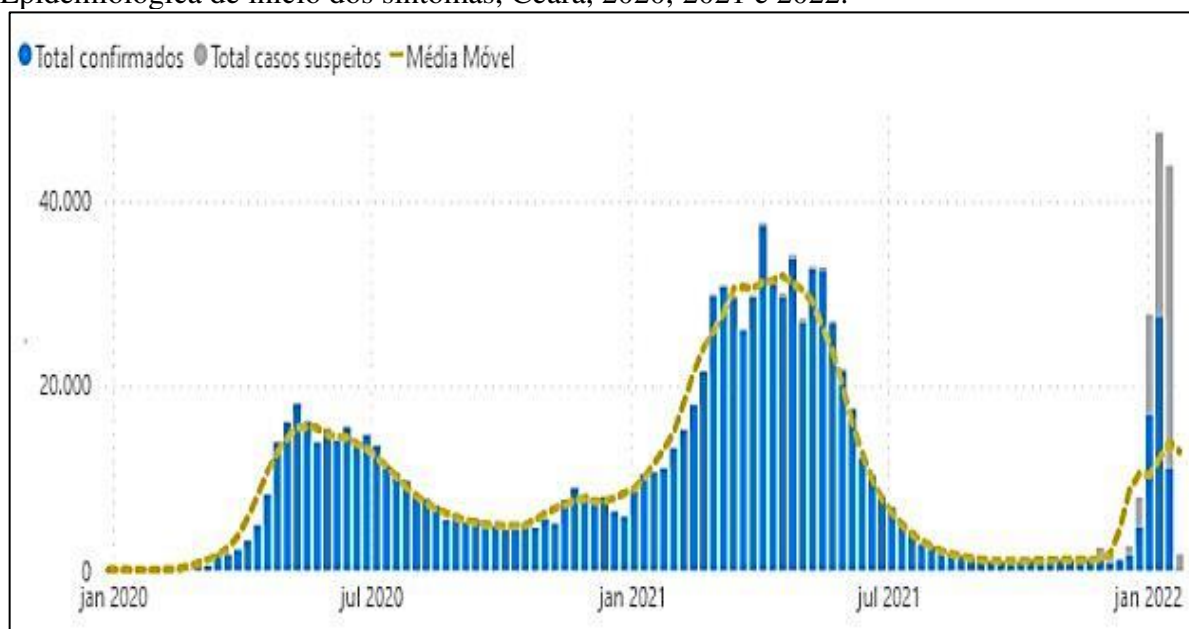
Fonte: eSUS notifica, Sivep-gripe e Saúde Digital. Semana Epidemiológica 15 (SE 15).

1.3.3 Terceira onda da Covid-19

A terceira onda de Covid-19 foi considerada a mais curta, sendo de 26 de dezembro de 2021 até 21 de maio de 2022, pode-se dizer que ela irrompeu abruptamente atingindo todas as regiões (Moura *et al.*, 2022).

De fevereiro de 2020 a 22 de janeiro de 2022, foram confirmados 1.040.019 casos de Covid-19. Em 2021, até a SE 52, foram confirmados 626.596 casos e apenas 28,4% eram residentes da capital. Em 2022, até 22 de janeiro, foram confirmados 57.910 casos, sendo 39,1% residentes em Fortaleza. Na curva epidemiológica dos casos de Covid-19, observa-se o acúmulo de casos suspeitos e confirmados desde o início da pandemia até os dias atuais. Em 2022, nota-se o aumento expressivo no número de casos a partir da SE 01, demonstrando um crescimento considerável de casos confirmados quando comparado às últimas semanas do ano anterior (Ver figura 7) (SESA, 2022).

Figura 7 – Curva epidemiológica dos casos suspeitos e confirmados, segundo Semana Epidemiológica de início dos sintomas, Ceará, 2020, 2021 e 2022.

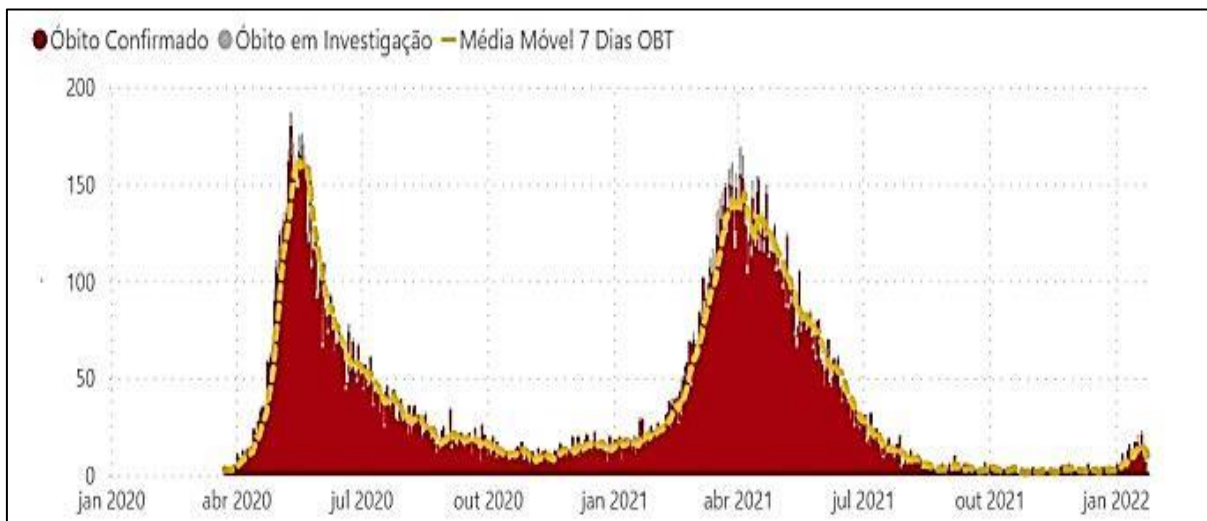


Fonte: eSUS notifica, Sivep Gripe, Saúde Digital, GAL/LACEN-CE, Rede laboratorial particular. Semana Epidemiológica nº52 (SE 52).

De março de 2020 a 22 de janeiro de 2022, foram confirmados 25.132 óbitos por Covid-19 no Estado. Em 2022, até 22 de janeiro, foram confirmados 221 óbitos. Os óbitos ocorreram, na sua maioria (65,6%), em pessoas de 60 anos ou mais e no sexo masculino (54,8%); 68,1% apresentavam doenças crônicas pré-existentes; 16 (0,1%) gestantes e 19 (0,1%) puérperas. A média de dias entre a data de início de sintomas e a de internação dos pacientes que foram a óbito foi de 7,7 dias. A média de dias de internação foi de 13,0 dias, variando de 1 a 166 dias. Considerando o local do óbito, 680 (5,0%) ocorreram em domicílio. Neste mesmo ano, os óbitos ocorreram em sua maioria (75,8%), em pessoas de 60 anos ou mais, no sexo masculino (52,4%), apresentavam doenças crônicas pré-existentes (93,5%). A média de dias de

internação foi de 6,3 dias e a média de evolução foi de 9,8 dias (Figura 8) (SESA, 2022).

Figura 8 – Distribuição dos óbitos por Covid-19 segundo Semana Epidemiológica de ocorrência, Ceará, 2020, 2021 e 2022.



Fonte: eSUS notifica, Sivep-gripe e Saúde Digital. Semana Epidemiológica nº53 (SE 53).

De março de 2020 a 22 de janeiro de 2022, foram confirmados 25.132 óbitos por Covid-19 no Estado. Em 2022, até 22 de janeiro, foram confirmados 221 óbitos. Os óbitos ocorreram, na sua maioria (65,6%), em pessoas de 60 anos ou mais e no sexo masculino (54,8%); 68,1% apresentavam doenças crônicas pré-existent; 16 (0,1%) gestantes e 19 (0,1%) puérperas. A média de dias entre a data de início de sintomas e a de internação dos pacientes que foram a óbito foi de 7,7 dias. A média de dias de internação foi de 13,0 dias, variando de 1 a 166 dias. Considerando o local do óbito, 680 (5,0%) ocorreram em domicílio. Neste mesmo ano, os óbitos ocorreram em sua maioria (75,8%), em pessoas de 60 anos ou mais, no sexo masculino (52,4%), apresentavam doenças crônicas pré-existent (93,5%). A média de dias de internação foi de 6,3 dias e a média de evolução foi de 9,8 dias (Figura 8) (SESA, 2022).

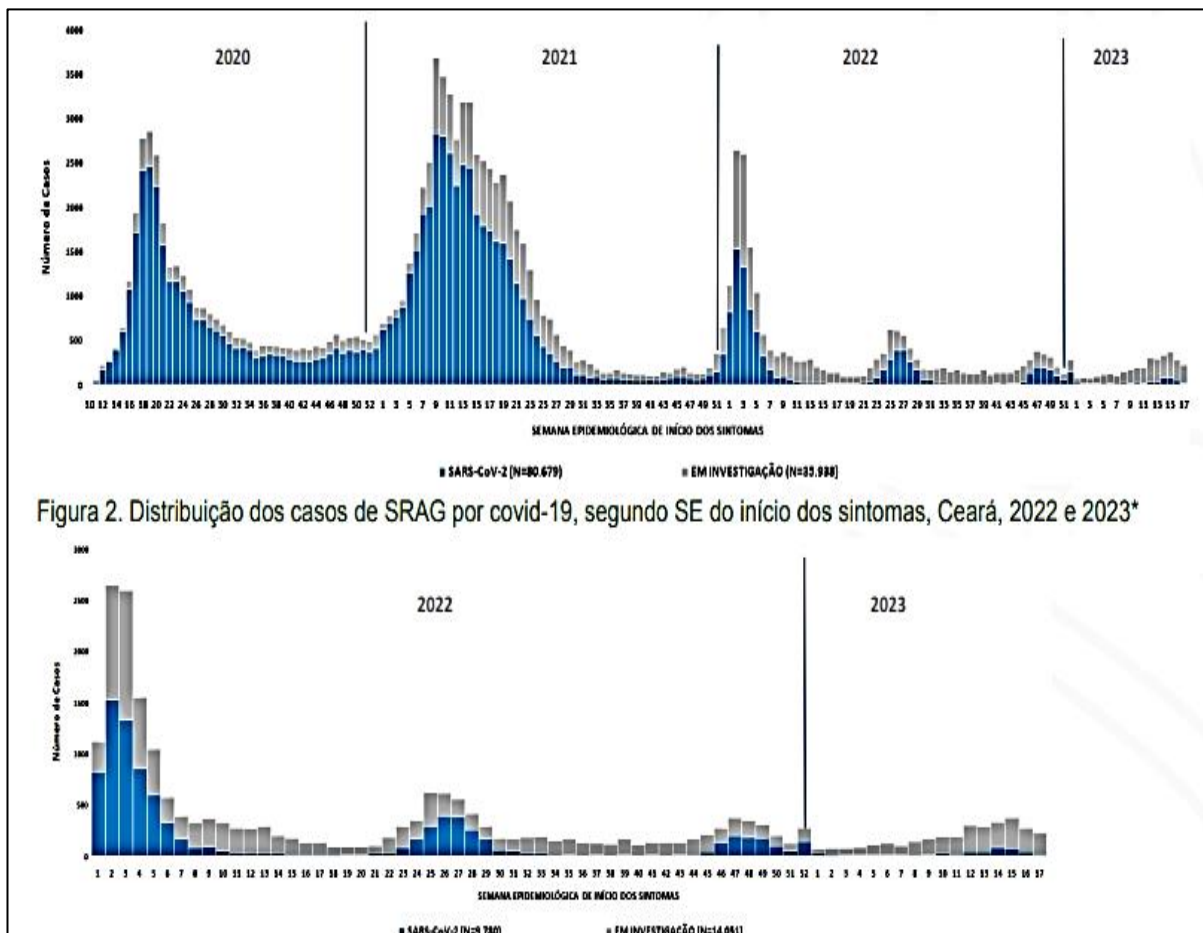
1.3.4 Cenário pós-terceira onda

O cenário que se manifesta a terceira onda de Covid-19 se destaca pela a extensão da vacinação por ser um fator crucial no controle da propagação do vírus e na redução da gravidade das infecções. Contudo com o surgimento de outras variantes, novos casos são confirmados. A maioria dos Estados atuaram com a implementação eficaz de medidas de controle, como distanciamento social, uso de máscaras e restrições de viagens, consideradas estratégias essenciais, dependendo da situação local.

Realizando um levantamento comparativo, destacamos que de fevereiro de 2020 a 09 de abril de 2022, foram confirmados 1.242.889 casos acumulados desde o início da pandemia. Para todos os casos confirmados foram considerados resultados de laboratórios públicos e privados, critérios laboratorial, clínico, clínico-epidemiológico e clínico-imagem. Em 2022, nota-se o aumento expressivo no número de casos suspeitos a partir da SE 01, demonstrando um crescimento considerável de casos confirmados quando comparado às últimas semanas do ano anterior. A figura 9 mostra o acumulado de casos suspeitos e confirmados desde o início da pandemia até janeiro/2022 (SESA, 2022).

Atualizando para o ano de 2023, a Secretaria Estadual de Saúde do Ceará destaca que nas primeiras Semanas Epidemiológicas entre os meses de janeiro à abril de 2023, foram registrados 14.880 casos e 32 óbitos por Covid-19, em comparação com o mesmo período do ano anterior observa-se uma redução significativa no número de casos e de óbitos confirmados. O órgão também informa, que esses dados possuem relação com o fato de 89,2% (8.118.286) da população acima de 6 meses de idade possui o esquema vacinal primário completo (SESA, 2023)

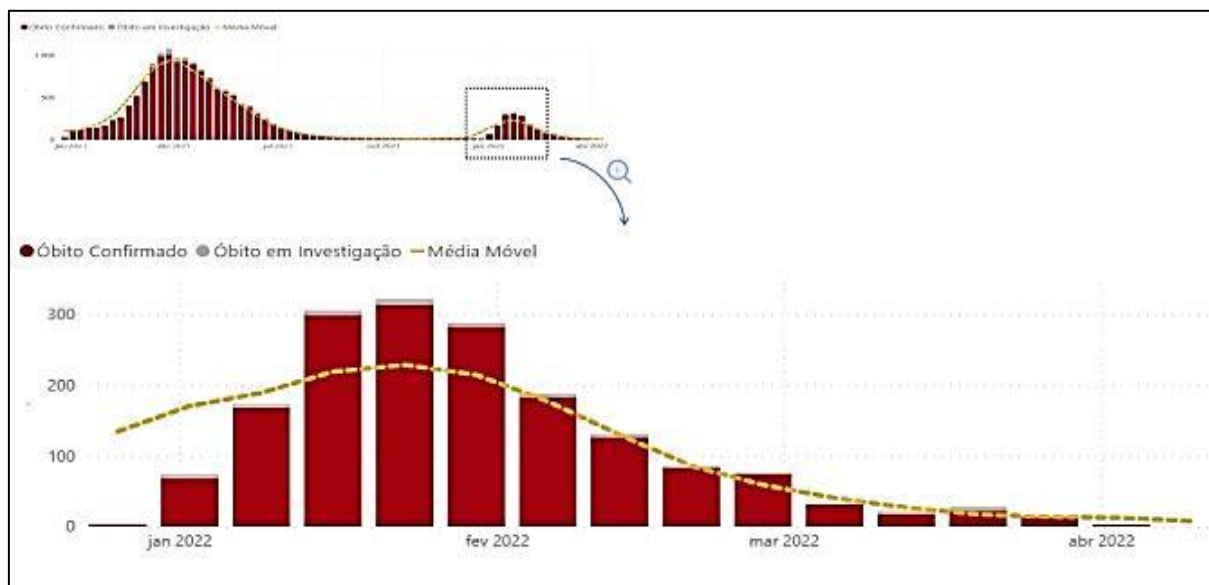
Figura 9 – Distribuição dos casos de SRAG por covid-19, segundo SE do início dos sintomas, Ceará, 2020 a 2023.



Fonte: SIVEP-GRUPE *Dados sujeitos à revisão, atualizados em 04/05/2023 às 10:00h. Semana Epidemiológica nº55 (SE 55).

O sexo masculino foi o mais prevalente com 866 (51,4%); 1.272 (75,4%) apresentavam doenças crônicas pré-existentes; 02 (0,1%) gestantes e 2 (0,1%) puérperas. Quanto à evolução da doença, considerando os dias decorridos entre a data de início de sintomas e a data do óbito, foi em média 15,2 dias. Quanto ao local do óbito, 258 (15,3%) ocorreram em domicílio. A média de dias entre a data de início de sintomas e a data de internação dos pacientes que foram a óbito foi de 5,2 dias. A média de dias de internação foi de 11,3 dias. Os dias 20, 22 e 24 de janeiro registraram 55, 54 e 51 óbitos, respectivamente (Ver figura 10) (SESA, 2022).

Figura 10 – Distribuição dos óbitos por Covid-19 segundo data de ocorrência, Ceará, 2021 e 2022.



Fonte: eSUS notifica, Sivep Gripe, Saúde Digital.

No ano de 2023, até a data de 29 de abril, (SE 17), foram confirmados 14.880 casos. Quando analisamos os últimos 15 dias (SE 14 a 17), observa-se uma redução de 662 casos confirmados, chegando a 18,2%. Já quando comparamos o mesmo período do ano de 2022 (SE 14 a 17) com o ano de 2023, observamos um aumento significativo de 308,0% (SESA, 2023).

No mês de outubro de 2022, após a redução de mortes, foram confirmados 52 óbitos nos meses de novembro e dezembro, demonstrando aumento de desfechos fatais em consonância com o novo aumento de casos confirmados no período. De janeiro a maio do ano corrente, observamos que a redução no número de óbitos persiste, onde em várias SE do ano de

2023 ocorreram ausências de óbitos por Covid-19. Observa-se que 38,1% dos óbitos atestados ocorreu em pessoas acima de 80 anos e de modo geral, predominou o sexo masculino com 53,9%.

1.4 Percepção de risco sobre a Covid-19

No início do surgimento da Covid-19, não havia muitas informações sobre a doença. À medida que a pandemia progredia nos países, havia uma disseminação massiva de novas informações todos os dias. Em meio a rumores e informações reais, prevaleceu a presença de angústia e ansiedade, quadros que foram piorados devido os decretos de isolamento, distanciamento social e uso de máscara. Embora a presença de problemas de saúde mental devido à pandemia já tenha sido confirmada, ainda não houve uma medição exata da ansiedade que a pandemia causou (Chandola *et al.*, 2020).

Muitas pessoas experimentaram sensações de ansiedade e medo devido à pandemia. Quando uma ameaça é percebida como de alto risco, são criados mecanismos para enfrentá-la, como negação e racionalização. A negação é a recusa em reconhecer uma verdade ou emoção desagradável ou o fracasso em reconhecer essa verdade, frente a uma situação ameaçadora. Por outro lado, a racionalização é o mecanismo que utiliza a razão: considerando suas crenças e desejos, interpretando o risco vivenciado com o desejo de que esse risco não seja real, a pessoa passa a reduzir sua percepção de risco. No caso da pandemia, a negação se traduziu em descrença na doença. Declarações como “a epidemia é falsa; não existe” é um exemplo claro de negação, e “covid é simplesmente uma gripe; não é tão perigoso como dizem” um exemplo de racionalização. Ambos estão relacionados aos mecanismos de representações psicológicas que orientam nossos comportamentos futuros (Calil *et al.*, 2020).

Dessa forma, a percepção de risco é definida como a avaliação de potenciais perigosos que podem representar uma ameaça à saúde ou ao bem-estar de um indivíduo. Os indivíduos tendem a tomar decisões intuitivamente, com base no risco percebido de uma ação que resulta em um evento adverso. Portanto, pessoas com percepção de risco reduzida da Covid-19 também podem apresentar atitudes negativas, por meio do desrespeito às diretrizes de segurança, rejeição do uso máscaras e promoção de encontros resultando em um risco aumentado para si e para os outros. Por sua capacidade de moldar comportamentos, essa má adaptação na percepção de risco pode influenciar outras atitudes e práticas que podem ser relevantes no contexto da pandemia e ajudar na compreensão das ações das pessoas (Nivette *et al.*, 2021). Os mais jovens tendem a ter uma menor percepção de risco de eventos adversos que entendem como controláveis, como as doenças infecciosas e, conseqüentemente, têm

comportamentos mais arriscados. Sabe-se que adultos jovens e adolescentes são menos propensos a cumprir as medidas de proteção da Covid-19 e as diretrizes de saúde pública. Esse comportamento pode ocorrer devido às características desse público, como baixa aceitação das regras morais e baixa culpa (Hakim *et al.*, 2021).

Contudo, esforços práticos e científicos estão focados nos aspectos biológicos da doença. No entanto, o contexto pandêmico e as medidas de controle recomendadas afetam a população em várias dimensões das condições de vida e saúde, em particular a saúde mental. A presença de transtornos mentais, sofrimento e alterações no padrão de sono, causam efeitos negativos na vida cotidiana e na qualidade de saúde das pessoas, contribuindo para um percentual relevante de anos vividos com incapacidade. Os transtornos mentais podem se agravar ou se tornar fatores de risco para doenças crônicas e virais. Em períodos de epidemias e isolamento social, a incidência ou agravamento dessas condições tende a aumentar (Barros *et al.*, 2020). É provável que essas medidas resultem em danos colaterais para pacientes com outras doenças agudas, além de agravar as condições econômicas e sociais da população (Timerman, 2020).

Globalmente, pandemias devastadoras como a Covid-19 podem também fornecer oportunidades valiosas para o aprendizado acerca da percepção de risco humano e os resultados de tais estudos podem ser usados para informar a alocação de recursos dentro de países e de organizações multilaterais internacionais e agências como a OMS. Também podem fornecer uma base de evidências para a formulação de políticas públicas de saúde e risco. Resultados graves de desastres naturais são frequentemente influenciados pelo nível de distribuição de recursos econômicos e renda dentro da população de um país (ou região). O papel dos recursos ou a falta deles nas respostas da sociedade aos desastres mostram como a psicologia positiva pode contribuir para o desenvolvimento da comunidade durante os desastres. A cultura e a percepção de risco estão intimamente ligadas às crenças e aos valores culturais, estes podem contribuir, então, para o sucesso ou não dos esforços de controle à pandemia da Covid-19 (Abu *et al.*, 2021).

1.4.1 Lockdown/Bloqueio

No início de 2020, especialistas científicos e governos orientaram os cidadãos a mudarem o comportamento social implementando práticas de distanciamento social, a fim de impedir uma propagação exponencial do vírus SARS-CoV-2. No entanto, houve uma preocupação crescente de que as pessoas não iriam cumprir as medidas propostas. O desrespeito

às práticas de distanciamento social poderia levar a uma disseminação descontrolada e, posteriormente, a muitas mortes por Covid-19 (Neureiter *et al.*, 2021).

O isolamento é a separação das pessoas doentes daquelas não infectadas com o objetivo de reduzir o risco de transmissão da doença. Para ser efetivo, o isolamento dos doentes requer que a detecção dos casos seja precoce e que a transmissibilidade viral daqueles assintomáticos seja muito baixa. No caso da Covid-19, em que existe um maior período de incubação, se comparado a outras viroses, a alta transmissibilidade da doença por assintomáticos limita a efetividade do isolamento de casos, como única ou principal medida. A quarentena é a restrição do movimento de pessoas que se presume terem sido expostas a uma doença contagiosa, mas que não estão doentes, ou porque não foram infectadas, ou porque ainda estão no período de incubação ou mesmo porque, na Covid-19, permanecerão assintomáticas e não serão identificadas. O distanciamento social envolve medidas que têm como objetivo reduzir as interações em uma comunidade, que pode incluir pessoas infectadas, ainda não identificadas e, portanto, não isoladas. Como as doenças transmitidas por gotículas respiratórias exigem certa proximidade física para ocorrer o contágio, o distanciamento social permite reduzir a transmissão (Bezerra *et al.*, 2020).

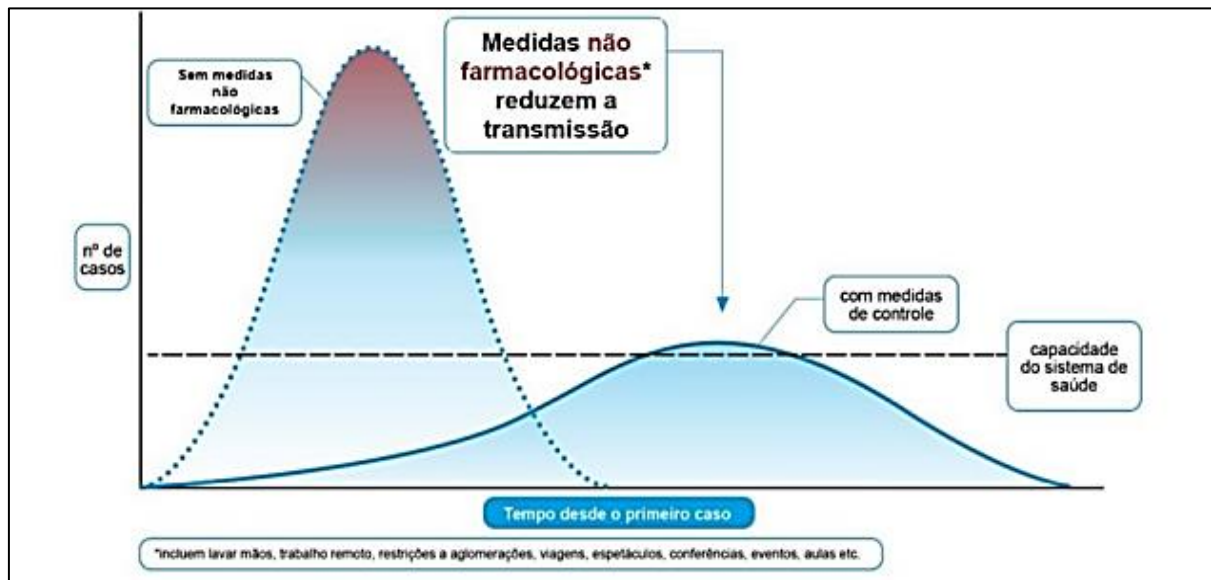
O distanciamento social é particularmente útil em contextos com transmissão comunitária, nos quais as medidas de restrições impostas, exclusivamente, aos casos conhecidos ou aos mais vulneráveis são consideradas insuficientes para impedir novas transmissões. O caso extremo de distanciamento social é a contenção comunitária ou bloqueio (em inglês, *lockdown*) que se refere a uma intervenção rigorosa aplicada a toda uma comunidade, cidade ou região através da proibição de que as pessoas saiam dos seus domicílios exceto para a aquisição de suprimentos básicos ou a ida a serviços de urgência (Aquino, 2020).

O *lockdown* durante o surto da doença inclui uma gama de intervenções não farmacêuticas com a finalidade de limitar as interações físicas e ocasionar o distanciamento social. O bloqueio social é uma direção para a restrição de contatos físicos interindividuais. Uma instrução para não sair de casa é dada a fim de evitar contatos com o ambiente externo, incluindo a proximidade com pessoas com infecção assintomática. Sob essa condição, foi liberado o movimento mínimo e emergencial do público. Devido à importância do bloqueio social, muitas nações começaram a segui-lo em diferentes momentos da infecção de seus cidadãos pelo SARS-CoV-2. Os pesquisadores também ganharam mais tempo para estudar o vírus, buscar estratégias terapêuticas e vacinas contra Covid-19 (Paital *et al.*, 2020).

Entretanto, por mais que a introdução dessa estratégia seja eficaz para retardar a propagação da infecção, alguns estudos apontaram inúmeros efeitos negativos na população,

como saúde mental prejudicada, redução da conexão social e, conseqüentemente, a solidão em qualquer faixa etária, porém há uma preocupação acentuada nos escolares (Tíscar-González *et al.*, 2020). Esses bloqueios afetaram negativamente os indivíduos e o crescimento econômico do país, provocando a dívida pública e o desemprego, por isso, as medidas de bloqueio devem ser administradas com cautela, sendo baseados em dados imparciais e cuidadosamente coletados. Os efeitos adversos decorrentes dessa prática não devem ser ignorados, e devem ser seguidas todas as medidas para minimizar o impacto social e garantir que essa experiência seja a mais tolerável possível para a população em geral (Tazewska *et al.*, 2021). Como exemplo, a figura 11 relata os efeitos dessas medidas não farmacológicas. (SESA, 2020).

Figura 11 – Medidas de prevenção e controle: Impacto pretendido das medidas não farmacológicas na pandemia de Covid-19 através da redução de contato social.



Fonte: Boletim Epidemiológico nº5 – COE COVID-19 – 14/03/2020.

Quando instalada no Brasil, o isolamento social causou muitas polêmicas, uma vez que algumas autoridades mostraram-se céticas quanto à sua eficácia. O fato é que a maior parte dos tomadores de decisão optaram por incentivar essa medida, adotando estratégias de controle da mobilidade da população, como o fechamento de escolas e universidades, do comércio não essencial, e de áreas públicas de lazer etc. Como resultado, grande parte da população brasileira apoiou e aderiu ao movimento do isolamento social com o objetivo de se prevenir da Covid-19 e de colaborar com a atenuação da curva de contágio no país (Bezerra *et al.*, 2020).

Um ponto que também é importante foi a acelerada transformação digital que o isolamento causou. Em pouco tempo, diversos segmentos da atividade econômica tiveram que

se reinventar e aderir a recursos tecnológicos para não pararem de vez suas funções. A população mundial precisou se adaptar à presença virtual em diversas áreas, ampliando as potencialidades humanas, criando um novo modo de aprender e de pensar. O ensino à distância tornou-se a rota da educação implementada na maioria dos países, englobando novas preocupações e desafios para os alunos. Tal situação deve também ser levada em consideração após as medidas de isolamento, pois foi relatado que a ansiedade e a depressão são causadas por emergências públicas, incluindo pandemias, afetando a saúde mental da população. Foi reconhecido também que a pandemia da Covid-19 afetou significativamente o processo educacional de crianças e adolescentes (Basheti *et al.*, 2021).

A resposta mais proeminente foi a "falta de liberdade", seguida por sentimentos momentâneos de tédio. Alternativamente, os efeitos negativos do tédio do estado durante o bloqueio foram menores entre aqueles que mantiveram um forte senso de controle sobre suas ações. Assim, não é inevitável que as restrições levem a escolhas de ação mal adaptadas (Brosowsky, 2021).

Contudo, foi um desafio aderir as recomendações de isolamento social dentre elas o *lockdown*, essa forma abrupta demandou mudanças significativas na rotina e comportamento das pessoas. Outro ponto a se destacar, está no medo dos indivíduos em contrair a doença, pessoas aderindo a desinformação, compartilhando teorias de conspiração a respeito da vacina, fazendo uso de medicações e tratamentos não recomendados nem cientificamente comprovada eficácia, tudo isso originando novos riscos à saúde. A respeito da disseminação de informações falsas, este foi o maior desafio a ser enfrentado depois do vírus (Finger, 2021).

1.4.2 Medidas de prevenção

A última pesquisa global da OMS sobre a implementação de programas nacionais de prevenção e controle de infecções destaca a necessidade urgente de reduzir as desigualdades na disponibilidade de boa higienização das mãos e outras medidas de prevenção e controle de infecções entre países de alta e baixa renda. Este é um sério desafio, a Covid-19 demonstrou dramaticamente quão importante às boas práticas de higienização das mãos são na redução do risco de transmissão, quando usadas como parte de um pacote abrangente de medidas preventivas. Os métodos clássicos de prevenção e controle não farmacológicos, como higienização das mãos com álcool gel e uso de máscaras, precisam ser continuados e incentivados, juntamente com o distanciamento social, especialmente para grupos de alto risco. Estudos confirmaram que a velocidade com que os novos casos de Covid-19 ocorreram,

diminuíram à medida que o isolamento social aumentava. O sucesso de tais ações podem estar fortemente influenciado pela conscientização da população sobre o assunto (Gardona *et al.*, 2022).

A mudança de comportamento durante uma pandemia está relacionada a vários fatores: avaliação de risco, medos pessoais, determinantes sociais, campanhas informativas e expectativas culturais. Embora pareça uma medida simples e de fácil realização, a higienização das mãos tem voltado ao foco durante a pandemia, sendo uma prática valiosa por ser econômica e muito eficaz na redução de inúmeras doenças infectocontagiosas. Porém, além das medidas emergenciais, devem ser adotadas providências que sustentem o hábito da higienização em longo prazo. Assim, outras doenças transmissíveis, surtos e novas pandemias serão prevenidos. Entidades como governos, setores privados e públicos, assim como universidades e sociedade civil devem atuar em colaboração em busca dessa mudança de comportamento, favorecendo as práticas de higiene. Também, medidas de vigilância e controle devem ser implementadas para avaliar, monitorar e prever melhorias por meio de programas de intervenções (Chen X e Yu B, 2020).

2. JUSTIFICATIVA

Em 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi notificada sobre o surgimento de uma doença com alto potencial de morbimortalidade, proveniente da cidade de Wuhan, na província de Hubei, na China. O vírus foi isolado em janeiro de 2020, tratava-se de um novo tipo de coronavírus, o Sars-CoV-2, causador da Covid-19.

Para que os casos não se espalhassem de forma descontrolada, deveriam ser adotadas medidas drásticas de saúde pública, como o isolamento, a fim de diminuir a transmissão. Para isso, os governantes deveriam enfrentar a população e demais segmentos da sociedade e para que essas medidas fossem seguidas e obtivessem sucesso, deveriam se embasar em ciência e cientistas, assim como a população deveria ter uma boa percepção dos mesmos e do grau de confiança nas instituições públicas, na mídia e na percepção do próprio risco durante a pandemia. Tal percepção apresenta variações em diferentes grupos por ser socialmente construída, determinada por fatores socioeconômicos, políticos e culturais e afetada pelos efeitos da comunicação e da veracidade das informações repassadas sobre os riscos da doença. A comunicação de risco é parte integrante de qualquer resposta de emergência, permitindo às pessoas compreender e adotar comportamentos de proteção, além de propiciar às autoridades o processo de escuta das populações e de responder às suas demandas com aconselhamento relevante e confiável. Torna-se, assim, relevante para a gestão pública adotar tais medidas em situações como a imposta pela pandemia de Covid-19.

A percepção, entendimento e adesão às recomendações de autoridades sanitárias, em seu conjunto, com especial atenção ao período de realização e aos diferentes contextos diante da pandemia, colaboram com a construção de um corpo sólido de conhecimento sobre possibilidades de enfrentamento da Covid-19 e outras possíveis pandemias futuras que dependem da adesão da população. Essa percepção é de fundamental importância, no entendimento que as respostas individuais moldam o curso de uma pandemia, levando a população a ser atuante na redução dos casos da doença, a entender suas próprias responsabilidades e quais seriam as do poder público, além de aceitarem ou não as recomendações propostas por este último.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o impacto das políticas de distanciamento social e os desafios para sua implementação durante a pandemia de Covid-19 no estado do Ceará.

3.2 Objetivos Específicos

- Identificar os reflexos psicossociais, ocorridos em virtude da doença durante as três ondas da epidemia no estado;
- Avaliar e comparar as experiências da população durante as três primeiras ondas do Covid-19 e suas atitudes em relação às medidas de saúde pública adotadas durante os bloqueios;
- Relatar as possíveis causas de ansiedade e necessidades de cuidados de saúde mental relacionados à pandemia de Covid-19;
- Relacionar como a percepção dessas medidas impactou nos diferentes grupos (estratos etários, sexo, condição de renda e escola).

4 MÉTODOS

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado entre fevereiro a março de 2022, com questões relacionadas às medidas sanitárias desenvolvidas no Ceará durante a primeira, segunda e terceira onda da Covid-19.

4.2 População do estudo

Foram convidados a participar do estudo maiores de 18 anos, que residiam no estado do Ceará durante a pandemia da Covid-19 e que vivenciaram os períodos de bloqueio/*lockdown*. Utilizou-se a amostragem por conveniência através de anúncios nas redes sociais (*Facebook, Gmail, LinkedIn, Instagram, Whatsapp*).

4.2.1 Critérios de inclusão

Maiores de 18 anos; residentes no estado do Ceará que concordassem em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);

4.2.2 Critérios de exclusão

Participantes residentes no Ceará, mas que durante a pandemia passaram a residir em outros estados.

4.3 Coleta de dados

A pesquisa foi realizada por meio de um questionário virtual, disponibilizado através de um link, por meio de questionário eletrônico produzido na plataforma *Google Forms* e divulgado nas redes sociais. O acesso ao questionário ficou disponível por um mês (fevereiro a março de 2022). Os participantes preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido disponibilizado na versão on-line, que descreveu o estudo detalhadamente.

4.3.1 Técnica metodológica snowball

O estudo foi realizado por meio de ferramenta de pesquisa *on-line* (questionário semiestruturado) em formulários do *Google®* com questões que abordavam sobre dados sociodemográficos, questões relacionadas à Covid-19 e ao bloqueio (incluindo as percepções das medidas de saúde pública durante o isolamento rígido).

A via utilizada para a execução desse trabalho de pesquisa em comunidades foi à técnica metodológica *snowball*, também divulgada como *snowball sampling* (amostragem de bola de neve). É uma técnica de amostragem que utiliza cadeias de referência como uma espécie de rede, utilizada em pesquisas sociais onde os participantes iniciais de um estudo indicam novos participantes, e assim sucessivamente, até que seja alcançado o objetivo proposto. Este método de amostragem é particularmente adequado numa situação de confinamento em que a mobilidade e o contato social da população são reduzidos. Assim, a distribuição online da pesquisa possibilitou o acesso rápido por um grande número de pessoas em um curto período de tempo, pois a situação da Covid-19 estava evoluindo rapidamente e novas medidas governamentais poderiam ser necessárias.

Utilizou-se o método de pesquisa *on-line* de auto seleção de amostragem não probabilística para recrutar participantes por meio de postagens em redes sociais. O link da pesquisa foi incluído em um anúncio em vários veículos de mídias sociais, de forma pública, (*Facebook@*, *Gmail*, *Linkedin@*, *Instagram@*). Foi solicitado aos participantes recrutados que eles enviassem convites aleatoriamente para seus contatos telefônicos e/ou redes sociais, para tentar inscrevê-los também como participantes desta pesquisa. Buscamos atingir o maior número de pessoas e possibilitar a participação e respostas de todos os municípios do estado do Ceará. As mensagens foram enviadas com o link para acessar o formulário eletrônico, neste acompanhava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), informando as diretrizes para resolução e perguntas do estudo. O formulário foi aplicado conforme orientação ética da resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

4.3.2 Variáveis do estudo

Foram investigados: gênero (feminino, masculino), faixa etária (idade inicial de 18 anos e acima de 40 anos). Raça/cor (parda, negra, branco, indígena), nível de escolaridade (fundamental completo/incompleto, médio completo/incompleto, superior completo/incompleto, pós-graduado completo/incompleto), renda domiciliar: 01 a 03 salários mínimos e mais 03 salários mínimos, estado civil (casado, separado/divorciado, solteiro, viúvo), local de residência (Fortaleza, Região Metropolitana de Fortaleza-RMF, interior do estado do Ceará), quantidade de pessoas que vivem no domicílio (incluindo você, filhos, irmãos, parentes e amigos), quantidade de moradores idosos (acima de 60 anos), quantidade de filhos, situação profissional (estudante, funcionário público, profissional liberal, empregador,

desempregado, dono(a) de casa, autônomo, aposentado ou pensionista, empregado-CLT, outros) e se possui alguma doença crônica/comorbidade.

4.3.3 Escala de likert

As questões relacionadas à experiência dos participantes em relação aos bloqueios da Covid-19 tiveram como referência a escala de *Likert*, esta escala psicométrica é utilizada em pesquisas com o intuito de entender opiniões e atitudes dos respondentes. É composta por um conjunto de frases (itens) em relação a cada uma das quais se pede ao sujeito que está a ser avaliado para manifestar o grau de concordância desde o discordo totalmente, até ao concordo totalmente. Os níveis graduados utilizados foram (1 (um) – Muito frequentemente, 2 (dois) – frequentemente, 3 (três) – ocasionalmente, 4 (quatro) – raramente e 5 (cinco) – nunca).

4.4 Análises Estatísticas

Na estatística descritiva, os dados categóricos foram expressos como contagem absoluta e frequências relativas em porcentagens. Na estatística analítica, para a comparação das frequências das variáveis categóricas entre os grupos foi usado o teste do Qui-quadrado, conforme frequências esperadas em tabelas cruzadas 2x2. Valores de $p < 0,05$ foram considerados como estatisticamente significantes. Nas questões onde o participante podia escolher mais de uma opção, adotamos um valor de p para cada item, nas demais foi adotado apenas um por categoria. Todas as análises foram realizadas no software SPSS (IBM SPSS *Statistics for Windows* Versão 20.0).

4.5 Aspectos Éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) por meio da plataforma Brasil e, seguindo os princípios exigidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade). Os participantes do estudo foram orientados sobre o objetivo da pesquisa acerca dos riscos e benefícios, bem como ao caráter voluntário da participação, no formulário online já havia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa em humanos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) em 10 (dez) de fevereiro de 2022 (CAAE: 53835621.8.0000.5054, parecer nº 5.235.226), conforme previsto na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

5. RESULTADOS

A coleta de dados iniciou em fevereiro e foi encerrada em março de 2022, exatamente um mês. Neste período foram captados 1.082 participantes, porém 3 foram excluídos, pois residiam em outras cidades fora do estado do Ceará, totalizando uma amostra de 1.079 colaboradores.

5.1 Características gerais da população de estudo

A amostra foi constituída em sua maioria pelo sexo feminino (64%), com faixa etária predominantemente de 30 a 40 anos (37%), e etnia parda (55%), seguida da branca (38%). O estado civil predominante foi casado/união estável (49%). A pós-graduação obteve maior frequência em relação à escolaridade (44%) e 30% da amostra estava empregado na época da coleta de dados, sendo que 19% atestaram serem funcionários públicos. 50,2% dos entrevistados apresentaram entre 1 a 3 salários mínimos, mas convém identificar que 48% dos entrevistados receberam auxílio emergencial durante a pandemia. A grande maioria morava na capital Fortaleza (72%), e relataram que havia entre 1 a 3 pessoas no mesmo domicílio (55%), sendo interessante notar que 36% dos respondentes relatou haver entre 1 e 2 idosos na residência, enquanto 53% dos entrevistados responderam não ter filhos. Em relação ao tipo de assistência à saúde, 56% dos participantes utilizam plano de saúde privado. A tabela 2 detalha os dados Sociodemográficos.

Tabela 2 - Características sociodemográficas dos participantes do estudo *Google Form* 2023

	N	%
Sexo		
Masculino	387	35,8
Feminino	690	64,0
Prefiro não informar	2	0,20
Faixa etária		
18 a 30 anos	335	31,0
30 a 40 anos	394	36,5
< 40 anos	350	32,4
Raça/Cor		
Branco	407	37,7
Parda	592	54,9
Negra	72	6,70
Indígena	8	0,70
Escolaridade		
Ensino Fundamental	32	3,00
Ensino Médio	167	15,4
Ensino Superior	406	37,6

Pós-graduação	474	44,0
Renda		
Até 3 SM	542	50,2
> 3 SM	425	39,3
Sem rendimento	37	3,50
Não quiseram informar	75	7,00
Estado civil		
Solteiro(a)	476	44,1
Casado(a)/União estável	531	49,2
Divorciado(a)/Viúvo(a)	72	6,70
Local que reside		
Capital (Fortaleza)	778	72,1
Região metropolitana	131	12,2
Interior	170	15,7
Quantidade de pessoas que vivem no domicílio		
1 a 3	589	54,6
4 a 6	460	42,6
7 a 10	30	2,80
Quantidade de moradores idosos que residem		
0	683	63,5
1 a 2	384	35,7
3 a 4	8	0,80
Tem filhos?		
Sim	507	47,0
Não	572	53,0
Quantos filhos?		
1 a 2	415	81,8
3 a 5	92	18,2
Tipo de plano de assistência à saúde utilizado	507	
Sistema Único de Saúde (SUS)	430	40,0
Plano de saúde privado	598	55,5
Atendimento médico particular	48	4,50
Auxílio Emergencial Covid-19		
Sim	521	48,4
Não	556	51,6
Religião		
Sem religião	236	22,0
Católico	642	59,4
Evangélico	201	18,6
Situação profissional		
Autônomo	121	10,1
Empregado (carteira assinada)	357	30,0
Estudante	177	15,0
Funcionário Público	230	19,3
Profissional Liberal	73	6,10
Aposentado/pensionista	35	3,00
Empregador	47	4,00
Desempregado	63	5,20
Dona de casa	30	2,50
Outros	56	4,80
Possui alguma doença crônica ou comorbidade?		
Diabetes	39	4,00
Hipertensão (HAS)	104	10,8
Cardiopatía	15	1,50
Obesidade	52	5,30
Doença pulmonar (asma, DPOC)	55	5,60
Câncer	7	0,70
Doença hepática	1	0,10
Doença neurológica	6	0,60
Infecção por HIV ou imunodeficiência	1	0,10

Outros	56	5,70
Não se aplica	642	65,6

Dados expressos em forma de frequência absoluta e relativa (n, %).

Fonte: Própria autora, 2023.

5.2 Reflexos Psicossociais Ocorridos em Virtude da Doença e do Cenário Pandêmico Durante as Três Ondas da Covid-19 No Estado

Um percentual de 44,3% dos participantes responderam estar apenas um pouco preocupados em se infectarem pela doença, no momento da aplicação do questionário. Já quando a pergunta foi em relação a algum membro da família se infectar, a frequência foi de 43,4%. 79,3% dos entrevistados consideraram a 1ª onda estressante e angustiante, já na 2ª onda, essa frequência caiu para 66,4% e na terceira onda caiu para 27,0%, onde a maioria dos participantes apontou esta fase como tranquila/normal (46,9%). Em um segundo momento, quando questionados sobre seus sentimentos de insegurança, durante a segunda onda, foi observado que a maioria se sentia pouco segura (31,6%), e referente a terceira onda (27%), no entanto, o sentimento de segurança, referente a este período pontuaram com maior frequência (33,5%). (Tabela 3).

Tabela 3 – Reflexos psicossociais devido à pandemia da Covid-19 nos participantes do estudo

	N	%
Nesse momento, quão preocupado você está em ser infectado pela Covid-19?		
Nem um pouco preocupado	162	15,0
Um pouco preocupado	478	44,3
Preocupado	305	28,2
Muito preocupado	120	11,1
Não soube informar	14	1,30
Como foi vivenciar o período da 1ª onda da Covid-19?		
Tranquilo, normal	56	5,19
Atípico	154	14,2
Estressante, angustiante	856	79,3
Outros	13	1,20
Como foi vivenciar o período da 2ª onda da Covid-19?		
Tranquilo, normal	168	15,6
Atípico	173	16,0
Estressante, angustiante	717	66,4
Outros	21	1,94
Como foi vivenciar o período da 3ª onda da Covid-19?		
Tranquilo, normal	506	46,9
Atípico	245	22,7
Estressante, angustiante	291	27,0
Outros	37	3,40
Diante do cenário de pandemia (após a 2ª onda), como você se sentiu?		

Muito Inseguro	51	4,70
Inseguro	248	23,0
Pouco inseguro	194	18,0
Pouco seguro	341	31,6
Seguro	217	20,1
Muito seguro	28	2,60
Diante do cenário de pandemia (após a 3ª onda), como você se sentiu?		
Muito Inseguro	21	1,90
Inseguro	131	12,2
Pouco inseguro	189	17,5
Pouco seguro	291	27,0
Seguro	361	33,5
Muito seguro	86	7,80
No atual momento, como se sente em relação a um membro da sua família pegar Covid-19?		
Nem um pouco preocupado	65	6,00
Um pouco preocupado	468	43,4
Preocupado	388	36,0
Muito preocupado	142	13,1
Não soube informar	16	1,50

Dados expressos em forma de frequência absoluta e relativa (n, %).

Fonte: Própria autora, 2023.

Quando questionados sobre os medos, qualidade de sono e sentimentos durante os períodos de bloqueio (*lockdown*) observou-se que o maior desafio foi manter distância dos amigos ou familiares (48,3%) e que a redução do convívio social (53%) foi o tópico mais impactado pelos participantes. Apenas 29,4% relataram preocupação com a saúde física e mental. A grande maioria (61%) teve sentimento de angústia durante os períodos de *lockdown*, destacando o medo de contaminação de amigos e parentes pela doença (40,1%) e ser contaminado pelo vírus e não ter acesso à assistência médica devido a superlotação dos hospitais (35,2%). Além disso, 37,7% relataram que se sentiam isolados de seus familiares e amigos próximos de maneira frequente e 32,2% dos entrevistados relataram que se sentiram ansiosos ou nervosos de maneira muito frequente, mas não tiveram interferência na qualidade do sono (43%).

A situação econômica foi a preocupação de 33,4% dos respondentes, sendo que 41% deles continuaram trabalhando durante o *lockdown*, em *home-office*. Apenas 7,4% afirmou que teve o salário reduzido.

Já quando perguntados sobre sentimentos/experiências positivas durante o *lockdown* e a maioria relatou que teve melhor consciência sobre a importância de higienização na prevenção de doenças (40,5%) e de ter mais contato com pessoas que moram na mesma residência (30,8%) (tabela 4).

Tabela 4 - Desafios e impactos da pandemia da Covid-19 nos participantes do estudo

	N	%
Qual foi o seu maior desafio durante os períodos de bloqueio (<i>lockdown</i>)?		
Dificuldade em comprar remédios e/ou alimentos	88	8,10
Dificuldade em dividir o espaço de casa com os demais parentes	68	6,30
Impedimento de ir a bares, espaços de lazer e academias	71	6,60
Manter distância dos amigos e/ou familiares	522	48,3
Prejuízo nas atividades escolares/faculdade	202	18,7
Outros	107	10,0
Não sei informar	21	2,00
Durante os períodos de bloqueio (<i>lockdown</i>), marque 2 das opções abaixo que mais impactaram na sua rotina?		
Convívio social	570	53,0
Saúde (física e mental)	316	29,4
Mobilidade urbana (transporte público)	77	7,20
Situação econômica	359	33,4
Atividade labora/estudantil presencial	341	31,7
Outros	54	5,00
Como foi afetada a sua ocupação/trabalho durante os períodos de bloqueio?		
Não trabalhava antes e continuou desempregado(a)	121	11,2
Continuei trabalhando, mas em home-office	444	41,1
Perdi o emprego	53	3,90
Tive férias remuneradas	28	2,60
Tive o salário reduzido	80	7,40
Outros	341	31,5
Sobre o uso obrigatório de máscaras?		
Devem ser utilizadas por toda a população, sem exceção	891	82,5
Devem ser utilizadas apenas por indivíduos do grupo de risco (idosos, etc)	28	2,60
Devem ser utilizadas apenas em espaços privados (Shopping, cinemas, restaurantes, etc)	69	6,40
Devem ser utilizadas apenas por pessoas que testaram positivo para a Covid-19	26	2,40
Devem ser utilizadas apenas por profissionais de saúde	31	3,00
Não sou favorável	34	3,10
Você teve alguma experiência positiva durante o período de <i>lockdown</i>? (marque duas opções)		
Ter mais contato com as pessoas que moram comigo	332	30,8
Conversar mais com os pais e outros familiares	246	22,8
Fazer as refeições em família com mais frequência	220	20,4
Fazer outras atividades que não tinha tempo antes	302	28,0
Ter mais consciência sobre a importância da higienização para a prevenção de doenças	436	40,5
Tive outro tipo de experiência positiva	263	24,4
Não tive experiência positiva	95	8,80
Durante os períodos de <i>lockdown</i> você sentiu algum dos sentimentos listados abaixo? (pode marcar mais de uma opção)		
Angústia	658	60,9
Estresse	192	17,8
Solidão	29	2,70
Medo	76	7,00
Tristeza	34	3,10
Pânico	4	0,40
Outros	8	0,70
Não senti nenhum dos citados acima	74	6,80
Qual foi o seu maior medo durante a pandemia da Covid-19?		
A falta de um tratamento específico para combater a doença	129	11,9
Aumento da insegurança pública	17	1,60
Contaminação de amigos e parentes pela doença	433	40,1

Ficar desempregado(a)	31	2,90
Medo de voltar à rotina (sair de casa, ir a escola, trabalhar)	25	2,30
Não tive medo	34	3,10
Ser contaminado pelo vírus e não ter assistência médica devido a superlotação dos hospitais	381	35,2
Outros	27	2,50
A pandemia afetou a qualidade do seu sono?		
Comecei a ter problemas de insônia	304	28,1
Continuei com os mesmos problemas de sono	145	13,4
Eu já tinha problemas de sono e eles pioraram bastante	144	13,3
Eu já tinha problemas de sono, mas eles diminuíram	15	1,40
Não afetou, continuo dormindo bem	464	42,9
Durante os períodos de bloqueio/lockdown, com que frequência você se sentiu isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?		
Nunca	32	3,00
Raramente	74	6,80
Ocasionalmente	207	19,1
Frequentemente	407	37,7
Muito frequente	353	32,7
Durante os períodos de bloqueio/lockdown, com que frequência você se sentiu ansioso(a) ou nervoso(a)?		
Nunca	49	4,50
Raramente	104	9,60
Ocasionalmente	238	22,0
Frequentemente	337	31,2
Muito frequente	348	32,2

Dados expressos em forma de frequência absoluta e relativa (n, %).

Fonte: Própria autora, 2023.

5.3 Percepção dessas Medidas em Diferentes Estratos Etários, Sexo e Condição de Renda

Durante a análise bivariada, quando categorizados por idade, todas as faixas etárias pontuaram que a disseminação da doença se dá através do contato com pessoas contaminadas ($p=0,046$). E os grupos apontaram que o desafio de manter distância dos amigos e familiares foi o maior ($p=0,000$) durante os períodos de *Lockdown*.

Já em relação às medidas adotadas pelos governos do estado do Ceará, os respondentes relataram que elas foram efetivas ($p=0,027$) mas que o Governo do Estado está moderadamente preparado para enfrentar a Covid-19 ($p=0,000$). Os meios mais utilizados para buscarem informações sobre a Covid-19 foram às mídias sociais ($p=0,000$), com a principal busca sendo nas redes sociais e rádio ou TV, porém que muitas notícias veiculadas nas mídias (*internet e Whatsapp*), eram alarmistas/exageradas ($p=0,000$). Em relação a rotina, saúde física e mental ($p=0,000$) e atividade laboral ($p=0,007$), foram os que causaram maior impacto durante os bloqueios. Em relação à percepção das áreas mais afetadas pela pandemia, a saúde e economia foram as mais citadas. Sobre a perspectiva futura em relação a pandemia, pontuaram que a situação vai melhorar (Tabela 5).

Tabela 5 - Percepção das medidas contra a pandemia e sua relação com a faixa etária dos participantes.

	Faixa Etária			p valor
	20-30 anos N (%)	30-40 anos N (%)	>40 anos ou mais N (%)	
De acordo com a sua percepção, como a Covid-19 pode contaminar um indivíduo?				
Picada de insetos contaminados	0 (0)	0 (0)	1 (0,3)	0,359
Beber água contaminada	3 (0,9)	1 (0,3)	7 (2,0)	0,061
Através de contato com animais domésticos (cães ou gatos)	1 (0,3)	0 (0)	2 (0,6)	0,338
Contato com pessoas contaminadas, por meio de espirros, tosse ou conversas	322 (98,8)	394 (99,7)	347 (97,1)	0,046
Se teve algum sintoma gripal nesses períodos o que você fez?				
Não fiz nada, levei uma vida normal	8(2,7)	15(4,2)	9(3,1)	0,186
Procurei tomar cuidados, reduzi um pouco o contato, não visitei idosos, mas continuei trabalhando e saindo.	73(24,9)	70(19,6)	71(24,2)	
Procurei tomar cuidados, reduzi um pouco o contato, não visitei idosos, mas continuei trabalhando e saindo.	91(31,1)	92(25,8)	87(29,7)	
Fiquei rigorosamente em casa, saindo apenas para buscar atendimento médico.	121(41,3)	180(50,4)	126(43,0)	
Qual a sua opinião sobre o isolamento social para o controle da Covid-19?				
Discordo totalmente	0 (0)	1 (0,3)	0 (0)	0,060
Discordo	4 (1,5)	11(3,2)	17(6,4)	
Neutro	12(4,4)	15(4,4)	16(6,1)	
Concordo	74(27,0)	102(30,0)	62(23,5)	
Concordo totalmente	184(67,2)	211(62,1)	169(64,0)	
Qual foi o seu maior desafio durante os períodos de bloqueio (lockdown)?				
Prejuízo nas atividades escolares/faculdade	89(28,6)	65(16,7)	47(13,6)	0,000
Dificuldade em comprar remédios e/ou alimentos	21(6,8)	34(8,7)	30(8,7)	
Dificuldade em dividir o espaço de casa com os demais parentes	28(9,0)	24(6,2)	17(4,9)	
Impedimento de ir a bares, espaços de lazer e academias	22(7,1)	30(7,7)	19(5,5)	
Manter distância dos amigos e/ou familiares	122(39,2)	191(49,1)	201(58,1)	
Outros	29(9,3)	45(11,6)	32(9,2)	
Você acredita que as medidas de saúde pública adotadas no Ceará reduziram o número de vítimas da Covid-19?				
Sim	288(94,1)	329(88,4)	301(89,1)	0,027
Não	18(5,9)	43(11,6)	37(10,9)	
O Governo Estadual repassou informações claras e suficientes sobre a Covid-19?				
Sim	227(75,7)	291(79,1)	268(79,3)	0,467
Não	73(24,3)	77(20,9)	70(20,7)	
Depois de todo esse período, o Governo Estadual está mais preparado para enfrentar a Covid-19?				
Despreparado	18(5,7)	20(5,1)	26(7,4)	0,000
Indiferente	6(1,9)	5(1,3)	7(2,0)	
Pouco preparado	64(20,2)	62(15,7)	75(21,4)	

Moderadamente preparado	184(58,0)	222(56,3)	144(41,1)	
Totalmente preparado	45(14,2)	85(21,6)	98(28,0)	
Capacidade do Governo Estadual em controlar futuras epidemias?				0,000
Despreparado	38(12,0)	39(9,9)	37(10,6)	
Indiferente	5(1,6)	3(0,8)	5(1,4)	
Pouco preparado	91(28,7)	79(20,1)	87(25,0)	
Moderadamente preparado	155(48,9)	218(55,5)	145(41,7)	
Totalmente preparado	28(8,8)	54(13,7)	74(21,3)	
Por qual meio buscava informações sobre a Covid-19?				
Governo	130(40,4)	158(40,1)	127(36,3)	0,463
Mídias sociais	206(64,0)	168(42,6)	151(43,1)	0,000
Amigos e familiares	55(17,1)	46(11,7)	56(16,0)	0,091
Profissionais de saúde	218(67,7)	243(61,7)	207(59,1)	0,064
Líderes religiosos	4(1,2)	3(0,8)	6(1,7)	0,497
Artigos e fontes científicas	131(40,7)	163(41,4)	115(32,9)	0,035
Rádio e TV	79(24,5)	108(27,4)	123(35,1)	0,007
Outros	13(4,0)	22(5,6)	12(3,4)	0,334
Por qual meio buscava informações sobre saúde?				
App Ministério da Saúde	119(37,0)	126(32,0)	90(25,7)	0,007
Mídias sociais	182(56,5)	171(43,4)	139(39,7)	0,000
Amigos e familiares	48(14,9)	33(8,4)	46(13,1)	0,019
Profissionais de saúde	214(66,5)	239(60,7)	194(55,4)	0,014
Jornal/revistas	37(11,5)	47(11,9)	44(12,6)	0,910
Artigos e fontes científicas	169(52,5)	187(47,5)	145(41,4)	0,016
Rádio e TV	101(31,4)	131(33,2)	142(40,6)	0,028
Outros	9(2,8)	18(4,6)	11(3,1)	0,388
Percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (TV e rádio) sobre a covid-19?				0,951
Falsas	5(1,6)	3(0,8)	4(1,2)	
Alarmistas, exageradas	102(32,4)	124(31,7)	118(34,0)	
Mal-intencionadas	38(12,1)	48(12,3)	43(12,4)	
Reais, verdadeiras	170(54,0)	216(55,2)	182(52,4)	
Percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (internet e WhatsApp) sobre a Covid-19?				0,000
Falsas	52(16,5)	43(11,1)	45(13,0)	
Alarmistas, exageradas	111(35,2)	147(37,9)	136(39,3)	
Mal-intencionadas	108(34,3)	124(32,0)	78(22,5)	
Reais, verdadeiras	44(14,0)	74(19,1)	87(25,1)	
Áreas que sofreram maior impacto durante a pandemia				
Saúde	194(89,0)	229(80,4)	194(84,3)	0,031
Economia	195(89,4)	252(88,4)	198(86,1)	0,528
Política	26(11,9)	39(13,7)	18(7,8)	0,107
Meio Ambiente	9(4,1)	17(6,0)	9(3,9)	0,481
Cultura	13(6,0)	17(6,0)	18(7,8)	0,640
Educação	59(27,1)	104(36,5)	78(33,9)	0,077
Qual o maior desafio durante os períodos de bloqueio/lockdown?				0,000
Prejuízo nas atividades escolares/faculdade	89(28,6)	65(16,7)	47(13,6)	
Dificuldade em comprar remédios e/ou alimentos	21(6,8)	34(8,7)	30(8,7)	
Dificuldade em dividir o espaço de casa com os demais parentes	28(9,0)	24(6,2)	17(4,9)	
Impedimento de ir a bares, espaços de lazer e academias	22(7,1)	30(7,7)	19(5,5)	

Manter distância dos amigos e/ou familiares	122(39,2)	191(49,1)	201(58,1)	
Outros	29(9,3)	45(11,6)	32(9,2)	
Durante os períodos de bloqueio, o que mais impactou a rotina?				
Convívio social	160(49,7)	200(50,8)	203(58,0)	0,058
Situação econômica	109(33,9)	141(35,8)	102(29,1)	0,146
Saúde física e mental	223(69,3)	251(63,7)	190(54,3)	0,000
Mobilidade urbana	25(7,8)	28(7,1)	22(6,3)	0,754
Atividade laboral/estudantil presencial	121(37,6)	105(26,6)	110(31,4)	0,007
Outros	10(3,1)	19(4,8)	23(6,6)	0,114
Qual sua expectativa futura em relação à pandemia?				
Estamos no pior momento da pandemia	2(0,7)	3(0,8)	3(0,9)	0,002
A situação ainda vai piorar	11(3,7)	12(3,2)	4(1,2)	
A situação está mais tranquila, mas pode piorar	128(42,5)	114(30,6)	99(29,3)	
A situação vai melhorar	160(53,2)	243(65,3)	232(68,6)	

Dados expressos como contagem absoluta e relativa entre parêntesis. Foi feita análise com teste do qui-quadrado. Fonte: Própria autora, 2023.

Houve associação entre o sexo e vivenciar a pandemia de modo mais estressante/angustiante durante a primeira e segunda onda ($p=0,000$) e isso se reverteu durante a terceira, onde a maioria achou o período mais tranquilo/normal ($p=0,007$). Também houve diferença entre os grupos em relação a acreditar que a transmissão da Covid-19 pode se dar através de contato com animais domésticos ($p=0,020$), sendo mais frequente essa resposta no grupo masculino. Obteve-se associação também em relação a acreditarem que os testes para Covid-19 foram “pouco disponível” no Ceará ($p=0,017$), mas que as medidas de saúde pública adotadas pelo governo do Ceará foram efetivas ($p=0,011$), sendo menor a crença no grupo também masculino e que podem ter diminuído o número de vítimas ($p=0,011$). Considerando por fim que a situação vai melhorar quanto à expectativa futura da pandemia ($p=0,034$) (Tabela 6). De um modo geral, o sexo feminino foi mais positivo em relação às repostas implementadas e a realidade da situação.

Tabela 6 - Percepção das medidas contra a pandemia e sua relação com o sexo dos participantes

	Sexo		P Valor
	Feminino N (%)	Masculino N (%)	
Como a Covid-19 pode contaminar um indivíduo?			
Picada de insetos contaminados	1(0,1)	0(0,0)	0,454
Beber água contaminada	6(0,9)	6(1,6)	0,306
Através de contato com animais domésticos (cães ou gatos)	0(0,0)	3(0,8)	0,020
Contato com pessoas contaminadas, por meio de espirros, tosse ou conversas	690(99,9)	384(99,2)	0,102
Como foi vivenciar o período da 1ª onda da Covid-19?			
Tranquilo, normal	25(3,6)	31(8,1)	0,000
Atípico	77(11,2)	76(19,8)	
Estressante, angustiante	580(84,1)	274(71,4)	

Outros	8(1,2)	3(0,8)	
Como foi vivenciar o período da 2ª onda da Covid-19?			0,000
Tranquilo, normal	86(12,5)	81(21,1)	
Atípico	91(13,2)	81(21,1)	
Estressante, angustiante	501(72,7)	214(55,7)	
Outros	11(1,6)	8(2,1)	
Como foi vivenciar o período da 3ª onda da Covid-19?			0,007
Tranquilo, normal	301(43,7)	205(53,0)	
Atípico	156(22,6)	87(22,5)	
Estressante, angustiante	208(30,2)	82(21,2)	
Outros	24(3,5)	13(3,4)	
Qual a sua opinião sobre o isolamento social para o controle da Covid-19?			0,680
Discordo totalmente	1(0,2)	0(0,0)	
Discordo	18(3,1)	14(4,5)	
Neutro	31(5,4)	13(4,2)	
Concordo	160(27,6)	82(26,6)	
Concordo totalmente	369(63,7)	199(64,6)	
Você acha que tem informações suficientes sobre as formas de prevenção da Covid-19?			0,105
Não	54(9,3)	19(6,2)	
Sim	526(90,7)	289(93,8)	
Você acredita que as medidas de saúde pública adotadas no Ceará e as restrições podem reduzir o número de vítimas da Covid-19?			0,011
Não	54(8,2)	48(13,1)	
Sim	608(91,8)	318(86,9)	
Você acha que recebeu do Governo Estadual, informações claras e suficientes sobre a Covid-19?			0,400
Não	138(21,1)	85(23,4)	
Sim	515(78,9)	278(76,6)	
O Governo Estadual está mais preparado para enfrentar a Covid-19?			0,003
Despreparado	29(4,2)	38(9,9)	
Pouco preparado	130(18,9)	72(18,7)	
Indiferente	14(2,0)	4(1,0)	
Moderadamente preparado	370(53,8)	183(47,5)	
Totalmente preparado	145(21,1)	88(22,9)	
Qual a sua percepção sobre a disponibilidade dos testes para o diagnóstico da Covid-19 no Ceará?			0,017
Inacessível	30(4,4)	26(6,8)	
Às vezes disponível	286(42,0)	126(32,9)	
Neutro	13(1,9)	13(3,4)	
Pouco disponível	244(35,8)	144(37,6)	
Sempre disponível	108(15,9)	74(19,3)	
As medidas de saúde pública adotadas no Ceará e as restrições podem reduzir o número de vítimas da Covid-19?			0,011
Não	54(8,2)	48(13,1)	
Sim	608(91,8)	318(86,9)	
Qual sua percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (TV e rádio) sobre a Covid-19?			0,926
Mal-intencionadas	82(12,1)	48(12,5)	
Alarmistas, exageradas	221(32,5)	128(33,3)	
Falsas	10(1,5)	4(1,0)	
Reais, verdadeiras	367(54,0)	204(53,1)	
Qual sua percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (internet e WhatsApp) sobre a Covid-19?			0,819
Mal-intencionadas	199(29,2)	118(31,1)	
Alarmistas, exageradas	255(37,4)	144(38,0)	
Falsas	90(13,2)	49(12,9)	
Reais, verdadeiras	137(20,1)	68(17,9)	

Dentre as áreas citadas abaixo quais são as que a pandemia de Covid-19 podem causar maior impacto?			
Saúde	413(85,5)	210(81,7)	0,178
Economia	425(88,0)	225(87,5)	0,861
Educação	164(34,0)	79(30,7)	0,375
Meio ambiente	24(5,0)	11(4,3)	0,674
Cultura	29(6,0)	19(7,4)	0,465
Política	51(10,6)	32(12,5)	0,437
Qual sua expectativa futura em relação à pandemia?			0,034
Estamos no pior momento da pandemia	4(0,6)	5(1,4)	
A situação ainda vai piorar	19(2,9)	7(1,9)	
A situação está mais tranquila, mas pode piorar	239(36,3)	104(28,7)	
A situação vai melhorar	396(60,2)	246(68,0)	

Dados expressos como contagem absoluta e relativa entre parêntesis. Foi realizada a análise com teste do qui-quadrado.

Fonte: Própria autora, 2023.

Houve diferença entre os grupos em relação à renda, sobre as medidas de saúde pública, bem como se o isolamento social poderiam reduzir o número de vítimas da Covid-19 ($p=0,010$; $p=0,002$, respectivamente). Os que detinham maior renda (mais de três salários) classificaram a atuação do governo como “moderadamente preparado” para enfrentar a Covid-19, que obteve associação estatística ($p=0,000$) e também moderadamente para controlar futuras epidemias ($p=0,000$). Interessantemente, houve diferença entre as frequências dos grupos em relação a renda no que diz respeito a acreditarem que as notícias veiculadas nas mídias, como internet e *Whatsapp*, eram alarmistas/exageradas ($p=0,000$), porém as transmitidas por rádio e TV consideraram reais/verdadeiras ($p=0,000$), sendo que no grupo que detinha mais de 3 salários, essa frequência foi maior (Tabela 7).

Tabela 7 - Percepção das medidas contra a pandemia e sua relação com a renda dos participantes

	Renda em Salários-Mínimos (SM)		P
	Até 3 SM N (%)	> 3 SM N (%)	Valor
De acordo com a sua percepção, como a Covid-19 pode contaminar um indivíduo?			
Picada de insetos contaminados	0(0,0)	1(0,2)	0,259
Beber água contaminada	8(1,5)	2(0,5)	0,125
Através de contato com animais domésticos (cães ou gatos)	2(0,4)	1(0,2)	0,711
Contato com pessoas contaminadas, por meio de espirros, tosse ou conversas	541(99,8)	423(99,5)	0,427
Qual a sua opinião sobre o isolamento social para o controle da Covid-19?			
Discordo totalmente	1(0,2)	0(0,0)	0,288
Discordo	21(3,9)	9(3,0)	
Neutro	22(4,1)	19(6,3)	
Concordo	140(26,3)	92(30,6)	
Concordo totalmente	348(65,4)	181(60,1)	
Você acha que tem informações suficientes sobre as formas de			0,443

prevenção da Covid-19?			
Não	47(9,0)	22(7,0)	
Sim	485(91,2)	279(92,7)	
Você acredita que as medidas de saúde pública adotadas no Ceará e as restrições podem reduzir o número de vítimas da Covid-19?			0,010
Não	38(7,0)	50(12)	
Sim	482(92,7)	357(87,7)	
Depois de todo esse período, você acha que o Governo Estadual está mais preparado para enfrentar a Covid-19?			0,000
Despreparado	31(5,7)	25(5,9)	
Pouco preparado	137(25,3)	45(10,7)	
Indiferente	12(2,2)	4(0,9)	
Moderadamente preparado	269(49,6)	227(53,8)	
Totalmente preparado	93(17,2)	121(28,7)	
Na sua opinião, qual a capacidade do Governo Estadual em controlar futuras epidemias?			0,000
Despreparado	65(12,0)	38(9,0)	
Pouco preparado	154(28,5)	73(17,4)	
Indiferente	8(1,5)	3(0,7)	
Moderadamente preparado	247(45,7)	227(54,0)	
Totalmente preparado	67(12,4)	79(18,8)	
Qual a sua percepção sobre a disponibilidade dos testes para o diagnóstico da Covid-19 no Ceará?			0,047
Inacessível	24(4,4)	23(5,5)	
Às vezes disponível	194(35,8)	177(42,5)	
Neutro	18(3,3)	5(1,2)	
Pouco disponível	203(37,5)	146(35,1)	
Sempre disponível	103(19,0)	65(15,6)	
Na sua opinião, o isolamento social foi uma maneira efetiva para evitar a disseminação da Covid-19?			0,002
Não	51(10,0)	68(17,0)	
Sim	473(90,0)	343(83,0)	
Qual sua percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (TV e rádio) sobre a Covid-19?			0,000
Mal intencionadas	58(10,7)	56(13,4)	
Alarmistas, exageradas	211(39,0)	102(24,5)	
Falsas	10(1,8)	2(0,5)	
Reais, verdadeiras	262(48,4)	257(61,6)	
Qual sua percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (internet e WhatsApp) sobre a Covid-19?			0,000
Mal intencionadas	142(26,3)	143(34,5)	
Alarmistas, exageradas	195(36,2)	153(36,9)	
Falsas	99(18,4)	35(8,4)	
Reais, verdadeiras	103(19,1)	84(20,2)	
Qual sua expectativa futura em relação à pandemia?			0,387
Estamos no pior momento da pandemia	6(1,2)	1(0,2)	
A situação ainda vai piorar	15(2,9)	9(2,2)	
A situação está mais tranquila, mas pode piorar	169(32,9)	136(33,5)	
A situação vai melhorar	323(63,0)	260(64,0)	

Dados expressos como contagem absoluta e relativa entre parêntesis. Foi realizada a análise com teste do qui-quadrado.

Fonte: Própria autora, 2023.

5.4 Percepção da População sobre o Cumprimento das Normas e Decretos Implantados pelo Governo durante as três ondas da Epidemia no Estado do Ceará

Quando categorizados em relação a percepção para entender se houve informações suficientes, os grupos obtiveram diferença significativa em relação a saber como se proteger da Covid-19 ($p=0,001$), além de acreditarem que as medidas de saúde pública adotadas podiam reduzir o número de vítimas da doença ($p=0,000$), mas apontaram a atuação do governo como “moderadamente preparado” para enfrentar a Covid-19 ($p=0,000$) bem como para controlar futuras epidemias ($p=0,000$) e que os testes para diagnóstico eram “às vezes disponíveis” para a população ($p=0,009$) (Tabela 8).

Tabela 8 - Atitudes e experiências dos participantes e sua relação com a percepção da capacidade do Governo quanto a controlar futuras epidemias.

	Recebeu informações suficientes do governo?		p valor
	Não N (%)	Sim N (%)	
Você sabe como se proteger da Covid-19?			0,001
Não	0 (0,0)	2 (0,3)	
Sim	221 (100,0)	794 (99,7)	
Se você testou positivo para a Covid-19, conseguiu seguir as recomendações da quarentena?			0,956
Não	25 (15,0)	36 (6,2)	
Sim	130 (77,8)	522 (89,8)	
Prefiro não responder	12 (7,2)	23 (4,0)	
Se você teve algum sintoma gripal nesses períodos, o que fez?			0,000
Não fiz nada, levei uma vida normal.	12 (6,1)	20 (2,8)	
Procurei tomar cuidados, mas continuei trabalhando e saindo.	40 (20,3)	162 (23,0)	
Fiquei em casa, saindo apenas para serviço essencial	57 (28,9)	204 (29,0)	
Fiquei rigorosamente em casa, saindo apenas atendimento médico.	88 (44,7)	318 (45,2)	
Você acredita que as medidas de saúde pública adotadas no Ceará e as restrições reduziram o número de vítimas da Covid-19?			0,000
Não	69 (33,5%)	23 (2,9%)	
Sim	137 (66,5%)	757 (97,1%)	
Durante os períodos de bloqueio da 1ª e 2ª ondas, de onde ou por meio de			

quem você buscava informações sobre a Covid-19?

Governo	63 (28,5)	345 (43,3)	0,000
Mídias sociais	102 (45,7)	406 (50,9)	0,17
Amigos e familiares	33 (14,8)	119 (14,9)	0,961
Profissionais da saúde	139 (62,3)	504 (63,2)	0,804
Líderes religiosos	4 (1,8)	8 (1,0)	0,334
Artigos e sites ou outras fontes científicas	103 (46,6)	361 (45,4)	0,695
Rádio e TV	50 (22,4)	247 (31,0)	0,013
Outros	19 (8,5)	26 (3,3)	0,001

Quais os principais meios que você utiliza para obter informações sobre saúde?

Website ou App do Ministério da Saúde	68 (30,5)	261 (32,7)	0,524
Das mídias sociais	93 (41,7)	378 (47,4)	0,130
De amigos e familiares	31 (13,9)	92 (11,5)	0,339
Profissionais da saúde	138 (61,9)	487 (61,1)	0,833
Jornal impresso/Revistas	29 (13,0)	96 (12,0)	0,699
Artigos e sites ou outras fontes científicas	111 (49,8)	367 (46,0)	0,324
Rádio e TV	64 (28,7)	292 (36,6)	0,028
Outros	14 (6,3)	22 (2,8)	0,012

O Governo Estadual está mais preparado para enfrentar a Covid-19?

Despreparado	42 (18,8)	20 (2,5)	0,000
Pouco preparado	78 (35,0)	107 (13,4)	
Indiferente	10 (4,5)	2 (0,3)	
Moderadamente preparado	88 (39,5)	444 (55,8)	
Totalmente preparado	5 (2,2)	223 (28,0)	

Quanto a capacidade do Governo Estadual em controlar futuras epidemias?

Despreparado	63 (28,5)	43 (5,4)	0,000
Pouco preparado	79 (35,7)	160 (20,1)	
Indiferente	6 (2,7)	2 (0,3)	
Moderadamente preparado	66 (29,9)	441 (55,4)	
Totalmente preparado	7 (3,2)	150 (18,8)	

Sobre a disponibilidade dos testes para o diagnóstico da Covid-19 no Ceará?

Inacessível	6 (2,7)	47 (6,0)	0,009
Às vezes disponível	103 (46,6)	289	

Neutro		(36,6)
	19	
Pouco disponível	5 (2,3)	(2,4)
	302	
Sempre disponível	63 (28,5)	(38,3)
	132	
	44 (19,9)	(16,7)

Dados expressos como contagem absoluta e relativa entre parêntesis. Foi feita análise com teste do qui-quadrado. Fonte: Própria autora, 2023.

Para aqueles que testaram positivo e seguiram as recomendações da quarentena, observou-se que os participantes durante a terceira onda da Covid-19, tiveram algum parente ou amigo que positivou para a doença ($p=0,000$) e que durante os períodos de *lockdown*, a saúde física e mental sofreu maior impacto durante a rotina ($p=0,000$). Por fim, apontaram que o uso de máscara, álcool em gel e o distanciamento social são medidas de saúde seguras para diminuir a disseminação da doença ($p=0,023$) (Tabela 9).

Tabela 9 - Atitudes e experiências dos participantes e sua relação com a percepção sobre o isolamento social, como uma medida eficaz ou não para evitar a disseminação da Covid-19.

	Se você testou positivo para a Covid-19, conseguiu seguir as recomendações da quarentena?		P valor
	Não N (%)	Sim N (%)	
Você sabe como se proteger da Covid-19?			0,806
Não	0 (0,0)	0 (0,0)	
Sim	329 (99,7)	744 (99,6)	
Prefiro não responder	15(18,0)	25(4,0)	
Faz uso de plano de assistência à saúde você?	205 (61,9)	439 (58,6)	0,305
Você ou algum membro da família recebeu algum auxílio do governo, durante a pandemia?	150 (45,5)	370 (49,7)	0,203
Teve algum parente ou amigo que testou positivo para a Covid-19? O contágio foi em qual(is) período(s)?			
1º onda (abril a maio de 2020)	159 (48,0)	357 (47,7)	0,910
2º onda (março a abril de 2021)	159 (48,0)	411 (54,9)	0,038
3º onda (dezembro/2021 a janeiro/2022)	150 (45,3)	457 (61,0)	0,000
Conhece alguém que faleceu em consequência da Covid-19? Ocorreu em qual(is) período(s)?			
1º onda (abril a maio de 2020)	186 (56,2)	453 (60,5)	0,186
2º onda (março a abril de 2021)	169 (51,1)	441 (58,9)	0,017
3º onda (dezembro/2021 a janeiro/2022)	33 (10,0)	79 (10,5)	0,774
Você acha que tem informações suficientes sobre as formas de prevenção da Covid-19?	126 (90,0)	691 (92,3)	0,369
Durante os períodos de bloqueio da 1ª e 2ª ondas, de onde ou por meio de quem você buscava informações sobre a Covid-19?			
Do governo	140 (42,3)	284 (37,9)	0,504
Das mídias sociais	152 (45,9)	380 (50,7)	0,554
De amigos e familiares	52 (15,7)	106 (14,2)	0,072
Profissionais da saúde	194 (58,6)	482 (64,4)	0,145
Líderes religiosos	1 (0,3)	13 (1,7)	0,401
Artigos e sites ou outras fontes científicas	152 (45,9)	303 (40,5)	0,145
Rádio e TV	100 (30,2)	213 (28,4)	0,093

Outros	17 (5,1)	30 (4,0)	0,164
Quais os principais meios que você utiliza para obter informações sobre saúde?			
Website ou App do Ministério da Saúde	114 (34,4)	226 (30,2)	0,566
Das mídias sociais	144 (43,5)	349 (46,6)	0,495
De amigos e familiares	48 (14,5)	82 (10,9)	0,137
Profissionais da saúde	196 (59,2)	460 (61,4)	0,440
Jornal impresso/Revistas	44 (13,3)	84 (11,2)	0,098
Artigos e sites ou outras fontes científicas	160 (48,3)	343 (45,8)	0,440
Radio e TV	120 (36,3)	258 (34,4)	0,347
Outros	8 (2,4)	32 (4,3)	0,611
Qual foi o maior desafio durante os períodos de bloqueio (lockdown)?			0,160
Prejuízo nas atividades escolares/faculdade	67 (21,0)	135 (18,2)	
Dificuldade em comprar remédios e/ou alimentos	24 (7,5)	64 (8,6)	
Dificuldade em dividir o espaço de casa com os demais parentes	24 (7,5)	45 (6,1)	
Impedimento de ir a bares, espaços de lazer e academias	13 (4,1)	58 (7,8)	
Manter distância dos amigos e/ou familiares	153 (48,0)	367 (49,6)	
Outros	38 (11,9)	71 (9,6)	
Durante os períodos de bloqueio (lockdown), o que mais impactou sua rotina?			
Convívio social	191 (57,7)	379 (50,6)	0,031
Situação econômica	98 (29,6)	263 (35,1)	0,077
Saúde física e mental	174 (52,6)	495 (66,1)	0,000
Mobilidade urbana	25 (7,6)	52 (6,9)	0,719
Atividade laboral/ estudantil presencial	113 (34,1)	228 (30,4)	0,228
Outros	22 (6,6)	31 (4,1)	0,079
Teve alguma experiência positiva durante o período de lockdown?			
Ter mais contato com as pessoas que moram comigo	99 (29,9)	234 (31,2)	0,662
Conversar mais com os pais e outros familiares	73 (22,1)	175 (23,4)	0,315
Fazer as refeições em família com mais frequência	61 (18,4)	158 (21,1)	0,092
Fazer outras atividades que não tinha tempo antes	104 (31,4)	198 (26,4)	0,069
Ter mais consciência sobre a importância da higienização para a prevenção de outras doenças	121 (36,6)	318 (42,5)	0,440
Tive outro tipo de experiência positiva	85 (25,7)	176 (23,5)	0,502
Não tive experiências positivas	32 (9,7)	63 (8,4)	0,209
Sobre a Covid-19, quais das alternativas abaixo estão corretas?			
O isolamento social é uma medida eficaz para conter a disseminação da doença	258 (77,9)	534 (71,3)	0,648
O indivíduo só se contamina uma vez com o coronavírus	1 (0,3)	8 (1,1)	0,083
O uso de máscaras, álcool em gel e o distanciamento social são medidas seguras para diminuir a contaminação da Covid-19	291 (87,9)	628 (83,8)	0,023
Tomar chá ou ingerir remédios caseiros podem prevenir a Covid-19	8 (2,4)	14 (1,9)	0,218
Respeitar os decretos do governo e seguir as medidas de saúde pública são atitudes que podem amenizar a disseminação da doença	237 (71,6)	526 (70,2)	0,081
O "KIT covid" (hidroxicloroquina, azitromicina e ivermectina) têm eficácia contra a Covid-19	16 (4,8)	58 (7,7)	0,557
Qual sua expectativa futura em relação à pandemia?			0,088
Estamos no pior momento da pandemia	6 (1,9)	3 (0,4)	
A situação ainda vai piorar	8 (2,6)	19 (2,7)	
A situação está mais tranquila, mas pode piorar	111 (35,5)	233 (32,8)	
A situação vai melhorar	188 (60,1)	455 (64,1)	

Dados expressos como contagem absoluta e relativa entre parêntesis. Foi feita análise com teste do qui-quadrado.
Fonte: Própria autora, 2023.

6. DISCUSSÃO

Inúmeras medidas de controle foram tomadas frente à rápida emergência da pandemia de Covid-19, o presente estudo sugere, fortemente, que a conjugação de isolamento social, quarentena de contatos e medidas amplas de distanciamento social, principalmente aquelas que reduzem os contatos sociais, tiveram o potencial de diminuir a transmissão da doença. Contudo, simultaneamente, as medidas trouxeram outros pontos não favoráveis.

O estudo oferece uma visão sobre a percepção dos residentes do estado do Ceará, sobre as experiências vivenciadas durante a pandemia da Covid-19, englobando reflexos psicossociais e atitudes em relação às medidas de saúde pública, determinadas pelo Governo estadual do Ceará durante os períodos de isolamento social, que ocorreram de maio/junho de 2020 (1º bloqueio) e de março/abril de 2021 (2º bloqueio). As percepções mudavam de acordo com o desenrolar da pandemia, a cada nova onda. As diferentes características e informações sobre a Covid-19 são bastante dinâmicas, com isso as percepções apontaram uma mudança principalmente com o início da vacinação.

As mulheres tiveram maior frequência de percepção de que a Covid-19 é transmitida através de contato com pessoas contaminadas e que o isolamento social foi eficaz para controlar a disseminação da doença. Segundo Griep *et al* (2022), as mulheres percebiam risco mais elevado de adoecimento por Covid-19 e eram mais ativas em adotar estratégias de enfrentamento e prevenção quando comparadas aos homens. Para as mulheres, o medo de transmissão da doença aponta uma dimensão relacional, explicada por questões culturais, de saúde, de trabalho, considerando que a maioria dos profissionais de saúde são do gênero feminino e de cuidado familiar. Ainda de acordo com os autores, a OMS vem notificando sobre a falta de cuidados dos homens com sua saúde, visto que não buscam serviços de prevenção, mas sim os de emergências.

Neste estudo, houve prevalência da faixa etária de 30 a 40 anos, nível de escolaridade foi a pós-graduação e mais da metade dos respondentes apresentando de 1 a 3 salários-mínimos, isto pode ter impactado em alguns resultados como a não diminuição da renda salarial durante a pandemia. De acordo com o estudo indiano, Roy *et al.*, (2020), 90% dos participantes tinham nível educacional elevado (graduação e pós-graduação), além disso, o grupo de pessoas que possuem nível superior e pós-graduação, geralmente são os mais adeptos ao formato de pesquisas *online*. No estudo, a maior frequência foi de 1 a 3 moradores por residência, fato que pôde ser corroborado por Bezerra *et al.*, (2020), a média durante o período

de isolamento era de 2 a 3 pessoas por domicílio, dada a média nacional de 3 habitantes comprovada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Nossas descobertas sugerem que, em comparação com a primeira e segunda onda da Covid-19, onde a maioria dos participantes apontaram como um período estressante e angustiante, na terceira onda, essa percepção mudou para tranquila/normal. Acredita-se que a mudança da percepção principalmente durante a terceira onda foi influenciada pela vacinação, com isso, algumas pessoas se sentiram mais seguras e protegidas contra a doença. Segundo Oliveira, *et al.*, (2021), a percepção populacional sobre o risco da transmissão do vírus passou a diminuir com o achatamento das curvas de casos e óbitos e reabertura econômica, que pôde ser melhor evidenciado após a introdução das vacinas (Orellana *et al.*, 2022). Nossos dados diferem dos achados do estudo de Taszewska *et al.*, (2021), onde os participantes apontaram maior preocupação durante a segunda onda, estando menos preocupados na primeira onda. Isso devido à ação rápida da Áustria em relação ao início da pandemia, onde foi exigido que todos os serviços não essenciais fechassem e reduzissem os contatos sociais, diferente do Brasil que inicialmente o governo minimizou a gravidade da pandemia, estimulou comportamentos inadequados e disseminou informações inverídicas.

A pandemia se caracterizou por diferentes ondas em todo o mundo, com períodos de aumento e diminuição dos casos, internações e mortes relacionadas à doença. Essas ondas são influenciadas por vários fatores, incluindo a disseminação de variantes do vírus, a implementação de medidas de saúde pública, vacinação e percepção da população. A primeira onda foi marcada por um aumento rápido de casos confirmados e óbitos. A segunda onda, por uma série de fatores, como, a flexibilização prematura das medidas de saúde pública, aumento das viagens e o surgimento de novas variantes. Já a terceira onda ocorreu no final de 2021 e início de 2022, durante esse período ocorreu o aumento da mobilidade social bem como o surgimento de variantes mais transmissíveis mas redução do número de óbitos.

No contexto brasileiro, desde o início da pandemia, os desafios para a implementação do distanciamento físico foram abundantes. Diferentemente de outros países (por exemplo, China e Nova Zelândia), onde os governos isolaram vilarejos ou regiões inteiras, no Brasil não foram estabelecidas diretrizes universais para definir a necessidade e os parâmetros de aplicação de medidas restritivas à circulação de pessoas. Em vez disso, coube a cada um dos estados e municípios da federação tomar suas próprias decisões. Segundo Calil, *et al* (2021), evidências apontaram que o posicionamento do presidente da nação, aliado ao partidário político de seus seguidores, afetou significativamente o comportamento das pessoas. A implementação de medidas de controle e de prevenção foram deficitárias.

Configurou-se um ambiente de incertezas que afetou a percepção da população acerca da importância da adesão às medidas de prevenção.

Conforme nossos dados, observou-se que aqueles que consideravam receber informações suficientes do governo, sabiam como se proteger da Covid-19 e que achavam que as medidas de saúde pública podiam reduzir o número de vítimas da doença, mas a atuação do governo foi rotulada como “moderadamente preparado” para enfrentar a Covid-19 bem como controlar futuras epidemias e que os testes para diagnóstico eram “às vezes disponível” para a população. Sabe-se que devido a falta de uma coordenação mais pontual do Ministério da Saúde (MS), os estados e municípios tiveram que adotar medidas isoladas. No Ceará, assim como em outros estados brasileiros, medidas de saúde pública foram adotadas para controlar a disseminação da doença. Um dos maiores desafios enfrentados pelo governo e autoridades de saúde pública foi comunicar de forma clara e objetiva os motivos e consequências das medidas adotadas. Segundo Camara *et al.*, (2020), as primeiras medidas visando o distanciamento social adotadas pelo governo do Estado do Ceará foram desacreditadas pela população, com apoio do Presidente da República que teve grande papel de minimização e descredibilização da doença, de forma que foram insuficientes para conter o avanço da contaminação e o acelerado crescimento do número de mortos.

Segundo Horton *et al.*, (2021) “a resposta dos governos ocidentais a Covid-19, representa o maior fracasso político das democracias desde a Segunda Guerra Mundial”. Não estávamos preparados, não reagimos aos alertas da China e da Itália no início da pandemia, como a desinformação se espalhou amplamente e muitos países olharam mais para seus próprios interesses do que para a colaboração global. Os serviços de saúde em muitos países sofreram após a crise financeira na resposta dos governos à pandemia: tivemos várias falhas, as principais foram não ouvir conselhos científicos, comunicação com o público, organização de testes e distribuição de equipamentos de proteção. A verdadeira visão de saúde pública não é apenas descobrir as medidas de controle apropriadas, incluindo uma nova vacina, mas também envolver os líderes políticos e as partes interessadas da sociedade, ajudar na comunicação e auxiliar a preencher a lacuna ciência-política.

Segundo Barbieri *et al.*, (2021), há diferenças entre a adesão as medidas impostas a depender das características sociais, diferenças socioeconômicas e comportamentais entre as populações. Diferente dos países europeus e asiáticos, o Brasil tem pouca experiência com catástrofes e calamidades não existindo a cultura local de prevenção dessas situações. A prática do isolamento social causou muitas polêmicas no país, uma vez que algumas autoridades mostraram-se céticas quanto à sua eficácia. O fato é que a maior parte dos gestores optou por

incentivar essa medida, adotando estratégias de controle da mobilidade da população, como o fechamento de escolas e universidades, do comércio não essencial, e de áreas públicas de lazer, etc., com o objetivo de se prevenir a Covid-19 e evitar a atenuação da curva de contágio no país.

O sucesso das políticas públicas para evitar o contágio e barrar a transmissão da doença depende da ciência, do grau de confiança nas instituições, na mídia e na percepção de risco das pessoas sobre a pandemia. Tal percepção apresenta variações em diferentes grupos por serem socialmente construída, determinada por fatores socioeconômicos, políticos, culturais e afetada pelos efeitos da comunicação e informação sobre riscos com seus diferentes enquadramentos. A comunicação torna-se, relevante para a gestão em situações como a imposta pela pandemia da Covid-19. As redes sociais digitais, por sua vez, adicionam um novo desafio relacionado à desinformação, já que fazem circular discursos não embasados em evidências científicas e dão voz a opiniões que podem confundir ainda mais o entendimento real dos riscos por parte da população exposta (Massarani *et al.*, 2021). No contexto da pandemia, o fenômeno denominado “infodemia” tem se destacado. O termo se refere a “um grande aumento no volume de informações de um assunto específico, que podem se multiplicar exponencialmente em pouco tempo devido a um evento específico”, como a pandemia atual. Nessa situação, surgem rumores e desinformação, além da manipulação de informações com intenção duvidosa. Na era da informação, esse fenômeno é ampliado pelas redes sociais e se propaga rapidamente (BARCELOS, *et al.*, 2021)

Diante desse contexto, quando perguntados sobre os meios de comunicação, os mais utilizados pelos participantes do estudo foram as mídias sociais, porém relataram que as notícias veiculadas pela *internet e WhatsApp* foram alarmistas/exageradas e as transmitidas por rádio e TV consideraram reais/verdadeiras. Corroborando com o estudo de Barcelos *et al.* (2021) cuja pesquisa apontou como principais fontes de notícias enganosas, o aplicativo *WhatsApp* (30,4%) e *Facebook* (21%). Segundo Vasconcellos-Silva *et al.*, (2020) a divulgação de informações inverídicas pode trazer consequências desastrosas para indivíduos e comunidades. No Brasil, a circulação de notícias falsas foi intensa. Principalmente por meio das mídias sociais (*Whatsapp, Facebook e Instagram*). Segundo Neto *et al.* (2020) a maioria das informações foram publicadas em redes sociais, mesmo diante de avanços tecnológicos, as *fakes news* foram disseminadas e compartilhadas no meio populacional com rápida velocidade, para distorcer e contaminar as recomendações das autoridades técnicas da área da saúde. Conforme o estudo de Newman *et al.*, (2020), houve dificuldade de monitoramento dos conteúdos produzidos pelas redes sociais, ou seja, menor controle da desinformação. Tendo em vista que essas mídias

alcançam rapidamente elevadas parcelas da população, elas tem o poder de influenciar o comportamento da população, prejudicando sua adesão aos cuidados comprovados pela ciência. Em um cenário pandêmico, os efeitos são ainda mais devastadores, como por exemplo, afirmações que foram comumente utilizadas comparando a doença a uma “gripezinha”, que por sua vez, dispensava o isolamento social. Essa afirmação dentre outras, permeiam o negacionismo e o que veio a ser chamado de necropolítica no país.

Segundo Garcia *et al.*, (2020), o excesso de informações, muitas vezes conflitantes, torna difícil encontrar aquelas que são verdadeiramente úteis para orientar as pessoas, e pode dificultar a tomada de decisão por gestores, especialmente quando não há tempo hábil para avaliar as evidências disponíveis. Ademais, o constante bombardeio de informações que alcança as pessoas por diversos meios e mídias (como televisão, rádio, *tablets*, *smartphones*, jornais eletrônicos, *blogs*, mídias sociais, aplicativos de conversas) acaba por sobrecarregá-las. Com isso, muitas vezes, as pessoas se tornam ansiosas, deprimidas, ou até mesmo exauridas e incapazes de responder às situações conflituosas que possam surgir.

O indivíduo como um ser social, tem a necessidade de interação com outras pessoas, sendo esta uma característica fundamental da espécie humana. Neste contexto, em meio à problemática de vivenciar o *lockdown*, os participantes do estudo se sentiram de maneira frequente, isolados e tiveram as maiores proporções de sentimentos como angústia, estresse, solidão, medo, tristeza e até pânico. Considerando que estavam reclusos em seus lares, e tendo como principais meios de informação as redes sociais e noticiários, que com frequência traziam notícias que aumentavam esses sentimentos. O isolamento social pode ter sido o fator determinante para o aumento dos casos de ansiedade em algumas pessoas. Segundo Gouveia *et al.*, (2020), aconselhar ou obrigar as pessoas a se auto isolarem em casa pode gerar o risco de sérios danos sociais e psicológicos. O isolamento de pessoas vivenciando uma epidemia de doença desconhecida está associada a efeitos psicológicos negativos, principalmente com sintomas de estresse pós-traumático e que podem ser de longa duração, principalmente aqueles que estão em desvantagem socioeconômica ou com problemas de saúde física ou mental (Douglas *et al.*, 2020).

O isolamento teve um impacto negativo nos indivíduos em todas as faixas etárias, sendo um fator significativo para piora de sintomas depressivos, mesmo em populações mais jovens. Não deixando de considerar a relação da ingestão de alimentos saudáveis e a falta da atividade física, fatores que vão impactar a qualidade de vida dos indivíduos. A pandemia da Covid-19 trouxe desafios importantes em todas as esferas, econômica, social, política e cultural.

Segundo Younes *et al.*, (2022), a Covid-19 não apenas levantou preocupações de saúde pública em todo o mundo, mas também levou a uma perturbação sem precedentes na vida normal das pessoas. Era esperado que efeitos psicológicos preocupantes como confusão, ansiedade, depressão e medo surgissem inevitavelmente. Estudos que relatam o impacto da Covid-19 na saúde mental detectaram uma grande carga psicológica atribuída à pandemia entre diferentes populações. Na China, foi relatada maior prevalência de transtornos de ansiedade e sintomas depressivos em adultos mais jovens. Já na Índia, de acordo com Roy *et al.*, (2020), foram relatados ansiedade, dificuldades de sono, angústia e paranoia sobre a contaminação por Covid-19. Ansiedade acentuada e sintomas depressivos durante o surto foram associados ao medo de ser infectado, aumento rápido do número de casos, estresse relacionado à economia, confinamento, restrições de viagens e mudanças na vida cotidiana. Outra implicação da Covid-19 no comportamento de saúde foi o uso de álcool, em que as previsões sobre o aumento do consumo, particularmente homens, surgiram devido ao sofrimento causado pela pandemia.

Segundo Lima, *et al.*, (2020), adultos jovens e mulheres têm sido mais propensos a relatar pior saúde mental e bem-estar durante a pandemia do que os homens. As mulheres relataram um aumento maior da solidão durante a pandemia, bem como um maior grau de responsabilidade familiar e de cuidado, o que poderia explicar parcialmente seus níveis mais elevados de saúde mental ruim em comparação com os homens. Os adultos que tiveram sintomas relacionados a Covid-19 eram mais propensos a relatar altos níveis de sofrimento mental e solidão do que adultos que não tinham tais sintomas (Benke *et al.*, 2020). Além disso, as transformações provocadas pela pandemia não pararam em atividades rotineiras, a doença fez com que inúmeras profissões tivessem que se adaptar e profissionais foram obrigados a se reinventar.

Dentro ainda do tema de adesão às decisões tomadas pelo governo e medidas de isolamento, não podemos deixar de citar que elas têm contextos diferentes de acordo com as realidades sociais de cada um. As condições de vida e trabalho das pessoas influenciam diretamente sobre esses fatores. As pessoas com menor renda, além de mais expostas aos impactos financeiros, também estavam mais vulneráveis a serem afetadas por problemas de saúde física e psicológicos associados a reclusão necessária no período de isolamento social. Tais condições de vulnerabilidade podem ser mais danosas nas comunidades formadas por famílias que vivem em único cômodo doméstico, pois a possibilidade de contaminação pela Covid-19 poderia ser maior, tornando mais difícil para quem precisa trabalhar informalmente aderir às medidas de isolamento, por não poder realizar remotamente suas tarefas laborais. Além da carga direta da doença, a resposta pandêmica causa efeitos indiretos negativos. Estes

são suportados desproporcionalmente por pessoas mais pobres. Medidas de distanciamento social prolongadas ou mais restritivas podem aumentar ainda mais as desigualdades a curto e longo prazo. (Natividade *et al.*, 2020; Douglas, *et al.*, 2020).

A pandemia causou o rebaixamento das previsões econômicas, com muitos países enfrentando uma recessão. As consequências para a saúde são complexas. As crises econômicas têm sido associadas a melhorias em alguns desfechos de saúde, mas piorando a saúde mental. No entanto, esses efeitos nocivos podem ser evitados por políticas sociais progressistas, é a resposta política que determina a saúde populacional de longo prazo. Segundo Lima *et al.*, (2020), enquanto a pandemia se alastrava, ficavam evidentes que as medidas de contenção a serem tomadas eram retardadas. A pandemia de influenza A (H1N1), em 2009, já havia demonstrado a existência de várias lacunas na capacidade de respostas às emergências em saúde pública.

Conclui-se que o *lockdown* foi uma medida que causou e que ainda pode causar diversos transtornos mentais e físicos, e que somente deve ser adotada em extrema necessidade. Em verdade, o Brasil precisa de um projeto de políticas de saúde pública mais diligente e que ampare e escute as necessidades da sociedade. A saúde e a preservação da vida da população se mostraram como os interesses mais prevalentes e que deveriam pelas autoridades públicas, ser colocadas acima de qualquer coisa. A pandemia trouxe situações desafiadoras, tanto durante quanto após a quarentena e viver o pós-pandemia no Brasil é sem dúvidas uma grande incerteza, mas no entendimento que a experiência vivida deixou grandes aprendizados.

Algumas limitações deste estudo devem ser consideradas. A amostra da pesquisa foi coletada por meio de anúncios *online* e as respostas não podem ser generalizáveis a toda população cearense. A maioria dos participantes eram mulheres, com a faixa etária entre 30 a 40 anos, com um elevado percentual de participantes com ensino superior e pós-graduação. Contudo, as pesquisas de percepção são de grande valor para a construção de pontes de conexão efetivas e definição de ações, trazendo os diversos conflitos, perspectivas e caminhos possíveis para contribuir e fortalecer a saúde pública. Apesar de certo senso comum que a desinformação já tenha abalado a confiança das pessoas em fontes oficiais de informação e em cientistas, nossos dados mostram que há excelente potencial para ações que possam escutar a população, levando em consideração suas expectativas e experiências nas futuras tomadas de decisão pertinentes à saúde pública.

7. CONCLUSÃO

A pandemia da Covid-19 provocou mudanças psicossociais significativas na população do Ceará, especialmente devido às medidas de controle como o isolamento social. Essas medidas foram eficazes em reduzir a transmissão do vírus, mas gerou impactos negativos na saúde mental, aumentando a ansiedade e a depressão. A conscientização sobre a importância da higiene e a resiliência da população foram notáveis, destacando a necessidade de políticas de saúde adaptadas à diversidade social para gerenciar crises futuras. As pesquisas de percepção revelaram a importância de entender os conflitos e as perspectivas da população, mostrando que ações baseadas no *feedback* da sociedade podem ser eficazes.

O estudo também ressaltou a importância de uma comunicação clara e objetiva por parte do governo e a necessidade de combater a desinformação, que foi exacerbada pelas redes sociais. A pandemia sublinhou a importância de políticas de saúde pública eficazes, pontuando a confiança nas fontes oficiais e nos cientistas, para o enfrentamento de futuras crises.

8. REFERÊNCIAS

ABI-RACHED, J.M. The Covid-19 caesura and the post-pandemic future. **BioSocieties** (2021) 16:142–156 <https://doi.org/10.1057/s41292-020-00212-6>.

ABU, E.K; O, R; O, U.L *et al.* Percepção de risco de COVID-19 entre africanos subsaarianos: uma pesquisa comparativa baseada na web de residentes locais e da diáspora. **BMC Public Health** 21, 1562 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11600-3>.

ALEXANDRE MES, *et al.*; Posicionamento Atitudinal, Percepção de Vulnerabilidade e Preocupação em contrair a COVID-19. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; Rio de Janeiro, 72 (2): 25-42. DOI: 10.36482/1809-5267. ARBP2020v72i1p.25-42.

ALIABADI, A.M., *et al.*; COVID-19: A systematic review and update on prevention, diagnosis, and treatment. **MedComm**. 2022;3:e115. <https://doi.org/10.1002/mco2.115>.

ALMALKI, F.A. *et al.* The relevant information about the severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) using the five-question approach (when, where, what, why, and how) and its impact on the environment. **Environmental Science and Pollution Research**. <https://doi.org/10.1007/s11356-022-18868>. 21 January 2022.

AMMAR, A., *et al.*; Psychological consequences of COVID-19 home confinement: The ECLB-COVID19 multicenter study. **PLOS ONE**. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240204> November 5, 2020.

AMODAN, B.O.; B, L.; K, E.; A, A.R.; F, J.N.S.; C, R.; W, R.K.; Level and determinants of adherence to COVID-19 preventive measures in the first stage of the outbreak in Uganda. **Int J Environ Res Public Health**. 2020 Dec; 17(23): 8810.

AQUINO, E.M.L. *et al.*; Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.1):2423-2446, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.10502020.

ARCHER, C. *et al.*, Capitalising on chaos – exploring the impact and future of social media influencer engagement during the early stages of a global pandemic. **Media International Australia** 2021, Vol. 178(1) 106–113. DOI: 10.1177/1329878X20958157.

BARBIERI, P.N, B, B. Orientação política e adesão ao distanciamento social durante a pandemia de COVID-19 na Itália. **Economia e Política**. 2021; 38: 483-504. doi: 10.1007/s40888-021-00224-w.

BARCELOS, T.N, *et al.* Análise de fake news veiculadas durante a pandemia de COVID-19 no Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 45, 2021. www.paho.org/journal. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.65>.

BARROS, F.C., *et al.* COVID-19 and social distancing among children and adolescents in Brazil. **Rev Saúde Pública**. 2021;55:42. Doi: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003832>.

BARROS, M.B.A, *et al.*, Report on sadness/depression, nervousness/anxiety and sleep problems in the Brazilian adult population during the COVID-19 pandemic. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 29(4):e2020427, 2020 doi: 10.1590/S1679-49742020000400018.

BASHETI, I.A.; M, Q.N.; M, H.N.; Prevalence of anxiety and depression during COVID-19 pandemic among healthcare students in Jordan and its effect on their learning process: A national survey. **Plos One**. Abril de 2021.

BENKE, C., A. L.K, A, E; P-F, C.A. Lockdown, quarantine measures, and social distancing: associations with depression, anxiety and distress at the beginning of the COVID-19 pandemic among adults from Germany. **Psychiatry Res**. 2020;293:113462. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113462>.

BEZERRA, A.C.V. Factors associated with people's behavior in social isolation during the COVID-19 pandemic. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.1):2411-2421, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.10792020.

BOLETIM OBSERVATÓRIO COVID-19 – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Semana Epidemiológica 12 e 13 (20 de março a 3 de Abril de 2022). Acesso em junho/2022 - https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos_2/boletim_covid_2022-se12-13.pdf.

BRITO, C. M. *et al.* A Educação Infantil no Contexto da Pandemia: O Processo Ensino e Aprendizagem fora das Escolas. **Id on Line Rev. Psic**. V.15, N. 57, p. 808-815, Outubro/2021. DOI: 10.14295/idonline.v15i57.3256.

BROSOWSKY, N.P; V, T; W, S. A.A; B, J, S; P, D. J. Propensão ao tédio, orientação política e adesão ao distanciamento social na pandemia. **Motivation and Emotion**. 2021; 45:631-640. doi: 10.1007/s11031-021-09888-0.

CALIL, G.G. *et al.*; The pandemic denial: reflections about bolsonarist strategy. <https://orcid.org/0000-0002-0479-7163>. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 140, p. 30-47, jan./abr. 2021.

CAMARA, S. F. *et al.* Vulnerabilidade socioeconômica à COVID-19 em municípios do Ceará. **Revista de Administração Pública**, v. 54, p. 1037-1051, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200133>.

CARLETTI, A. *et al.* A Religião Global no contexto da pandemia de Covid-19 e as implicações político-religiosas no Brasil. *Revista Brasileira de História das Religiões*. n.39, Janeiro/Abril de 2021 - p. 295-319 DOI: <https://doi.org/10.4025/rbhranpuh.v13i39.56601>.

CASCELLA, M, R. M, A, A, D, S, D. N. R. Características, avaliação e tratamento do Coronavírus (COVID-19). In: **Stat Pearls**. 2022.

CASTRO, M.C. *et al.* Spatiotemporal pattern of COVID-19 spread in Brazil. **Science**. 14 april 2021. Vol 372, issue 6544, pp.821-826. DOI: 10.1126/Science.abh1558.

CHANDOLA, T.; K, M; B, C.L; B, M. The mental health impact of COVID-19 and lockdown-related stressors among adults in the UK. **Psychol Med.** 2020:1–10. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005048>.

CHEN X, Y.U. B. First two months of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) epidemic in China: real-time surveillance and evaluation with a second derivative model. **Global Health Research and Policy**, 2020; 5(7): 2-9. DOI: 10.1186/s41256-020-00137-4.

CHEST Critical Care: Original Research – Volume 161. Issue 6, P1526-1542, June 01, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2022.01.057>.

CLARK, C; D, A; R, M. K. S. Preditores de comportamentos de conformidade voluntária COVID-19: Uma investigação internacional. **Global Transitions.** 2020; 2 :76-82. doi: 10.1016/j.glt.2020.06.003.

COMITÊ CIENTÍFICO DE COMBATE AO CORONAVÍRUS. Boletins 05 e 06 – Comitê científico do consórcio nordeste. Salvador (Brasil): Consórcio do Nordeste, 2020.

CORLETT, R. T. *et al.* Impacts of the coronavirus pandemic on biodiversity conservation. **Biol. Conserv.** v. 246, 2020.

COSTA, A.S. *et al.* Percepção de risco de adoecimento por COVID-19 e depressão, ansiedade e estresse entre trabalhadores de unidades de saúde. **Cad. Saúde Pública** 38 (3). 2022. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00198321>.

DHAMA, K., Coronavirus Disease 2019 COVID-19. **Clinical Microbiology Reviews.** October 2020, Volume 33, Issue 4 e00028-20. . <https://doi.org/10.1128/CMR.00028-20>.

DIÁRIO OFICIAL DO ESTADO | SÉRIE 3 | ANO XII Nº091 | FORTALEZA, 05 de maio de 2020. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Decretos-N%C2%BA33.574-e-N%C2%BA33.575-de-5-de-maio-de-2020.pdf>.

DITEKEMENA, J.D, *et al.*; Factors associated with adherence to COVID-19 prevention measures in the Democratic Republic of the Congo (DRC): Results of an online survey. **BMJ Open** 2021;11:e043356. doi:10.1136/bmjopen-2020-043356.

DOUGLAS, M; K, S.V; T, M; MK, M; MC, G. Mitigating the wider health effects of covid-19 pandemic response. **BMJ.** 2020; 369:m1557. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1557>.

EDER, S.J; S, D; S, M.M; P, M; M, J.M; P, O; B, J; S, P; *et al.* Predicting fear and perceived health during the COVID-19 pandemic using machine learning: A cross-national longitudinal study. **Plos One** 16(3): e0247997. March 11, 2021.

FINGER, J.A.F.F. Adherence to food hygiene and personal protection recommendations for prevention of COVID-19. **Trends in Food Science & Technology.** 112 (2021) 847–852. <https://doi.org/10.1016/j.tifs.2021.03.016>.

GARCIA, L. P., *et al.* Infodemic: excess quantity to the detriment of quality of information about COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 29(4):e2020186, 2020. doi: 10.1590/S1679-49742020000400019.

GARDONA, R.G.B. Brazilians' level of knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: a cross-sectional study. **São Paulo Medical Journal**. Maio/2022. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.2021.0541.23072021>.

GIRI, S. *et al.* Current challenges in different approaches to control COVID-19: a comprehensive review. **Bulletin of the National Research Centre** (2022) 46:47 <https://doi.org/10.1186/s42269-022-00730-2>.

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 - Revista do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Estudos do Lazer - UFMG**, Belo Horizonte, v.23, n.3, set/2020. doi.org/10.35699/2447-6218.2020.25438.

GONZALEZ, V.T; G, J.S; C, T.M; M, I.Z; R, M.N; J, J.P.; Perceptions and experiences of 7-8 year old schoolchildren in the Basque Country during the COVID-19 health alert. **Elsevier Public Health Emergency Collection**. V. Tíscar-González et al. / *Gac Sanit.* (2022);36(1):19–24. Published online 2020 Dec 17.

GOUVEIA, G.P.M. *et al.* Incidence and lethality of COVID-19 in Ceará, 2020. **Cadernos ESP. Ceará – Edição Especial**. 2020, Jan. Jun.; 14(1): 10 – 16.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Decreto nº 33.510 de 16 de março de 2020**. Diário oficial do Estado do Ceará. Série 3, Ano XII nº 053, Caderno ¼. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/04/DECRETO-N%C2%BA33.510-de-16-de-mar%C3%A7o-de-2020.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Decreto nº 33.519 de 19 de março de 2020**. Diário oficial do Estado do Ceará. Série 3, Ano XII nº 056, Caderno Único. Disponível em: <https://www.cge.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/20/2020/03/DECRETO-N%C2%BA33.519-de-19-de-mar%C3%A7o-de-2020.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. **Decreto nº 33.569 de 30 de abril de 2020**. Diário oficial do Estado do Ceará. Série 3, Ano XII nº 091. Disponível em: <https://www.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/05/Decretos-N%C2%BA33.574-e-N%C2%BA33.575-de-5-de-maio-de-2020.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2021.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ. Secretaria da Saúde. IntegraSUS: Transparência da Saúde do Ceará. 2020. Disponível em: <https://integrasus.saude.ce.gov.br>.

GRIEP, R. H. *et al.* Risk perception of contracting COVID-19 among healthcare workers. **Rev Bras Saúde Ocup** 2022;47:ecov4. <http://doi.org/10.1590/2317-6369/18721en2022v47ecov4>.

HAKIN, M.P. *et al.* Should I stay, or should I go? Consumers' perceived risk and intention to visit restaurants during the COVID-19 pandemic in Brazil. **Food Research International** 141 (2021) 110152. <https://doi.org/10.1016/j.foodres.2021.110152>.

HILLS, S.; E, Y.; Factors associated with non-adherence to social distancing rules during the COVID-19 pandemic. A logistic regression analysis. **BMC Public Health** (2021) 21:352. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10379-7>.

HORTON, R. The COVID-19 Catastrophe. What's Gone Wrong and How to Stop it Happening Again? Cambridge: Polity Press, 2021. **The European Journal of Public Health**, Vol. 31, No. 1, 234. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa216>.

HUANG, Y. *et al.* Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research** 288 (2020) 112954. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112954>.

ICICT, Fiocruz. ConVid – Pesquisa de Comportamentos. Maio, 2020. (<https://www.convid.fiocruz.br/>) DOI: 10.7303/syn22250673.1.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Regiões de influência das cidades 2018. Rio de Janeiro: IBGE/Coordenação de Geografia, 2020^a.

JUNIOR, A. *et al.* Adherence to COVID-19 preventive measures in Mozambique: Two consecutive online surveys. **Int J Environ Res Public Health**. 2021 Feb; 18(3): 1091.

JUNIOR, E. P. *et al.* Covid-19 and its propagation dynamics in Ceará (Brazil) urban network. **Ateliê Geográfico - Goiânia-GO**, v. 14, n. 3, dez/2020, p. 35 – 56. 2020. DOI: <https://doi.org/10.5216/ag.v14i3.66373>.

JUNIOR, J. F. S. *et al.* A COVID-19 e os reflexos sociais do fechamento das escolas. **Dialogia**, São Paulo, n. 36, p. 128-148, set./dez. 2020. <https://doi.org/10.5585/dialogia.n36.18249>.

KERR, L.R.F.S, *et al.* COVID-19 in northeast Brazil: first year of the pandemic and uncertainties to come. **Rev Saúde Pública**. 2021;55:35. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003728>.

KHALED, S.M, *et al.* Trends in prevalence of depression and anxiety symptoms and effects of sociodemographic variables before and after the first wave of COVID-19 in Qatar. **Journal of Affective Disorders** 310 (2022) 412–421. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.019>.

LAZARO, A.P.P. *et al.* Critically ill COVID-19 patients in northeast Brazil: mortality predictors during the first and second waves including SAPS 3. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene** - 2022; 0: 1–9. <https://doi.org/10.1093/trstmh/trac046> Advance Access publication 0 2022.

LI, C.X. *et al.* A critical analysis of SARS-CoV-2 (COVID-19) complexities, emerging variants, and therapeutic interventions and vaccination strategies. **Biomedicine & Pharmacotherapy** 146 (2022) 112550. <https://doi.org/10.1016/j.biopha.2021.112550>.

LIMA, D. L. F. *et al.* Covid-19 in the State of Ceará: behaviors and beliefs in the arrival of the pandemic. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1575-1586, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020255.07192020.

LINDERMANN, I.L; S, A.B; A, C.P; R, R.T; S, T.T; S, J.C; A, G.O; Perception of fear of being infected by the new coronavirus. **J. bras. psiquiatr.** 70 (1) Jan-Mar 2021 <https://doi.org/10.1590/0047-20850000030>.

LOBO, S. M. *et al.* Perceptions of Critical Care Shortages, Resource Use, and Provider Well-being During the COVID-19 Pandemic A Survey of 1,985 Health Care Providers in Brazil.

MARTINS, B.L. *et al.* Remote emergency education in the pandemic period: the use of technology and innovation in Higher Education institutions. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 3, e0711326210, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i3.26210>.

MASSARANI, L. *et al.* Trust, attitudes, information: a study on the perception of the COVID-19 pandemic in 12 Brazilian cities. **Ciência & Saúde Coletiva**, 26(8):3265-3276, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021268.05572021.

MÉDICO SEM FRONTEIRAS (MSF) Falha na resposta ao Coronavírus leva o Brasil à catástrofe humana. <https://www.msf.org/failed-coronavirus-response-drives-brazil-humanitarian-catastrophe> Médicos Sem Fronteiras (MSF) Site internacional.

MOREIRA, R.M. *et al.* How prepared is Brazil to tackle the COVID-19 disease? www.jogh.org. doi: 10.7189/jogh.10.020321. December 2020. Vol. 10 No. 2.020321.

MOURA, Erly Catarina et al. Disponibilidade de dados públicos em tempo oportuno para a gestão: análise das ondas da COVID-19. 2021.

NABUCO, G; DE OLIVEIRA, M. H. P. P; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental. **Revista Brasileira de medicina de família e comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2532-2532, 2020.

NATIVIDADE, M. S. *et al.* Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(9):3385-3392, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020259.22142020.

NETO, M., Gomes, T.O., Porto, F. R., Rafael, R. M. R., Fonseca, M. H. S., & Nascimento, J. (2020). Fake news no cenário da pandemia de Covid-19. **Cogitare enfermagem**. 25(s/n), e72627. <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72627>.

NEUREITER, A.; Stubenvoll, M.; Kaskelvičiute, R.; Matthes, J.; Trust and science, perceived media exaggeration about COVID-19, and social distancing behavior. **Front. Public Health**, 01 December 2021 | <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.670485>.

NEVES, F.S. Correlation of the rise and fall in COVID-19 cases with the social isolation index and early outpatient treatment with hydroxychloroquine and chloroquine in the state of Santa Catarina, southern Brazil: A retrospective analysis. **Travel Medicine and Infectious Disease** 41 (2021) 102005. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2021.102005>.

NEWMAN, N. *et al.* Reuters Institute Digital News Report 2020. p. Page 14, 2020.

NIQUINI, R.P. *et al.* Description and comparison of demographic characteristics and comorbidities in SARI from COVID-19, SARI from influenza, and the Brazilian general population. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(7):e00149420. doi: 10.1590/0102-311X00149420.

NIVETTE, A; R, D; M, A; S, A; B, L; H, U. M. Não conformidade com medidas de saúde pública relacionadas ao COVID-19 entre jovens adultos na Suíça: insights de uma coorte longitudinal estudar. **Ciências Sociais e Medicina**. 2021; 268 doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113370.

NUSSBAUMER-STREIT B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I, *et al*. Quarentena isoladamente ou em combinação com outras medidas de saúde pública para controlar o COVID-19: uma revisão rápida. Sistema de banco de dados **Cochrane Rev**. 2020;4(4):CD013574. <https://doi.org/10.1002/14651858.Cd013574>.

OLIVEIRA, T. Desinformação científica em tempos de crise epistêmica: circulação de teorias da conspiração nas plataformas de mídias sociais. **Fronteiras - estudos midiáticos**, v. 22, n. 1, p. 21–35, 2020.

OLIVEIRA, B. L. C.A. Prevalence and factors associated with covid-19 vaccine hesitancy in Maranhão, Brazil. **Rev Saúde Pública**. 2021; 55:12. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003417>

OLIVEIRA, E. H. A. Coronavírus: prospecção científica e tecnológica dos fármacos em estudo para tratamento da Covid-19. **Cadernos de Prospecção**, Salvador, v. 13, n. 2, p. 412-423, abr. 2020.

OLIVEIRA, M. M. *et al*. Controlling the COVID-19 pandemic in Brazil: a challenge of continental proportions. **Nat Med**. 2020 October; 26(10): 1505–1506. doi:10.1038/s41591-020-1071-5.

OLIVEIRA, M. M. *et al*. Repercussions of the COVID-19 pandemic on preventive health services in Brazil. <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2021.106914>. **Preventive Medicine** 155 (2022) 106914.

OLIVER, N; B, X; R, K; Assessing the impacto of the COVID-19 pandemic in Spain: Large-scale, online, self-reported population survey. **J Med Internet Research**. 2020 Sep; 22(9): e21319.

ORELLANA, J. D. Y. *et al*. Changes in the pattern of COVID-19 hospitalizations and deaths after substantial vaccination of the elderly in Manaus, Amazonas State, Brazil. doi: 10.1590/0102-311XPT192321. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(5):PT192321.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Folha informativa sobre COVID19.

PAITAL, B.; DAS, K.; PARIDA, S. K.; Inter nation social lockdown versus medical care against COVID-19, a mild environmental insight with special reference to India. **Science of the Total Environment** 728 (2020) 138914.

PAL, K.; DANDA, S.; Stress, Anxiety Triggers and Mental Health Care Needs Among General Public Under Lockdown During COVID-19 Pandemic: a Cross-Sectional Study in India. **International Journal of Mental Health and Addiction**. Índia, 2021.

PEDROSA, N. L. *et al.* Spatial Analysis of COVID-19 cases and intensive care beds in the State of Ceará, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(Supl.1):2461-2468, 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020256.1.10952020.

PEREIRA JÚNIOR, E. A; SAMPAIO, J. E. H; GOMES, R. B. A Covid-19 e sua dinâmica de propagação na rede urbana do Ceará, Brasil. **Ateliê Geográfico**, v. 14, n. 3, p. 35-56, 2020.

PFATTHEICHER, S. *et al.* The Emotional Path to Action: Empathy Promotes Physical Distancing and Wearing of Face Masks During the COVID-19 Pandemic. **Psychological Science** 2020, Vol. 31(11) 1363–1373. DOI: 10.1177/0956797620964422.

RANZANI, O. T. *et al.* Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: A retrospective analysis of Nationwide data. **The Lancet Respiratory Medicine**. www.thelancet.com/respiratory Vol 9 April 2021. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30560-9](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30560-9). 2021.

RODRIGUES, N. P. A. *et al.* Disclosure of information on hygiene and changing habits during the Covid-19 pandemic. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 1, e30910111739, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11739>.

ROY, D. *et al.* Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in Indian population during COVID-19 pandemic. **Asian Journal of Psychiatry** 51 (2020) 102083. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>.

RUI, M. J. *et al.* Emotional stability and anxiety symptoms differentiates people leaving the home usually during the COVID-19 pandemic. **Clinical Neuropsychiatry** (2022) 19, 2, 114-120. Submitted October 2021, accepted February 2022. Doi: 10.36131/cnfioritiditore20220205.

SABBATINI, A.K; ROBICSEK, A; CHIU, S; GLUCKMAN, T.J. Excess Mortality Among Patients Hospitalized During the COVID-19 Pandemic. **Journal of Hospital Medicine**. Published Online July 2021. Society of Hospital Medicine DOI 10.12788/jhm.3633.

SAMPAIO, L.R. *et al.* Effects of Living Conditions, Political Orientation, and Empathy on Behaviors and Attitudes During the COVID-19 Pandemic: a Study in the Brazilian Context. **Trends in Psychology** <https://doi.org/10.1007/s43076-021-00130-x>. 2021.

SANZANA, C.S. *et al.* Social inequalities associated with COVID-19 case fatality rate in Fortaleza, Ceará state, Brazil, 2020. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 30(3):e2020743, 2021 doi: 10.1590/S1679-49742021000300022.

SATO, A. P. S. *et al.* Pandemic and vaccine coverage: challenges of returning to schools. **Rev Saúde Pública**. 2020;54:115. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054003142>.

SCHNEIDER, A. P. H. *et al.* Medidas de distanciamento social como fator de proteção contra a COVID-19 no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Panam Salud Publica** 45, 2021. www.paho.org/journal. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.145>.

SEBASTIÃO, C. S. Sociodemographic characteristics and risk factors related to SARS-CoV-2 infection in Luanda, Angola. **Plos One**. Epidemiology of SARS-CoV-2 in Angola. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0249249> March 25, 2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA) - Boletim Epidemiológico doença pelo Coronavírus (COVID-19) e vírus respiratório, N°02 – ANO 2022. Acesso: <https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/> em 20/02/2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA) - Boletim Epidemiológico doença pelo Coronavírus (COVID-19) e vírus respiratório, N°10 – ANO 2022. Acesso: <https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/> em 30/04/2022.

SECRETARIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA) – Boletim Epidemiológico doença pelo Coronavírus (COVID-19) e vírus respiratório, N°03 – ANO 2023. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wpcontent/uploads/sites/9/2018/06/Boletim_epidemiologico_covid_No3_2023.pptx.pdf

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA) - Boletim Epidemiológico doença pelo Coronavírus (COVID-19) e vírus respiratório, N°15 – ANO 2020. Acesso: <https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/> em 15/10/2021.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA) - Boletim Epidemiológico doença pelo Coronavírus (COVID-19) e vírus respiratório, N°20 – ANO 2020. Acesso: <https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/> em 15/10/2021.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA) - Boletim Epidemiológico doença pelo Coronavírus (COVID-19) e vírus respiratório, N°25 – ANO 2020. Acesso: <https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/> em 15/10/2021.

SECRETÁRIA DE SAÚDE DO CEARÁ (SESA) - Boletim Epidemiológico doença pelo Coronavírus (COVID-19) e vírus respiratório, N°15 – ANO 2021. Acesso: <https://coronavirus.ceara.gov.br/boletins/> em 12/02/2021.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, (SESA). Ações que o Governo do Ceará vem promovendo no combate à pandemia. 2020. Disponível em: <https://cearatransparente.ce.gov.br/portaldatransparencia/paginas/coronavirus?locale=pt-BR>

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ, (SESA). Informe epidemiológico Doença pelo novo Coronavírus (COVID-19) – N°1. Disponível em: https://coronavirus.ceara.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/Informe-di%C3%A1rio-COVID-19-20_03.pdf.

SESSOU, P; FODJO, J.N.S; JEROME, C.S; FAROUGOU, S; COLEBUNDERS, R; Assessment of adherence to public health measures and their impact on the COVID-19 outbreak in Benin Republic, West Africa. **Pan Afr Med J** 2021 Mar 22;38:293.

SILVA, L; FILHO, D.F; FERNANDES, A. The effect of lockdown on the COVID-19 epidemic in Brazil: evidence from an interrupted time series design. **Cad. Saúde Pública** 2020; 36(10):e00213920. doi: 10.1590/0102-311X00213920

SILVA, S. J. R. *et al.* Collapse of the public health system and the emergence of new variants during the second wave of the COVID-19 pandemic in Brazil. *One Health* 13 (2021) 100287. **One Health**. 2021.

SILVA-COSTA, A. *et al.* Perceived risk from COVID-19 and depression, anxiety, and stress among workers in healthcare units. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(3):e00198321. doi: 10.1590/0102-311X00198321.

SIMÕES, Alessandra Andrejew. Impacto da pandemia Covid-19 no consumo alimentar, perfil metabólico e sintomas comportamentais em indivíduos adultos. 2023.

SIMON, J; HELTER, T.M; WHITE, R.G; BOOR, C. V. D; TASZEWSKA, A; Impacts of the Covid-19 lockdown and relevant vulnerabilities on capability well-being, mental health and social support: Na Austrian survey study. **BMC Public Health** (2021) 21:314.

SIQUEIRA, C. A. S. *et al.* COVID-19 no Brasil: tendências, desafios e perspectivas após 18 meses de pandemia. **Rev Panam Salud Publica** 46, 2022. www.paho.org/journal. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.74>.

SORACI, L., *et al.*; COVID-19 Vaccines: Current and Future Perspectives. **Vaccines** 2022, 10, 608. <https://doi.org/10.3390/vaccines10040608>.

STIPIC, D; BRADAC, M; LIPIC, T. *et al.* Efeitos da desobediência de quarentena e restrições de mobilidade nas ondas pandêmicas de COVID-19 em redes dinâmicas. **Fractais Chaos Solitons**. 2021; 150:111200.

TAPIA L. COVID-19 e notícias falsas na República Dominicana. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**. 2020; 102 (6):1172–1174. doi: 10.4269/ajtmh.20-0234.

TASZEWSKA, A; HELTER, T; SIMON, J; Perceptions of Covid-19 lockdowns and related public health measures in Austria: A longitudinal online survey. **BMC Public Health** (2021) 21:1502.

TELES, W.S; *et al.* Importância da lavagem das mãos para prevenir a disseminação da COVID19. **Hematol Transfus Cell Ther**. 2021. 43(S1):S1–S546. <https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.623>.

TESLYA, A. *et al.* Impact of self-imposed prevention measures and short-term government-imposed social distancing on mitigating and delaying a COVID-19 epidemic: A modelling study. **PLOS Medicine** | <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003166> July 21, 2020.

THAKUR, V. Waves and variants of SARS-CoV-2: understanding the causes and effect of the COVID-19 catastrophe. **Infection** (2022) 50:309–325. <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01734-2>.

TIMERMAN, S. *et al.* COVID-19 Chain of Survival 2020. **Arq Bras Cardiol**. 2021; 116(2):351-354. <https://doi.org/10.36660/abc.20201171>.

TORALES, J; O'HIGGINS, M; CASTALDELLI-MAIA, J.M; VENTRIGLIO, A. O surto de Coronavírus COVID-19 e seu impacto na saúde mental global. **Revista Internacional de Psiquiatria Social**. 2020; 66 (4):317–320. doi: 10.1177/0020764020915212.

VAN LOENHOUT, J. A. F; VANDERPLANKEN, K; SCHEEN, B; BROUCKE, S. V. D; AUJOUAT, I; Determinants of adherence to COVID-19 measures among the Belgian population: An application of the protection motivation theory. **Archives of Public Health** (2021) 79:74.

VAN LOENHOUT, J. A. F; VANDERPLANKEN, K; BROUCKE, S. V. D; AUJOUAT, I; COVID-19 measures in Belgium: How perception and adherence of the general population differ between time periods. **BMC Public Health** (2022) 22:245.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R; CASTIEL, L.D. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. **Cad Saúde Pública** 2020 jul - citado 2020 ago 3;36(7): e00101920. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00101920>.

VILLELA, *et al.* COVID-19 outbreak in Brazil: Adherence to national preventive measures and impact on people's lives, na online survey. **BMC Public Health**. 2021; 21: 152.

WERNECK, G.L. A pandemia de COVID-19: desafios na avaliação do impacto de problemas complexos e multidimensionais na saúde de populações. **Cad. Saúde Pública** 2022; 38(4):e00045322. doi: 10.1590/0102-311XPT045322.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO coronavirus disease (COVID-19) dashboard. <https://covid19.who.int/> (acesso em 06/Jan/2022). <https://covid19.who.int/>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19-23-march-2023>. (Acesso em 23/mar/2023).

XIAO, H. *et al.* Social capital and sleep quality in individuals who self-isolated for 14 days during the coronavirus disease 2019 (covid-19) outbreak in January 2020 in China. **Medical Science Monitor**, Varsóvia, v. 26, p. e923921, 2020.

YOUNES, S. Effect of COVID-19 on mental health among the young population in Lebanon. **L'Encéphale** 48 (2022) 371–382. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2021.06.007>.

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE OS PERÍODOS DE LOCKDOWN E DAS MEDIDAS DE SAÚDE PÚBLICA REFERENTES À PANDEMIA DA COVID-19 NO CEARÁ, BRASIL

Pesquisador: CAMYLLA NATHALLIA ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53835621.8.0000.5054

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.235.226

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, analítico, a ser realizado entre janeiro a março de 2022, com questões relacionadas às medidas sanitárias desenvolvidas no Ceará durante a primeira onda de COVID-19 do ano 2020 e a segunda onda no ano 2021.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o impacto das políticas de distanciamento social na pandemia de COVID-19 e os desafios para sua implementação no estado do Ceará.

Objetivo Secundário:

Conhecer os reflexos psicossociais, ocorridos em virtude da doença e do cenário pandêmico. Avaliar e comparar as experiências da população em geral com a situação da COVID-19 e suas atitudes em relação às medidas de saúde pública desenvolvidas durante os bloqueios; Compreender os possíveis sintomas desencadeadores de estresse, ansiedade e necessidades de cuidados de saúde mental relacionados à pandemia de COVID19; Mensurar a percepção da população sobre o cumprimento das normas e decretos implantados pelo governo; Entender como a percepção dessas medidas impactaram nos diferentes estratos etários, sexo, condição de renda e escolaridade.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**A – Dados demográficos:**

1. Sexo:
 - Masculino
 - Feminino
 - Outro

2. Qual a sua idade? _____.

3. Raça / Cor?
 - Pardo
 - Negra
 - Branco
 - Indígena

4. Nível de escolaridade?
 - Ensino Fundamental incompleto
 - Ensino Fundamental completo
 - Ensino Médio incompleto
 - Ensino Médio completo
 - Ensino Superior incompleto
 - Ensino Superior completo
 - Pós-graduação incompleta
 - Pós-graduação completa

5. Renda domiciliar?
 - Sem rendimento
 - 1 salário mínimo (R\$1.200,00)
 - 1 a 3 salários (de R\$ 1.200,00 até R\$3.600,00)
 - 4 a 6 salários (de R\$ 4.800,00 até R\$7.200,00)
 - Acima de 6 salários (acima de R\$7.200,00)
 - Não quero informar

6. Qual o seu estado civil?
 - Solteiro(a)
 - União estável
 - Casado(a)
 - Divorciado(a)
 - Viúvo(a)
 - Outros

7. Onde você reside?
- Interior
 - Capital
 - Zona metropolitana
8. Se você reside no interior do Ceará, qual a sua cidade?_____.
9. Quantidade de pessoas que vivem no domicílio (incluindo você, filhos, irmãos, parentes, amigos)?_____.
10. Quantos moradores são idosos?_____.
11. Você tem filhos? _____.
12. Se sim na questão anterior, quantos?_____.
13. Qual sua situação profissional?
- Estudante (estagiário, bolsista)
 - Funcionário público
 - Profissional liberal
 - Empregador
 - Desempregado
 - Dono(a) de casa
 - Autônomo
 - Aposentado ou pensionista
 - Empregado (carteira assinada)
 - Outros
14. Você possui alguma doença crônica ou comorbidade, se sim, qual?
- Hipertensão
 - Cardiopata
 - Diabetes
 - Doença pulmonar (Asma, DPOC)
 - Doença Hepática (Hepatite)
 - Câncer
 - Doença Renal
 - Obesidade
 - Doença Neurológica ou neuromuscular
 - Infecção pelo HIV ou imunodeficiência
 - Não se aplica
 - Outros
15. Que tipo de plano de assistência à saúde você utiliza com maior frequência?
- Sistema Único de Saúde (SUS)
 - Plano de saúde privado
 - Atendimento médico particular

16. Você ou algum membro da família recebeu algum auxílio do governo, durante a pandemia (Bolsa Família, Auxílio Emergencial)?

- Sim
- Não

17. Qual sua religião?

- Católico
- Evangélico
- Religião Afro-brasileira
- Não tem religião
- Outros

B – Questões relacionadas à Covid-19:

Períodos com aumento do número de casos: 1º onda (abril a maio de 2020)
2º onda (março a abril de 2021)
3º onda (dez/2021 a jan/2022)

1. Você sabe como se proteger da Covid-19?

- Sim
- Não

2. De acordo com a sua percepção, como a Covid-19 pode contaminar um indivíduo?

- Picada de insetos contaminados.
- Beber água contaminada.
- Através de contato com animais domésticos (cães ou gatos).
- Contato com pessoas contaminadas, por meio de espirros, tosse ou conversas.

3. Desde março de 2020, você apresentou algum sintoma sugestivo de Covid-19 ou testou positivo?

- sim
- não

4. Se sua resposta na questão anterior foi sim, o contágio foi mais próximo de qual período?

- 1º onda (abril a maio de 2020)
- 2º onda (março a abril de 2021)
- 3º onda (dezembro/2021 a janeiro/2022)
- Contraí mais de uma vez na 1º onda (abril a maio de 2020)
- Contraí mais de uma vez na 2º onda (março a abril de 2021)
- Contraí mais de uma vez na 3º onda (dezembro/2021 a janeiro/2022)
- Contraí, mas não sei informar o período

5. Nesse momento (após as três ondas e com três doses da vacina aplicada), quão preocupado você está em ser infectado pela Covid-19?
- Muito preocupado
 - Preocupado
 - Um pouco preocupado
 - Nem um pouco preocupado
 - Não sei informar
6. Tem algum parente ou amigo próximo que testou positivo para a Covid-19? o contágio foi em qual(is) período(s)?
- Sim, 1º onda (abril a maio de 2020)
 - Sim, 2º onda (março a abril de 2021)
 - Sim, 3º onda (dezembro/2021 a janeiro/2022)
 - Não
 - Não sei informar
7. Conhece alguém que faleceu em consequência da Covid-19? Ocorreu em qual(is) período(s)?
- Sim, 1º onda (abril a maio de 2020)
 - Sim, 2º onda (março a abril de 2021)
 - Sim, 3º onda (dezembro/2021 a janeiro/2022)
 - Não
 - Não sei informar
8. Se você testou positivo para a Covid-19, conseguiu seguir as recomendações da quarentena?
- Sim
 - Não
 - Prefiro não responder
9. Se você teve algum sintoma gripal nesses períodos, o que fez?
- Não fiz nada, levei uma vida normal
 - Procurei tomar cuidados, reduzi um pouco o contato, não visitei idosos, mas continuei trabalhando e saindo
 - Fiquei em casa, saindo apenas para o supermercado e farmácia (serviço essencial)
 - Fiquei rigorosamente em casa, saindo apenas para buscar atendimento médico.
 - Outros
10. Como foi vivenciar o período da 1ª onda da Covid-19?
- Estressante, angustiante
 - Tranquilo, normal
 - Atípico
 - Outros

11. Como foi vivenciar o período da 2ª onda da Covid-19?

- Estressante, angustiante
- Tranquilo, normal
- Atípico
- Outros

12. Como foi vivenciar o período da 3ª onda da Covid-19?

- Estressante, angustiante
- Tranquilo, normal
- Atípico
- Outros

13. Qual sua opinião sobre o uso obrigatório de máscaras?

- Devem ser utilizadas por toda a população, sem exceção
- Devem ser utilizadas apenas por profissionais de saúde
- Devem ser utilizadas apenas por indivíduos do grupo de risco (idosos, etc)
- Devem ser utilizadas apenas em espaços privados (Shopping, cinemas, restaurantes, etc)
- Devem ser utilizadas apenas por pessoas que testaram positivo para a Covid-19
- Não sou favorável

C – Questões relacionadas ao bloqueio:

Períodos de bloqueio/lockdown: 1º Bloqueio (maio a junho de 2020)

2º Bloqueio (março a abril de 2021)

1. Durante os períodos de bloqueio/lockdown (1º e 2º ondas) você residia no Ceará?

- Sim
- Não

2. Qual a sua opinião sobre o isolamento social para o controle da Covid-19?

- Concordo totalmente
- Concordo
- Neutro
- Não concordo
- Discordo totalmente

3. Você acha que tem informações suficientes sobre as formas de prevenção da Covid-19?

- Sim
- Não

4. Diante do cenário de pandemia (após a 2ª onda), como você se sentiu?

- Muito seguro
 - Seguro
 - Pouco seguro
 - Pouco inseguro
 - Inseguro
 - Muito inseguro
5. Diante do cenário de pandemia (após a 3ª onda), como você se sentiu?
- Muito seguro
 - Seguro
 - Pouco seguro
 - Pouco inseguro
 - Inseguro
 - Muito inseguro
6. Hoje, como se sente em relação a um membro da sua família pegar Covid-19?
- Muito preocupado
 - Preocupado
 - Um pouco preocupado
 - Não sei informar
7. Qual foi o seu maior desafio durante os períodos de bloqueio (*lockdown*)?
- Dificuldade em comprar remédios e/ou alimentos
 - Prejuízo nas atividades escolares/faculdade
 - Manter distância dos amigos e/ou familiares
 - Dificuldade em dividir o espaço de casa com os demais parentes
 - Impedimento de ir a bares, espaços de lazer e academias
 - Outros
 - Não sei informar
8. Durante os períodos de bloqueio (*lockdown*), marque 2 das opções abaixo que mais impactaram na sua rotina?
- Convívio social
 - Saúde (física e mental)
 - Mobilidade urbana (transporte público)
 - Atividade laboral/estudantil presencial
 - Situação econômica
 - Outros
9. Como foi afetada a sua ocupação/trabalho durante os períodos de bloqueio?
- Não trabalhava antes e continuo desempregado(a)
 - Não trabalhava antes e continuo desempregado(a)
 - Continuei trabalhando, mas em casa (home office)
 - Tive férias remuneradas

- Perdi o emprego
 - Tive o salário reduzido
 - Outros
10. Você teve alguma experiência positiva durante o período de *lockdown*? (marque duas opções)
- Ter mais contato com as pessoas que moram comigo
 - Conversar mais com os pais e outros familiares
 - Fazer as refeições em família com mais frequência
 - Fazer outras atividades que não tinha tempo antes
 - Ter mais consciência sobre a importância da higienização para a prevenção de doenças
 - Tive outro tipo de experiência positiva
 - Não tive experiência positiva
11. Em relação à renda da família, houve alguma alteração?
- Aumentou
 - Foi mantida igual
 - Diminuiu um pouco
 - Diminuiu muito
 - Ficamos sem rendimento
12. Você acredita que as medidas de saúde pública adotadas no Ceará e as restrições podem reduzir o número de vítimas da Covid-19?
- Sim
 - Não
 - Não sei informar
13. Durante os períodos de bloqueio da 1ª e 2ª ondas, de onde ou por meio de quem você buscava informações sobre a Covid-19? (pode marcar mais de uma fonte)
- Do governo
 - Das mídias sociais (*Facebook, Youtube, Instagram e WhatsApp*)
 - De amigos e familiares
 - Profissionais de saúde
 - Líderes religiosos
 - Artigos, sites ou outras fontes científicas
 - Rádio e TV
 - Outros
14. Quais os principais meios que você utiliza para obter informações sobre saúde? (pode marcar mais de uma fonte)
- Do governo
 - Das mídias sociais (*Facebook, Youtube, Instagram e WhatsApp*)
 - De amigos e familiares
 - Profissionais de saúde

- Líderes religiosos
 - Artigos, sites ou outras fontes científicas
 - Radio e TV
 - Outros
15. Você acha que recebeu do Governo Estadual, informações claras e suficientes sobre a Covid-19?
- Sim
 - Não
 - Não sei informar
16. Depois de todo esse período, você acha que o Governo Estadual está mais preparado para enfrentar a Covid-19?
- Totalmente preparado
 - Moderadamente preparado
 - Pouco preparado
 - Despreparado
 - Indiferente
17. Na sua opinião, qual a capacidade do Governo Estadual em controlar futuras epidemias?
- Totalmente preparado
 - Moderadamente preparado
 - Pouco preparado
 - Despreparado
 - Indiferente
18. Qual a sua percepção sobre a disponibilidade dos testes para o diagnóstico da Covid-19 no Ceará?
- Sempre disponível
 - Às vezes disponível
 - Pouco disponível
 - Inacessível
 - Indiferente
19. Na sua opinião, o isolamento social foi uma maneira efetiva para evitar a disseminação da Covid-19?
- Sim
 - Não
 - Não sei informar
20. Qual sua percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (TV e rádio) sobre a Covid-19?
- Reais, verdadeiras
 - Alarmistas, exageradas

- Mal-intencionadas
 - Falsas
21. Qual sua percepção sobre as notícias veiculadas nas mídias (*internet e WhatsApp*) sobre a Covid-19?
- Reais, verdadeiras
 - Alarmistas, exageradas
 - Mal-intencionadas
 - Falsas
22. De acordo com as informações que você conhece sobre a Covid-19, quais das alternativas abaixo estão corretas?
- O isolamento social é uma medida eficaz para conter a disseminação da doença
 - O indivíduo só se contamina uma vez com o coronavírus
 - Já existe medicamento e tratamento para a Covid-19
 - O uso de máscaras, álcool em gel e o distanciamento social são medidas seguras para diminuir a contaminação da Covid-19
 - Tomar chá ou ingerir remédios caseiros podem prevenir a Covid-19
 - Respeitar os decretos do governo e seguir as medidas de saúde pública são atitudes que podem amenizar a disseminação da doença
 - O "KIT COVID" (hidroxicloroquina, azitromicina e ivermectina) têm eficácia contra a Covid-19
 - Outros _____
23. Durante os períodos de *lockdown* você sentiu algum dos sentimentos listados abaixo? (pode marcar mais de uma opção)
- Ansiedade
 - Angústia
 - Estresse
 - Solidão
 - Medo
 - Tristeza
 - Pânico
 - Não senti nenhum dos citados acima
 - Outros _____
24. Qual foi o seu maior medo durante a pandemia da Covid-19?
- Ser contaminado pelo vírus e não ter assistência médica devido a superlotação dos hospitais
 - Contaminação de amigos e parentes pela doença
 - Aumento da insegurança pública
 - A falta de um tratamento específico para combater a doença
 - Ficar desempregado(a)
 - Medo de voltar a rotina(sair de casa, ir a escola, trabalhar)

- Não tive medo
 - Outros
25. A pandemia afetou a qualidade do seu sono?
- Não afetou, continuo dormindo bem
 - Comecei a ter problemas de insônia
 - Continuei com os mesmos problemas de sono
 - Eu já tinha problemas de sono e eles pioraram bastante
 - Eu já tinha problemas de sono mas eles diminuíram
26. Durante os períodos de bloqueio/*lockdown*, com que frequência você se sentiu isolado(a) dos seus familiares ou amigos próximos?
- Muito frequentemente
 - Frequentemente
 - Ocasionalmente
 - Raramente
 - Nunca
27. Durante os períodos de bloqueio/*lockdown*, com que frequência você se sentiu ansioso(a) ou nervoso(a)?
- Muito frequentemente
 - Frequentemente
 - Ocasionalmente
 - Raramente
 - Nunca
28. Dentre as áreas citadas abaixo quais são as que a pandemia de Covid-19 podem causar maior impacto? (marque 2 opções)
- Saúde
 - Economia
 - Política
 - Meio Ambiente
 - Cultura
 - Educação
29. Qual sua expectativa futura em relação à pandemia?
- A situação ainda vai piorar
 - A situação vai melhorar
 - Estamos no pior momento da pandemia
 - Não sei informar

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada por Camylla Nathallia Almeida, aluna do mestrado do programa de pós-graduação em patologia da Universidade Federal do Ceará (UFC), como participante de uma pesquisa. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como título “Percepção da população sobre os períodos de *lockdown* e das medidas de saúde pública referentes à pandemia da COVID-19 no Ceará, Brasil” tem como objetivo avaliar e comparar as experiências da população em geral com a situação da pandemia da COVID-19 e suas atitudes em relação às medidas de saúde pública implantadas durante os bloqueios. Dessa forma, sua participação poderá trazer benefícios como identificar os impactos das políticas de distanciamento social na pandemia e os desafios para sua implementação no estado do Ceará, de forma a ampliar a compreensão da necessidade da população e propiciar subsídios à tomada de decisão dos gestores.

Para realização, preciso que preencha o questionário que será realizado por meio de ferramenta de pesquisa on-line em formulário do Google Forms, ressaltando que sua colaboração é de caráter voluntário e não implica em remuneração. Há o risco de sentir-se constrangido com alguma pergunta, caso isto ocorra, poderá a qualquer momento interromper a pesquisa e se for de sua vontade encerrar sua participação. O questionário possui perguntas simples e deve tomar aproximadamente 10 minutos do seu tempo.

Os seguintes procedimentos serão respeitados:

- ✓ Seus dados pessoais e outras informações serão mantidos em segredo;
- ✓ Você está livre para interromper sua participação a qualquer momento sem sofrer qualquer forma de retaliação ou danos;
- ✓ Os resultados gerais da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos e podem ser publicados em congressos ou em revista científica especializada.

Endereço do(s) responsável(is) pela pesquisa: Nome: Camylla Nathallia Almeida. Instituição: Universidade Federal do Ceará (UFC). Endereço: Rua: Dr. Gilberto Studart, 2125, apto 502. Bairro: Cocó. Telefones para contato: (85) 98940-5437.

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, _____anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Nome do participante da pesquisa: _____ Data: ____/____/____

Assinatura: _____