

Estado da publicação: O preprint foi publicado em um periódico como um artigo
DOI do artigo publicado: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.07192020>

COVID-19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia

Danilo Lopes Ferreira Lima, Aldo Angelim Dias, Renata Sabóia Rabelo, Igor Demes da Cruz,
Samuel Carvalho Costa, Flávia Maria Noronha Nigri, Jiovanne Rabelo Neri

<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.14>

Submetido em: 2020-04-08

Postado em: 2020-04-09 (versão 1)

(AAAA-MM-DD)

Ciência & Saúde Coletiva

COVID-19 no Estado do Ceará: comportamentos e crenças na chegada da pandemia.

Journal:	<i>Ciência & Saúde Coletiva</i>
Manuscript ID	CSC-2020-0719.R1
Manuscript Type:	Free Theme Article
Keywords:	Pandemias, Coronavírus, Comportamento Social

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3 COVID-19 no Estado do Ceará: comportamentos e crenças na chegada da pandemia.
4
5
6
7

8 **Resumo**
9

10 O objetivo deste estudo foi avaliar os aspectos comportamentais e as crenças da população
11 cearense frente a pandemia de COVID-19. Foi realizado um questionário *on line* sobre
12 aspectos sociodemográficos e **crenças** relacionados à pandemia. Foram calculadas
13 frequências absoluta e relativa, a associação entre variáveis foi realizada com Qui-
14 quadrado e o nível de significância foi de 5%. A amostra final contou com 2.259
15 participantes e **foi observada associação entre o gênero feminino e se perceber com**
16 **um alto risco de contaminação** ($p=0,044$) e o gênero masculino com a não realização
17 voluntária da quarentena ($p<0,001$). Pessoas com 80 anos ou mais realizaram quarentena
18 parcialmente devido ao fluxo de pessoas em casa ($p<0,001$). Os participantes com o
19 ensino fundamental **se perceberam com um risco menor de contaminação** que os
20 participantes com grau de escolaridade mais elevado ($p<0,001$). Neste grupo estão as
21 pessoas que menos fizeram quarentena voluntária ($p<0,001$). Os participantes que moram
22 no interior do Estado, tiveram menos contato direto com alguém testado positivamente
23 para o coronavírus ($p=0,031$) e estão menos reclusos ($p<0,001$). É possível concluir que
24 a abordagem frente a pandemia de COVID-19 varia de acordo com aspectos sociais, como
25 gênero, idade, escolaridade e local de residência, assim como o sistema de crenças da
26 população do Estado do Ceará.
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

49
50
51 **Palavras-chave:** Pandemias, Coronavírus, Comportamento Social,
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Abstract

The aim of this study was to evaluate the behavioral aspects and beliefs of the population of Ceará in the face of the COVID-19 pandemic. An online questionnaire was conducted on sociodemographic aspects and opinions related to the pandemic. Absolute and relative frequencies were calculated, the association between variables was performed with Chi-square and the level of significance was 5%. The final sample had 2,259 participants and **an association was observed between females and perceiving themselves with a high risk of contamination** ($p = 0.044$) and the male gender with voluntary non-performance of the quarantine ($p < 0.001$). People aged 80 and over were partially quarantined due to the flow of people at home ($p < 0.001$). **Participants with elementary education found themselves with a lower risk of contamination than participants with a higher level of education** ($p < 0.001$). In this group are the people who did the least voluntary quarantine ($p < 0.001$). Participants who live in the interior of the state had less direct contact with someone tested positive for the coronavirus ($p = 0.031$) and are less inmates ($p < 0.001$). It is possible to conclude that the approach to the COVID-19 pandemic varies according to social aspects, such as gender, age, education and place of residence, as well as the belief system of the population of the State of Ceará.

Key words: Pandemics, Coronavírus, Social Behavior.

Introdução

Desde o final de dezembro de 2019, um surto de uma nova doença de coronavírus (COVID-19, causada pelo Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave -SARS-CoV-2) foi relatado em Wuhan, China, e posteriormente afetou 26 países em todo o mundo^{1,2}. Em geral, a COVID-19 é uma doença respiratória aguda, que apresenta uma taxa de mortalidade de 2%². O início da doença pode resultar em morte devido a danos alveolares maciços e insuficiência respiratória progressiva¹⁻³.

A COVID-19 chegou à América Latina em 25 de fevereiro de 2020, quando o Ministério da Saúde do Brasil confirmou o primeiro caso da doença, um homem brasileiro, de 61 anos, que viajou de 9 a 20 de fevereiro de 2020 para a Lombardia, norte da Itália, onde está ocorrendo um surto significativo⁴. Até o dia 26.03.2020, o Brasil já tinha 2.915 casos confirmados da COVID-19 e 77 óbitos, de acordo com os dados oficiais do Ministério da Saúde⁵. Enquanto isso ocorria, no Mundo, um incremento no número de casos e mortes, chegando a 526.006 pessoas contaminadas com 23.720 óbitos⁶.

O Governo do Estado do Ceará, através de um decreto estadual com efeito a partir do dia 20.03.2020⁷, determinou medidas mais duras visando conter a propagação da COVID-19 que, naquele momento, contava com 20 casos notificados, sendo o Estado da Região Nordeste com maior número de pacientes infectados e o quarto lugar dentre todos os Estados brasileiros⁵. **Em 26.03.2020, os casos positivados para a Covid-19 subiram para 235 pessoas, com 3 mortes, passando o Estado a ocupar a terceira posição no país⁵.** A elevada taxa de disseminação do COVID-19 tem despertado a curiosidade da comunidade científica, uma vez que um dos fatores mais importantes na avaliação do perigo representado por uma epidemia de doença infecciosa é a transmissibilidade dos patógenos⁸.

Muitos fatores podem afetar a rapidez com que práticas eficazes de controle de doenças são implementadas, como campanhas de informação, práticas locais de saúde, comportamento social e sistema de crenças^{9,10}. A transmissão de pessoa para pessoa ocorre principalmente pelo contato direto ou por gotículas espalhadas pela tosse ou espirro de um indivíduo infectado¹¹. Sendo assim, o combate à disseminação do COVID-19 preconiza lavar as mãos frequentemente, evitar abraços, beijos e apertos de mãos e adotar medidas de afastamento social, como quarentena¹².

Embora, o Ceará seja acometido regularmente por endemias como Dengue^{13,14}, Chikungunya¹⁵ e Zika¹⁶, além de relatos históricos de epidemias¹⁶, as características de contágio e as medidas de controle de disseminação são profundamente diferentes do COVID-19¹. Entender como retardar e controlar a disseminação de patógenos é uma prioridade na previsão e prevenção de epidemias de doenças infecciosas⁸. Desta forma, o presente estudo teve como objetivo avaliar os aspectos comportamentais e as crenças da população cearense frente à pandemia de COVID-19.

Métodos

O presente estudo transversal trata-se de uma pesquisa tipo de opinião sem identificação dos participantes, obedecendo às normas das Resoluções CNS/MS 466/12¹⁸ e 510/16^{19,20}. Foi realizado com residentes no Estado do Ceará, com 18 anos ou mais, capazes de responder através de computadores ou smartphones todos os questionamentos. Questionários parcialmente respondidos foram excluídos do estudo.

Foi realizado um questionário on line através do Formulários Google® e utilizadas as redes sociais, de forma pública, Instagram@, Facebook@ e Whatsapp@ como disseminadores do questionário. O instrumento ficou disponível durante as 24 horas

1
2
3 que antecederam à ordem governamental de fechamento de todos os estabelecimentos
4
5 que não fossem de utilidade pública e que a população permanecesse em regime de
6
7 quarentena em seus domicílios. Desta forma, a coleta de dados ocorreu no dia 19 de março
8
9 de 2020. A necessidade da observação imediata da população ocorreu devido a possíveis
10
11 mudanças de **crenças** decorrentes do período de confinamento, já que alguns realizavam
12
13 quarentenas voluntárias.
14
15

16 17 Coleta de dados

18
19
20 O questionário foi construído a partir de perguntas fechadas contendo aspectos
21
22 sociodemográficos e 12 perguntas versando sobre **crenças** a respeito da pandemia. Foram
23
24 investigados: gênero (feminino, masculino, transgênero feminino, transgênero
25
26 masculino), faixa etária (18/19 anos, 20-39 anos; 40-59 anos; 60-79 anos; 80 anos ou
27
28 mais), local de residência (Região Metropolitana de Fortaleza-RMF, interior do Estado
29
30 do Ceará), estado civil (casado, separado/divorciado, solteiro, viúvo), nível de
31
32 escolaridade (fundamental completo/incompleto, médio completo/incompleto, superior
33
34 completo/incompleto, pós-graduado completo/incompleto), área de atuação (comércio,
35
36 educação, estudante, desempregado, gestão/jurídica/humanas, indústria, saúde,
37
38 tecnologia, outra área não citada)
39
40
41
42
43

44 As perguntas realizadas foram: P1- Você considera a sua área de atuação para o
45
46 contágio com o Coronavírus em qual nível? (alto, médio, baixo); P2- Você está em
47
48 contato direto com alguém que testou positivo para o coronavírus? (sim, não); P3- Você
49
50 está em quarentena? (não estou; estou em quarentena parcial, saio às vezes de casa; estou
51
52 em quarentena parcial, mas recebo pessoas como faxineiras, cuidadores etc; estou
53
54 totalmente recluso); P4- Sobre a quarentena, você segue as informações que recebe: (de
55
56 órgãos oficiais do governo; do que vejo nas mídias sociais; de líderes religiosos; de
57
58 profissionais de saúde próximos; de amigo ou familiares); P5- Você crê que a
59
60

1
2
3 contaminação no Brasil: (será menor que no restante dos países mais afetados, será
4 semelhante aos países mais afetados, será maior que no restante dos países mais afetados);
5
6
7 P6- Você crê que a contaminação no Ceará: (será menor que no restante do Brasil, será
8 semelhante ao restante do Brasil, será maior que no restante do Brasil); P7- Você crê que
9
10 a contaminação em Fortaleza: (será menor que nas outras capitais brasileiras, será
11 semelhante às outras capitais brasileiras, será maior que nas outras capitais brasileiras);
12
13
14 P8- Você crê que temos alguma proteção ao vírus diferente de outros lugares? (sim, não);
15
16
17 P9- Você crê que nosso clima quente favorecerá a diminuição da pandemia no Estado do
18 Ceará? (sim, não); P10- Você crê que as constantes viroses às quais nos submetemos
19 favorecerá a diminuição da pandemia no Estado do Ceará? (sim, não); P11- Você crê que
20 as constantes viroses às quais nos submetemos favorecerá a uma ação mais fraca do
21 coronavírus? (sim, não); P12- Você crê que a convivência com condições sanitárias ruins
22 por nossa população mais pobre favorecerá a sua contaminação em que nível? (maior que
23 na população de alta renda, menor que na população de alta renda, todos serão igualmente
24 contaminados).
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37

38 Análise estatística

39
40
41 Os dados foram tabulados em planilha de Excel e analisados por meio do software
42 SPSS versão 24.0®. Foram calculadas frequências absoluta e relativa de todas as
43 variáveis do estudo. A associação entre variáveis foi verificada por meio do teste Qui-
44 quadrado. Foi adotado um nível de significância de 5% para os procedimentos
45 inferenciais.
46
47
48
49
50
51

52 Resultados

53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Um total de 2.364 pessoas respondeu ao questionário. Entretanto, ao excluir
4 aqueles questionários incompletos a amostra final contou com 2.259 participantes.
5
6 Destes, a maioria era do sexo feminino (68,1%). Os solteiros (49%), na faixa etária de
7
8 20-39 anos (61,6%), com ensino superior completo ou incompleto (47,3%), com atuação
9
10 na área da saúde (29,5%) e com residência fixada na Região Metropolitana de Fortaleza
11
12 (80,4%) foram prevalentes.
13
14
15

16
17 Com relação às perguntas realizadas com o grupo total, 61,4% **consideravam alto**
18
19 **o risco de contágio pelo coronavírus na sua área de atuação**; 98,1% não tiveram
20
21 contato direto com alguém que testou positivo para o coronavírus; 52,5% estavam em
22
23 quarentena parcial, saindo às vezes de casa e 65,8% seguiam as informações de órgãos
24
25 oficiais do governo.
26
27

28
29 Com relação à contaminação com o coronavírus no Brasil, 43,4% acreditavam que
30
31 será semelhante aos países mais afetados do mundo. Do mesmo modo, consideraram
32
33 semelhante na comparação do Ceará com outros Estados brasileiros (53,6%) e a
34
35 contaminação de Fortaleza quando comparada a outras capitais brasileiras (59,9%).
36
37

38
39 Um total de 79,2% dos entrevistados não crê que temos alguma proteção ao vírus
40
41 diferente de outros lugares. Em relação ao clima quente local favorecer a diminuição da
42
43 pandemia, 57,3% não acreditam nessa proteção. Igualmente não aceitam a suposição de
44
45 que as constantes viroses às quais nos submetemos favorecerá a diminuição da pandemia
46
47 no Estado (84,5%), nem que tais viroses favoreçam a uma ação mais fraca do coronavírus
48
49 (82,4%). Já no tocante à convivência com condições sanitárias ruins por parte da
50
51 população mais pobre, 60,5% afirmaram a crença de que sua contaminação será mais alta
52
53 que na população de alta renda.
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Quando as perguntas realizadas tiveram suas respostas comparadas entre os
4
5 gêneros masculino e feminino **foi observada associação do gênero feminino com se**
6
7 **perceber em alto risco de contaminação** ($p=0,044$) e o gênero masculino com a não
8
9 realização voluntária da quarentena ($p<0,001$). Quando comparadas aos homens,
10
11 mulheres não crêem que: temos alguma proteção ao vírus diferente de outros lugares
12
13 ($p=0,013$); nosso clima quente favorecerá a diminuição da pandemia no Estado do Ceará
14
15 ($p<0,001$), as constantes viroses às quais nos submetemos favorecerá a diminuição da
16
17 pandemia no Estado do Ceará ($p=0,014$) e ainda não acreditam que as constantes viroses
18
19 às quais nos submetemos favorecerão a uma ação mais fraca do coronavírus ($p<0,001$)
20
21 (Tabela 1).
22
23
24
25

26
27 Com relação às respostas e sua relação com as faixas etárias propostas no estudo,
28
29 observou-se que pessoas com 80 anos ou mais consideram que o que fazem tem risco
30
31 médio de contaminação com a COVID-19 enquanto que o grupo entre 20-39 anos
32
33 considera-o alto ($p<0,001$). Este mesmo grupo com 80 anos ou mais é o que tem sua
34
35 quarentena parcialmente realizada por causa do fluxo de pessoas em casa ($p<0,001$) e
36
37 cujas informações são menos concentradas como em todos os outros grupos, pois ouvem
38
39 bastante os profissionais de saúde aos quais mantêm vínculos ($p=0,008$). Para estes, existe
40
41 a crença de que a pandemia será menor no Brasil que no resto dos países mais afetados
42
43 ($p<0,001$), que temos proteção ao vírus diferente de outros lugares ($p=0,002$), que o clima
44
45 do Ceará favorecerá a diminuição da pandemia no Estado ($p<0,001$) e que condições
46
47 sanitárias ruins levará a população mais pobre a um nível de contaminação maior que na
48
49 população de alta renda ($p=0,042$) (Tabela 2).
50
51
52
53
54

55 Na associação entre as respostas do questionário e o nível de **escolaridade**, os
56
57 participantes com o ensino fundamental consideraram que estão em um nível de risco
58
59 menos alto que os participantes com grau de escolaridade mais elevado ($p<0,001$). Neste
60

1
2
3 grupo estão as pessoas que menos fizeram quarentena voluntária ($p < 0,001$) e recebem
4 informações principalmente das mídias sociais ($p < 0,001$). Também os que possuem
5 ensino fundamental acreditam que a contaminação no Brasil será menor que no restante
6 dos países mais afetados ($p < 0,001$), assim como no Ceará será menor que em outros
7 Estados ($p < 0,001$) e Fortaleza será menor que em outras capitais ($p < 0,001$). **Aqueles com**
8 **pós-graduação consideram não ter alguma proteção alguma proteção contra o vírus**
9 **diferente de outros lugares ($p < 0,001$)**, nosso clima não favorecerá a diminuição da
10 pandemia no Estado ($p < 0,001$), as constantes viroses que nos atingem não favorecerão a
11 diminuição da pandemia no Ceará ($p < 0,001$) e nem favorecerão a uma ação mais fraca
12 do coronavírus ($p < 0,001$). As pessoas com ensino fundamental também crêm que a
13 situação sanitária em que vive a maioria da população mais pobre fará com que a
14 contaminação pelo COVID-19 seja menor que na população de alta renda (Tabela 3).
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31 Tendo em vista a associação entre as respostas dos participantes com o local de
32 residência, aqueles que moram no interior do Estado tiveram menos contato direto com
33 alguém testado positivamente para o coronavírus ($p = 0,031$), estão menos totalmente
34 reclusos ($p < 0,001$) e procuram mais as mídias sociais para receberem informações
35 ($p = 0,009$). Eles também acreditam que a contaminação no Ceará será menor que no
36 restante do país ($p < 0,001$), que nosso clima é fator positivo contra o aumento de casos
37 ($p = 0,049$) e que as constantes viroses que ocorrem no Estado favorecerão a diminuição
38 da pandemia ($p = 0,033$) quando comparados àqueles que moram na Região Metropolitana
39 de Fortaleza (RMF).
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51 Discussão

52
53
54 Iniciada na cidade de Wuhan, na Província de Hubei localizada no sudeste da
55 China, a COVID-19 teve seus primeiros pacientes diagnosticados em novembro de 2019
56
57
58
59
60

1
2
3 e, cedo, espalhou-se pelo resto do país²¹. Logo, países próximos e que recebem grande
4 quantidade de viajantes vindos da China, como Japão e Coreia do Sul, apresentaram seus
5 primeiros casos. Contudo, a propagação maior deu-se de leste para oeste, atingindo países
6 asiáticos e, posteriormente, os europeus²².
7
8
9
10
11
12

13 A separação oceânica do continente americano atrasou mais o contágio, embora
14 os Estados Unidos tenham começado logo notificar a presença da COVID-19 dada a
15 quantidade de viajantes que recebem, tendo sido essa a forma inicial de contágio²³. No
16 Brasil, o contágio aconteceu igualmente, tendo a cidade de São Paulo registrado o
17 primeiro caso da América Latina⁴. Enquanto a pandemia se alastrava, ficava evidente que
18 as medidas de contenção a serem tomadas eram retardadas. A pandemia de influenza A
19 (H1N1), em 2009, já havia demonstrado a existência de várias lacunas na capacidade de
20 resposta global à emergências em saúde pública²⁴. No Estado do Ceará, cuja capital é das
21 que mais recebe turistas no Brasil, inclusive muitos estrangeiros, a espera por medidas
22 governamentais de mitigação do contágio por COVID-19 ocorreu em meio a
23 comportamentos e crenças.
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38

39 O comportamento comunitário é um dos fatores cruciais para evitar a elevação do
40 número de casos e de mortes por infecções virais^{8,25}. A Coreia do Sul e o Japão já haviam
41 mostrado uma curva achatada de progressão da doença através de medidas restritivas^{26,27}.
42 Já Irã e Itália, que tardaram a tomar essas medidas ou tiveram dificuldade no controle da
43 população em obedecê-las começaram a contabilizar muitos doentes e/ou mortos ^{26,27}.
44 Entretanto, a modificação do comportamento depende do contexto e é difícil de prever
45 devido às características sociais, diferenças socioeconômicas e comportamentais entre as
46 populações^{8,28}. Diferente dos países europeus e asiáticos, o Brasil tem pouca experiência
47 com catástrofes e calamidades não existindo a cultura local de prevenção dessas situações.
48 Somente na Segunda Guerra Mundial foi criado um órgão responsável pela proteção civil
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 e que atuasse em emergências e calamidade pública, a Defesa Civil, que tem sido ativa
4 em situações pontuais desde então²⁹.
5
6

7
8 A grande responsabilidade da comunidade em conter a progressão da pandemia
9 estava no fato de que muitos Sistemas de Saúde poderiam colapsar, como de fato ocorreu
10 em alguns países. Em estudo com 182 países, constatou-se que 33% tinham baixa
11 capacidade de responder a um evento de saúde pública e 24% possuíam pouca capacidade
12 funcional disponível, mesmo com apoio de recursos vindos de outros lugares. Entre esses
13 eventos incluem-se as doenças infecciosas³⁰.
14
15
16
17
18
19
20
21
22

23 No presente estudo, o gênero feminino acreditou ter um alto risco de
24 contaminação por coronavírus (Tabela 1), fato explicado devido ao maior senso de
25 autocuidado das mulheres³¹. **Adicionalmente, a maior percepção de maior risco de**
26 **contaminação pela COVID-19 pelas mulheres, talvez, seja devido ao fato do estudo**
27 **ter incluído muitos profissionais de saúde, que estão sob maior risco, pois no setor**
28 **saúde a mão de obra é predominantemente feminina.** Entretanto, a contaminação por
29 COVID-19 parece ter uma predileção por sexo^{32,33}. De acordo com Chen et al. (2020), foi
30 observado que um número maior de homens foi contaminado por COVID-19 do que
31 mulheres. Em epidemias anteriores de SARS e MERS, os homens também eram mais
32 propensos a serem infectados do que as mulheres³². Isso pode ter a ver com o importante
33 papel que os cromossomos X da mulher e os hormônios sexuais desempenham no sistema
34 imunológico do corpo³⁴. Embora mais susceptíveis a contaminação por coronavírus, os
35 participantes do gênero masculino foram mais negligentes e não realizaram quarentena
36 de forma voluntária (Tabela 1). No imaginário social, o homem se vê como um ser
37 invulnerável, o que contribui para que ele se cuide menos e se exponha mais a situações
38 de risco³¹.
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 As pandemias já causaram graves danos durante toda a História. Nos últimos três
4 séculos ocorreram pelo menos dez grandes pandemias, que em poucas semanas, causaram
5 grande impacto na morbimortalidade, afetando principalmente crianças e adultos jovens
6 e provocando situações de ruptura social. A cidade de Fortaleza chegou a ter mil mortos
7 em um só dia em epidemia de varíola ocorrida em 1868^{17,35}. Pessoas de todas as idades
8 podem ser infectadas por coronavírus³³. No presente estudo, o grupo entre 20-39 anos
9 considerou ter um alto risco de contaminação (Tabela 2). Aproximadamente, 72% dos
10 casos confirmados de infecção por COVID-19 têm idade igual ou superior a 40 anos³³.
11 **Adicionalmente, idosos são considerados um fator de preocupação para**
12 **contaminação com COVID-19, uma vez que o aumento da idade está associado à**
13 **morte**³⁶. Para os participantes do estudo com 80 anos ou mais o seu sistema de crenças
14 favorece um comportamento negligente, pois acreditam ter risco médio de contaminação,
15 acham que a pandemia será menor no Brasil e que temos uma proteção maior para o
16 COVID-19 (Tabela2). Este grupo também relatou que sua quarentena é parcialmente
17 realizada por causa do fluxo de pessoas em casa, fato que pode ser explicado devido ao
18 vínculo geracional encontrado nas famílias brasileiras, onde há uma proteção aos
19 idosos³⁷, além da figura do cuidador presente principalmente na última década³⁸.
20 Portanto, os dados indicam uma maior vulnerabilidade dos participantes idosos do Estado
21 do Ceará à contaminação por COVID-19 devido aos aspectos sociais e comportamentais.
22 **A principal limitação deste estudo é ter sido feito em amostra de conveniência, o que**
23 **limita a generalização externa dos achados.**

24
25
26 O nível de escolaridade pode ser considerado um fator de risco para a
27 disseminação de doenças infecciosas virais e para a evolução ao óbito^{25,39}. No presente
28 estudo, os participantes com o ensino fundamental consideraram que estão em um nível
29 de risco menos alto que os participantes com grau de escolaridade mais elevado e fizeram
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 menos quarentena voluntária (Tabela 3). Entretanto, o que se observa nas pesquisas é que
4
5 o nível de escolaridade e a gravidade da doença pode estar associada à classe social do
6
7 indivíduo, sugerindo que os hábitos, as condições de vida e o conhecimento sobre a
8
9 doença influenciam no prognóstico^{25,39}. Desta forma, indivíduos com escolaridade mais
10
11 baixa estariam mais propensos a contrair a infecção, pois utilizam o transporte público,
12
13 moram e frequentam locais com maior número de indivíduos e têm menos acesso a
14
15 recursos médicos. Entre outros fatores, eles teriam menos recursos para adotar medidas
16
17 preventivas, como o uso de álcool em gel para higienização das mãos, bem como medidas
18
19 terapêuticas, como o uso de medicamentos paliativos, predispondo esses indivíduos à
20
21 morte por infecção³⁹.
22
23
24
25

26
27 A chegada do coronavírus no Brasil deu-se através de pessoas que estiveram no
28
29 exterior e iniciou-se pelas grandes capitais, dessa forma era de se esperar no momento em
30
31 que o questionário fosse aplicado que aqueles que moram na RMF tivessem mais chances
32
33 de contato direto com alguém testado positivamente para o coronavírus comparados
34
35 àqueles que moram no interior ($p=0,031$). Isso faz também com que estes estejam menos
36
37 reclusos ($p<0,001$). Mesmo tendo um alto nível de escolaridade (85,1% com nível
38
39 superior e pós-graduação), pessoas que vivem fora de grandes centros tendem a estarem
40
41 mais próximas. Segundo Vargas (2016)⁴⁰, uma vida mais interiorana e fora de grandes
42
43 centros urbanos proporciona uma maior teia de suporte social, ajudando na sobrevivência,
44
45 suprimindo a própria ausência do Estado nas suas muitas necessidades. Tal situação cria
46
47 vínculos e a distância e o isolamento podem tornar-se mais difíceis. Provavelmente, esses
48
49 vínculos e ligação social mais próxima em cidades do interior sirvam de fortalecimento
50
51 de determinadas crenças presentes na tabela 4.
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Conclusão

É possível concluir que a aproximação da pandemia de COVID-19 no Estado do Ceará gerou diferenças significativas de **crenças** quando comparados gênero, idade, escolaridade e local de residência. O sistema de crenças e comportamentos locais demonstrou que homens, pessoas com baixa escolaridade, idosos a partir de 80 anos e aqueles residentes em cidades do interior do Estado estão mais vulneráveis à infecção pelo coronavírus.

Referências

1. Xu Z, Shi L, Wang Y, Zhang J, Huang L, Zhang C, Liu S, Zhao P, Liu H, Zhu L, Tai Y, Bai C, Gao T, Song J, Xia P, Dong J, Zhao J, Wang FS. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome. *Lancet Respir Med* 2020; 18. pii: S2213-2600(20)30076-X.
2. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, Hu Y, Tao ZW, Tian JH, Pei YY, Yuan ML, Zhang YL, Dai FH, Liu Y, Wang QM, Zheng JJ, Xu L, Holmes EC, Zhang YZ. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020; 579 (7798): 265-269.
3. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, Zhang L, Fan G, Xu J, Gu X, Cheng Z, Yu T, Xia J, Wei Y, Wu W, Xie X, Yin W, Li H, Liu M, Xiao Y, Gao H, Guo L, Xie J, Wang G, Jiang R, Gao Z, Jin Q, Wang J, Cao B. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet* 2020 15; 395(10223): 497-506.
4. Rodriguez-Morales AJ, Gallego V, Escalera-Antezana JP, Méndez CA, Zambrano LI, Franco-Paredes C, Suárez JA, Rodriguez-Enciso HD, Balbin-Ramon GJ, Savio-Larriera

1
2
3 E, Risquez A, Cimerman S. COVID-19 in Latin America: The implications of the first
4 confirmed case in Brazil. *Travel Med Infect Dis* 2020; 29: 101613.

5
6
7
8 5. BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Disponível em:
9 [https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional)
10 [transmissao-comunitaria-nacional](https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46568-ministerio-da-saude-declara-transmissao-comunitaria-nacional)

11
12
13
14
15
16 6. WORLDOMETER. Real time world statistics. Disponível em :
17 <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

18
19
20
21 7. Governo do Estado do Ceará. Disponível em:
22 <http://imagens.seplag.ce.gov.br/PDF/20200319/do20200319p01.pdf>

23
24
25
26 8. Lodge EK, Schatz AM, Drake JM. Protective Population Behavior Change in
27 Outbreaks of Emerging Infectious Disease. *bioRxiv* 2020. 01.27.921536.

28
29
30
31 9. Freimuth V, Linnan HW, Potter P. Communicating the threat of emerging infections
32 to the public. *Emerg Infect Dis* 2000; 6(4): 337-347.

33
34
35
36
37 10. Feigenbaum JJ, Muller C, Wrigley-Field E. Regional and Racial Inequality in
38 Infectious Disease Mortality in U.S. Cities, 1900-1948. *Demography* 2019; 56(4): 1371-
39 1388.

40
41
42
43
44 11. Rothan HA, Byrareddy SN. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus
45 disease (COVID-19) outbreak. *J Autoimmun* 2020; 26: 102433.

46
47
48
49
50 12. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome
51 coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic
52 and the challenges. *Int J Antimicrob Agents* 2020; 55(3): 105924.

1
2
3 **13.** Vasconcelos PFC, Lima JWO, Rosa APAT, Timbó MJ, Rosa EST, Lima HR,
4 Rodrigues SG , Rosa JFST. Epidemia de dengue em Fortaleza, Ceará: inquérito soro-
5 epidemiológico aleatório. *Rev Saúde Pública* 1998, 32 (5): 447-454.
6
7

8
9
10 **14.** Oliveira RMAB, Araújo FMC; Cavalcanti LPG. Aspectos entomológicos e
11 epidemiológicos das epidemias de dengue em Fortaleza, Ceará, 2001-2012. *Epidemiol*
12 *Serv Saúde* 2018; 27(1): e201704414.
13
14

15
16
17 **15.** Campos RKG, Vieira RC, Maniva SJFC, Moraes ICO. Manejo clínico da suspeita
18 de febre de chikungunya: conhecimento de profissionais de saúde da atenção básica. *Rev*
19 *Fun Care Online* 2020; 12(1): 236-241.
20
21

22
23 **16.** Duarte NFH, Alencar CH, Cavalcante KKS, Correia FGS, Romijn PC, Araujo DB,
24 Favoretto SR, Heukelbach J. Increased detection of rabies virus in bats in Ceará State
25 (Northeast Brazil) after implementation of a passive surveillance programme. *Zoonoses*
26 *Public Health* 2020; 67(2): 186-192.
27
28

29
30 **17.** Reis NRB. Rodolfo Teófilo e a luta contra a varíola no Ceará, 1905. *Hist Cienc Saude-*
31 *Manguinhos* 2001; 8(1): 286-289. Available from:
32 <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200016&lng=en&nrm=iso)
33 [59702001000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702001000200016&lng=en&nrm=iso)>.
34
35

36
37 **18.** Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de
38 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União 2013; 13 jun.
39
40

41
42 **19.** Brasil. Ministério da Saúde (MS). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de
43 7 de abril de 2016. Diário Oficial da União 2016; 24 mai.
44
45

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
- 20.** Guerreiro ICZ. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 que trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. *Ciênc Saúde Coletiva* 2016; 21(8): 2619-2629.
- 21.** WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>. Acesso em: 22. março 2020.
- 22.** Zhuang Z, Zhao S, Lin Q, Cao P, Lou Y, Yang L, He D, Preliminary estimation of the novel coronavirus disease (COVID-19) cases in Iran: A modelling analysis based on overseas cases and air travel data. *International Journal of Infectious Diseases* 2020; 11(1): 1-9.
- 23.** American College Health Association guidelines. Preparing for COVID-19. Disponível em: https://www.acha.org/documents/resources/guidelines/ACHA_Preparing_for_COVID-19_March-3-2020.pdf
- 24.** Fineberg HV. Pandemic preparedness and response--lessons from the H1N1 influenza of 2009. *N Engl J Med* 2014; 370(14): 1335-1342.
- 25.** Lemos DRQ, Neto RJP, Perdigão ACB, Guedes IF, Araújo FMC, Ferreira GE, Oliveira FR, Cavalcanti LPG. Fatores de risco associados à gravidade e óbitos por influenza durante a Pandemia de Influenza A (H1N1) 2009 em região tropical/semi-árida do Brasil. *J. Health Biol Sci* 2015; 3(2): 77-85.
- 26.** WHO. Situation report – 63. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). 23 March 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200323-sitrep-63-covid-19.pdf?sfvrsn=d97cb6dd_2

- 1
2
3 27. Day M. Covid-19: Italy confirms 11 deaths as cases spread from north *BMJ* 2020;
4 368 :m757.
5
6
7
8 28. Bauch, CT, Galvani AP. Social Factors in Epidemiology. *Science* 2013; 342(4): 47–
9 49.
10
11
12
13 29. Weintraub ACAM, Noal DS, Vicente LN, Knobloch F. Atuação do psicólogo em
14 situações de desastre: reflexões a partir da práxis. *Interface* 2015; 19 (53). Disponível em
15 : <https://www.scielosp.org/article/icse/2015.v19n53/287-298/pt/>
16
17
18
19
20
21 30. Kandel N, Chungong S, Omaar A, Xing J. Health security capacities in the context of
22 COVID-19 outbreak: an analysis of International Health Regulations annual report data
23 from 182 countries. *Lancet* 2020. Disponível em :
24 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620305535>
25
26
27
28
29
30
31 31. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços
32 de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e
33 homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 565-574.
34
35
36
37
38
39 32. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, Qiu Y, Wang J, Liu Y, Wei Y, Xia
40 J, Yu T, Zhang X, Zhang L. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of
41 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet* 2020;
42 395(10223): 507-513.
43
44
45
46
47
48 33. Cheng ZJ, Shan J. 2019 Novel coronavirus: where we are and what we know. *Infection*
49 2020; 18. Disponível em : <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs15010-020-01401-y>
50
51
52
53
54
55
56 34. Jaillon S, Berthenet K, Garlanda C. Sexual dimorphism in innate immunity. *Clin Rev*
57 *Allergy Immunol.* 2019; 56(3): 308–321.
58
59
60

- 1
2
3 **35.** Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Executivo Interministerial. Plano de Contingência
4 do Brasil para o enfrentamento de uma Pandemia de Influenza. Versão Preliminar – Parte
5 I. Brasília, 2005.
6
7
8
9
10 **36.** Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, Xiang J, Wang Y, Song B, Gu X, Guan L,
11 Wei Y, Li H, Wu X, Xu J, Tu S, Zhang Y, Chen H, Cao B. Clinical course and risk factors
12 for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort
13 study. *Lancet* 2020; 11: pii: S0140-6736(20)30566-3
14
15
16
17
18
19
20 **37.** Inouye K; Barham EJ; Pedrazzani ES; Pavarini SCI. Percepções de suporte familiar
21 e qualidade de vida entre idosos segundo a vulnerabilidade Social *Psicol Reflex Crit* 2010;
22 23(3): 582-592.
23
24
25
26
27
28 **38.** Araújo JS, Vidal GM, Brito FN, Golçalves DCA, Leite DKM, Dutra CDT, Pires CAA.
29 Perfil dos cuidadores e as dificuldades enfrentadas no cuidado ao idoso, em Ananindeua,
30 PA. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2013; 16(1): 149-158.
31
32
33
34
35
36 **39.** Lenzi L, Wiens A, Grochocki MH, Pontarolo R. Study of the relationship between
37 socio-demographic characteristics and new influenza A (H1N1). *Braz J Infect Dis* 2011;
38 15(5): 457-461.
39
40
41
42
43 **40.** Vargas MA. Moradia e pertencimento: a defesa do Lugar de viver e morar por grupos
44 sociais em processo de vulnerabilização. *Cad Metrop* 2016; 18(36): 535-557.
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

TABELAS

Tabela 1: Associação entre as respostas do questionário com o **gênero** dos participantes.

Variáveis	Gênero feminino		Gênero masculino		Valor p
	n	%	n	%	
P1- Você considera a sua área de atuação para o contágio com o Coronavírus em qual nível?					0,044
Alto	961	62,4	426	59,2	
Médio	384	24,9	214	29,8	
Baixo	195	12,7	79	11,0	
P2- Você está em contato direto com alguém que testou positivo para o coronavírus?					0,103
Sim	25	1,6	19	2,6	
Não	1515	98,4	700	97,4	
P3- Você está em quarentena?					<0,001
Não estou	137	8,9	108	15,0	
Parcial saindo às vezes	784	50,9	403	56,1	
Parcial recebendo pessoas	243	15,8	83	11,5	
Totalmente recluso	376	24,4	125	17,4	

P4- Sobre a quarentena, você**segue as informações que**

0,659

recebe:

Do governo	1016	66,0	471	65,5
Das mídias sociais	310	20,1	155	21,6
Amigos e familiares	35	2,3	12	1,7
Profissionais de saúde	176	11,4	78	10,8
De líderes religiosos	3	0,2	3	0,4

P5- Você crê que a

0,055

contaminação no Brasil:

Maior	357	23,2	165	22,9
Semelhante	645	41,9	336	46,7
Menor	538	34,9	218	30,3

P6- Você crê que a

0,405

contaminação no Ceará:

Maior	94	6,1	35	4,9
Semelhante	829	53,8	382	53,1
Menor	617	40,1	302	42,0

P7- Você crê que a

0,309

contaminação em Fortaleza:

Maior	92	6,0	25	3,5
Semelhante	920	59,7	433	60,2
Menor	528	34,3	261	36,3

P8- Você crê que temos					
alguma proteção ao vírus					0,013
diferente de outros lugares?					
Sim	298	19,4	172	23,9	
Não	1242	80,6	547	76,1	
P9- Você crê que nosso clima					
quente favorecerá a					
diminuição da pandemia no					<0,001
Estado do Ceará?					
Sim	620	40,3	344	47,8	
Não	920	59,7	375	52,2	
P10- Você crê que as					
constantes viroses às quais					
nos submetemos favorecerá a					0,014
diminuição da pandemia no					
Estado do Ceará?					
Sim	219	14,2	131	18,2	
Não	1321	85,8	588	81,8	
P11- Você crê que as					
constantes viroses às quais					
nos submetemos favorecerá a					<0,001
uma ação mais fraca do					
coronavírus?					
Sim	239	15,5	158	22,0	
Não	1301	84,5	561	78,0	

P12- Você crê que a convivência com condições sanitárias ruins por nossa população mais pobre favorecerá a sua contaminação em que nível?

0,571

Maior	943	61,2	424	59,0
Semelhante	498	32,3	244	33,9
Menor	99	6,4	51	7,1

Teste Qui-quadrado

For Review Only

Tabela 2- Associação entre as respostas do questionário com a faixa etária dos participantes.

Variáveis	18-19		20-39		40-59		60-79		80 anos ou mais		Valor p
	anos		anos		anos		anos		anos		
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
P1- Você considera a sua área de atuação para o contágio com o Coronavírus em qual nível?											
Alto	53	59,6	933	67,0	320	54,4	80	44,0	1	12,5	<0,001
Médio	21	23,6	322	23,1	189	32,1	59	32,4	7	87,5	
Baixo	15	16,9	137	9,8	79	13,4	43	23,6	0	0,0	
P2- Você está em contato direto com alguém que testou positivo para o coronavírus?											
Sim	1	1,1	28	2,0	10	1,7	5	2,7	0	0,0	0,861
Não	88	98,9	1364	98,0	578	98,3	177	97,3	8	100	
P3- Você está em quarentena?											
Não estou	4	4,5	142	10,2	78	13,3	21	11,5	0	0,0	<0,001

Parcial saindo às vezes	45	50,6	772	55,5	317	53,9	51	28,0	2	25,0
Parcial recebendo pessoas	13	14,6	175	12,6	89	15,1	44	24,2	5	62,5
Totalmente recluso	27	30,3	303	21,8	104	17,7	66	36,3	1	12,5

P4- Sobre a quarentena, você segue as informações que recebe:

0,008

Do governo	57	64,0	911	65,4	403	68,5	113	62,1	3	37,5
Das mídias sociais	26	29,2	303	21,8	101	17,2	33	18,1	2	25,0
Amigos e familiares	2	2,2	22	1,6	13	2,2	9	4,9	1	12,5
Profissionais de saúde	4	4,5	154	11,1	68	11,6	26	14,3	2	25,0
De líderes religiosos	0	0,0	2	0,1	3	0,5	1	0,5	0	0,0

P5- Você crê que a contaminação no Brasil:

<0,001

Maior	15	16,9	336	24,1	143	24,3	28	15,4	0	0,0
Semelhante	49	55,1	637	45,8	223	37,9	70	38,5	2	25,0
Menor	25	28,1	419	30,1	222	37,8	84	46,2	6	75,0

P6- Você crê que a contaminação no Ceará:

0,195

Maior	4	4,5	68	4,9	48	8,2	9	4,9	0	0,0
Semelhante	48	53,9	749	53,8	308	52,4	103	56,6	3	37,5

Menor	37	41,6	575	41,3	232	39,5	70	38,5	5	62,5	
P7- Você crê que a											
contaminação em											0,189
Fortaleza:											
Maior	2	2,2	60	4,3	44	7,5	11	6,0	0	0,0	
Semelhante	53	59,6	848	60,9	340	57,8	107	58,8	5	62,5	
Menor	34	38,2	484	34,8	204	34,7	64	35,2	3	37,5	
P8- Você crê que											
temos alguma											
proteção ao vírus											0,002
diferente de outros											
lugares?											
Sim	16	18,0	274	19,7	123	20,9	52	28,6	5	62,5	
Não	73	82,0	1118	80,3	465	79,1	130	71,4	3	37,5	
P9- Você crê que											
nosso clima quente											
favorecerá a											
diminuição da											<0,001
pandemia no Estado											
do Ceará?											
Sim	40	44,9	541	38,9	268	45,6	107	58,8	8	100	
Não	49	55,1	851	61,1	320	54,4	75	41,2	0	0,0	
P10- Você crê que as											
constantemente às											0,293
quais nos											

submetemos

favorecerá a

diminuição da

pandemia no Estado

do Ceará?

Sim 14 15,7 201 14,4 97 16,5 37 20,3 1 12,5

Não 75 84,3 1191 85,6 491 83,5 145 79,7 7 87,5

P11- Você crê que as

constantes viroses às

quais nos

submetemos

0,516

favorecerá a uma

ação mais fraca do

coronavírus?

Sim 19 21,3 233 16,7 105 17,9 38 20,9 2 25,0

Não 70 78,7 1159 83,3 483 82,1 144 79,1 6 75,0

P12- Você crê que a

convivência com

condições sanitárias

ruins por nossa

população mais

0,042

pobre favorecerá a

sua contaminação

em que nível?

Maior 61 68,5 854 61,4 345 58,7 101 55,5 6 75,0

Semelhante	24	27,0	432	31,0	210	35,7	74	40,7	2	25,0
Menor	4	4,5	106	7,6	33	5,6	7	3,8	0	0,0

Teste Qui-quadrado

For Review Only

Tabela 3- Associação entre as respostas do questionário com o nível de escolaridade dos participantes.

Variáveis	Fundamental		Médio		Superior		Pós- graduação		Valor p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
P1- Você considera a sua área de atuação para o contágio com o Coronavírus em qual nível?									<0,001
Alto	4	18,2	97	41,3	634	59,3	652	69,9	
Médio	11	50,0	79	33,6	302	28,3	206	22,1	
Baixo	7	31,8	59	25,1	133	12,4	75	8,0	
P2- Você está em contato direto com alguém que testou positivo para o coronavírus?									0,419
Sim	1	4,5	2	0,9	24	2,2	17	1,8	
Não	21	95,5	233	99,1	1045	97,8	916	98,2	
P3- Você está em quarentena?									<0,001
Não estou	1	4,5	55	23,4	102	9,5	87	9,3	

1
2
3 Parcial saindo às
4 17 77,3 122 51,9 573 53,6 475 50,9
5 vezes
6

7 Parcial recebendo
8 2 9,1 21 8,9 144 13,5 159 17,0
9 pessoas
10

11 Totalmente recluso 2 9,1 37 15,7 250 23,4 212 22,7
12

13 **P4- Sobre a**

14 **quarentena, você**

15 **segue as informações**

<0,001

16 **que recebe:**

17 Do governo 12 54,5 139 59,1 663 62,0 673 72,1
18

19 Das mídias sociais 7 31,8 66 28,1 272 25,4 120 12,9
20

21 Amigos e familiares 1 4,5 10 4,3 27 2,5 9 1,0
22

23 Profissionais de saúde 2 9,1 18 7,7 105 9,8 129 13,8
24

25 De líderes religiosos 0 0,0 2 0,9 2 0,2 2 0,2
26

27 **P5- Você crê que a**

28 **contaminação no**

<0,001

29 **Brasil:**

30 Maior 2 9,1 29 12,3 233 21,8 258 27,7
31

32 Semelhante 6 27,3 70 29,8 484 45,3 421 45,1
33

34 Menor 14 63,6 136 57,9 352 32,9 254 27,2
35

36 **P6- Você crê que a**

37 **contaminação no**

<0,001

38 **Ceará:**

39 Maior 1 4,5 10 4,3 55 5,1 63 6,8
40

41 Semelhante 5 22,7 91 38,7 579 54,2 536 57,4
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Menor	16	72,7	134	57,0	435	40,7	334	35,8
P7- Você crê que a								
contaminação em								
Fortaleza:								
Menor	2	9,1	7	3,0	51	4,8	57	6,1
Semelhante	7	31,8	104	44,3	645	60,3	597	64,0
Menor	13	59,1	124	52,8	373	34,9	279	29,9
P8- Você crê que								
temos alguma								
proteção ao vírus								
diferente de outros								
lugares?								
Sim	6	27,3	65	27,7	243	22,7	156	16,7
Não	16	72,7	170	72,3	826	77,3	777	83,3
P9- Você crê que								
nosso clima quente								
favorecerá a								
diminuição da								
pandemia no Estado								
do Ceará?								
Sim	16	72,7	141	60,0	473	44,2	334	35,8
Não	6	27,3	94	40,0	596	55,8	599	64,2
P10- Você crê que as								
constantes viroses às								
quais nos								

<0,001

<0,001

<0,001

<0,001

submetemos

favorecerá a

diminuição da

pandemia no Estado

do Ceará?

Sim 5 22,7 62 26,4 179 16,7 104 11,1

Não 17 77,3 173 73,6 890 83,3 829 88,9

P11- Você crê que as

constantes viroses às

quais nos

submetemos

<0,001

favorecerá a uma

ação mais fraca do

coronavírus?

Sim 8 36,4 72 30,6 208 19,5 109 11,7

Não 14 63,6 163 69,4 861 80,5 824 88,3

P12- Você crê que a

convivência com

condições sanitárias

ruins por nossa

população mais

<0,001

pobre favorecerá a

sua contaminação

em que nível?

Maior 8 36,4 118 50,2 650 60,8 591 63,3

Semelhante	10	45,5	93	39,6	339	31,7	300	32,2
Menor	4	18,2	24	10,2	80	7,5	42	4,5

Teste Qui-quadrado

For Review Only

Tabela 4- Associação entre as respostas do questionário com o local de residência dos participantes.

Variáveis	RMF		Interior do Estado		Valor p
	n	%	n	%	
P1- Você considera a sua área de atuação para o contágio com o Coronavírus em qual nível?					0,121
Alto	1109	61,0	278	62,9	
Médio	496	27,3	102	23,1	
Baixo	212	11,7	62	14,0	
P2- Você está em contato direto com alguém que testou positivo para o coronavírus?					0,031
Sim	41	2,3	3	0,7	
Não	1776	97,7	439	99,3	
P3- Você está em quarentena?					<0,001
Não estou	181	10,0	64	14,5	
Parcial saindo às vezes	918	50,5	269	60,9	
Parcial recebendo pessoas	274	15,1	52	11,8	
Totalmente recluso	444	24,4	57	12,9	
P4- Sobre a quarentena, você segue as informações que recebe:					0,009
Do governo	1206	66,4	281	63,6	
Das mídias sociais	353	19,4	112	25,3	

Amigos e familiares	39	2,1	8	1,8	
Profissionais de saúde	216	11,9	38	8,6	
De líderes religiosos	3	0,2	3	0,7	
P5- Você crê que a contaminação					
no Brasil:					0,157
Maior	425	23,4	97	21,9	
Semelhante	801	44,1	180	40,7	
Menor	591	32,5	165	37,3	
P6- Você crê que a contaminação					
no Ceará:					<0,001
Maior	115	6,3	14	3,2	
Semelhante	1009	55,5	202	45,7	
Menor	693	38,1	226	51,1	
P7- Você crê que a contaminação					
em Fortaleza:					0,180
Maior	98	5,4	19	4,3	
Semelhante	1100	60,5	253	57,2	
Menor	619	34,1	170	38,5	
P8- Você crê que temos alguma					
proteção ao vírus diferente de					0,190
outros lugares?					
Sim	368	20,3	102	23,1	
Não	1449	79,7	340	76,9	

P9- Você crê que nosso clima quente favorecerá a diminuição da pandemia no Estado do Ceará? 0,049

Sim	757	41,7	207	46,8
Não	1060	58,3	235	53,2

P10- Você crê que as constantes viroses às quais nos submetemos favorecerá a diminuição da pandemia no Estado do Ceará? 0,033

Sim	267	14,7	83	18,8
Não	1550	85,3	359	81,2

P11- Você crê que as constantes viroses às quais nos submetemos favorecerá a uma ação mais fraca do coronavírus? 0,547

Sim	315	17,3	82	18,6
Não	1502	82,7	360	81,4

P12- Você crê que a convivência com condições sanitárias ruins por nossa população mais pobre favorecerá a sua contaminação em que nível? 0,795

Maior	1098	60,4	269	60,9
Semelhante	601	33,1	141	31,9
Menor	118	6,5	32	7,2

1
2
3 Teste Qui-quadrado
4

5 **RMF: região metropolitana de Fortaleza**
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

For Review Only

CENTRO UNIVERSITÁRIO CHRISTUS
CURSO DE ODONTOLOGIA

26 de março de 2020

Dr. Antonio Augusto Silva

Ciência e Saúde Coletiva

Título: (CSC-2020-0719) - COVID-19 no Estado do Ceará: comportamentos e crenças na chegada da pandemia.

Queremos expressar os nossos agradecimentos aos revisores pelas sugestões bastante construtivas para o nosso artigo. Esforçamo-nos ao máximo para realizar todas as modificações conforme as sugestões feitas pelos revisores. Todas as modificações foram realizadas com o pleno conhecimento e aprovação dos co-autores e esperamos que as mesmas atendam às expectativas dos revisores. Todas as alterações no manuscrito revisado foram marcadas em **negrito**

O artigo foi cuidadosamente revisado para atender as sugestões e explicar melhor alguns pontos observados pelos revisores. Abaixo estão todas as considerações e as devidas respostas.

Revisor 1:

Resumo

1. Faltou uma crase – relacionados à pandemia

RESPOSTA: A crase foi inserida

2. Como foi mensurado o risco de contaminação e porque ele foi considerado alto? Deduzi que foi pela percepção do indivíduo e sugiro modificar a frase

Sugestão - foi observada associação entre o gênero feminino e se perceber com um alto risco de contaminação

1
2
3 **RESPOSTA: Modificamos o texto de acordo com a sugestão do revisor.**

4
5 **Texto revisado: “A amostra final contou com 2.259 participantes e foi observada**
6 **associação entre o gênero feminino e se perceber com um alto risco de**
7 **contaminação (p=0,044) e o gênero masculino com a não realização voluntária da**
8 **quarentena (p<0,001).**

9
10
11 **“Os participantes com o ensino fundamental se perceberam com um risco menor**
12 **de contaminação que os participantes com grau de escolaridade mais elevado**
13 **(p<0,001).”**

14
15
16
17 Introdução

18
19 3. Favor atualizar os dados do número de casos e óbitos no mundo

20
21 **RESPOSTA: Os dados foram atualizados conforme a solicitação do revisor.**

22
23 **Texto revisado: “No dia 26 de março o total de mortos pela Covid-19 chegou a**
24 **23.720 pessoas com 526.000 contaminados no mundo⁴”**

25
26
27
28
29 4.Sugestão – A COVID-19 chegou à América Latina...

30
31 **RESPOSTA: A frase foi reformulada de acordo com a solicitação do revisor.**

32
33
34
35 5. Favor atualizar os dados do número de casos e óbitos no Brasil

36
37 **RESPOSTA: Os dados foram atualizados conforme a solicitação do revisor.**

38
39 **Texto revisado: “Até o dia 26.03.2020, o Brasil já tinha 2.915 casos**
40 **confirmados da COVID-19 e 77 óbitos, de acordo com os dados oficiais do**
41 **Ministério da Saúde⁵. Enquanto isso ocorria, no Mundo, um incremento no número**
42 **de casos e mortes, chegando a 526.006 pessoas contaminadas com 23.720**
43 **óbitos⁶”.**

44
45
46
47
48
49
50 **“O Governo do Estado do Ceará, através de um decreto estadual com efeito a**
51 **partir do dia 20.03.2020⁶, determinou medidas mais duras visando conter a**
52 **propagação da COVID-19 que, naquele momento, contava com 20 casos**
53 **notificados, sendo o Estado da Região Nordeste com maior número de pacientes**
54 **infectados, sendo o Estado da Região Nordeste com maior número de pacientes**
55 **infectados, sendo o Estado da Região Nordeste com maior número de pacientes**
56 **infectados, sendo o Estado da Região Nordeste com maior número de pacientes**
57 **infectados, sendo o Estado da Região Nordeste com maior número de pacientes**
58 **infectados e o quarto lugar dentre todos os Estados brasileiros⁵. Em 26.03.2020,**
59
60

1
2
3 **os casos positivados para a Covid-19 subiram para 235 pessoas, com 3 mortes,**
4
5 **passando o Estado a ocupar a terceira posição no país⁵**
6
7

8
9
10 Métodos

11
12 6. Metodologia – favor substituir por Métodos

13
14 **RESPOSTA: O termo foi modificado conforme a solicitação do revisor**
15

16
17
18 7.No segundo parágrafo os objetivos do estudo são repetidos – retiraria “Na
19 preocupação com a pandemia do coronavírus e na busca de como a população
20 cearense está lidando com essa realidade através de suas próprias crenças”
21

22
23 **RESPOSTA: Removemos a frase do texto.**
24

25
26
27 8. Coleta de dados – ora se fala de crenças, ora se fala de opiniões a respeito da
28 pandemia –
29

30
31 **RESPOSTA: Obrigado pela consideração. Padronizamos o termo “crença” e a**
32 **palavra “opinião” foi removida ao longo do texto.**
33

34
35
36 9. Favor definir o que foi considerado quarentena parcial – sair de casa para atividades
37 consideradas não essenciais (porque sair de casa para comprar comida, ir à farmácia
38 ou resolver uma emergência seriam permitidos dentro da quarentena). Ou isso ficou
39 segundo a percepção do indivíduo, sendo anotado o que ele percebeu como quarentena
40 parcial?
41

42
43 **RESPOSTA: Mesmo com a permissão do rompimento de quarentena em**
44 **determinadas situações como as expostas, quisemos avaliar o grau de**
45 **preocupação dos participantes em não ter contato com outras pessoas visto que**
46 **naquele momento seria um comportamento importante diante de algo novo.**
47 **Partimos da suposição de que as pessoas mais cuidadosas não sairiam de casa**
48 **em hipótese nenhuma, ficando em total reclusão. O relaxamento desse**
49 **comportamento temos percebido na cidade após uma semana da aplicação do**
50 **questionário. A experiência de quarentena que tivemos foi baseada nas**
51 **informações vindas do primeiro país a ser atingido, a China, e nos remete a**
52 **isolamento total, sem possibilidade de saída nem para questões básicas como as**
53 **colocadas.**
54
55

56
57
58 Resultados
59
60

1
2
3 10. Página 7 - Sugestão - consideravam alto o risco de contágio pelo coronavírus na
4 sua área de atuação
5

6 **RESPOSTA: texto alterado conforme a solicitação do revisor.**

7
8 **Texto revisado: “61,4% consideravam alto o risco de contágio pelo coronavírus**
9 **na sua área de atuação...”**
10

11
12
13
14 11. Pág 8 - Sugestão - foi observada associação do gênero feminino com se perceber
15 em alto risco de contaminação
16

17 **RESPOSTA: texto alterado conforme a solicitação do revisor.**

18
19 **Texto revisado: “Quando as perguntas realizadas tiveram suas respostas**
20 **comparadas entre os gêneros masculino e feminino foi observada associação do**
21 **gênero feminino com se perceber em alto risco de contaminação...”**
22

23
24
25 12. Último parágrafo – nível de escolaridade (tirar o s)
26

27 **RESPOSTA: O texto foi corrigido. Obrigado.**

28
29
30
31 13. Página 9 Sugestão - Aqueles com pós-graduação consideram não ter alguma
32 proteção... modificar a concordância no restante da frase...
33

34 **RESPOSTA: texto alterado conforme a solicitação do revisor.**

35
36
37 **Texto revisado: “Aqueles com pós-graduação consideram não ter alguma**
38 **proteção alguma proteção contra o vírus diferente de outros lugares (p<0,001)”**
39

40
41
42 **Discussão:**

43
44 14. Página 10 – não dá para se afirmar que no Ceará os comportamentos e crenças não
45 são diferentes do resto do país – sugiro suprimir essa afirmação.
46

47 **RESPOSTA: Concordamos com o revisor e removemos a frase do texto.**

48
49
50
51 15. Página 11 – considerar a inclusão da seguinte frase: talvez a maior percepção de
52 maior risco de contaminação pela COVID-19 pelas mulheres seja devido ao fato do
53 estudo ter incluído muitos profissionais de saúde, que estão sob maior risco, pois no
54 setor saúde a mão de obra é predominantemente feminina.
55

56
57 **RESPOSTA: Interessante a percepção do revisor. Ficamos muito gratos pela**
58 **sugestão.**
59
60

1
2
3 **Texto revisado: Adicionalmente, a maior percepção de maior risco de**
4 **contaminação pela COVID-19 pelas mulheres, talvez, seja devido ao fato do estudo**
5 **ter incluído muitos profissionais de saúde, que estão sob maior risco, pois no**
6 **setor saúde a mão de obra é predominantemente feminina.”**
7
8
9

10
11 16. Página 12 – Adicionalmente, idosos são considerados um grupo de risco para maior
12 mortalidade pela COVID-1935 (NÃO SÃO GRUPO DE RISCO PARA MAIOR
13 CONTAMINAÇÃO) FAVOR REVER ESSE TRECHO
14

15 **RESPOSTA: Modificamos o texto**

16
17 **Texto revisado: “Adicionalmente, idosos são considerados um fator de**
18 **preocupação para contaminação com COVID-19, uma vez que o aumento da idade**
19 **está associado à morte³⁶”**
20
21

22
23
24 17. Incluir a seguinte frase como limitação do estudo – A principal limitação deste estudo
25 é ter sido feito em amostra de conveniência, o que limita a generalização externa dos
26 achados.
27

28 **RESPOSTA: Obrigado pela sugestão, incluímos a frase no texto.**
29
30

31
32 18. Tabela 1 – título inclui a palavra sexo, quando em todo o artigo os autores se referem
33 a gênero.
34

35 **RESPOSTA: Modificamos o título da Tabela 1.**
36

37 **Texto revisado: “Tabela 1: Associação entre as respostas do questionário com o**
38 **gênero dos participantes.”**
39
40

41
42
43 19. Em todas as tabelas, favor substituir P1, P2.. pelas próprias perguntas, pois as
44 tabelas precisam ser autoexplicativas ou colocar nota de rodapé:
45

46 P1 ... descrever a pergunta 1
47

48 P2 ... descrever a pergunta 2
49

50 **RESPOSTA: Modificamos todas as tabelas de acordo com a sugestão do revisor.**
51
52

53
54 20. Tabela 4 – o que é RMF? – colocar nota explicando no rodapé da tabela
55

56 **O termo RMF se refere a região metropolitana de Fortaleza. Inserimos a descrição**
57 **no rodapé da Tabela 4**
58
59
60

1
2
3 Atenciosamente,
4
5
6

7 Jiovanne Neri
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

For Review Only

Este preprint foi submetido sob as seguintes condições:

- Os autores declaram que estão cientes que são os únicos responsáveis pelo conteúdo do preprint e que o depósito no SciELO Preprints não significa nenhum compromisso de parte do SciELO, exceto sua preservação e disseminação.
- Os autores declaram que os necessários Termos de Consentimento Livre e Esclarecido de participantes ou pacientes na pesquisa foram obtidos e estão descritos no manuscrito, quando aplicável.
- Os autores declaram que a elaboração do manuscrito seguiu as normas éticas de comunicação científica.
- Os autores declaram que os dados, aplicativos e outros conteúdos subjacentes ao manuscrito estão referenciados.
- O manuscrito depositado está no formato PDF.
- Os autores declaram que a pesquisa que deu origem ao manuscrito seguiu as boas práticas éticas e que as necessárias aprovações de comitês de ética de pesquisa, quando aplicável, estão descritas no manuscrito.
- Os autores declaram que uma vez que um manuscrito é postado no servidor SciELO Preprints, o mesmo só poderá ser retirado mediante pedido à Secretaria Editorial do SciELO Preprints, que afixará um aviso de retratação no seu lugar.
- Os autores concordam que o manuscrito aprovado será disponibilizado sob licença [Creative Commons CC-BY](#).
- O autor submissor declara que as contribuições de todos os autores e declaração de conflito de interesses estão incluídas de maneira explícita e em seções específicas do manuscrito.
- Os autores declaram que o manuscrito não foi depositado e/ou disponibilizado previamente em outro servidor de preprints ou publicado em um periódico.
- Caso o manuscrito esteja em processo de avaliação ou sendo preparado para publicação mas ainda não publicado por um periódico, os autores declaram que receberam autorização do periódico para realizar este depósito.
- O autor submissor declara que todos os autores do manuscrito concordam com a submissão ao SciELO Preprints.