

Conhecimento, atitudes e práticas de usuários da atenção primária sobre COVID-19 em município goiano**Knowledge, attitudes and practices of primary care users regarding COVID-19 in municipality in Goiás****Conocimiento, actitudes y prácticas de usuarios de atención primaria sobre COVID-19 en municipio goiano**

Larissa Huther¹, Isadora Freitas Assis², Luiz Fernando Gouvêa-e-Silva³,
Cristiane José Borges⁴, Marise Ramos de Souza⁵

RESUMO

Objetivo: analisar o nível de conhecimento, atitudes e práticas (CAP) de usuários da atenção primária sobre a COVID-19 em município do sudoeste goiano. **Método:** estudo descritivo-exploratório e quantitativo, realizado com usuários atendidos em Unidades Básicas de Saúde e diagnosticados com COVID-19. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2023 e maio de 2024 por meio de questionário CAP aplicado presencialmente e *online*. Os dados foram analisados por teste de Mann-Whitney e regressão logística, adotando-se $p < 0,05$. **Resultados:** participaram 176 usuários, predominantemente do sexo feminino (79,5%), com idade média de $38,7 \pm 17,2$ anos. Indivíduos com idade > 39 anos apresentaram maior chance de desconhecer informações essenciais sobre a COVID-19 ($OR=5,02$; $p=0,017$), acreditar que a transmissão ocorre apenas na presença de sintomas ($OR=9,99$; $p<0,001$) e adotar práticas inadequadas relacionadas ao uso de máscaras ($OR=2,56$; $p=0,003$). Menor escolaridade e renda < 2 salários mínimos estiveram associados a piores níveis de CAP. **Conclusão:** persistem lacunas relevantes no CAP, especialmente entre indivíduos mais velhos e socioeconomicamente vulneráveis, reforçando a necessidade de ações educativas contínuas na atenção básica.

¹Enfermeira. Egressa da Universidade Federal de Jataí (UFJ). Jataí, Goiás, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0008-1653-2796>

²Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Jataí (UFJ). Jataí, Goiás, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0007-6014-6094>

³Educador Físico. Doutor em Doenças Tropicais. Docente da Universidade Federal de Jataí (UFJ). Jataí, Goiás, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1953-9175>

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Jataí (UFJ). Jataí, Goiás, Brasil. ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5846-0750>

⁵Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal de Jataí (UFJ). Jataí, Goiás, Brasil. E-mail: marise@ufj.edu.br ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5361-7819> **Autor para correspondência** – Endereço: Câmpus Jatobá - Cidade Universitária. BR 364, KM 195, nº 3800 – Jataí-Goiás. CEP: 75.801-615.



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada.

Descritores: Coronavírus; Educação em Saúde; Inquéritos Epidemiológicos; Síndrome Respiratória Aguda Grave; Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: to analyze the level of knowledge, attitudes, and practices (KAP) of primary care users regarding COVID-19 in a municipality in southwestern Goiás. **Method:** a descriptive-exploratory, quantitative study was conducted with users treated at Basic Health Units and diagnosed with COVID-19. Data were collected between August 2023 and May 2024 using a KAP questionnaire applied in person and online. Data analysis included descriptive statistics, the Mann-Whitney test, and logistic regression, with a significance level set at $p < 0.05$. **Results:** a total of 176 users participated in the study, the majority of whom were female (79.5%) with a mean age of 38.7 ± 17.2 years. Individuals aged > 39 years were more likely to lack essential knowledge about COVID-19 ($OR = 5.02$; $p = 0.017$), believe that transmission occurs only in symptomatic cases ($OR = 9.99$; $p < 0.001$), and demonstrate inadequate mask-use practices ($OR = 2.56$; $p = 0.003$). Lower education level and an income < 2 minimum wages were associated with poorer KAP levels. **Conclusion:** significant KAP gaps persist, particularly among older and socioeconomically vulnerable individuals, underscoring the need for continuous health education actions in primary care.

Descriptors: Coronavirus; Health Education; Health Surveys; Severe Acute Respiratory Syndrome; Public Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar el nivel de conocimiento, actitudes y prácticas (CAP) de los usuarios de atención primaria con respecto a la COVID-19 en municipio del suroeste de Goiás. **Método:** este es un estudio descriptivo-exploratorio y cuantitativo realizado con usuarios atendidos en Unidades Básicas de Salud y diagnosticados con COVID-19. La recogida de datos se llevó a cabo entre agosto de 2023 y mayo de 2024 mediante un cuestionario CAP aplicado de forma presencial y digital. El análisis incluyó estadística descriptiva, prueba de Mann-Whitney y regresión logística, con $p < 0,05$. **Resultados:** participaron 176 usuarios, con predominio de mujeres (79,5%) y edad media de $38,7 \pm 17,2$ años. Personas mayores de 39 años presentaron mayor probabilidad de desconocer información esencial sobre la COVID-19 ($OR = 5,02$; $p = 0,017$), creer que la transmisión ocurre solo cuando hay síntomas ($OR = 9,99$; $p < 0,001$) y tener prácticas inadecuadas en el uso de mascarillas ($OR = 2,56$; $p = 0,003$). Menor escolaridad y renta < 2 salarios mínimos se asociaron con peores niveles de CAP. **Conclusión:** persisten brechas significativas en CAP, lo que refuerza la necesidad de acciones educativas continuas en atención primaria.

Descriptores: Coronavirus; Educación en Salud; Encuestas Epidemiológicas; Síndrome Respiratorio Agudo Grave; Salud Pública.

INTRODUÇÃO

A COVID-19 ocasionou um impacto global expressivo, totalizando, até dezembro de 2025, aproximadamente

778.994.897 casos confirmados e 7.106.996 óbitos em todo o mundo¹. No Brasil, os primeiros casos foram identificados em fevereiro de 2020; em Goiás, o primeiro caso confirmado ocorreu

em março do mesmo ano e, posteriormente, em 22 de maio, em razão da alta transmissibilidade do vírus, o país tornou-se o segundo com maior número de casos no mundo²⁻⁴. Em setembro de 2020, o país já contabilizava 39.318.227 casos confirmados e 716.626 óbitos⁵.

Além do elevado impacto epidemiológico, a pandemia da COVID-19 impôs desafios estruturais e organizacionais aos sistemas de saúde, especialmente à Atenção Primária à Saúde (APS), considerada a principal porta de entrada e coordenadora do cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS). Durante a emergência sanitária, a APS assumiu papel central na vigilância em saúde, no acompanhamento de casos leves, na educação em saúde e na mitigação dos efeitos indiretos da pandemia, como a interrupção do cuidado de condições crônicas e a ampliação das desigualdades em saúde⁶⁻⁸. Estudos internacionais recentes destacam que fragilidades na organização da APS comprometeram a resposta à COVID-19, sobretudo em contextos marcados por desigualdades sociais e territoriais, refletindo impactos persistentes mesmo no período pós-pandêmico⁹.

A avaliação do nível de conhecimento da população acerca da COVID-19 é fundamental, uma vez que a compreensão adequada sobre as formas de transmissão, sinais e sintomas, bem como sobre as medidas de prevenção, influencia diretamente a adoção de comportamentos protetivos e a adesão às recomendações sanitárias¹⁰. Evidências demonstram que maiores níveis de conhecimento estão associados a atitudes e práticas mais adequadas perante a doença¹¹.

No Brasil, variações significativas nos níveis de conhecimento, atitudes e práticas (CAP) da população relacionados à COVID-19 chamam atenção para a necessidade de estratégias contínuas de educação em saúde no âmbito da prevenção e promoção^{12,13}. Em alguns países^{9,14}, as lacunas no CAP sobre COVID-19 permaneceram relevantes mesmo após a fase aguda da pandemia, com impactos diretos na adesão à vacinação, no manejo de sintomas e na confiança nos serviços de saúde.

Adicionalmente, a pandemia evidenciou desigualdades no acesso aos serviços de saúde e à informação em saúde, com grupos socialmente vulneráveis apresentando maior dificuldade para acessar cuidados,

recursos preventivos e orientações adequadas¹⁵⁻¹⁷. Essas disparidades reforçam desafios persistentes na comunicação e na educação em saúde, ressaltando a importância do fortalecimento do letramento em saúde no âmbito da APS^{6,9}.

Diante disso, levanta-se a hipótese de que usuários da Atenção Primária à Saúde apresentam conhecimentos limitados sobre a COVID-19, influenciados por desigualdades socioeconômicas, restrições no acesso a informações seguras e fragilidades nas ações educativas, conforme evidenciado por estudos nacionais e internacionais, com destaque para realidades observadas em regiões do interior brasileiras^{6,9,12,13,15-17}. Assim, este estudo teve como objetivo analisar o nível de CAP de usuários da atenção primária sobre a COVID-19 em município do sudoeste goiano.

MÉTODO

O estudo é descritivo-exploratório e quantitativo, realizado de acordo com a diretriz *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudos observacionais, e complementado pelo *Checklist for*

Reporting Items for Knowledge, Attitude and Practice Studies (CheckKAP) para garantir a qualidade da descrição do conhecimento, atitude e prática¹⁸.

O estudo foi desenvolvido com usuários atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município localizado no sudoeste goiano, com uma população aproximada de 111.634 habitantes¹⁹. Contando com 17 Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), um Centro de Especialidades Odontológicas, um Centro Especializado em Reabilitação, um Núcleo de Apoio Psicossocial, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) e um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD III).

A população do estudo foi constituída por indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, que tiveram diagnóstico confirmado de COVID-19 no período de 2020 a 2023 e que realizaram atendimento em alguma UBS do município investigado. Foram excluídos indivíduos com diagnóstico prévio autorrelatado de doenças respiratórias crônicas, bem como aqueles que realizaram tratamento e/ou acompanhamento exclusivamente no setor privado.

A amostragem adotada foi não probabilística, por conveniência, considerando os participantes que estavam disponíveis e atenderam aos critérios de inclusão no período da coleta de dados. O tamanho amostral foi definido pelo critério de saturação das respostas, caracterizado pelo momento em que a inclusão de novos participantes não resultou em acréscimo significativo de informações relevantes para os objetivos do estudo. A coleta de dados ocorreu entre 10 de agosto de 2023 e 13 de maio de 2024, totalizando 176 questionários válidos.

Do total, 102 formulários foram aplicados presencialmente, durante o horário de funcionamento das UBS, com duração média de 15 minutos por usuário, em local reservado, garantindo a privacidade dos participantes. Os 74 questionários restantes foram respondidos por meio da plataforma *Google Forms*, mediante convite eletrônico enviado por aplicativo de mensagens ou correio eletrônico, possibilitando a participação em local, horário e tempo de preenchimento de conveniência do respondente.

O instrumento estruturado e autoaplicável foi elaborado pelos próprios

autores, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁰, possuindo 47 questões, organizadas em duas seções: a primeira com nove questões referentes aos dados sociodemográficos; a segunda reuniu 38 questões, distribuídas nos três domínios do instrumento. O domínio Conhecimento foi composto por 17 questões, destinadas a mensurar a aquisição e retenção de informações sobre a COVID-19. O domínio Atitude incluiu 12 questões, avaliando a predisposição do indivíduo perante os conhecimentos adquiridos, considerando aspectos relacionados ao pensar, sentir e agir. O domínio Prática foi avaliado por nove questões, voltadas à identificação do uso de medidas preventivas e ações de proteção diante à doença.

Para garantir a validade do conteúdo, o instrumento foi submetido à avaliação de cinco enfermeiros, com experiência em epidemiologia e no enfrentamento de emergências em saúde pública. Posteriormente, realizou-se um pré-teste com 10 participantes de características semelhantes às do público-alvo, usuários da UBS, com a finalidade de verificar a clareza, adequação e compreensão das questões, assegurando a qualidade das informações coletadas.

Após a adequação do instrumento de coleta de dados, os usuários que participaram da etapa de pré-teste não foram incluídos na coleta de dados definitiva da pesquisa, a fim de evitar vies e assegurar a validade dos resultados.

Os dados obtidos com os participantes da pesquisa, tanto na coleta presencial quanto por meio do *Google Forms*, foram consolidados em uma planilha do Microsoft Excel versão 2403, na qual foram organizados, sistematizados e preparados para posterior análise, por meio de estatística descritiva, utilizando-se média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, além de frequências absoluta e relativa. A comparação entre as idades foi realizada pelo teste de Mann-Whitney, considerando o perfil não paramétrico dos dados, previamente avaliado pelo teste de D'Agostino-Pearson. Para a análise inferencial, os dados socioeconômicos foram organizados para compor uma tabela 2x2. A idade foi estratificada em \leq e $>$ 39 anos (média encontrada da amostra), a escolaridade em \leq e $>$ ensino médio completo, sexo em masculino e feminino, o vínculo empregatício em sim e não, o estado civil em com e sem parceiro, e a renda em $<$ e \geq 2 salários.

A associação entre as variáveis socioeconômicas e os domínios CAP frente à COVID-19 foi realizada pela Regressão Logística Simples, com estimativa do Odds Ratio (OR) e respectivos Intervalos de Confiança de 95%. As análises estatísticas foram realizadas no programa BioEstat, versão 5.3, adotando-se nível de significância de $p < 0,05$.

A pesquisa foi conduzida em conformidade com os preceitos éticos que regem estudos envolvendo seres humanos. Todos os participantes foram previamente esclarecidos quanto aos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo e, após a devida orientação, manifestaram sua concordância por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), condição indispensável para a participação na pesquisa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Jataí (UFJ), sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 72757323.0.0000.0187, em 03 de outubro de 2023.

RESULTADOS

Os dados evidenciaram que a idade média dos participantes do estudo foi de 38,73±17,25 anos. O sexo masculino apresentou idade média de 39,72±17,74 anos e o sexo feminino de 38,47±17,18 anos, sem diferença entre os sexos (p=0,823). Houve predominância do sexo feminino (79,5%), faixa etária de 19 a 28 anos (41,5%), solteiros (55,1%), escolaridade com o ensino superior incompleto (30,1%), com vínculo empregatício e renda de 1 a <2 salários mínimos (29,6%) (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos participantes quanto às características sociodemográficas.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	36	20,5
Feminino	140	79,5
Idade		
19-28 anos	73	41,5
29-38 anos	27	15,3
39-48 anos	24	13,6
49-58 anos	25	14,2
59-68 anos	13	7,4
69-78 anos	11	6,2
79-88 anos	3	1,8
Estado Civil		
Solteiro	97	55,1
Casado/União estável	68	38,6
Viúvo	3	1,7
Divorciado	8	4,6
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	1,1
Alfabetizado	1	0,6
Ensino fundamental incompleto	27	15,4
Ensino fundamental completo	2	1,1
Ensino médio incompleto	9	5,1
Ensino médio completo	46	26,1
Ensino superior incompleto	53	30,1
Ensino superior completo	36	20,5
Vínculo empregatício		
Sim	110	63,6
Não	64	36,4
Renda		
<1 salário	18	10,2
1 a <2 salários	52	29,6

Continuação (Tabela 1)

2 a <3 salários	44	25,0
3 a <4 salários	47	26,7
≥4 salários	15	8,5

Os participantes com idade > 39 anos têm 5,02 mais probabilidades de estarem desinformados sobre o que é COVID-19 (p=0,017), 2,82 em não saber sobre o perfil da pessoa que evoluiu para casos graves ou morte por COVID-19 (p=0,002), 5,08 possuem a perspectiva de

não saber que o aperto de mão e beijo podem transmitir o COVID-19 (p=0,006) e 9,99 em acreditar que a COVID-19 só é transmitida através da manifestação da doença em sua forma sintomática (p<0,001) (Tabela 2).

Tabela 2 - Relação da idade com o conhecimento sobre a COVID-19.

Variáveis	Idade				OR IC95%	P
	≤39 anos N	≤39 anos %	>39 anos N	>39 anos %		
Questão 1						
Correto	98	97,0	65	86,7	1	
Errado	3	3,0	10	13,3	5,02 (1,33-18,96)	0,017
Questão 2						
Correto	101	100,0	73	97,3	1	
Errado	-	-	2	2,7	101471,60 (0-infinito)	0,920
Questão 3						
Correto	99	98,0	72	96,0	1	
Errado	2	2,0	3	4,0	2,06 (0,34-12,66)	0,434
Questão 4						
Correto	99	98,0	74	98,6	1	
Errado	2	2,0	1	1,4	0,66 (0,06-7,52)	0,744
Questão 5						
Correto	79	78,2	42	56,0	1	
Errado	22	21,8	33	44,0	2,82 (1,46-5,44)	0,002
Questão 6						
Correto	98	97,0	70	93,4	1	
Errado	3	3,0	5	6,66	2,33 (0,54-10,09)	0,256
Questão 7						
Correto	97	96,0	62	82,6	1	
Errado	4	4,0	13	17,4	5,08 (1,59-16,30)	0,006
Questão 8						

Continuação (Tabela 2)

Correto	94	93,0	43	57,3	1	
Errado	7	7,0	32	42,7	9,99 (4,09-24,43)	<0,001
Questão 9						
Correto	92	91,0	64	85,3	1	
Errado	9	9,0	11	14,7	1,75 (0,69-4,48)	0,238
Questão 10						
Correto	98	97,0	70	93,3	1	
Errado	3	3,0	5	6,7	2,33 (0,54-10,09)	0,256
Questão 11						
Correto	99	98,0	72	96,0	1	
Errado	2	2,0	3	4,0	2,06 (0,34-12,66)	0,434
Questão 12						
Correto	88	87,0	68	90,7	1	
Errado	13	13,0	7	9,3	0,69 (0,26-1,84)	0,466

Legenda: Questão 1 - Você já ouviu falar da COVID-19? Questão 2 - Quem pode contrair o vírus da COVID-19? Questão 3 - Você acha que pode ser infectado com a doença? Questão 4 - Você acredita que a COVID-19 pode matar? Questão 5 - Quem tem mais chance de evoluir para casos graves ou morte pela doença? Questão 6 - A transmissão da COVID-19 se dá por secreções contaminadas, como gotículas de saliva, espirro, tosse e catarro. Por isso, evite o contato pessoal próximo com beijo, toque ou aperto de mão. O uso da máscara é importante para que essas gotas que liberamos ao falar, tossir ou espirrar não contaminem outras pessoas Questão 7 - É possível se contaminar com o novo coronavírus por meio de aperto de mãos ou com beijos no rosto? Questão 8 - A pessoa infectada com COVID-19 só transmite a doença se tiver sintomas. Questão 9 - Para você, qual das alternativas cita os principais sintomas da COVID-19? Questão 10 - Assinale a alternativa que melhor se enquadra nas medidas de prevenção contra o coronavírus? Questão 11 - Para você, a Covid-19 acabou? Questão 12 - Fumar danifica os pulmões e outras partes do corpo e por isso a pessoa pode desenvolver formas graves da COVID-19.

Os participantes com idade > 39 anos interpretaram erroneamente questões relacionadas ao uso de máscara durante a pandemia ($p=0,027$), além disso, a maior idade também foi associada ao comportamento inadequado diante da notícia de infecção pelo SARS-Cov-2 ($p=0,002$). Com relação à vacinação,

observou-se que esse mesmo grupo etário apresentou maior adesão ao esquema vacinal, com aplicação de duas ou mais doses da vacina contra a COVID-19 ($p = 0,042$), além de manter a adoção de medidas de proteção contra a doença ($p = 0,003$) (Tabela 3).

Tabela 3 - Relação da idade com as atitudes dos participantes frente à COVID-19.

Variáveis	Idade				OR IC95%	P
	≤39 anos N	≤39 anos %	>39 anos N	>39 anos %		
Questão 1						
Correto	99	98,0	67	89,3	1	
Errado	2	2,0	8	10,7	5,91 (1,22-28,70)	0,027
Questão 2						
Correto	97	96,0	67	89,3	1	
Errado	4	4,0	8	10,7	2,89 (0,84-10,01)	0,092
Questão 3						
Correto	38	38,0	46	61,3	1	
Errado	63	62,0	29	38,7	0,38 (0,21-0,70)	0,002
Questão 4						
Correto	99	98,0	73	97,3	1	
Errado	2	2,0	2	2,7	1,35 (0,19-9,85)	0,763
Questão 5						
>2 vacinas	62	61,0	57	76,0	1	
≤2 vacinas	39	39,0	18	24,0	0,50 (0,26-0,98)	0,042
Questão 6						
Correto	88	87,0	58	77,3	1	
Errado	13	13,0	17	22,7	1,98 (0,90-4,39)	0,091
Questão 7						
Correto	42	41,6	48	64,0	1	
Errado	59	58,4	27	27,0	0,40 (0,22-0,74)	0,003
Questão 8						
Correto	101	100	73	97,3	1	
Errado	-	-	2	2,7	101471,60 (0-infinito)	0,920
Questão 9						
Correto	77	76,0	54	72,0	1	
Errado	24	24,0	21	28,0	1,24 (0,63-2,47)	0,524

Legenda: Questão 1 - Durante a pandemia, quem você acha que deveria utilizar máscaras faciais? Questão 2 - Considerou o distanciamento social necessário durante o período pandêmico? Questão 3 - O que você fez/faria quando soube/soubesse que estava infectado (a) pelo SARS-Cov-2? Questão 4 - Avisaria contatos sobre a infecção? Questão 5 - Quantas doses da vacina você tomou? Questão 6 - O que fez quando soube da pandemia? Questão 7 - Você continua se protegendo contra a COVID-19? Questão 8 - Para você, como deve ser feita a limpeza de superfícies para evitar o coronavírus? Questão 9 - Você acredita que as instituições de ensino (creches, escolas e faculdades) devem ser fechadas em caso de aumento de casos de Covid-19?

As pessoas com idade > 39 anos
têm 51% mais chances de higienizar as

mãos, sendo esta ≥ 6 vezes ao dia
(p=0,023) e 2,56 em não saber sobre os

cuidados adequados com a máscara de tecido ($p=0,003$) (Tabela 4).

Tabela 4 - Relação da idade com a prática dos participantes frente à COVID-19.

Variáveis	Idade				OR IC95%	P
	≤39 anos n	≤39 anos %	>39 anos N	>39 anos %		
Questão 1						
Correto	81	80,0	68	90,7	1	0,062
Errado	20	20,0	7	9,3	0,41 (0,17-1,05)	
Questão 2						
≥6 vezes	50	49,5	50	66,7	1	0,023
<6 vezes	51	50,5	25	33,3	0,49 (0,26-0,91)	
Questão 3						
Correto	91	90,0	60	80,0	1	0,062
Errado	10	10,0	15	20,0	2,27 (0,96-5,40)	
Questão 4						
Correto	71	70,0	36	48,0	1	0,003
Errado	30	30,0	39	52,0	2,56 (1,38-4,78)	
Questão 5						
Correto	58	57,0	47	62,7	1	0,483
Errado	43	43,0	28	37,3	0,80 (0,44-1,48)	
Questão 6						
Correto	96	95,0	72	96,0	1	0,765
Errado	5	5,0	3	4,0	0,80 (0,19-3,46)	

Legenda: Questão 1 - Você utilizava a máscara ao sair de casa no período de pandemia ou quando teve COVID-19? Questão 2 - Com qual frequência você realizava a higiene das mãos? Questão 3 - Como você descartava as máscaras descartáveis já utilizadas? Questão 4 - Relação aos cuidados com as máscaras de tecido. Questão 5 - Você mantinha na época da pandemia o distanciamento social fora de casa? Questão 6 - Praticava higiene/etiqueta respiratória ao tossir e respirar?

A associação do sexo (masculino vs feminino) e do vínculo empregatício (sim vs não) com as questões relacionadas com o conhecimento sobre a COVID-19, da prática e das atitudes dos participantes perante a COVID-19 não se observou associação significativas ($p>0,05$) [dados não apresentados na Tabela].

Quanto ao estado civil (com parceiro vs sem parceiro), aqueles com parceiro possuem 6,03 vezes mais chance de não conhecer a COVID-19 ($p=0,008$; IC95% = 1,60-22,80). Já para as questões associadas as atitudes, a presença do parceiro favorece em 52% a atitude correta em relação ao que o participante

fez/faria quando soube/soubesse que estava infectado pelo SARS-Cov-2 ($p=0,020$; IC95% = 0,26-0,89) e em 2,12 vezes mais chance em tomar ≤ 2 vacinas da COVID-19 ($p=0,022$; IC95% = 1,11-4,05). As outras questões associadas de CAP não houve significância ($p>0,05$) [dados não apresentados na Tabela].

A relação da escolaridade (\leq ensino médio completo vs $>$ ensino médio completo) com as variáveis do conhecimento demonstrou que apresentar menor escolaridade favorece em 6,29 vezes que os participantes desconheçam a COVID-19 ($p=0,019$; IC95% = 1,35-29,30), em 2,07 vezes em não saber quem tem mais chance de evoluir para casos graves ou morte pela doença ($p=0,027$; IC95% = 1,08-3,99) e em 10,77 vezes a interpretação errônea que a pessoa infectada com COVID-19 só transmite a doença se tiver sintomas ($p<0,001$; 3,97-29,29).

Para a combinação da escolaridade com as atitudes, demonstrou-se que ter \leq ensino médio completo evita em 66% a atitude incorreta sobre o fez/faria quando soube/soubesse que estava infectado (a) pelo SARS-Cov-2 ($p<0,001$; IC95% = 0,019-0,63). Diante da prática perante a COVID-19, notou-se que

a menor escolaridade favorece em 1,94 vezes em não saber sobre os cuidados com as máscaras de tecido ($p=0,034$; IC95% = 1,05-3,59). As outras questões não demonstraram significância ($p>0,05$), dados não apresentados.

Verificou-se que a renda menor favorece em 2,43 vezes a chance de não se saber em quem tem mais chance de evoluir para casos graves ou morte pela doença ($p=0,007$; IC95% = 1,27-4,66) e em 4,22 vezes a interpretação errônea de quem só transmite a doença é quem estiver com sintomas ($p<0,001$; IC95% = 1,98-9,01). Já em relação às práticas perante a COVID-19, a menor renda favorece em 2,12 vezes as pessoas higienizarem menos (< 6 vezes) às mãos ao dia ($p=0,016$; IC95% = 1,15-3,93) e em 2,61 vezes no descarte incorreto das máscaras já utilizadas ($p=0,029$; IC95% = 1,10-6,23). A atitude diante da COVID-19 e as outras variáveis não apresentaram relação com a renda ($p>0,05$), dados não demonstrados.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram lacunas no CAP referente à COVID-19, as quais podem influenciar negativamente o

sistema de saúde, uma vez que ações de higienização, uso de EPI e isolamento social constituem as principais e mais efetivas medidas de prevenção da doença²¹.

Atitudes equivocadas em face à COVID-19 contribuíram para a escassez de insumos hospitalares, a superlotação de leitos de internação e de Unidades de Terapia Intensiva, além da sobrecarga dos profissionais de saúde durante o período pandêmico²². Tal cenário dificultou a manutenção dos princípios doutrinários e organizativos do Sistema Único de Saúde, uma vez que a sobrecarga dos serviços, a escassez de recursos humanos e materiais e a fragmentação das respostas assistenciais comprometeram a universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade na oferta de serviços²³.

Sistemas de saúde submetidos a choques prolongados, como a pandemia de COVID-19, tendem a apresentar falhas na coordenação do cuidado, redução da qualidade assistencial e desigualdades no acesso, sobretudo entre populações mais vulneráveis, o que fragiliza a capacidade do sistema em garantir atenção contínua, resolutiva e centrada nas necessidades da população²⁴.

Destaca-se o papel dos trabalhadores da linha de frente, os quais foram cruciais para o compartilhamento de informações verídicas sobre a doença ao longo do período pandêmico^{22,24,25}. Contudo, paralelamente a esse esforço, o amplo acesso a meios de comunicação e às tecnologias de informação rápida, como a internet e as redes sociais, ampliou os riscos de confusão entre fatos e desinformação. Esse fenômeno favoreceu a disseminação das chamadas *fake news*, que permanecem como um importante problema de saúde pública global²⁶⁻²⁸. A proliferação de informações enganosas não cessou com o fim das medidas restritivas da pandemia, continuando a impactar a confiança em orientações de saúde e a adesão a práticas preventivas mesmo no período pós-pandêmico²⁹.

Na Nigéria²⁹, estudo utilizando o Inquérito CAP apontou que apenas 30,47% dos adultos, com idade média de 31 anos, apresentaram bom conhecimento sobre a COVID-19, sendo que 60% consideram o período pandêmico como um castigo divino. De forma semelhante, em estudo realizado na Malásia³⁰, com 4.850 participantes e idade média de 34 anos, demonstrou que, embora a maioria conhecesse os meios de transmissão,

42,1% acreditavam que o vírus poderia ser transmitido pelo ar³⁰.

Ao considerar a análise comparativa entre os contextos da Nigéria, da Malásia e a região investigada, constata-se que todos foram significativamente afetados pelo fenômeno da infodemia, frequentemente descrito como uma “segunda pandemia”, por representar uma séria ameaça à circulação e ao consumo de informações, independentemente de sua veracidade^{27,31}.

Tal cenário fragilizou a credibilidade das informações oriundas de fontes oficiais e desencadeou efeitos imediatos e potencialmente prejudiciais, como o fortalecimento de movimentos antivacina, o aumento da desconfiança da população em relação aos profissionais de saúde e aos órgãos governamentais, além do abandono de tratamentos, da automedicação e da adoção de meios não convencionais, muitas vezes nocivos, para a prevenção ou cura de doenças, inclusive da COVID-19^{27,31}.

Essas lacunas de conhecimento e atitudes refletem diretamente nas práticas preventivas adotadas pela população^{32,33}. A OMS recomenda a adoção de medidas não farmacológicas como o

uso de máscaras em contextos de maior risco, ventilação de ambientes e higienização das mãos, associadas à vacinação, como estratégias fundamentais para a prevenção da transmissão e para a redução da morbimortalidade por COVID-19, mesmo no cenário pós-pandêmico^{34,35}.

Da mesma forma, a higienização das mãos também se destaca como prática essencial na prevenção da COVID-19. Estudo de revisão sistemática e metanálise realizado em diferentes países, a lavagem das mãos com água e sabão é capaz de reduzir significativamente a ocorrência de infecções respiratórias³⁶. Com a pandemia, sua relevância foi ainda mais evidenciada, sendo reconhecida como uma intervenção vital no controle da doença³⁷. Na Arábia Saudita, a maior frequência de higienização das mãos ocorreu entre adultos com idade superior a 40 anos³⁸.

Estudo realizado na Indonésia evidenciou que, apesar do reconhecimento da higienização das mãos como medida essencial de prevenção da COVID-19, a adoção adequada dessa prática foi influenciada de forma significativa por fatores socioeconômicos, especialmente renda e escolaridade,

sendo a menor renda associada à menor frequência de lavagem das mãos, em razão de limitações no acesso a insumos básicos e à informação em saúde³⁹.

Esses achados corroboram os resultados do presente estudo, no qual a baixa renda também esteve associada a práticas inadequadas de higienização das mãos, demonstrando que o conhecimento isolado não garante a incorporação de comportamentos preventivos. A convergência entre os resultados, mesmo em contextos socioculturais distintos, reforça que desigualdades socioeconômicas constituem determinantes estruturais relevantes na adoção de práticas de prevenção e que devem ser consideradas no planejamento de ações educativas e de políticas públicas em saúde.

É importante ressaltar que assim como as taxas de letalidade e mortalidade por COVID-19 em contexto urbano nacional não foi influenciada conforme a densidade populacional⁴⁰, estratégias de intervenção em relação ao CAP em municípios menores podem ser testados e reproduzidos em grandes centros.

Uma pesquisa com adultos universitários no Reino Unido⁴¹ examinou comportamentos preventivos durante a

pandemia de COVID-19, incluindo higienização das mãos e distanciamento social. Os resultados indicaram menor adesão ao isolamento fora do domicílio entre indivíduos mais jovens. Tal comportamento pode ser explicado pela relação entre idade, suscetibilidade e gravidade da doença, uma vez que indivíduos mais jovens tendem a apresentar menor percepção de risco quando comparados a idosos e pessoas com comorbidades⁴².

Como limitações deste estudo, destaca-se o recorte amostral restrito às UBS de uma região; não ter realizado coleta de dados em períodos diferentes (pandêmico e pós-pandêmico), o que permitiria comparações mais precisas sobre influência do acesso, qualidade e aplicação dos conhecimentos sobre COVID-19; e a utilização de mais de um tipo de modalidade de coleta dos dados, podendo ter interferido na compreensão e/ou respostas aos questionamentos. Apesar disso, ao focar em uma localidade de médio porte, o estudo contribui para a evidenciação dos impactos da pandemia em regiões do interior do país, a compreensão acerca das desigualdades regionais e os desafios enfrentados pela

APS no enfrentamento de emergências sanitárias.

CONCLUSÃO

Mesmo em um contexto no qual a maioria dos participantes apresentou perfil sociodemográfico considerado favorável, lacunas relevantes no CAP relacionadas à COVID-19 entre usuários da APS persistem, principalmente em indivíduos com idade superior a 39 anos, menor escolaridade e menor renda. O grupo etário mais velho apresentou, simultaneamente, maiores *déficits* de conhecimento sobre transmissão e gravidade da COVID-19, atitudes inadequadas frente à infecção e práticas preventivas inconsistentes, apesar de maior adesão à vacinação e à higienização das mãos.

Há discrepâncias entre o conhecimento adequado e a prática efetiva de medidas preventivas, indicando que a aquisição de conhecimento não se traduz, necessariamente, em mudanças comportamentais consistentes. Isso também evidencia que a adoção isolada de medidas preventivas não garante a compreensão adequada sobre a doença e reforça a necessidade de intervenções

educativas que integrem informação, letramento e orientação prática contínua no âmbito da APS.

No cenário pós-pandêmico, esses achados assumem especial relevância ao indicar que as fragilidades no CAP não se extinguíram com o fim da emergência sanitária, o que sinaliza riscos concretos de reprodução de práticas inadequadas diante de novos agravos em saúde pública ou mesmo prejudicar o planejamento de ações educativas territorializadas, orientadas por dados locais e integradas à rotina de APS.

Como perspectiva para estudos futuros, recomenda-se a realização de pesquisas com acompanhamento a longo prazo e em diferentes contextos, a fim de analisar mudanças no CAP no período pós-pandêmico. Também são indicados estudos que avaliem a efetividade de estratégias educativas contínuas desenvolvidas na APS, especialmente aquelas voltadas ao letramento em saúde e à comunicação de riscos. Essas investigações poderão contribuir para o aprimoramento das ações educativas, subsidiar o planejamento de políticas públicas e fortalecer a capacidade de resposta do sistema de saúde diante de futuras emergências sanitárias.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) pandemic: confirmed cases and deaths. WHO; 2025 Dec 6 [cited 2025 Dec 29]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/deaths>
2. Rodrigues IA, Cavalcante JR, Faerstein E. Pandemia de COVID-19 e a saúde dos refugiados no Brasil. *Physis*. 2020; 30:e300306.
3. Souza A, Souza DM, Abreu MC, Oliveira-Júnior JF, Silva EB, Pobocikova I, et al. Demographic and socioeconomic factors in impacts of COVID-19 by regions in Brazil. *J Health NPEPS*. 2023; 8(1):e10825.
4. Goiás. Secretaria de Estado da Saúde. Boletim epidemiológico: doença pelo coronavírus (COVID-19). Goiânia; 2020 Mar 27.
5. Ministério da Saúde (BR). Coronavírus Brasil: Painel Coronavírus. Ministério da Saúde; 2025 [cited 2025 Dec 29]. Available from: <https://covid.saude.gov.br>
6. Porto AO, Santos LB, Santos SD, Silva AP, Dantas VB. Educação permanente como instrumento de qualificação da assistência em uma USF rural durante a pandemia. *J Health NPEPS*. 2022; 7(1):e5877.
7. Duran Oliveira G, Greco Genoveza Pavão G, Carmo Perez JV, Keismanas de Ávila L, Silva de Freitas M, Souza Queiroz de Oliveira P. Estratégias de educação em saúde na atenção primária no contexto da pandemia da COVID-19. *Rev Gest Saude*. 2025; 14(3):59-65.
8. Araújo Filho FJ, Leal SC, Barros Sousa E, Brito Almeida M, Vieira Batista O, Barbosa Negreiros AL. O uso de mídias sociais na promoção à saúde em tempos de pandemia da COVID-19. *Saúde Coletiva (Barueri)*. 2022; 12(81):11640-11653.
9. Dykgraaf SH, Parkinson A, Wright MC, Wong WCW, Desborough J, Ball L, et al. Ten pressure points in primary care during COVID-19: findings from an international narrative review. *BMC Prim Care*. 2025; 26(1):19.
10. Verot E, Chaux R, Gagnaire J, Bonjean P, Gagneux-Brunon A, Berthelot P, et al. Evaluating the knowledge of and behavior toward COVID-19. *JMIR Public Health Surveill*. 2024; 10:e47170.

11. Felício LV, Batista JSJL, Rossi CC, Dias SRC, Pereira MF. Conhecimentos, percepções e práticas adotadas por uma comunidade universitária no sudeste do Brasil frente à pandemia de COVID-19. *Cienc Prax*. 2024; 19(34):1-19.
12. Kickbusch I, Sakellarides C. Health promotion preparedness for health crises. *Health Promot Int*. 2022; 37(3):daac009.
13. LaMarca TK, Guevara G, Ambroise M, Jeanty F, Nelson CM, Horigian VE, et al. Lessons from community during COVID-19. *Discov Public Health*. 2025; 22:686.
14. Prabhu N, Alonazi MA, Algarni HA, Issrani R, Alanazi SH, Alruwaili MK, et al. Knowledge, attitude and practice towards the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey study among the general public in the Kingdom of Saudi Arabia. *Vaccines (Basel)*. 2022; 10(11):1945.
15. Van Bavel JJ, Baicker K, Boggio PS, et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 response. *Nat Hum Behav*. 2020; 4:460-471.
16. Adebessin F, Smuts H, Mawela T, et al. Health misinformation during the COVID-19 pandemic. *JMIR Infodemiology*. 2023; 3:e48620.
17. Albahri AH, Alnaqbi SA, Alshaali AO, Shahdoor SM, Alshehhi RA. Knowledge, attitudes, and practices of healthcare workers toward COVID-19 patients in the United Arab Emirates. *BMC Health Serv Res*. 2023; 23:324.
18. Zarei F, Dehghani A, Ratanasiri A, Ghaffari M, Raina SK, Halimi A, et al. CheckKAP: a checklist for reporting a knowledge, attitude, and practice (KAP) study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2024;25(7):2573-2577.
19. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Jataí (GO): estimativa de população 2025. IBGE; 2025 [cited 2026 Jan 15]. Available from: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/go/jatai.html>
20. World Health Organization; United Nations Children's Fund. Monitoring knowledge, risk perceptions, preventive behaviours and trust to inform pandemic outbreak response: a survey tool and guidance. Geneva: World Health Organization; 2020.
21. Saadatjoo S, Miri M, Hassanipour S, Ameri H, Arab-Zozani M. Knowledge, attitudes, and practices of the general population about coronavirus disease

- 2019 (COVID-19): a systematic review and meta-analysis with policy recommendations. *BMC Public Health*. 2021; 21:1213.
22. Ranzani OT, Bastos LSL, Gelli JGM, Marchesi JF, Baião F, Hamacher S, et al. Characterisation of the first 250 000 hospital admissions for COVID-19 in Brazil: a retrospective analysis of nationwide data. *Lancet Respir Med*. 2021; 9(4):407-418.
23. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health*. 2024; 12(1):e5-e12.
24. Oliveira L, Santos J, Pereira M. Integralidade e saúde: experiências, desafios e possibilidades no contexto pandêmico brasileiro. Campo Grande: Editora Inovar; 2021.
25. Loomba S, Figueiredo A, Piatek SJ, Graaf K, Larson HJ. Measuring the impact of COVID-19 vaccine misinformation on vaccination intent in the UK and USA. *Lancet Public Health*. 2021; 6(3):e145-54.
26. Paguio JA, Yao JS, Dee EC. Association between COVID-19 misinformation exposure and vaccination intentions: cross-sectional study. *Public Health*. 2022; 203:1-9.
27. Jolley D, Douglas KM. The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions. *Health Psychol*. 2021; 40(2):109-117.
28. Kbaier D, Kane A, McJury M, Kenny I. Prevalence of health misinformation on social media: scoping literature review. *J Med Internet Res*. 2024; 26:e38786.
29. Habib MA, Dayyab FM, Iliyasu G, Habib AG. Knowledge, attitude and practice survey of COVID-19 pandemic in Northern Nigeria. *PLoS One*. 2021; 16(1):e0245176.
30. Azlan AA, Hamzah MR, Sern TJ, Ayub SH, Mohamad E. Public knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: cross-sectional study in Malaysia. *PLoS One*. 2020; 15(5):e0233668.
31. Anjos ASM, Casam PC, Maia JS. As fake news e seus impactos na saúde da sociedade. *PubSaude*. 2021; 5:a141.
32. Elgersma I, Brown J, Smith T, Dut GM, Barnes K, Butler D, et al. Association between face mask use and risk of SARS-CoV-2 infection: cross-sectional study. *Epidemiol Infect*. 2023; 151:e194.

33. Badillo-Goicoechea E, Chang TH, Kim E, LaRocca S, Morris K, Deng X, et al. Global trends and predictors of face mask usage during the COVID-19 pandemic. *BMC Public Health*. 2021; 21:2099.
34. World Health Organization. Infection prevention and control in the context of COVID-19: a guideline. Geneva: World Health Organization; 2023 Dec 21 [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/375200>
35. World Health Organization. WHO SAGE roadmap for prioritizing uses of COVID-19 vaccines. WHO; 2023 Nov 10 [cited 2025 Jan 14]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2023.1>
36. Ross I, Bick S, Ayieko P, Dreibelbis R, Wolf J, Freeman MC, et al. Effectiveness of handwashing with soap for preventing acute respiratory infections in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2023; 401(10389):1634-44.
37. Hillier M. Using effective hand hygiene practice to prevent and control infection. *Nurs Stand*. 2020; 35(5):45-50.
38. Al-Wutayd O, Mansour AE, Aldosary AH, Hamdan HZ, Al-Batanony MA. Handwashing knowledge, attitudes, and practices during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia: a non-representative cross-sectional study. *Sci Rep*. 2021; 11:16769.
39. Dwipayanti N, Lubis D, Harjana N. Public perception and hand hygiene behavior during COVID-19 pandemic in Indonesia. *Front Public Health*. 2021; 9:621800.
40. Souza A, Abreu MC, Oliveira-Júnior JF, Fernandes WA, Aristone F, Souza DM, et al. Generalized models and the impacts of population density on COVID-19 transmission. *J Health NPEPS*. 2021; 6(2):1-23.
41. Barrett C, Cheung KL. Knowledge, socio-cognitive perceptions and the practice of hand hygiene and social distancing during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study of UK university students. *BMC Public Health*. 2021; 21:426.
42. Fikrie A, Amaje E, Golicha W. Social distancing practice and associated factors in response to COVID-19

pandemic. PLoS One. 2021; 16(12):e0261065.

Financiamento: Os autores declaram que não houve financiamento.

Conflito de interesses: Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Participação dos autores:

- **Concepção:** Huther L, Assis IF, Gouvêa-e-Silva LF, Borges CJ, Souza MR.
- **Desenvolvimento:** Huther L, Assis IF, Gouvêa-e-Silva LF, Borges CJ, Souza MR.
- **Redação e revisão:** Huther L, Assis IF, Gouvêa-e-Silva LF, Borges CJ, Souza MR.

Como citar este artigo: Huther L, Assis IF, Gouvêa-e-Silva LF, Borges CJ, Souza MR. Conhecimento, atitudes e práticas de usuários da atenção primária sobre COVID-19 em município goiano. J Health NPEPS. 2025; 10(2):e14163.

Submissão: 21/08/2025

Aceito: 22/12/2025