



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

PEDRO HOLANDA SOUZA NETO

**AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO DE SUPORTE AO
ISOLAMENTO DOMICILIAR DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE
COVID-19 IDENTIFICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA**

FORTALEZA – CEARÁ

2023

PEDRO HOLANDA SOUZA NETO

AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO DE SUPORTE AO
ISOLAMENTO DOMICILIAR DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE
COVID-19 IDENTIFICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA

Dissertação apresenta do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Profa. Dra. Patrícia Freire de Vasconcelos

Coorientadora: Profa. Dra. Andressa Suelly Saturnino de Oliveira

FORTALEZA - CEARÁ

2023

À minha família: Idalcy Saraiva (mãe),
Teógenes Bezerra (pai), Socorro Távora
(esposa), Felipe Lopes, Priscylla Lopes,
Thiago Lopes e Teógenes Junior (irmãos)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me manter de pé todo esse tempo, dando forças para continuar.

À Prof.^a Dr.^a Patrícia Vasconcelos, por toda paciência nesse tempo e por sua orientação. Que Deus a continue abençoado.

À Prof.^a Dr.^a Andressa Saturnino, minha coorientadora, por todo tempo despendido nas reuniões de orientação e por sempre estar disponível nos meus momentos de dúvidas.

À minha esposa, Socorro Távora, companheira de academia e de vida. Obrigado por sempre estar ao meu lado.

Aos meus familiares, pai, mãe e irmãos. Obrigado por sempre estarem torcendo por mim. Minhas conquistas também são suas.

Aos meus colegas da 4^a Turma do Mestrado em Saúde da Família, Nucleadora UECE, por todos os momentos compartilhados, sejam eles *on-line* ou presencialmente.

À Tyfani Fraga, Maria José e Ingrit Saraiva, colegas de trabalhos e futuras enfermeiras. Obrigado por toda ajuda nos momentos das coletas na pesquisa. Podem contar comigo, sempre.

“O insucesso é apenas uma oportunidade
para recomeçar com mais inteligência”.
(Henry Ford)

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi avaliar a efetividade de duas intervenções de suporte aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 em isolamento domiciliar: ligação telefônica e envio de mensagens de texto para o telefone do paciente, com informações sobre cuidados domiciliares. A hipótese testada foi que pelo menos uma dessas intervenções seria efetiva para melhor adesão às práticas de cuidados domésticos de pessoas em isolamento, suspeitos ou confirmados de COVID-19 em comparação àquelas que não recebem suporte. Trata-se de um estudo quantitativo, prospectivo e experimental (de intervenção). O formulário de coleta de dados utilizou informações extraídas de um instrumento elaborado com base no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus na Atenção Primária à Saúde, assim como as informações contidas nas mensagens de texto e nas ligações. Os dados foram coletados em uma Unidade Básica de Saúde do município de Itapiúna, entre os meses de janeiro e abril de 2022, sendo que a coleta abrangeu os procedimentos de avaliação pré-intervenção, pós-intervenção e de intervenção, da seguinte forma: Antes de serem enviados para casa pelos profissionais, os participantes responderam ao instrumento utilizado para avaliar o desfecho. Seguidamente, houve sorteio, onde os participantes foram alocados em grupos de forma aleatória. As intervenções realizadas foram as seguintes: Grupo 1 (n=36) - Envio de dez mensagens de texto, nas 48 horas após o comparecimento à UBS, que tinham como conteúdo transcrições das condutas corretas para isolamento domiciliar; Grupo 2 (n=35) - Uma ligação telefônica realizada no primeiro dia após o comparecimento à UBS, onde foram explicadas as condutas corretas para isolamento. Já o Grupo 3 (n=34) não recebeu intervenção, sendo o grupo controle. A avaliação do desfecho ocorreu por ligação telefônica, no 7º e 14º dias do comparecimento às unidades de saúde. Os dados foram analisados utilizando-se o IBM SPSS *Statistics versão 24*. Para testar a associação entre duas variáveis qualitativas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2). Para verificação da normalidade de distribuição de dados das variáveis quantitativas contínuas, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov (K-S). Para comparação de médias entre os dois grupos, foi utilizado Mann-Whitney U test. Para a comparação dos dados intra grupos (baseline e após 7 e 14 dias), o Wilcoxon test foi utilizado. O desfecho considerado para este estudo foi a quantidade de cuidados domésticos implementados pelos pacientes. Dos participantes, 59% eram do sexo feminino,

81,9% tinham entre 19 e 59 anos, 70,5% residiam com mais de uma pessoa, 44,8% afirmou residir com alguém que teve COVID-19 e 41% residia com alguém considerado grupo de risco para COVID-19. A hipercolesterolemia foi a comorbidade mais frequente (21%). Acerca dos cuidados no isolamento domiciliar, antes e após as intervenções nos grupos experimentais, bem como no grupo controle, houve diferença significativa entre os grupos experimentais e o grupo controle. Dos cuidados que apresentaram maior diferença, destacam-se “Higiene das mãos com produtos adequados” (87,6% e p- 0,008) e “Uso de máscara em idas a outros cômodos do domicílio” (85,7% e p- 0,001). Conclui-se mediante os resultados obtidos, que as intervenções propostas (envio de mensagens de texto e ligações) são efetivas para a melhora dos cuidados no isolamento domiciliar dos pacientes, provocando não só o cuidado do paciente, mas daqueles que residem no mesmo domicílio. Além disso, as intervenções podem contribuir para que os pacientes sejam disseminadores de boas práticas, ao passo que adotar tais práticas pode influenciar terceiros a incorporá-las.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the effectiveness of two support interventions for suspected or confirmed cases of COVID-19 in home isolation: telephone calls and sending text messages to the patient's phone, with information about home care. The hypothesis tested was that at least one of these interventions would be effective for better adherence to home care practices of people in isolation, suspected or confirmed of COVID-19 compared to those who do not receive support. This is a quantitative, prospective and experimental (intervention) study. The data collection form used information extracted from an instrument based on the Clinical Management Protocol for the Coronavirus in Primary Health Care, as well as the information contained in the text messages and calls. Data were collected in a Basic Health Unit in the city of Itapiúna, between January and April 2022, and the collection covered the pre-intervention, post-intervention and intervention evaluation procedures, as follows: Before after being sent home by the professionals, the participants responded to the instrument used to assess the outcome. Then, there was a draw, where the participants were randomly allocated into groups. The interventions carried out were as follows: Group 1 (n=36) - Sending ten text messages, within 48 hours after attending the BHU, which contained transcripts of the correct conduct for home isolation; Group 2 (n=35) - A telephone call made on the first day after attending the UBS, where the correct conduct for isolation was explained. Group 3 (n=34) received no intervention, being the control group. The outcome assessment took place by telephone call, on the 7th and 14th days of attendance at the health units. Data were analyzed using IBM SPSS Statistics version 24. To test the association between two qualitative variables, Pearson's chi-square test (χ^2) was applied. To verify the normality of data distribution of continuous quantitative variables, the Kolmogorov-Smirnov test (K-S) was applied. To compare means between the two groups, the Mann-Whitney U test was used. For intragroup data comparison (baseline and after 7 and 14 days), the Wilcoxon test was used. The outcome considered for this study was the amount of home care implemented by patients. Of the participants, 59% were female, 81.9% were between 19 and 59 years old, 70.5% lived with more than one person, 44.8% said they lived with someone who had COVID-19 and 41% lived with someone considered a risk group for COVID-19. Hypercholesterolemia was the most frequent comorbidity (21%). Regarding home isolation care, before and after

interventions in the experimental groups, as well as in the control group, there was a significant difference between the experimental groups and the control group. Of the care that showed the greatest difference, "Hand hygiene with appropriate products" (87.6% and $p=0.008$) and "Use of a mask when going to other rooms in the household" (85.7% and $p=0.001$) stand out.). It is concluded from the results obtained that the proposed interventions (sending text messages and calls) are effective in improving care in patients' home isolation, causing not only the care of the patient, but of those who live in the same household. In addition, interventions can contribute to patients being disseminators of good practices, while adopting such practices can influence others to incorporate them.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Região do Maciço de Baturité	19
Figura 2 - Fluxograma da coleta de dados.....	23
Quadro 1 - Grupos de alocação dos participantes após recrutamento.....	24
Quadro 2 - Descrição das ações a serem implementadas nos grupos de alocação.	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo	30
Tabela 2 - Dados sobre contágio de COVID-19 e características clínicas dos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo	32
Tabela 3 - Quantidade de cuidados no isolamento domiciliar informados pelos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo, no recrutamento e após o período de intervenção	34
Tabela 4 - Cuidados no isolamento domiciliar informados pelos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo, no recrutamento e após o período de intervenção	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADS	Área Descentralizada em Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESF	Estratégia de Saúde da Família
G1	Grupo 1
G2	Grupo 2
G3	Grupo 3
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
SMS	<i>Short Message Service</i>
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos.....	15
3. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
3.1 A pandemia do novo coronavírus	16
3.2 A atenção primária à saúde no contexto da pandemia.....	17
3.3 Telemonitoramento	18
4 MATERIAIS E MÉTODOS	20
4.1 Delineamento do estudo.....	20
4.2 Período e cenário do estudo	20
4.3 Participantes do estudo.....	21
4.4 Coleta de dados	21
4.5 Intervenção	25
4.6 Randomização	27
4.7 Cegamento	27
4.8 Desfecho	28
4.9 Análise de dados	28
4.10 Aspectos éticos.....	29
5 RESULTADOS.....	30
6 DISCUSSÃO	40
7 CONCLUSÃO	49
REFERÊNCIAS.....	51
APÊNDICES	55

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de atenção à saúde do paciente, tem, entre seus atributos, o caráter da orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural (MENDES, 2012). Partindo desse princípio, entende-se que esse nível de atenção está intrinsicamente conectado às questões sociais das populações onde está inserindo, vivenciando seus dilemas diários, e não obstante, solidificando ações que se inserem na vida dos pacientes, agindo como fomentadora de bons comportamentos.

E, no contexto da pandemia de COVID-19, não foi diferente. A APS atuou desde os primeiros casos, seja no atendimento aos pacientes suspeitos, testagem em massa, ou nas campanhas as de vacinação, fortalecendo, mais do que nunca, seu papel de ordenadora e coordenadora do cuidado às famílias junto à Rede de Atenção à Saúde (RAS).

No cenário do Maciço de Baturité - Ceará, onde foi desenvolvida a pesquisa junto à Atenção Básica (Unidades Básicas de Saúde - UBS), verifica-se também esse engajo, com profissionais atuantes no atendimento e monitoramento dos casos, sejam eles suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal (suspeita de acometimento pela doença causada pelo Sars-CoV-2 - COVID-19, com estratificação de risco leve). Nessas situações em que há pacientes suspeitos ou confirmados, é realizado o encaminhamento do mesmo ao domicílio para iniciar isolamento por 14 dias. Durante este período, é revelado mais uma vez o fortalecimento da APS no contexto da pandemia, sendo o monitoramento realizado pela equipe de saúde da família. Esse monitoramento é feito preferencialmente, por telefone, a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de comorbidades de risco e a cada 48h nos demais casos (BRASIL, 2020).

Consta no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, que o monitoramento por telefone é feito pelo(a) enfermeiro(a) que compõe a equipe de Saúde da Família. O monitoramento telefônico descrito investiga piora clínica ou febre persistente desde a última avaliação e percepção do paciente acerca de sinais de gravidade (BRASIL, 2020). Não existe descrição, neste Protocolo, de suporte à manutenção do isolamento domiciliar. Também não foram encontradas, até o momento, outras publicações do Ministério da Saúde (MS) com menção de

estratégias de suporte para o contexto da Pandemia de COVID-19 no Brasil, tampouco foram encontradas publicações científicas com testagem da efetividade de tais estratégias. Mesmo assim, é cediço que intervenções não-farmacológicas são importantes para inibir a transmissão entre humanos, desacelerar o espalhamento da doença e, conseqüentemente, diminuir e postergar o pico de ocorrência na curva epidêmica (GARCIA; DUARTE, 2020).

Segundo levantamento disponibilizado no sítio virtual IntegraSUS, até 31 de janeiro de 2022, 1.222,863 casos estavam confirmados no Ceará e 26.871 óbitos foram registrados, o que indica taxa de letalidade de 2,2% pela doença. Das regiões com casos confirmados, encontra-se o Maciço de Baturité, que responde por 48.324 casos confirmados e 265 óbitos (CEARÁ, 2022), o que confirma interiorização da doença. Uma parcela dos casos confirmados não enseja encaminhamento para internação, necessitando, portanto, de suporte ao isolamento domiciliar. O isolamento de casos confirmados ou suspeitos é uma parte crucial de esforço de controle (HELLEWELL et al., 2020).

Desse modo, entende-se que mais pesquisas e estudos devam se debruçar a verificar a possibilidade da ocorrência de ações que fortaleçam o isolamento e proporcionem ao paciente cuidados eficazes ao longo do período de isolamento. Assim, a relevância desta proposta de pesquisa para o enfrentamento da COVID-19 e aprimoramento da Atenção Básica (AB) no contexto da Pandemia é a testagem da efetividade de duas intervenções de suporte aos casos suspeitos ou confirmados que iniciam o isolamento domiciliar, a saber: ligação telefônica e envio de mensagens de texto para o telefone móvel do paciente com informações sobre cuidados domiciliares, extraídos do Protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020).

A hipótese testada é de que pelo menos uma dessas intervenções é efetiva para melhorar a adesão às práticas de cuidados domésticos de pessoas com diagnóstico de Síndrome Gripal (suspeitas de COVID-19) ou casos confirmados de COVID-19 (casos leves) com indicação de isolamento domiciliar, em comparação àquelas que não recebem tal suporte.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a efetividade de duas intervenções de suporte ao isolamento domiciliar de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, identificados na AB, em relação às condutas de rotina implementadas pelas equipes de Saúde da Família.

2.2 Específicos

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo;
- Identificar os cuidados domésticos para isolamento domiciliar implementados pelos participantes antes de procurar a UBS;
- Verificar a existência (ou não) de diferenças antes e após o período de isolamento domiciliar nos cuidados domésticos implementados em cada grupo de alocação dos participantes.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 A pandemia do novo Coronavírus

Ao longo da história da humanidade, as sociedades se confrontaram com diversas epidemias. Atualmente, o mundo está à frente da maior pandemia do século até então, a pandemia da COVID-19, doença causada pelo novo coronavírus SARSCoV-2 (NOGUEIRA, 2020).

Estudos preliminares apontam que os primeiros casos da doença tenham ocorrido na China, mais especificamente no mercado de frutos do mar de Huanan, na cidade de Wunan, local onde são comercializados e consumidos diversos frutos do mar e animais selvagens, como morcegos e pangolins. Desse modo, é proposta a teoria que a ingestão da carne de alguns desses animais ocasionou a transmissão do vírus para o homem, já que animais como morcegos são sugeridos como os maiores reservatórios naturais do Betacoronavírus, gênero ao qual pertencem os coronavírus (DUARTE, 2020).

Os primeiros casos foram identificados em dezembro de 2019 na China, e foram tratados como uma pneumonia grave de etiologia desconhecida. Após estudos, foi identificado o agente etiológico. Contudo, diante da velocidade na contaminação entre os pacientes e seus contactantes, os casos foram aumentando de forma exponencial, até que em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a infecção pelo novo coronavírus uma pandemia (PETRY, 2020).

Os principais sinais e sintomas da doença são febre, tosse, coriza e dor de garganta, os quais facilmente podem ser confundidos com outras síndromes gripais, o que pode ter contribuído para a ascendência da curva de contaminação, já que devido a inespecificidade dos sintomas, muitos dos pacientes não procuravam o serviço de saúde, facilitando a propagação do vírus pela não tomada dos cuidados essenciais (ISER et al., 2020).

Além disso, o difícil acompanhamento dos pacientes por parte dos profissionais de saúde, devido a grande demanda de doentes para serem acompanhados, atrelado ao baixo número de profissionais para realizar tal ação, contribuiu ainda mais para o aumento dos casos, já que é sabido que o maior grau de informação sobre a doença,

seus sinais e sintomas, e as formas de evitar a transmissão, favorecem positivamente o controle dos casos.

No Brasil, os primeiros casos da infecção pelo novo coronavírus foram identificados em fevereiro de 2020, sendo que após 23 dias da identificação do primeiro caso, todos os estados da federação já haviam registrado pelo menos um caso da doença, fato que demonstra quão rápida foi sua propagação em território nacional (PEREIRA; DINIZ; ROCHA; OLIVEIRA JUNIOR, 2020).

Nesse contexto de rápida ascensão do número de casos, algumas medidas foram tomadas para dirimir as consequências negativas. Podem ser citados, por exemplo, a notificação compulsória de casos suspeitos, distanciamento social e isolamento de casos suspeitos e/ou confirmados, uso obrigatório de máscara para toda a população, paralisação de atividades não essenciais e monitoramento dos casos de síndrome gripal em isolamento domiciliar, nesse último caso, sendo realizado pela Atenção Primária à Saúde.

3.2 Atenção Primária à Saúde no contexto da pandemia.

A APS dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) traz consigo princípios e diretrizes que determinam seu *modus operandi* de fazer saúde. Entre tais princípios, está o primeiro contato, o qual pode ser entendido como a característica de ser um ponto de entrada de fácil acesso aos usuários do SUS (SANTOS, 2017). No cenário pandêmico ocorrido a partir de 2020, tal característica ganhou ainda mais destaque, visto que grande parte dos pacientes acometidos por sinais e sintomas gripais procuram na APS o primeiro atendimento para avaliação e a tomada de demais ações visando diminuir as consequências da infecção para si e seus contactantes (BARBOSA; SILVA, 2020).

Além disso, dentre as tantas ações já realizadas pela APS, e que no contexto da pandemia também tiveram seu papel, pode ser citado, por exemplo, as ações dentro do território da Estratégia de Saúde da Família (ESF), como a vigilância em saúde do território, na busca ativa de casos que podem ser considerados suspeitos, lançando mão do trabalho de campo dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que são o elo de ligação entre a população e o serviço de saúde (DUARTE et al., 2020).

Tal atividade, atrelada à uma rede de comunicação já existente entre os diversos níveis de atenção à saúde, tendeu a identificar de forma precoce casos suspeitos de COVID-19, ajudando no rompimento da cadeia de transmissão dentro do território da ESF (MACIEL et al., 2020).

Outra atividade imperativa da APS e que está sendo amplamente utilizada são as ações de educação em saúde, que tiveram de se adequar para a nova rotina dos serviços de saúde (PALÁCIO; TAKENAMI, 2020). Atividades como informar aos usuários os principais sinais e sintomas de COVID-19, quais as principais precauções que a população deveria tomar, além de quais atitudes deveriam ter em caso de suspeita, também puderam contribuir positivamente no combate à pandemia (CAGNAZZO; ANDRÉO, 2020)

E, concernente ao cuidado prestado junto ao paciente por meio de consulta, houve um processo de reinvenção do modo como essas atividades são prestadas. Ao passo que a pandemia impediu em certos momentos atividades presenciais, como as consultas nos consultórios, os profissionais teceram meios de estar junto ao paciente, mesmo que esse “junto” fosse feito de forma virtual. Foi então que incorporaram em suas práticas a telemedicina, modelo de atendimento já existente, mas pouco utilizado até então nos serviços de saúde da APS. Assim, grupos de pacientes mais vulneráveis, como crianças e idosos, tiveram a possibilidade de serem cuidadas em suas necessidades, por meio da telemedicina, à qual não só garantiu o atendimento, como também diminui os riscos de infecção para tais grupos.

Porém, o uso de ferramentas tecnológicos não ficou somente nas consultas junto aos pacientes. Ao passo que a APS tem entre seus atributos a coordenação do cuidado, a tecnologia pôde ser aliada nessa coordenação junto aos pacientes suspeitos e/ou confirmados para COVID-19. E isso ocorreu mediante o telemonitoramento, realizado pelas equipes de saúde da família, no decorrer da pandemia.

3.3 Telemonitoramento

O telemonitoramento consiste no acompanhamento sistemático de casos suspeitos e/ou confirmados de COVID-19, no intuito de acompanhar a evolução clínica

do paciente, na busca de sinais e sintomas de agravos, além do acompanhamento dos contactantes (XAVIER et al., 2020). Tal atividade consiste em uma medida de saúde pública, com foco em evitar a maior propagação da doença, além de agir rapidamente em casos que porventura venham a se agravar e sejam identificados precocemente por meio desse telemonitoramento (SILVEIRA et al., 2020).

No âmbito do SUS, foram lançados alguns materiais como cartilhas e manuais com o intuito de capacitar os profissionais da APS no processo de telemonitoramento. Um deles foi o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus, elaborado e distribuído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2020). Nesse protocolo há informações inerentes ao manejo adequado dos pacientes na APS, as condutas clínicas conforme a gravidade, como, também, orientações acerca do telemonitoramento da APS e dos demais níveis de atenção.

Tal iniciativa contribui não só para a identificação do agravo junto ao paciente, mas também no acompanhamento do isolamento domiciliar adequado, e identificação rápida de novos sintomáticos, caso haja a contaminação dentro do domicílio. Além disso, a atividade do telemonitoramento contribui para o acionamento rápido dos serviços dentro da rede de atenção à saúde, indicando o momento certo de intervir, conforme a necessidade de cada paciente (SILVEIRA et al., 2020).

De acordo com o protocolo, o monitoramento dos pacientes deve ser feito, preferencialmente, pela APS. Além disso, deve ser realizado à cada 24 horas para pessoas com mais de 60 anos e portadores de condições clínicas de risco, e a cada 48 horas para os demais pacientes, até que estejam completos os 14 dias desde o aparecimento do primeiro sintoma (BRASIL, 2020).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

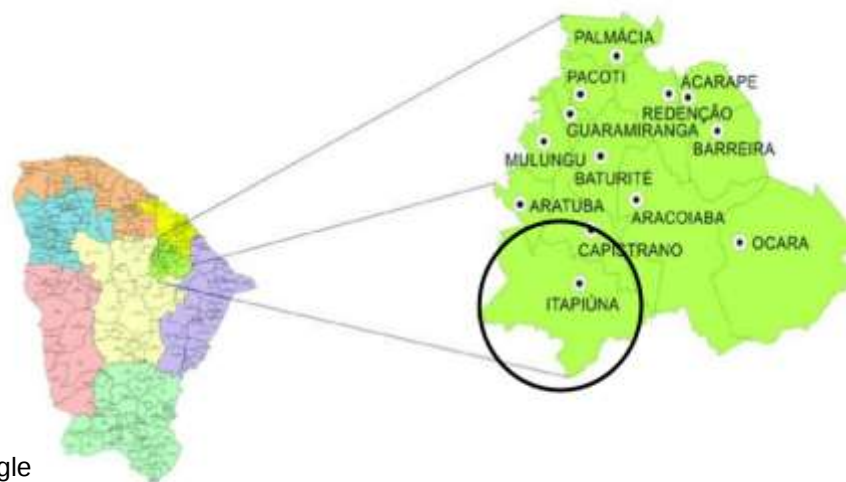
4.1 Delineamento do estudo

Estudo quantitativo, prospectivo e experimental (de intervenção). Autores trazem que estudos experimentais são aqueles que usam designação aleatória, manipulação de uma variável independente e controles rígidos (SOUSA, DRISSENACK e MENDES, 2007).

4.2 Cenário do estudo

Foi realizada pesquisa em um município da Microrregião do Maciço de Baturité, o qual faz parte da 4ª Área Descentralizada de Saúde – 4ª ADS. Por sua vez, a 4ª ADS é composta por oito municípios. São eles: Aracoiaba, Aratuba, Baturité, Capistrano, Guaramiranga, Pacoti, Mulungu e Itapiúna, cidade onde foi realizada a pesquisa. Juntas, as oito cidades ocupam uma área de 2.206 Km² e possuem uma população total de 136.823 habitantes, que corresponde à 57,3% da população total da Macrorregião do Maciço (IBGE, 2022).

Figura 1 - Região do Maciço de Baturité



Fonte: Google

Itapiúna, cidade onde foi realizada a pesquisa, fica à 102 quilômetros de distância da capital do estado, Fortaleza. Tem atualmente, de acordo com estimativas do IBGE, 18.626 habitantes, o que corresponde a 13,61% da população total da 4ª ADS.

Os serviços de saúde ofertados no município são de atenção primária e secundária à saúde, havendo seis equipes de Estratégias de Saúde da Família dispostas entre zonas rural (três unidades) e urbana (três unidades). Além disso, o município faz parte do consórcio público de saúde do maciço de Baturité. É por meio desse consórcio que são oferecidos serviços de especialidades médicas e odontológicas para os munícipes.

4.3 Participantes do estudo

A amostra desta pesquisa foi obtida a partir do total de pessoas atendidas durante o período de coleta de dados. Elas foram divididas igualmente entre os três grupos de alocação do estudo. Ao final dos procedimentos de recrutamento, obteve-se um quantitativo de 105 participantes, os quais ficaram divididos em Grupo 1 (n=36): intervenção com ligações telefônicas; Grupo 2 (n=35): intervenção com mensagens de texto; Grupo 3 (n=34): controle.

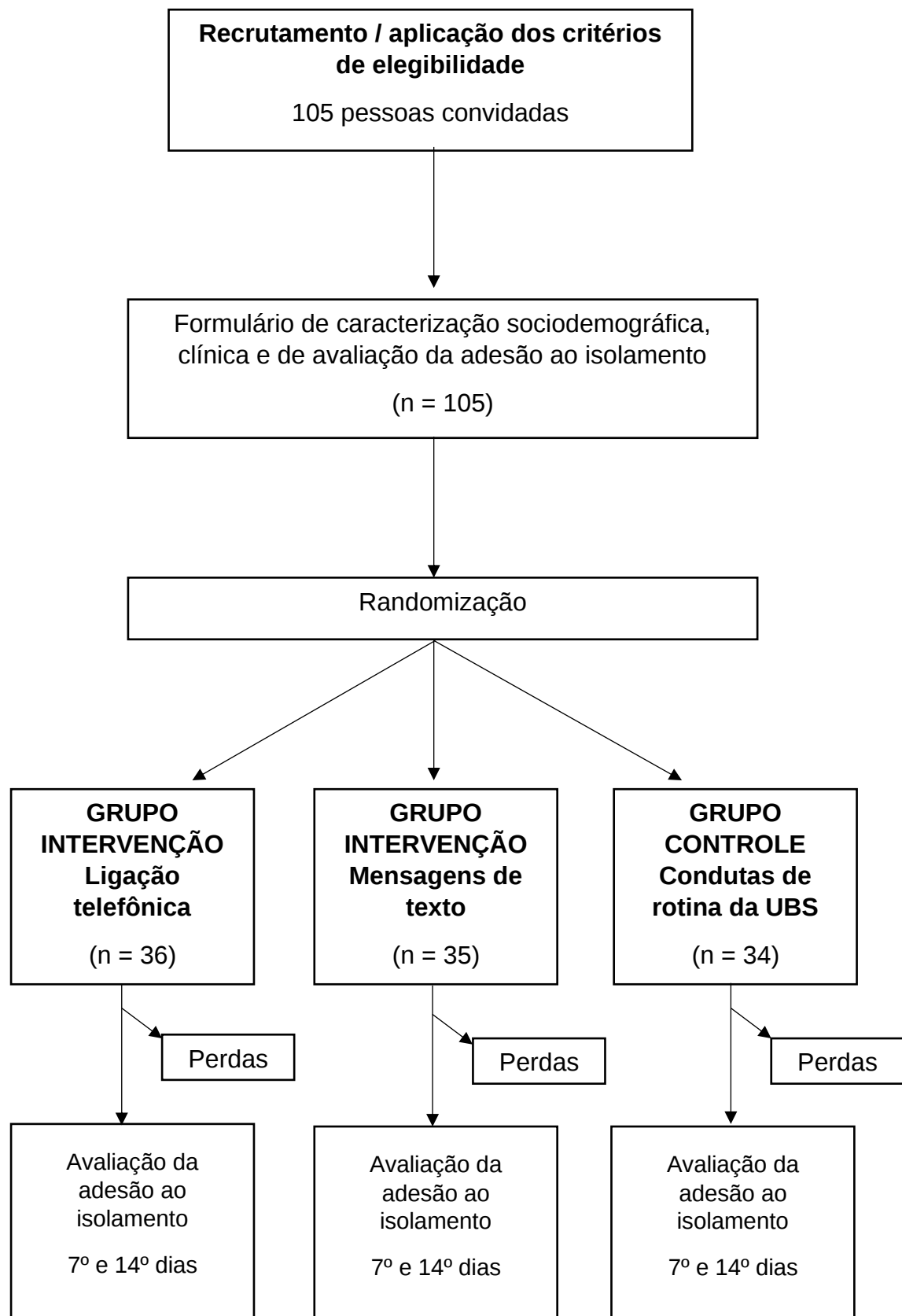
Os participantes recrutados responderam aos critérios de elegibilidade, a saber: 1) Inclusão: ter recebido diagnóstico de Síndrome Gripal (suspeita de COVID-19 / caso leve) ou ser caso confirmado de COVID-19 (caso leve) com indicação de isolamento domiciliar; idade igual ou superior a 18 anos; ser alfabetizado; possuir aparelho celular de uso pessoal; conseguir ler mensagem de texto e atender ligação a partir do próprio telefone celular. Esses critérios foram confirmados no momento em que a equipe de coleta de dados enviou uma mensagem de texto e fez uma ligação para o número disponibilizado e este conseguiu executar tais ações sem ajuda. 2) Descontinuidade: não atender a ligação telefônica da equipe de pesquisa após três tentativas de contato; atender o telefone e não desejar continuar participando da pesquisa; outra pessoa atender ao telefone e o participante não for encontrado.

4.4 Coleta de dados

Os dados foram coletados em uma UBS. Levantou-se qual UBS do município possuía maior quantidade de casos confirmados de COVID. A partir dessa escolha, foi realizada a coleta de dados.

A coleta ocorreu janeiro à abril de 2022, seguindo as recomendações de biossegurança. Ressalta-se que a coleta de dados somente foi iniciada com a autorização da Coordenação da Atenção Básica do município participante. Ademais, foi assegurado que, em caso de solicitação dessa Coordenação para interrupção da pesquisa devido à restrições associadas à Pandemia de COVID-19, o recrutamento dos participantes seria suspenso até que a retomada fosse autorizada.

A coleta de dados abrangeu os procedimentos de avaliação pré (realizados simultaneamente ao recrutamento), pós-intervenção e de intervenção propriamente dita. A esquematização da coleta consta na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma da coleta de dados

Elaborado pelo autor

Ao concluírem o fluxo de atendimento na UBS para pessoas com suspeita de COVID-19, os pacientes foram abordados por membros da equipe de pesquisa, que os convidaram mediante atendimento dos critérios de elegibilidade.

Após o recrutamento, ainda na UBS, em local reservado, os participantes responderam a um formulário (um membro da equipe de pesquisa fazia as perguntas e o participante as respondia; as respostas eram anotadas no instrumento), para coleta de dados sociodemográficos, clínicos (Parte I) e de condutas domiciliares após aparecimento de sintomas indicativos de Síndrome Gripal (*baseline* - Parte II). Os itens do formulário para avaliação dessas condutas foram extraídos de um instrumento elaborado com base no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020) (APÊNDICE A). Os itens correspondentes Parte II do instrumento foram considerados para avaliação do desfecho.

Em seguida, os participantes foram alocados em um dos três grupos propostos para este estudo, descritos no Quadro 1. Antes de serem encaminhados para casa, os mesmos foram informados em que grupo foram inseridos e os procedimentos que seriam realizados em relação à pesquisa.

Quadro 1 – Grupos de alocação dos participantes após recrutamento

IDENTIFICAÇÃO DOS GRUPOS (n=105)		INTERVENÇÃO
Grupos de intervenção	n* = 36	Ligação telefônica + Condutas de rotina da UBS
	n = 35	Mensagens de texto via SMS** + Condutas de rotina da UBS
Grupo de controle	n = 34	Condutas de rotina da UBS

Elaborado pelo autor

n*: tamanho da amostra; SMS**: *Short Message Service*

No 7º e 14º dia após comparecimento à UBS, os participantes dos três grupos receberam ligação telefônica de um dos membros da equipe de pesquisa (treinado

para tal). Por ocasião deste contato, foi preenchido novamente o formulário (apenas os itens de avaliação do desfecho).

4.5 Intervenção

No Quadro 2 consta resumo das informações das intervenções propostas para os dois grupos de testagem, as quais foram comparadas com as condutas implementadas pelos profissionais de saúde para suporte ao isolamento domiciliar de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19 identificados na AB do município (Grupo Controle).

Quadro 2 - Descrição das ações implementadas nos grupos de alocação.

GRUPO	DESCRIÇÃO
Grupo Intervenção LIGAÇÃO TELEFÔNICA	A intervenção consistiu em uma ligação telefônica realizada no primeiro dia após o comparecimento à UBS, por membro da equipe treinado para esta finalidade. Todas as ligações foram realizadas pela mesma pessoa. Os participantes alocados neste grupo recebiam uma ligação telefônica em horário comercial (8h-17h), a qual teve duração de cerca de vinte minutos, na qual foram explicadas as condutas corretas para isolamento domiciliar. As informações estão descritas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 9. Não houve necessidade de validação do roteiro de condução do contato telefônico, pois o conteúdo dele é idêntico às informações descritas como medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos para todos os pacientes com Síndrome Gripal contidas nesse Protocolo, as quais foram extraídas do <i>WHO Technical Guidance - Patient Management - Coronavirus Disease 2019</i>. O roteiro contendo as orientações para ligação telefônica estão no APÊNDICE B.
Grupo Intervenção	A intervenção consistiu no envio de dez mensagens de texto, nas 48 horas após o comparecimento à UBS. Os

MENSAGENS DE TEXTO VIA SMS	participantes alocados neste grupo receberam cinco mensagens nas primeiras 24 horas e outras cinco nas 24h seguintes, em horário comercial (8h-17h), as quais tinha como conteúdo as transcrições das condutas corretas para isolamento domiciliar. As informações estão descritas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 9. O conteúdo das mensagens é idêntico às informações descritas como medidas de isolamento domiciliar e cuidados domésticos para todos os pacientes com Síndrome Gripal contidas nesse Protocolo, as quais foram extraídas do <i>WHO Technical Guidance - Patient Management - Coronavirus Disease 2019</i>. As mensagens de texto estão no APÊNDICE C.
Grupo Controle CONDUTAS DE ROTINA DA UBS	Os participantes alocados neste grupo não receberam intervenção de suporte ao isolamento domiciliar por parte da equipe de pesquisa, descrita para os Grupos Intervenção. Estes. Receberam exclusivamente as condutas de rotina da UBS para pacientes diagnosticados com Síndrome Gripal (suspeita de COVID-19) ou casos confirmados de COVID-19 (casos leves), com indicação de isolamento domiciliar. Tiveram contato com a equipe de pesquisa apenas na ocasião do recrutamento, na avaliação do desfecho antes de serem encaminhados para casa e após 7 e 14 dias de recomendação de isolamento domiciliar. As condutas de rotina dos profissionais de saúde das UBS, segundo o Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 9, são de monitoramento clínico durante os 14 dias de isolamento domiciliar, a saber: reavaliação por telefone e monitoramento a cada 24h em pessoas com mais de 60 anos e portadores de comorbidades de risco e a cada 48h nos demais, até completar 14 dias do início dos sintomas. No contato telefônico, registrasse a data e questionasse sobre piora clínica ou febre persistente desde

	a última avaliação e sobre sinais de gravidade desde a última avaliação. Em seguida, as condutas podem ser de seguimento do isolamento domiciliar, reavaliação presencial ou encaminhamento para emergência.
--	--

Elaborado pelo autor

Ressalta-se que os participantes dos grupos de intervenção deste estudo não deixaram de receber o monitoramento telefônico (ou presencial, quando era o caso) dos profissionais de saúde da UBS, a fim de que a participação nesta pesquisa não trouxesse prejuízos à saúde destes.

4.6 Randomização

A alocação dos participantes em um dos três grupos foi aleatória. Após responder ao instrumento que foi utilizado para avaliar o desfecho, o participante teve acesso a uma caixa com envelopes opacos idênticos e com a mesma cor. Os participantes escolheram um deles, o qual quando aberto, continha um papel com o nome do grupo ao qual seria alocado.

4.7 Cegamento

Pela necessidade de informar sobre a possibilidade de alocação em um dos grupos de intervenção ou no grupo controle, não houve possibilidade de cegamento simples dos participantes quanto ao fato de receber a intervenção ou não. Houve cegamento da equipe de pesquisa da seguinte maneira: o membro da equipe que fez o recrutamento e preencheu o formulário de coleta de dados nesse momento (*baseline*) não era o mesmo que auxiliara o participante durante o sorteio do grupo de alocação. O envio das mensagens e as ligações telefônicas foram realizadas por pessoas diferentes das que tiveram contato com o participante nas UBS no dia do recrutamento.

Para garantir confiabilidade na mensuração do desfecho, o instrumento de reavaliação do desfecho (aplicado após 7 e 14 dias do recrutamento) também não foi aplicado pela mesma pessoa que esteve junto ao participante no momento do sorteio

para alocação nos grupos do estudo, assim como não lhe foram fornecidas informações que permitissem identificar em qual grupo o participante foi alocado.

Pela abordagem dos pacientes se dar após a conclusão do fluxo de atendimento para pacientes com suspeita de COVID-19, os profissionais (funcionários da UBS) que realizaram atendimento foram cegados, pois desconheciam o grupo de alocação do participante recrutado. Isso garantiu que todos os participantes fossem igualmente expostos aos cuidados e orientações de rotina.

4.8 Desfecho

As variáveis preditoras foram: o grupo de alocação e características sociodemográficas e clínicas e de contágio levantadas. A avaliação do desfecho se deu ainda na UBS (após diagnóstico de Síndrome Gripal - suspeita de COVID-19 - ou confirmação de caso leve de COVID-19) e por ligação telefônica, no 7º e 14º dias do comparecimento à UBS. O desfecho considerado para este estudo foi a quantidade de cuidados domésticos implementados por pacientes com Síndrome Gripal contidas no Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 9 (BRASIL, 2020). As informações contidas nesse Protocolo integram instrumento de avaliação contido na Parte II do APÊNDICE A.

4.9 Análise de dados

Os dados foram analisados utilizando-se o IBM SPSS *Statistics versão 24*. A análise descritiva foi realizada por meio de cálculos das frequências absolutas e relativas das variáveis, além das medidas de tendência central e de dispersão. Para as análises comparativas (associação) que contribuíram para testagem da hipótese, utilizou-se como recurso a estatística analítica. As características dos participantes na *baseline* foram comparadas para averiguar a homogeneidade entre os dois grupos. Para testar a associação entre duas variáveis qualitativas, foi aplicado o teste qui-quadrado de Pearson (χ^2), e seu correspondente razão de verossimilhança, quando os dados apresentaram frequências esperadas maiores de cinco em mais de 20% das células. Para verificação da normalidade de distribuição de dados das variáveis quantitativas contínuas, aplicou-se o teste Kolmogorov-Smirnov (K-S). No

entrecruzamento de variáveis dicotômicas com continuas, foi aplicado o MannWhitney U test (teste não-paramétrico) quando o teste K-S indicar heterogeneidade de distribuição da variável contínua. Utilizou-se ambos os testes nas comparações entre o grupo de intervenção e o grupo controle antes e após a intervenção. Para comparação de médias entre os dois grupos, foi utilizado Mann-Whitney U test. Para a comparação dos dados intra grupos (baseline e após 7 e 14 dias), o Wilcoxon test foi utilizado.

Foram considerados significativos para associação estatística os valores de $p < 0,05$, além da apresentação dos intervalos de confiança de 95%, que indicam o grau de precisão da estimativa do estudo.

4.10 Aspectos éticos

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNILAB com parecer Nº 56761622.1.0000.5576. Este estudo seguiu as instruções contidas no guia internacional CONSORT (*Consolidated Standards of Reporting Trials*) para intervenções não farmacológicas. As salvaguardas para proteger os direitos dos participantes da pesquisa seguiram, considerando o que preconiza a Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Por se tratar de estudo experimental, os participantes foram informados sobre a possibilidade de inclusão, aleatoriamente, em um dos grupos (intervenção ou controle).

Mediante aceitação do convite, a permissão por escrito foi solicitada (assinatura do TCLE, em duas vias: uma para o arquivamento junto à pesquisadora responsável e outra que será entregue ao participante - APÊNDICE D) para que a coleta de dados fosse iniciada.

5 RESULTADOS

Foram incluídos neste estudo 105 participantes. Desse total, 62 (59%) eram do sexo feminino, 86 (81,9%) eram adultos, a maioria vivia com companheiro(a) (52,4%), tinha religião católica (78,1%), declarava-se parda (65,7%) e com alta escolaridade (59%). Foram mais frequentes os que declararam não possuir plano de saúde (88,6%), enquanto 70,5% afirmaram residir com mais de uma pessoa, número que variou entre 2 e 4 coabitantes. Os três grupos eram similares quanto às características sociodemográficas, que foram apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo. Itapiúna, CE, Brasil, 2022.

(Continua)					
Variáveis	Ligações (n=36) f(%)	Mensagens (n=35) f(%)	Controle (n=34) f(%)	Total (n=105) f(%)	p-valor
Faixa etária					
19 – 59	30 (83,3)	30 (85,7)	26 (76,5)	86 (81,9)	0,586*
60 – 92	6 (16,7)	5 (14,3)	8 (23,5)	19 (18,1)	
Sexo					
Feminino	24 (66,7)	16 (45,7)	22 (64,7)	62 (59,0)	0,143*
Masculino	12 (33,3)	19 (54,3)	12 (35,3)	43 (41,0)	
Situação conjugal					
Sem companheiro(a)	17 (47,2)	15 (42,9)	18 (52,9)	50 (47,6)	0,702*
Com companheiro(a)	19 (52,8)	20 (57,1)	16 (47,1)	55 (52,4)	
Religião					
Católica	25 (69,4)	28 (80,0)	29 (85,3)	82 (78,1)	0,219**
Evangélica	11 (30,6)	6 (17,1)	4 (11,8)	21 (20,0)	
Espírita	-	1 (2,9)	-	1 (1,0)	
Umbanda	-	-	1 (2,9)	1 (1,0)	

Tabela 1 - Características sociodemográficas dos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo. Itapiúna, CE, Brasil, 2022.

					(Conclusão)
Variáveis	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p-valor
	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	
Etnia / cor da pele					
Amarela	1 (2,8)	1 (2,9)	-	2 (1,9)	0,491**
Branca	9 (25,0)	9 (25,7)	8 (23,5)	26 (24,8)	
Indígena	-	2 (5,7)	-	2 (1,9)	
Parda	23 (63,9)	21 (60,0)	25 (73,5)	69 (65,7)	
Preta	3 (8,3)	2 (5,7)	1 (2,9)	6 (5,7)	
Escolaridade					
Baixa	17 (47,2)	12 (34,3)	14 (41,2)	43 (41,0)	0,541*
Alta	19 (52,8)	23 (65,7)	20 (58,8)	62 (59,0)	
Plano de saúde					
Sim	5 (13,9)	4 (11,4)	3 (8,8)	12 (11,4)	0,801*
Não	31 (86,1)	31 (88,6)	31 (91,2)	93 (88,6)	
Coabitantes					
Mora sozinho(a)	2 (5,6)	1 (2,9)	-	3 (2,9)	0,590**
2 - 4 pessoas	24 (66,7)	25 (71,4)	25 (73,5)	74 (70,5)	
5 - 8 pessoas	10 (27,8)	9 (25,7)	9 (26,5)	28 (26,7)	

*Quiquadrado de Pearson **Razão de verossimilhança

Elaborado pelo autor

Os três grupos eram similares quanto às características clínicas e de contágio de COVID-19, exceto pela residência com alguém que já teve COVID-19: o grupo que recebeu a ligação telefônica tinha maior quantidade de pessoas com essa característica do que os demais grupos formados. Concernente aos dados de contágio e características clínicas dos participantes, 44,8% afirmou residir com alguém que

teve COVID-19, ao passo que 41% residiam com alguém considerado grupo de risco para COVID-19 (Tabela 2).

A hipercolesterolemia foi a comorbidade mais frequente nos pacientes do estudo (21%), seguida de diabetes (17,1%) e angina (11,4%).

Tabela 2 - Dados sobre contágio de COVID-19 e características clínicas dos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo. Itapiúna, CE, Brasil, 2022.

Variáveis	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p-valor
	f(%)	f(%)	f(%)	f(%)	
Reside com alguém que teve COVID-19	22 (61,1)	14 (40,0)	11 (32,4)	47 (44,8)	0,042*
Reside com alguém do grupo de risco para COVID-19	18 (50,0)	13 (37,1)	12 (35,3)	43 (41,0)	0,391*
Hipercolesterolemia	7 (19,4)	7 (20,0)	8 (23,5)	22 (21,0)	0,903*
Diabetes	8 (22,2)	6 (17,1)	4 (11,8)	18 (17,1)	0,510*
Infarto	-	4 (11,4)	2 (5,9)	6 (5,7)	0,052**
Angina	3 (8,3)	6 (17,1)	3 (8,8)	12 (11,4)	0,428*
AVC	-	2 (5,7)	-	2 (1,9)	0,107**
Asma	-	1 (2,9)	1 (2,9)	2 (1,9)	0,427**
Enfisema ou bronquite crônica	1 (2,8)	4 (11,4)	1 (2,9)	6 (5,7)	0,228**
Litíase renal	2 (5,6)	1 (2,9)	1 (2,9)	4 (3,8)	0,805**
Litíase biliar	1 (2,8)	3 (8,6)	2 (5,9)	6 (5,7)	0,557**
Úlcera no estômago ou no duodeno	-	1 (2,9)	1 (2,9)	2 (1,9)	0,427**

*Quiquadrado de *Pearson* **Razão de verossimilhança

Elaborado pelo autor

A Tabela 3 apresenta os resultados sobre a efetividade das intervenções implementadas. Resgata-se que o desfecho foi a quantidade de cuidados implementados no isolamento domiciliar, antes e após as intervenções nos grupos experimentais, bem como no grupo controle.

Na análise intragrupos, houve aumento significativo das medianas de quantidade de cuidados implementados, após as intervenções, em ambos os grupos experimentais, quando comparados aos resultados na baseline. A quantidade de cuidados implementados, no grupo controle, foi similar ($p=0,064$), antes e após o período de intervenção.

Também houve diferença significativa ($p=0,023$) entre os resultados dos grupos do estudo, em relação à quantidade de cuidados implementados após as intervenções, quando comparados aos resultados da baseline ($p=0,380$). Após a intervenção, no grupo controle, foi identificado que uma mediana de 11,5 cuidados (IIQ=3) estavam sendo implementados, em comparação a uma mediana de 13 cuidados (IIQ=3) do grupos que recebeu a ligação telefônica e também 13 cuidados (IIQ=5) do grupo que recebeu as mensagens de texto. Dessa forma, os grupos que receberam as intervenções implementaram mais cuidados do que o grupo controle.

Tabela 3 - Quantidade de cuidados no isolamento domiciliar informados pelos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo, no recrutamento e após o período de intervenção. Itapiúna, CE, Brasil, 2022.

Grupos	n	Baseline					Após					p-valor*
		Mín.	Máx.	Média (DP)	[IC 95%]	Mediana (IIQ)	Mín.	Máx.	Média (DP)	[IC 95%]	Mediana (IIQ)	
Ligações telefônicas	36	5	16	11,1 (2,5)	[10,3 - 12,0]	11 (2)	9	16	12,9 (1,9)	[12,2 - 13,5]	13 (3)	0,000
Mensagens de texto	35	-	16	11,6 (3,7)	[10,3 - 12,9]	12 (6)	6	16	12,6 (2,7)	[11,6 - 13,5]	13 (5)	0,001
Controle	34	6	16	10,8 (3,0)	[9,7 - 11,9]	10,5 (5)	6	16	11,2 (2,6)	[10,3 - 12,1]	11,5 (3)	0,064
p-valor**				0,380					0,023			

*Teste de Wilcoxon (comparação intragrupo) **Teste de Kruskal-Wallis (comparação entre grupos)

Elaborado pelo autor

Adicionalmente, a Tabela 4 contém os resultados obtidos de cada um dos 16 cuidados avaliados, comparando-os antes e após as intervenções. Na baseline, os três grupos, proporcionalmente, tiveram resultados similares entre si. Cabe destacar que, no início do estudo, o reforço de cuidados intradomiciliares quando coabitante apresentou sintomas gripais (83,9%), o uso de máscara em idas a outros cômodos do domicílio (80,0%) e a lavagem de roupas pessoais adequadamente (79,0%) foram os cuidados implementados com maior frequência pelos participantes.

Após o período de intervenção, os grupos apresentaram resultados proporcionalmente diferentes entre si quanto ao uso de máscara em idas a outros cômodos do domicílio ($p=0,008$) e à higiene das mãos com produtos adequados ($p=0,001$). Em relação a esses dois cuidados, os grupos de intervenção apresentaram maior frequência de participantes que confirmaram implementá-los, em comparação àqueles do grupo controle.

Tabela 4 - Cuidados no isolamento domiciliar informados pelos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo, no recrutamento e após o período de intervenção. Itapiúna, CE, Brasil, 2022.

(Continua)

Cuidados	Baseline					Após				
	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p- valor*	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p-valor*
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
Isolamento em cômodo separado	22 (61,1)	21 (60,0)	18 (52,9)	61 (58,1)	0,757	26 (72,2)	21 (60,0)	18 (52,9)	65 (61,9)	0,242
Distanciamento entre camas do mesmo cômodo	25 (69,4)	23 (65,7)	19 (55,9)	67 (63,8)	0,478	30 (83,3)	23 (65,7)	20 (58,8)	73 (69,5)	0,070
Limitação de circulação intradomicílio	22 (61,1)	25 (71,4)	21 (61,8)	68 (64,8)	0,599	26 (72,2)	27 (77,1)	21 (61,8)	74 (70,5)	0,361
Utilização de máscara todo o tempo	20 (55,6)	23 (65,7)	15 (44,1)	58 (55,2)	0,196	22 (61,1)	22 (62,9)	21 (61,8)	65 (61,9)	0,988
Uso de máscara em idas a outros cômodos do domicílio	30 (83,3)	27 (77,1)	27 (79,4)	84 (80,0)	0,804	35 (97,2)	32 (91,4)	25 (73,5)	92 (87,6)	0,008

Tabela 4 - Cuidados no isolamento domiciliar informados pelos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo, no recrutamento e após o período de intervenção. Itapiúna, CE, Brasil, 2022. (n=105).

(Continuação)										
Cuidados	Baseline					Após				
	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p- valor*	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35mm)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p-valor*
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
Higiene das mãos com produtos adequados	29 (80,6)	28 (80,0)	21 (61,8)	78 (74,3)	0,127	34 (94,4)	33 (94,3)	23 (67,6)	90 (85,7)	0,001
Abstenção ao recebimento de visitas	25 (69,4)	25 (71,4)	18 (52,9)	68 (64,8)	0,211	25 (69,4)	25 (71,4)	18 (52,9)	68 (64,8)	0,211
Saída do domicílio apenas em caso de emergência	23 (63,9)	28 (80,0)	26 (76,5)	77 (73,3)	0,271	23 (63,9)	28 (80,0)	26 (76,5)	77 (73,3)	0,271
Uso de máscara na proximidade de coabitante	27 (75,0)	28 (80,0)	25 (73,5)	80 (76,2)	0,802	30 (83,3)	31 (88,6)	25 (73,5)	86 (81,9)	0,258
Higiene das mãos quando estavam sujas	26 (72,2)	25 (71,4)	22 (64,7)	73 (69,5)	0,757	29 (80,6)	28 (80,0)	25 (73,5)	82 (78,1)	0,735

Tabela 4 - Cuidados no isolamento domiciliar informados pelos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo, no recrutamento e após o período de intervenção. Itapiúna, CE, Brasil, 2022. (n=105).

(Continuação)										
Cuidados	Baseline					Após				
	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p- valor*	Ligações (n=36)	Mensagens (n=35)	Controle (n=34)	Total (n=105)	p-valor*
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
Substituição de toalha úmida ou uso de papel toalha para enxugar as mãos	25 (69,4)	24 (68,6)	24 (70,6)	73 (69,5)	0,984	31 (86,1)	24 (68,6)	24 (70,6)	79 (75,2)	0,173
Reforço de cuidados intradomiciliares quando coabitante apresentou sintomas gripais	31 (86,1)	27 (77,1)	30 (88,2)	88 (83,8)	0,411	35 (97,2)	30 (85,7)	32 (94,1)	97 (92,4)	0,169
Etiqueta respiratória ao tossir ou espirrar	25 (69,4)	26 (74,3)	23 (67,6)	74 (70,5)	0,821	31 (86,1)	30 (85,7)	28 (82,4)	89 (84,8)	0,892
Descarte adequado de lixo contaminado	23 (63,9)	26 (74,3)	29 (85,3)	78 (74,3)	0,123	28 (77,8)	28 (80,0)	29 (85,3)	85 (81,0)	0,715
Limpeza de superfícies tocadas com frequência	21 (58,3)	23 (65,7)	24 (70,6)	68 (64,8)	0,557	30 (83,3)	29 (82,9)	25 (73,5)	84 (80,0)	0,517

Tabela 4 - Cuidados no isolamento domiciliar informados pelos participantes, de acordo com o grupo de alocação no estudo, no recrutamento e após o período de intervenção. Itapiúna, CE, Brasil, 2022. (n=105).

(Conclusão)										
Cuidados	Baseline					Após				
	Ligações	Mensagens	Controle	Total	p-valor*	Ligações	Mensagens	Controle	Total	p-valor*
	(n=36)	(n=35)	(n=34)	(n=105)		(n=36)	(n=35)	(n=34)	(n=105)	
	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	
Lavagem de roupas pessoais adequadamente	28 (77,8)	28 (80,0)	27 (79,4)	83 (79,0)	0,972	30 (83,3)	30 (85,7)	23 (67,6)	83 (79,0)	0,135

*Quiquadrado de *Pearson*

Elaborado pelo autor

6 DISCUSSÃO

Independente do grupo de alocação, a maioria dos participantes eram do sexo feminino. Esse resultado segue o mesmo perfil de estudos que se debruçaram a analisar o perfil sociodemográfico de pacientes atendidos na APS, os quais eram casos suspeitos e/ou confirmados para COVID-19 (MOURA et al., 2020). Tais fatos, refletem alguns pontos essenciais para o entendimento da forma como os casos se propagam, bem como para a tomada de decisão na elaboração de ações que visem evitar o surgimento de novos casos.

Inicialmente, deve-se compreender que os serviços de saúde, de modo geral, são frequentados em sua maioria por mulheres, independentemente da faixa etária (LEVORATO, 2016). Essa informação demonstra a falta de contato dos homens com os serviços de saúde, algo culturalmente mais presente nas cidades interioranas, como o município onde ocorreu a pesquisa. Dessa forma, fazem-se necessárias mais iniciativas de modo a levar esse o público masculino aos serviços de saúde, sobretudo na presença de sintomas reconhecidamente característicos de COVID-19.

Adicionalmente, pode ser levantada a seguinte questão: existem mais casos subnotificados de COVID-19 em homens? Tal reflexão é pertinente, à medida que os homens compõem maior parte dos óbitos por COVID-19, o que pode estar relacionado à uma procura tardia, na qual já há complicações da doença (ESCOBAR et al., 2021; SANTOS et al., 2022). Em contrapartida, as mulheres são maioria dos casos notificados, o que demonstra sua ida aos serviços de saúde, em que as mesmas são testadas e diagnosticadas (RIBEIRO, 2022).

Dessa forma, casos de menor gravidade podem não estar sendo notificados, ao passo que o público masculino procura o serviço em situações de complicação da doença. Todavia, deve-se salientar que essa afirmação deve ser investigada por meio de novos estudos que enfoquem na temática, visto que outros fatores, como doenças preexistentes, entre outras nuances, podem contribuir para maior mortalidade de homens e não somente sua procura tardia pelos serviços de saúde.

Na variável faixa etária, a maior parte dos participantes era adulta, 81,9% (n=86), número aproximado à realidade do estado do Ceará, onde 73,03% dos casos confirmados de COVID-19 no ano de 2022, foram de pessoas entre 20 e 59 anos (CEARÁ, 2022). E, além desses números oficiais do estado, estudos que buscaram

analisar o perfil de pacientes com COVID-19 em serviços ambulatoriais de saúde chegaram a resultados parecidos (BRASIL et al., 2021).

Tais fatos demonstram que mesmo a COVID-19 sendo uma doença que afeta em maior gravidade crianças com comorbidades e idosos (RODRIGUES et al., 2022; DOURADO, 2020) pessoas jovens necessitam de manejo adequando de suas condições de saúde, por serem as mais expostas aos vírus, como demonstrado pelos números acima citados, nos quais maior parte dos diagnósticos está presente em faixa etária entre 19 e 59 anos. Fatores atrelados à essa população pode leva-los à essa maior exposição, como o fato de serem uma considerável parcela da força de trabalho na economia formal e informal (COSTA, 2021) algo que por si só expõe essa população ao risco.

Atreladas à isso, as más condições de trabalho, com carência de equipamentos de proteção individual sobrecarga de trabalho, *stress*, entre outros fatores degradantes, colocam essa população em situação de atenção. Sobre a temática, Autores trazem a seguinte reflexão:

[...] medidas de proteção individual e coletiva foram implementadas, mas, devido a disparidade econômica, os mais pobres, em especial os trabalhadores informais, sofreram impactos que ainda não conseguem ser mensurados (SOARES et al., 2020, p. 9).

Assim sendo, a realidade acima descrita traz um tema a ser debatido em caráter intersetorial, com entes das esferas econômicas e sociais, pois o cenário relatado vai ao desencontro das políticas anti-COVID-19, que preconizam o isolamento social e uso de EPIs por parte dos trabalhadores de qualquer setor.

Além do mais, entender a forma como o vírus se propaga, quais ambientes e quais populações estão mais suscetíveis, ajudarão os entes governamentais na promulgação de novas políticas públicas que dirimam novos casos, a partir da proteção dessas populações vulneráveis às infecções.

No que diz respeito à escolaridade, a maioria tinha escolaridade alta, que compreende, neste estudo, ensino médio, graduação e pós-graduação. Tal informação pode ser ponto de partida para tomada de decisões por parte dos serviços de saúde, visto que o grau de escolaridade se encontra intimamente ligado às boas práticas de isolamento, como demonstrou estudo realizado no Brasil, no qual foi

analisada a adesão às medidas de restrição, correlacionando-as a aspectos do paciente, entre os quais estavam o nível de escolaridade. Esse trabalho demonstrou que pessoas com mais anos de estudo cumpriram melhor o isolamento (SZWARCWALD et al., 2020). Assim, pautar as ações que visem a manutenção do isolamento e das boas práticas de etiqueta respiratórias podem ser efetivas nessa população, já que compreende-se que a mesma já faz o isolamento.

Na outra ponta, porém, constata-se situação avessa: pessoas menos escolarizadas cumprem menos o isolamento e são mais vulneráveis a serem atingidos pelo coronavírus (SILVA, 2021; LIMA et al., 2020). Ao deparar-se com essa realidade, deve-se compreender que a mesma é resultado de diversas circunstâncias entrelaçadas, como pobreza, habitação precária, maior densidade de coabitantes dentro do mesmo domicílio, desemprego, que, ao serem somados, geram como resultado cuidados precarizados no isolamento, com maior vulnerabilidade e maior número de casos (ALBUQUERQUE e RIBEIRO, 2021). Dessa forma, ao passo que esses usuários enfrentam mais obstáculos para um isolamento efetivo, suas ações devem ser voltadas para suas especificidades, levando em consideração não somente seu grau de instrução, mas todas, ou pelo menos a maior parte, das nuances que contribuem para o êxito ou insucesso do isolamento, sendo essas ações formadoras de boas práticas.

À medida que temos a informação da baixa adesão aos cuidados de isolamento por parte de pessoas com menor escolaridade, deve-se trabalhar de forma imperiosa o processo de alfabetização em saúde. Conforme descreve Bellinghini (2020):

Alfabetização em saúde é a capacidade de uma pessoa ou população obter, compreender e usar informação em saúde para tomar as decisões adequadas e seguir instruções para prevenção ou tratamento de doenças. Obviamente, essa informação precisa ser clara e acessível, para que a pessoa entenda as instruções do médico, por exemplo, para conseguir ler uma bula, para entender que precisa tomar vacinas ou ficar em casa em tempos de distanciamento social. (2020, Disponível em:<<https://www.revistaquestaodeciencia.com.br/artigo/2020/05/19/pandemia-evidencia-falta-de-alfabetizacao-em-saude-em-todo-o-mundo>>)

Desse modo, contribuindo no processo de alfabetização em saúde, contribuir-se-á para o maior engajamento no isolamento dos pacientes, mitigando os efeitos da pandemia. Porém, para que esse passo seja dado, mais estudos devem ser realizados

sobre a temática, além da necessidade de maior atenção por parte dos administrados e formuladores de políticas públicas a respeito do tema (CARDOSO et al., 2021).

Outra característica sociodemográfica que chama atenção é o quantitativo de pessoas residentes no mesmo domicílio do paciente. A pesquisa trouxe à tona que, embora a maioria residia em domicílio com 2 a 4 pessoas, quase um terço dos participantes vivia com 6 a 8 pessoas. Esse dado nos confere um enfoque na possibilidade da propagação das infecções em ambientes intradomiciliares, visto que as epidemias de infecções respiratórias são mais eficientes e agressivas no espaço intradomiciliar e em outros lugares fechados em que há aglomeração (CÂMARA, 2020).

Além disso, tal fato nos traz uma reflexão: até que ponto a pandemia é democrática? Essa indagação é essencial para entendermos que em situações de pobreza, em que pequenos espaços são compartilhados com grande número de pessoas, havendo maior adensamento domiciliar, os cuidados podem ficar comprometidos, colocando em xeque a saúde não só do paciente, mas também daqueles que coabitam no mesmo espaço (OLIVEIRA et al., 2020). Assim sendo, torna-se indispensável um acompanhamento intenso por parte das equipes de saúde aos pacientes que se encontram em condições análogas a essas citadas, de modo que sejam dirimidos os riscos, na medida do possível.

Ademais, paralelamente às ações citadas no parágrafo anterior, a já mencionada alfabetização em saúde pode e deve ser trabalhada nesses casos, pois, em situações de aglomerados residenciais, em que não há alternativas viáveis para distanciamento intradomiciliar de maneira correta, a etiqueta respiratória atenuaria os possíveis prejuízos advindos do distanciamento, dificultado pelo número elevado de pessoas no mesmo domicílio.

Ainda sobre fatores relacionados à habitação, foi possível observar que quase metade dos participantes residia com ao menos uma pessoa diagnosticada com COVID-19, e quase metade residia com pessoas consideradas do grupo de risco. Essas informações trazem um recorte de uma realidade comum, onde pessoas precisam conviver em aglomerados residenciais, expostas ao risco, quando já há na residência alguém com diagnóstico para COVID-19, fato que por si só merece atenção (SOUSA et al., 2022). Além disso, sugere a possibilidade de que infecções

intradomiciliares estejam se propagando dentro dos próprios domicílios, o que traz a necessidade já citada do fortalecimento dos cuidados dentro das residências.

Mas tal cenário vai além, pois muitos desses coabitantes que têm contato diário com alguém diagnosticado, estão inseridos naquilo que chamamos de trabalhos informais, e isso dificulta o distanciamento social, pois não realizam pausa em suas atividades laborais (WINKLER et al., 2021). Esse grupo de trabalhadores acaba colocando em risco os que estão em isolamento, à medida que saem de suas residências para trabalhar e realizar atividades diversas, fazendo com que a cadeia de contaminação mantenha-se ativa, postergando ainda mais o fim da pandemia (BARROS et al., 2020)

Concernente às comorbidades relatadas pelos participantes, as mais citadas foram hipercolesterolemia, diabetes e as doenças relacionadas ao sistema cardiovascular (angina, infarto e AVC). Estudos que buscaram analisar fatores de risco em pacientes hospitalizados com COVID-19 chegaram a resultados semelhantes, como estudo que averiguou as comorbidades entre indivíduos hospitalizados por síndrome respiratória aguda grave em decorrência da COVID-19, no qual fora constatado que 24,7% dos pacientes internados tinham diagnóstico de diabetes e 41,0% tinha problemas cardiovasculares (NIQUINI et al., 2020).

Em revisão integrativa que objetivou pontuar as principais comorbidades apresentadas por pacientes com COVID-19 no mundo e descrever as características epidemiológicas e clínicas das principais comorbidades associadas ao COVID-19, os autores constaram que entre as comorbidades citadas em toda literatura analisada as cardiopatias ocupam o posto de maior frequência, bem como a diabetes, que está frequente em 33% das pessoas hospitalizadas (FEITOZA et al., 2020).

Os resultados chamam atenção para prevalência significativamente elevada de comorbidades em pacientes com COVID-19, que os coloca em situação de atenção, pois é sabido que pacientes que apresentam tais doenças têm maiores riscos de agravamento do quadro clínico (ARRUDA et al., 2020). Nesse ponto, faz-se necessário engajamento dos serviços de saúde para a formulação de estratégias que visem ofertar a esses pacientes um acompanhamento qualificado, tanto no prisma técnico, com profissionais capazes de detectar situações de piora clínica, como a oferta rápida de atendimento.

Pode ser citado como exemplo o município de Uberlândia, em Minas Gerais, o qual aplica, desde 2017, a estratificação do risco das pessoas com condições crônicas. A diferenciação por risco dos usuários leva em consideração não apenas características individuais, mas, também, tipos e lugares de atenção e sua concentração relativa em cada grupo populacional (BARRA et al., 2020). Segundo os autores, a realização desse processo de estratificação foi essencial na elaboração de planos de ação na pandemia, onde pôde-se mapear pacientes que demandavam maiores cuidados, ofertando-lhes orientações em menor espaço de tempo, devido as suas comorbidades. Esse exemplo demonstra a imperatividade do planejamento quando se enfrenta situações como as da pandemia.

Partindo para a análise dos resultados obtidos com as intervenções, no que diz respeito ao aumento da quantidade de cuidados no isolamento nos grupos de intervenção, quando comparados ao grupo controle, a efetividade confirmada nos revela que ações complementares às orientações para o isolamento dadas durante as consultas com profissionais de saúde impactam e apoiam positivamente o isolamento domiciliar de pacientes com diagnóstico ou suspeitos de COVID-19.

O acompanhamento telefônico, por meio de ligações, o qual foi replicado no G1, já é rotina em unidades de saúde, onde o acompanhamento é feito de forma remota juntos aos pacientes. E, nessas unidades, os profissionais evidenciam que o acompanhamento é importante não só para dar suporte às boas práticas no isolamento, mas, também, na identificação de casos que apresentam maiores possibilidades de agravamento (RODRIGUES et al., 2020). Isso posto, o presente estudo servirá não só para dar maior credibilidade ao acompanhamento por telefone, mas, também, para apontar que esse acompanhamento, com orientações, deve ser feito de forma elaborada e programada, para que bons resultados sejam obtidos. Isso porque, mesmo sendo realizadas intervenções, *a priori*, semelhantes, o G1 apresentou resultados estatisticamente diferentes do G3 (grupo controle).

Inicialmente, os pesquisadores se debruçaram em realizar acompanhamento telefônico pautado em rotinas já estabelecidas pelo MS, por meio de protocolos. Além disso, as orientações referidas pelos pesquisadores, no momento do telefonema, eram ditadas de forma clara e objetiva, priorizando o entendimento do paciente, deixando margem para possíveis questionamentos e esclarecimentos de dúvidas. Ademais, deve-se ter em mente que os pesquisadores tinham número limitado de

peessoas que eram acompanhadas. Em contrapartida, a equipe de saúde realizava acompanhamento de todos os pacientes em isolamento. Além do mais, o número de profissionais é limitado, o que pode por sua vez, prejudicar os resultados do acompanhamento, fazendo com que não haja mudanças nos cuidados dos pacientes (SAVASSI et al., 2020).

Dessa forma, esse tipo de acompanhamento é fundamental para o período de isolamento, mas, para que seja realizado de forma efetiva, ações, como aumento dos profissionais que fazem esse acompanhamento, além de uma roteirização daquilo que é dito nas ligações de acompanhamento, mas que dê margem à flexibilização de acordo com as especificidades de cada paciente, podem ser meios de potencializar esse acompanhamento que é efetivo na manutenção do isolamento domiciliar dos pacientes.

Assim como o G1, o G2, que recebeu mensagens de texto via SMS, apresentou resultados melhores e significativos após a intervenção, confirmando a tese da efetividade do uso desse tipo de tecnologia no suporte ao isolamento domiciliar. Esse resultado, além de confirmar a hipótese da pesquisa, concorda com outros trabalhos que se debruçaram a compreender até que ponto esse tipo de tecnologia pode ser aliada no cuidado das condições de saúde de pacientes em geral.

Uma pesquisa que lançou mão do uso de mensagens de texto para melhorar hábitos alimentares de pacientes com diabetes tipo 2 concluiu que o SMS pode atuar como ferramenta de consolidação de boas práticas, exercendo um papel importante na mudança comportamental dos indivíduos (HOVADICK et al., 2020). Outro estudo, que objetivou identificar as publicações existentes sobre o envio de mensagens do tipo SMS na área da saúde e avaliar o impacto dessa tecnologia na adesão dos pacientes ao tratamento, concluiu que, dos 45 artigos selecionados, 34 (75%) revelaram resultados nos quais o envio de mensagens aumentou adesão dos pacientes ao tratamento da doença em questão (PRADO et al., 2012). Dessa forma, compreende-se que o uso do SMS pode ser colocado na prática diária dos cuidados em saúde, principalmente quando pretende-se mudar hábitos, direcionando-os à uma melhoria da saúde do indivíduo.

No contexto da pandemia, alguns países, como China, já fazem uso da tecnologia do SMS para lançar mensagens em massa, com conteúdos relacionados

aos cuidados para prevenção da COVID-19, como etiqueta respiratória e importância do isolamento domiciliar (YU et al., 2021). Contudo, existem poucos estudos na literatura que buscam aplicar essa mesma tecnologia na manutenção do isolamento. Desse modo, compreende-se que são necessárias ainda mais pesquisas, que investiguem melhor como essa ferramenta pode ser aplicada. Ademais, é importante atentar-se também para a realidade do Brasil, onde o *boom* tecnológico aconteceu há poucos anos, havendo, ainda hoje, desigualdade quanto ao acesso a essas ferramentas tecnológicas por parte da população (SENNE et al., 2020).

É importante destacar que dois cuidados obtiveram resultados estatisticamente significativos após o período de intervenção e foram mais frequentes nos grupos de intervenção: higiene das mãos com produtos adequados e uso de máscara em idas a outros cômodos do domicílio.

Alguns comentários podem ser tecidos concernentes a esses resultados. Pode ser citado, por exemplo, o fato de que ambos os cuidados foram os mais propostos no decorrer da pandemia, seja pelos meios de informação (internet, jornais, rádio, mídias sociais e afins), seja pelos entes governamentais e serviços de saúde (SOUSA et al, 2022). Desse modo, entende-se os mesmos podem ter sido interferidos por esses meios de informação, o que não desabona a pesquisa, mas fortalece ainda mais a ideia da importância da propagação dessas informações pelas mídias e demais meios de comunicação.

Além disso, como ressaltado por Almeida (2020), percebe-se que os acessos às informações referentes a medidas de prevenção possuem um amplo alcance dentre a população, o que facilita a mudança de atitudes e cuidados no momento do isolamento. E, ao passo que essa facilidade por informações existe, é importante que os entes governamentais e aqueles que detêm os monopólios de informação se coloquem à disposição para servirem como ferramenta que auxilie nesses momentos de crise, visto o impacto de suas ações e orientações no dia-a-dia das pessoas. Além disso, traçar estratégias que fortaleçam a prática de outros cuidados e a importância do isolamento são fundamentais para o controle da pandemia.

7 CONCLUSÃO

Frente aos resultados expostos, concluiu-se que intervenções de suporte ao isolamento são importantes para o manejo adequado do processo de isolamento dos pacientes, auxiliando tanto eles quanto seus familiares em melhores condutas para diminuir a possibilidade de infecção em ambiente intradomiciliar. Tanto as mensagens de texto, quanto as ligações, podem ser usadas pelos profissionais de saúde e junto aos pacientes, por serem tecnologias de baixo custo, além de estarem presentes no cotidiano das pessoas em geral.

Nesta pesquisa, foi constatada efetividade de ambas as estratégias, para aumentar a quantidade de cuidados intradomiciliares entre as pessoas que precisam permanecer em isolamento domiciliar em caso de suspeita ou confirmação de COVID-19. Ressalta-se, entretanto, que essas intervenções não substituem as orientações dadas durante as consultas, pois, neste estudo, elas foram implementadas em caráter complementar. Essas intervenções também foram efetivas na mudança de comportamento em relação ao uso de máscara na ida a outros cômodos e na higienização das mãos, que são instruções bastante veiculadas em veículos de comunicação em massa.

Para a generalização desses resultados, convém apresentar a limitação do estudo: embora os grupos formados tivessem características homogêneas, há de se considerar que, como a coleta de dados foi feita com pessoas que buscaram o serviço de saúde, entende-se que o estudo incluiu pessoas que tinham, de alguma forma, a intenção de cuidado com a saúde. Também é necessário informar que o grupo que recebeu as ligações telefônicas tinha mais pessoas que residiam com alguém que teve COVID-19, quando comparado aos outros grupos. Dessa forma, conhecer alguém com o diagnóstico de COVID-19 pode ter funcionado como incentivo à adesão aos cuidados domésticos. Para evitar diferenças entre os grupos, o sorteio dos participantes, após responder ao instrumento de coleta de dados pela primeira vez, foi feita, o que garantiu a homogeneidade em relação a todas as outras características investigadas.

Mais estudos fazem-se necessários, tendo em vista que são escassas na literatura pesquisas que tragam para seu cerne essa temática na abordagem. Também é necessária a divulgação maior, por parte das diversas mídias, de outras

ações de combate à COVID-19, já que o presente estudo demonstrou que as maiores mudanças de comportamento no isolamento do paciente ocorreram em maior grau nos cuidados que são mais evidenciados, como higiene das mãos e uso de máscara.

Além disso, contribuir no processo de alfabetização em saúde por meio das ações propostas no trabalho, ofertando informações embasadas em documentos oficiais, ajudarão a dirimir os efeitos causados pela pandemia, ao passo que aqueles que estão em isolamento poderão colocá-las em prática, servindo de exemplo para os demais que coabitam o ambiente.

REFERÊNCIAS

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 9**. Brasília: MS, 2020. Disponível em: <. Acesso em: 18 nov. 2020.>

ALBUQUERQUE, M.V.; RIBEIRO, L.H.L. Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 12, 2021.

BARBOSA, S.P.; SILVA, A.V.F.G. A prática da atenção primária à saúde no combate da COVID-19. **APS em Revista**, v. 2, n. 1, p. 17, 2020.

BARRA, R.P.; MORAES, E.N.; JARDIM, A.A.; OLIVEIRA, K.K.; BONATI, P.C.R.; ISSA, A.C.; MACHADO, C.J. A importância da gestão correta da condição crônica na Atenção Primária à Saúde para o enfrentamento do COVID-19 em Uberlândia, Minas Gerais. **APS em Revista**, Vol. 2, n. 1, p.38-43, 2020.

BARROS, I.F.; REGES, K.W.P.; SANTOS, M.F.R.D.; ROSENO, D.A. Panorama da situação pandêmica da COVID-19 que aflige principalmente idosos em um estado do nordeste brasileiro. **Anais do VII CIEH...** Campina Grande: Realize Editora, 2020. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/73532>>. Acesso em: 25/02/2023 13:48

BELLINGHINI, R.H. Pandemia evidencia falta de alfabetização em saúde no mundo. **Revista Questão de Ciência**, São Paulo, 24 de maio de 2020. Disponível em:< <https://www.revistaquestaoodeciencia.com.br/artigo/2020/05/19/pandemia-evidencia-falta-de-alfabetizacao-em-saude-em-todo-o-mundo>> . Acesso em: 04 de fevereiro de 2023.

BRASIL, D.; JULEK, J.; CABRAL, L.P.A.; ARCARO, G.; RIBAS, M.C; GASPAR, M.D.R.; BORDIN, D. COVID-19 tents: specialized triage service, a temporal analysis of the patients' profile. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74(Suppl 1), p. 1 – 8. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução Nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012.

CAGNAZZO, T.D.O.; ANDRÉO, B.G.C. COVID-19-: CUIDADOS FARMACEUTICOS DURANTE A PANDEMIA/COVID-19: PHARMACEUTICAL CARE DURING THE PANDEMIC. **Revista Brasileira Multidisciplinar (ReBram)**, v. 23, n. 1, p. 162-179, 2020.

CÂMARA, F.P.; CÂMARA, D.C.P.; MORENO, M. Contágio e virulência: COVID-19 e a próxima pandemia. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 3, n. 5, p. 13353-13357, 2020.

CARDOSO, R.S.S.; PEREIRA, J.M.; SANTANA, A.B.; SÁ, S.P.C.; LINDOLPHO, MDC.; CHRIZOSTIMO, M.M.; SANTANA, R.F. Letramento em saúde na pessoa idosa em tempos de pandemia e infodemia do COVID-19: um desafio mundial. **Santana RF, org. Enfermagem gerontológica no cuidado do idoso em tempos da COVID-19**, p. 19-3, 2021.

CEARÁ. **IntegraSUS. Boletim Epidemiológico Novo Coronavírus**. Disponível em: < <https://integrasus.saude.ce.gov.br/indicadores/indicadores-coronavirus/coronavirus-ceara> > Acesso em: 10 jan. 2022.

COSTA, J.S.; BARBOSA, A.L.N.H.; HECKSHER, M. Desigualdades no mercado de trabalho e pandemia da COVID-19. **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA)**, Brasília, 2021.

DA SILVA, V.V.A. A COVID-19 enquanto questão social: Classe, escolaridade e cor da pandemia no Pará. **Holos**, v. 1, p. 1-14, 2021.

DE MOURA, P.H.; DA LUZ, R.A.; GA, M.J.P.; KLOKNER, S.; TORRICO, G.; KNAPIK, J.; SALES, S.S.; ONOFRE, A.D.; LABIAK, F.P.; YORDI, M.F.; FRASSON, R.; DA ROCHA, R.E.R.; CRUZ, R.M. PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA COVID-19 EM SANTA CATARINA. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde**, v. 9, n. 1, 2021.

DE SOUSA, K.M.P et al. Adesão aos cuidados domésticos de casos suspeitos de COVID-19 em isolamento domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

DOURADO, S.P.D.C. A pandemia de COVID-19 e a conversão de idosos em “grupo de risco”. **Cadernos De Campo (São Paulo91)**, v. 29, n. supl, p. 153-162, 2020.

DUARTE, P.M. COVID-19: Origem do novo coronavírus. **Braz. J. Hea. Rev**, v. 3, n. 2, p. 3585-90, 2020.

DUARTE, R.F. et al. Agente comunitários de saúde frente a COVID-19: Vivências junto aos profissionais de enfermagem. **Enferm. Foco**, v. 11, n. 1, p. 252-56, 2020.

ESCOBAR, A.L; RODRIGUEZ, T.D.M; MONTEIRO, J.C Lethality and characteristics of deaths due to COVID-19 in Rondônia: an observational study. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 30, n.1, p. 1 – 10; 2021.

FEITOZA, T.M.O.; CHAVES, A.M.; MUNUZ, G.T.S.; CRUZ, M.C.C.D.; JUNIOR, I.F.C. Comorbidades e COVID-19. **Revista Interfaces: saúde, humanas e tecnologia**, v. 8, n. 3, p. 711-723, 2020.

GARCIA, L.P.; DUARTE, E. Intervenções não farmacológicas para o enfrentamento à epidemia da COVID-19 no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v. 29, n. 2, e2020222, 2020.

HELLEWELL, J. et al. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. **Lancet Glob Health**, v. 8, p. e488–496, 2020.

HOVADICK, A.C.A.; REIS, I.A.F.; TORRES, H.C. Short Message Service (SMS) e promoção do autocuidado em DM2: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, p. 210-219, 2019.

ISER, B.P.M. et al. Definição de caso suspeito da COVID-19: uma revisão narrativa dos sinais e sintomas mais frequentes entre os casos confirmados. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 3, 2020.

LEVORATO, C.D.; MELLO, L.M.D.; SILVA, A.S.D.; NUNES, A.A. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & saúde coletiva**, v.19, n. 4, p. 1263-1274, 2014.

LIMA, D.L.F.; DIAS, A.A.; RABELO, R.S.; DA DRUZ, I.G.; COSTA, S.C.; NORONHA, F.M.; NERI, J.R. COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 5, p. 1575-1586, 2020.

MACIEL, F.B.M.; SANTOS, H.L.P.C.; CARNEIRO, R.A.S.; SOUZA, E.A.; PRADO, N.M.B.L.; TEIXEIRA, C.F.S. Agente comunitário de saúde: reflexões sobre o processo de trabalho em saúde em tempos de pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4185-95, 2020.

MENDES, E.V et al. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

NIQUINI, R.P et al. SRAG por COVID-19 no Brasil: descrição e comparação de características demográficas e comorbidades com SRAG por influenza e com a população geral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 7, 2020.

NOGUEIRA, J.V.D.; SILVA, C.M da. Conhecendo a origem do SARS-CoV-2 (COVID-19). **Revista Saúde e Meio Ambiente**, v. 11, n. 2, p.115-24, 2020.

OLIVEIRA, R.G.D.; CUNHA, A.P.D.; GADELHA, A.G.S.; CARPIO, C.G.; OLIVEIRA, R.B.; CORRÊA, R.M. Desigualdades raciais e a morte como horizonte: considerações sobre a COVID-19 e o racismo estrutural. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 2020.

PALÁCIO, M.A.V.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 8, n. 2, p. 10-15, 2020.

PEREIRA, V.H.C.; DINIZ, M.T.M.; ROCHA, G.C.; OLIVEIRA JUNIOR, M.A.C. Identificação das rotas iniciais de importação e disseminação da COVID-19 no Brasil. **Geosaberes: Revista de estudos geoeducacionais**, v. 1, n. 1, p. 422-34, 2020.

PETRY, P.C. Epidemiologia em tempos da pandemia COVID-19. **Saberes plurais: educação na saúde**, v. 41, n. 11, p. 6-10, 2020.

PRADO, C.S.; TENÓRIO, J.M.; RUIZ, E.E.S.; ORTOLANI, C.L.F.; PISA, I.T. Impacto da utilização de mensagens do tipo SMS (Short Message Service) como lembrete na adesão ao tratamento de saúde—revisão sistemática da literatura. **Journal of Health Informatics**, v. 4, n. 4, 2012.

RODRIGUES, A.P.; FELIPE, C.R.; LIMA, D.B.; COSTA, L.R.O.; FERNANDES, P.F.; SILVA, R.P.P.; FERNANDES, R.M.; LAZARINI, W.S. Telemonitoramento como estratégia de cuidado longitudinal a grupos prioritários em tempos da COVID-19: uma experiência na atenção primária à saúde do município de Vitória-ES. **APS EM REVISTA, [S. l.]**, v. 2, n. 2, p. 189–196, 2020.

RODRIGUES, L.M.D.; SILVA, R.A.D.; SANTOS, M.L.C.D.; MIRANDA, I.B.; NASCIMENTO, A.K.S.D.; LEMOS, M.B. Crianças com cardiopatia congênita como grupo de risco para a COVID-19: revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 1, p. 2529-2538, 2022.

SANTOS, I.L.D.; ZIMMERMANN, I.L.; DONALÍSIO, M.R.; SANTIMARIA, M.R.; SANCHEZ, M.N.; CARVALHO, J.L.F.D.; BORIM, F.S.A. Vulnerabilidade social, sobrevida e letalidade hospitalar pela COVID-19 em pacientes com 50 anos ou mais: coorte retrospectiva de casos no Brasil em 2020 e 2021. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2022.

SANTOS, L.M dos. A percepção dos profissionais da saúde sobre os princípios da atenção primária em pequenos municípios mineiros. **Revista de administração e inovação hospitalar**, v. 14, n. 4, 2017.

SAVASSI, L.C.M. et al. Ensaio acerca das curvas de sobrecarga da COVID-19 sobre a atenção primária. **J Manag Prim Health Care**, v. 12, p. 1 – 13, 2020.

SENNE, F. et al. Inclusão desigual: uma análise da trajetória das desigualdades de acesso, uso e apropriação da internet no Brasil. **Revista de Direito, Estado e Telecomunicações**, v. 12, n. 2, 2020.

SILVEIRA, R.P. et al. Telemonitoramento da COVID-19 com participação de estudantes de medicina: experiência na coordenação do cuidado em Rio Branco, Acre. **APS em Revista**, v. 2, n. 2, p. 151-61, 2020.

SOARES, F.M.M.; MESQUITA, K.K.B.; DE ANDRADE, C.H.F.; FEITOSA, D.S.L.L.; REBOUÇAS, T.O.; MARQUES, P.G.F.; TEIXEIRA, A.C.M.F. **Fatores associados à vulnerabilidade da não adesão do distanciamento social de trabalhadores na COVID-19**. Revista Enfermagem Atual In Derme, v. 93, p. e020003-e020003, 2020.

SOUSA, K.M.P. et al. Adesão aos cuidados domésticos de casos suspeitos de COVID-19 em isolamento domiciliar. **Escola Anna Nery**, v. 26, 2022.

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

XAVIER, J.S.; CONCEIÇÃO, M.C.; CERQUEIRA, J.M.F.; AQUINO, T.R.; SANTANA, V.R. Telemonitoramento e rastreamento de contatos de casos suspeitos e confirmados da COVID-19. **Práticas e cuidado: Revista de saúde coletiva**, v. 1, n. e11494, p. 1-7, 2020.

YU, Z.; LIU, Y.; YU, Y.; HAN, H.; LI Y. The Study on Public-Interest Short Message Service (SMS) in China during the COVID-19 Pandemic: Mobile User Survey and Content Analysis. **Int J Environ Res Public Health**, v. 18, n. 15, 2021.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

CÓDIGO DO PARTICIPANTE: _____

Telefone(s) para contato com o participante: _____

Data do recrutamento: ____/____/____

Este preenchimento se refere ao: () Recrutamento () 7º dia1 () 14º dia1

Data de preenchimento: ____/____/____

UBS em que o participante foi recrutado: Sede 3

PARTE I - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS (ATENÇÃO! ESTA PARTE DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO MEMBRO 1 DA EQUIPE.)

Qual é a sua data de nascimento? ____/____/____

Qual é o seu sexo: () Feminino () Masculino

Qual é seu estado civil? () Solteiro(a) () Casado(a)/vive junto () Separado(a)/Divorciado(a) () Viúvo(a)

Qual é a sua religião? _____

Como você declararia a cor da sua pele ou raça? () Amarela () Branca () Indígena () Parda () Preta

Quantos anos você estudou? _____ anos

Você mora em Itapiúba? () Sim () Não

Se SIM, em qual bairro você mora hoje? _____

Qual é a sua profissão/ocupação atual? _____

Você tem algum plano de saúde particular? () Sim () Não

Alguma vez, um médico lhe informou que você teve ou tem:

() Colesterol alto (gordura no sangue)

() Diabetes (açúcar no sangue)

() Infarto do miocárdio (ataque do coração)

() Angina (isquemia, má circulação no coração)

() Acidente vascular cerebral (derrame)

() Asma (bronquite asmática)

() Enfisema ou bronquite crônica

() Cálculo (pedra) no rim

() Cálculo (pedra) na vesícula

() Úlcera no estômago ou duodeno

Contando com você, quantas pessoas moram na sua casa? _____

Alguém que você conhece pessoalmente teve diagnóstico confirmado de COVID-19? () Sim () Não

Se SIM, foi alguém que mora com você? () Sim () Não

Alguém que mora com você é considerado grupo de risco para COVID-19? (Exemplificar para o participante) () Sim () Não

PARTE II - CUIDADOS DOMÉSTICOS DO PACIENTE EM ISOLAMENTO DOMICILIAR

Quais cuidados domésticos o participante informa implementar? Nos parênteses, escrever S para SIM, N para NÃO e NSA para NÃO SE APLICA.

- () Permanecer em quarto isolado e bem ventilado;
- () Caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos);
- () Limitar a movimentação do paciente pela casa. locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados;
- () Utilização de máscara todo o tempo. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara sempre que esta estiver úmida ou danificada;
- () Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara;
- () Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro; () Sem visitas ao doente;
- () O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível;
- () O cuidador deve utilizar uma máscara quando estiver perto do paciente. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos;
- () Deve ser realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/depois do contato com o paciente, antes/ depois de ir ao banheiro, antes/ depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas;
- () Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida;
- () Caso alguém do domicílio apresentar sintomas de SG, iniciar com os mesmos cuidados de precaução para pacientes e solicitar atendimento na sua UBS. realizar atendimento domiciliar dos contactantes sempre que possível;
- () Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida;
- () Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso;
- () Evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis;
- () Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes;
- () Lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90°C, deixe secar.

Após preencher o instrumento no momento do REC RUTAMENTO, encaminhar para o próximo membro da equipe para realizar a randomização.

(ATENÇÃO! ESTA PARTE DEVERÁ SER PREENCHIDA PELO MEMBRO 2 DA EQUIPE.)

Marcar com um X o grupo no qual o participante foi alocado após escolher o envelope da caixa.

- () Grupo intervenção - Mensagens de texto
- () Grupo intervenção – Ligação telefônica
- () Grupo controle

APÊNDICE B - Roteiro da ligação telefônica

Roteiro para orientações aos pacientes com suspeita e/ou confirmação de COVID-19 em isolamento domiciliar.
1) Pesquisador: Bom dia / Boa tarde, Sr(a). [nome do participante]! Meu nome é [nome da pessoa que fará a ligação]. Eu sou a pessoa responsável por fazer a ligação na pesquisa a qual o(a) senhor(a) foi convidado a participar, na UBS [dizer o nome da UBS] quando o(a) senho(a) iniciou o isolamento domiciliar. O(a) senho(a) lembra?
2) Como o(a) senhor(a) está se sentindo? <i>[Pergunta aberta para iniciar o diálogo.]</i>
3) O meu objetivo nessa ligação é lhe passar algumas orientações de cuidados domésticos que o(a) senhor(a) deve ter no período em que estiver realizando o isolamento domiciliar, certo?!
4) Iniciarei as orientações agora. Qualquer dúvida, o(a) senhor(a) pode me interromper. <i>[A seguir, serão realizadas as orientações.]</i>
- o Evite sair de casa, receber visitas e ter contato com animais domésticos. Caso o faça, lave as mãos antes e após o contato; - o Evite contato com outras pessoas dentro de casa. Se possível, mantenha-se no quarto individual, arejado e com porta fechada; - o Use um banheiro individual. Se não, limpe-o sempre após o uso com água sanitária ou álcool; - o Toalhas e utensílios de higiene pessoal não devem ser compartilhados com as demais pessoas da casa; o Evite compartilhar objetos dentro de casa. Louças e roupas usadas devem ser lavadas como habitualmente; - o Lave as mãos com frequência com água e sabão durante 20 segundos ou use álcool em gel; - o Evite tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos sujas. Todos que moram com você devem reforçar a higiene das mãos; - o Use máscara sempre que entrar em contato com outras pessoas. Ao tossir ou espirrar, cubra a boca com o braço ou um lenço de papel e, após isso, jogue no lixo; - o Coloque todo o lixo, incluindo lenços de papel e máscaras, em um saco e feche-o quando estiver cheio, colocando, em seguida, dentro de outro saco bem amarrado; - o Vigie os sintomas. Em caso de agravamento, vá para uma unidade de saúde usando máscara a todo momento. Mantenha todos os cuidados por 14 dias ou até a confirmação de exame negativo.
5) O(a) senhor(a) gostaria de fazer alguma pergunta? <i>[Pergunta aberta para finalizar o diálogo].</i>
6) Muito obrigado(a) pela atenção! <i>[Finalizar o diálogo].</i>

APÊNDICE C - Banco de mensagens de texto*

A) MENSAGENS DE TEXTO A SEREM ENVIADAS NO DIA 1:

1. Evite sair de casa, receber visitas e ter contato com animais domésticos. Caso o faça, lave as mãos antes e após o contato.
2. Evite contato com outras pessoas dentro de casa. Mantenha-se no quarto individual, arejado, com a porta fechada.
3. Use um banheiro individual. Se não, limpe-o sempre após o uso com água sanitária ou álcool.
4. Toalhas e utensílios de higiene pessoal não devem ser compartilhados com as demais pessoas da sua casa.
5. Evite compartilhar objetos dentro de casa. Louças e roupas usadas devem ser lavadas como habitualmente.

B) MENSAGENS DE TEXTO A SEREM ENVIADAS NO DIA 2:

6. Lave as mãos com frequência com água e sabão durante 20 segundos ou use álcool em gel.
7. Evite tocar nos olhos, nariz e boca com as mãos sujas. Todos que moram com você devem reforçar a higiene das mãos.
8. Use máscara sempre que entrar em contato com outras pessoas. Ao tossir ou espirrar, cubra a boca com o braço ou um lenço de papel e, após isso, jogue no lixo.
9. Coloque todo o lixo, incluindo lenços de papel e máscaras, em um saco e feche-o quando estiver cheio, colocando, em seguida, dentro de outro saco bem amarrado.
10. Vigie os sintomas. Em caso de agravamento, vá para uma unidade de saúde usando máscara a todo momento. Mantenha todos os cuidados por 14 dias ou até a confirmação de exame negativo.

* Todas as mensagens serão precedidas de [EQUIPE DE PESQUISA COVID-19]. As mensagens foram transcritas das informações contidas do Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde - Versão 9.

APÊNDICE D - Termo de consentimento livre e esclarecido

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a),

Eu, Pedro Holanda Souza Neto, discente do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Nucleadora UECE, gostaria de convidá-lo(a) para participar da pesquisa AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE INTERVENÇÃO DE SUPORTE AO ISOLAMENTO DOMICILIAR DE CASOS SUSPEITOS OU CONFIRMADOS DE COVID-19 IDENTIFICADOS NA ATENÇÃO BÁSICA. Nosso objetivo é avaliar a efetividade de uma intervenção de suporte ao isolamento domiciliar de casos suspeitos ou confirmados de COVID-19, identificados na Atenção Básica, em relação às condutas de rotina implementadas pelas equipes de Saúde da Família. Acreditamos que os resultados nos ajudarão a descobrir quais estratégias de suporte ao isolamento domiciliar de pessoas com suspeita ou confirmação de COVID-19 são efetivas. Isso nos permitirá melhorar o cuidado que é oferecido nos postos de saúde do município de Itapiúna.

Leia as informações a seguir antes de aceitar ou não participar desta pesquisa.

Este estudo tem potencial para avançar o conhecimento de pesquisadores sobre os cuidados às pessoas com suspeita de COVID-19 e evitar o aumento de casos da doença no município de Itapiúna. Os resultados irão servir de base para conhecer a eficácia de cuidados de pessoas com suspeita de COVID-19 e prevenção do aumento de casos.

Além de informações sociodemográficas (como nome, idade, sexo...), buscamos investigar dados que estão relacionados ao motivo que fez o(a) Senhor(a) procurar este posto de saúde. Em seguida, iremos lhe perguntar quais são os cuidados que o(a) Senhor(a) está tendo em sua residência em relação ao isolamento domiciliar necessário à Pandemia de COVID-19. Pedimos a gentileza de responder a todas as perguntas que lhe forem feitas, o que pode durar em torno de 15 minutos.

Caso queira participar, uma pessoa, que faz parte da nossa equipe de pesquisa fará algumas perguntas ao(à) Senhor(a) agora. Suas respostas serão anotadas num formulário. Em seguida, o(a) Senhor(a) participará de um sorteio para fazer parte de um dos dois grupos desta pesquisa. Se for sorteado(a) para participar do primeiro grupo, receberá, no número de

telefone que informar, mensagens de texto curtas, com informações para ajudá-lo(a) a manter o isolamento domiciliar da maneira correta. Participante desse grupo, o(a) Senhor(a) também receberá uma ligação telefônica de uma pessoa da equipe desta pesquisa no 7º e no 14º dia de retorno à sua casa e lhe serão feitas, novamente, algumas das perguntas que o(a) Senhor(a) responderá hoje.

Se for sorteado(a) para participar do segundo grupo, nossa equipe de pesquisa realizará um ligação, onde serão dadas informações para ajudá-lo(a) a manter o isolamento domiciliar da maneira correta. Participante desse grupo, o(a) Senhor(a) também receberá uma ligação telefônica de uma pessoa da equipe desta pesquisa no 7º e no 14º dia de retorno à sua casa e lhe serão feitas, novamente, algumas das perguntas que o(a) Senhor(a) responderá hoje.

Se for sorteado(a) para participar do terceiro grupo, nossa equipe de pesquisa apenas entrará em contato novamente com o(a) Senhor(a) no 7º e no 14º dias de retorno à sua casa. Quando a pessoa responde a essas perguntas nesses três momentos, melhores e mais conclusivos são os resultados encontrados.

O documento com as suas respostas serão guardados num local com segurança. Isso significa que todas as informações sobre o(a) Senhor(a) são confidenciais e não poderão ser usadas para objetivos diferentes dos desta pesquisa. Todos os dados que possam lhe identificar de alguma maneira serão transformados em códigos para que fique anônimo(a) em qualquer análise realizada.

Nossa equipe de pesquisa está usando todos os materiais e equipamentos necessários para proteger a saúde do(a) Senhor(a) e, caso se sinta desconfortável psicologicamente em qualquer momento da realização da pesquisa, o(a) Senhor(a) pode parar de responder ou informar por telefone quando receber as ligações ou mensagens de texto que não deseja mais participar. O número de telefone de nossa equipe de pesquisa, e que entrará em contato com o(a) Senhor(a) no 7º e 14º dias de retorno é (XX) XXXXX - XXXXX. O(A) Senhor(a) pode salvar este número na sua agenda telefônica para saber que se trata de nossa equipe quando a ligação telefônica for feita ou quando receber as mensagens.

Lembre-se que sua participação na pesquisa é voluntária e não implica em nenhum compromisso financeiro entre o(a) Senhor(a), nossa equipe e a instituição responsável pela pesquisa. Sinta-se completamente livre para não participar ou por optar, quando quiser, pelo encerramento de sua participação sem qualquer prejuízo. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de trabalhos científicos (artigos, livros etc.) e divulgados em linguagem acessível para a população. Ao final, você terá contribuído para que saibamos, quais

estratégias são efetivas para ajudar as pessoas com suspeita de COVID-19 a manter o isolamento domiciliar da maneira correta.

Se o(a) Senhor(a) for sorteado(a) para participar do primeiro ou segundo grupo, terá como benefícios direto suporte para manutenção do isolamento domiciliar de forma correta, que será somado ao monitoramento por telefone realizado pela enfermeira deste posto de saúde. Outros benefícios que esta pesquisa pretende trazer: torná-lo(a) multiplicador(a) da importância de colocar em prática os cuidados domésticos corretos para o isolamento domiciliar; contribuir para diminuir a quantidade de pessoas com COVID-19 (sejam elas pessoas que moram na sua residência ou não). Se o(a) Senhor(a) for sorteado(a) para participar do segundo grupo, mesmo não recebendo as mensagens de texto no seu telefone celular durante os dois primeiros dias, no 14º dia receberá informações sobre como continuar mantendo as medidas de precaução de propagação da COVID-19.

Os riscos desta pesquisa para o(a) Senhor(a) são mínimos: poderá se sentir constrangido(a) ao responder algumas perguntas do formulário de coleta de dados por ser com uma pessoa da equipe de pesquisa, que é diferente do profissional de saúde que lhe avaliou hoje. Sentimentos de preocupação, medo e incerteza podem surgir durante as respostas ao instrumento em decorrência do contexto da Pandemia. Isso poderá ser minimizado pelo fato do membro da equipe de pesquisa não trabalhar neste posto de saúde, portanto, nada do que disser influenciará no seu atendimento posterior aqui, as respostas não serão mostradas aos profissionais daqui e nem a outras pessoas que o(a) Senhor(a) conheça de modo a identificá-lo(a). Também não será informado a outras pessoas que o(a) Senhor(a) se trata de caso suspeito ou confirmado de COVID-19. Ainda, se sentir algum desconforto ou alguma dúvida surgir, sinta-se à vontade para conversar com a pessoa que está lhe entrevistando sobre esse sentimento.

O(A) Senhor(a) poderá sentir receio de tocar em algum papel ou material (caneta, por exemplo) que possa ser entregue para outra pessoa, mas o documento que assinar será guardado numa pasta separada, a caneta será jogada no lixo e tudo será limpo com álcool a 70% quando o(a) Senhor(a) sair da sala. Os demais contatos que faremos com o(a) Senhor(a) serão por telefone celular, então não teremos mais contato direto com o(a) Senhor(a) ou com a sua família (se houver). Por favor, guarde a cópia deste termo, que iremos lhe entregar, para consulta posterior e fique à vontade para entrar em contato com a nossa equipe de pesquisa para tirar dúvidas em qualquer momento. Agradecemos a atenção e sua valiosa colaboração!

Em caso de dúvidas, contate-me como responsável pela pesquisa:

Nome: Pedro Holanda Souza Neto **Instituição:** Universidade Estadual do Ceará. **Endereço:** Avenida Doutor Silas Munguba, 1700, Campus Itapery, Serrinha, CEP: 60.740- 903. **Telefone para contato:** (85) 3101-9886. **E-mail:** pedrohsn2016@gmail.com

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário(a) da pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E, declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

XXXXXXX, ____ de _____ de 2022.

Assinatura do participante

Pedro Holanda Souza Neto - Pesquisador responsável

ANEXO A - MEDIDAS DE ISOLAMENTO DOMICILIAR E CUIDADOS DOMÉSTICOS PARA PACIENTES COM SÍNDROME GRIPAL

CUIDADOS DOMÉSTICOS DO PACIENTE EM ISOLAMENTO DOMICILIAR POR 14 DIAS DESDE A DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS DE SÍNDROME GRIPAL		
SEMPRE REPORTAR À EQUIPE DE SAÚDE QUE ACOMPANHA O CASO O SURGIMENTO DE ALGUM NOVO SINTOMA OU PIORA DOS SINTOMAS JÁ PRESENTES		
ISOLAMENTO DO PACIENTE	PRECAUÇÕES DO CUIDADOR	PRECAUÇÕES GERAIS
• Permanecer em quarto isolado e bem ventilado; • Caso não seja possível isolar o paciente em um quarto único, manter pelo menos 1 metro de distância do paciente. Dormir em cama separada (exceção: mães que estão amamentando devem continuar amamentando com o uso de máscara e medidas de higiene, como a lavagem constante de mãos); • Limitar a movimentação do paciente pela casa. Locais da casa com compartilhamento (como cozinha, banheiro etc.) devem estar bem ventilados; • Utilização de máscara todo o tempo. Caso o paciente não tolere ficar por muito tempo, realizar medidas de higiene respiratória com mais frequência; trocar máscara sempre que esta estiver úmida ou danificada; • Em idas ao banheiro ou outro ambiente obrigatório, o doente deve usar obrigatoriamente máscara; • Realizar higiene frequente das mãos, com água e sabão ou álcool em gel, especialmente antes de comer ou cozinhar e após ir ao banheiro; • Sem visitas ao doente; • O paciente só poderá sair de casa em casos de emergência. Caso necessário, sair com máscara e evitar multidões, preferindo transportes individuais ou a pé, sempre que possível.	• O cuidador deve utilizar uma máscara quando estiver perto do paciente. Caso a máscara fique úmida ou com secreções, deve ser trocada imediatamente. Nunca tocar ou mexer na máscara enquanto estiver perto do paciente. Após retirar a máscara, o cuidador deve lavar as mãos; • Deve ser realizada higiene das mãos toda vez que elas parecerem sujas, antes/depois do contato com o paciente, antes/depois de ir ao banheiro, antes/depois de cozinhar e comer ou toda vez que julgar necessário. Pode ser utilizado álcool em gel quando as mãos estiverem secas e água e sabão quando as mãos parecerem oleosas ou sujas; • Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; • Caso alguém do domicílio apresentar sintomas de SG, iniciar com os mesmos cuidados de precaução para pacientes e solicitar atendimento na sua UBS. Realizar atendimento domiciliar dos contactantes sempre que possível.	• Toda vez que lavar as mãos com água e sabão, dar preferência ao papel-toalha. Caso não seja possível, utilizar toalha de tecido e trocá-la toda vez que ficar úmida; • Todos os moradores da casa devem cobrir a boca e o nariz quando forem tossir ou espirrar, seja com as mãos ou máscaras. Lavar as mãos e jogar as máscaras após o uso; • Evitar o contato com as secreções do paciente; quando for descartar o lixo do paciente, utilizar luvas descartáveis; • Limpar frequentemente (mais de uma vez por dia) as superfícies que são frequentemente tocadas com solução contendo alvejante (1 parte de alvejante para 99 partes de água); faça o mesmo para banheiros e toaletes; • Lave roupas pessoais, roupas de cama e roupas de banho do paciente com sabão comum e água entre 60-90°C, deixe secar.