



Programa de Pós-Graduação em Ciências  
Farmacéuticas da Universidade de Sorocaba

Síntese de  
Evidências para  
Políticas de Saúde:

# MELHORANDO A ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 NA COMUNIDADE



# FICHA TÉCNICA

---

## Autores

Izabela Fulone – Universidade de Sorocaba, Brasil

Jorge Otávio Maia Barreto – Fundação Oswaldo Cruz, Brasil

Silvio Barberato-Filho – Universidade de Sorocaba, Brasil

Cristiane Bergamaschi – Universidade de Sorocaba, Brasil

Luciane Cruz Lopes – Universidade de Sorocaba, Brasil

## Iniciativa

Núcleo de Evidencias Seriema -UNISO

## Financiamento

### Conteúdo

Essa síntese de evidências é produto do projeto contemplado na “Chamada MCTIC/CNPq/FNDCT/MS/SCTIE/Decit nº 07/2020 - Pesquisas para enfrentamento da COVID-19, suas consequências e outras síndromes respiratórias agudas graves”, financiada pelo Conselho Nacional de Pesquisa e Tecnologia (CNPq), processo nº 401924/2020-3.

### Diagramação

Instituto Veredas. Essa diagramação foi realizada graças ao projeto 109021-009 financiado pela The William and Flora Hewlett Foundation e pelo International Development Research Centre, Ottawa, Canada.

# SUMÁRIO

MENSAGEM- CHAVE .....	3
O PROBLEMA .....	3
OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA .....	5
CONSIDERAÇÕES GERAIS ACERCA DAS OPÇÕES .....	5
CONTEXTO E ANTECEDENTES .....	7
DESCRIÇÃO DO PROBLEMA .....	11
OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA .....	21
OPÇÃO 1- COMUNICAÇÃO DE RISCO AO PÚBLICO .....	22
OPÇÃO 2 – EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO EM GERAL .....	25
OPÇÃO 3 – SUPORTE FINANCEIRO E ACESSO A SUPRIMENTOS E SERVIÇOS ESSENCIAIS .....	28
CONSIDERAÇÕES SOBRE EQUIDADE DAS OPÇÕES .....	30
CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES .....	40
REFERÊNCIAS .....	46
APÊNDICES .....	60
APÊNDICE A – OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA .....	61
APÊNDICE B – SEIS PASSOS PARA A ELABORAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS E FACILITAÇÃO DO DIÁLOGO DELIBERATIVO .....	66
APÊNDICE C- ESTRATÉGIA DE BUSCA .....	73
APÊNDICE D - FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS .....	81
APÊNDICE E - ESTUDOS EXCLUÍDOS .....	82
APÊNDICE F – SÍNTESE DOS ESTUDOS POR OPÇÃO .....	88
APÊNDICE G - AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS .....	97
APÊNDICE H – DIÁLOGO DELIBERATIVO .....	103



# MENSAGEM CHAVE

## O problema

Em 2020, a COVID-19 se espalhou rapidamente pelo mundo todo, causando uma crise global na saúde e na economia, sem precedentes e com perspectivas incertas para o período pós-pandemia (1, 2).

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2, identificado pela primeira vez em dezembro de 2019, na China (2). Com a rápida disseminação global, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a pandemia de COVID-19 como emergência de importância mundial (3), e desde então, a sociedade, cientistas, gestores e sistemas de saúde vêm sendo desafiados (4).

Até o momento não existe tratamento medicamentoso profilático e o controle desta doença se dá por medidas comunitárias não farmacológicas e vacinação (5). A vacinação iniciou-se em dezembro de 2020, no Reino Unido, e tomou ritmo lento, com importantes variações entre os países, fato que potencializa a importância da adoção das medidas comunitárias, como sendo as medidas mais efetivas e acessíveis atualmente (6, 7).

As principais medidas comunitárias de prevenção da COVID-19 implementadas nos países foram: o distanciamento social, quarentena, higienização das mãos e uso de máscaras (6, 8).

A combinação dessas intervenções não farmacológicas visa retardar/diminuir a disseminação do vírus e evitar a sobrecarga dos sistemas de saúde (9). Apesar de simples, não onerosas e efetivas, essas medidas ainda não alcançaram adesão homogênea nas comunidades (10-12). Essas medidas foram implementadas de maneira distinta nos países (6) e esforços contínuos são mobilizados para aumentar e sustentar sua aceitabilidade, cumprimento e conscientização pública.

Embora o Brasil tenha determinado precocemente linhas gerais para o enfrentamento da COVID-19, não foi estabelecida uma política nacional para o controle da pandemia, e a implementação de medidas preventivas vem sendo assumida por estados e municípios (13). Isso levou a variações significativas dentro do país (8). Em meio a disputas políticas, recomendações conflitantes e equivocadas, falhas na comunicação, minimização da gravidade da pandemia, falta de planejamento e liderança, incentivo ao uso de kits de tratamento sem efetividade comprovada, lentidão na vacinação e não adoção de estratégias de testagem em massa, o país enfrenta um cenário preocupante de pandemia, com significativa desigualdade regional, crise no Sistema Único de Saúde (SUS) e aumento das desigualdades sociais, da pobreza, do desemprego e do acesso aos serviços de saúde (14-16).

Nesse contexto, melhorar a adesão às medidas comunitárias comprovadamente efetivas para a prevenção e controle da COVID-19, torna-se crucial na contenção da



pandemia, porém os resultados e o impacto dependem do comportamento coletivo e de intervenções governamentais.

A questão abordada nesta síntese de evidências foi “como melhorar a adesão, incluindo a aceitabilidade e o cumprimento das medidas não farmacológicas comunitárias de prevenção e controle da COVID-19 e outras síndromes respiratórias agudas graves (SARS) pela população?”. Três opções informadas pelas melhores evidências disponíveis são apresentadas.

## Opções para enfrentar o problema

### Opção 1

**Comunicação de risco ao público: garantir a troca de informações claras, consistentes, unificadas, práticas e em tempo real entre especialistas, líderes comunitários ou responsáveis e as pessoas em risco.**

### Opção 2

**Educação em saúde para a população em geral: promover aprendizado em saúde e aumentar o conhecimento e a conscientização pública em relação à transmissão do vírus, à gravidade da doença, aos benefícios da adoção das medidas preventivas e sua efetividade comprovada.**

### Opção 3

**Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais: garantir o suporte financeiro, principalmente àqueles mais afetados pela pandemia, e facilitar o acesso à alimentação, medicamentos, serviços médicos usuais e especializados.**

## Considerações gerais acerca das opções

O aumento do conhecimento, da comunicação transparente e da conscientização pública sobre os riscos da COVID-19 e dos benefícios da adoção das medidas preventivas podem provocar mudanças na atitude e no comportamento das pessoas, que por sua vez podem aumentar a adesão (10, 17). A garantia de suporte e assistência proporciona condições para que as pessoas adotem e sustentem tais medidas (11).

Nível educacional, acesso a tecnologias de informação e de comunicação, local de moradia e posição socioeconômica são os principais fatores que afetam a implementação dessas

opções. A falta de confiança no governo, falhas na comunicação, compreensão, aprendizado e acesso às informações sobre a COVID-19, aliadas à circulação de informações falsas (*fake news*), dificultam a implementação da comunicação de risco e da educação em saúde (11). Esses fatores refletem no acesso ao suporte/assistência, pois parcela considerável da população apresenta dificuldades de compreensão para o acesso. Há também barreiras relacionadas à disponibilidade de recursos financeiros públicos e de recursos humanos qualificados e isso varia consideravelmente entre os estados e municípios de um país heterogêneo como o Brasil.

As iniquidades sociais agravadas durante a pandemia, seja entre regiões ou grupos populacionais (moradores de rua, população carcerária, idosos, pessoas com baixo nível de alfabetização ou com deficiências físicas ou mentais), que podem ser ainda menos favorecidos por essas opções, merecem maior atenção para não aumentar as disparidades existentes.





# CONTEXTO E ANTECEDENTES

Pandemias e epidemias com doenças altamente infecciosas marcaram a história da humanidade e mudaram o curso da sociedade, da ciência, da economia e dos sistemas de saúde do mundo todo. A primeira pandemia global devastadora ocorreu nas duas primeiras décadas do século XX, causada pela cepa H1N1 do vírus influenza, conhecida como gripe espanhola, e causou a morte de cerca de 50 milhões de pessoas (18). No século XXI, variantes do coronavírus, vírus que causa infecções respiratórias, provocaram grande preocupação na saúde pública do mundo todo. Em 2002, a variante SARS-CoV-1 causou um surto de síndrome respiratória aguda grave, com 8.096 casos registrados, 774 óbitos, em 29 países (19). Em 2012, outra variante, a MERS-CoV, provocou a Síndrome Respiratória do Oriente Médio, com número de casos em torno de 2.500, com 862 mortes associadas, em 27 países (20). Em março de 2020, a OMS anunciou uma nova doença do coronavírus, a COVID-19, causada por outra variante, SARS-CoV-2, a qual foi elevada à categoria de pandemia (2).

Desde então, o mundo vive a pandemia da COVID-19 devido à sua natureza altamente infecciosa e provavelmente longos caminhos seguirão até sua erradicação. Globalmente, até 16 de junho de 2021, havia 176.156.662 casos confirmados e 3.815.486 mortes (5).

Até o momento, não há tratamento medicamentoso profilático, tampouco antivirais específicos (21, 22). Diversos medicamentos com indicações para outras doenças (cloroquina, hidroxicloroquina, ivermectina) foram consideradas possibilidades terapêuticas contra a COVID-19 em várias partes do mundo (23). No entanto, na ausência de evidências robustas sobre sua efetividade na profilaxia ou tratamento da COVID-19 (24, 25), a maioria dos países retirou esses medicamentos de seus protocolos, e priorizou o desenvolvimento de vacinas e o incentivo à adoção das medidas não farmacológicas.

As lições aprendidas em pandemias e epidemias passadas, tais como a adoção de medidas preventivas comunitárias (distanciamento social, higienização das mãos e uso de máscaras), consideradas medidas chaves para viver em um cenário de pandemia, foram implementadas pela maioria dos países (26).

As medidas não farmacológicas são ações que indivíduos e comunidades podem realizar para ajudar a desacelerar a propagação de infecções por vírus respiratórios. Envolve medidas individuais de proteção pessoal (por exemplo, lavagem frequente das mãos, uso de máscaras, etiqueta respiratória) e medidas comunitárias destinadas a reduzir a exposição ao vírus, e estas abrangem ações políticas tomadas por gestores e empregadores para proteger a população (por exemplo, restrição ao funcionamento de escolas e universidades, transporte público, eventos sociais, esportivos e de estabelecimentos comerciais não essenciais) (27).

Evidências de estudos (7, 28) da epidemia da SARS, MERS e da COVID-19 mostraram que a quarentena, combinada com distanciamento social, fechamento de escolas e restrições para viagens, traz benefícios na redução da incidência de novos casos e de mortes (7). O uso de máscaras tem efeito protetivo consistente tanto para profissionais da saúde como para a população em geral (29), assim como a higienização das mãos (30).

A intensidade, velocidade e momento da implementação dessas medidas variaram entre os países, principalmente aquelas relacionadas ao distanciamento social, fatores que provavelmente determinaram o impacto da doença (6).

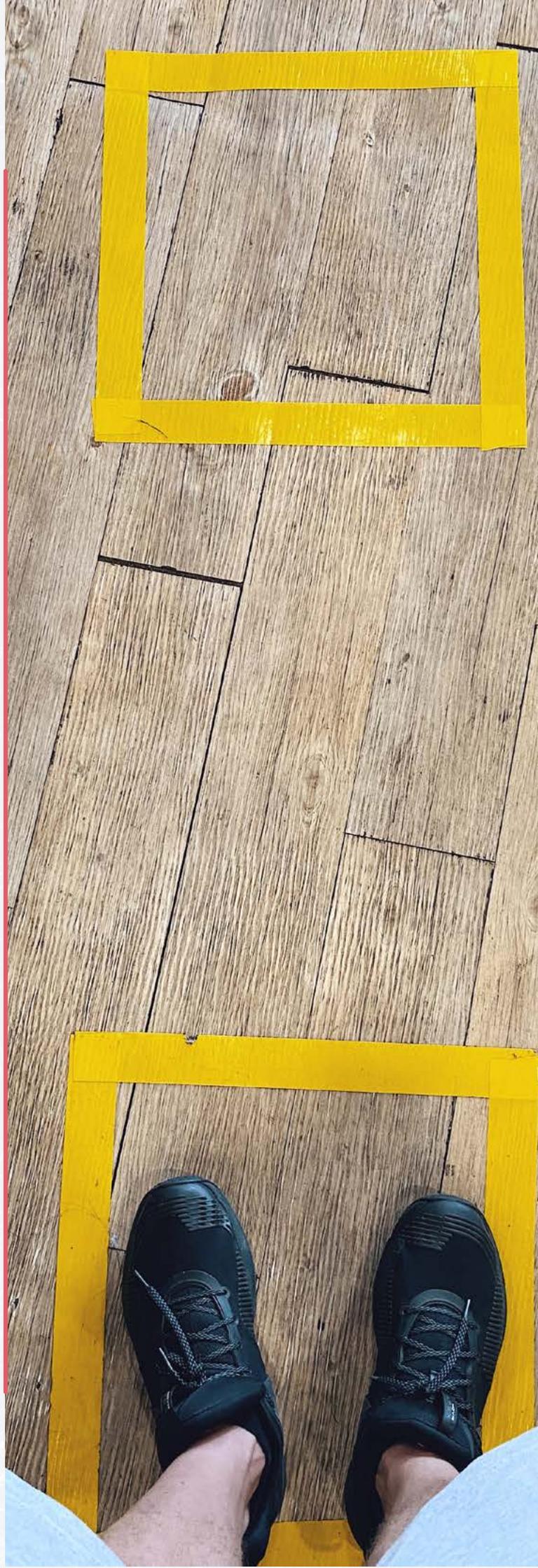
Apesar da efetividade comprovada das medidas comunitárias, principalmente se combinadas, elas causam drásticas mudanças no dia a dia de todos, afetam o comportamento individual, a saúde mental, a segurança social e o que se observa é que o grau de adesão é o principal problema (8, 31, 32). A adesão verificada variou entre os estudos e principalmente entre os tipos de medidas adotadas (33). O distanciamento social, considerado o núcleo das medidas preventivas, devido sua alta efetividade em reduzir o número de infectados e de mortes, mostrou diferentes prevalências entre países, estados, municípios e grupos populacionais, principalmente em determinados momentos epidêmicos. É a medida que causa mais danos à sociedade, à economia, ao comércio, aos direitos humanos

(32), e que viola a privacidade e a autonomia pessoal. Talvez seja esse um dos principais motivos que alguns países democratas tenham atrasado mais a implementação de medidas restritivas do que os governos com regimes autoritários (34).

Vários fatores comportamentais podem afetar a adesão às medidas preventivas: percepção de risco da doença, percepção dos benefícios das medidas preventivas, percepção de autoeficácia (crença que suas próprias ações fazem a diferença) (35), cultura, características individuais, experiências prévias com infecções virais e epidemias (como os surtos da SARS-CoV-1, MERS-CoV, H1N1) e sistemas sócio-políticos (36).

No início, a adesão às medidas de isolamento social e ao uso de máscaras foi um aprendizado diário, tanto para a população, como para os governantes, sobretudo em países como o Brasil que teve pouca experiência prévia com pandemias, tampouco com o hábito de usar máscaras (37). Experiências anteriores de alguns países permitiram ações mais coordenadas pelos sistemas sócio-políticos e maior confiança da população no governo em controlar a pandemia (36).

A confiança nas autoridades governamentais, nas mensagens por eles transmitidas, e na mídia, aumentaram a aceitabilidade das medidas preventivas em pandemias passadas, como da H1N1 ou MERS (38, 39), seja de maneira voluntária ou mandatária (34). No entanto, no Brasil, os conflitos po-



líticos, o posicionamento do presidente e as contradições nas recomendações parecem ter afetado a adesão às medidas preventivas, assim como o volume de informações falsas (36).

Estudos prévios relacionados aos surtos de H1N1, SARS e Ebola, apontaram que as pessoas se engajaram mais em adotar as medidas preventivas quando perceberam que eram altamente vulneráveis à doença, às suas consequências e à morte, assim como o risco de transmissão para sua família e entes queridos (40). O mesmo foi constatado em relação à percepção dos benefícios das medidas, por exemplo, quando os moradores começaram a perceber que a adoção do protocolo de quarentena e do uso de máscaras diminuía a transmissão de SARS e de Ebola, e conseqüentemente havia queda no número de casos e de mortes, as pessoas mudavam suas atitudes e comportamentos, pois acreditavam na sua importância em reduzir a transmissão (36, 40). A percepção de autoeficácia, ou seja, pessoas que se sentiam capazes e confiantes em adotar medidas, como o uso de máscaras, apresentou maior mudança de comportamento e adesão (41).

Emoções negativas como medo e ansiedade provocam aumento da adesão a comportamentos preventivos (36). Pessoas ansiosas aderem mais às recomendações (41). Sentimentos de cooperação, de altruísmo e pressões sociais foram associados a maior cumprimento das medidas preventivas (40).

Gênero feminino, pessoas com idade acima dos 60 anos, casadas, com filhos, e com maior nível de escolaridade tendem a adotar mais comportamentos preventivos (36, 42). Em geral, jovens, do sexo masculino, vivendo em área rural ou em bairros populares, estudantes e trabalhadores do setor privado relataram aderir menos às medidas preventivas (31).

A implementação e adesão a essas medidas é particularmente mais difícil em países de baixa e média renda, especialmente nas populações em vulnerabilidade social, como já foi constatado no passado, principalmente se considerarmos os contextos de populações mais pobres, dependentes de transporte público, de trabalhadores informais, de moradores de rua, pessoas que vivem em favelas, casas lotadas sem ventilação adequada, sem água tratada ou saneamento básico (43). Esses grupos vulnerabilizados acabam vivendo entre o alto risco de ser infectado e sofrer os desfechos mais graves da doença e as consequências da séria crise econômica imposta pela pandemia (44).



## DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A pandemia da COVID-19 é um dos maiores desafios da saúde pública nos últimos cem anos (45). A transmissão é potente e ocorre por meio de contato próximo com gotículas respiratórias do infectado (5). Os sintomas são leves e aparecem gradualmente, como por exemplo, tosse, febre, congestão nasal, fadiga, dor de cabeça, perda do paladar ou olfato, diarreia, dor de garganta ou erupção cutânea (46). A maioria das pessoas infectadas apresentam apenas sintomas leves, outras podem ser assintomáticas e outras podem apresentar um quadro mais grave, com dificuldade de respirar e até chegar a desenvolver pneumonia, insuficiência respiratória, sepse e falência múltipla de órgãos (5).

Cerca de 80% das pessoas infectadas se recuperam da doença sem precisar serem hospitalizadas e uma em cada seis pessoas infectadas fica gravemente doente e desenvolve dificuldade de respirar (2). Destas, 15% necessitam de hospitalização e 5% requerem admissão em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) (5). A média de dias de hospitalização no Brasil é de cerca de 7 dias (47). Idosos e pessoas com determinadas condições de saúde como doenças cardiovasculares, pulmonares ou câncer têm maior chance de desenvolver as formas mais graves. Porém, qualquer pessoa pode evoluir para a forma mais grave da doença (2).

Enquanto alguns poucos países conseguiram controlar a infecção, outros enfrentaram ou continuam enfrentando situações difíceis de colapso dos sistemas de saúde (6). Até o momento, o Brasil apresentou duas ondas epidemiológicas da doença, com picos alarmantes nos números de casos confirmados e de mortes, sobrecarga de hospitais e colapso do sistema de saúde de alguns estados e municípios (48). Apesar do Brasil estar sendo profundamente afetado pela pandemia, o governo federal não apresentou uma política nacional para enfrentamento da COVID-19, e os estados implementaram de maneira autônoma variadas medidas de prevenção em diferentes momentos, alguns com medidas mais restritivas e rígidas, e outros com medidas mais flexíveis (13, 45). Distanciamento social, quarentena, higienização das mãos e uso de máscaras foram parcialmente implementados. A testagem em massa e o rastreamento de contatos foram timidamente implementados no país (13). O auxílio emergencial, repasse financeiro aos mais afetados pela pandemia, foi instituído para tentar minimizar os efeitos sociais, porém ocorreu em meio a profundas dificuldades de acesso e de requerimento, devido à burocracia digital e problemas operacionais (49).

O primeiro caso registrado no Brasil foi em 26 de fevereiro de 2020 e a partir disso, a pandemia evoluiu rapidamente, atingindo o pico da primeira onda no final de julho de 2020, com média móvel de 46.393 novos casos e aproximadamente 1.590 óbitos em um único dia (50). Atingiu primeiramente as capitais dos estados, principalmente aqueles com aeroportos e, depois foi para o interior, regiões que apresentam uma atenção terciária a saúde bastante fragilizada (13, 51). Frente a fortes pressões econômicas, do comércio, e uma queda no número de mortes, porém com um platô alto, o país flexibiliza a medidas restritivas de quarentena (8). A falsa sensação da população de que a pandemia estava controlada, aliada a feriados prolongados, cenas de praias, bares, lojas e restaurantes lotados, como se a vida já pudesse voltar ao normal, provocou a segunda onda no final de novembro, com tendência ascendente até abril de 2021, atingindo cerca de 2.286 óbitos em um dia (48). Em 19 de junho de 2021, haviam sido registrados mais de 500 mil óbitos e 17,88 milhões de casos confirmados (52) desde o início da pandemia, considerando ainda que potencialmente existe subnotificação no país (8).

O Brasil é um país com mais de 213 milhões de habitantes, caracterizado por uma ampla e significativa desigualdade social, econômica, regional e geográfica, com índices preocupantes de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza, sem saneamento básico, sem água tratada, com alta taxa de desemprego, de moradores de rua e de população carcerária (53). Cerca de 75,6% da população brasileira depende exclusivamente do atendimento do sistema público de saúde (54), de cobertura universal e gratuita às ações e serviços de saúde, no entanto, com profundas falhas em recursos, incluindo o número de leitos em UTI, que é cinco vezes menor do que no setor privado (55). O sub-financiamento, a gestão inadequada e a fragilidade do sistema de saúde, altamente variável entre os estados, foi

revelado durante a pandemia e diversos estados tiveram que lidar com uma demanda hospitalar maior do que a capacidade disponível no SUS, que resultou em longas filas de espera de leitos gerais e intensivos (47).

O reflexo da desigualdade socioeconômica foi sentido no impacto da pandemia, de modo que estados com maior desigualdade econômica apresentaram maior incidência de casos e mortes em escala exponencial do que aqueles com menor desigualdade (55). No início da pandemia, estados como Roraima, Amazonas, Acre e Amapá apresentavam baixa ou nenhuma capacidade de atendimento dos casos mais graves, que refletiu nas chances de mortes (47). Isso pode ser explicado devido a piores estruturas públicas de saúde, saneamento e, por sua vez, populações com condições de saúde mais debilitantes e com baixa qualidade de vida (55). Além disso, a alta densidade urbana, o uso de transportes públicos, alta taxa de empregos informais, presença de aeroportos ou ser destino turístico, exacerbaram a pandemia em determinadas regiões (13).

A evolução da magnitude e gravidade da mortalidade por COVID-19 foi analisada em uma pesquisa (56), abrangendo as duas ondas (janeiro de 2020 a março de 2021), e apontou mais uma vez para as disparidades estaduais. As maiores taxas de mortalidade foram observadas na região Norte, especialmente nos estados do Amazonas e Roraima. A capital Manaus se destacou mundialmente pelo excesso de mortalidade e de mortes em domicílios/via pública (57).



Por outro lado, estados com maior número de leitos e capacidade de tratar casos mais graves, como São Paulo e Rio de Janeiro, também foram afetados. Houve pouca interação entre estados e municípios gravemente afetados e provavelmente gestão inadequada, com casos de estratégias de implementação de hospitais de campanhas que não foram concluídos, ou que foram entregues com atraso em relação aos momentos de maior necessidade (47).

A vacinação no Brasil iniciou-se em janeiro de 2021 e seguiu num ritmo lento, como aconteceu na maioria dos países. Além disso, foram identificadas quatro variantes de preocupação (mais transmissíveis e virulentas, podem gerar casos mais graves, aumentar o número de óbitos e diminuir a efetividade de medidas de saúde pública disponíveis, como vacinas e testes diagnósticos): variante do Reino Unido (alfa), da África do Sul (beta), do Brasil (gama) e da Índia (delta) (5). Até que toda população esteja vacinada, medidas comunitárias são fundamentais para reduzir o número de casos, de mortes e para evitar mais um colapso do sistema de saúde. A adesão maciça à quarentena, uso de máscaras e higienização das mãos é o ponto crítico no país. Diante do cenário devastador e da identificação de novas variantes, a OMS fez um novo apelo aos governos de todo o mundo, para que fortalecessem as medidas preventivas comunitárias capazes de mudar o rumo da pandemia e conter a propagação (5).

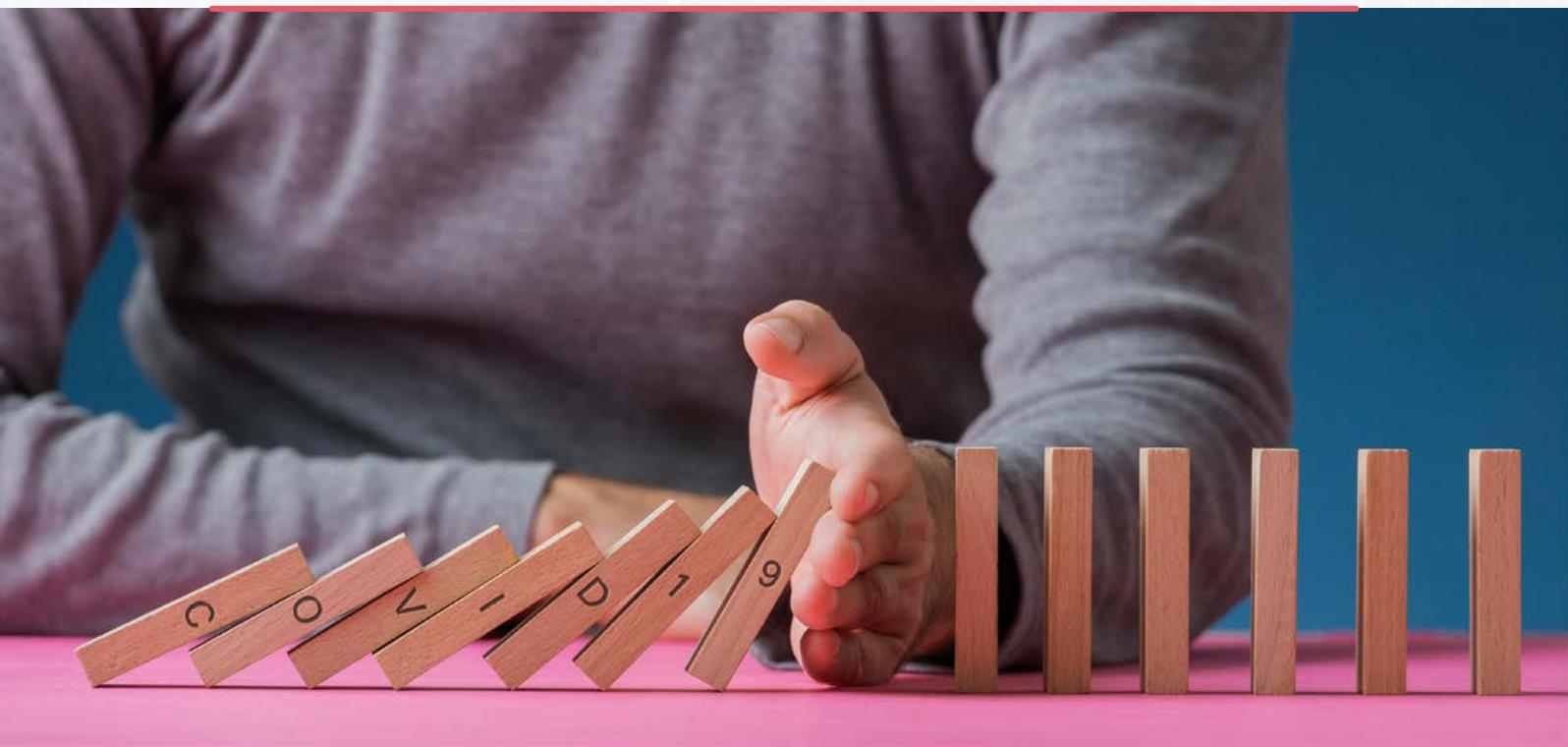
Diversos estudos têm investigado a adesão às medidas preventivas na população brasileira. Os achados mostram alta prevalência no uso de máscaras e higienização das mãos, porém baixa adesão ao distanciamento social (58, 59).

A percepção de risco e o comportamento da população frente à prevenção da COVID-19 foi comparada entre três países: Reino Unido, Estados Unidos e Brasil (60). Os achados revelaram significativa diferença entre os públicos, sendo os brasileiros aqueles que apresentaram uma taxa mais alta em manter contato próximo com mais do que dez pessoas, em continuar usando o transporte público e saindo para trabalhar, porém eram os mais preocupados com o risco da pandemia. Os autores sugeriram que o Brasil não conseguiu implementar totalmente a quarentena devido a complicados fatores políticos, econômicos, geográficos e ao fato de cerca de 60% dos trabalhadores serem informais. A maior percepção de risco e de preocupação dos brasileiros em relação à pandemia foi atribuída a falha de longos anos nos recursos de saúde do SUS.

Nestes três países, a falta de confiança nos oponentes e a filiação política das autoridades governamentais afetaram a aceitabilidade das medidas comunitárias (36, 60). Diversas informações conflitantes e equivocadas entre os discursos do presidente do Brasil e as recomendações das autoridades de saúde, aliadas a grande concentração de informações falsas, o negacionismo da ciência, o incentivo ao uso de kits para tratamento precoce da COVID-19, a falta de liderança federal e a minimização da gravidade do cenário, alimentaram a pandemia e diminuíram a confiança da população nas instituições, provocando confusão e incerteza nos cidadãos quanto a efetividades das medidas preventivas (15, 61).

A influência das ações e palavras do presidente do Brasil foi percebida principalmente nos municípios e grupos pró-governo, onde a adesão ao distanciamento social foi menor do que nos locais com lideranças de oposição ao governo (62). Além disso, a disponibilização de kits para tratamento da COVID, contendo medicamentos comprovadamente ineficazes (21, 22, 24, 25), ocorreu em municípios alinhados com o partido político do governo federal (23). O Ministério da Saúde foi constantemente alvo de tensão e de baixo poder de ação chegando a ser considerado corresponsável pela retração econômica (63). O Conselho Federal de Medicina (CFM) deliberou sobre o tratamento profilático da COVID-19 e reiterou que a decisão do tratamento farmacológico sem comprovação científica deve ser de autonomia do médico em concordância com o paciente infectado (64). Mesmo considerando que os médicos exercem influência sobre a população e que são formadores de opinião, principalmente em nível local, o CFM não se opôs ao uso de cloroquina ou hidroxicloroquina, contrariando as fortes recomendações internacionais (21). Esses principais fatos endossaram a politização da pandemia em nosso país.

No curso da pandemia, constatou-se que a adesão às medidas restritivas da população em todos os estados diminuiu, seja pelo “cansaço” de estar isolado, ou seja pelo descaso da população com as medidas impostas (45) ou ainda, pela politização da pandemia no Brasil (53), marcada pelo despreparo e irresponsabilidade de alguns governantes brasileiros, principalmente por entender que seria possível uma imunização de rebanho, conduzindo ao genocídio da população brasileira constatado por quase 600 mil mortes devido a COVID-19. A garantia dos benefícios não foi suficiente para alcançar o engajamento maciço da população na adoção das medidas comunitárias e expôs o conflito individual *versus* coletivo/sociedade, o egoísmo, a falta de empatia e de solidariedade em alguns casos (65). Se por um lado, existem cidadãos que descumprem determinadas medidas preventivas por falta de conhecimento, por outro lado há aqueles que as desrespeitam baseados no indivi-



dualismo, na liberdade, na autonomia de suas próprias atitudes e na falta de solidariedade interclasses (65, 66). Esses e outros achados mostram a necessidade de cooperação entre governos e cidadãos na luta contra a COVID-19 (45).

Uma iniciativa da Fundação Oswaldo Cruz, “ConVid – Pesquisa de Comportamentos”, em seu inquérito de saúde realizado pela internet durante a primeira onda, encontrou que um quarto da população não aderiu ao distanciamento social, destacando-se o sexo masculino, a faixa etária de 30 a 49 anos, com baixa escolaridade, residentes na região Norte e Centro-Oeste e que continuaram trabalhando fora de casa durante a pandemia (12). O estudo ELSI-COVID-19 (Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros) mostrou que brasileiros acima de 50 anos com multimorbidades apresentaram maior adesão ao isolamento social, ao uso de máscaras e lavagem das mãos do que aqueles sem morbidades. Indivíduos com multimorbidades ficaram duas vezes mais em casa do que aqueles sem morbidades e relataram que quando saíram foi para buscar atendimento médico (4) ou para comprar medicamentos ou alimentos (59).

A partir de uma pesquisa na *web* postada nas principais redes sociais, a maioria dos brasileiros (99,1%) reportou usar máscaras em lugares públicos e/ou lotados, sentir-se mais protegida com a máscara (50,4%), apesar do desconforto (67,3%), e apenas 34,2% afirmaram que a usavam apenas porque era mandatário (67). A utilização inadequada, o material de que é feita a máscara e a questão da lavagem e da reutilização delas são fatores preocupantes (68).

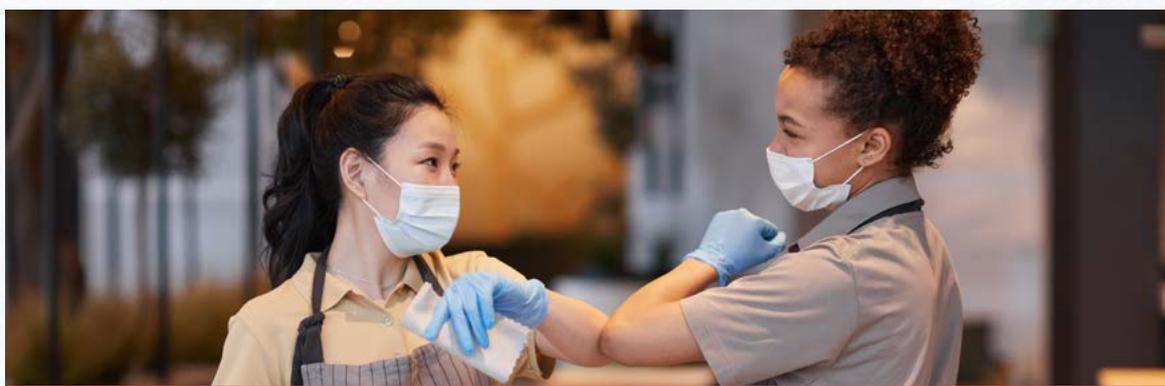
O uso de álcool gel para higienização das mãos e de álcool 70% para limpeza de superfícies gerou uma corrida por esses produtos, chegando a escassez nas prateleiras no início da pandemia, com elevação exagerada nos preços (69). A Agência Nacional de Vigilância Sanitária constatou que com o aumento da demanda houve proliferação de álcool de baixa qualidade no mercado e aumento no número de casos de intoxicações por álcool gel, dermatites e queimaduras, principalmente em crianças (69).

Determinadas estratégias governamentais como o auxílio financeiro emergencial e programas de doação de alimentos tiveram alcance limitado. Embora cerca de 26% dos brasileiros não tenham acesso à internet, 16% sejam analfabetos e 14% não tenham conta bancária, houve a exigência de cadastramento on-line e de conta bancária para o recebimento do auxílio emergencial (49, 70). A política pública não foi compatível com a realidade de muitos cidadãos que necessitavam desse auxílio financeiro e não houve adequação quanto a determinados grupos como a população rural, índios, pessoas sem acesso à internet, analfabetas ou sem conta bancária (49, 70). Além disso, houve atraso na concessão, aglomerações e longas filas em bancos para o recebimento do dinheiro.

Embora o Brasil pareça estar na contramão em muitos aspectos, algumas cidades merecem destaque devido às iniciativas exitosas de contenção da COVID-19 implementadas

pelas autoridades locais na primeira onda, tais como, Fernando de Noronha (71), Niterói (72), Cajamar (73), Petrolina (74), Uberlândia (75), entre outras. Medidas restritivas mais rígidas, bloqueio de acesso a não residentes, fortalecimento da atenção primária, testagem, rastreamento de contatos, monitoramento intensivo de pacientes, mapeamento da população mais vulnerável, campanhas de conscientização em programas de rádio, nas ruas com carros de som e em mídias sociais, assim como distribuição de máscaras e kits de limpeza garantiram o sucesso do plano de enfrentamento da pandemia e reforçaram o potencial dessas medidas na diminuição de casos e mortes nesses municípios. Durante a segunda onda, vale destacar o decreto de *lockdown* pela prefeitura de Araraquara, com fechamento de comércio e restrição de circulação de pessoas na rua (76), diminuindo significativamente a mortalidade na cidade.

## Contribuições da oficina de sensibilização e priorização



Uma oficina de sensibilização e priorização do real problema da não adesão no Brasil foi realizada em dezembro de 2021 com importantes *stakeholders* (partes interessadas), que endossaram os achados descritos anteriormente. Os participantes foram unâimes em considerar o problema como de extrema relevância e alta prioridade, sendo revelada diariamente quando saímos às ruas, com notável parte da população não aderindo às medidas (aglomerações em lojas, bares, praias), ou aderindo inadequadamente (uso de máscaras no pescoço ou cobrindo apenas a boca) ou duvidando de sua efetividade e necessidade (rumores nos mais variados locais). As principais palavras que nortearam as deliberações em torno da definição e causas do problema foram: lacunas na comunicação, falhas na coordenação e na liderança, contradições nas informações transmitidas, fortes interferências políticas, negação da ciência, minimização do problema, presença de informações falsas, baixa percepção de risco e deslegitimação das medidas comunitárias. Maiores detalhes podem ser encontrados no **APÊNDICE A**.

## Buscando evidências científicas sobre as opções



As ferramentas SUPPORT (SUPORTE a Ensaio e Revisões relevantes para as Políticas) (77) para políticas de saúde informadas por evidências foram usadas para guiar o processo de elaboração da síntese de evidências e da facilitação do Diálogo Deliberativo (DD). Detalhes da metodologia empregada e os seis passos seguidos (i. intercâmbio com tomadores de decisão; ii. realização da oficina de sensibilização; iii. elaboração da síntese de evidências; iv. validação da síntese de evidências por meio de dois *rounds* de avaliação e pela facilitação do diálogo deliberativo (DD); v. alinhamento (consenso) da síntese de evidências e; vi. disseminação dos achados) encontram-se no **APÊNDICE B**.

O levantamento dos estudos elegíveis para resolver o problema foi realizado por pesquisa sistemática em 18 plataformas científicas, com uma estratégia de busca definida e validada por duas bibliotecárias, sem restrição de idioma ou data de publicação, a qual foi adaptada para cada plataforma, conforme **APÊNDICE C**. Utilizou-se também como estratégia, a busca na literatura cinzenta, a lista de referências e busca manual para identificar estudos possivelmente elegíveis. Quando necessário, buscamos contatar os autores principais dos estudos para obter mais informações.

No total, foram obtidos 11.376 estudos e após remoção das duplicadas e triagem inicial de títulos e resumos, foram selecionados 69 artigos. Após a leitura dos textos completos, excluíram-se os estudos secundários que não incluíam a população em geral, ou que não apresentasse nenhuma estratégia para aumentar a adesão, ou que tivesse desenho ineligiável ou que estivesse sido incluído em outra revisão (por exemplo, revisões sistemáticas incluídas em estudos de resposta rápida para política), restando onze estudos que atendiam ao escopo de opções para políticas relacionadas a pergunta de pesquisa, conforme mostra a figura de seleção dos estudos, **APÊNDICE D**. A lista dos estudos completos excluídos encontra-se no **APÊNDICE E**, e para maiores informações sobre os estudos selecionados para a definição das opções, utilize o **APÊNDICE F**.

## Categorizando e qualificando as evidências para as opções



As opções identificadas foram categorizadas de acordo com a taxonomia de estratégias de implementação do *Health Systems Evidence* (78).

A qualidade metodológica das revisões sistemáticas, das revisões rápidas e das diretrizes para política foram avaliadas utilizando-se dos instrumentos AMSTAR 2 (*A Measurement Tool to assess the Methodological Quality of Systematic Review*) (79), checklist da Cochrane (80) e AGREE (*Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Instrument*) (81), respectivamente. A análise da certeza da evidência considerada nessa síntese refere-se àquela reportada pelos autores dos estudos. O detalhamento da análise crítica dos estudos está disposto no **APÊNDICE G**.

## Identificando barreiras, facilitadores e iniquidades



As possíveis barreiras e facilitadores para a implementação das opções, assim como as iniquidades, foram pesquisados preferencialmente em artigos qualitativos na literatura por meio de busca manual. Os artigos identificados não foram avaliados quanto a qualidade da evidência gerada. Para as considerações sobre equidade, utilizou-se a ferramenta PROGRESS-PLUS (82).

## Validando a síntese de evidências



A validade do conteúdo da síntese foi feita utilizando a técnica do Delphi Híbrido (83, 84). A técnica do Delphi Híbrido adotada neste estudo começa com o julgamento prévio de um grupo de painelistas que recebe a síntese previamente para um julgamento (*round 1*). Este julgamento é independente e neste caso foi feito utilizando-se de um questionário on-line estruturado em perguntas fechadas graduadas pela escala de *Likert*. Os painelistas (juízes) são os *stakeholders* selecionados para a participação tanto da oficina de sensibilização quanto do DD. Os atores convidados foram mapeados considerando os grupos de interesse no tema (academia, gestores, profissionais da saúde atuantes e sociedade civil), buscando uma representação equilibrada. A técnica de *Chatan house* no DD permite condições favoráveis, e a presença do facilitador, contém as influências dominantes de personalidade que possam acontecer durante a reunião. A reunião on-line com os painelistas após o primeiro *round* tem a finalidade de esclarecer e aprofundar o conteúdo da síntese, além de propor alterações. As alterações sugeridas durante o primeiro *round* e o DD são enviadas aos painelistas no segundo *round*. O método Delphi Híbrido foi descrito como o “único método sistemático que combina opinião de especialistas e evidências científicas” (85), **APÊNDICE H**.



# OPÇÕES PARA ENFRENTAR O PROBLEMA

---

Foram identificadas três opções para enfrentamento do problema da não adesão. Os onze estudos incluídos apresentaram os resultados como sínteses narrativas dificultando a verificação da relação causa/efeito entre as intervenções e os desfechos estudados, ou seja, as estimativas agregadas dos desfechos previamente estabelecidos nessa síntese (número/proporção de pessoas que estão aderindo às medidas de prevenção e controle; redução dos casos de incidentes, de hospitalizações e mortalidade) não foram reportadas pelos autores dos estudos incluídos. Além disso, a variabilidade na qualidade dos estudos primários incluídos em cada revisão bem como sua qualidade final trouxeram incertezas quanto aos achados.

O tempo necessário para produção de evidências nem sempre é o mesmo da tomada de decisão na gestão ou na política de saúde, ao passo que evidências consideradas robustas, obtidas de estudos de alta qualidade metodológica, muitas vezes podem não estar disponíveis, quando os tomadores de decisão necessitam. Portanto, apresentamos a seguir as

opções baseadas nas melhores evidências disponíveis, e incluímos informações sobre as incertezas envolvidas. Ademais, os estudos incluídos parecem não ter incluído países com cenário semelhante ao do Brasil, o que levanta dúvida sobre a aplicabilidade dos achados ao contexto brasileiro, com a dificuldade adicional da postura política do atual governo e a forma de organização do SUS.

## Opção 1 – Comunicação de risco ao público



Comunicação de risco é definida como “troca de informações, aconselhamentos e opiniões em tempo real entre especialistas, líderes comunitários ou responsáveis e as pessoas em risco que enfrentam ameaças à sua saúde e ao bem estar social” (3).

A forma como a mensagem de risco é elaborada e transmitida impacta diretamente no comportamento do indivíduo e da comunidade, e conseqüentemente, na adesão. Uma diretriz para política da OMS (3), de alta qualidade metodológica, apresenta algumas recomendações firmes para tornar a comunicação de risco mais efetiva: construção da confiança, transparência e participação da comunidade (certeza da evidência: moderada). A seguir, maiores detalhes.

### Construção da confiança (3):

- As informações devem ser claras, consistentes, unificadas, práticas e atualizadas (de preferência todos os dias, no mesmo horário) quanto aos riscos (da disseminação, do contágio e da gravidade da doença), aos benefícios, a necessidade, a efetividade e a racionalidade da adoção das medidas comunitárias de prevenção da COVID-19 (3, 10). A população em geral deve receber informações práticas, tais como: O que fazer? Como fazer? Por quanto tempo fazer?
- As mensagens relacionadas à percepção de risco, de benefício e de eficácia das medidas preventivas devem ser constantemente lembradas e reforçadas (10, 36);

- As informações confiáveis relacionadas à COVID-19 devem ser fáceis de serem encontradas em fontes legítimas/com crédito (importantes organizações, Estado, governo local) (3, 36);
- Comunicação proativa do governo e autoridades oficiais, garantindo a divulgação das informações de risco e a possível intervenção de forma rápida (11), evitando rumores e especulações. A confiança nas autoridades encoraja o engajamento e a adesão da comunidade (3);
- Vasta disseminação em diferentes mídias e canais de comunicação: mídias tradicionais, sociais, locais e/ou veiculadas por tecnologia móvel. A abordagem multimídia é mais efetiva do que abordagem única (86);
- Mensagens curtas e materiais impressos que combinem texto mais diagramas são mais efetivos (86);
- Monitoramento da percepção pública da pandemia e identificação de incertezas, preocupações e inconsistências por parte da população, e desta forma, combater a desinformação e *fake news* (11).

#### **Transparência: comunicar incertezas (3)**

- Transparência na comunicação, no reconhecimento de incertezas, erros e mudanças de informações, muito comum durante uma pandemia, e não ocultação de informações negativas, tais como número de vítimas (3, 10);

#### **Participação da comunidade (3).**

- Identificação de pessoas em quem a comunidade confia (líderes confiáveis) e seu envolvimento no desenvolvimento e na divulgação da mensagem (3, 10), seja um líder comunitário, profissional da saúde de confiança ou um líder de saúde pública (10, 11);
- Adaptação das mensagens (mensagens customizadas) e da comunicação de acordo com as necessidades, o público alvo, o contexto cultural e a sua compreensão, envolvendo partes interessadas para garantir o fluxo, integrando a comunidade na prática (3, 11). Recomenda-se testar antecipadamente as mensagens com um pequeno grupo da comunidade (3);
- Elaboração de mensagens que reforcem a responsabilidade social e o senso de altruísmo, a fim de aumentar a motivação da adesão (36);
- Mensagens de caráter positivo, que enfatizem o coletivo versus o individual (10), baseadas em fatos, mostram-se mais efetivas (86).

## Quadro 1 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas e revisões rápidas

Características gerais	Descrição
<b>Benefícios</b>	<p>Uma revisão rápida de Winograd et al. (17), de qualidade metodológica criticamente baixa, avaliou a efetividade da comunicação de risco em reduzir a disseminação/transmissão viral. Os resultados mostraram que a comunicação de risco é eficaz e produz mudanças cognitivas na percepção de risco da doença, que por sua vez, encoraja a mudança de comportamento e aumenta a adesão às medidas preventivas (certeza da evidência: de baixa a muito baixa).</p> <p>Três revisões rápidas conduzidas por NCCMT* (10), Ryan et al. (11) e Mills et al. (36), de qualidade metodológica alta, alta e criticamente baixa respectivamente (10, 11, 36), investigaram as melhores práticas para comunicação de risco e mostraram que o fornecimento de informações claras, repetidas, de como o vírus é transmitido, do risco de contágio, do risco à saúde, da gravidade da doença (percepção de risco e da gravidade), assim como da efetividade e dos benefícios individuais e comunitários (percepção de benefício) das medidas preventivas permitiu que as pessoas expostas ao risco compreendessem e adotassem comportamentos preventivos e aumentassem a adesão (certeza da evidência: de incerta a alta).</p> <p>A confiança na ciência, nas instituições (locais e/ou governo nacional), na pessoa que entrega a mensagem e o senso de altruísmo (proteger a si mesmo e ao próximo) foram importantes para influenciar o comportamento e aumentar a adesão (10, 11, 36) (certeza da evidência: de incerta a alta).</p>
<b>Danos</b>	<p>A falha na comunicação pode gerar efeitos negativos na percepção de risco, na aceitabilidade e na adesão às medidas preventivas (11, 36), tais como:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>Informações conflitantes ou confusas põem em dúvida a credibilidade e a confiabilidade da informação, que por sua vez pode causar “fadiga à informação”. O público torna-se cético e as mensagens passam a ser consideradas alarmistas (certeza da evidência: de incerta a alta).</li><li>Atraso na transmissão da mensagem por parte de órgãos oficiais diminui a confiança do público (certeza da evidência: de incerta a alta).</li><li>Falha na ação do governo e má interpretação na resposta ao público desmotiva a população a continuar aderindo às medidas (certeza da evidência: de incerta a alta).</li></ol>
<b>Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual</b>	<p>Requer orçamento definido e sustentável, porém poucos estudos abordaram o custo de forma útil (3).</p>

Continua

### Quadro 1 (conclusão) – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas e revisões rápidas

Características gerais	Descrição
<b>Incertezas</b>	Diferentes abordagens de comunicação de risco foram promissoras, mas não foi possível determinar qual seria a melhor abordagem (17, 86). Evidências mostraram apenas que intervenções adaptadas para uma população foram mais eficazes do que as não adaptadas (17) (certeza da evidência: de baixa a muito baixa).
<b>Percepções e experiência das partes interessadas</b>	Engajar a comunidade na elaboração e transmissão da mensagem aumenta a aceitabilidade das medidas e por sua vez, a adesão (11).

\*NCCMT: *National Collaborating Centre for Methods and Tools*

## Opção 2 – Educação em saúde para a população em geral



A Educação em saúde é qualquer tipo de combinação de experiências de aprendizado desenhada para ajudar indivíduos e comunidades a melhorar sua saúde, aumentar seu conhecimento e/ou influenciar suas atitudes (87). É um processo pedagógico permanente, comunitário, de construção de conhecimento, que não se limita a disseminação de informações relacionadas à saúde, envolve a promoção de motivação, habilidades, confiança e autonomia necessária para agir no sentido de melhorar a saúde e adotar comportamentos saudáveis e preventivos (87). Desempenha papel fundamental na prevenção e controle de doenças infecciosas emergentes. Devem ser amplas, consistentes, contínuas, lançadas sempre o mais cedo possível e com foco na conscientização pública sobre: i. a doença COVID-19 (risco de transmissão e contaminação, principais sintomas e medidas para diminuir a disseminação do vírus), ii. a prevenção (os benefícios da adoção de medidas preventivas adequadas e sua efetividade comprovada), adoção de práticas adequadas de uso de máscaras (como utilizá-las e lavá-las) e higienização das mãos (lavagem correta das mãos com água e sabão ou uso de álcool gel) e iii. uso de informações e de fontes confiáveis relacionadas à pandemia (88, 89). Neste cenário, a conscientização por meio de campanhas nacio-

nais de mídia de massa (tradicionais e sociais), de forma persistente, e programas educacionais baseados na *web* foram os tipos de intervenções educacionais mais recomendadas.

Aliado a isso, o fácil acesso à informação, por meio da mídia tradicional ou social, expõe a população a um grande volume de informações em saúde, que podem ser enganosas, mal interpretadas e confusas. Torna-se cada vez mais importante ter conhecimento e habilidade para compreender, usar e avaliar criticamente as informações sobre intervenções em saúde, a relação causa e efeito, sua respectiva qualidade e/ou credibilidade das reportagens apresentadas na mídia (90, 91). Considerando estes propósitos em educação em saúde, os estudos incluídos nas revisões, variaram muito quanto ao tipo de intervenção a ser utilizada e sua duração (90, 91). A maioria foi realizada em instituições educacionais (escolas, universidades), voltada para adolescentes, jovens ou adultos, e variou desde as formas ativas e dialógicas (trabalhos em pequenos grupos, discussões em aula, seções de interação e diálogo), até a aprendizagem independente, por distribuição de folhetos/livretos, *podcasts* ou programas interativos na *web*. A duração variou de uma única ocasião até alguns dias ou semanas de programas educacionais.

## Quadro 2 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas e revisões rápidas

Características gerais	Descrição
<b>Benefícios</b>	<p>Uma revisão rápida conduzida por Li et al. (89), de qualidade metodológica moderada, avaliou a educação em saúde pública na prevenção de doenças respiratórias agudas graves (como COVID-19, MERS e SARS) e mostrou que a educação em saúde aumenta o conhecimento e a conscientização pública, que por sua vez melhora a atitude, a prática e o comportamento frente à pandemia (certeza da evidência: de moderada a baixa). Contribui também para manter atitudes otimistas e para diminuir o nível de ansiedade, tensão, medo e depressão (certeza da evidência: de moderada a baixa).</p> <p>Pode ser mais eficaz nos grupos mais vulneráveis ou naqueles que comumente adotam comportamento de risco, como os jovens.</p> <p>Revisão sistemática de Solhi et al. (88), de qualidade metodológica criticamente baixa, investigou a efetividade do uso de modelos específicos de educação em saúde na prevenção de doenças infecciosas emergentes e apontou que o treinamento em ambientes comunitários com grupos análogos, campanhas nacionais, métodos modernos como <i>e-learning</i> ou educação baseada na <i>web</i>, têm efeitos positivos na conscientização e mudança de comportamento (certeza da evidência: não reportada pelos autores da revisão).</p>

Continua

**Quadro 2 (conclusão) – Achados relevantes para a opção, segundo revisões sistemáticas e revisões rápidas**

Características gerais	Descrição
	<p>Uma ampla revisão sistemática de Cusack et al. (90), de qualidade metodológica moderada, investigou a efetividade de intervenções educacionais designadas para melhorar a compreensão do público em geral sobre conceitos-chave relacionados à avaliação de intervenções em saúde e concluiu que a educação em saúde aumentou o conhecimento e as habilidades do público em compreender e avaliar as intervenções em saúde em curto prazo (certeza da evidência: de baixa a muito baixa).</p> <p>Outra revisão sistemática de Nordheim <i>et al.</i> (91), de qualidade metodológica moderada, avaliou os efeitos da educação em saúde para adolescentes na escola e apontou benefícios a curto prazo no conhecimento e na habilidade em avaliar criticamente as questões de saúde (certeza da evidência: muito baixa).</p>
<b>Danos</b>	Não foram avaliados nos estudos incluídos.
<b>Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual</b>	Não foram avaliados nos estudos incluídos.
<b>Incertezas</b>	<p>Os efeitos da educação em saúde a longo prazo são incertos (90, 91). Os resultados foram medidos imediatamente após a intervenção ou a curto tempo (após 2-8 semanas).</p> <p>Constatou-se uma significativa variação entre o formato das intervenções educativas e sua duração (88, 90, 91).</p> <p>Poucas informações foram fornecidas sobre as características do agente educador (88, 90).</p>
<b>Percepções e experiência das partes interessadas</b>	Somente uma revisão (90) avaliou a satisfação do público com a educação em saúde, mas os resultados não foram consistentes.

## Opção 3 – Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais



Vários elementos práticos precisam ser considerados para apoiar/sustentar a mudança de comportamento e a resposta da população à determinadas medidas preventivas. A população pode ter o desejo, a motivação e o conhecimento para adotar as medidas, mas se não tiver os meios, não irão aderir (92).

Desta forma, torna-se indispensável ofertar determinados tipos de suporte/assistência à população, principalmente àquelas mais afetadas pela pandemia, e assegurar que esta saiba claramente quais estão disponíveis e como podem acessá-las (11). Isso inclui:

- Garantir suporte financeiro e acesso a suprimentos básicos como comida e medicamentos, a fim de aumentar principalmente a adesão à quarentena/isolamento social (11, 40);
- Facilitar o acesso a serviços médicos usuais e manter linhas diretas de suporte e comunicação com uma equipe de profissionais da saúde, incluindo serviços on-line ou por telefone, a fim de aumentar principalmente a adesão à quarentena/isolamento social (11);
- Garantir o acesso a serviços especializados, tais como, saúde mental, maternal, infantil, entre outros (11);
- Implementação de medidas para compensar as perdas financeiras, seja a restrição da renda familiar ou a perda de emprego (40).

Algumas outras estratégias positivas relacionadas ao suporte/ acesso foram citadas em alguns estudos, porém estes não avaliaram a efetividade da adoção de tais estratégias, entre elas:

- Disponibilização de estações para lavagem das mãos, de água, sabão ou álcool-gel, a fim de aumentar a adesão à higienização das mãos, seja em ambiente público ou domiciliar (43);
- Distribuição de máscaras, a fim de aumentar a adesão ao uso de máscaras (43);
- Disponibilização de centros para quarentena ou isolamento (43);
- Controle/redução no número de passageiros em transportes públicos, por meio de um planejamento unificado dos arranjos operacionais de horários e de venda de bilhetes; intensificação na desinfecção dos veículos e das estações; implementação e divulgação em mídias de diretrizes de proteção individual para uso de transporte público, tanto para passageiros como para a equipe de funcionários envolvidas (93);
- Reabertura de escolas, com reorganização de turmas menores; e intensificação da higienização dos ambientes, móveis e objetos (94).

### Quadro 3 – Achados relevantes para a opção, segundo revisões rápidas

Características gerais	Descrição
<b>Benefícios</b>	Uma revisão rápida conduzida por Ryan et al. (11), de qualidade metodológica alta, focou em abordagens para promover a aceitabilidade e a adesão ao distanciamento físico durante a pandemia da COVID-19 e apontou que a garantia de suporte financeiro, o acesso facilitado a suprimentos essenciais (alimentação e medicamentos) e serviços, tais como cuidado médico usual e especializado, aumentam a adesão às medidas preventivas e mitigam os efeitos a longo prazo na saúde física e mental da população (certeza da evidência: de moderada a baixa).
<b>Danos</b>	Serviços de apoio difíceis de acessar causam estresse e não adesão (11) (certeza da evidência: de moderada a baixa).
<b>Custos e/ou custo-efetividade em relação à situação atual</b>	O estudo apenas sugere um significativo impacto econômico e social, porém avaliações econômicas são necessárias (11).
<b>Incertezas</b>	Não foram avaliadas nos estudos incluídos.

Continua

### Quadro 3 (conclusão) – Achados relevantes para a opção, segundo revisões rápidas

Características gerais	Descrição
<b>Percepções e experiência das partes interessadas</b>	Uma revisão rápida conduzida por Webster et al. (40), de qualidade metodológica criticamente baixa, a respeito dos fatores associados com a adesão à quarentena durante epidemias de doenças infecciosas, mostrou que o medo de perder o emprego e a renda familiar é um dos principais fatores de não adesão (certeza da evidência: não reportada pelos autores da revisão).

## Considerações sobre equidade das opções

A pandemia revelou e aumentou as iniquidades em saúde, aprofundou as disparidades sociais a nível nacional e global (95), assim como o estigma e a discriminação de determinados grupos marginalizados que sistematicamente sempre experimentaram maiores obstáculos à saúde (96). Na situação política atual, a descentralização e municipalização do sistema mostrou-se frágil no enfrentamento de problemas de saúde nacionais, como uma pandemia, por ressaltar a falta de um direcionamento central organizado.

Torna-se fundamental aplicar uma lente de equidade para direcionar intervenções que incluam e respeitem todos os grupos populacionais, considerando os fatores sociais e biológicos (características individuais, demográficas, culturais e ambientais), a fim de deter a transmissão do vírus e das iniquidades (97). Neste caso, há duas categorias de doenças que estão interagindo dentro de populações específicas: a síndrome respiratória aguda grave da SARS-CoV-2 e uma série de doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, diabetes, dengue, câncer, etc). Essa interação em determinados contextos com profunda desigualdade social, econômica e ambiental, exacerbam os danos dessas doenças e tornam a população mais vulnerável a seus impactos, caracterizando uma sindemia (sinergia e pandemia) (98).

O Brasil é um país que revela importantes iniquidades sociais, raciais e regionais (8, 98). O país apresenta a terceira maior população de prisioneiros do mundo e alta concentração de moradores de rua (99). Significativa parcela da população não tem acesso à internet e não possui conta bancária (49, 70). A população indígena tem difícil acesso aos serviços de saúde devido à distância geográfica ou à indisponibilidade de serviços de saúde (99). O SUS é universal, porém é historicamente subfinanciado, fato que compromete a qualidade da saúde pública e do cuidado (100).

Políticas que ignoram as iniquidades durante a pandemia contribuem para sua perpetuação ou exacerbam e para geração de novas iniquidades, que por sua vez inevitavelmente retardam o fim da pandemia (96).

Considerando o impacto de diferentes opções, pode ser que existam grupos ou lugares que estejam potencialmente em desvantagem. Para garantir a redução das desigualdades, utilizamos a ferramenta PROGRESS-PLUS (82), a fim de adaptar as evidências à comunidade, conforme mostram os quadros a seguir. Foram identificados estudos primários e secundários que avaliaram a equidade considerando as três opções selecionadas nessa síntese. Como a maioria dos estudos são qualitativos ou de métodos mistos, a qualidade dos mesmos não foi avaliada.

## Quadro 4 – Considerações sobre equidade da Opção 1 - Comunicação de risco ao público

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<b>Lugar de residência</b> <i>Área rural</i>	Populações rurais são menos expostas à informação, acessam menos os canais de mídia nacional e têm menor percepção de risco do que a população urbana (31).	Ampliar os canais de disseminação de informação, enfatizando a mídia local (3).
<i>Local sem acesso à internet</i>	Indivíduos sem acesso à internet ou sem alfabetização digital têm menos acesso à informação e atendimento à saúde, principalmente durante esta pandemia (101, 102);	Facilitar o acesso à internet, reduzir tarifas e fortalecer a banda larga (102).
<b>Etnia, raça, cultura e linguagem</b> <i>Imigrantes</i> <i>Refugiados</i> <i>Índios</i>	Imigrantes, refugiados e índios têm dificuldades de leitura e de compreensão das mensagens, devido aos diferentes tipos de linguagem e cultura. Geralmente, também têm acesso limitado as tecnologias e a internet (103).	Traduzir as mensagens para diferentes linguagens, de forma clara e explícita (103). Engajar a comunidade e líderes de confiança da comunidade na elaboração e disseminação de mensagens, de acordo com a linguagem local (103).
<b>Ocupação</b>	*	*
<b>Gênero</b>	*	*

Continua

**Quadro 4 (continuação) – Considerações sobre equidade da Opção 1 - Comunicação de risco ao público**

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<b>Religião</b>	Determinadas religiões, crenças e líderes religiosos contra as políticas de isolamento social, contrariam as mensagens de risco e as recomendações científicas, encorajando a população a frequentar as igrejas durante a pandemia, a prevenção e a cura somente pela fé (102).	Envolver líderes religiosos na elaboração, transmissão e disponibilização de mensagens de risco baseadas nas recomendações científicas (3).
<b>Educação/nível de alfabetização</b>  <i>Baixo nível educacional</i>	Pessoas com nível de educação baixo ou analfabetas têm dificuldades em ler e/ou interpretar as mensagens de risco (3).	Adaptar as mensagens de risco às necessidades e ao nível educacional daquele determinado grupo (3)
<b>Capital social</b>	Indivíduos mais isolados ou aqueles com menor interação social na comunidade podem ter menos preocupação com os outros e menor acesso à informação e à percepção de risco (104).	Expandir e fortalecer as relações sociais, mesmo que seja on-line nesse momento de pandemia (104).  Elaborar mensagens de risco que reforcem a empatia e a solidariedade entre os grupos mais vulneráveis e que estimulem o altruísmo (104).
	Indivíduos com falta de confiança no governo e nas informações transmitidas pelo poder federal afetam as respostas à comunicação de risco (105).	Envolver porta-vozes de confiança da comunidade na transmissão das mensagens (3).
<b>Posição socioeconômica</b>	Pessoas com posição socioeconômica mais baixa têm acesso limitado ou nenhum acesso à internet e a tecnologia, que por sua vez, diminui a interação com as mensagens de risco (103).	Garantir várias formas de comunicação e vasta disseminação, a fim de atingir as pessoas com pouco acesso à informação on-line (10, 86).

**Continua**

**Quadro 4 (conclusão) – Considerações sobre equidade da Opção 1 - Comunicação de risco ao público**

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<p><b>Idade</b></p> <p><i>Idosos</i></p>	<p>Idosos podem ter mais dificuldades de ouvir, compreender e processar as informações de comunicação de risco (103).</p>	<p>Personalizar os materiais de comunicação de acordo com a faixa etária, específico para idosos (103).</p> <p>Envolver idosos na elaboração e transmissão das mensagens para obter <i>feedbacks</i> (103).</p>
<p><i>Crianças</i></p>	<p>Crianças podem não ter acesso ou não compreender as informações disponíveis (103).</p>	<p>Elaborar os materiais de comunicação favoráveis ao estágio de desenvolvimento das crianças (103).</p>
<p><i>Jovens</i></p>	<p>Jovens (18 a 29 anos) têm baixa percepção de risco, maior rede de contatos sociais e menor confiança na resposta do governo frente à pandemia (106).</p>	<p>Mobilizar jovens na produção e disseminação das mensagens. O engajamento dos jovens em papéis mais ativos motiva sua adesão (106).</p> <p>Envolver jovens celebridades, clubes esportivos e importantes marcas na entrega da mensagem (106).</p>
<p><b>Deficiências</b></p> <p><i>Indivíduos com deficiências físicas (visual ou auditiva), ou deficiências intelectuais</i></p>	<p>Deficientes visuais, auditivos e com dificuldades intelectuais têm necessidades específicas para comunicação e acesso desigual a informação (103).</p>	<p>Fornecer informações em formatos acessíveis e compreensíveis para pessoas com deficiências, tais como braile, vídeos, legendas de texto para deficientes auditivos e materiais on-line para pessoas que usam tecnologia assistida (103).</p> <p>Envolver líderes ou organizações de pessoas com deficiências (103).</p>
<p><b>Outros grupos vulneráveis</b></p> <p><i>População carcerária</i></p>	<p>População carcerária sem acesso aos canais de comunicação tem baixa percepção de risco à vida e à saúde frente à pandemia da COVID-19 (107).</p>	<p>Manter a população carcerária informada sobre o cenário da pandemia, os riscos à saúde, as estratégias adotadas pela administração penitenciária para prevenção, controle e assistência à saúde e de estratégias para manutenção de comunicação com seus familiares, seja por carta, telefone ou outros meios (107).</p>

\*não foram encontrados estudos que reportaram esse item

## Quadro 5 – Considerações sobre equidade da Opção 2 - Educação em saúde para a população em geral

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<b>Lugar de residência</b>	Indivíduos que moram em áreas remotas ou áreas rurais têm menor acesso a práticas educativas devido à distância e dificuldade de transporte (108).	Inclusão de programas educacionais em áreas rurais e facilitação da locomoção e do transporte para aumentar adesão às atividades educacionais, quando as atividades puderem ser presenciais, face a face (108).
<i>Área rural</i>		
<i>Local sem acesso à internet</i>	Indivíduos que moram em local sem acesso à internet ficam prejudicados devido à grande importância das tecnologias digitais nessa pandemia (101).	Ampliar e facilitar o acesso à internet e proporcionar alfabetização digital (101)
<b>Etnia, raça, cultura e linguagem</b>	Parcela da população tem resistência em aceitar o modelo assistencial, por exemplo, de educação em saúde, porque eles ainda estão centrados na perspectiva da medicina curativa, do papel do médico, da consulta e da prescrição medicamentosa (108).	Os profissionais devem apostar na reorientação e conscientização da população na importância do modelo assistencial, no atendimento em saúde de forma integral, na prevenção de doenças e na promoção da saúde (108).
<b>Ocupação</b>	Profissionais muito ocupados, sem tempo.	Intervenções educacionais mais curtas tendem a apresentar maior impacto na mudança de comportamento e maior adesão às atividades (109).
<b>Gênero</b>	Homens geralmente procuram menos os serviços e atividades relacionadas à saúde, além de adotarem mais comportamentos de risco (110, 111).	Programas de educação em saúde desenhados especificamente para homens (110).
<i>Masculino</i>	Intervenções educacionais on-line mostraram menos impacto na mudança de comportamento dos homens do que das mulheres (109).	
<b>Religião</b>	*	*

Continua

**Quadro 5 (continuação)– Considerações sobre equidade da Opção 2 - Educação em saúde para a população em geral**

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<p><b>Educação/nível de alfabetização</b></p> <p>Baixo nível educacional</p>	<p>Baixo nível educacional interfere diretamente no grau de compreensão e aprendizado das atividades educacionais (108, 110).</p>	<p>Programas de educação em saúde desenhados especificamente para população com baixo nível educacional (110), com emprego de linguagem simples e/ou formato dialógico (109).</p>
<b>Capital social</b>	*	*
<p><b>Posição socioeconômica</b></p>	<p>Indivíduos com baixo nível socioeconômico podem ter maior dificuldade no processo de alfabetização (ler e escrever) e de alfabetização digital (relacionados à internet), que por sua vez, prejudica a conscientização na adoção das medidas preventivas (112).</p>	<p>Campanhas na comunidade local e por meio de mídia tradicional, com linguagem fácil (112).</p>
<p><b>Idade</b></p> <p><i>Idosos</i></p>	<p>Idosos geralmente têm baixa alfabetização em saúde, que dificulta a compreensão da educação em saúde e conseqüentemente apresenta falhas na mudança de comportamento (113).</p> <p>A educação em saúde em formato on-line demonstrou menos benefícios a pessoas de idade avançada (109).</p>	<p>Fornecer educação em saúde via telefone, quando a intervenção face a face não for viável, como em períodos de pandemia. O contato telefônico, meio seguro e prático, mostrou efeitos positivos na conscientização, no aumento de conhecimento e na mitigação da ansiedade durante epidemias de doenças emergentes (113).</p>
<p><i>Crianças</i></p>	<p>Crianças têm dificuldades de compreender as campanhas em massa de educação em saúde e conseqüentemente têm falhas em aderir a comportamentos preventivos adequados (89).</p>	<p>Oficinas lúdicas empregando uma abordagem de linguagem e informações, de acordo com o estágio de desenvolvimento das crianças (114);</p> <p>Educação em saúde direcionada aos pais e cuidadores, com a finalidade de que eles possam conscientizar seus filhos (89).</p>

Continua

### Quadro 5 (conclusão)– Considerações sobre equidade da Opção 2 - Educação em saúde para a população em geral

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<p><b>Deficiências</b></p> <p><i>Indivíduos com deficiências físicas, ou deficiências intelectuais, ou determinados transtornos mentais</i></p>	<p>Indivíduos com deficiências ou determinados transtornos mentais têm dificuldade de compreensão, de aprendizado e de frequentar programas de educação em saúde (115).</p>	<p>Disponibilizar materiais educativos adequados para cada tipo de deficiência, seja visual, auditiva ou intelectual (103).</p> <p>Realizar visitas domiciliares com equipamentos adequados de proteção e manter distância mínima entre o educador e o paciente (116).</p>
<p><b>Outros grupos vulneráveis</b></p> <p><i>População carcerária</i></p>	<p>Interrupção de atividades em grupo, como as educativas, esportivas ou religiosas (107). A escassez de atividades alternativas tem acarretado graves consequências psicológicas (117).</p>	<p>Explorar atividades que possam ser realizadas dentro das celas, ou por telefone, com ênfase no bem-estar mental (117).</p>

\*não foram encontrados estudos que reportaram esse item.

### Quadro 6 – Considerações sobre equidade da Opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<p><b>Lugar de residência</b></p> <p><i>Território quilombolas</i></p> <p><i>Terras indígenas</i></p> <p><i>Algumas regiões do Amazonas</i></p>	<p>Distância geográfica, menor acesso à informação e, à internet, dificultam o conhecimento de quais suportes estão disponíveis e como eles podem acessá-los (70).</p> <p>Regiões longe das áreas urbanas dificultam o acesso ao suporte financeiro e suprimentos, que geralmente ocorre em centros urbanos. Por exemplo, um quarto da população amazônica vive em localidades rurais e territórios indígenas, afastados dos centros urbanos, tendo conexão com as áreas urbanas apenas pela rede hidrográfica da região (118).</p>	<p>Estruturas alternativas para garantir os direitos sociais e facilitar o acesso ao suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais em áreas remotas (70);</p> <p>Ações de assistência à população rural e indígena, que permitam receber o suporte e auxílio sem sair de suas aldeias ou de localidades rurais (118).</p>

Continua

**Quadro 6 (continuação) – Considerações sobre equidade da Opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais**

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<p><b>Etnia, raça, cultura e linguagem</b></p> <p><i>Imigrantes</i></p> <p><i>Refugiados</i></p>	<p>Imigrantes e refugiados não têm os mesmos direitos de suporte financeiro e de assistência (103).</p>	<p>Incluir os imigrantes, independentemente de sua situação legal no suporte financeiro e no acesso ao cuidado a saúde pública (103).</p>
<p><b>Ocupação</b></p>	<p>Trabalhadores que atuam nos demais serviços essenciais, públicos ou privados, que não recebem equipamentos de proteção individual adequados e suficientes, ou que não exigem o uso. Houve inúmeras denúncias contra empresas que expuseram seus funcionários em ambientes não seguros (119).</p>	<p>Elaborar, implementar e fiscalizar leis que garantam a saúde e a segurança do trabalhador (119).</p> <p>Adoção de medidas de proteção pessoal combinadas com medidas ambientais e de higiene do local de trabalho (120).</p>
	<p>Proprietários e funcionários de micro e pequenas empresas (120).</p>	<p>Apoio de organizações governamentais, associações empresariais, reajustes empresariais e estímulos financeiros (120).</p>
<p><b>Gênero</b></p> <p><i>Feminino</i></p>	<p>Mulheres, sobretudo aquelas que são mães, que passaram a trabalhar remotamente (<i>home office</i>), cuidar da casa e dos filhos, resultando em sobrecarga e conflito trabalho-família (121).</p>	<p>Considerar as diferentes configurações domésticas e familiares na adoção do <i>home office</i> (121).</p>
	<p>Mulheres que não tinham com quem deixar os filhos para ir trabalhar devido ao fechamento de escolas e creches (122).</p>	<p>Apoio do empregador, por meio de subsídios, acordos flexíveis de trabalho ou sistemas de referência de assistência à infância (local onde a criança permanece disponível e segura) (122).</p>
<p><b>Religião</b></p>	<p>*</p>	<p>*</p>
<p><b>Educação/ nível de alfabetização</b></p> <p><i>Baixo nível educacional</i></p>	<p>Indivíduos com baixo nível educacional têm dificuldades de entendimento de como acessar os suportes disponíveis, principalmente se houver a exigência de cadastro via internet (70).</p>	<p>Prover canais tradicionais e alternativos para o requerimento e acesso (49).</p>

Continua

**Quadro 6 (continuação) – Considerações sobre equidade da Opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais**

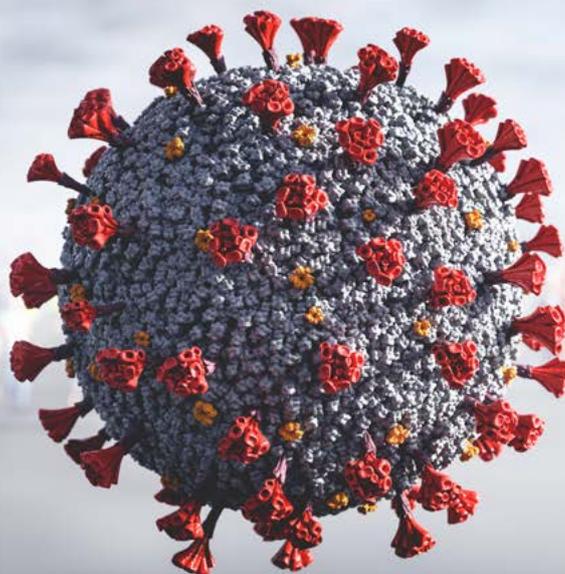
Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<b>Capital social</b>	Indivíduos com baixo capital social, geralmente se preocupam menos com o próximo e acabam aderindo menos às medidas preventivas (104).	Iniciativas que reforcem o coletivo, a solidariedade e a empatia entre os grupos com maior e menor risco à COVID-19 (10, 104).
<b>Posição socioeconômica</b>  <i>Mais pobres</i>	A população mais pobre sofre maior impacto na pandemia, devido à ausência e/ou insuficiência de recursos, maior dificuldade de manter o isolamento social, o emprego, a renda, o saneamento básico e acesso à água, sabão e máscaras (95).  Indivíduos que moram em casas lotadas ou favelas (13).	Distribuição de máscaras, de kits para higienização das mãos e oferta de locais onde possam realizar o distanciamento social ou quarentena (por exemplo, disponibilizando hotéis, escolas e outros) (43).
	Indivíduos que já viviam em situações de extrema pobreza e insegurança alimentar grave (123);	Aumentar o poder de compra dos mais vulneráveis ou fornecer comida gratuitamente por meio de programas governamentais e/ou comunitários (123);  Monitorar e rastrear as áreas mais pobres por meio de plataformas de dados integrados e atualizados e facilitar o acesso ao suporte financeiro (123).
<b>Idade</b>  <i>Idosos</i>	Indivíduos com idade mais avançada têm dificuldades de compreensão e de acesso aos suportes disponíveis (70).	Adaptar o acesso e o requerimento aos mais idosos (49).
	<i>Jovens</i>	Jovens reportam mais sintomas relacionados ao estresse financeiro, a depressão e solidão (106).

Continua

**Quadro 6 (continuação) – Considerações sobre equidade da Opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais**

Grupos de interesse identificados	Impacto esperado	Estratégia para reduzir ou mitigar iniquidades
<b>Deficiências</b>  <i>Indivíduos com deficiências físicas, ou deficiências intelectuais, ou com determinados transtornos mentais</i>	Indivíduos com deficiências ou determinados transtornos mentais têm maior dificuldade de acesso ao suporte financeiro e às instalações para higienização das mãos (124).	Adaptação das estações de lavagem das mãos e das formas de acesso aos suportes disponíveis, garantindo a inclusão dessas pessoas (124).
	Pacientes institucionalizados em hospitais psiquiátricos ou em hospitais de custódias, com problemas de aglomerações e de higiene (125).	Reduzir a concentração de pessoas institucionalizadas, com o intuito de minimizar o risco de contaminação em massa, por meio de processos de alta ou de desinstitucionalização, voltando para suas famílias, ou indo para residências terapêuticas ou residências inclusivas. Paralelamente, fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial e implementação de ações de cuidado e acolhimento na comunidade (125).
<b>Outros grupos vulneráveis</b>  <i>População carcerária</i>	População carcerária confinada em celas coletivas lotadas, com pouca ventilação, condições de higiene precárias e limitado acesso à água (107)	Elaboração de um plano de contingência que se adeque a população carcerária e torne possível a adoção das medidas preventivas preconizadas para a população em geral, como higienização das mãos, distanciamento social e uso de máscaras (118). São recomendadas a vigilância estreita, testagem rápida de casos suspeitos e isolamento de recém-chegados e de pequenos grupos com características semelhantes (suspeitos/doentes) em locais diferentes, já que a estrutura brasileira não permite celas individuais (126).

\*não foram encontrados estudos que reportaram esse item.



# CONSIDERAÇÕES SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DAS OPÇÕES

---

A heterogeneidade existente dentro do próprio país, onde grupos diferentes respondem a intervenções variavelmente, sugere que não há uma estratégia/abordagem padrão que se enquadre em todos os países e em todos os grupos populacionais (92). As estratégias devem ser adaptadas com base no público-alvo (grupo demográfico) e circunstâncias locais (contexto) (127). Em geral, as evidências relacionadas às barreiras de implementação são escassas.

Para um país continental como o Brasil que apresenta diferenças importantes relacionadas a geografia, à cultura, ao acesso à informação e o poder aquisitivo, o desafio passa a ser a escalabilidade e a sustentabilidade de qualquer uma das medidas a serem implementadas.

## Quadro 7 – Considerações sobre a implementação da opção 1 - Comunicação de risco ao público

Níveis	Barreira esperada	Estratégia para enfrentar possíveis barreiras para implementação
<b>Usuários/ cidadãos</b>	A barreira primária é a falha na compreensão das mensagens de risco, seja por baixo nível de escolaridade, seja por falta de educação em saúde (102).	Adaptação das mensagens de risco de acordo com o público alvo e o contexto cultural. Customização das mensagens, com linguagem simples, sem termos médicos complexos, e compreensível àquele determinado grupo (3).
	Ausência ou limitação ao acesso à internet representa uma barreira estrutural ao acesso à informação (102).	Diversificar e ampliar (mídias tradicionais, sociais e locais) os canais para disseminação de mensagens (3, 86).
	Parcela da população é cética em relação as informações transmitidas pela mídia e as consideram alarmistas e sensacionalistas (128).	Identificar influenciadores de confiança para se comunicar com a população (3). Inserir logotipos de fontes com crédito nas mensagens (129).
	Falta de cooperação, de responsabilidade social, permeados por valores individualistas, e falta de solidariedade interclasses de alguns indivíduos (65).	Elaboração de mensagens que enfatizem a responsabilidade social e coletiva, o altruísmo e a solidariedade interclasses (10, 36). Aplicação de fiscalização pode aumentar a cooperação da população (34).
<b>Profissionais da saúde</b>	Falta de treinamento e de implementação de protocolos nacionais (130).	Capacitação de profissionais em comunicação de risco a nível nacional, regional e local (3).
	Instruções inconsistentes. Os profissionais da saúde podem receber mensagens contraditórias de diferentes fontes: por suas próprias instituições, autoridades de saúde locais e nacionais, mídia e literatura científica (130). Infodemia (131).	Elaboração de planos de ação, protocolos nacionais e treinamento/capacitação permanente da equipe no tema, a fim de unificar as mensagens de risco e facilitar o acesso a informações confiáveis, atualizadas (130).

Continua

**Quadro 7 (conclusão) – Considerações sobre a implementação da opção 1 - Comunicação de risco ao público**

Níveis	Barreira esperada	Estratégia para enfrentar possíveis barreiras para implementação
	<p>Descaso e subutilização de profissionais da atenção primária (por exemplo, os agentes comunitários) com potencial para o enfrentamento da pandemia.</p>	<p>Envolver os profissionais da atenção primária, por exemplo, agentes comunitários da Saúde da Família, para disseminar informações de qualidade em torno da prevenção, dos riscos da transmissão, da doença, dos benefícios da adoção das medidas preventivas, e para identificar incertezas, pois estes têm familiaridade com o contexto local, credibilidade e vínculo mais sustentável com a comunidade (130).</p> <p>Manter linhas diretas de comunicação com o público, de modo que as informações possam ser fornecidas e o público possa fazer perguntas. Podem ser operadas por estudantes de medicina, que possam atender chamadas, interagir em redes sociais e em programas de rádios (3).</p>
<p><b>Organização e serviços de saúde</b></p>	<p>Sistemas de saúde não estão sendo suficientemente proativos (132).</p>	<p>Garantir a comunicação proativa e confiável das mensagens de risco, e incluir projeções de soluções (133), a fim de aumentar a confiança no governo e nas mensagens de risco (3).</p>
	<p>Falhas na liderança, no compromisso político (134), compromete a confiança no governo em conter a pandemia e por sua vez, nas mensagens por ele transmitida.</p>	<p>Firmar parcerias entre governo, comunidade e líderes de influência para a elaboração das mensagens, e testar o material antecipadamente, a fim de que a mensagem seja compreendida claramente (3).</p>
	<p>Infodemia e circulação intensa de informações falsas (131).</p>	<p>Desenvolver, implementar e monitorar as mensagens de risco, prevenindo e combatendo as mensagens falsas (3).</p>

## Quadro 8 – Considerações sobre a implementação da opção 2 - Educação em saúde para a população em geral

Níveis	Barreira esperada	Estratégia para enfrentar possíveis barreiras para implementação
<b>Usuários/ cidadãos</b>	Dificuldade de acesso, principalmente se a educação em saúde for via internet, formato ideal e comum durante uma pandemia (88).	Identificar mecanismos inclusivos para aqueles sem acesso à internet, ou com dificuldades para utilizar ferramentas digitais (101).
	Dificuldade de leitura e compreensão para aqueles com baixo nível de escolaridade (102).	Prover educação sobre a COVID-19 e suas medidas preventivas em linguagem simples, fácil, sem termos médicos complexos, e utilizar estratégias de aprendizado de acordo com o público (135).
	Falta de adesão e motivação (115).	Sensibilizar a população e criar oportunidades de outras abordagens educativas (115).
<b>Profissionais da saúde</b>	Falta de educação permanente dos profissionais da saúde e atualização de práticas (115), principalmente em relação à COVID-19.	Qualificação e educação permanente dos profissionais da saúde para homogeneização dos processos educativos (136). Teleconferências semanais para discussão e atualizações, troca de informações e compartilhamento de experiências (136).
	Os profissionais da atenção primária, importantes educadores em saúde, foram negligenciados pelo sistema, principalmente no início da pandemia, havendo maior investimento e atenção na rede hospitalar (137).	Fortalecimento e valorização da Atenção Primária à Saúde, das competências e atribuições de seus profissionais, por ter conhecimento do território, acesso e vínculo com a comunidade (138). O vínculo estabelecido pelos agentes locais de saúde aumenta a eficácia das práticas educativas por eles oferecidas e amplia o acesso ao serviço de Atenção Primária à Saúde (130).
	Profissionais confusos e preocupados com a realização de suas atividades, já que eles mantinham contato direto com a comunidade. Medo e insegurança em relação à contaminação, à realização das visitas domiciliares, à proteção individual, à disponibilização de equipamentos de proteção individual e às orientações e formatos de processos educativos que deveriam ser oferecidos à comunidade (116, 138).	Reorganização de seus processos de trabalho, por exemplo, realização das atividades educativas nas unidades, enquanto o paciente aguarda atendimento e ampla disponibilização de equipamentos para proteção individual dos agentes (116).

**Quadro 8 (conclusão) – Considerações sobre a implementação da opção 2 - Educação em saúde para a população em geral**

Níveis	Barreira esperada	Estratégia para enfrentar possíveis barreiras para implementação
<b>Organização e serviços de saúde</b>	<p>Falta de financiamento e de valorização por parte dos gestores (108), assim como precariedade de recursos didático-pedagógicos (bibliográfico ou audiovisual) para as atividades educativas (115).</p> <p>Incompatibilidade entre os objetivos das atividades educativas e as necessidades concretas da população (115).</p>	<p>Maior investimento (115).</p> <p>Apoio dos gestores na implementação de programas nacionais de educação pública em medidas preventivas de forma proativa, oportuna e efetiva (139).</p> <p>Permitir que a população (educandos) escolha o tema específico a ser abordado, tornando a educação em saúde mais efetiva e atraente (115).</p>

**Quadro 9 – Considerações sobre a implementação da opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais**

Níveis	Barreira esperada	Estratégia para enfrentar possíveis barreiras para implementação
<b>Usuários/ cidadãos</b>	Dificuldades de acesso à tecnologia e de deslocamento para receber o suporte financeiro e de ter acesso aos suprimentos básicos (70).	Adequar as exigências para a obtenção ao suporte/acesso, de acordo com as particularidades de determinados grupos populacionais (70).
	População de países de baixa/média renda enfrentam barreiras estruturais: vivem em condições precárias, sem saneamento básico, sem água tratada, ou moram em casas lotadas, sem dinheiro para comprar máscaras, sabão ou álcool-gel (92).	Distribuição de máscaras e de kits para higienização das mãos; ampla disponibilização de estações públicas de lavagem das mãos e instalações de quarentena (43).
<b>Profissionais da saúde</b>	Medo de se contaminar e contaminar entes queridos, insegurança, sofrimento psíquico (quadros de ansiedade, insônia, estresse ou depressão), insuficiência e/ou negligência na disponibilização de equipamentos de proteção individual, excesso de carga de trabalho e limitado acesso a suporte/serviços de saúde mental (136).	Implementação de protocolos de controle de infecção e disponibilização de equipamentos de proteção individual; contratação de profissionais da saúde, reorganização do processo de trabalho e redução de carga horária; criação de equipes para suporte psicológico dos trabalhadores da linha de frente e ações que promovam a saúde mental dos trabalhadores e seus familiares (137).

**Quadro 9 (conclusão) – Considerações sobre a implementação da opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais**

Níveis	Barreira esperada	Estratégia para enfrentar possíveis barreiras para implementação
<b>Organização e serviços de saúde</b>	<p>Falhas na liderança, no compromisso político e na alocação de recursos (134).</p> <p>Falta de transparência na prestação de contas a nível federal e subnacional.</p> <p>Sistema operacional lento e com sérias falhas (13).</p> <p>Limitações relacionadas ao atraso no pagamento, exigência de cadastro on-line e de conta bancária (70).</p>	<p>Governo, organizações não governamentais e instituições de caridade local podem desempenhar um papel importante no fornecimento de alimentos e kits de higienização à população mais carente (102).</p> <p>Adequação do sistema e das regras para aqueles que têm limitações de acesso à internet ou de saques em contas bancárias (70).</p>

# REFERÊNCIAS

---

1. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, Mao YP, Ye RX, Wang QZ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infect Dis Poverty*. 2020;9(1):29.
2. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa sobre COVID-19. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. 2021
3. Organização Mundial da Saúde. Comunicação de riscos em emergências de saúde pública: um guia da OMS para políticas e práticas em comunicação de risco de emergência. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259807/9789248550201-por.pdf?ua=1>.
4. Batista SR, Souza ASS, Nogueira J, Andrade FB, Thumé E, Teixeira D, et al. Protective behaviors for COVID-19 among Brazilian adults and elderly living with multimorbidity: the ELSI-COVID-19 initiative. *Cadernos de saude publica*. 2020;36Suppl 3:e00196120.
5. World Heal Organization. Coronavirus disease pandemic. Numbers at a glance. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: [Coronavirus disease \(COVID-19\) \(who.int\)](https://www.who.int/coronavirus)
6. Patino-Lugo DF, Velez M, Velasquez Salazar P, Vera-Giraldo CY, Velez V, Marin IC, et al. Non-pharmaceutical interventions for containment, mitigation and suppression of COVID-19 infection. *Colomb Med*. 2020;51(2):e4266.
7. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu A, Chapman A, Persad E, Klerings I, et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2020(4).
8. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Ciencia & saude coletiva*. 2020;25:2423-46.
9. Garcia LP, Duarte E. Nonpharmaceutical interventions for tackling the COVID-19 epidemic in Brazil. *Epidemiologia e servicos de saude : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*. 2020;29(2):e2020222.

10. National Collaborating Centre for Methods and Tools (NCCMT). Rapid Review: What are best practices for risk communication and strategies to mitigate risk behaviours? [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [a368d72b17a9ddf3741da37ca3d1c2b417058e83.pdf](https://nccmt.ca/wp-content/uploads/2021/01/a368d72b17a9ddf3741da37ca3d1c2b417058e83.pdf)
11. Ryan RE, Parkhill A, Schonfeld L, Walsh L, Lowe D, Merner B, et al. What are relevant, feasible and effective approaches to promote acceptance, uptake and adherence to physical distancing measures for COVID-19 prevention and control? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/339887/9789289054911-eng.pdf>
12. Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB, Malta DC, Barros MBA, Magalhães MAFM, Xavier DR, et al. Adherence to physical contact restriction measures and the spread of COVID-19 in Brazil. *Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saúde do Brasil*. 2020;29(5):e2020432.
13. Kerr L, Kendall C, Silva AAMd, Aquino EML, Pescarini JM, Almeida RLFd, et al. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. *J Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:4099-120.
14. Thomé BC, Matta GC, Rego STA. Ethical Considerations for Restrictive and Physical Distancing Measures in Brazil During COVID-19: Facilitators and Barriers. *Journal of bioethical inquiry*. 2020;17(4):627-31.
15. Storopoli J, Braga da Silva Neto WL, Mesch GS. Confidence in social institutions, perceived vulnerability and the adoption of recommended protective behaviors in Brazil during the COVID-19 pandemic. *Social Science & Medicine*. 2020;265.
16. Monteiro de Oliveira M, Fuller TL, Brasil P, Gabaglia CR, Nielsen-Saines K. Controlling the COVID-19 pandemic in Brazil: a challenge of continental proportions. *Nature Medicine*. 2020;26(10):1505-6.
17. Winograd DM, Fresquez CL, Egli M, Peterson EK, Lombardi AR, Megale A, et al. Rapid review of virus risk communication interventions: Directions for COVID-19. *Patient education and counseling*. 2021:S0738-3991(21)00051-3.
18. Marques RCS, Anny JT, Pimenta DN. A pandemia de Covid-19: intersecções e desafios para a História da Saúde e do Tempo Presente. In: Reis TS, et al. 3ed. *Coleção História do Tempo Presente*. Roraima: Editora UFRR, 2020, v. 3, p. 1-314. [acesso em 10 maio 2021]. Disponível em: [https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19\\_intersecoes-e-desafios-para-a-historia-da-saude-e-do-tempo-presente.pdf](https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/a-pandemia-de-covid-19_intersecoes-e-desafios-para-a-historia-da-saude-e-do-tempo-presente.pdf)2020

19. World Health Organization. SARS: how a global epidemic was stopped. World Health Organization Western Pacific Region. 2006. [acesso em 10 maio 2021]. Disponível em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207501/9290612134\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/207501/9290612134_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
20. World Health Organization. Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) – United Arab Emirates. 2020. [acesso em 10 maio 2021]. Disponível em: <https://www.who.int/csr/don/31-january-2020-mers-united-arab-emirates/en/>
21. Lamontagne F, Agoritsas T, Siemieniuk R, Rochweg B, Bartoszko J, Askie L, et al. A living WHO guideline on drugs to prevent covid-19. 2021;372:n526.
22. Bartoszko JJ, Siemieniuk RAC, Kum E, Qasim A, Zeraatkar D, Ge L, et al. Prophylaxis against covid-19: living systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2021;373:n949.
23. Santos-Pinto CDB, Miranda, Elaine Silva e Osorio-de-Castro, Claudia Garcia Serpa. O “kit-covid” e o Programa Farmácia Popular do Brasil. Cadernos de Saúde Pública [online]. 2021;37(2):e00348020.
24. Singh B, Ryan H, Kredo T, Chaplin M, Fletcher T. Chloroquine or hydroxychloroquine for prevention and treatment of COVID-19. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021(2).
25. Food and Drug Administration. Why You Should Not Use Ivermectin to Treat or Prevent COVID-19. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: <https://www.fda.gov/consumers/consumer-updates/why-you-should-not-use-ivermectin-treat-or-prevent-covid-19> acessado em 11 jun 2021).
26. Munnoli PM, Nabapure S, Yeshavanth G. Post-COVID-19 precautions based on lessons learned from past pandemics: a review. Journal of Public Health (Germany). 2020.
27. Qualls N LA, Kanade N, et al. Community Mitigation Guidelines to Prevent Pandemic Influenza — United States, 2017. MMWR Recomm Rep 2017;66(No. RR-1):1–34. doi: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6601a12017>.
28. Girum T, Lentiro K, Geremew M, Migora B, Shewamare S. Global strategies and effectiveness for COVID-19 prevention through contact tracing, screening, quarantine, and isolation: a systematic review. Trop Med Health. 2020;48(1):91.
29. Liang M, Gao L, Cheng C, Zhou Q, Uy JP, Heiner K, et al. Efficacy of face mask in preventing respiratory virus transmission: A systematic review and meta-analysis. Travel Med Infect Dis. 2020;36:101751.

30. MacIntyre CR, Chughtai AA. A rapid systematic review of the efficacy of face masks and respirators against coronaviruses and other respiratory transmissible viruses for the community, healthcare workers and sick patients. *International journal of nursing studies*. 2020;108:103629.
31. Faria de Moura Villela E, Lopez RVM, Sato APS, de Oliveira FM, Waldman EA, Van den Bergh R, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC public health*. 2021;21(1):152.
32. Haug N, Geyrhofer L, Londei A, Dervic E, Desvars-Larrive A, Loreto V, et al. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. *Nature Human Behaviour*. 2020;4(12):1303-12.
33. Corrin T, Young K, Prematunge C. Emerging Science Group, PHAC. Evidence Brief on the Determinants of Individual Adherence to Public Health Interventions for COVID-19. 2020. Disponível em: [phac.emergingsciencesecretariat-secretariatdessciencesemergentes.aspc@canada.ca](https://phac.emergingsciencesecretariat-secretariatdessciencesemergentes.aspc@canada.ca)
34. Schmelz K. Enforcement may crowd out voluntary support for COVID-19 policies, especially where trust in government is weak and in a liberal society. *PNAS*. 2021;118(1):e2016385118.
35. Lunn PD, Timmons S, Belton CA, Barjaková M, Julienne H, Lavin C. Motivating social distancing during the COVID-19 pandemic: An online experiment. *Social Science & Medicine*. 2020;265.
36. Mills F. Face masks and coverings for the general public: Behavioural knowledge, effectiveness of cloth coverings and public messaging. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: <https://royalsociety.org/-/media/policy/projects/set-c/set-c-facemasks.pdf>
37. Oliveira AC, Lucas TC, Iquiapaza RA. O que a pandemia da Covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2020;29:e20200106.
38. Freimuth VS, Musa D, Hilyard K, Quinn SC, Kim K. Trust during the early stages of the 2009 H1N1 pandemic. *Journal of health communication*. 2014;19(3):321-39.
39. Seo M. Amplifying Panic and Facilitating Prevention: Multifaceted Effects of Traditional and Social Media Use During the 2015 MERS Crisis in South Korea. *Journalism & Mass Communication Quarterly*. 2019;98(1):221-40.

40. Webster RK, Brooks SK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Rubin GJ. How to improve adherence with quarantine: rapid review of the evidence. *Public Health (Elsevier)*. 2020;182:163-9.
41. Bish A, Michie S. Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: a review. *British journal of health psychology*. 2010;15(Pt 4):797-824.
42. Chatura, PKY. Emerging Science Group, PHAC. Evidence Brief on Adherence to Isolation and Quarantine Recommendations During COVID-19. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: [phac.evidence-donnees.probantes.aspc@canada.ca](mailto:phac.evidence-donnees.probantes.aspc@canada.ca)
43. Abdullahi L, Onyango JJ, Mukiira C, Wamicwe J, Githiomi R, Kariuki D, et al. Community interventions in low-and middle-income countries to inform COVID-19 control implementation decisions in Kenya: A rapid systematic review. *Plos One*. 2020;15(12):e0242403.
44. Nassif-Pires L, Xavier LL, Masterson T, Nikiforos M, Rios-Avila F. We need class, race, and gender sensitive policies to fight the COVID-19 crisis. Multiplier effect, The Levy Economics Institute Blog. Disponível em: [We Need Class, Race, and Gender Sensitive Policies to Fight the COVID-19 Crisis « Multiplier Effect \(multiplier-effect.org\)](http://www.multiplier-effect.org)
45. Christielly Mendonca B, Marco Tulio Pacheco C, Jose Alexandre Felizola D-F, Thiago Fernando R. The necessary cooperation between governments and public in the fight against COVID-19: why non-pharmaceutical interventions may be ineffective. *medRxiv*. 2020.
46. Huang Y, Wu Q, Wang P, Xu Y, Wang L, Zhao Y, et al. Measures Undertaken in China to Avoid COVID-19 Infection: Internet-Based, Cross-Sectional Survey Study. *Journal of medical Internet research*. 2020;22(5):e18718.
47. De Andrade CLT, Pereira CCA, Martins M, Lima SML, Portela MC. COVID-19 hospitalizations in Brazil's Unified Health System (SUS). *PLoS One*. 2020;15(12):e0243126.
48. Consórcio de Veículos de Imprensa. Coronavírus. [acesso em 10 jul 2021]. Disponível em: <https://g1.globo.com/bemestar/coronavirus/>.
49. Cardoso BB. A implementação do Auxílio Emergencial como medida excepcional de proteção social. *Revista de Administração Pública [online]*. 2020;54:1052-63.
50. Brasil. Financiamento da Saúde: à espera de resgate. *Revista de audiências públicas*. 2014. [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: [www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401-fevereiro/pdf/em discussão%21\\_fevereiro\\_2014\\_internet.pdf](http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401-fevereiro/pdf/em%20discussao%21_fevereiro_2014_internet.pdf)

51. Nicolelis MAL, Raimundo RLG, Peixoto PS, Andreazzi CS. The impact of super-spreader cities, highways, and intensive care availability in the early stages of the COVID-19 epidemic in Brazil. *Scientific Reports*. 2021;11(1):13001.
52. Peduzzi P. Brasil registra mais de 500 mil mortos por COVID\_19. [acesso em 24 junho 2021]. Disponível em: Brasil registra mais de 500 mil mortos por covid-19 | Agência Brasil (ebc.com.br)
53. Jorge DCP, Rodrigues MS, Silva MS, Cardim LL, da Silva NB, Silveira IH, et al. Assessing the nationwide impact of COVID-19 mitigation policies on the transmission rate of SARS-CoV-2 in Brazil. *Epidemics*. 2021;35:100465.
54. Brasil. Financiamento da Saúde: à espera de resgate. *Revista de audiências públicas*. 2014. [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: [www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401-fevereiro/pdf/em discussão%21\\_fevereiro\\_2014\\_internet.pdf](http://www.senado.gov.br/noticias/jornal/emdiscussao/Upload/201401-fevereiro/pdf/em%20discuss%C3%A3o%20fevereiro_2014_internet.pdf)
55. Demenech LM, Dumith SdC, Vieira MECD, Neiva-Silva L. Desigualdade econômica e risco de infecção e morte por COVID-19 no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2020;23.
56. Sanchez MM, Moura E, Moreira J, Lima R, Barreto I, Pereira C, et al. Mortalidade por COVID-19 no Brasil: uma análise do Registro Civil de óbitos de janeiro de 2020 a fevereiro de 2021 (preprint). [acesso em 10 fev 2021]. doi: <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.2012>
57. Orellana JDY, et al. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v. 37, n. 1, e00259120, Set. 2020.
58. Moraes RF. Determinants of physical distancing during the covid-19 epidemic in Brazil: effects from mandatory rules, numbers of cases and duration of rules. *Ciencia & saude coletiva*. 2020;25(9):3393-400.
59. Lima-Costa MF, Mambrini JVdM, Andrade FBd, Peixoto SWV, Macinko J. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. *Cad Saúde Pública (Online)*. 2020;36(supl.3):e00193920.
60. Wang A, Xiu X, Wu S. Public risk perception and responsive behaviors in the United States, United Kingdom, and Brazil during the COVID-19 Pandemic: a cross-sectional study. *ResearchSquare*. 2021.

61. Ventura DFL, Reis R. A linha do tempo da estratégia federal de disseminação da covid-19. *Direitos na pandemia: mapeamento e análise das normas jurídicas de resposta à Covid-19 no Brasil*. 2021(10):6-31.
62. Ajzenman NC, T. & Da Mata, D. "More than Words: Leaders' Speech and Risky Behavior During a Pandemic. *Cambridge Working Papers in Economics 2034*, Faculty of Economics, University of Cambridge. 2020.
63. Sodré F. Epidemia de Covid-19: questões críticas para a gestão da saúde pública no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde* [online]. 2020;18(3):e00302134.
64. Ribeiro MLB. O Conselho Federal de Medicina e a covid-19. [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br/artigos/o-conselho-federal-de-medicina-e-a-covid-19/>.
65. Couto MT, Barbieri, Carolina Luisa Alves e Matos, Camila Carvalho de Souza Amorim. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. *Saúde e Sociedade* [online]. 2021;30(1):e200450.
66. Czeresnia D. Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2004;20(2):447-55.
67. Cotrin P, Bahls AC, da Silva DO, Pereira Girão VM, Maio Pinzan-Vercelino CR, de Oliveira RCG, et al. The use of facemasks during the COVID-19 pandemic by the Brazilian population. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2020;13:1169-78.
68. Pereira-Ávila FMV, et al. Factors associated with the use and reuse of face masks among Brazilian individuals during the COVID-19 pandemic. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online] 2020;28(e3360).
69. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Intoxicação infantil por álcool gel cresce em 2020. [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: [Intoxicação infantil por álcool gel cresce em 2020 — Português \(Brasil\) \(www.gov.br\)](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/comunicacao/comunicado-de-imprensa/comunicado-2020-011-intoxicacao-infantil-por-alcool-gel-cresce-em-2020)
70. Gurgel AM, et al. Estratégias governamentais para a garantia do direito humano à alimentação adequada e saudável no enfrentamento à pandemia de Covid-19 no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020;25(12):4945-56.
71. Tabosa Sales MJ, Sansigolo Kerr LRF, Brizolara RV, de Holanda Cunha Barreto IC, de Almeida RLF, de Goes PSA, et al. Fernando de Noronha: how an island controlled the community transmission of COVID-19 in Brazil. *medRxiv*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.10.22.20216010>

72. Silva Junior AG, Latge P K, Oliveira RAT, Franco CM, Vasconcelos MCV. A experiência de Niterói no enfrentamento da COVID 19: notas preliminares sobre a articulação de políticas sociais e de saúde. APS [Internet]. 2020;2(2): 128-36.
73. Balbino J. APS no centro da coordenação do cuidado frente a pandemia de COVID-19 em cajamar, SP. Relato de experiência APS forte no SUS. [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: <https://apsredes.org/wp-content/uploads/2020/08/Cajamar.pdf>. 2020.
74. Cardona Júnior AHS, Andrade CWQ, Caldas LNM. Educação em saúde: programa e canal de comunicação via WhatsApp da unidade básica de saúde do N6 para comunidade rural do sertão pernambucano. APS em revista 2020;2(2):137-41.
75. Barra RP, Moraes EN, Jardim AA, De Oliveira K, Bonati PCR, Issa AC, Machado CJ. importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento da COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. APS [Internet]. 2020. [acesso em 10 fev 2021]. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/64>.
76. Lima N. Boletim Observatório COVID-19. Boletim extraordinário 16 de março de 2021. [acesso em 25 junho 2021]. Disponível em: [https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim\\_extraordinario\\_2021-marco-16-red-red-red.pdf](https://agencia.fiocruz.br/sites/agencia.fiocruz.br/files/u34/boletim_extraordinario_2021-marco-16-red-red-red.pdf)
77. Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, Fretheim A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Health research policy and systems. 2009;7 Suppl 1(Suppl 1):11.
78. Lavis J. Health Systems Evidence. Taxonomy of governance, financial and delivery arrangements and implementation strategies within health systems. Canada: McMaster Health Forum, 2017. [acesso em 10 março 2021].Disponível em: [https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/resources/16\\_hse\\_taxonomy.pdf?sfvrsn=281c55d5\\_6Hamilton](https://www.mcmasterforum.org/docs/default-source/resources/16_hse_taxonomy.pdf?sfvrsn=281c55d5_6Hamilton)
79. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. Bmj. 2017;358:j4008.
80. Garritty CGG, Kamel C, King VJ, Nussbaumer-Streit B,, Stevens A HC, Affengruber L. . Cochrane Rapid Reviews. Interim Guidance from the Cochrane Rapid Reviews Methods Group. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane\\_rr\\_-\\_guidance-23mar2020-final.pdf](https://methods.cochrane.org/rapidreviews/sites/methods.cochrane.org.rapidreviews/files/public/uploads/cochrane_rr_-_guidance-23mar2020-final.pdf)

81. AGREE Reporting Checklist. [acesso em 10 jun 2021]. Disponível em: AGREE Reporting Checklist - AGREE Enterprise website (agreetrust.org)
82. Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections on developing and using PROGRESS-Plus. *Equity Update*. 2008;2:1-3.
83. Landeta J, Barrutia J, Lertxundi A. Hybrid Delphi: A methodology to facilitate contribution from experts in professional contexts. *Technological Forecasting and Social Change*. 2011;78(9):1629-41.
84. Grime MM, Wright G. Delphi Method. *Wiley StatsRef: Statistics Reference Online*. p. 1-6.
85. Naylor CD. What is appropriate care? *N Engl J Med*. 1998;338(26):1918-20.
86. Fitzpatrick-Lewis D, Yost J, Ciliska D, Krishnaratne S. Communication about environmental health risks: a systematic review. *Environmental health : a global access science source*. 2010;9:67.
87. World Health Organization. Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB\\_2012\\_EN\\_1362.pdf](https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf)
88. Solhi M, Darabi F, Mirzaei N.; Dadgar NN. The Role of Health Education on Emerging Diseases: A Systematic Review. *Journal of Health Education Research & Development*. 2017;5(3).
89. Li W, Liao J, Li Q, Baskota M, Wang X, Tang Y, et al. Public health education for parents during the outbreak of COVID-19: a rapid review. *Ann Transl Med*. 2020;8(10):628.
90. Cusack L, Del Mar CB, Chalmers I, Gibson E, Hoffmann TC. Educational interventions to improve people's understanding of key concepts in assessing the effects of health interventions: a systematic review. *Systematic reviews*. 2018;7(1):68.
91. Nordheim LV, Gundersen MW, Espehaug B, Guttersrud Ø, Flottorp S. Effects of School-Based Educational Interventions for Enhancing Adolescents Abilities in Critical Appraisal of Health Claims: A Systematic Review. *PloS one*. 2016;11(8):e0161485.
92. National Academies of Sciences Engineering Medicine. Encouraging Adoption of Protective Behaviors to Mitigate the Spread of COVID-19: Strategies for Behavior Change. Washington, DC: The National Academies Press; 2020. 20 p. doi: <https://doi.org/10.17226/25881>.

93. Shen J, Duan H, Zhang B, Wang J, Ji JS, Wang J, et al. Prevention and control of COVID-19 in public transportation: Experience from China. *Environ Pollut*. 2020;266(Pt 2):115291.
94. Fantini MP, Reno C, Biserni GB, Savoia E, Lanari M. COVID-19 and the re-opening of schools: a policy maker's dilemma. *Italian Journal of Pediatrics*. 2020;46(1):79
95. Pires LN, Carvalho L, Xavier LL. COVID-19 e desigualdade: a distribuição dos fatores de risco no Brasil. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340452851\\_COVID19\\_e\\_Desigualdade\\_no\\_Brasil](https://www.researchgate.net/publication/340452851_COVID19_e_Desigualdade_no_Brasil). 2020.
96. Glover RE, Van Schalkwyk MCI, Akl EA, Kristjansson E, Lotfi T, Petkovic J, et al. A framework for identifying and mitigating the equity harms of COVID-19 policy interventions. *J Clin Epidemiol*. 2020;128:35-48.
97. Savoia E, Lin L, Viswanath K. Communications in public health emergency preparedness: a systematic review of the literature. *Biosecur Bioterror*. 2013;11(3):170-84.
98. Horton R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. *Lancet*. 2020;396(10255):874.
99. Shadmi E, Chen Y, Dourado I, Faran-Perach I, Furler J, Hangoma P, et al. Health equity and COVID-19: Global perspectives. *International Journal for Equity in Health*. 2020;19(1).
100. Funcia FR. Subfinanciamento e orçamento federal do SUS: referências preliminares para a alocação adicional de recursos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2019;24(12):4405-15.
101. Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections on developing and using PROGRESS-Plus. *Equity Update*. 2008;2:1-3.
102. Coetzee BJ, Kagee A. Structural barriers to adhering to health behaviours in the context of the COVID-19 crisis: Considerations for low- and middle-income countries. *Global Public Health*. 2020;15(8):1093-102.
103. Latinovac L. COVID-19: How to include marginalized and vulnerable people in risk communication and community engagement. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [https://www.unicef.org/ukraine/media/5396/file/covid\\_marginalized\\_eng.pdf](https://www.unicef.org/ukraine/media/5396/file/covid_marginalized_eng.pdf)
104. Wong ASY, Kohler JC. Social capital and public health: responding to the COVID-19 pandemic. *Global Health*. 2020;16(1):88.
105. Makridis CA, Wu C. How social capital helps communities weather the COVID-19 pandemic. *Plos One*. 2021;16(1):e0245135.

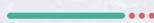
106. Independent Scientific Pandemic Insights Groups on Behaviours (SPI-B). Increasing adherence to COVID-19 preventative behaviours among young people. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/933228/S0829\\_SPI-B\\_-\\_Increasing\\_adherence\\_to\\_Covid-19\\_preventative\\_behaviours\\_among\\_young\\_people.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/933228/S0829_SPI-B_-_Increasing_adherence_to_Covid-19_preventative_behaviours_among_young_people.pdf)
107. Sánchez A, et al. COVID-19 nas prisões: um desafio impossível para a saúde pública? Cadernos de Saúde Pública [online]. 2020;36(5):e00083520.
108. Roecker S, Budó MLD, Marcon SS. Trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: dificuldades e perspectivas de mudanças. 2012;46(3):641-9.
109. Cugelman B, Thelwall M, Dawes P. Online interventions for social marketing health behavior change campaigns: a meta-analysis of psychological architectures and adherence factors. J Med Internet Res. 2011;13(1):e17.
110. Zhong B-L, Luo W, Li H-M, Zhang Q-Q, Liu X-G, Li W-T, et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. International journal of biological sciences. 2020;16(10):1745-52.
111. Moran KR, Del Valle SY. A Meta-Analysis of the Association between Gender and Protective Behaviors in Response to Respiratory Epidemics and Pandemics. PloS one. 2016;11(10):e0164541.
112. Parajuli RR, Mishra B, Banstola A, Ghimire BR, Poudel S, Sharma K, et al. Multidisciplinary approach to COVID-19 risk communication: a framework and tool for individual and regional risk assessment. Sci Rep. 2020;10(1):21650.
113. Chan SS, So WK, Wong DC, Lee AC, Tiwari A. Improving older adults' knowledge and practice of preventive measures through a telephone health education during the SARS epidemic in Hong Kong: a pilot study. Int J Nurs Stud. 2007;44(7):1120-7.
114. Bubadué RM, Santos CCT, Ferreira I. Oficinas de educação em saúde com crianças no contexto de pandemia da COVID-19. Rev Bras Enferm. 2020;73(Suppl 2):e20200593.
115. Moutinho CB, et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. Trabalho, Educação e Saúde [online]. 2014;12(2):253-72.
116. Brasil. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Recomendações para adequação das ações dos agentes comunitários de saúde frente à atual situação epidemiológica referente ao COVID-19. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes\\_notas\\_oficios/recomendacoes\\_adequacao\\_acs\\_versao-001.pdf](http://www.saudedafamilia.org/coronavirus/informes_notas_oficios/recomendacoes_adequacao_acs_versao-001.pdf)

117. Hewson T, Shepherd A, Hard J, Shaw J. Effects of the COVID-19 pandemic on the mental health of prisoners. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):568-70.
118. Ramalho EEJ, Ivan; Baccaro, Fabrício, et al. . Disseminação da COVID-19 em cidades e localidades rurais da Amazônia Central. 2020.
119. Barroso BIL, et al. A saúde do trabalhador em tempos de COVID-19: reflexões sobre saúde, segurança e terapia ocupacional. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional* [online]. 2020;28(3):1093-102.
120. Silva DLB, Miranda, AL, Hoffmann VE. Viva ou Deixe Morrer: estratégias para o enfrentamento da COVID-19 sob a perspectiva empresarial em São Luís do Maranhão, Brasil. *Revista Brasileira de Pesquisa em Turismo* [online]. 2021;15(1):2203.
121. Lemos AHC, Barbosa AO, Monzato PP. Mulheres em home office durante a pandemia da covid-19 e as configurações do conflito trabalho-família. *Revista de Administração de Empresas* [online]. 2020;60(6):388-99.
122. Fundação das Nações Unidas para a Infância. Sete maneiras de os empregadores apoiarem pais e mães que trabalham durante o surto de Covid-19. [acesso em 04 julho 2021]. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/historias/sete-maneiras-de-os-empregadores-apoiarem-pais-e-maes-que-trabalham-durante-o-surto-de-covid-19>
123. Food and agriculture organization of United States (FAO). Policy Brief: The Impact of COVID-19 on Food Security and Nutrition. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg\\_policy\\_brief\\_on\\_covid\\_impact\\_on\\_food\\_security.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sg_policy_brief_on_covid_impact_on_food_security.pdf)
124. Reichenberger V, Albuquerque MDSV, David RB, Ramos VD, Lyra TM, Brito CMM, et al. The challenge of including people with disabilities in the strategy to address the COVID-19 pandemic in Brazil. *Epidemiologia e serviços de saúde: Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil*. 2020;29(5):e2020770.
125. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Recomendação Nº 040, de 18 de maio de 2020. Recomenda a revisão da Nota Técnica nº 12/2020 e a implementação de outras providências para garantir os direitos das pessoas com sofrimento e/ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, no contexto da pandemia pelo Covid-19. [acesso em 10 jul 2021]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/recomendacoes-cns/1181-recomendacao-n-040-de-18-de-maio-de-2020>

126. Beaudry G, Zhong S, Whiting D, Javid B, Frater J, Fazel S. Managing outbreaks of highly contagious diseases in prisons: a systematic review. *BMJ global health*. 2020;5(11).
127. Tooher R, Collins JE, Street JM, Braunack-Mayer A, Marshall H. Community knowledge, behaviours and attitudes about the 2009 H1N1 Influenza pandemic: a systematic review. *Influenza Other Respir Viruses*. 2013;7(6):1316-27.
128. Teasdale E, Santer M, Geraghty AWA, Little P, Yardley L. Public perceptions of non-pharmaceutical interventions for reducing transmission of respiratory infection: systematic review and synthesis of qualitative studies. *BMC public health*. 2014;14(100968562):589.
129. The British Psychological Society. Guidance: Delivering effective public health campaigns during Covid-19. [acesso em 10 jan 2021]. Disponível: [Delivering effective public health campaigns during Covid-19.pdf \(bps.org.uk\)](https://www.bps.org.uk/delivering-effective-public-health-campaigns-during-covid-19.pdf)
130. Sarti TD, Lazarini WS, Fontenelle LF, Almeida APSC. Organization of Primary Health Care in pandemics: a rapid systematic review of the literature in times of COVID-19. *medRxiv*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.07.05.20146811>
131. Garcia LP, Duarte E. Infodemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2020;29(4): e2020186.
132. Regmi K, Lwin C. Factors impacting social distancing measures for preventing coronavirus disease 2019 [COVID-19]: A systematic review. *ResearchSquare*. 2020.
133. Wild A, Kunstler B, Goodwin D, Onyala S, Zhang L, Kufi M, et al. Communicating COVID-19 health information to culturally and linguistically diverse communities: insights from a participatory research collaboration. *Public Health Res Pract*. 2021;31(1).
134. Peiris D, Sharma M, Praveen D, Bitton A, Bresick G, Coffman M, et al. Strengthening primary health care in the COVID-19 era: a review of best practices to inform health system responses in low- and middle-income countries. 2021;10(3):6-25.
135. Dynamic Health. Patient Instruction Skills. Teaching Patients About COVID-19 (Coronavirus). [acesso em 10 jan 2021]. Disponível em: <https://www.dynahealth.com/skills/t1585330762233-teaching-patients-about-covid-19-coronavirus>
136. Teixeira CFS, et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de COVID-19. *Ciênc. saúde coletiva*. 2020; 25(9).

137. Sousa A, Torres AA; Araujo MM, et al. Atenção primária à saúde e COVID-19: uma revisão integrativa. *Cadernos ESP Ceará* 2020;14(1):45-52.
138. Duarte RB, et al. Agentes comunitários de saúde frente à COVID-19: vivências junto aos profissionais de enfermagem. *Enferm Foco* 2020;11(1):252-6.
139. World Health Organization. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19). Interim guidance. [acesso em 16 abr 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331513>.

# APÊNDICES



# APÊNDICE A – OFICINA DE SENSIBILIZAÇÃO E PRIORIZAÇÃO DO PROBLEMA

## 1 – OBJETIVO

A oficina com principais partes interessadas de diferentes Estados brasileiros foi convocada para ampliar a visão e apoiar uma discussão quanto as considerações relevantes sobre a não adesão às medidas não farmacológicas de prevenção e controle da COVID-19, tais como uso de máscaras, higienização das mãos, distanciamento social e quarentena.

## 2 – METODOLOGIA

### 2.1 Identificação dos participantes

Para a identificação de pessoas-chave (dos quatro tipos de atores que compõe as partes interessadas), foi realizada uma busca nos sites das secretarias dos estados e municípios mais afetados pela COVID-19 e no site do prêmio da Atenção Primária à Saúde (APS Forte) do SUS (disponível em: <https://apsredes.org/aps-forte-sus-no-combate-a-pandemia/>). Houve também sugestões de nomes por gestores do Ministério da Saúde e de pesquisadores da área de epidemiologia.

Identificaram-se potencialmente 40 atores, os quais foram enviados os convites para participar da oficina e um formulário sobre a percepção da magnitude do problema.

### 2.2 Funcionamento da oficina

A oficina virtual foi gravada (imagem de vídeo e voz) com o consentimento dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os microfones dos participantes permaneceram fechados e eram abertos somente no momento em que o participante pedia a fala. A oficina seguiu as regras de *Chatan House*, na qual os participantes são livres de usar a informação recebida, mas não podem divulgar a identidade e a afiliação dos oradores e dos participantes. A reunião contou com a presença de um facilitador para conduzir as deliberações. Buscou-se ampliar perspectivas sobre o problema, sem consenso.

A reunião teve início com uma mensagem rápida de boas-vindas e sobre as regras para o funcionamento da oficina. Em seguida, houve uma apresentação do problema e do uso de evidências na tomada de decisão e posteriormente, iniciou-se as deliberações.

As deliberações sobre o real problema foram guiadas/enfatizadas pelos seguintes tópicos:

- i. Definir e descrever o real problema da não adesão às medidas comunitárias, tais como uso de máscaras, distanciamento social e higienização das mãos, por parte da população em geral (Qual o tamanho/magnitude do real problema?);
- ii. Caracterizar e delimitar a magnitude e as causas do problema (Como o problema pode ser definido/descrito?);
- iii. Familiarizar-se com o uso de evidência para esclarecer o problema (Quais os fatores/causas do problema?).

Os participantes foram estimulados a falarem brevemente sobre suas visões e experiências vivenciadas em sua região, a fim de conhecer o problema por diferentes prismas e ampliar a visão sobre o problema.

As contribuições obtidas nas deliberações foram recuperadas a partir do vídeo do evento e de algumas anotações, buscando ser fiel ao relato dos participantes. O vídeo pode ser disponibilizado perante solicitação ao responsável.

### 3 – AUDIÊNCIA

A oficina virtual, realizada em 01/12/2020, das 9:00-11:00 horas, foi gravada (imagem de vídeo e voz) com o consentimento dos participantes, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Dos 40 convidados, 22 responderam o convite e 16 participaram da oficina, entre eles, gestores, profissionais da linha de frente de enfrentamento da COVID-19, pesquisadores e representantes da sociedade civil, de diversos estados brasileiros, Tabela 1A.

**Tabela 1A – Participantes da oficina**

Partes interessadas	N= 16 (100%)
Tomadores de decisão / gestores	4 (25,0)
Profissionais da saúde	1 (6,3)
Pesquisadores	9 (56,2)
Representantes da sociedade civil	2 (12,5)

## 4 – CONTRIBUIÇÕES OBTIDAS – DELIBERAÇÕES SOBRE O PROBLEMA

As colaborações foram agrupadas em categorias e são descritas a seguir:

### 4.1 Aspectos discutidos sobre a magnitude do problema

Há uma percepção comum entre os participantes que o problema é de extrema relevância e de grande magnitude. Sem dúvidas, a adesão às medidas não farmacológicas de prevenção e controle da COVID-19 (uso de máscaras, higienização das mãos, distanciamento social e quarentena) deve ser o centro do enfrentamento da pandemia e a população precisa ser sensibilizada quanto a isso.

A alta prioridade do problema em questão é revelada diariamente quando saímos nas ruas. Independente da classe social ou do nível educacional, nota-se que muitas pessoas não aderem, ou aderem inadequadamente e/ou até mesmo duvidam da efetividade dessas medidas.

A incerteza sobre diversos aspectos da doença também aumenta a magnitude do problema no mundo todo. No Brasil, a falta de comunicação e de orientações sobre a importância de aderir à essas medidas e sobre a compreensão de sua efetividade, a presença de interferências políticas, a negação da gravidade do cenário atual, da ciência e da falta de exemplos por parte de líderes governamentais vem aumentando o tamanho do problema.

As desigualdades sociais ficaram mais claras, principalmente se considerarmos grupos populacionais que não tem condições para comprar máscaras, de fazer uma higienização frequente das mãos, ou de famílias que moram em casas com apenas um cômodo, que não permite o distanciamento.

A magnitude do problema pode variar de acordo com o contexto, com a região geográfica e com as características do grupo envolvido. Para exemplificar, vimos experiências exitosas em contextos e grupos altamente vulneráveis, como foi o caso dos moradores de rua da cidade de Niterói/RJ. No início da pandemia, uma força tarefa conseguiu acordo com hotéis da região para abrigar tais moradores, houve distribuição de máscaras e orientação quanto ao uso adequado e testagem imediata dos indivíduos sintomáticos. Desta forma, o número de infectados e de morte foi muito baixa nesse grupo, superando as expectativas.

Do ponto de vista acadêmico, o tema também é relevante, pois existem poucos estudos e revisões sistemáticas relacionados a esse assunto.

## 4.2 Proposições sobre a definição/descrição do problema

O Brasil não deu o devido valor às medidas não farmacológicas que são simples, baratas e efetivas para controlar a pandemia da COVID-19. Lacunas de comunicação e contradições nas informações transmitidas parece ter causado uma baixa percepção de quais medidas deveriam ser seguidas e de quais eram realmente efetivas. Isso implica em uma faceta individual e uma faceta comunitária, com baixa coordenação e lacunas de informação.

No início, as informações eram mais transparentes quanto ao número de casos e de mortes. Depois, o foco das informações passou a ser a busca pela cura, tratamento farmacológico e vacinas. Surgiram várias alternativas farmacológicas não comprovadas, tais como uso de ivermectina para prevenção e uso de cloroquina, anticoagulantes e antibióticos para tratamento. Há meses a atenção principal reside na descoberta e na aprovação de vacinas no menor tempo possível da história.

Houve maior investimento na atenção secundária e terciária em saúde. A atenção primária entrou tardiamente no enfrentamento da COVID-19. A maioria das UBS foram fechadas, muitos agentes comunitários foram demitidos e os pacientes foram orientados a ficar em casa. A vigilância epidemiológica ficou prejudicada e a atenção primária ainda mais precária. Por outro lado, a taxa de hospitalização e letalidade não é alta, fato que torna essencial a atuação de uma atenção primária fortalecida.

Falta de efetividade de políticas públicas para o enfrentamento da pandemia, falhas na coordenação, na liderança e fortes conflitos políticos também tem seu papel na descrição do problema.

Além da faceta comunitária que envolve a adesão às medidas não farmacológicas por parte da população em geral, existe a faceta individual, que implica em crenças, questões culturais, morais e pessoais. A percepção individual também determinará se as medidas não farmacológicas serão seguidas ou não. Independente das informações recebidas, seja pela mídia ou pelo poder público, ou do nível social e educacional, esbarramos no quanto o indivíduo pode se restringir ou permite se restringir na sociedade.

Precisa ser viável a adesão dessas medidas, tais como, o distanciamento social e quarentena. O apoio governamental, financeiro e a garantia de condições adequadas para continuar trabalhando ou estudando remotamente são essenciais para o cumprimento das medidas.

### 4.3 Ponderações sobre os principais fatores/causas do problema

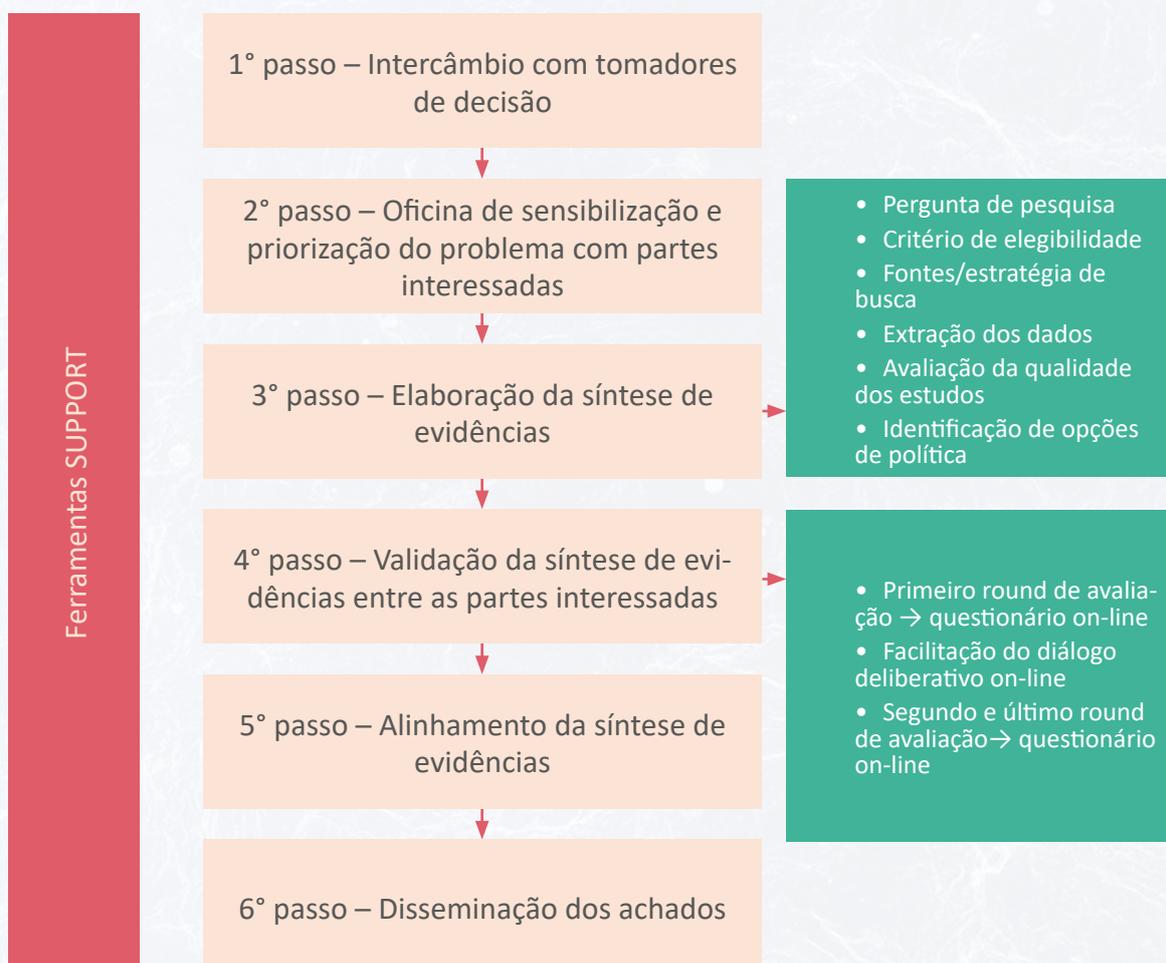
Vários fatores/causas foram elencados pelos participantes, tais como:

- **Falha ou lacuna na comunicação:** essa foi a principal causa apontada pelos participantes. Há falta de comunicação com a população e quando ocorre é frágil. Geralmente, usa-se uma linguagem mais científica, de difícil compreensão por grande parte da população, principalmente a mais carente. Não houve uma comunicação adequada sobre a importância e a efetividade de usar máscaras, álcool gel e de manter distanciamento social. Lacuna de como usar adequadamente as máscaras, de trocá-las frequentemente, mantendo-as sempre limpas, de como fazer a higienização das mãos, de usar o álcool gel sem acarretar riscos. Neste sentido, o Ministério da Saúde não lançou campanhas nacionais para educar e orientar a população em geral.
- **Fake news e contradições nas informações transmitidas:** alta disseminação de *fake news*, que deixou a população insegura do que realmente deveria seguir ou do que era verdade. Contradições entre as informações transmitidas pela Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e líderes políticos brasileiros.
- **Fortes interferências políticas:** conflitos e instabilidade política;
- **Negação da ciência:** parcela significativa da população, inclusive alguns profissionais da saúde, não acreditam na efetividade das medidas não farmacológicas. As evidências científicas são negadas, como por exemplo, o questionamento sobre a importância e os benefícios do uso de máscaras para a transmissão de doenças respiratórias infecciosas.
- **Deslegitimação das medidas não farmacológicas:** provocadas possivelmente pela falta de uniformidade e de transparência das informações transmitidas pelo poder público;
- **Falta de fiscalização no cumprimento de algumas dessas medidas:** diferente de outros países, a fiscalização e a aplicação de multas são pequenas ou inexistentes naqueles que não respeitam as regras.
- **Falta de sensação de risco individual de adquirir a doença:** famílias que já tiveram parentes e amigos acometidos gravemente pela doença, parecem aderir mais às medidas não farmacológicas do que os outros que ainda não vivenciaram.
- **Minimização do problema:** após a grande repercussão mundial ocorrida no início da pandemia, o problema passou a ser minimizado ou normalizado diante da crise econômica e da flexibilização das medidas. Noticiários diminuíram as divulgações sobre a gravidade da pandemia e passaram a enfatizar fortemente a descoberta e a aprovação das vacinas. Com a flexibilização das medidas, as aglomerações estão voltando e parece estar havendo um efeito rebote.
- **Desconhecimento da atual situação epidemiológica:** a vigilância não está preparada para notificar todos os casos.

## APÊNDICE B – SEIS PASSOS PARA A ELABORAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS E FACILITAÇÃO DO DIÁLOGO DELIBERATIVO

As ferramentas SUPPORT (SUPORTE a Ensaio e Revisões relevantes para as Políticas) (77) para políticas de saúde informada por evidências foram usadas para guiar o processo de elaboração da síntese de evidências e da facilitação do DD, conforme mostra a Figura 1B:

Figura 1B – Passos seguidos para a elaboração da síntese de evidências e facilitação do diálogo deliberativo



A seguir, são mostrados detalhadamente os seis passos seguidos:

## 1 – Processos de intercâmbio com tomadores de decisões

Foram realizadas reuniões para articulação e alinhamento dos atores envolvidos na tomada de decisão. Estas reuniões tiveram como objetivo planejar as estratégias para realização da oficina de sensibilização e do DD.

## 2 – Oficina de sensibilização e priorização do problema

A oficina teve como objetivo definir e descrever a magnitude e as causas do real problema. A reunião foi on-line, duração de duas horas, com cerca de 16 participantes, incluindo gestores, profissionais da saúde da linha de frente, pesquisadores e representantes da sociedade civil de diferentes Estados.

## 3 – Elaboração da Síntese de Evidências

O **Quadro 1B** sumariza a pergunta da pesquisa que será detalhada no critério de elegibilidade a seguir.

### Quadro 1B – Pergunta de pesquisa

<b>P</b> Population/População	população exposta à COVID-19 e/ou outras SARS.
<b>I</b> Intervention/ Intervenção	qualquer tipo de intervenção (estratégia para política) para promover adesão (aceitabilidade e cumprimento) às medidas comunitárias de prevenção e controle da COVID-19 e outras SARS.
<b>C</b> Control/Controle	outro tipo de intervenção ou nenhuma intervenção.
<b>O</b> Outcomes/desfechos	desfechos primários: número/proporção de pessoas que estão aderindo às medidas de prevenção e controle; redução dos casos de incidentes, de hospitalizações e mortalidade. desfechos secundários: mudanças cognitivas e comportamentais; mudanças no conhecimento, conscientização, atitude e aceitabilidade; fatores associados à adesão e não adesão; conhecimento e compreensão de conceitos e habilidades para avaliar criticamente questões de saúde.

Continua

### Quadro 1B (conclusão) – Pergunta de pesquisa

<b>T</b> Time/Tempo	sem restrição de tempo.
<b>S</b> Studies/estudos	revisões sistemáticas, revisões rápidas, overviews, sínteses de evidências, guias/diretrizes de práticas clínicas e/ou recomendações para política com base no GRADE.

### 3.1 Critério de elegibilidade dos estudos

#### *Tipos de estudos*

Foram incluídas revisões sistemáticas, revisões rápidas, overviews, sínteses de evidências e guias/diretrizes de práticas clínicas e/ou recomendações para política com base no GRADE, sem restrição de idioma ou data, que focaram especificamente na COVID-19. Foram excluídos os estudos primários.

#### *Tipos de participantes*

População em geral, de todas as idades, expostas ou não ao COVID-19 ou outros patógenos que possam causar SARS com perfis de transmissão semelhante.

#### *Tipos de intervenções*

Foram incluídas qualquer tipo de intervenções (estratégias para política) para promover adesão (aceitabilidade e cumprimento) das medidas não farmacológicas ou comunitárias de prevenção e controle da COVID-19 e outras SARS com perfil de transmissão semelhante na população. Foram considerados os estudos que compararam intervenções versus outro tipo de intervenção ou versus nenhuma intervenção.

#### *Tipos de desfechos*

Desfechos primários: número/proporção de pessoas que estão aderindo às medidas de prevenção e controle; redução dos casos de incidentes, de hospitalizações e mortalidade.

Desfechos secundários: mudanças cognitivas e comportamentais; mudanças no conhecimento, conscientização, atitude e aceitabilidade; fatores associados à adesão e não adesão; conhecimento e compreensão de conceitos e habilidades para avaliar criticamente questões de saúde.

### 3.2 Busca para identificação de estudos

A estratégia de busca foi validada por duas bibliotecárias e adaptada de acordo com o banco de dados, como mostra o **APÊNDICE B**.

A busca foi feita individualmente nos seguintes bancos de dados:

- Medline, Ovid
- LILACS – <http://lilacs.bvsalud.org>
- The Cochrane Library – <http://www.cochranelibrary.com>
- Health System Evidence – <https://www.healthsystemsevidence.org>
- Health Evidence – <https://www.healthevidence.org>
- EMBASE, Ovid – <https://www.embase.com>
- CINAHL – <https://www.ebsco.com>
- WHO Global Index Medicus – <https://www.globalindexmedicus.net>
- Epistemonikos – <https://www.epistemonikos.org>
- International Initiative for Impact Evaluation (3ie) – <https://www.3ieimpact.org>
- Campbell Collaboration - Systematic reviews, evidence synthesis - The Campbell Collaboration
- Clinical Trial Registry – <http://clinicaltrials.gov>
- WHO ICTRP - International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP) – <http://www.who.int/ictip/en>
- GIN Guidelines International Network – <https://g-i-n.net>

*Banco de dados específicos para a COVID-19:*

- Coronavirus (COVID-19): Special Collections from Cochrane – <https://www.cochrane.org/coronavirus-covid-19-resources/special-collections>
- Cochrane COVID-19 Study Register – <https://covid-19.cochrane.org>
- COVID-END from McMaster – <https://www.mcmasterforum.org/networks/covid-end>
- COVID-19 Evidence database from Epistemonikos – <https://app.iloveevidence.com/loves/5e6fdb9669c00e4ac072701d?utm=aile>

### 3.3 Seleção dos estudos/ extração dos dados

Os revisores, em pares, avaliaram de forma independente se os títulos e resumos estavam de acordo com os critérios de elegibilidade. Em seguida, os textos completos das referências potencialmente relevantes foram rastreados e os revisores, independentemente, avaliaram sua inclusão e a extração de dados relevantes. As diferenças foram resolvidas por consenso.

### 3.4 Avaliação da qualidade das evidências

Para avaliar a qualidade das revisões sistemáticas e das revisões rápidas, os revisores, de maneira independente, utilizaram as ferramentas AMSTAR 2 (79) e o checklist da Cochrane (80) para revisões rápidas, respectivamente. Para a classificação final da qualidade das revisões rápidas, os critérios da ferramenta AMSTAR 2 foram adaptados (ausência de uma falha crítica ou presença de uma falha não crítica: revisão de qualidade alta; presença de mais de uma falha não crítica: revisão de qualidade moderada; presença de uma falha crítica: revisão de baixa qualidade; presença de mais de uma falha crítica: revisão de qualidade criticamente baixa).

Para as diretrizes/guias de práticas clínicas e/ou recomendações para política, utilizou-se o checklist AGREE (81). O AGREE II permite a análise de 23 itens divididos em 6 domínios de qualidade e dois itens de classificação global, nos quais os avaliadores utilizam uma escala de 1 a 7 pontos (1- corresponde ao “discordo totalmente” e 7 “concordo totalmente”. A pontuação da qualidade foi atribuída individualmente pelos avaliadores e a porcentagem total de cada domínio foi obtida a partir do seguinte cálculo:

$$\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima possível}^{**} \times 100$$

$$\text{Pontuação máxima possível}^* - \text{Pontuação mínima possível}^{**}$$

\*pontuação máxima: 7 (concordo totalmente) versus número de itens do Domínio versus número de avaliadores

\*\*pontuação mínima: 1 (discordo totalmente) versus número de itens do Domínio versus número de avaliadores

Escores >80% foram considerados de alta qualidade, 60- 80% foi considerado como qualidade suficiente, <60% baixa qualidade.

A classificação global da diretriz e a recomendação foi determinada independentemente por cada avaliador e o consenso foi alcançado.

### 3.5 Identificação das opções (estratégias), avaliação dos benefícios, riscos, barreiras de implementação e considerações sobre equidade

Após verificar a fiabilidade dos estudos incluídos, os revisores, em pares, de forma independente, avaliaram a aplicabilidade dos achados e categorizaram as opções (estratégias)

para políticas, considerando a taxonomia do *Health Systems Evidence* (78) para nomeá-las. As barreiras de implementação e possíveis facilitadores também foram investigados. A ferramenta *PROGRESS-Plus* (82) foi utilizada para explorar os aspectos de equidade relacionados com as opções.

As possíveis barreiras e facilitadores para a implementação das opções, assim como as considerações sobre equidade, foram pesquisados preferencialmente em artigos qualitativos na literatura por meio de busca manual. Nesta seção, os artigos identificados não foram avaliados quanto a qualidade da evidência gerada.

## 4 – Validação da síntese e facilitação do DD

Para a validade do conteúdo da síntese foi utilizado o método Delphi híbrido (83, 84), composto por três etapas: i. envio da síntese para a avaliação independente e cega dos painelistas/*stakeholders* (primeiro *round*), ii. realização do DD e iii. envio da síntese com as alterações para avaliação independente e cega dos painelistas/*stakeholders* (segundo *round*).

Uma versão da síntese foi circulada (1º *round*), previamente, entre os convidados que participaram do DD, a fim de estabelecer o primeiro julgamento feito pelos painelistas (atores das partes interessadas) e guiar as deliberações no DD. Este primeiro julgamento ocorreu por meio de um questionário on-line com perguntas abertas e fechadas, relacionadas à utilidade dos achados no cenário brasileiro. Para as perguntas fechadas foi usada a escala de *Likert*, de 5 pontos, conforme mostra abaixo:

Totalmente inútil Discordo totalmente	Parcialmente inútil Discordo parcialmente	Indiferente	Parcialmente útil Concordo parcialmente	Totalmente útil Concordo totalmente
1	2	3	4	5

A cada pergunta, havia um campo aberto para os participantes deixarem seus comentários, se necessário. A identificação e seleção das partes interessadas (aqui denominados painelistas) que compuseram a oficina de sensibilização e o DD está descrita no APÊNDICE A.

Após o primeiro *round*, houve a realização do DD on-line, com duração de duas horas, de acordo com as regras de *Chatham House*, a fim de esclarecer/aprofundar/deliberar exaustivamente sobre o problema, as opções propostas e as barreiras de implementação. As sugestões recebidas do primeiro *round* e do DD foram incorporadas e uma nova versão da síntese foi enviada para avaliação dos painelistas (segundo *round*), por meio de um questionário on-line (o mesmo utilizado no primeiro *round*).

A resposta dos participantes quanto a utilidade no contexto brasileiro foi categorizada como: inútil (1 a 2), indiferente (3) e útil (4 a 5). Para cada item, o consenso foi alcançado se pelo menos 80% dos votos dos participantes pertencessem à mesma categoria (1–2, 3 ou 4-5). Caso os itens fossem classificados como indiferentes ou inúteis, estes seriam revistos e submetidos a rodada final on-line. As alterações finais sugeridas no segundo *round* foram incorporadas, validando o conteúdo da síntese.

#### **4.1 Elaboração da Síntese do Diálogo Deliberativo sobre políticas de saúde**

O relatório sobre o DD e os atores participantes foi emitido considerando os valores agregados à síntese produzida por meio da revisão de qualidade da síntese, esclarecimento das avaliações feitas e sobre o conteúdo, **APÊNDICE H**.

## **5 – Aspectos éticos**

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Sorocaba, parecer nº 4.341.082.

# APÊNDICE C – ESTRATÉGIA DE BUSCA

## Quadro 1C – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados

Base de dados	Estratégia de busca	Data
Medline, Ovid	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. exp Coronavirus/</li> <li>2. exp Coronavirus Infections/</li> <li>3. SARS Virus/</li> <li>4. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus/</li> <li>5. Pneumonia, Viral/</li> <li>6. Influenza, Human/</li> <li>7. Pandemics/</li> <li>8. Epidemics/</li> <li>9. exp Communicable Diseases/</li> <li>10. Disease Outbreaks/</li> <li>11. Space-Time Clustering/</li> <li>12. (coronavir* or coronavirus* or betacoronavir* or beta-coronavirus or beta-coronaviruses or corona virus or virus corona or corono virus or virus corono or hcov* or covid* or 2019-ncov or cv19* or cv-19 or cv 19 or n-cov or ncov* or (wuhan* and (virus or viruses or viral)) or sars* or sari or severe acute respiratory syndrome or mers* or middle east respiratory syndrome or middle-east respiratory syndrome or 2019-ncov-related or cv-19-related or n-cov-related or pandemic* or epidemic*).ti,ab,kf.</li> <li>13. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12</li> <li>14. Social Isolation/</li> <li>15. Quarantine/</li> <li>16. Hand Disinfection/</li> <li>17. Hand Hygiene/</li> <li>18. Personal Protective Equipment/</li> <li>19. Masks/</li> <li>20. (isolate* or distancing* or quarantin* or handwash* or (hand? adj2 (wash* or clean* or disinfect* or hygien*)) or hand saniti* or personal protect* or facemask* or face mask* or protective measure*).ti,ab,kf.</li> </ol>	28/01/21

Continua

**Quadro 1C (continuação) – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados**

Base de dados	Estratégia de busca	Data
	<p>21. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20</p> <p>22. Health Promotion/</p> <p>23. Patient Education as Topic/</p> <p>24. Health Knowledge, Attitudes, Practice/</p> <p>25. Health Behavior/</p> <p>26. (Treatment Adherence and Compliance).mp. [mp=title, abstract, original title, name of substance word, subject heading word, floating sub-heading word, keyword heading word, organism supplementary concept word, protocol supplementary concept word, rare disease supplementary concept word, unique identifier, synonyms]</p> <p>27. "Patient Acceptance of Health Care"/</p> <p>28. Patient Compliance.mp. or Patient Compliance/</p> <p>29. Guideline Adherence/</p> <p>30. Cooperative Behavior/</p> <p>31. Preventive medicine.mp. or Preventive Medicine/</p> <p>32. Preventive health services.mp. or Preventive Health Services/</p> <p>33. Public health.mp. or Public Health/</p> <p>34. Attitude to Health/</p> <p>35. 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34</p> <p>36. 13 and 21 and 35</p>	
<p><b>LILACS</b></p>	<p>#1 Coronavirus OR coronavir* OR coronavirus* OR covid* OR 2019-ncov OR sars* OR pandemic* OR "Coronavirus Infections" OR "SARS Virus" OR "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus"</p> <p>#2 "Social Isolation" OR Quarantine OR "Hand Disinfection" OR "Hand Hygiene" OR "Personal Protective Equipment" OR masks OR mask OR "face mask" OR isolate* OR distancing* OR quarantin* OR handwash* OR disinfect* OR hygien* OR hand saniti* OR personal protect* OR facemask* OR face mask* OR protective measure*</p> <p>#3 "Health Promotion" OR "Patient Education" OR "Health knowledge" OR "Health Behavior" OR "Treatment Adherence and Compliance" OR "Treatment Adherence" OR "Treatment Compliance" OR "Patient Compliance" OR "Guideline Adherence" OR "Cooperative Behavior" OR "Preventive medicine" OR "Preventive health services" OR "Public Health" OR "Attitude to Health" OR "adhere" OR adherence OR barrier* OR challeng* OR compliance OR comply*</p> <p>#1 AND #2 AND #3</p>	<p>06/02/21</p>

Continua

**Quadro 1C (continuação) – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados**

Base de dados	Estratégia de busca	Data
<p><b>The Cochrane Library</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Coronavirus/</li> <li>2. Coronavirus Infections/</li> <li>3. SARS Virus/</li> <li>4. Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus/</li> <li>5. Pneumonia, Viral/</li> <li>6. Influenza, Human/</li> <li>7. Pandemics/</li> <li>8. Epidemics/</li> <li>9. exp Communicable Diseases/</li> <li>10. Disease Outbreaks/</li> <li>11. Space-Time Clustering/</li> <li>12. (Coronavir* or corona virus* or Middle East Respiratory Syndrome* or MERS or Severe Acute Respiratory Syndrome* or SARS*):ti,ab,kw</li> <li>13. 1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12</li> <li>14. Social Isolation/</li> <li>15. Quarantine/</li> <li>16. Hand Disinfection/</li> <li>17. Hand Hygiene/</li> <li>18. Personal Protective Equipment/</li> <li>19. Masks/</li> <li>20. (isolate* or distancing* or quarantin* or handwash* or 20. (hand? and NEAR2 and (wash* or clean* or disinfect* or hygien*)) or hand saniti* or personal protect* or facemask* or face mask* or protective measure*):ti,ab,kw</li> <li>21. 14 or 15 or 16 or 17 or 18 or 19 or 20</li> <li>22. Health Promotion/</li> <li>23. Patient Education as Topic/</li> <li>24. Health Knowledge, Attitudes, Practice/</li> <li>25. Health Behavior/</li> <li>26. (treatment adherence and compliance):ti,ab,kw</li> <li>27. "Patient Acceptance of Health Care"/</li> <li>28. Patient Compliance.mp. or Patient Compliance/</li> </ol>	<p>03/02/21</p>

**Continua**

**Quadro 1C (continuação) – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados**

Base de dados	Estratégia de busca	Data
	29. Guideline Adherence/ 30. Cooperative Behavior/ 31. Preventive medicine 32. Preventive health services 33. Public health 34. Attitude to Health/ 35. 22 or 23 or 24 or 25 or 26 or 27 or 28 or 29 or 30 or 31 or 32 or 33 or 34 36. 13 and 21 and 35	
<b>Health system evidence</b>	covid or coronavirus and adherence (0) covid or coronavirus and comply* (0) covid or coronavirus and challeng* (5) covid or coronavirus and barrier* (3) covid or coronavirus and health education (8) covid or coronavirus and inform* (1)	05/02/21
<b>Health system</b>	[covid OR coronavirus AND adherence] [coronavirus OR covid AND comply*] [covid OR coronavirus AND (health knowledge)] [coronavirus OR covid AND (health behaviour)] [coronavirus OR covid AND barrier*] [coronavirus OR covid AND challeng*]	06/02/21

**Continua**

**Quadro 1C (continuação) – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados**

Base de dados	Estratégia de busca	Data
EMBASE, Ovid	<p>#1 'coronavirus'/exp OR coronavirus</p> <p>#2 'coronavirus infections'</p> <p>#3 'sars virus'</p> <p>#4 'middle east respiratory syndrome coronavirus'</p> <p>#5 'pneumonia, viral'</p> <p>#6 'influenza, human'</p> <p>#7 pandemics</p> <p>#8 epidemics</p> <p>#9 'communicable diseases'/exp</p> <p>#10 'disease outbreaks'</p> <p>#11 'space-time clustering'</p> <p>#12 (((((((coronavir* OR coronavirus* OR betacoronavir* OR 'beta coronavirus' OR 'beta coronaviruses' OR corona) AND virus OR virus) AND corona OR corono) AND virus OR virus) AND corono OR hcov* OR covid* OR '2019 ncov' OR cv19* OR 'cv 19' OR cv) AND 19 OR 'n cov' OR ncov* OR (wuhan* AND (virus OR viruses OR viral)) OR sars* OR sari OR severe) AND acute AND respiratory AND syndrome OR mers* OR middle) AND east AND respiratory AND syndrome OR 'middle east') AND respiratory AND syndrome OR '2019 ncov related' OR 'cv 19 related' OR 'n cov related' OR pandemic* OR epidemic*</p> <p>#13 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12</p> <p>#14 'social isolation'</p> <p>#15 'quarantine'</p> <p>#16 'hand disinfection'</p> <p>#17 'hand hygiene'</p> <p>#18 'personal protective equipment'</p> <p>#19 masks</p> <p>#20 'masks, noses and mouth pieces'</p> <p>#21 (((((isolate* OR distancing* OR quarantin* OR handwash* OR (hand? AND adj2 AND (wash* OR clean* OR disinfect* OR higien*)) OR hand) AND saniti* OR personal) AND protect* OR facemask* OR face) AND mask* OR protective) AND measure*</p> <p>#22 #14 OR #15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19 OR #20 OR #21</p> <p>#23 'health promotion'</p> <p>#24 'patient education as topic'</p> <p>#25 'health knowledge, attitudes, practice'</p> <p>#26 'attitude to health'/exp</p> <p>#27 'health behavior'</p> <p>#28 'treatment adherence and compliance'/exp</p> <p>#29 'patient acceptance of health care'</p> <p>#30 'patient compliance'/exp</p>	28/01/21

Continua

**Quadro 1C (continuação) – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados**

Base de dados	Estratégia de busca	Data
	#31 'guideline adherence' #32 'cooperative behavior' #33 'preventive medicine'/exp #34 'preventive health services'/exp #35 'public health'/exp #36 'adhere' OR adherence OR barrier* OR challeng* OR compliance OR comply* #37 #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32 OR #33 OR #34 OR #35 OR #36 #38 #13 AND #22 AND #37	
<b>CINAHL</b>	SU ( Coronavirus OR coronavir* OR coronavirus* OR covid* OR 2019-ncov OR sars* OR pandemic* OR “Coronavirus Infections” OR “SARS Virus” OR “Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus” ) AND SU ( “Social Isolation” OR Quarantine OR “Hand Disinfection” OR “Hand Hygiene” OR “Personal Protective Equipment” OR masks OR mask OR “face mask” OR isolate* OR distancing* OR quarantin* OR handwash* OR disinfect* OR hygien* OR hand saniti* OR personal protect* OR facemask* OR face mask* OR protective measure* ) AND SU ( “Health Promotion” OR “Patient Education” OR “Health knowledge” OR “Health Behavior” OR “Treatment Adherence and Compliance” OR “Treatment Adherence” OR “Treatment Compliance” OR “Patient Compliance” OR “Guideline Adherence” OR “Cooperative Behavior” OR “Preventive medicine” OR “Preventive health services” OR “Public Health” OR “Attitude to Health” OR "adhere" OR adherence OR barrier* OR challeng* OR compliance OR comply* )	28/01/21
<b>WHO</b>	Covid-19 or coronavirus and social isolation and adherence Covid-19 or coronavirus and quarantine and adherence Covid-19 or coronavirus and hand disinfection and adherence Covid-19 or coronavirus and masks and adherence Covid-19 or coronavirus and protective equipment and adherence	05/02/21

Continua

**Quadro 1C (continuação) – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados**

Base de dados	Estratégia de busca	Data
<b>Epistemonikos</b>	<p>(title:(Coronavirus OR coronavir* OR coronavirus* OR covid* OR 2019-ncov OR sars* OR pandemic* OR "Coronavirus Infections" OR "SARS Virus" OR "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus") OR abstract:(Coronavirus OR coronavir* OR coronavirus* OR covid* OR 2019-ncov OR sars* OR pandemic* OR "Coronavirus Infections" OR "SARS Virus" OR "Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus"))</p> <p>AND</p> <p>(title:(Social Isolation) OR abstract:(Social Isolation)) OR (title:(-Quarantine) OR abstract:(Quarantine)) OR (title:(Hand Disinfection) OR abstract:(Hand Disinfection)) OR (title:(Hand Hygiene) OR abstract:(Hand Hygiene)) OR (title:(Personal Protective Equipment) OR abstract:(Personal Protective Equipment)) OR (title:(-masks) OR abstract:(masks))</p> <p>AND</p> <p>(title:("Health Promotion" OR "Patient Education" OR "Health knowledge" OR "Health Behavior" OR "Treatment Adherence AND Compliance" OR "Treatment Adherence" OR "Treatment Compliance" OR "Patient Compliance" OR "Guideline Adherence" OR "Cooperative Behavior" OR "Preventive medicine" OR "Preventive health services" OR "Public Health" OR "Attitude to Health" OR "adhere" OR adherence OR barrier* OR challeng* OR compliance OR comply*) OR abstract:("Health Promotion" OR "Patient Education" OR "Health knowledge" OR "Health Behavior" OR "Treatment Adherence AND Compliance" OR "Treatment Adherence" OR "Treatment Compliance" OR "Patient Compliance" OR "Guideline Adherence" OR "Cooperative Behavior" OR "Preventive medicine" OR "Preventive health services" OR "Public Health" OR "Attitude to Health" OR "adhere" OR adherence OR barrier* OR challeng* OR compliance OR comply*))</p>	04/02/21
<b>International Initiative for Impact Evaluation (3ie)</b>	COVID-19	05/02/21
<b>Campbell Collaboration</b>	COVID-19	05/02/21
<b>Clinical Trial Registry</b>	COVID-19 and adherence	05/02/21
<b>WHO ICTRP International Clinical Trials Registry Platform</b>	COVID-19	05/02/21
<b>GIN Guidelines International Network</b>	COVID-19	05/02/21

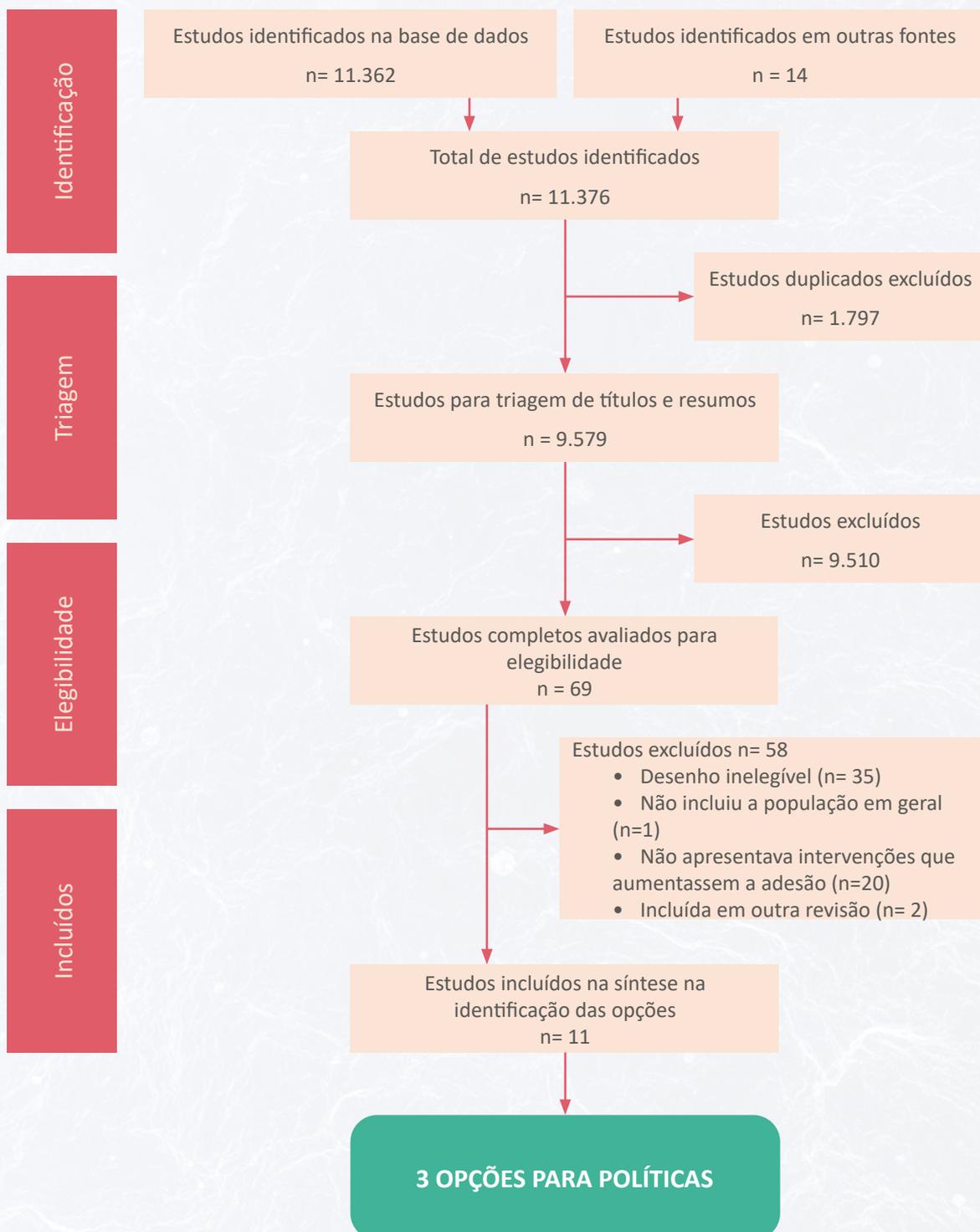
Continua

**Quadro 1C (conclusão) – Estratégias de busca utilizadas nos bancos de dados**

Base de dados	Estratégia de busca	Data
<b>COVID-19 Evidence database from Epistemonikos</b>	public health interventions for COVID-19 → adherence	05/02/21
<b>Cochrane Coronavirus (COVID-19): Special Collections</b>	infection control and prevention measures	05/02/21
<b>Cochrane COVID-19 Study Register:</b>	Adherence	05/02/21
<b>COVID-END from McMaster</b>	public health measures	05/02/21

# APÊNDICE D – FLUXOGRAMA DO PROCESSO DE SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Figura 1D – Seleção dos estudos



## APÊNDICE E - ESTUDOS EXCLUÍDOS

### Quadro 1E – Estudos excluídos após leitura do texto completo

Autor, ano	Estudo	Motivo da exclusão
<b>Aathira, 2021</b>	Role of government during a quarantine - A review.	Desenho de estudo não elegível
<b>Abidullahi, 2020</b>	Community interventions in Low—And Middle-Income Countries to inform COVID-19 control implementation decisions in Kenya: A rapid systematic review	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Ahsan, 2020</b>	Combating COVID-19 in Bangladesh: ideal duration of mandatory quarantine period and policy implications	Desenho de estudo não elegível
<b>Aimone, 2010</b>	The 1918 Influenza Epidemic in New York City: A Review of the Public Health Response	Desenho de estudo não elegível
<b>Alerdot, 2007</b>	Non-pharmaceutical public health interventions for pandemic influenza: an evaluation of the evidence base	Desenho de estudo não elegível
<b>Alisson, 2008</b>	Effect of Hand Hygiene on Infectious Disease Risk in the Community Setting: A Meta-Analysis	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Amaechi, 2020</b>	Social approaches to COVID-19 pandemic response: effectiveness and practicality in sub-Saharan Africa	Desenho de estudo não elegível
<b>Bassem, 2020</b>	The importance of health promotion in the prevention of COVID-19	Desenho de estudo não elegível
<b>Bassi, 2020</b>	An overview of mobile applications (apps) to support the coronavirus disease 2019 response in India	Desenho de estudo não elegível
<b>Bekele, 2020</b>	Patterns and associated factors of COVID-19 knowledge, attitude, and practice among general population and health care workers: A systematic review	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão

Continua

**Quadro 1E (continuação) – Estudos excluídos após leitura do texto completo**

Autor, ano	Estudo	Motivo da exclusão
<b>Berhe, 2020</b>	Global epidemiology, pathogenesis, immune response, diagnosis, treatment, economic and psychological impact, challenges, and future prevention of COVID-19: A Scoping review	Desenho de estudo não elegível
<b>Bish, 2009</b>	Demographic and attitudinal determinants of protective behaviours during a pandemic: A review	Desenho de estudo não elegível
<b>National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020</b>	Encouraging Adoption of Protective Behaviors to Mitigate the Spread of COVID-19: Strategies for Behavior Change (2020)	Desenho de estudo não elegível
<b>Bonine, 2020</b>	Strategies for Promoting Hand Hygiene Compliance on Inpatient Psychiatric Units.	Desenho de estudo não elegível
<b>Braunack-Mayer, 2010</b>	Including the public in pandemic planning: a deliberative approach	Desenho de estudo não elegível
<b>Bults, 2015</b>	Perceptions and Behavioral Responses of the General Public During the 2009 Influenza A (H1N1) Pandemic: A Systematic Review	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Campbell, 2020</b>	A systematic analysis of online public engagement with 10 videos on major global health topics involving 229459 global online viewers	Desenho de estudo não elegível
<b>Chisale, 2020</b>	Community-based interventions for preventing COVID-19 transmission in low- and middle-income countries: A systematic review	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Chu, 2020</b>	Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Compton, 2018</b>	Compliance with hand washing guidelines among visitors from the community to acute care settings: A Scoping Review	Desenho de estudo não elegível
<b>Cookson, 2009</b>	Comparison of national and subnational guidelines for hand hygiene	Não incluiu população em geral

Continua

**Quadro 1E (continuação) – Estudos excluídos após leitura do texto completo**

Autor, ano	Estudo	Motivo da exclusão
<b>Cugelma, 2011</b>	Online Interventions for Social Marketing Health Behavior Change Campaigns: A Meta-Analysis of Psychological Architectures and Adherence Factors	Incluída em outra revisão sistemática
<b>Curtis, 2009</b>	Planned, motivated and habitual hygiene behaviour: an eleven-country review	Desenho de estudo não elegível
<b>Davey, 2008</b>	Effective, Robust Design of Community Mitigation for Pandemic Influenza: A Systematic Examination of Proposed US Guidance	Desenho de estudo não elegível
<b>Ding, 2014</b>	Transnational Quarantine Rhetorics: Public Mobilization in SARS and in H1N1 Flu	Desenho de estudo não elegível
<b>Finset, 2020</b>	Effective health communication – a key factor in fighting the COVID-19 pandemic	Desenho de estudo não elegível
<b>Frakgou 2020</b>	Review of trials currently testing treatment and prevention of COVID-19	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Fung, 2007</b>	How often do you wash your hands? A review of studies of hand-washing practices in the community during and after the SARS outbreak in 2003	Desenho de estudo não elegível
<b>Getaneh, 2020</b>	Global lessons and Potential strategies in combating COVID-19 pandemic in Ethiopia: Systematic Review	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Ghio, 2020</b>	What influences people’s responses to public health messages for managing risks and preventing infectious diseases? A rapid systematic review of the evidence and recommendations	Incluída em outra revisão sistemática
<b>Kaim, 2020</b>	Impact of a Brief Educational Intervention on Knowledge, Perceived Knowledge, Perceived Safety, and Resilience of the Public During COVID-19 Crisis	Desenho de estudo não elegível
<b>Kondylakis, 2020</b>	COVID-19 Mobile Apps: A Systematic Review of the Literature	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão

**Continua**

**Quadro 1E (continuação) – Estudos excluídos após leitura do texto completo**

Autor, ano	Estudo	Motivo da exclusão
<b>Kurniawat, 2020</b>	The Policy of Large-Scale Social Restriction (LSSR): Prevention Effort of COVID-19 and Community Compliance in Indonesia	Desenho de estudo não elegível
<b>Leppin, 2009</b>	Risk Perceptions Related to SARS and Avian Influenza: Theoretical Foundations of Current Empirical Research	Desenho de estudo não elegível
<b>Laranjo, 2014</b>	The influence of social networking sites on health behavior change: A systematic review and meta-analysis	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Majid, 2020</b>	Knowledge, (mis-)conceptions, risk perception, and behavior change during pandemics: A scoping review of 149 studies	Desenho de estudo não elegível
<b>Megnin-Viggars, 2020</b>	Facilitators and barriers to engagement with contact tracing during infectious disease outbreaks: A rapid review of the evidence	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Moradali, 2020</b>	Epidemiology, Prevention and Control Strategies of Coronavirus COVID 19 in Iran: A Systematic Review	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Moran, 2016</b>	A Meta-Analysis of the Association between Gender and Protective Behaviors in Response to Respiratory Epidemics and Pandemics	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Muhammad, 2020</b>	Policy Brief on Child Protection during Covid-19 Crisis in Pakistan	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Patino-Lugo, 2020</b>	Non-pharmaceutical interventions for containment, mitigation and suppression of COVID-19 infection	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Regmi, 2020</b>	Factors impacting social distancing measures for preventing coronavirus disease 2019 [COVID-19]: A systematic review	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Rothstein, 2019</b>	Ensuring Compliance with Quarantine by Undocumented Immigrants and Other Vulnerable Groups: Public Health Versus Politics	Desenho de estudo não elegível

**Continua**

**Quadro 1E (continuação) – Estudos excluídos após leitura do texto completo**

Autor, ano	Estudo	Motivo da exclusão
<b>Sarti, 2020</b>	Organization of Primary Health Care in pandemics: a rapid systematic review of the literature in times of COVID-19	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Sharma, 2019</b>	Scoping review of non-pharmacological interventions to control H1N1 in India	Desenho de estudo não elegível
<b>Teasdale, 2014</b>	Public perceptions of non-pharmaceutical interventions for reducing transmission of respiratory infection: systematic review and synthesis of qualitative studies	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Olry, 2020</b>	El uso de las mascarillas en la protección de las infecciones respiratorias: una revisión de revisiones	Desenho de estudo não elegível
<b>Sathian, 2020</b>	Impact of COVID-19 on community health: A systematic review of a population of 82 million	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Savoia, 2013</b>	Communications in Public Health Emergency Preparedness: A Systematic Review of the Literature	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Seale, 2020</b>	Improving the impact of nonpharmaceutical interventions during COVID-19: examining the factors that influence engagement and the impact on individuals	Desenho de estudo não elegível
<b>Sim, 2014</b>	The use of facemasks to prevent respiratory infection: a literature review in the context of the Health Belief Model	Desenho de estudo não elegível
<b>Xu, 2020</b>	China's practice to prevent and control COVID-19 in the context of large population movement	Desenho de estudo não elegível
<b>Walsh, 2021</b>	The use of social media as a tool for stakeholder engagement in health service design and quality improvement: A scoping review	Desenho de estudo não elegível
<b>Webb, 2010</b>	Using the Internet to Promote Health Behavior Change: A Systematic Review and Meta-analysis of the Impact of Theoretical Basis, Use of Behavior Change Techniques, and Mode of Delivery on Efficacy	Não apresentava intervenções que aumentasse a adesão
<b>Welch, 2018</b>	Interactive social media interventions for health behaviour change, health outcomes, and health equity in the adult population (Protocol)	Desenho de estudo não elegível

Continua

**Quadro 1E (conclusão) – Estudos excluídos após leitura do texto completo**

Autor, ano	Estudo	Motivo da exclusão
<b>WHO, 2020</b>	Mask use in the context of COVID-19 – Interim guidance	Desenho de estudo não elegível
<b>WHO, 2020</b>	Recommendation to Member States to improve hand hygiene practices widely to help prevent the transmission of the COVID-19 virus	Desenho de estudo não elegível
<b>WHO, 2020</b>	Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19 – Interim guidance	Desenho de estudo não elegível

# APÊNDICE F – SÍNTESE DOS ESTUDOS POR OPÇÃO

Quadro 1F – Características dos estudos incluídos na síntese para identificação de estratégias para política

Autor, ano	Número de estudos	Número de participantes	Tipo de delineamento	Se refere a qual medida preventiva?	Classificação taxonômica da estratégia para política <sup>a</sup>
<b>Winograd et al., 2021</b>	31 (14 ensaios randomizados, 17 estudos não randomizados)	40.183*	Revisão rápida de estudos quantitativos	Múltiplas <sup>#</sup>	Comunicação de risco
<b>Webster et al., 2020</b>	14 (6 estudos qualitativos e 8 estudos quantitativos)	52.029	Revisão rápida de estudos mistos	Distanciamento social	Suporte/assistência
<b>Li et al., 2020</b>	24 (estudos transversais)	35.967	Revisão rápida de estudos quantitativos	Múltiplas <sup>#</sup>	Educação em saúde
<b>Mills et al., 2020</b>	89 (estudos transversais)	Não reportado	Revisão rápida de estudos quantitativos	Uso de máscaras	Comunicação de risco
<b>NCCMT, 2020</b>	17 (9 estudos secundários, 5 primários, 3 guidances)	Não reportado	Revisão rápida de estudos mistos	Múltiplas <sup>#</sup>	Comunicação de risco
<b>Ryan et al., 2020</b>	31 (16 estudos primários, 1 revisão rápida, 1 revisão de guideline, 8 revisões sistemáticas, 3 guidelines, 2 revisões/análises)	Não reportado	Revisão rápida de estudos mistos	Distanciamento social/quarentena	Comunicação de risco Suporte/assistência

Continua

**Quadro 1F (continuação) – Características dos estudos incluídos na síntese para identificação de estratégias para política**

Autor, ano	Número de estudos	Número de participantes	Tipo de delineamento	Se refere a qual medida preventiva?	Classificação taxonômica da estratégia para política <sup>&amp;</sup>
<b>Cusack et al., 2018</b>	24 (14 estudos randomizados, 10 estudos não randomizados)	16.530*	Revisão sistemática de estudos quantitativos	Múltiplas <sup>#</sup>	Educação em saúde
<b>OMS, 2018</b>	13 (12 revisões sistemáticas, 1 revisão rápida)	Não reportado	Diretrizes para política com base no GRADE	Múltiplas <sup>#</sup>	Comunicação de risco
<b>Solhi et al., 2017</b>	16 (4 estudos antes e depois, 12 intervenção-controle)	10.960	Revisão sistemática de estudos quantitativos	Múltiplas <sup>#</sup>	Educação em saúde
<b>Nordheim et al., 2016</b>	8 (1 ensaio randomizado, 7 ensaios não randomizados)	1.148*	Revisão sistemática de estudos quantitativos	Múltiplas <sup>#</sup>	Educação em saúde
<b>Fitzpatrick-Lewis et al., 2010</b>	24 (21 estudos quantitativos, 3 estudos qualitativos)	3.546	Revisão sistemática de estudos mistos	Múltiplas <sup>#</sup>	Comunicação de risco

\*um dos estudos não reportou o número de participantes.

<sup>#</sup> medidas preventivas definidas nesta síntese e outras;

<sup>&</sup> a classificação das estratégias foi feita de acordo com a Taxonomia do Health Systems Evidence

## Quadro 2F – Revisões sistemáticas, revisões rápidas e diretrizes para política sobre a opção 1 – Comunicação de risco ao público

Autor, ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Característica do estudo	Principais achados <sup>#</sup>	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
<b>Winograd et al., 2021</b>	Comunicação de risco ao público na comunidade	Examinar se a comunicação de risco pode mudar a cognição e o comportamento das pessoas e mitigar a disseminação de doenças provocadas por vírus.	População em geral acima de 18 anos que recebeu alguma forma de comunicação de risco voltada para doenças virais transmitidas entre humanos.	Comunicação de risco pode produzir mudanças cognitivas e comportamentais em torno das doenças virais. Não houve consistência sobre qual foi a melhor abordagem, entretanto a comunicação de risco direcionada para um determinado público alvo obteve melhores desfechos do que aquelas não direcionadas.	8/31	Não reportado	5/31	Não reportado
<b>NCCMT, 2020</b>	Comunicação de risco ao público na comunidade	Identificar as melhores práticas para comunicação de risco e estratégias para mitigação de comportamentos de risco.	População em geral em cenário comunitário.	i. A comunicação de risco deve ser clara, de ação repetida e entregue por uma pessoa confiável, como por exemplo, um líder comunitário ou profissional da saúde de confiança; ii. A confiança na mensagem de risco e na pessoa que a transmite é construída apresentando as incertezas, erros e mudanças de informações; iii. O engajamento de partes interessadas contribui para adaptar as mensagens adequadamente de acordo com o contexto e público; iv. Mensagens positivas que enfatizem o coletivo versus o individual mostraram-se mais efetivas.	8/17	Não foram reportados os países de todos os estudos incluídos	8/17 (sendo que dois estão em andamento)	09/2020

Continua

Quadro 2F (continuação) – Revisões sistemáticas, revisões rápidas e diretrizes para política sobre a opção 1 – Comunicação de risco ao público

Autor, ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Característica do estudo	Principais achados <sup>#</sup>	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
<b>Mills et al., 2020</b>	Comunicação de risco ao público na comunidade	Investigar a efetividade de diferentes tipos de máscaras, das mensagens públicas e a adesão comportamental pela população em geral.	População em geral que vivenciou epidemias provocadas pela SARS-CoV-1, SARS-CoV-2, MERS ou H1N1, na comunidade.	Mensagens de risco efetivas e consistentes são essenciais para garantir a adesão ao uso de máscara pela população em geral. Para isso, recomenda-se que as mensagens sejam claras, simples, transparentes, transmitidas precocemente pelas autoridades, e que foquem especialmente: na transmissão do vírus e no risco à saúde.  Recomendações conflitantes, sem uma clara e confiável fonte de informação geram confusão e falta de adesão por parte da população, que se torna cética e passa a considera-las alarmistas.	Não foram reportados claramente	0/89	Não foram reportados claramente	2020
<b>Ryan et al., 2020</b>	Comunicação de risco na comunidade	Identificar abordagens relevantes, viáveis e efetivas para promover aceitabilidade, compreensão e adesão às medidas de distanciamento físico para prevenção e controle da COVID-19.	População em geral que vivenciou condutas de distanciamento físico na comunidade para prevenir/controlar a pandemia da COVID-19 ou outras doenças infecciosas similares.	A implementação e o planejamento da comunicação de risco impactam diretamente no comportamento dos indivíduos e da comunidade. Alguns recursos podem aumentar a adesão das medidas comunitárias em geral, inclusive o distanciamento físico, tais como: i. Fornecimento de informações claras, precisas, oportunas e atualizadas sobre os aspectos do distanciamento físico (benefícios e riscos) durante todo o período de pandemia; ii. Uso de linguagem fácil, compreensível e consistente nas mensagens de risco, com ampla disseminação em diferentes fontes; iii. Adaptação das mensagens de risco e envolvimento da comunidade na elaboração e transmissão das informações para o distanciamento físico.	27/31	8/31	27/31	05/2020

Continua

**Quadro 2F (conclusão) – Revisões sistemáticas, revisões rápidas e diretrizes para política sobre a opção 1 – Comunicação de risco ao público**

Autor, ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Característica do estudo	Principais achados <sup>#</sup>	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
<b>OMS, 2018</b>	Comunicação de risco na comunidade	Fornecer orientações, baseadas em evidências científicas disponíveis, sobre a forma de se praticar a comunicação de risco de maneira efetiva em situações de emergência.	População em geral afetada por emergências.	Três firmes recomendações interligadas foram apontadas para se obter a efetividade da comunicação de risco: i. construção da confiança (a comunicação de risco deve ser clara, facilmente acessível e compreensível, amplamente divulgada em diferentes plataformas e canais; ii. Comunicação das incertezas (reconhecer incertezas e indicar claramente o que se conhece e desconhece em determinado momento); e iii. participação da comunidade (identificar e incluir pessoas de confiança da comunidade no processo de comunicação, desde o planejamento até a transmissão).	Não reportado	Não reportado	Não reportado	Final de 2017
<b>Fitzpatrick-Lewis et al., 2010</b>	Comunicação de risco	Identificar estratégias de comunicação de risco efetivas e fatores que impactem em seu efeito.	População em geral vivendo na comunidade.	Abordagem multi-mídia é mais efetiva do que uma abordagem única. Material impresso que oferece combinação de texto e diagrama é mais efetivo do que um único tipo.  Os fatores que influenciam a resposta às comunicações de risco são: percepção de risco pessoal, experiência anterior com risco, fonte de informação e a confiança nessas fontes.	2/24	0/24	4/24	11/2009

<sup>#</sup> Nenhum dos estudos incluídos avaliou hospitalização ou mortalidade como desfecho. A maioria dos estudos incluídos avaliou a adesão utilizando estimativas não agregadas ou valores de p sem a medida sumária ou apenas por relatos qualitativos da proporção obtida.

\* Para classificação sobre nível de renda utiliza-se indicadores do Banco Mundial, disponível em: <https://data.worldbank.org>

## Quadro 3F – Revisões sistemáticas e revisões rápidas sobre a opção 2 – Educação em saúde para a população em geral

Autor, ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Característica do estudo	Principais achados#	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
<b>Li et al., 2020</b>	Educação em saúde para a população em geral.	Investigar como os profissionais da saúde devem aconselhar as famílias/pais a obter educação em saúde sobre a COVID-19.	Participantes do público em geral que enfrentaram a pandemia da COVID-19, SARS ou MERS.	A revisão não sintetizou os achados, limitou-se a descrever os achados dos estudos individuais incluídos.  Foram ressaltados ao longo da revisão: i. Educação em saúde melhorou o conhecimento, a atitude e a prática frente a COVID-19, aumentou a conscientização pública e contribuiu para mitigar emoções negativas; e, ii. Informações confiáveis relacionadas à saúde foram necessárias para aumentar a conscientização e estas eram mais acuradas se fossem de websites acadêmicos, governamentais ou sem fins lucrativos.	24/24	0/24	24/24	03/2020

Continua

**Quadro 3F (continuação) – Revisões sistemáticas e revisões rápidas sobre a opção 2 – Educação em saúde para a população em geral**

Autor, ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Característica do estudo	Principais achados <sup>#</sup>	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
<b>Cusack et al., 2018</b>	Educação em saúde para a população em geral na comunidade, em universidades, escolas ou via web.	Identificar e avaliar intervenções educacionais destinadas a melhorar a compreensão das pessoas sobre conceitos-chave relacionados as questões de saúde e suas habilidades em avaliá-las criticamente.	Alunos de ambos os sexos, de qualquer idade.	O efeito da educação em saúde nos desfechos relacionados ao conhecimento e desenvolvimento de habilidades foi melhor no grupo intervenção do que grupo controle, sendo medidos em curto prazo (2-6 semanas).  Desfechos relacionados a confiança, percepção de conhecimento, atitudes, comportamento e satisfação não foram estatisticamente significantes.	Não reportado claramente	4/24	24/24  (de acordo com os desfechos de conhecimento, compreensão e habilidades em avaliar questões de saúde)	01/2018
<b>Solhi et al., 2017</b>	Educação em saúde ao público	Analisar as intervenções educacionais usadas na área das doenças infecciosas emergentes e o efeito dessas intervenções na prevenção e redução da incidência dessas doenças.	Indivíduos submetidos a intervenções de educação em saúde, que enfatizava a prevenção ou a redução da incidência de doenças infecciosas emergenciais (como por exemplo, Influenza, AIDS, hepatite B).	A revisão não sintetizou os achados, limitou-se a descrever os achados dos estudos individuais incluídos. Desta forma, destacou-se o treinamento em ambiente comunitário para grupos análogos, métodos baseados na web (e-learning ou educação baseada na web) e educação em saúde combinada com abordagens para melhorar a saúde, como sendo as principais intervenções que apresentaram efeitos positivos na conscientização.	6/16	3/16	2/16	07/2017

Continua

Quadro 3F (continuação) – Revisões sistemáticas e revisões rápidas sobre a opção 2 – Educação em saúde para a população em geral

Autor, ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Característica do estudo	Principais achados <sup>#</sup>	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
<b>Nordheim et al., 2016</b>	Educação em saúde à adolescentes em escolas	Avaliar os efeitos da educação em saúde, realizadas em escolas, designadas a melhorar as habilidades dos adolescentes em avaliar criticamente questões de saúde.	Crianças e adolescentes de 11 a 18 anos que frequentavam instituições educacionais (escolas).	Educação em saúde realizada em escolas apresentou benefícios a curto prazo nos efeitos relacionados ao conhecimento e habilidades para avaliação crítica de questões relacionadas a saúde em adolescentes.	Não reportado claramente	0/8	8/8 (de acordo com os desfechos de conhecimento, compreensão e habilidades em avaliar questões de saúde)	04/2016

<sup>#</sup> Nenhum dos estudos incluídos avaliou hospitalização ou mortalidade como desfecho. A maioria dos estudos incluídos avaliou a adesão utilizando estimativas não agregadas ou valores de p sem a medida sumária ou apenas por relatos qualitativos da proporção obtida.

\* Para classificação sobre nível de renda utiliza-se indicadores do Banco Mundial, disponível em: <https://data.worldbank.org>

## Quadro 4F – Revisões rápidas sobre a opção 3 – Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais

Autor, ano	Categorias da opção	Objetivo do estudo	Característica do estudo	Principais achados <sup>#</sup>	Proporção de estudos que incluíram a população-alvo	Proporção de estudos realizados em países de baixa e média renda* e identificação	Proporção de estudo com foco no problema	Último ano da busca
<b>Ryan et al., 2020</b>	Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais durante a pandemia	Identificar abordagens relevantes, viáveis e efetivas para promover aceitabilidade, compreensão e adesão às medidas de distanciamento físico para prevenção e controle da COVID-19.	População em geral que vivenciou condutas de distanciamento físico na comunidade para prevenir/controlar a pandemia da COVID-19 ou outras doenças infecciosas similares.	A garantia de suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais, como alimentação, medicamentos e serviços médicos, proporciona condições para a população aderir ao distanciamento físico e por sua vez, aumenta a adesão. O suporte e o acesso a suprimentos e serviços essenciais devem ser adaptados, a fim de atingir todos os grupos populacionais.	27/31	8/31	27/31	05/2020
<b>Webster et al., 2020</b>	Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais na comunidade durante a pandemia	Identificar os fatores associados com a adesão à quarentena durante surtos de doenças infecciosas.	Indivíduos que entraram em quarentena fora do ambiente hospitalar por pelo menos 24 horas	A adesão a quarentena variou de 0 a 92,8% e os principais fatores associados ao aumento da adesão à quarentena foram: i. conhecimento sobre a doença e o protocolo de quarentena; ii. percepção de benefícios; iii. percepção de riscos; iv. manutenção de aspectos práticos (trabalho, renda familiar, suprimentos essenciais e atendimento médico); v. fatores socioculturais (normas sociais, pressão social em aderir, valores culturais e lei); vi. características individuais;	5/14	Não foram reportados os países de todos os estudos incluídos	5/14	01/20

<sup>#</sup>Nenhum dos estudos incluídos avaliou hospitalização ou mortalidade como desfecho. A maioria dos estudos incluídos avaliou a adesão utilizando estimativas não agregadas ou valores de p sem a medida sumária ou apenas por relatos qualitativos da proporção obtida.

\* Para classificação sobre nível de renda utiliza-se indicadores do Banco Mundial, disponível em: <https://data.worldbank.org>

# APÊNDICE G - AVALIAÇÃO DOS ESTUDOS INCLUÍDOS

## Quadro 1G – Avaliação da certeza da evidência dos estudos incluídos

Revisões sistemáticas e revisões rápidas selecionadas	Avaliação da qualidade dos estudos incluídos (certeza da evidência) <sup>£</sup>
<b>Opção 1 – Comunicação de risco ao público</b>	
Winograd <i>et al.</i> , 2021*	Baixa a muito baixa
NCCMT, 2020*	Moderada
Mills <i>et al.</i> , 2020*	Incerta a alta
Ryan <i>et al.</i> , 2020*	Moderada a alta
OMS, 2018 <sup>£</sup>	Moderada
Fizpatrick-Lewis <i>et al.</i> , 2010 <sup>#</sup>	Baixa
<b>Opção 2 – Educação em saúde para a população em geral</b>	
Li <i>et al.</i> , 2020*	Moderada a muito baixa
Cusak <i>et al.</i> , 2018 <sup>#</sup>	Baixa a muito baixa
Solhi <i>et al.</i> , 2017 <sup>#</sup>	Não reportado
Nordheim <i>et al.</i> , 2016 <sup>#</sup>	Muito baixa
<b>Opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais</b>	
Ryan <i>et al.</i> , 2020*	Moderada a baixa
Webster <i>et al.</i> , 2020*	Não reportado

NCCMT: National Collaborating Centre for Methods and Tools

<sup>£</sup> reportada pelo autor do estudo;

<sup>#</sup> revisão sistemática; \* revisão rápida;

Figura 1G – Qualidade metodológica das revisões sistemáticas de acordo com o AMSTAR 2<sup>#</sup>

	Q1- Pico	Q2- Protocolo do estudo*	Q3- Critérios de seleção	Q4- Estratégia de busca abrangente*	Q5- Seleção em duplicata	Q6- Extração em duplicata	Q7- Lista de estudos excluídos com justificativa*	Q8- Descrição adequada dos estudos incluídos	Q9- Técnica adequada para avaliar risco de viés dos estudos*	Q10- Fonte de financiamento dos estudos incluídos	Q11- Métodos apropriados para metanálise*	Q12- Risco de viés de cada estudo na metanálise	Q13- Risco de viés dos estudos ao interpretar os resultados*	Q14- Heterogeneidade dos estudos incluídos	Q15- Viés de publicação*	Q16- Conflito de interesse	Confiança
<b>Cusack et al., 2018</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	M
<b>Solhi et al., 2017</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	●	●	CB
<b>Nordheim et al., 2016</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	M
<b>Fizpatrick-Lewis et al., 2010</b>	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	○	○	●	●	○	●	B

\*domínio crítico; M: moderada; CB: criticamente baixa; B: baixa

**# Itens do AMSTAR 2 (79):**

Q1 - A pergunta de pesquisa e os critérios de inclusão para a revisão incluem os componentes do PICO (população, intervenção, controle e desfechos)?

Q2 (domínio crítico) - Foi fornecido um projeto a priori?

Q3 - Os autores justificam a seleção do desenho dos estudos para inclusão na revisão?

Q4 (domínio crítico) - Foi realizada uma busca abrangente na literatura (em pelo menos dois bancos de dados, com busca na literatura cinzenta, sem limite de data e linguagem, com apresentação das palavras-chaves ou da estratégia de busca)?

Q5 - A seleção de estudos foi realizada em duplicata e de forma independente?

Q6 - A extração dos dados foi realizada em duplicata e de forma independente?

Q7 (domínio crítico) - Foi fornecida uma lista de estudos excluídos e a justificativa para sua exclusão?

Q8 - Foi fornecida uma lista detalhada dos estudos incluídos?

Q9 (domínio crítico) - Foi utilizada uma técnica adequada para avaliar o risco de viés em estudos individuais que foram incluídos na revisão?

Q10 - A fonte de financiamento dos estudos incluídos na revisão foi reportada?

Q11 (domínio crítico) - Se a meta-análise foi realizada, métodos apropriados para a combinação estatística dos resultados foram utilizados?

Q12 - Se a meta-análise foi realizada, potencial impacto do risco de viés dos estudos primários foram avaliados nos resultados da metanálise?

Q13 (domínio crítico) - O risco de viés foi considerado na interpretação/discussão dos resultados da revisão?

Q14 - Os autores providenciaram uma explicação satisfatória e discutiram qualquer tipo de heterogeneidade observada nos resultados da revisão?

Q15 (domínio crítico) - A probabilidade do viés de publicação foi avaliada e discutida nos resultados da revisão?

Q16 - Potenciais conflitos de interesse foram informados pelos autores (incluindo financiamentos que possam ter recebido para conduzir a revisão)?

Figura 2G – Qualidade metodológica das revisões rápidas de acordo com checklist da Cochrane<sup>#</sup>

	Q1- Envolvimento com stakeholders	Q2- Protocolo do estudo	Q3- Pico	Q4- Critério de seleção	Q5- Estratégia de busca*	Q6- Seleção de estudos*	Q7- Extração de dados*	Q8- Ferramenta para avaliar risco de viés dos estudos*	Q9- Avaliação do risco de viés *	Q10- Graduação da certeza da evidência*	Q11- Classificação da certeza da evidência*	Q12- Métodos apropriados para metanálise	Confiança
<b>Winograd et al., 2021</b>	● Não	● Não	● Parcialmente sim	● Sim	● Parcialmente sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Não	● Sim	● Não	○ Não foi realizada metanálise	CB
<b>Li et al., 2020</b>	● Não	● Não	● Parcialmente sim	● Não	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	○ Não	○ Não	○ Não	M
<b>NCCMT, 2020</b>	● Sim	● Não	● Parcialmente sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	○ Não	A
<b>Mills et al., 2020</b>	● Não	● Não	● Parcialmente sim	● Não	● Parcialmente sim	● Sim	● Sim	● Parcialmente sim	● Não	● Sim	● Não	○ Não	CB
<b>Ryan et al., 2020</b>	● Sim	● Não	● Parcialmente sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Sim	○ Não	A
<b>Webster et al., 2020</b>	● Não	● Não	● Parcialmente sim	● Não	● Parcialmente sim	● Sim	● Sim	● Sim	● Não	● Não	○ Não	○ Não	CB

\*domínio crítico; CB: criticamente baixa; M: moderada; A: alta;

**# Adaptação do checklist da Cochrane para revisões rápidas (80):**

Q1- Houve envolvimento de stakeholders no refinamento da pergunta de pesquisa, no critério de elegibilidade e na definição dos desfechos de interesse?

Q2- Foi desenvolvido um protocolo a priori contendo a pergunta PICO e o critério de elegibilidade?

Q3- A pergunta de pesquisa PICO foi claramente definida considerando os desfechos mais importantes para a decisão de saúde?

Q4- Enfatizou desenhos de estudos de alta qualidade ou considerou um passo a passo para a inclusão dos desenhos dos estudos?

Q5 (domínio crítico) – A estratégia de busca foi feita em pelo menos três banco de dados? Se apresentou restrição quanto a data de publicação, houve uma justificativa metodológica ou clínica? Envolveu uma bibliotecária no desenvolvimento da estratégia de busca?

Q6 (domínio crítico) - A seleção dos estudos (títulos, resumos e textos completos) foi feita em duplicata? Ou a seleção foi feita em duplicata em pelo menos 20% dos estudos e houve resolução de conflitos entre ambos? Ou um único revisor fez a seleção dos estudos e um segundo revisor selecionou os estudos excluídos, com resolução de conflitos?

Q7 (domínio crítico) - A extração dos dados foi feita em duplicata? Ou a extração foi feita por um único revisor e um segundo revisor verificou a exatidão e integridade dos dados extraídos?

Q8 (domínio crítico) - Foi selecionada uma ferramenta adequada para avaliação de risco de viés dos estudos incluídos?

Q9 (domínio crítico) - A avaliação do risco de viés foi feita em duplicata? Ou a avaliação do risco de viés foi feita por um único revisor, e um segundo revisor fez a verificação completa dos julgamentos?

Q10 (domínio crítico) - Foi utilizada uma ferramenta adequada para graduação da certeza da evidência?

Q11 (domínio crítico) - A classificação da certeza da evidência foi feita em duplicata? Ou a certeza da evidência foi classificada por um único revisor e um segundo revisor fez a verificação completa dos julgamentos?

Q12- Se foi possível realizar uma metanálise, foi utilizado métodos estatísticos adequados para combinação dos resultados?

## Quadro 2G – Resultado da avaliação da diretriz para política da Organização Mundial da Saúde de acordo com AGREE II

Domínios do AGREE II	Pontuação total dos itens de cada domínio			Pontuação final de cada domínio % (100)
	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3	
Domínio 1 (itens 1-3): Escopo e finalidade	21	21	21	100
Domínio 2 (itens 4-6): Envolvimento das partes interessadas	18	21	19	90,7
Domínio 3 (itens 7-14): Rigor do desenvolvimento	41	55	49	84,1
Domínio 4 (itens 15-17): Clareza e apresentação	21	21	20	98,2
Domínio 5 (itens 18-21): Aplicabilidade	26	28	25	93,1
Domínio 6 (itens 22-23): Independência editorial	12	14	14	59,7

## Quadro 3G – Avaliação da diretriz da Organização Mundial da Saúde conforme o item da classificação global da qualidade da diretriz e do item de recomendação do uso da diretriz

Itens	Avaliador 1	Avaliador 2	Avaliador 3	Média
Classificação da qualidade global da diretriz	6/7	7/7	6/7	6,3
“Eu recomendo o uso da diretriz”	sim	sim	sim	sim

# APÊNDICE H – DIÁLOGO DELIBERATIVO

## 1. AUDIÊNCIA

O processo de identificação dos participantes para o DD seguiu a mesma metodologia da oficina de sensibilização. Sendo assim, dos 20 convidados que aceitaram participar do DD, oito tinham participado da oficina de sensibilização.

O DD realizado em 08/06/2021, das 14:00-16:00 horas, em formato virtual, teve a colaboração de 20 participantes incluindo formuladores de políticas públicas, gestores, profissionais da saúde, pesquisadores e representantes da sociedade civil e de grupos interessados. A maioria eram mulheres (60,0%), pesquisadores (65,0%), com pós-graduação, nível doutorado (50,0%), conforme mostra a Tabela 1H.

Tabela 1H – Características dos participantes

Participantes - Partes interessadas (stakeholders)	N= 20 (100%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	12 (60,0)
Masculino	8 (40,0)
<b>Nível educacional</b>	
Nível superior (graduação)	1 (5,0)
Pós-graduação (especialização)	2 (10,0)
Pós-graduação (mestrado)	3 (15,0)
Pós-graduação (doutorado)	10 (50,0)
Pós-graduação (pós-doutorado)	4 (20,0)

Continua

**Tabela 1H (conclusão) – Características dos participantes**

Participantes - Partes interessadas (stakeholders)	N= 20 (100%)
<b>Categorial funcional</b>	
Formulador de políticas públicas no governo federal	1 (5,0)
Gestor em organização não governamental	1 (5,0)
Profissionais da saúde	1 (5,0)
Pesquisadores	13 (65,0)
Funcionário/membro de organismo da sociedade civil	1 (5,0)
Representante de outras partes/grupos interessados	2 (10,0)
Outros	1 (5,0)

## 2 – METODOLOGIA

A reunião foi gravada, com assinatura de um formulário on-line de autorização de uso de voz e imagem de todos os participantes, para fins acadêmicos. Iniciou-se com uma mensagem rápida de boas-vindas e em seguida uma apresentação do facilitador sobre o que é um DD, as principais diferenças entre um diálogo e um debate, a programação, o funcionamento e as regras do diálogo, de acordo com *Chatan House*. Em seguida, a bolsista fez uma breve apresentação sobre o problema, as três opções de política identificadas e as principais barreiras de implementação. As deliberações eram abertas a cada item explicado. Antes do encerramento, aplicamos um questionário de avaliação do DD, on-line, com dez perguntas.

## 3 – VALIDAÇÃO DA SÍNTESE DE EVIDÊNCIAS

Para a validade do conteúdo da síntese foi utilizado o método Delphi híbrido. Para tanto, a síntese foi enviada aos painelistas para julgamento, por meio de questionário on-line, com perguntas abertas e fechadas, 20 dias antes da realização do DD (primeiro *round*). Para as perguntas fechadas (relacionadas à utilidade no cenário brasileiro), foi usada a escala de *Likert* (concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo parcialmente e discordo totalmente). A cada pergunta, havia um campo aberto para os participantes deixarem seus comentários.

Após o primeiro *round*, os painelistas participaram do DD on-line que permitiu maior aprofundamento e esclarecimento sobre o problema, as opções identificadas na síntese e as barreiras de implementação, que geraram modificações na síntese enviada para julgamento dos painelistas no segundo *round*. As alterações finais sugeridas no segundo *round* foram incorporadas, validando o conteúdo da síntese.

### 3.1 Sugestões e comentários dos painelistas provenientes do primeiro round de avaliação da síntese de evidências

Os participantes do diálogo consideraram que a abordagem do contexto da temática foi descrita de forma totalmente útil (84,6%) ou parcialmente útil (15,4%). Foi sugerido que acrescentasse informações sobre: a falta de liderança nacional, o descrédito da população em relação a eficácia das medidas preventivas, o uso de recursos financeiros para terapias medicamentosas sem efetividade comprovada e a pequena capacidade de testagem em massa.

A caracterização do problema, a magnitude e suas principais causas foram consideradas totalmente úteis (69,2%) ou parcialmente úteis (30,8%). Os comentários sugeriram explorar mais os grupos em situação de vulnerabilidade, o negacionismo da ciência e a influência negativa do Conselho Federal de Medicina e de alguns profissionais da saúde.

A opção 1, “comunicação de risco ao público”, foi considerada totalmente útil (84,6%) ou parcialmente útil (15,4%) para o contexto brasileiro. Alguns a consideraram como sendo a opção mais completa e importante para o enfrentamento da COVID-19. Destacou-se que a participação dos agentes comunitários e dos conselheiros municipais seria útil em níveis locais.

A opção 2, “educação em saúde para a população em geral”, teve opiniões mais divergentes: 61,5% a consideraram totalmente útil ao contexto brasileiro, 30,8% consideraram parcialmente útil e 7,7% indiferente. Os participantes sentiram falta de maior detalhamento da opção, de deixar claro a diferença entre a comunicação de risco e a educação em saúde e de mais estudos. Alguns a defenderam, sendo essencial investir em educação em saúde e que ela deveria fazer parte das atividades cotidianas da Atenção Primária.

A opção 3, “Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais”, foi considerada totalmente útil por 84,6% dos participantes e parcialmente útil por 15,4% deles. Nos comentários, sua importância foi ressaltada, porém houve também críticas na forma como o repasse financeiro vem sendo feito inadequadamente no Brasil.

As considerações-chave para a possível implementação da opção 1, “comunicação de risco ao público”, foram consideradas totalmente úteis (61,5%) ou parcialmente úteis (38,5%). Foi sugerido que explorasse mais as barreiras relacionadas aos usuários/cidadãos.

Para a opção 2, “educação em saúde para a população em geral”, as considerações sobre a implementação foram avaliadas como totalmente úteis (46,2%), parcialmente úteis (46,2%) e parcialmente inúteis (7,7%). Enquanto alguns sentiram falta de mais estudos nessa parte e de incluir o papel da comunidade, outros, compreenderam as limitações existentes.

As considerações sobre a implementação da opção 3, “suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais”, foram consideradas totalmente úteis por 69,2% dos participantes, parcialmente úteis por 23,1% e indiferente por 7,7% destes. Nesta parte, alguns não entenderam por que não foi abordado o rastreamento de contatos e a testagem em massa, porém estas medidas não faziam parte dos objetivos desse estudo.

A abordagem da equidade foi considerada totalmente útil (61,5%) e parcialmente útil (38,5%). Recomendou-se incluir alguns grupos específicos, como a população privada de liberdade, institucionalizados em hospitais psiquiátricos, quilombolas e índios.

Na opinião dos participantes, o método sistemático e transparente empregado na síntese foi avaliado como totalmente útil (76,9%), parcialmente útil (15,4%) e indiferente (7,7%). Foi sugerido acrescentar as estratégias de busca utilizada nos bancos de dados, e detalhar mais a seleção e a avaliação dos estudos.

## 3.2 Esclarecimentos, discussões e sugestões apresentadas durante o DD

### 3.2.1 Deliberações sobre o problema da síntese de evidências

Os participantes trouxeram contribuições relevantes sobre o problema e diferentes compreensões acerca da questão da não adesão às medidas preventivas, possibilitando uma rica discussão a partir de olhares distintos. As contribuições foram complementares e ampliaram a análise do problema real. De maneira geral, a caracterização do problema foi considerada apropriada e atualizada. A seguir, mostraremos os principais aspectos destacados pelos participantes, os quais eles sentiram falta ou então que mereciam maior ênfase na síntese:

- **Falta de liderança, fragilidade do sistema democrático e falta de comunicação** – não há materiais educacionais, comunicação efetiva ou campanhas nacionais informando a população sobre o uso de máscaras e a higienização das mãos, de forma adequada. Tais orientações são transmitidas pela mídia, mas acaba sendo apresentada como notícias, ou opinião/recomendações de jornalistas. O Brasil não apresentou campanhas nacionais na mídia em massa, a população não sabe como agir adequadamente;
- **Transmissão de informações erradas, e não conflitantes** – informações erradas transmitidas por líderes políticos e institucionais que tem credibilidade e influência sobre uma parcela da população;

- **Influência do Conselho Federal de Medicina e dos médicos** – a opinião dos médicos e de associações médicas tem um peso muito grande sobre a população. Se por um lado há médicos com fortes influências partidárias, por outro lado há médicos sem opinião formada, que acabam cedendo a cultura da medicalização, fazendo o que os pacientes querem, ou seja, sair do consultório com uma prescrição medicamentosa. Além disso, protocolos clínicos estão sendo elaborados por pessoas sem formação adequada, sem ser pesquisadores, e passam a considerá-los excelentes;
- **Negação da ciência e da gravidade da pandemia** – os danos causados pelo grande volume de *fake news* são difíceis de serem contornados;
- **Adoção das medidas preventivas em diferentes contextos** – há grandes disparidades entre os jovens que não aderem ao distanciamento social e continuam indo em festas, bares, e aqueles indivíduos pobres, que moram na rua e não tem como fazer distanciamento social, tampouco dinheiro para comprar máscaras. Ou ainda, a população mais pobre que depende de transporte público para trabalhar;
- **Saúde sem autonomia** – a saúde não teve poder de ação, não teve ampla autonomia, como ocorre em outros setores (por exemplo, o Banco Central e a economia);
- **Conflitos entre as entidades partidárias, comerciais, religiosas e as recomendações das autoridades de saúde** – corporativismo danoso para o contexto da pandemia;
- **Falta de solidariedade interclasses:** a pandemia revelou a falta de solidariedade interclasses. Se por um lado o “*playboy*” se preocupa em transmitir o vírus para sua avó que ajuda pagar sua mesada, por outro lado, ele pouco se importa se transmitir para a empregada doméstica. Solidariedade existe apenas intraclasses, interclasses não existe;
- **Questões culturais** – fator muito forte. Por exemplo, dificuldade da Bahia em aderir ao distanciamento social no carnaval. O desafio dos índios em aderir as medidas preventivas de maneira geral;
- **Idade** – jovens geralmente são mais negligenciáveis, acreditam que o vírus só atinge só os idosos;
- **Falta de regras** – a falta de obrigatoriedade, de leis e de punição frente a não adoção das medidas preventivas;
- **Efetividades das medidas preventivas** – embora tenha sido abordada exaustivamente os fatores relacionados a adesão às medidas preventivas, pouco destaque foi dado as evidências sobre a efetividade comprovada dessas medidas;
- **Variabilidade na adoção de diferentes medidas preventivas** – a adesão às medidas preventivas variou consideravelmente, porém vale ressaltar aquelas que tiveram maior e menor adesão.

### 3.2.2. Deliberação sobre as opções para políticas elencadas na síntese de evidências

#### *Opção 1 – Comunicação de risco ao público*

A opção 1 foi amplamente apoiada pelos participantes e os aspectos destacados foram:

- Maior ênfase deveria ser dada a importância de customizar as mensagens de risco, de acordo com o público alvo, a cultura, e incluir líderes que esse determinado grupo respeita e confia;
- Incluir na opção 1 o papel que os agentes comunitários e conselheiros de saúde poderiam desempenhar nesta opção, devido seu vínculo e credibilidade com a população. Embora esses agentes estejam enfraquecidos, desmotivados, sendo sub-utilizados, enfrentando muita resistência em fazer orientações sobre a COVID-19, fato que não ocorre, por exemplo, com orientações sobre a dengue, esses agentes representam pessoas-chave para a personalização das mensagens, já que conhecem a cultura daquele território. Também têm maior influência na transmissão das mensagens, pois trata-se de pessoas de confiança da população.

#### *Opção 2 – Educação em saúde para a população em geral*

A opção 2 foi considerada a opção mais desafiadora no momento atual de pandemia. Enquanto a maioria dos participantes a considerou de extrema importância, outra pequena parcela teve dúvidas quando sua utilidade e aplicabilidade durante um cenário emergente de pandemia. Os aspectos destacados foram:

- A educação em saúde é um dos principais instrumentos de trabalho da atenção primária e os agentes comunitários tem o importante papel de educador;
- Apesar da cultura da população em geral, ainda estar muito centrada no modelo hospitalocêntrico, a atenção primária vem buscando sensibilizar a população e incentivar a educação em saúde;
- O perfil e a formação dos profissionais que desempenham este trabalho é o ponto crítico. Muitas vezes, há dificuldades de ofertar uma ação educativa, por não priorizar o público, não considerar a linguagem adequada para o público-alvo e não saber claramente o objetivo ou a intencionalidade do processo educativo;
- Os profissionais não tem qualificação adequada, não estão preparados. Como fazer educação em saúde se os próprios profissionais não estão preparados? Não é só a população que precisa estar educada, os profissionais também precisam estar capacitados e atualizados. Ainda há aqueles que defendem o uso de kit COVID, sem comprovação científica, fato que corrobora a ausência do uso de evidências em sua prática;

- Importante mostrar a diferença entre educação em saúde e comunicação de risco;
- Para garantir que o processo educativo seja mais rápido e adequado, é necessário caracterizar o processo educacional a ser aplicado e considerar quais elementos teriam mais importância em se tratando de um contexto emergente de pandemia.

### *Opção 3 - Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais*

A opção 3 foi considerada muito importante para tornar possível a adoção das medidas preventivas durante a pandemia, porém foi a opção que mais gerou dúvidas nos participantes quanto aos achados da literatura. Os aspectos destacados foram:

- Foi questionado sobre a não inclusão do escalonamento do uso de transporte público, do fechamento de escolas, à distribuição de máscaras, de sabão e de hotéis para quarentena.
- Foi explicado pelas autoras que os estudos não mediram a efetividade dessas medidas e por este motivo não foi incluído. No entanto, como foi considerado de extrema importância, esses aspectos foram acrescentados na síntese com ressalvas sobre suas incertezas.

### *3.2.3. Deliberações sobre as barreiras de implementação em comum às três opções*

Os aspectos destacados foram:

- O tamanho do Brasil é um grande desafio, com grandes variações, e talvez represente a maior barreira;
- Atualmente é difícil haver credibilidade ampla de qualquer ator da sociedade para transmitir as mensagens de risco;
- O potencial e o volume das *fake news* é outra barreira importante no Brasil;
- Ferramentas de educação à distância (via internet) também podem dificultar o processo contínuo da educação em saúde;
- Barreiras culturais, individualismo e baixa solidariedade interclasses;
- Sugere-se incluir a fonte dos dados nas mensagens de risco, a fim de aumentar a credibilidade;
- Falta de fiscalização quanto a adoção das medidas preventivas, até no acesso ao suporte financeiro. Aqueles que não tinham acesso à internet, não conseguiram, e muitas pessoas que não teriam teoricamente o direito ao benefício, tiveram acesso ao auxílio emergencial;

- Falta de transparência na prestação de contas dos setores públicos, tanto a nível federal, como a níveis subnacionais;
- A duração da pandemia também é outro desafio, as medidas de suporte não se sustentam a longo prazo;
- Grupos organizados que trabalham contra as medidas, como associações comerciais e grupos religiosos, com intenções lucrativas e polarizações políticas;
- Desafio na adaptação da evidência global no contexto brasileiro, na realidade local;
- Considerar população institucionalizada em hospitais psiquiátricos e a população carcerária.

### 3.3 Avaliação do DD pelos painelistas

Ao final do DD, aplicamos um questionário com 9 perguntas fechadas, seguindo a escala de *Likert* (concordo totalmente, concordo parcialmente, indiferente, discordo parcialmente, discordo totalmente).

Dos 20 participantes do DD, 16 deles responderam ao questionário. Os resultados da avaliação foram satisfatórios, conforme mostra a Tabela 2H. Todos os participantes consideraram a presença do facilitador para assistir as deliberações e o uso das regras *Chatan House* totalmente úteis. A abordagem de não buscar consenso foi totalmente útil para 93,7% deles. Aproximadamente 57% concordou totalmente que o DD conseguiu uma representação justa entre os formuladores de políticas, as partes interessadas e pesquisadores, de forma útil.

Cerca de 93,7% dos participantes concordaram totalmente que o DD deu oportunidade de analisar um problema de alta prioridade sobre diferentes aspectos, de discutir três opções para política e de analisar barreiras de implementação de forma útil. Para 68,8% destes, o DD atingiu o objetivo de fomentar uma discussão exaustiva sobre o problema e as possíveis estratégias para o enfrentamento do problema, e de reunir várias partes que possivelmente serão afetadas ou comprometidas pelas decisões que se tomem no futuro relativo ao problema.

Tabela 2H – Avaliação do DD

Questões relacionadas as características do DD	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indiferente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente
No DD, participou, também da reunião, um facilitador para prestar ajuda com as deliberações, de forma útil	16 (100%)				
O DD permitiu deliberações abertas e extraoficiais, seguindo a regra de <i>Chatham House</i> , de forma útil	16 (100%)				
O DD apontou uma representação justa entre os formuladores de políticas, as partes interessadas e pesquisadores, de forma útil.	9 (56,3%)	5 (31,3%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	
O DD deu uma oportunidade de analisar um problema de alta prioridade sobre diferentes aspectos do problema de forma útil.	15 (93,7%)	1 (6,3%)			
O DD deu uma oportunidade de discutir três opções com o objetivo de abordar o problema, de forma útil.	15 (93,7%)	1 (6,3%)			
O DD deu a oportunidade de analisar considerações de implementação, de forma útil.	15 (93,7%)	1 (6,3%)			
O DD reuniu várias partes que possivelmente serão afetadas ou comprometidas pelas decisões que se tomem no futuro relativo ao problema, de forma útil.	11 (68,8%)	5 (31,2%)			
A abordagem do DD de não buscar consenso foi considerada útil.	15 (93,7%)	1 (6,3%)			
O DD atingiu o objetivo de fomentar uma discussão exaustiva acerca de um problema de alta prioridade e de possíveis estratégias para o enfrentamento do problema, de forma útil.	11 (68,8%)	5 (31,2%)			

DD: diálogo deliberativo

### 3.4 Sugestões e comentários dos painelistas provenientes do segundo e último round de avaliação da síntese

Os painelistas julgaram útil ao contexto brasileiro todos os itens avaliados, alcançando dessa forma um consenso superior a 80%. Nenhum dos itens foi considerado inútil. Somente três itens foram considerados indiferentes por um único painalista (8,3%) e, portanto, não foi necessário submeter a uma outra rodada on-line. A avaliação da síntese no segundo round obteve maiores escores de concordância e utilidade no cenário brasileiro do que no primeiro *round*.

Todos os participantes do DD consideraram que a abordagem do “contexto da temática” da versão revisada da síntese foi descrita de forma totalmente útil, sem comentários adicionais. A “caracterização do problema, a magnitude e suas principais causas” também foram consideradas totalmente úteis pelos participantes, porém houve algumas considerações importantes. Foi sugerido que enfatizasse a falta de efetividade dos medicamentos utilizados na profilaxia e tratamento da COVID-19, presente em alguns protocolos de determinadas cidades brasileiras. Informações relacionadas ao aparecimento de novas variantes também foram consideradas importantes de se acrescentar no texto. O termo “politização da pandemia” foi considerado incômodo e inadequado por um dos participantes, o qual atribuiu *“o fracasso brasileiro à irresponsabilidade dos governantes, principalmente do presidente, com propósito de imunização de rebanho e mais ainda, genocídio da nossa população”*.

A opção 1, “comunicação de risco ao público”, foi considerada totalmente útil (83,3%), parcialmente útil (8,3%) e indiferente (8,3%) para o contexto brasileiro. Apenas um dos participantes relatou dificuldades na compreensão dos benefícios da opção 1, já que a qualidade metodológica dos estudos variou de alta a criticamente baixa, e na opinião dele, os desfechos investigados nos estudos secundários não estavam claramente descritos. Como a maioria dos estudos incluídos não eram de contextos semelhantes do Brasil, um dos painelistas alertou sobre a limitação na aplicabilidade dos achados no contexto brasileiro.

A opção 2, “educação em saúde para a população em geral”, foi considerada totalmente útil (83,3%), parcialmente útil (8,3%) e indiferente (8,3%) para o contexto brasileiro. Um dos participantes achou que não estava claro qual ação teria maior impacto na educação em saúde e que os métodos mais modernos (*e-learning*) teriam dificuldades de impactar em uma considerável parcela da população brasileira. No entanto, isso foi claramente discutido na seção de considerações sobre equidade. O alerta sobre a limitação na aplicabilidade dos achados no contexto brasileiro se repete e é sugerido incluir estudos de países com sistema de saúde universal, porém estes não foram identificados na busca.

A opção 3, “Suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais”, foi considerada totalmente útil por 91,7% dos participantes e indiferente por 8,3% deles. Mais uma vez, um dos participantes teve dificuldades na compreensão dos desfechos avaliados nas revisões incluídas nessa síntese, e o alerta novamente é feito sobre a limitação na aplicabilidade dos achados no contexto brasileiro. Porém, não foram identificados na busca estudos de países com sistema de saúde universal como o Brasil. A maioria das revisões incluídas apresentaram os resultados dos desfechos por meio de síntese narrativa. Outro participante considerou a opção 3 como sendo a mais importante por influenciar a adesão às demais opções.

As considerações-chave para a possível implementação da opção 1, “comunicação de risco ao público”, foram consideradas úteis (91,7%) ou parcialmente úteis (8,3%). Foi questionado sobre quais evidências sustentavam as barreiras/facilitadores de implementação. No entanto, os achados dessa seção foram provenientes de estudos primários e secundários, preferencialmente qualitativos.

Para a opção 2, “educação em saúde para a população em geral”, as considerações sobre a implementação foram avaliadas como totalmente úteis (75,0%) e parcialmente úteis (25%). O mesmo comentário se repetiu, questionando sobre quais evidências sustentavam as barreiras/facilitadores de implementação. No entanto, os achados dessa seção foram provenientes de estudos primários e secundários, preferencialmente qualitativos. Foi também sugerido que citasse alguns tipos de formas de educação em saúde na forma ativa e dialógica.

As considerações sobre a implementação da opção 3, “suporte financeiro e acesso a suprimentos e serviços essenciais”, foi considerada totalmente útil por 75,0% dos participantes e parcialmente útil por 25,0% destes. O mesmo comentário se repetiu, questionando sobre quais evidências que sustentavam as barreiras/facilitadores de implementação. No entanto, os achados dessa seção foram provenientes de estudos primários e secundários, preferencialmente qualitativos. A checagem da temperatura foi questionada e retirada, pois parte dos infectados não tem temperatura elevada, e a mensuração geralmente ocorre no punho, de modo que não é o mais adequado. Um dos participantes afirmou que as medidas que abrangem a opção 3 transcendem o setor saúde e são de difícil implementação.

A abordagem da equidade foi considerada útil (83,3%) e parcialmente útil (16,7%). As estratégias de enfrentamento foram apoiadas, porém um dos painelistas as considerou de difícil implementação devido à crise política, econômica e social e por estarmos vivendo em um cenário de síndrome, e não apenas de pandemia.

Na opinião dos participantes, o “método sistemático e transparente empregado na síntese” foi avaliado como totalmente útil (91,7%) e parcialmente útil (8,3%). Somente um participante questionou a forma de apresentação dos resultados, afirmando que teve dúvidas quanto a elegibilidade dos estudos e os desfechos.

Na última questão pedimos para que os painelistas emitissem sua opinião sobre a estratégia utilizada neste projeto para o engajamento das partes interessadas e o compartilhamento de conhecimento (abrangendo a oficina de sensibilização, a avaliação da síntese nos dois rounds e o DD). As opiniões obtidas foram positivas e satisfatórias: i. os convidados relataram que se sentiram à vontade para colaborar e opinar; ii. a estratégia foi considerada primorosa, bem organizada e articulada; iii. conseguiu envolver importantes partes interessadas; iv. material gerado foi definido como sendo muito relevante para o processo de tomada de decisão e para as agências governamentais. Somente o tempo do DD foi considerado insuficiente para as discussões, sendo sugerido organizar um DD com duração de três horas.

Síntese de  
Evidências para  
Políticas de Saúde:

# MELHORANDO A ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO À COVID-19 NA COMUNIDADE



Programa de Pós-Graduação em Ciências  
Farmacéuticas da Universidade de Sorocaba

