

COVID-19:

Reflexões das ciências da saúde e impactos sociais 4



Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

COVID-19:

Reflexões das ciências da saúde e impactos sociais 4



Luis Henrique Almeida Castro
(Organizador)

Atena
Editora
Ano 2021

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2021 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2021 Os autores

Copyright da edição © 2021 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição *Creative Commons*. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás

Profª Drª Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí

Profª Drª Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão

Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro



Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federacl do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emidio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



COVID-19: reflexões das ciências da saúde e impactos sociais 4

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Luis Henrique Almeida Castro

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C873 COVID-19: reflexões das ciências da saúde e impactos sociais 4 / Organizador Luis Henrique Almeida Castro. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2021.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-759-5

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.595210812>

1. Pandemia - Covid-19. I. Castro, Luis Henrique Almeida (Organizador). II. Título.

CDD 614.5

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

A obra “COVID-19: Reflexões das ciências da saúde e impactos sociais 3” traz ao leitor 36 artigos de ordem técnica e científica elaborados por pesquisadores de todo o Brasil; são produções que em sua maioria englobam revisões sistemáticas, revisões de escopo, relatos e estudos de casos, e investigações epidemiológicas que se relacionam – direta ou indiretamente – com o contexto da pandemia de SARS-CoV-2.

A organização dos artigos levou em consideração a temática alvo de cada estudo e, embora alguns possuam vínculo apenas didático com o tema central da obra, a disposição dos textos, em dois volumes, está direcionada em um plano direcional que parte de contexto da publicação científica, avança para os aspectos patológicos da infecção de COVID bem como patologias secundárias, impactos emocionais e cognitivos, logo após reflete sobre os impactos diretos da pandemia na mulher e no feminino, concluindo a obra com as mais variadas temáticas socioambientais e educacionais nesta conjuntura pandêmica que atinge o Brasil e o mundo.

Agradecemos aos autores por suas contribuições científicas a este tema tão essencial e desejamos a todos uma boa leitura!

Luis Henrique Almeida Castro

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS DE COVID-19 NO MUNDO DE ACORDO COM SEU ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)

Cristianne Confessor Castilho Lopes

Tulio Gamio Dias

Eduardo Barbosa Lopes

Lucas Castilho Lopes

Vanessa da Silva Barros

Laisa Zanatta

João Vitor Bertuci

Daniela dos Santos

Marilda Moraes da Costa

Liamara Basso Dala Costa

Fabio Kopp Vanuzzi

Heliude de Quadros e Silva

Youssef Elias Ammar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108121>

CAPÍTULO 2..... 12

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR SARS-COV-2 NO DISTRITO DE CACAÚ PIRÊRA, IRANDUBA-AM

Sarai Carvalho Lima

Emily Simara Moraes Leda

Geovane Silva Da Silva

Samilly Reis De Castro

Tatiana Cardoso Da Silva

Silvana Nunes Figueiredo

Maria Leila Fabar dos Santos

Iraneide Ferreira Mafra

Loren Rebeca Anselmo

Leslie Bezerra Monteiro

Andreia Silvana Silva Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108122>

CAPÍTULO 3..... 25

COVID-19 E AS POPULAÇÕES TRADICIONAIS: UM OLHAR ATENTO AOS POVOS INDÍGENAS

Marcos Paulo Oliveira Moreira

Alex de Sousa Silva

Amanda Cafezakis Moutinho

Caio Vitor de Miranda Pantoja

Fernando Ferreira Freitas Filho

João Paulo Mota Lima

Joyce Ruanne Correa da Silva

Manoel dos Reis Pinto

Marcos José Silva de Paula
Solange Lima Gomes
Sheyla Mara Silva de Oliveira
Franciane de Paula Fernandes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108123>

CAPÍTULO 4..... 33

A SUBNOTIFICAÇÃO DE CASOS DE HANSENÍASE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESTADO DO PARÁ

Amanda Salbé Nassar
Felipe Dias da Cunha Trindade
Maria Clara de Castro Coqueiro de Oliveira
Victor Matheus Mendonça de Araújo
Janaína Cunha Romeiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108124>

CAPÍTULO 5..... 40

COVID-19 E ROMARIA DO MUQUÉM: IMPLICAÇÕES E INOVAÇÕES

Aldemir Franzin
Alberto da Silva Moreira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108125>

CAPÍTULO 6..... 49

DIÁRIOS DA PANDEMIA: DA (IM)POSSIBILIDADE DO EXERCÍCIO DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Ana Maria Caldeira Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108126>

CAPÍTULO 7..... 64

INTELIGÊNCIA EMOCIONAL: HABILIDADE RELACIONAL PARA O RESIDENTE NA LINHA DE FRENTE CONTRA A COVID-19

Camilla Ytala Pinheiro Fernandes
Ágna Retyelly Sampaio de Souza
Aline Muniz Cruz Tavares
Amanda Cordeiro de Oliveira Carvalho
Ana Paula Pinheiro da Silva
Natália Pinheiro Fabricio Formiga
Alessandra Bezerra de Brito
Rosana Cabral Pinheiro
Dioneide Pereira da Silva
Lis Maria Machado Ribeiro Bezerra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108127>

CAPÍTULO 8..... 70

PERFIL DO DISCENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DO COVID-19

Christiane de Carvalho Marinho
Cristiane Guerreiro Pereira Abdul Massih

Kátia Simone Kietzer
Anderson Bentes de Lima

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108128>

CAPÍTULO 9..... 81

EMPATÍA CON LAS FAMILIAS, UNA PRÁCTICA REFLEXIVA CON ESTUDIANTES DE
MAGISTERIO EN PRIMERA INFANCIA TRAS UN AÑO DE SINDEMIA

Laura Grassi Gaudin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.5952108129>

CAPÍTULO 10..... 85

DESAFÍO DEL DOCENTE DE LA UAC EN PANDEMIA, DIGITALIZACIÓN Y DESARROLLO
DE NUEVAS COMPETENCIAS

María Alejandra Sarmiento Bojórquez

Juan Fernando Casanova Rosado

Mayte Cadena González

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081210>

CAPÍTULO 11..... 95

NUEVA TÉCNICA DOCENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA HUMANA: EL
BLOG PERSONAL COMO HERRAMIENTA DE CONSOLIDACIÓN DEL APRENDIZAJE Y
EVALUACIÓN EN TIEMPOS DE COVID19

Cristina Verástegui

Noelia Geribaldi-Doldán

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081211>

CAPÍTULO 12..... 112

AÇÕES DOS INSTITUTOS FEDERAIS DIANTE DA PANDEMIA: EXPERIÊNCIAS COM O
PROGRAMA NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO ESCOLAR NA BAHIA E EM MINAS GERAIS

Kátia de Fatima Vilela

Rodney Alves Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081212>

CAPÍTULO 13..... 124

HABILIDADES PREDITORAS DE LEITURA EM ESCOLARES DE 1º E 2º ANOS DO
ENSINO FUNDAMENTAL I EM CONTEXTO DE PANDEMIA

Mariana Garrido Santana

Giseli Donadon Germano

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081213>

CAPÍTULO 14..... 134

PROJETO EXPRESSAR: PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA COM PROFISSIONAIS
DA SAÚDE DE UBS NA PANDEMIA

Gislaine Lima da Silva

Davi Alexandre de Souza Oliveira

Rafaela Gabriela Luiz Venâncio

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081214>

CAPÍTULO 15..... 143

IMPACTO DA PANDEMIA DA COVID-19 NO PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA

Stéfany Marinho de Oliveira

Luciane Bianca Nascimento de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081215>

CAPÍTULO 16..... 147

IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO ESQUEMA VACINAL CONTRA PAPILOMAVÍRUS HUMANO (HPV4) EM ADOLESCENTES DE UMA COMUNIDADE DO CACAU PIRÊRA, IRANDUBA – AM

Eliane Monteiro da Silva

Erisson de Souza Rodrigues

Estela Farias Soares Lima

Fabiola Hounsell Marques

Francisca Oliveira dos Santos

José Nilvan Silva Bezerra

Maria Evanilda Maciel Farias

Silvana Nunes Figueiredo

Maria Leila Fabar dos Santos

Andreia Silvana Silva Costa

Leslie Bezerra Monteiro

Iraneide Ferreira Mafra

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081216>

CAPÍTULO 17..... 160

POTENCIALIDADES DAS AÇÕES DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA NO ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA POR COVID-19 NO ESTADO DE PERNAMBUCO NO CONTEXTO ESCOLAR

Maria Luiza Ferreira Imburana da Silva

Shirley Jackllanny Martins de Farias

Luís Roberto da Silva

Matheus Felipe Medeiros de Lira

Ilma Cristina Silva do Nascimento

Alexandra Coutinho Cavalcanti

Alcinda de Queiroz Medeiros

Ana Maria Bezerra de Oliveira Cabral

Áurea Maria da Cunha Silva

Raíssa Ivna Alquete de Arreguy Baptista

Emília Carolle Azevedo de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081217>

CAPÍTULO 18..... 170

COVID-19 E SEU IMPACTO SOCIAL

Letícia Wanderley de Amorim

Lucas Wanderley de Amorim

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.59521081218>

SOBRE O ORGANIZADOR.....	173
ÍNDICE REMISSIVO.....	174

CAPÍTULO 1

ANÁLISE COMPARATIVA DOS CASOS DE COVID-19 NO MUNDO DE ACORDO COM SEU ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH)

Data de aceite: 01/12/2021

Cristianne Confessor Castilho Lopes

Universidade da Região de Joinville
Joinville – SC

Tulio Gamio Dias

Escola de Artes, Ciências e Humanidades da
USP
São Paulo – SP

Eduardo Barbosa Lopes

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Lucas Castilho Lopes

Universidade Federal de Santa Catarina
Florianópolis - SC

Vanessa da Silva Barros

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador - SC

Laisa Zanatta

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

João Vitor Bertuci

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador - SC

Daniela dos Santos

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador - SC

Marilda Moraes da Costa

Associação Educacional Luterana - Faculdade
IELUSC
Joinville – SC

Liamara Basso Dala Costa

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador – SC

Fabio Kopp Vanuzzi

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ

Heliude de Quadros e Silva

Universidade Alto Vale do Rio do Peixe
Caçador - SC

Youssef Elias Ammar

Universidade do Sul de Santa Catarina
Tubarão – SC

RESUMO: Em 2019, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China informou um novo coronavírus chamado SARS-CoV-2, responsável por infecções respiratórias, e por uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China). Tal surto se tornou com o tempo uma pandemia. O presente estudo tem o objetivo de analisar de forma comparativa os casos de Covid-19 no mundo de acordo com sua base populacional e IDH. **Metodologia:** Foram analisados 189 países, verificando dados como IDH, população, número de mortes por Covid-19, taxa de mortes por 1000 habitantes, taxa de morte por 1000 casos e número de pacientes recuperados. **Conclusão:** Os países com maiores IDH registraram uma maior quantidade de mortes e de casos, porém, obtiveram o maior número de pacientes recuperados e as menores taxas de mortes por 1000 casos, demonstrando que maiores IDH parecem ser determinantes no

melhor tratamento à saúde a nível populacional.

PALAVRAS-CHAVE: Covid-19. IDH. Desenvolvimento Humano.

COMPARATIVE ANALYSIS OF COVID-19 CASES IN THE WORLD ACCORDING TO THEIR HUMAN DEVELOPMENT INDEX (HDI)

ABSTRACT: In 2019, China's Centers for Disease Control and Prevention reported a new coronavirus called SARS-CoV-2, responsible for respiratory infections and a series of pneumonia cases in the city of Wuhan (China). Such an outbreak eventually turned into a pandemic. This study aims to comparatively analyze the cases of Covid-19 in the world according to their population base and HDI. Methodology: 189 countries were analyzed, verifying data such as HDI, population, number of deaths per Covid-19, death rate per 1000 inhabitants, death rate per 1000 cases and number of patients retrieved. Conclusion: Countries with the highest HDI recorded the highest number of deaths and cases, however, had the highest number of recovered patients and the lowest death rates per 1000 cases.

KEYWORDS: Covid-19. HDI. Human development.

INTRODUÇÃO

Em 2019, o mundo inteiro se deparou com uma doença nova, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China informou um novo coronavírus chamado SARS-CoV-2 e comunicaram um primeiro estágio de um surto, o qual foi denominado pela Organização Mundial de Saúde como COVID-19 (GUAN et al., 2020b; ZHU et al., 2020).

Coronavírus considerados RNA vírus causam infecções respiratórias, que vai desde um resfriado simples até doenças mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) (FEHR; PERLMAN, 2015).

Esse novo Coronavírus gera uma doença classificada como COVID-19, sendo agente de uma série de casos de pneumonia na cidade de Wuhan (China). Sem informações concretas sobre o mecanismo de ação, nem medidas de efetividade inquestionáveis para manejo clínico dos casos de infecção humana pelo SARS-CoV-2, restando ainda muitos detalhes a serem esclarecidos.

No entanto, sabe-se que o vírus tem alta transmissibilidade e provoca uma síndrome respiratória aguda que varia de casos leves – cerca de 80% – a casos muito graves com insuficiência respiratória –entre 5% e 10% dos casos. Sua letalidade varia, principalmente, conforme a faixa etária e condições clínicas associadas (MCINTOSH, 2021). A partir de então, várias instituições e vêm renovando os números sobre a patologia praticamente em tempo real. O site criado pela Universidade Johns Hopkins e a Organização Mundial de Saúde é um exemplo desta divulgação, liberando relatórios diários da pandemia, sobre a evolução e também descreve as principais mudanças que ocorreram relacionadas as do dia anterior (CANDIDO et al., 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 2020).

Um estudo realizado por Maciel; Castro-Silva; Farias, (2020) no estado do Ceará,

demonstrou uma correlação direta e significativa entre o IDH e as taxas de incidência de COVID-19.

Especialistas/estudiosos já descrevem que os impactos não serão apenas de ordem médica e epidemiológica, mas também nos seus diferentes aspectos, como os impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos (IPEA, 2020; MATTA et al., 2021).

A utilização do IDH na mensuração do desempenho dos países serve de termômetro para avaliar a eficácia das ações. A pesquisa tem por intuito avaliar a influência do IDH de diferentes países no enfrentamento da pandemia de Covid-19, avaliando os números de casos e de óbitos. Para tanto, utilizaremos o IDH e as políticas de enfrentamento da pandemia, realizando uma comparação entre diferentes países no mundo. O objetivo geral do estudo é analisar de forma comparativa os casos de Covid-19 no mundo de acordo com sua base populacional e IDH, e os objetivos específicos são de verificar a relação entre o IDH e sua aplicabilidade no enfrentamento da pandemia no mundo; levantar os índices dos países dos números de casos de óbitos e casos ativos da Covid-19; correlacionar o IDH com os números de casos de óbitos.

O estudo justifica-se devido a busca de mais informações no que diz respeito ao número de óbitos, casos ativos confirmados no mundo. Neste sentido, realizar uma análise comparativa entre IDH e a correlação entre os indicadores. O cenário ainda é incerto em relação a pandemia e ainda desconhecemos qual será a magnitude das consequências que esta pandemia trará a nossa sociedade.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Índice de Desenvolvimento Humano – IDH

No início dos anos de 1990 foi lançado, pela ONU (Organização das Nações Unidas) o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que tem o intuito de verificar o nível de desenvolvimento de um país valendo-se de indicadores de desempenho. Este índice passou a ser o mais conhecido cálculo do desenvolvimento humano (TORRES; FERREIRA; DINI, 2003). Com o IDH, o característica social passou a ter valor crucial na conceito desse mensurador de desenvolvimento humano. A partir deste índice, a discussão pertinente as condições socioeconômicas passaram a ser mais convergidas à qualidade de vida e às condições cruciais da sociedade, opondo-se às antigas medidas em que a esfera econômica do indivíduo sobressaía-se frente aos aspectos sociais pertinentes a ele (TORRES; FERREIRA; DINI, 2003).

O IDH se baseia na noção de *capacidades*, isto é, tudo aquilo que uma pessoa está apta a realizar ou fazer. Nesse sentido, o desenvolvimento humano teria, como significado mais amplo a expansão não apenas da riqueza, mas da potencialidade dos indivíduos de serem responsáveis por atividades e processos mais valiosos e valorizados (PNUD, 1998).

Desde 2010, quando o Relatório de Desenvolvimento Humano completou 20 anos,

novas metodologias foram incorporadas para o cálculo do IDH. Atualmente, os três pilares que constituem o IDH (saúde, educação e renda) são mensurados da seguinte forma: Uma vida longa e saudável (saúde) é medida pela expectativa de vida; acesso ao conhecimento (educação) é medido pela média de anos de educação de adultos, que é o número médio de anos de educação recebidos durante a vida por pessoas a partir de 25 anos; e pela expectativa de anos de escolaridade para crianças na idade de iniciar a vida escolar, que é o número total de anos de escolaridade que um criança na idade de iniciar a vida escolar pode esperar receber se os padrões prevalentes de taxas de matrículas específicas por idade permanecerem os mesmos durante a vida da criança; E o padrão de vida (renda) é medido pela Renda Nacional Bruta (RNB) per capita expressa em poder de paridade de compra (PPP) constante, em dólar, tendo 2005 como ano de referência (PNUD, 2018).

PNUD é o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, vinculado à ONU (Organizações das Nações Unidas), que tem como objetivo combater a pobreza no mundo. É um programa multilateral e existe hoje em 170 países e territórios, que trabalham juntos em busca de soluções para desafios na área do desenvolvimento e sustentabilidade.

Com a alteração metodológica feita pelo PNUD, deixou-se de utilizar a Fórmula de Atkinson e se passou a utilizar uma fórmula baseada em logaritmos. Nas duas formas de cálculo há uma coerência com os fundamentos filosóficos do IDH, que reside em justamente reduzir a importância do indicador PIB *per capita* - de caráter estritamente econômico - em detrimento de outras variáveis no processo de análise dos estágios de bem-estar vividos pelas populações de todo o planeta.

A fórmula atual calcula o Indicador de Rendimento através de números exponenciais e esta foi desenvolvida por Sudhir Anad e Amartya Sen. Segundo o Relatório do PNUD de 1999 tal método apresenta diversas vantagens: em primeiro lugar, não desconta o rendimento tão intensamente como na fórmula utilizada anteriormente. Em segundo lugar, desconta todo o rendimento e não apenas o rendimento acima de um certo nível. Em terceiro lugar (com a nova fórmula) os países em desenvolvimento não são penalizados indevidamente, além disso, como o rendimento cresce mais nestes países, o seu rendimento crescente continuará sendo reconhecido como um meio de potencial para maior desenvolvimento humano” (MACHADO; PAMPLONA, 2008).

Vale lembrar que os demais Indicadores que constituem o IDH, o Indicador Educacional e o Indicador de Longevidade, permaneceram os mesmos. Já o IDH ajustado aos gêneros, acabou sofrendo alterações na medida. Sua construção depende de alguma medida do método de cálculo do PIB *per capita* e do Indicador de Rendimento.

Um dos principais empecilhos neste plano diz respeito ao fato de que o PNUD faz o cálculo do IDH envolvendo 187 países do Mundo. Neste caso não basta que seja feito um simples levantamento da razão de paridade destas moedas com o dólar norte-americano. Isto ocorre porque o poder de compra do dólar em cada um dos países também pode variar bastante. Por este motivo, o PNUD adota um conceito desenvolvido pelo Banco Mundial

que se chama dólar PPC\$ (dólar por Paridade de Poder de Compra). Deste modo, esta “moeda” - que não existe ou circula no mundo real - serve para equiparar as taxas de câmbio em dólar corrente dos distintos países, permitindo a posterior comparação de seus respectivos valores reais à nível internacional.

De acordo com o Banco Mundial, “ao calcular o PIB e o PIB per capita em dólares americanos para certos propósitos operacionais, o Banco Mundial usa uma taxa de câmbio sintética, chamada de Fator de Conversão Atlas. O propósito do Fator de Conversão Atlas é reduzir o impacto das flutuações da taxa de câmbio na comparação dos rendimentos nacionais pelo país. Logo, para se chegar ao dólar PPC\$ é preciso utilizar um fator de conversão chamado de Fator Atlas de Conversão.

No ano 2000, líderes de 189 estados membros das Nações Unidas e organizações internacionais concordaram em apoiar uma estratégia para o desenvolvimento global conhecida como “Objetivos de Desenvolvimento do Milênio” e se comprometeram a cumprir uma série de metas dispostas na Declaração do Milênio. A redução da pobreza à metade da população que vive em extrema pobreza, identificada em 1990, é uma das metas estabelecidas até o ano de 2015.

Esta meta foi definida originalmente com relação a uma linha de pobreza internacional de aproximadamente um dólar americano (US\$ 1.00) por pessoa por dia, a preços dos Estados Unidos de 1985, que foram então convertidos a moedas nacionais através das taxas de câmbio da paridade do poder de compra. A pobreza é um fenômeno social e econômico complexo, cujas dimensões e determinantes são numerosos, mas pode ser definida como um conjunto de deficiências de renda e a sua redução requer a combinação de crescimento econômico e redução da desigualdade social. A região da América Latina e do Caribe registra o nível mais elevado de desigualdade social em relação a qualquer região no mundo (CEPAL; IPEA; PNUD, 2003).

SARS-Cov-2 – COVID 19

Em 2019, o mundo inteiro se deparou com uma doença nova, o Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China informou um novo coronavírus chamado SARS-CoV-2 e comunicaram um primeiro estágio de um surto, o qual foi denominado pela Organização Mundial de Saúde como COVID-19 (GUAN et al., 2020b; ZHU et al., 2020).

Coronavírus considerados RNA vírus causam infecções respiratórias, que vai desde um resfriado simples até doenças mais graves, como a Síndrome Respiratória do Oriente Médio (MERS) e a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) (FEHR; PERLMAN, 2015). Esta patologia é bastante infecciosa e seus sinais clínicos predominantes abrangem dispnéia (quando há comprometimentos das vias respiratórias baixas), mialgia, fadiga, febre e tosse seca. As condições graves são descritas por acidose metabólica de difícil terapêutica, síndrome do desconforto respiratório agudo, disfunção de sangramento e coagulação, choque séptico, falência múltipla de órgãos e óbito (CHEN et al., 2020a;

ZHONG et al., 2020). Acredita-se que o óbito pode estar agregado a lesão aguda do miocárdio e/ou sepse (CHEN et al., 2020b; LI et al., 2020). Porém, a presença de um ou mais sintomas é inerente da interação do hospedeiro e SARS-CoV-2, isto é, a resposta imune do doente é determinante para o fenótipo da patologia e pode predeterminar o progresso para proporções mais graves da Covid-19, as quais podem oscilar de 15,7% a 17,6% dos casos (DU et al., 2020; GUAN et al., 2020a; TIAN et al., 2020; WANG; DING, 2020).

METODOLOGIA

A busca nas bases de dados foi realizada utilizando às terminologias cadastradas nos Descritores em Ciências da Saúde criados pela Biblioteca Virtual em Saúde desenvolvido a partir do *Medical Subject Headings* da *U.S. National Library of Medicine*, que permite o uso da terminologia comum em português, inglês e espanhol. As palavras-chave utilizadas em língua portuguesa para a pesquisa nas bases de dados foram: Como ferramenta para apoio a decisão na seleção e a priorização de artigos, foram considerados um conjunto de critérios como essenciais para representar o estado da arte do tema objeto da pesquisa. Esse método possui as seguintes características: (i) lógica rigorosa permite a aceitação do método como ferramenta de apoio à decisão; (ii) simples de ser entendido e aplicado com resultados de fácil interpretação.

O levantamento dos dados de COVID-19, relacionados as mortes, número de pacientes recuperados e o número de casos ativos, referem-se à data de 04 de setembro de 2021. Tais dados foram retirados do site criado pela Universidade Johns Hopkins e a Organização Mundial de Saúde que divulga os dados do COVID nos diferentes países do mundo.

Foram obtidas as análises atuais do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), fornecido através de análises e relatórios das Nações Unidas. A metodologia básica adotada na construção do IDH ocorre em três etapas específicas. A primeira, escolhe-se os indicadores utilizados e define-se como estes serão divididos entre as dimensões. O IDH baseia-se em quatro indicadores, agrupados em três dimensões (PNUD, 2020). A segunda etapa consiste em transformar os diversos indicadores em índices cujos valores variem entre zero e um, de tal forma que valores mais elevados indicam melhores condições de vida. Obter, a partir de um indicador, um índice com estas características requer: (i) escolher o pior e o melhor valor possível do indicador (estes valores podem representar tanto os limites teóricos para o indicador como o intervalo de variação em que se espera que este deva recair para todos os efeitos práticos); e, (ii) com base no valor observado para o indicador e nos limites estabelecidos para ele, obter o índice através da fórmula.

Índice = (valor observado para o indicador - pior valor) / (melhor valor - pior valor)

Desta forma esta expressão garante que o índice permaneça sempre entre zero e

um, pelo menos enquanto o valor observado pelo indicador continuar dentro dos limites estabelecidos. Assim, quanto mais o valor observado se aproximar do valor delimitado como melhor, mais o índice tenderá para o valor um (melhor situação). Na situação oposta, quando o valor observado se aproximar do pior valor, o índice tenderá para zero (pior situação). E quanto às categorias do IDH podemos relacionar quatro descrições: IDH baixo quando o índice é abaixo de 0,500; IDH médio quando o índice está entre (0,500 e 0,799); IDH alto quando o índice está entre (0,800 e 0,899); IDH muito alto quando o índice é igual ou acima de 0,900 (PNUD, 2020). O

Optou-se por essa base de informação devido a análise multifatorial desse índice, que inclui a análise de três dimensões e seus respectivos parâmetros: saúde (esperança de vida ao nascer); conhecimento (taxa de alfabetização de adultos, taxa de escolarização combinada primário, secundário e terciário) e padrão de vida (Produto Interno Bruto). Detalhes sobre o cálculo do Índice de Desenvolvimento Humano podem ser obtidos a partir do web site Relatórios de Desenvolvimento Humano.

ANÁLISE DE DADOS

Primeiramente foi calculado a taxa de mortes por COVID-19 por cada 1000 habitantes, utilizando-se do seguinte cálculo: “número de mortes vezes 1000 dividido pela população total do país”. Depois foi realizado a taxa de mortes por casos de COVID-19, sendo feito o cálculo: “nº de mortes vezes 1000 dividido pelo número de casos obtidos no país por COVID-19”. E por último foi feito o cálculo de número de casos por 1000 habitantes através do cálculo: “número de casos vezes mil dividido pelo número de habitantes”.

O termo “taxa de mortalidade” é usado para analisar o impacto de uma doença em toda a população de uma região. Em outras palavras, pode ser definido como: Taxa de mortalidade = número de pessoas que morrem por uma causa específica x 1000/número total de pessoas na população.

Os dados são apresentados como médias. A normalidade dos dados foi avaliada usando o teste Shapiro Wilk. Para avaliar a associação entre as variáveis contínuas conforme classificação do IDH foi utilizado o teste Kruskal-Wallis (devido à condição não paramétrica). O nível de significância foi estabelecido em menos de 0,05. Os dados foram analisados pelo software Stata versão 12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O IDH é classificado em baixo, médio, alto e muito alto, variando respectivamente em abaixo de 0,550, de 0,550 a 0,699, de 0,700 a 0,799 e acima de 0,800. Variando de 0,957 a 0,394, representando os IDH de Noruega e Níger, primeiro e último no ranking mundial.

Os dez países que registraram os maiores números de casos no mundo foram os Estados Unidos, Índia, Brasil, Rússia, Reino Unido, França, Turquia, Argentina, Irã e Colômbia.

Quando comparamos os números de casos do primeiro e do décimo, verificamos uma diferença de quase dez vezes, uma vez que os EUA registraram 40.708.457 e a Colômbia 4.914.881 casos, porém o número de mortes foi bem diferente, uma vez que os EUA registraram 664.941 e a Colômbia 125.158, Mesmo com nove vezes menos casos que os EUA, registrou um quarto das mortes dele. dessa forma, parece que há influência do Índice de desenvolvimento Humano (IDH) nos números apresentados, uma vez que o IDH dos EUA é de 0,926 e encontra-se no décimo sétimo lugar e a Colômbia está no octogésimo terceiro lugar com 0,767.

Nesse sentido, quando comparamos os dois maiores países das américas, EUA e Brasil encontramos números diferentes. O primeiro registrou quase o dobro de casos do que o Brasil, 40.708.457, contra 20.856.060, porém o número de mortes dos EUA foi apenas 82.188, diferença que parece estar relacionada ao IDH, pois o primeiro tem um valor de 0,926 e está na décima sétima posição mundial, como dito anteriormente e o Brasil 0,765 na octogésima quarta posição.

Conforme descrito na tabela 1, países com maiores IDH registraram os maiores números de casos, as maiores taxas de mortalidade por 1000 habitantes e maiores taxas de casos por 1000 habitantes. Tais resultados podem ser explicados por serem populações que vivem em centros urbanos com maiores densidades populacionais (TORKIAN et al., 2020; LIU et al., 2020) e por possuírem sistemas de saúde mais organizados, proporcionando uma adequada notificação de casos e de óbitos (SHAHBAZI & KHAZAEI, 2020). Diagnósticos precoces e a melhor estruturação do sistema de saúde, possibilitou por outro lado, registrarem as menores taxas de mortalidade por 1000 casos e a maior quantidade de pessoas recuperadas (SHAHBAZI & KHAZAEI, 2020). Um outro fator que pode ter contribuído para esses resultados foi a imunização a nível populacional ocorrida rapidamente em países com essas características (SALLES et al., 2021).

Tabela 1 - Taxa de mortalidade por 1000 habitantes, taxa de mortalidade por 1000 casos e taxa de casos por 1000 habitantes, número de casos, número de mortes, número de recuperados, número de casos ativos e população, estratificados por IDH baixo, médio, alto e muito alto.

Variáveis	IDH				P
	Baixo até 0,549	Médio 0,550-0,699	Alto 0,700-0,7999	Muito Alto ≥ 0,800	
Taxa mortalidade/1000 hab	0,05	0,25	0,97	1,22	0,0001
Taxa mortalidade/1000 casos	26,87	24,57	24,47	14,43	0,0225
Taxa casos/1000 hab	2,60	13,78	45,2	84,27	0,0001
Número de casos	47.770	1.167.315	1.103.258	1.795.554	0,0001
Número de mortes	1.061	16.870	34.393	31.602	0,0001
Número de recuperados	38.686	1.118.312	968.281	1.495.462	0,0001
Número de casos ativos	6.468	32.133	94.319	206.075	0,0040
População	2.80e+07	6.35e+07	5.57e+07	2.33e+07	0,1383

Valores são médias; Teste Kruscal-Wallis * para $p \leq 0,05$

Tabela 1

Nas américas, quando comparamos os dois maiores países (Brasil e Estados Unidos), verificamos que embora o segundo tenha registrado mais do que o dobro de número de casos, 40.708.457, contra 19.820.202, o número de mortes foi parecido, 664.941 e 582.753 no Brasil, demonstrando que o IDH parece ser determinante no mais efetivo tratamento de saúde da população, uma vez que o IDH desses países são diferentes, do Brasil é 0,763 ocupando a 84ª e dos Estados Unidos de 0,926, ocupando a 17ª posição no mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora exista a necessidade de maiores estudos sobre a influência do IDH no atendimento à saúde a nível populacional, nosso estudo concluiu que embora países com o IDH muito alto tenham registrado a maior quantidade de casos e de mortes, também registraram o maior número de indivíduos recuperados e a menor taxa de mortes por 1000 casos, demonstrando que o IDH parece determinante para o atendimento eficaz no tratamento de saúde.

REFERÊNCIAS

CANDIDO, D. D. S. et al. Routes for COVID-19 importation in Brazil. **Journal of Travel Medicine**, v. 27, n. 3, 18 May 2020.

CHEN, G. et al. Clinical and immunological features of severe and moderate coronavirus disease 2019. **The Journal of clinical investigation**, v. 130, n. 5, p. 2620–2629, 2020a.

CHEN, N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. **Lancet (London, England)**, v. 395, n. 10223, p. 507–513, 2020b.

COMISSÃO ECONÔMICA PARA A AMÉRICA LATINA E O CARIBE, C.; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, I.; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, P. **Rumo ao Objetivo do Milênio de Reduzir a Pobreza na América Latina e o Caribe**. Santiago: [s.n.].

DU, R.-H. et al. Predictors of mortality for patients with COVID-19 pneumonia caused by SARS-CoV-2: a prospective cohort study. **The European respiratory journal**, v. 55, n. 5, 2020.

FEHR, A. R.; PERLMAN, S. Coronaviruses: An Overview of Their Replication and Pathogenesis. In: [s.l.: s.n.]. p. 1–23.

GUAN, W.-J. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **The New England journal of medicine**, v. 382, n. 18, p. 1708–1720, 2020a.

GUAN, W. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 18, p. 1708–1720, 30 Apr. 2020b.

IPEA, I. DE P. E. A. **Impactos da Pandemia de Covid-19 na Economia e na Política Internacional**, 2020. (Nota técnica).

LI, Q. et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. **The New England journal of medicine**, v. 382, n. 13, p. 1199–1207, 2020.

LIU, Kai et al. Unexpected positive correlation between human development index and risk of infections and deaths of COVID-19 in Italy. **One Health**, v. 10, p. 100174, 2020.

MACHADO, J. G. R.; PAMPLONA, J. B. A ONU e o desenvolvimento econômico: uma interpretação das bases teóricas da atuação do PNUD. **Economia e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 53–84, Apr. 2008.

MACIEL, J. A. C.; CASTRO-SILVA, I. I.; FARIAS, M. R. DE. Análise inicial da correlação espacial entre a incidência de COVID-19 e o desenvolvimento humano nos municípios do estado do Ceará no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 2020.

MATTA, G. C. et al. (EDS.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia**. [s.l.] Série Informação para ação na Covid-19 | Fiocruz, 2021.

MCINTOSH, K. **COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention**, 2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>>

PNUD, P. DAS N. U. PARA O D. **Informe sobre o desenvolvimento humano**, 1998.

PNUD, P. DAS N. U. PARA O D. **O que é o IDH**, 2018. Disponível em: <<https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/conceitos/o-que-e-o-idh.html>>

SALLES, Moisés Buzaglo et al. **RELAÇÃO DA FAIXA DE IDH DOS PAÍSES COM A POPULAÇÃO VACINADA CONTRA COVID-19**. Revista Multidisciplinar em Saúde, v. 2, n. 1, p. 13-13, 2021.

SHAHBAZI, Fatemeh; KHAZAEI, Salman. Socio-economic inequality in global incidence and mortality rates from coronavirus disease 2019: an ecological study. *New Microbes and New Infections*, v. 38, p. 100762, 2020.

TIAN, S. et al. Characteristics of COVID-19 infection in Beijing. **The Journal of infection**, v. 80, n. 4, p. 401–406, 2020.

TORKIAN, Samaneh et al. The association between COVID-19 incidence and mortality with socioeconomic development-A global ecological study. *BMC Public Health*, 2020.

TORRES, H. DA G.; FERREIRA, M. P.; DINI, N. P. Indicadores sociais: por que construir novos indicadores como o IPRS. **São Paulo em Perspectiva**, v. 17, n. 3–4, p. 80–90, Dec. 2003.

WANG, X.; DING, Y. Q. [From SARS to COVID-19: pathogens, receptor, pathogenesis and principles of the treatment]. **Zhonghua bing li xue za zhi = Chinese journal of pathology**, v. 49, n. 6, p. 647–652, 8 Jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19)**, 2020.

ZHONG, B.-L. et al. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. **International Journal of Biological Sciences**, v. 16, n. 10, p. 1745–1752, 2020.

ZHU, N. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **The New England journal of medicine**, v. 382, n. 8, p. 727–733, 2020.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Aprendizagem 72, 73, 74, 75, 76, 79, 124, 125, 126, 127, 128, 130, 131, 132, 133

Atenção básica 15, 143, 145, 146

C

Catolicismo 42, 43, 45

Conselhos de saúde 49, 51, 52, 53, 55, 58, 59, 60, 61, 62

Coronavírus 1, 2, 5, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 27, 31, 32, 33, 36, 43, 45, 50, 55, 58, 59, 61, 63, 64, 65, 69, 79, 114, 122, 146, 161, 163, 164

COVID-19 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 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, 47, 48, 49, 50, 51, 53, 54, 56, 57, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 97, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 123, 127, 128, 134, 135, 136, 141, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 156, 157, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172

D

Democracia 49, 51, 59, 60, 61, 62

Discente 70, 72, 73, 74, 75, 76, 78, 119, 173

E

Empatia 69, 134, 137, 138, 140, 141

Enfermagem 12, 69, 76, 79, 134, 138, 141, 143, 158

Ensino fundamental 13, 17, 19, 20, 116, 118, 124, 126, 127, 128, 131, 133, 151, 152, 154

Ensino remoto 76, 77, 162

Esquema vacinal 148, 149, 150, 155, 157

G

Gravidez 145

H

Habilidade relacional 64, 66, 69

Hanseníase 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39

I

Identidade 40, 41, 47, 138

IDH 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11

Índice de Desenvolvimento Humano 1, 3, 6, 7

Institutos Federais 112, 114, 115, 121, 123

Inteligência emocional 64, 65, 66, 67, 68, 69

L

Leitura 44, 73, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133

P

Papilomavírus humano 147, 148, 149, 157, 158, 159

Participação social 49, 51, 54, 59, 60, 61, 63

Perfil epidemiológico 12, 13, 14, 15, 18, 20, 22, 23, 38

Populações tradicionais 25, 28

Povos indígenas 25, 26, 27, 28, 31, 32

Profissionais da saúde 68, 134, 135, 136, 137, 138

Programa nacional de alimentação escolar 112, 113, 115, 117, 122, 123

Q

Qualidade de vida 3, 115, 134

R

Religião digital 41

S

SARS-CoV-2 1, 2, 5, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 23, 25, 26, 27, 32, 41, 50, 65, 72, 75, 78, 79, 95, 96, 163, 164

Saúde da criança e do adolescente 148

Sistema Único de Saúde 21, 36, 38, 49, 51, 55, 136, 167

Subnotificação 31, 33, 34, 35, 37, 39

T

Trabalho 17, 18, 21, 22, 23, 40, 45, 56, 65, 66, 67, 68, 75, 115, 129, 134, 136, 137, 139, 140, 141, 143, 144, 145, 162, 165, 167, 172

U

Unidade Básica de Saúde 15, 134, 138, 148, 150, 158

V

Vigilância sanitária 22, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168

COVID-19:

Reflexões das ciências da saúde e impactos sociais 4

- 
-  www.atenaeditora.com.br
 -  contato@atenaeditora.com.br
 -  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
 -  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021

COVID-19:

Reflexões das ciências da saúde e impactos sociais 4



-  www.atenaeditora.com.br
-  contato@atenaeditora.com.br
-  [@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora)
-  www.facebook.com/atenaeditora.com.br

Atena
Editora

Ano 2021