

## Pré-prova da revista

Debate: Em tempos de pandemia pela COVID-19:  
o desafio para a educação em saúde

Maria Augusta Vasconcelos Palácio e Iukary  
Takenami



DOI: <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01530>

Recebido: 13 abril 2020

Aceito: 28 abril 2020

Por favor cite esse artigo como: Palácio MAV, Takenami I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. Vigil Sanit Debate. 2020, <https://doi.org/10.22239/2317-269x.01530>

Este é um manuscrito não editado que foi aceito para publicação. A Visa em Debate está fornecendo a versão inicial do manuscrito como um serviço para nossos autores e leitores. O manuscrito passará por revisão, normalização, paginação e edição antes de ser publicado em sua versão final. Ressaltamos que durante o processo de produção podem ser descobertos erros que afetem o conteúdo, porém todas as isenções legais se aplicam à revista.

4  
5 **Em tempos de pandemia pela COVID-19:**  
6 **o desafio para a educação em saúde**

7  
8 **In times of pandemic by COVID-19:**  
9 **the challenge for health education**

10  
11 **Título corrido:** COVID-19: o desafio para a educação em saúde

12  
13  
14 **RESUMO**

15 Trata-se de um ensaio que busca refletir sobre os desafios e as perspectivas de  
16 educar em saúde frente a pandemia da doença causada pelo novo coronavírus  
17 2019 (COVID-19). Com base na reflexão sobre o atual cenário, são apontadas  
18 algumas dificuldades encontradas por autoridades e profissionais de saúde que  
19 estão na linha de frente acerca da educação da população para seguir as  
20 recomendações dos órgãos oficiais de saúde. As clássicas formas de prevenção,  
21 de grande importância para a saúde pública, como o isolamento social e a  
22 adoção de bons hábitos de higiene da população, ainda encontram barreiras  
23 para serem implementadas.

24 **PALAVRAS-CHAVE:** COVID-19; Pandemia; Educação em Saúde.

25  
26 **ABSTRACT**

27 This is an essay that seeks to reflect on the challenges and perspectives of health  
28 education in the face of the pandemic of disease caused by the new coronavirus  
29 2019 (COVID-19). Based on the reflection on the current scenario, some  
30 difficulties are pointed out by authorities and professionals health who are at the  
31 forefront on the education of the population to follow the recommendations of  
32 official health agencies. The classic forms of prevention, of great importance for  
33 public health, such as isolation and the adoption of hygiene habits by the  
34 population, still face barriers to be implemented.

35 **KEYWORDS:** COVID-19; Pandemic; Health Education.

## 37 **Introdução**

38 Diante da pandemia da doença causada pelo novo coronavírus 2019  
39 (COVID-19), surgem inquietações daqueles que pesquisam e atuam nos campos  
40 da Saúde e da Educação sobre um dos maiores desafios da prática do  
41 profissional de saúde – a Educação em Saúde. O cenário é de preocupação não  
42 apenas pelo avanço do vírus, mas pela dificuldade de adoção de medidas  
43 simples de cuidado em saúde, principalmente, aquelas relacionadas à  
44 prevenção e combate à doença. Essas medidas, consideradas clássicas na  
45 saúde pública, como o isolamento e a quarentena, foram amplamente utilizadas  
46 desde o século XIV e até meados do século XIX. A abrangência e o impacto  
47 dessas medidas influenciaram significativamente o curso das epidemias, como  
48 a varíola, peste bubônica, gripe espanhola, entre outras<sup>1</sup>.

49 Naquela época, não existia o arcabouço tecnológico e científico disponível  
50 na atualidade. As políticas de saúde pública visavam apenas interferir no meio  
51 ambiente e no controle da transmissão das doenças. As equipes de saúde eram  
52 constituídas, majoritariamente, por agentes sanitários e poucos médicos<sup>2</sup>.  
53 Somente na década de 1920, os fatores sociais que interferem nas condições de  
54 saúde da coletividade passaram a ser abordados nos serviços de saúde pública,  
55 com ações de vigilância sanitária, assim como a divulgação da importância da  
56 higiene individual e incorporação do médico como profissional do serviço de  
57 saúde<sup>2,3</sup>.

58 Até o final do século XIX os agentes biológicos, causadores das  
59 epidemias, eram desconhecidos. Curiosamente, quando a pandemia da gripe  
60 espanhola acabou, foram precisos mais 13 anos para que os pesquisadores  
61 encontrassem a causa, um vírus conhecido como Influenza A<sup>4</sup>. Por outro lado, o  
62 avanço científico e tecnológico permitiu ao mundo conhecer em poucas semanas  
63 o agente etiológico da COVID-19, o coronavírus da síndrome respiratória aguda  
64 grave 2 (SARS-CoV-2)<sup>5</sup>. Mesmo diante de tantos avanços científicos e  
65 tecnológicos observam-se grandes dificuldades em transpor, de forma  
66 apropriada, as medidas clássicas de saúde pública para um mundo globalizado.

67 Amplamente divulgadas, as recomendações dos órgãos de saúde para  
68 conter o avanço da epidemia no Brasil, têm enfrentado resistência e revelado  
69 muitos limites e desafios para profissionais de saúde, sobretudo, em relação às

70 práticas de educação em saúde. Essas ainda encontram-se fortemente  
71 marcadas por concepções tradicionais e verticalizadas, e tem se revelado de  
72 forma pontual e fragmentada nas ações de assistência e vigilância à saúde.  
73 Ademais, a massiva veiculação de informações falsas ou divergentes daquelas  
74 oficiais tem comprometido a adesão da população às recomendações de  
75 prevenção à COVID-19.

76 Muitas pessoas recebem informações e orientações, acompanham a  
77 rápida expansão da doença pelo mundo, mas mostram-se pouco receptivas às  
78 recomendações que chegam até elas. Educar é tão difícil assim? Ou os meios  
79 de comunicação não são efetivos? Como explicar a necessidade de medidas  
80 mais radicais serem impostas para que as pessoas entendam que é preciso  
81 cautela, prevenção e vigilância? Onde está o erro? Ou o que se precisa fazer  
82 para mudar essa situação? Diante do não cumprimento voluntário por interesses  
83 incompatíveis com o bem-estar da população, muitos órgãos municipais se viram  
84 obrigados a impor em seus territórios ações fiscais e administrativas para  
85 proteger a população de um risco sanitário. Assim, nas últimas semanas, a  
86 divulgação de decretos municipais por todo território nacional, determinando o  
87 fechamento temporário de estabelecimentos não essenciais, o uso obrigatório  
88 de equipamentos de proteção individual como máscaras, luvas, higienização do  
89 ambiente em serviços essenciais e a implantação de barreiras de controle  
90 sanitário nas entradas e saídas dos municípios, foram algumas das medidas  
91 implementadas para que a população permaneça em distanciamento social,  
92 medida essencial para contenção do SARS-CoV-2.

93 A compreensão sobre a educação em saúde aqui tecida, nasce do  
94 entendimento proposto por Schall e Struchiner (1999)<sup>6</sup> ao defini-la como um  
95 campo multifacetado, formado por distintas concepções, oriundas tanto da área  
96 da saúde quanto da educação<sup>6</sup>. A saúde, sobretudo, no âmbito da sua  
97 promoção, não se faz sem a educação, sem os princípios teóricos e  
98 metodológicos que orientam esse campo. Talvez, esse seja o maior desafio,  
99 promover esse diálogo, compreendendo também que todo esse processo requer  
100 a participação do indivíduo e maior compreensão sobre o seu contexto de vida.

101 Acrescenta-se a esse conceito a reflexão proposta por Parreira (2018)<sup>7</sup>,  
102 ao discutir os caminhos e percursos necessários à educação em saúde. Para a  
103 autora, o profissional de saúde tem recebido o desafio de mediar processos,

104 atuar na mobilização de grupos e no diálogo com segmentos populacionais de  
105 diferentes culturas, que possuem expectativas diferentes em relação a si – sua  
106 saúde e aos serviços de saúde. Por sua vez, demanda dos profissionais de  
107 saúde, habilidades e atitudes para a ação educativa em seu processo de  
108 trabalho<sup>7</sup>, o que nem sempre é possível devido à pressão assistencial elevada.

109 As práticas educativas precisam englobar o conhecimento de ambos os  
110 lados – saúde e educação – para que as ações de cuidado sejam exitosas – aqui  
111 inclui prevenção, proteção, promoção, reabilitação, cuidados paliativos, e não  
112 apenas a cura de doenças. Contudo, esse êxito apenas será alcançado quando  
113 se assume o entendimento de que educar em saúde requer práticas dialógicas,  
114 inovadoras e que defendam a *“busca pela democratização não somente das*  
115 *informações, mas dos saberes, e das diferentes culturas”*<sup>7</sup> (p.21). Quais os  
116 desafios enfrentados diante da pandemia da COVID-19 no contexto das práticas  
117 de educação em saúde? Embora as práticas de educação em saúde façam parte  
118 do processo de trabalho de profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), da  
119 atenção especializada, da vigilância em saúde, tendem a ser relegadas a um  
120 segundo plano, por quê?

121

122

### 123 ***Um novo vírus e “velhos” desafios para a saúde pública***

124 A nova variante do coronavírus, denominada SARS-CoV-2, foi identificada  
125 pela primeira vez em dezembro de 2019, em Wuhan, Província de Hubei, China.  
126 O vírus se espalhou para outras regiões da China e, rapidamente, avançou para  
127 diferentes países e territórios. Dados divulgados em 04 de abril de 2020 pela  
128 *Johns Hopkins University* mostram que já são 1.196.553 infectados, 64.549  
129 óbitos e 181 países atingidos<sup>8</sup>. No Brasil, nesta mesma data, foram confirmados  
130 10.278 casos e 431 óbitos. Há notificações de casos confirmados de infecção  
131 pelo SARS-CoV-2 em todos os estados e no Distrito Federal<sup>8</sup>.

132 A transmissão do vírus ocorre, principalmente, por gotículas, secreções  
133 respiratórias ou contato direto com o indivíduo infectado<sup>9</sup>. O período de  
134 incubação pode variar de 4 a 14 dias. Após esse período, surgem os primeiros  
135 sinais e sintomas relacionados a síndrome respiratória aguda grave, como febre,  
136 tosse seca, dor de garganta e, em alguns casos, insuficiência respiratória. O  
137 diagnóstico da infecção pelo SARS-CoV-2 baseia-se na detecção do ácido

138 nucleico viral através de uma reação em cadeia da polimerase com transcriptase  
139 reversa em tempo real (RT-qPCR)<sup>10,11</sup>. Mais recentemente, com o objetivo de  
140 acelerar a detecção dos indivíduos infectados e quebrar o ciclo de transmissão  
141 da doença, o governo brasileiro anunciou a compra de testes rápidos  
142 (imunocromatografia). O tratamento é basicamente suporte clínico por meio da  
143 hidratação, repouso, uso de antitérmicos e, eventualmente, suplementação de  
144 oxigênio ou ventilação mecânica<sup>11</sup>. Assim, o diagnóstico precoce e a imposição  
145 de barreiras sanitárias são importantes estratégias para conter os avanços da  
146 COVID-19, uma vez que não há medicamentos específicos para o tratamento da  
147 doença.

148 O avanço do vírus a nível mundial estimulou os governos a recorrerem às  
149 tradicionais medidas de saúde pública, como higiene, isolamento, quarentena,  
150 distanciamento social, restrição do tráfego aéreo e transportes terrestres, com o  
151 fechamento de fronteiras em muitos países<sup>9,12,13</sup>. Essas ações são direcionadas  
152 a prevenção da infecção e mitigação da disseminação do vírus, em uma corrida  
153 contra o tempo na busca por respostas em relação ao tratamento das pessoas  
154 infectadas, desenvolvimento de uma vacina, e na prevenção de um colapso dos  
155 sistemas de saúde.

156 Diferentemente dos séculos passados, a saúde pública possui,  
157 atualmente, importantes aliadas no combate à COVID-19. As tecnologias digitais  
158 de informação e comunicação (TIC) podem contribuir para minimizar o impacto  
159 da disseminação, permitindo um maior alcance das práticas de educação em  
160 saúde. As tecnologias da era digital têm exercido um papel fundamental na  
161 divulgação de informações pertinentes à doença, como orientação da população  
162 sobre dados epidemiológicos, avanços e perspectivas na ciência, medidas de  
163 prevenção e controle, ajuda psicológica e especializada. Todas essas  
164 informações são amplamente divulgadas nas mídias sociais, por meio de vídeos,  
165 estudos científicos, animações, simulações, aplicativos de monitoramento e  
166 informações compartilhadas em grupos de aplicativos de mensagens. A COVID-  
167 19 é a primeira grande pandemia da era das mídias sociais, o que tem promovido  
168 oportunidades para a rápida distribuição de informações em tempo real e isso  
169 fortalece a cooperação humanitária no combate a afecção<sup>14</sup>.

170 Embora as TIC sejam indispensáveis nesse momento e contribuam para  
171 práticas inovadoras em educação em saúde, principalmente em tempos de

172 isolamento, quarentena e distanciamento social, podem também ser uma  
173 poderosa ferramenta na divulgação de informações duvidosas e não confiáveis.  
174 Assim, paralelo à pandemia da COVID-19, a Organização Mundial de Saúde  
175 (OMS) tem enfrentado outra epidemia que têm mudado a forma como os  
176 indivíduos se relacionam com a saúde, descredibilizando os esforços da ciência  
177 na luta contra a COVID-19. Esse movimento de disseminação de notícias falsas,  
178 também conhecido como *fake news* ou movimento “anticiência”, apenas  
179 prejudica o trabalho dos profissionais, pesquisadores e gestores de saúde. É  
180 bem verdade que as mídias sociais são grandes aliadas na propagação de  
181 informações sobre medidas de prevenção e dados sobre a distribuição de casos.  
182 Contudo, tem o poder de disseminar notícias falsas, na mesma proporção<sup>15,16</sup>.  
183 Neste momento de pandemia, o pânico e o medo têm se espalhado globalmente  
184 nas mídias sociais muito mais rápido que o vírus<sup>15</sup>.

185 De acordo com Mian e Khan (2020)<sup>16</sup>, informações básicas sobre formas  
186 de transmissão e prevenção podem ser desacreditadas por algumas fontes não  
187 oficiais<sup>16</sup>. Algumas informações que prometem a cura do vírus com remédios  
188 caseiros, como comer alho e tomar vitamina C, estão entre as medidas mais  
189 veiculadas, mesmo sem nenhuma evidência científica. Informações como estas  
190 podem gerar confusão na população e um descrédito em relação às orientações  
191 dos órgãos de saúde, levando a uma maior propagação do vírus<sup>16</sup>. Esse cenário  
192 contribui ainda mais para a ineficiência das práticas de educação em saúde.

193 A pandemia da COVID-19 tem revelado outra dimensão na qual a  
194 educação em saúde requer estratégias diversas para alcançar seu objetivo,  
195 dentre elas, as crenças pessoais, a visão de mundo amplamente influenciada  
196 por fatores históricos, culturais e sociais, que irão determinar as escolhas dos  
197 indivíduos.

198 Estudo realizado por Lima *et al.*<sup>18</sup> sobre aspectos comportamentais, valores e  
199 crenças da população cearense frente a pandemia da COVID-19, mostrou que alguns  
200 grupos estão mais vulneráveis à infecção, dentre eles, homens, indivíduos com baixa  
201 escolaridade, idosos a partir de 80 anos e aqueles residentes em municípios localizados  
202 do interior do estado. Esse resultado é reflexo, em grande parte, da minimização da  
203 propagação do vírus e descumprimento de medidas recomendadas pelas autoridades  
204 sanitárias. Os idosos entrevistados estão cumprindo, parcialmente, a quarentena,  
205 acreditam que a pandemia não é uma ameaça “real” e que o clima cearense favorecerá

206 a diminuição de casos da COVID-19. Curiosamente, indivíduos que residem no interior  
207 do estado e/ou que possuem o ensino fundamental concluído, também compartilham o  
208 mesmo pensamento. Ademais, verifica-se que o gênero masculino está associado a não  
209 realização voluntária da quarentena<sup>17</sup>.

210 Dessa forma, observa-se que muitos fatores influenciam a resposta dos  
211 indivíduos às práticas de educação em saúde e que estas podem causar conflitos e  
212 divergências nos saberes e práticas de saúde. Assim, a compreensão sobre a visão de  
213 mundo dos indivíduos, as crenças, os aspectos sociais, familiares e culturais podem  
214 representar um grande desafio para os profissionais que estão diretamente envolvidos  
215 no enfrentamento à pandemia pela COVID-19, seja nas práticas de cuidado, de  
216 vigilância, no planejamento e na gestão em saúde.

217

### 218 ***Educação em saúde – o desafio em transpor a teoria***

219 As discussões sobre o conceito de educação em saúde convidam à  
220 reflexão sobre como alcançar um “ideal teórico” que possa se materializar em  
221 “práticas concretas” nos mais variados contextos de atuação dos profissionais  
222 de saúde, desde a APS, espaço singular para aprofundar as ações de educação  
223 em saúde e trabalhar cotidianamente as relações de afeto e cuidado necessários  
224 ao processo educativo, até os níveis de atenção que oferecem uma maior  
225 densidade tecnológica. Não há um espaço único para que a educação em saúde  
226 seja realizada, pois ela requer encontros entre os sujeitos e esses podem  
227 acontecer em todos os lugares.

228 De acordo com Schall e Struchiner (1999)<sup>6</sup>, a educação em saúde, no  
229 Brasil, compreende a aprendizagem sobre as doenças e como preveni-las, bem  
230 como seus efeitos sobre a saúde. Por outro lado, está fortemente atrelada ao  
231 conceito de promoção da saúde, proposto pela OMS. Esse conceito reflete no  
232 empoderamento da população. “*É a capacitação da comunidade para atuar na*  
233 *melhoria da sua qualidade de vida e saúde*”<sup>18</sup>, é oferecer os meios (informações  
234 e recursos necessários) para que ela possa se prevenir, cuidar da família, do  
235 ambiente, da sua comunidade e alcançar saúde, no seu sentido positivo, e  
236 qualidade de vida.

237 Para além desse entendimento, a educação em saúde é compreendida  
238 como um “*processo político pedagógico que requer o desenvolvimento de um*



239 *pensar crítico e reflexivo que desperte no indivíduo a sua autonomia e*  
240 *emancipação enquanto sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas*  
241 *decisões de saúde para o cuidar de si, de sua família e da coletividade*<sup>19</sup> (p.341).

242 Contudo, em um cenário de tantas incompreensões, como ensinar o outro a  
243 pensar criticamente e de forma reflexiva? Como despertar nele a sua autonomia  
244 e emancipação? Como ele pode transformar esse conhecimento em decisões  
245 corretas para cuidar de si e do coletivo?

246 Chega-se a outro ponto dessa reflexão. O envolvimento do coletivo e não  
247 apenas do individual nas práticas de cuidado em saúde. E é o que o cenário da  
248 pandemia da COVID-19 tem revelado, a dificuldade de envolver o coletivo ou  
249 uma parcela dele, na adoção de medidas, como a quarentena e distanciamento  
250 social, que apesar de validadas pelos órgãos de saúde, não tem encontrado  
251 tanta adesão, proporcionando maior disseminação do vírus.

252 No escopo desses desafios à educação em saúde, resgata-se um  
253 histórico de intervenções educativas pontuais, restritas aos programas de saúde  
254 no âmbito de APS, com pouca articulação aos outros programas e setores, a  
255 exemplo da vigilância sanitária, conforme destaca Lucena (2018)<sup>20</sup>. Segundo a  
256 autora, *“A vigilância sanitária herdou uma tradição normatizadora e cartorial em*  
257 *seu processo de trabalho que, por vezes, dificulta a adoção de abordagens*  
258 *educacionais abertas e inovadoras*<sup>20</sup> (p.57). Como saída, a autora salienta que  
259 embora a vigilância sanitária precise incorporar o saber popular para superar o  
260 informe vertical sobre riscos, a adoção de práticas inovadoras, pautadas em  
261 metodologias ativas de aprendizagem, dialógicas e promotoras de autonomia  
262 tem demonstrado avanços nas abordagens de educação em saúde na vigilância  
263 sanitária<sup>20</sup>.

264 As mesmas recomendações, por repetidas vezes, trabalhadas em  
265 práticas de educação em saúde em unidades de saúde, escolas, unidades  
266 produtoras e comercializadoras de alimentos – orientações sobre higienização  
267 das mãos e de alimentos, uso de equipamentos de proteção individual, como  
268 máscaras e luvas – já deveriam ser práticas recorrentes, garantindo melhores  
269 condições de saúde e bem-estar individual e coletiva. No caso da saúde, na  
270 prática, o que tem sido avaliado é que a manutenção de hábitos e  
271 comportamentos inadequados tornam os ambientes de atenção à saúde, locais

272 inseguros, tanto para os trabalhadores como para os pacientes e seus  
273 respectivos acompanhantes<sup>21, 22</sup>.

274 Outro desafio que deveria ser considerado é o alcance que as mídias  
275 sociais proporcionam, no que se refere ao rápido e fácil acesso às informações.  
276 As mídias sociais se tornaram um dos caminhos, talvez o mais predominante, de  
277 acesso às informações. Nesse sentido, cabe à saúde pública encontrar melhores  
278 estratégias para se comunicar sobre os planos de mitigação da COVID-19 por  
279 meio desses espaços de comunicação<sup>14</sup>. Os indivíduos passaram a participar de  
280 forma ativa e a terem uma maior autonomia na busca do conhecimento. Por outro  
281 lado, em um país com um perfil demográfico e cultural diverso, o acesso à  
282 *internet* e às mídias sociais a toda a população ainda não é uma realidade.

283 Nesse sentido, questionamentos emergem nessa discussão: como  
284 promover educação em saúde a grupos populacionais que não possuem acesso  
285 à *internet*? Como fazer chegar a informação cientificamente validada à toda  
286 população? É possível aliar às tecnologias às práticas de educação em saúde  
287 para conhecer o outro, sua realidade? Identificar, na comunidade, indivíduos que  
288 possam ajudar nesse processo de educação, a partir da construção de redes de  
289 colaboração? Cabe aqui refletir sobre algumas saídas para esse problema no  
290 combate à COVID-19.

291 Nesse cenário de pandemia, outras estratégias educativas têm sido  
292 utilizadas, como o papel da vigilância em saúde nas barreiras sanitárias,  
293 tentando levar orientações a um maior número de indivíduos, e as já  
294 mencionadas, veiculadas por diferentes TIC. No entanto, vale lembrar que “*não*  
295 *se aprende por acumulação ou por motivos utilitários, mas por ganho de*  
296 *significado e de sentido*”<sup>7</sup> (p.21). Aprende-se, sobretudo, pelo compartilhamento de  
297 experiências e práticas, intermediado pela construção de um pensamento crítico  
298 e reflexivo.

299 As estratégias de educação em saúde precisam estar ancoradas em  
300 propostas pedagógicas libertadoras<sup>6</sup>, que sejam construídas a partir de um maior  
301 conhecimento do contorno geográfico, social, político, cultural do indivíduo,  
302 família e comunidade<sup>19</sup>. Esse pensamento recorre aos ideais freirianos, da  
303 necessidade de conhecer a realidade do outro – sujeito das práticas de saúde,  
304 e de autores que também defendem a aprendizagem pela experiência, como  
305 John Dewey (1859 – 1952) e Célestin Freinet (1896 – 1966). Desta forma, deve-

306 se conhecer o outro e valorizar seus saberes, procurar meios que não sejam  
307 apenas reflexo de práticas reducionistas, impositivas e pontuais.

308 Educação não se constrói da noite para o dia. É um processo e como tal,  
309 requer a busca pelos melhores caminhos. O compartilhamento de experiências  
310 inovadoras nascidas nas salas de aula e em campos de práticas na área da  
311 saúde, em projetos de extensão e na pesquisa científica, representam  
312 importantes estratégias para agregar conhecimento e ampliar o olhar para as  
313 possibilidades de fazer educação em saúde com o outro. Entende-se que este  
314 momento é propício a se repensar as práticas de educação em saúde e valorizá-  
315 las, cotidianamente, nos serviços de saúde, nos diferentes níveis de atenção,  
316 como estratégia transversal à prática de todos os profissionais envolvidos no  
317 cuidado em saúde.

318

### 319 ***Para não concluir...***

320 A pandemia da COVID-19 tem acendido o alerta sobre diversas situações  
321 para as quais o mundo não estava preparado. Um novo vírus, sem tratamento  
322 ainda comprovado, nem vacina para sua prevenção. Trouxe também um alerta  
323 sobre os baixos investimentos em saúde, pois mesmo países desenvolvidos têm  
324 enfrentado a falta de insumos básicos, como equipamentos de proteção  
325 individual para profissionais de saúde. Além disso, os impactos sociais e  
326 econômicos que medidas como o distanciamento social, fechamento de  
327 fronteiras e proibição de funcionamento de serviços não essenciais, como o  
328 comércio e alguns setores da indústria, têm causado. E permeando todo esse  
329 cenário, a dificuldade encontrada por autoridades de saúde e profissionais que  
330 estão na linha de frente sobre a educação da população para seguir as  
331 recomendações dos órgãos oficiais de saúde. As “clássicas formas” de  
332 prevenção, de grande importância para a saúde pública, relacionada aos hábitos  
333 de higiene da população ainda encontram barreiras para serem implementadas.  
334 Soma-se a isso, a divulgação de notícias falsas, principalmente, nas redes  
335 sociais e certo descrédito em relação ao que o mundo está vivendo. Diante de  
336 tantos problemas e incertezas, acredita-se que este tenha sido um dos maiores  
337 desafios atuais, ***educar em saúde.***

338

### 339 **Referências**

- 340 1. Teixeira MG, Costa MCN, Carmo EH, Oliveira WK, Penna GO. Vigilância em  
341 Saúde no SUS - construção, efeitos e perspectivas. *Ciência & Saúde*  
342 *Coletiva*. 2018;23(6),1811-1818. doi:10.1590/1413-81232018236.09032018
- 343 2. Ferreira JBB, Forster AC. Epidemiologia e políticas de saúde. In: Passos  
344 ADC, Franco LJ, organizadores. *Fundamentos de epidemiologia*. Barueri:  
345 Manole; 2011. p. 319-337.
- 346 3. Merhy EE. *O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas*  
347 *sanitárias no estado de São Paulo*. Campinas: Papyrus; 1987.
- 348 4. Goulart AC. Revisitando a espanhola: a gripe pandêmica de 1918 no Rio de  
349 Janeiro. *Hist Cienc Saude-Manguinhos*. 2005;12(1):101-142.  
350 doi:10.1590/S0104-59702005000100006
- 351 5. Zhu Z, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. Novel Coronavirus from  
352 Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med*. 2020;20;382(8):727-  
353 733. doi:10.1056/NEJMoa2001017
- 354 6. Schall V, Struchiner M. Educação em saúde: novas perspectivas. *Cad Saúde*  
355 *Pública*. 1999;15(suppl.2):S4-S6. doi:10.1590/S0102-311X1999000600001
- 356 7. Parreira CMFS. Educação em Saúde – Caminhos e percursos para uma vida  
357 saudável. In: Lacerda E, Hexsel R, organizadores. *Educação em Vigilância*  
358 *Sanitária. Textos e Contextos*. Caderno 1. Brasília: ANVISA, 2018. p. 18-25.
- 359 8. Johns Hopkins CSSE. Casos de vírus corona 2019-nCoV (The Living Atlas).  
360 2020. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- 361 9. Lake MA. What we know so far: COVID-19 current clinical knowledge and  
362 research. *Clin Med*. 2020;20(2):124-127. doi:10.7861/clinmed.2019-coron
- 363 10. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, Ou CQ, He JX, et al. Clinical  
364 Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020.  
365 doi:10.1056/NEJMoa2002032
- 366 11. Jin YH, Cai L, Cheng ZS, Cheng H, Deng T, Fan YP, et al. A rapid advice  
367 guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-  
368 nCoV) infected pneumonia. *Mil Med Res*. 2020;7(1):4. doi:10.1186 / s40779-  
369 020-0233-6
- 370 12. Wilder-Smith, A, Freedman, D.O. Isolation, quarantine, social distancing and  
371 community containment: pivotal role for old-style public health measures in  
372 the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 2020;27(2).  
373 doi:https://doi.org/10.1093/jtm/taaa020

- 374 13. Pan X, Ojcius DM, Gao T, Li Z, Pan C, Pan C. Lessons learned from the  
375 2019-nCoV epidemic on prevention of future infectious diseases. *Microbes*  
376 *Infect.* 2020;22(2):86-91. doi:10.1016/j.micinf.2020.02.004
- 377 14. Guest JL, Del Rio C, Sanchez T. The three steps needed to end the COVID-  
378 19 pandemic: bold public health leadership, rapid innovations, and  
379 courageous political will. *JMIR Public Health Surveill.* 2020;6(2):e19043.  
380 doi:10.2196/19043
- 381 15. Boulos MNK, Geraghty EM. Geographical tracking and mapping of  
382 coronavirus disease COVID-19/severe acute respiratory syndrome  
383 coronavirus 2 (SARS-CoV-2) epidemic and associated events around the  
384 world: how 21st century GIS technologies are supporting the global fight  
385 against outbreaks and epidemics. *Int J Health Geogr.* 2020;19(1):8.  
386 doi:10.1186/s12942-020-00202-8
- 387 16. Mian A, Khan S. Coronavirus: the spread of misinformation. *BMC Med.*  
388 2020;18(1):89. doi:10.1186/s12916-020-01556-3
- 389 17. Lima DLF, DIAS AA, Rabelo RS, Cruz ID, Costa SC, Nigri FMN, et al. COVID-  
390 19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da  
391 pandemia. *Cien Saude Colet.* 2020[acesso 10 abr 2020]. Disponível em:  
392 [http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-estado-do-](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-estado-do-ceara-comportamentos-e-crencas-na-chegada-da-pandemia/17540)  
393 [ceara-comportamentos-e-crencas-na-chegada-da-pandemia/17540](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/covid19-no-estado-do-ceara-comportamentos-e-crencas-na-chegada-da-pandemia/17540)
- 394 18. Brasil. Ministério da Saúde. As cartas de promoção à saúde. Brasília, 2002.  
395 Disponível em:  
396 [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf).
- 397 19. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso  
398 MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas  
399 do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2007;12(2),335-342.  
400 doi:10.1590/S1413-81232007000200009
- 401 20. Lucena RCB. Educavisa – Considerações para análise no contexto da  
402 política de saúde brasileira. In: Lacerda E, Hexsel R, organizadores.  
403 Educação em Vigilância Sanitária. Textos e Contextos. Caderno 1. Brasília:  
404 ANVISA, 2018. p. 54-58.
- 405 21. Mota EC, Barbosa DA, Silveira BRM, Rabelo TA, Silva NM, Silva PLN, et al.  
406 Higienização das mãos: uma avaliação da adesão e da prática dos

407 profissionais de saúde no controle das infecções hospitalares. Rev Epidemiol  
408 Control Infect. 2014;4(1):12-7. doi:10.17058/reci.v4i1.4052  
409 22. Gomes AC, Carvalho PO, Lima ETA, Gomes ET, Valença MP, Cavalcanti AA.  
410 Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em  
411 Unidade de Terapia Intensiva. Rev enferm UFPE. 2014;8(6):1577-85.  
412 doi:10.5205/reuol .5876-50610-1-SM.0806201417  
413