

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Michelle de Garcia Bernardino

**Adesão às medidas de saúde pública durante a pandemia de COVID-19 em
estudantes de graduação do Rio de Janeiro**

Rio de Janeiro

2022

Michelle de Garcia Bernardino

**Adesão às medidas de saúde pública durante a pandemia de COVID-19 em
estudantes de graduação do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Orientadora: Prof.^a Dra. Claudia Cristina de Aguiar Pereira.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mirna Barros Teixeira.

Rio de Janeiro

2022

Título do trabalho em inglês: Adherence to public health attitudes during the COVID-19 pandemic in college students in Rio de Janeiro.

O presente trabalho foi realizado com apoio de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) - Código de Financiamento 001.

B523a Bernardino, Michelle de Garcia.
Adesão às medidas de saúde pública durante a pandemia de COVID-19 em estudantes de graduação do Rio de Janeiro / Michelle de Garcia Bernardino. -- 2022.
115 f. : il.

Orientadora: Claudia Cristina de Aguiar Pereira.
Coorientadora: Mirna Barros Teixeira.
Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública), Rio de Janeiro, 2022.
Bibliografia: f. 88-95.

1. COVID-19. 2. Prevenção de Doenças. 3. Saúde Pública. 4. Normas Sociais. 5. Psicologia Social. I. Título.

CDD 616.2

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da Rede de Bibliotecas da Fiocruz com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecário responsável pela elaboração da ficha catalográfica: Cláudia Menezes Freitas - CRB-7-5348
Biblioteca de Saúde Pública

Michelle de Garcia Bernardino

**Adesão às medidas de saúde pública durante a pandemia de COVID-19 em
estudantes de graduação do Rio de Janeiro**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: políticas, planejamento, gestão e práticas em saúde.

Aprovada em: 20 de outubro de 2022.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Adriane Roso
Universidade Federal de Santa Maria – PPG Psicologia

Prof. Dr. Doutor Daniel Savignon Marinho
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Mirna Barros Teixeira (Coorientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Claudia Cristina de Aguiar Pereira (Orientadora)
Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Rio de Janeiro
2022

Ao coletivo.

AGRADECIMENTOS

À família e amigos pela inspiração, pela força e por manter a vida divertida.

À Tatiane Veríssimo, por ser minha parceira de projeto. Topou uma novidade, nos arriscamos e nos apoiamos. Encontramos grande amizade além de grande parceria intelectual, que, espero, continue por longa data.

À Claudia e Mirna pela supervisão e orientação e por também toparem esse projeto.

Ao Daniel e Carla pela contribuição na construção dessa pesquisa e por toda a orientação até aqui.

À Sheyla Lima e Margareth Portela por me orientarem de maneira tão aberta na monitoria de sua aula. Também agradeço ao professor Luiz Otavio de Azevedo por toda a disponibilidade no ensino do Redcap.

RESUMO

Em meio à pandemia de COVID-19, o mundo se viu diante de uma emergência sanitária que exigiu uma resposta rápida por parte das autoridades de cada país a fim de evitar o colapso de seus sistemas de saúde. Sem medicamento para o tratamento da doença, a melhor estratégia para lidar com o vírus foi a implementação de ações que diminuíssem o contágio entre indivíduos. Sendo assim, diversas instituições orientaram a sociedade a aderir a diferentes medidas anticontágio como a realização do isolamento social, a higienização frequente das mãos, e o uso de máscara. Diante do cenário de emergência, esta pesquisa buscou investigar sobre os diferentes perfis de adesão, assim como sobre os fatores objetivos e subjetivos determinantes para a adesão a diferentes medidas de anticontágio. Aplicou-se um questionário em uma amostra de mais de dois mil estudantes de graduação do estado do Rio de Janeiro com idade entre 18 e 35 anos. Como resultados, a análise de classes latentes indicou três perfis de adesão, que combinam estratégias distintas frente à pandemia, uma de característica mais rigorosa, outra mais flexível e outra que denominou-se adesão de risco. Identificou-se forte influência de crenças antiadesão, das normas familiares e dos amigos na conduta de adesão, ainda que cada medida anticontágio possua preditores diferentes. As análises de comparação de grupos mostraram que mulheres tiveram maior adesão que homens, pessoas de orientação política de esquerda tiveram maior adesão que pessoas de direita e pessoas pretas e pardas tiveram menor adesão em algumas das medidas que pessoas brancas. Em geral, observou-se que a adesão vai depender de quais fatores objetivos (como renda e idade) e subjetivos (como crença antiadesão e normas sociais) estão presentes no indivíduo e que existem diferentes perfis de adesão no âmbito da pandemia da COVID-19.

Palavras-chave: COVID-19; adesão a medidas anticontágio; saúde pública; normas sociais; psicologia social.

ABSTRACT

In the midst of the COVID-19 pandemic, the world was faced with a sanitary emergency that required a quick response by the authorities of each country in order to avoid the collapse of their health systems. With no medication to treat the disease, the best strategy to deal with the virus was the implementation of actions that would reduce the contagion between individuals. Therefore, several institutions have guided society to adhere to different anti-contagion measures, such as social isolation, frequent hand hygiene, and the use of a mask. Faced with the emergency scenario, this research sought to investigate different adherence profiles, as well as the objective and subjective factors determinant to the adherence to different anti-contagion measures. A questionnaire was applied in a sample of more than two thousand undergraduate students from the state of Rio de Janeiro aged between 18 and 35 years old. As a result, latent class analysis indicated three adherence profiles, which combine different strategies in the face of the pandemic, one with a more rigorous characteristic, another more flexible and yet another that was called risk adherence. A strong influence of anti-adherence beliefs, family, and friends' norms were identified, although each anti-contagion attitude has different predictors. Group comparison analyzes showed that women had higher adherence than men, left-wing politically oriented people had greater adherence than right-wing people, and black and brown people had lower adherence on some of the measures than white people. In general, it was observed that adherence will depend on which objective factors (such as income and age) and subjective factors (such as anti-adherence beliefs and social norms) are present in the individual, and that there are different adherence profiles under COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19; adherence to anti-contagion attitudes; public health; social norms; social psychology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Gráfico de caixa do status de vacinação por idade entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	48
Figura 2 -	Gráfico de coluna da frequência de ansiedade, depressão e estresse segundo sua severidade de acordo com os critérios do DASS-21 entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	49
Figura 3 -	Gráfico de caixa da distribuição de tempo de adesão entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021..	55
Figura 4 -	Gráfico de coluna do tempo de adesão a cada medida por orientação política entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	56
Figura 5 -	Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de isolamento social. Rio de Janeiro, 2021.....	71
Figura 6 -	Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de evitar encontrar amigos. Rio de Janeiro, 2021.....	72
Figura 7 -	Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de uso de máscara em locais públicos. Rio de Janeiro, 2021.....	73
Figura 8 -	Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de uso frequente de álcool em gel. Rio de Janeiro 2021.....	74

LISTA DE TABELA

Tabela 1 -	Distribuição do número e porcentagem por sexo, raça/cor, região de maior representatividade e estado civil em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	44
Tabela 2 -	Distribuição e porcentagem por orientação política em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	45
Tabela 3 -	Cuidado segundo gênero em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	45
Tabela 4 -	Frequência de renda familiar em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	46
Tabela 5 -	Frequência, porcentagem e moda da renda familiar para cada ocupação entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	46
Tabela 6 -	Frequência de renda familiar por raça/cor entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	47
Tabela 7 -	Frequência e porcentagem por comorbidade entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	48
Tabela 8 -	Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, medianas e escala das pontuações de crenças antiadesão, normas da família e amigos entre estudantes de graduação entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	50
Tabela 9 -	Porcentagem de adesão às condutas relacionadas às medidas de saúde pública no último mês entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	51
Tabela 10 -	Frequência de resposta, média e desvio padrão do tempo de adesão às	54

	medidas anticontágio entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	
Tabela 11 -	Correlação entre as principais variáveis utilizadas nos modelos estatísticos entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.....	59
Tabela 12 -	Comparação entre modelos de classes latentes. Rio de Janeiro, 2021.....	60
Tabela 13 -	Descrição das classes latentes de acordo com a probabilidade de resposta a cada uma das variáveis de adesão a medidas de saúde pública. Rio de Janeiro, 2021.....	61
Tabela 14 -	A Regressão Logística para “Você foi a reuniões sociais com amigos?” Rio de Janeiro, 2021.....	64
Tabela 15 -	Regressão Logística para “Você evita festas, baladas ou shows com grande quantidade de pessoas desconhecidas?” Rio de Janeiro, 2021.....	65
Tabela 16 -	Regressão Logística para “Você lava as compras do mercado?” Rio de Janeiro, 2021.....	66
Tabela 17 -	Regressão Logística para “Você deixa de usar o transporte público por medo da COVID-19?” Rio de Janeiro, 2021.....	67
Tabela 18 -	Regressão Logística para “Você usa máscara somente em condições obrigatórias (ex. em locais onde é obrigatório)?” Rio de Janeiro, 2021...	68
Tabela 19 -	Pesos fatoriais das variáveis latentes do modelo de equações estruturais Rio de Janeiro, 2021.....	69
Tabela 20 -	Valores Beta e p associados à regressão múltipla realizada pelo modelo de equações estruturais para cada medida anticontágio. Rio de Janeiro,	74

	2021.....	
Tabela 21-	Resumo dos resultados das análises realizadas segundo suas variáveis dependentes e preditores, assim como classes latentes. Rio de Janeiro, 2021.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Ensp	Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
DASS-21	Escala de Ansiedade Depressão e Estresse-21
MEE	Modelo de Equações Estruturais
AFC	Análise Fatorial Confirmatória
CFI	Comparative Fit Index
TLI	Tucker-Lewis index
RMSEA	Root Mean Square Error ff Approximation

LISTA DE SÍMBOLOS

- β Coeficiente beta de regressão
- * Valor p de significancia menor que 0,05
- ** Valor p de significancia menor que 0,01
- ** Valor p de significancia menor que 0,001

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	PROBLEMA DE PESQUISA	17
2.1	OBJETIVOS.....	17
2.2	HIPÓTESES.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
3.1	PANDEMIA DE COVID-19.....	19
3.2	CONCEITO DE ADESÃO.....	19
3.3	ADESÃO ÀS MEDIDAS ANTICONTÁGIO NA PANDEMIA DE COVID-19.....	21
3.4	FATORES OBJETIVOS QUE AFETAM A ADESÃO A MEDIDAS ANTICONTÁGIO.....	25
3.5	FATORES SUBJETIVOS QUE AFETAM A ADESÃO A MEDIDAS ANTICONTÁGIO.....	28
3.6	ESTUDANTES NA PANDEMIA DE COVID-19.....	33
4	MATERIAIS E MÉTODO	36
4.1	COLETA DE DADOS.....	36
4.2	PLANO DE ANÁLISE.....	37
4.3	MEDIDAS.....	40
5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	42
6	RESULTADOS	43
6.1	AMOSTRA FINAL.....	43
6.2	DESCRITIVOS.....	43
6.3	ANÁLISES ESTATÍSTICAS.....	59
6.3.1	Análise de classes latentes	60
6.3.2	Regressão logística	62
6.3.3	Modelo de equações estruturais	68
7	DISCUSSÃO	75
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
	REFERÊNCIAS	88
	APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO	96
	APÊNDICE B – Registro de Consentimento Livre e Informado	112

APRESENTAÇÃO

Elaboro uma curta apresentação para situar a mestranda dessa dissertação. Sou formada em psicologia pelo Instituto Brasileiro de Medicina de Reabilitação (IBMR) no ano de 2011, especialista em Filosofia e Educação com menção em educação em valores pela Universidad de Chile (UC) em 2012 e doutorada em Psicologia pela Pontifícia Universidad Católica de Chile (PUC-Chile) em 2022.

Na graduação, estudei em um instituto de pequeno porte cujo foco maior era a formação para o mercado de trabalho, objetivo que atinge com excelência. Ainda que não tivesse espaço para a pesquisa, foi por meio de um processo seletivo na Fiocruz que comecei meu desenvolvimento científico como bolsista PIBIC, auxiliando na pesquisa sobre o desenvolvimento moral de estudantes de medicina. Posteriormente, uma especialização na Universidad de Chile me permitiria aprofundar este tema, e, assim, me mudei para o Chile, onde encontrei um lar por 8 anos. Neste tempo, trabalhei como assistente de pesquisa na PUC-Chile, passando para doutora por essa mesma instituição.

Como assistente de pesquisa tive a oportunidade de aprender sobre assuntos pertinentes à psicologia social, como sobre a discriminação, o comportamento de grupos e o conflito, temas centrais para a minha tese de doutorado. Conheci professores de várias partes do mundo e participei de pesquisas internacionais. Morei brevemente na Suíça para desenvolver um projeto onde fui coautora, assim como nos Estados Unidos, onde realizei meu sonho de estudar em Harvard por 5 meses.

Depois de todo este caminho pelo mundo, decidi voltar ao Brasil para me reconectar com minhas raízes. Buscando uma maior inserção na academia local, voltei para a instituição que abriu as portas para mim no início da minha jornada, a Fiocruz. Em uma chamada extraordinária para pesquisas no âmbito da pandemia de COVID-19, entrei para iniciar o mestrado em uma nova área para mim, a saúde pública. Atualmente apresento minha dissertação de mestrado em saúde pública tentando integrar o conhecimento que acumulei no âmbito da psicologia social e de métodos quantitativos com os recém adquiridos de saúde pública. Meu maior interesse ao realizar esta conciliação é de ser capaz de mostrar que a psicologia social pode ajudar a compreender comportamentos de saúde pública, auxiliando na construção e implementação de políticas públicas.

1. INTRODUÇÃO

No ano de 2019 em Wuhan, China, um vírus da família coronavírus, o SARS-CoV-2, sofreu uma mutação que o permitiu passar da transmissão animal para a infecção em seres humanos (PHAN, 2020; ZHU et al., 2020). A doença causada pelo vírus, a COVID-19, espalhou-se rapidamente pelo mundo, levando a Organização Mundial de Saúde (OMS) a declarar a COVID-19 como uma pandemia no dia 11 de março de 2020 (OMS, 2020b).

Na primeira onda da pandemia, quando ainda não havia vacina, diversos países do mundo se depararam com a necessidade de adotar medidas extremas a fim de evitar a rápida proliferação da doença, e, assim, o colapso do sistema de saúde de seus países (TIAN et al., 2020). Medidas elaboradas por diferentes governos, como as que se viu na China, diminuíram massivamente a incidência de novos casos ao impor um lockdown a 50 milhões de pessoas, a medida mais drástica de saúde pública da história (KUPFERSCHMIDT; COHEN, 2020). Entre estas medidas governamentais, está o fechamento de serviços não essenciais, a imposição do isolamento social, a diminuição da circulação do transporte público, fechamento de fronteiras, suspensão das aulas, isolamento de casos suspeitos e confirmados, e rastreamento de imigrantes (TIAN et al., 2020).

O governo brasileiro, por outro lado, mobilizou-se tardiamente e não realizou uma ação coordenada de enfrentamento à pandemia (AQUINO et al., 2020; GARCIA et al., 2020). Segundo Aquino e autores em trabalho publicado no primeiro ano da pandemia (2020), o presidente brasileiro foi um dos únicos líderes do mundo a negar a gravidade da doença, realizando até mesmo declarações contrárias às medidas de saúde pública dedicadas a frear o índice de contágio. Da mesma forma, a estratégia de comunicação de enfrentamento da pandemia do Sistema Único de Saúde (SUS), idealizada para ter a população como partícipe e produtora de informação, teve um caráter utilitarista, centralizador e funcional no enfrentamento da pandemia (SANTOS et al., 2021), contrariando suas próprias diretrizes e se distanciando das necessidades e percepções da população brasileira.

Dado o cenário de baixa coordenação governamental no Brasil, a adesão às diretrizes emitidas pelas entidades de saúde pública ficou, em grande parte, a cargo da iniciativa e responsabilidade individual. Sendo assim, supõe-se que houve diferentes padrões de adesão, com indivíduos aderindo a algumas recomendações em maior medida que a outras, havendo uma adesão desigual entre indivíduos. Condições de vida, como a condição socioeconômica do indivíduo, é um dos principais fatores capazes de influenciar na maneira como o indivíduo pode aderir às medidas de saúde pública (SANTOS et al., 2020; SILVA et al., 2020). Por

outro lado, existem também os fatores de caráter subjetivos, que descrevem uma dimensão mais experiencial e emocional vivida pelos indivíduos durante a pandemia. Fatores como a saúde mental, as crenças com respeito à pandemia e as normas do grupo social na qual a pessoa faz parte são fatores que também podem influenciar na adesão às medidas de anticontágio.

Além de fatores objetivos e subjetivos relacionados à adesão, existem também grupos que são mais vulneráveis que outros perante o cenário pandêmico. Ainda que os jovens sejam os menos afetados por formas mais graves da doença comparado a outras faixas etárias, foi uma das populações que mostrou maior vulnerabilidade frente a um agravamento na saúde mental no período de confinamento (BECERRA-GARCÍA et al., 2020). Poderia ser dito que esta população vive um dilema, pois, se por um lado poderia arriscar uma maior exposição dado o menor risco perante o vírus, por outro, necessita de uma alta adesão para a não contaminação de amigos e familiares.

Diante do exposto, no presente trabalho, partimos com uma revisão bibliográfica de trabalhos publicados no período entre 2020 e 2021 que apontaram fatores objetivos, caracterizado aqui como indicadores socioeconômicos e demográficos, e fatores subjetivos, como crenças, saúde mental e normas sociais, capazes de ser afetados ou afetar condutas de adesão às medidas anticontágio. As hipóteses trabalhadas são de que existiriam diferentes perfis de adesão às medidas de anticontágio em uma população jovem de estudantes, e que diferentes fatores estariam relacionados à adesão a cada medida, tanto no momento de aplicação do questionário quanto em termos de duração no tempo. A pergunta de pesquisa que orienta este trabalho busca elucidar *quais são os diferentes tipos de adesão às medidas de saúde pública e quais são os fatores objetivos e subjetivos relacionados a cada medida?*

Para responder à pergunta de pesquisa, delimitou-se a população a estudantes de graduação com idade entre 18 e 35 anos residentes no estado do Rio de Janeiro. Foi utilizado um questionário virtual com perguntas fechadas que buscaram abarcar grande quantidade de fatores objetivos e subjetivos, bem como as principais condutas de anticontágio do período pandêmico. Por meio da análise de classes latentes, método estatístico capaz de encontrar grupos com padrões de comportamento similares na população de interesse, determinou-se a quantidade de perfis de adesão às medidas de saúde pública na população de interesse, assim como suas características de adesão. Além disso, regressão logística e modelos de equações estruturais permitiram identificar quais fatores objetivos e subjetivos estão associados a cada medida de saúde pública. Com estes resultados, espera-se caracterizar o comportamento social

dos jovens universitários frente a emergências sanitária, e, assim, auxiliar a criação de políticas públicas que visam a melhoria das estratégias de enfrentamento da pandemia COVID-19 ou de outras epidemias que possam vir a acontecer.

2. PROBLEMA DE PESQUISA

Em tempos de pandemia, a adesão da população às medidas anticontágio emitidas pelas autoridades da Saúde Pública é fundamental por ser uma medida eficiente para frear a cadeia de transmissão do vírus (SILVA et al., 2021; TIAN et al., 2020). Na ausência de um plano de combate central coordenado pelo governo federal, ficou principalmente a critério dos governos municipais e dos cidadãos a elaboração de normas de controle sanitário frente à ameaça do vírus (AQUINO et al., 2020). Como resultado, o que se tem observado, é a adesão em diferentes padrões por parte dos indivíduos, com maior adesão a algumas medidas que em outras.

Mais de um ano após o início da pandemia da COVID-19, com a campanha de vacinação em curso e pessoas voltando a desempenhar atividades fora de casa, houve uma maior variedade de estratégias para lidar com a pandemia, flexibilizando-se algumas medidas e mantendo-se o rigor em outras. Assim, é necessário pesquisar a adesão em suas diferentes combinações de estratégias, tempo e contextos, afastando-se da ideia de linearidade da adesão.

Estudos na área de saúde pública e psicologia apontarem para consequências emocionais da pandemia de COVID-19, assim como para a presença de determinantes sociais responsáveis pelo agravamento da pandemia. No entanto, ainda há pouca investigação sobre como esses fatores se conectam entre si bem como a maneira na qual exercem influência nas condutas de contenção pandêmica. Além disso, não foi encontrado nenhum trabalho na literatura que tenha investigado quais padrões de adesão existem em relação a COVID-19, sendo, portanto, uma lacuna de conhecimento a ser preenchida.

Considerando que existiriam diferentes medidas anticontágio, assim como diversos fatores subjetivos e objetivos associados a cada uma, esta pesquisa tem como pergunta investigativa:

Quais são os diferentes tipos de adesão às medidas de saúde pública e quais são os fatores objetivos e subjetivos relacionados a cada medida?

2.1 OBJETIVOS

Objetivo geral: Identificar, empiricamente, os padrões de adesão às diferentes medidas anticontágio à COVID-19, sua variação no tempo, e os fatores objetivos e subjetivos

associados à adesão a diferentes medidas anticontágio, em estudantes de graduação entre 18 e 35 anos no estado do Rio de Janeiro.

Objetivos específicos:

Objetivo 1: Identificar, descrever e analisar perfis de adesão às medidas anticontágio que sejam distintos estatística e qualitativamente entre si.

Objetivo 2: Determinar quais fatores objetivos e subjetivos estão associados a cada medida anticontágio selecionada.

Objetivo 3: Analisar a variação no tempo da adesão a diferentes medidas anticontágio, assim como determinar quais fatores objetivos e subjetivos podem influenciar a uma adesão por maior tempo.

2.2 HIPÓTESES

Hipótese 1: Existem diferentes perfis de adesão às medidas anticontágio da COVID-19.

Hipótese 2: Perfis de alta vulnerabilidade social (raça/cor negra, baixa renda familiar, gênero feminino) estarão relacionados a formas mais flexíveis de adesão, enquanto perfis de melhor status socioeconômico (cor branca, renda familiar alta, gênero masculino) estarão relacionados a formas mais rígidas de adesão.

Hipótese 3: A orientação política estará relacionada às condutas de adesão, onde pessoas de direita terão menores índices de adesão que pessoas de esquerda.

Hipótese 4: Normas grupais (de amigos e familiares) assim como crenças com relação à COVID-19 serão um fator significativo na explicação da adesão às medidas de adesão anticontágio pesquisadas.

Hipótese 5: Problemas de saúde mental (depressão, ansiedade e estresse) estarão relacionados a uma maior adesão às medidas anticontágio.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 PANDEMIA DE COVID-19

Declarou-se o estado de pandemia pelo novo coronavírus no dia 11 de março de 2020 (OMSb, 2020). Desde então, a disseminação do novo coronavírus na população mundial colocou o sistema de saúde, que conta com uma capacidade limitada de atendimento, em estado de alerta. A adesão às medidas de saúde pública que visam a diminuição da velocidade da propagação do vírus por parte da população é fundamental para que o sistema de saúde não seja sobrecarregado.

O alastramento da COVID-19 impõe um desafio para profissionais de saúde pública no Brasil, tanto pelas próprias características da doença, quanto pela conjuntura política e social do momento em que se inicia. Foi diagnosticada uma ausência de um esforço a nível federal no combate da doença, com ausência de testes, dificuldade no monitoramento de casos, taxa de subnotificação de 9,2% (PRADO et al., 2020), e uma proporção de assintomáticos de 80% (WERNECK; CARVALHO, 2020) no primeiro ano da pandemia. Como consequência da pandemia, o país, que já enfrentava uma crise política e econômica nos anos anteriores, registrou uma taxa de desemprego que chegou a 13,9% no último trimestre de 2020 (IBGE, 2021), a maior da série histórica de 2012, enquanto medidas econômicas que buscavam reduzir os gastos públicos eram implementadas.

Enquanto os índices de mortalidade e infecção subiam, foi fundamental contar com a adesão da população àquelas medidas apontadas como fundamentais para a contenção da transmissão do vírus. Na falta de tratamentos médicos que pudessem tratar dos sintomas, sobretudo antes da vacinação, medidas que se focavam na diminuição do contágio foram a principal estratégia de enfrentamento da disseminação do vírus. Porém, com a crescente taxa de desemprego, fraca campanha governamental e as condições precárias de habitação de grande parte da população brasileira, muitas pessoas não puderam aderir às principais medidas anticontágio.

3.2 CONCEITO DE ADESÃO

O conceito de adesão já era um tema discutido na área da saúde antes do COVID-19, principalmente vinculado à adesão a determinado tratamento médico. Considera-se importante buscar o que se entende por adesão, assim como quais são os principais fatores

que a influenciam, a fim traçar paralelos com a adesão às medidas protetivas no âmbito da pandemia de COVID-19.

Na revisão bibliográfica feita por Gusmão e Mion Jr. (2006), a adesão apareceu com mais de uma definição, mostrando ter algum nível de complexidade em sua compreensão. Em sua conceptualização, a adesão apresenta-se como um meio para alcançar a manutenção ou melhora da saúde, como um cumprimento das medidas terapêuticas medicamentosas e como mudanças no estilo de vida numa direção concordante com as recomendações médicas. Diferente do termo “*compliance*”, que sugere uma passividade do paciente no cumprimento de ordens médicas, estando ausente de volição, “as definições de adesão devem sempre abranger e reconhecer a vontade do indivíduo em participar e colaborar com seu tratamento” (GUSMÃO; MION JR., 2006, p. 24). Além disso, existiriam diferentes categorias de adesão, estando os indivíduos aderentes, que seguem totalmente o tratamento, os persistentes que não aderem, porém que comparecem às consultas, e os desistentes, que abandonam o tratamento (GUSMÃO; MION JR., 2006).

Segundo Gusmão e Mion Jr. (2006), vários fatores podem estar relacionados ao tipo de adesão, como as características pessoais do indivíduo (ex. idade, gênero, entre outros), fatores relacionados à severidade da doença, crenças de saúde-doença, qualidade de vida que o tratamento oferece e o relacionamento com a equipe de saúde. Considerando todos esses fatores, seria um equívoco acreditar que a adesão ou não ao tratamento é somente de responsabilidade do indivíduo, pois trata-se de um fenômeno multidimensional. É importante ressaltar também a importância da inclusão da vontade de aderir por parte do paciente nos estudos sobre adesão, pois é a partir disso que se passa a entender o paciente como um ser que negocia com seu tratamento, fazendo escolhas que dialogam com as suas condições de vida e suas capacidades.

Apesar de não ser possível falar sobre a adesão a um tratamento medicamentoso na pandemia de COVID-19 dado que até a data atual não existe tratamento comprovado que possa combater o vírus, neste trabalho, a adesão refere-se às medidas não farmacológicas que têm sido propostas para evitar o contágio. Sendo assim, a partir de definições anteriores de adesão, podemos compreender a adesão no contexto da pandemia como *mudanças de hábito de caráter não medicamentoso, com o fim de reduzir a transmissão do novo coronavírus e manter a saúde individual e comunitária*. Dentro desta definição, também é fundamental a compreensão da volição individual, que *pode aderir em maior ou menor medida dependendo*

de fatores objetivos e subjetivos que operam em sua vida, afetando não somente a sua saúde, mas também a coletiva.

Como esta pesquisa trata da adesão às medidas anticontágio, é importante apontar que entenderemos essa adesão como instável no tempo e diferentes entre si. Ou seja, com relação ao tempo, entende-se que a adesão variou dependendo do momento pandêmico visto que houve várias ondas de crescimento nos índices de contágio. Apesar de que a adesão possa ser entendida como uma grande dimensão que abarca diversas atitudes relacionadas às medidas anticontágio, é muito provável que os indivíduos se comportem de diferentes maneiras dependendo da medida. Sendo assim, é possível que um indivíduo tenha apenas utilizado máscara durante a pandemia, não aderindo ao isolamento social ou à higienização das mãos. Da mesma forma, é possível que alguns tenham aderido ao isolamento social e utilizado máscara e álcool em gel ao sair nos primeiros meses da pandemia – aderindo de maneira mais simétrica com relação às diferentes medidas anticontágio, porém somente continuado com o uso de máscara mais adiante no tempo – flexibilizando apenas algumas medidas ao longo do tempo. Sendo assim, os padrões de adesão podem variar dependendo do indivíduo.

3.3 ADESÃO ÀS MEDIDAS ANTICONTÁGIO NA PANDEMIA DE COVID-19

Ainda que o vírus tenha um potencial exponencial de crescimento, a sua velocidade de propagação pode ser reduzida com a implementação de medidas anticontágio, chegando a evitar entre 46 e 77 milhões de novos casos (HSIANG et al., 2020). Além da importância da intervenção estatal de estratégias de contenção da propagação do vírus, no nível dos comportamentos individuais, medidas sanitárias de cunho não farmacológico deveriam ser adotadas como hábito cotidiano. As principais medidas recomendadas pela OMS envolvem manter uma distância de ao menos um metro de distância de outras pessoas, usar máscara como hábito, tossir e espirrar na parte interna do cotovelo, manter ambientes ventilados, evitar aglomerações, limpar as mãos adequadamente com álcool ou sabão, evitar tocar os olhos, nariz e boca, e desinfetar superfícies frequentemente (OMS, 2020a).

Vários estudos apontam para um alto índice de adesão às medidas anticontágio no início de 2020 – primeiros meses da pandemia. Um estudo com mais de 100.000 participantes de 58 países diferentes encontrou que a maioria esmagadora de seus participantes havia aderido às diversas medidas de saúde pública (HENSEL et al., 2022). Um estudo com amostra composta majoritariamente por pessoas entre 18 e 40 anos também encontrou alta taxa de adesão, com 90% fazendo uso de máscara e higiene pessoal, 96% aumentando a higienização

das mãos; 75,5% a higienização de pertences usados na rua; 64% tomam banho ao voltar da rua (LEITE et al., 2021).

No Brasil, um estudo que contou com 5.827 indivíduos maiores de 50 anos entre as datas 26 de maio e 08 de junho de 2020, encontrou que 32,2% das pessoas entrevistadas declararam que não saíram de casa na última semana, e entre os que saíram de casa, 97,5% usaram máscara facial e 97,3% higienizaram as mãos quando retornavam ao domicílio (PEIXOTO et al., 2020). Outro estudo também realizado no Brasil com 45.161 participantes (de 24 de abril a 24 de maio de 2020), 74,2% disseram ter reduzido intensamente o contato social (SZWARCWALD et al., 2020). Dados georreferenciados indicaram que a redução na mobilidade está relacionada à diminuição dos índices de contágio e de internação (BARRETO et al., 2021; LI et al., 2021), mostrando a eficácia da adesão a estas estratégias.

Por outro lado, certos grupos populacionais têm obstáculos para cumprir algumas medidas protetivas, o que as torna grupos vulneráveis no contexto da COVID-19 (OPAS, 2021). Estes grupos vulneráveis são um “grupo populacional ou território com condições sociais de exclusão e iniquidade anteriores à pandemia e agravadas por ela” (OPAS, 2021, p. 11). Assim, este grupo não somente possui uma maior dificuldade de adesão a certas medidas, como também pode ter efeitos indesejados ao aderir às medidas recomendadas, tendo um impacto na saúde e na qualidade de vida do indivíduo que adere (OPAS, 2021). Homens (31,7% da amostra), de 30 a 49 anos, de baixa escolaridade, não deixaram de trabalhar durante a pandemia (81,3% dos homens da amostra), especialmente das regiões Norte (28,1%) e Centro-Oeste (28,5%) do país (SZWARCWALD et al., 2020). Entre idosos, considerados grupo de risco, aderiram em maior medida aqueles com comorbidades, como a hipertensão arterial (YGNATIOS et al., 2021). Isto indica que fatores objetivos, como a necessidade de manter a renda pelo trabalho, ou a presença de uma doença que possa agravar a progressão dos sintomas provocados pela COVID-19 determinaram as possibilidades de adesão às medidas anticontágio. Além disso, diferentes medidas podem possuir diferentes padrões de adesão, podendo também variar no tempo.

Isolamento social

O isolamento social é uma medida de alta eficácia, e tem o efeito de achatar a curva epidêmica quando implementada tardiamente e de atrasar a curva epidêmica quando implementada cedo, dando maior tempo para o preparo de hospitais e reduzindo a letalidade do vírus (MATRAJT; LEUNG, 2020). Da mesma forma, ao suspender esta medida, a

transmissão tende a aumentar o contágio novamente, sendo fundamental que ocorra junto à testagem e seguimento do contato entre pessoas para maior eficácia (MATRAJT; LEUNG, 2020).

No Brasil, a divergência de critérios com respeito à implementação do distanciamento social entre estados e municípios resultou em uma adesão irregular por parte da população (OBSERVATÓRIO COVID-19, 2022). Segundo apontou o estudo realizado pelo Observatório COVID-19 (2022), o distanciamento se deu como reação à piora do quadro sanitário em vez de haver sido realizado como forma de prevenção desta piora. Também foi observado que até novembro de 2020 há uma relação inversa entre isolamento social e a incidência de COVID-19, relação esta que se perde entre novembro de 2020 e maio de 2021, volta a aparecer entre julho e dezembro de 2021 e desaparece novamente em 2022 (OBSERVATORIO COVID-19, 2022). Ainda que a complexificação do cenário pandêmico, com a vacinação e novas variantes, possa estar afetando esta associação, ao que tudo indica, “fora de um certo intervalo (muito alto ou muito baixo), o distanciamento não gera impacto na dinâmica da transmissão” (OBSERVATORIO COVID-19, 2022, p.23).

Em abril de 2020, um mês após a declaração da pandemia, um estudo que contou com 16.440 participantes da população brasileira encontrou que 89% relataram estar em isolamento social total ou parcial (saindo somente para compras) e 61% relataram estar dispostos a ficar nestas condições pelo tempo que fosse necessário (BEZERRA et al., 2020). A adesão a esta medida, no entanto, é mais desafiadora por necessidades básicas que demandam sair de casa, e até mesmo por afetar a saúde mental e física. Uma pesquisa realizada entre maio e junho de 2020 mostrou que maiores de 50 anos declararam sair de casa para comprar elementos básicos como remédios e alimentos (74,2%), trabalhar (25,1%), pagar contas (24,5%), realizar consultas de saúde (10,5%), realizar exercícios físicos (6,2%) e participar de encontros sociais (8,8%) (LIMA-COSTA et al., 2020).

Por outro lado, o isolamento social também pode ter consequências negativas. Uma revisão bibliográfica realizada por Soares e colegas (2020) identificou que esta medida anticontágio pode levar pessoas a buscar assistência médica quando já estão com sintomas mais graves, impactar na economia negativamente, aumentando níveis de desemprego, além de ser uma medida que não pode ser adotada por grupos sociais mais vulneráveis. Sendo assim, esta medida pode intensificar problemas sociais existentes.

Higienização das mãos

O vírus, que é uma estrutura molecular que se espalha através de gotículas expelidas por pessoas infectadas ao tossir, falar, respirar etc., possui uma camada externa que é hidrofílica e que, ao entrar em contato com agentes tensoativos (como as que estão presentes no sabão), vão abrindo poros na membrana do vírus, desagregando-o (FERNANDES; RAMOS, 2020a). Uma vez desmontado, o vírus é incapaz de infectar, o que torna a higienização das mãos com sabão abundante e por tempo suficiente, ou o uso de líquidos que contenham álcool em uma concentração mínima de 60% nas mãos ou superfícies uma ação eficiente e barata para evitar a infecção pelo vírus responsável pela COVID-19 (FERNANDES; RAMOS, 2020b).

A higienização das mãos com soluções alcólicas é uma técnica antiga e de fácil utilização (SOARES et al., 2021). Compreende o uso de sabão, mas também de soluções à base de álcool com concentração acima de 65% quando as mãos não estiverem com sujeira aparente, e devendo ser reforçado após contato com secreções respiratórias (Ibidem). No entanto, famílias cujo acesso à água potável é escasso ou que tem o saneamento básico precarizado podem ter maior dificuldade e resistência à adesão (Ibidem).

Uso de máscara

O uso de máscaras, uma medida que não é tão radical quanto o isolamento social, pode aumentar a probabilidade de adesão, principalmente para a parcela que precisa sair de casa. Esta oferece uma boa proteção quando usada corretamente (tapando nariz e boca de todos os interlocutores), além de ser simples e barata, permitindo uma maior negociação de custos e benefícios.

Uma revisão integrativa encontrou que fatores como gênero, idade, renda familiar, condição de saúde prévia, consciência coletiva, acreditar estar pouco suscetível à doença, estar sozinho, entre familiares e cultura são determinantes na adesão correta do uso de máscara (COSTA et al., 2022). Por outro lado, a ansiedade esteve associada ao uso incorreto da máscara, e as queixas quanto ao seu uso envolvem dificuldade de respirar, falsa sensação de segurança, parecer bobo, superaquecimento, achar feio, e inquietação durante o uso (Ibidem). Foi encontrado também que negros tiveram maior adesão quando comparados a brancos, mulheres quando comparadas a homens e pessoas mais velhas quando comparadas às mais novas (Ibidem).

Apesar de sua facilidade, esta pode trazer riscos, podendo ser utilizada de maneira incorreta (ex. sem tapar o nariz), ou utilizada somente quando obrigatório (ex. ao entrar em um estabelecimento), o que afeta sua eficácia. Deve-se atentar também para a higienização correta das máscaras artesanais, e o descarte correto das descartáveis e industriais (SOARES et al., 2021). Outro risco do uso de máscara encontra-se entre pessoas que trabalham, pois, seu uso durante todo o expediente pode ser difícil e incômodo, havendo momentos de alimentação em refeitórios ou uso do banheiro para higiene pessoal onde é necessário remover a máscara, aumentando o risco de infecção da COVID-19.

Certas estratégias podem ter maior probabilidade de ser combinadas por sua praticidade e pela flexibilização que entregam ao ser adotadas dentro do contexto de vida da pessoa. Estudos mostraram que 97,3% dos participantes faziam uso de máscaras e higienização das mãos quando saíam de suas casas no começo da pandemia (LIMA-COSTA et al., 2020), mostrando a alta adesão de ambas.

Porém, um ano depois do início da pandemia, em 2021, passado o medo inicial provocado pelo desconhecimento do vírus e com o aparecimento de estratégias que permitem conciliar atividades da vida social com a segurança (como o uso de máscaras e álcool), pergunta-se que outros fatores além das características intrínsecas a cada medida podem levar à persistência e à adesão às medidas anticontágio? Nas próximas sessões exploraremos resultados empíricos que associam medidas de anticontágio a fatores subjetivos e objetivos. Ao entender quais fatores sociais estão envolvidos à condutas de adesão, podemos informar melhor as políticas públicas, assim como compreender quais processos sociais estão envolvidos em contextos de ameaça à Saúde Pública.

3.4 FATORES OBJETIVOS QUE AFETAM A ADESÃO A MEDIDAS ANTICONTÁGIO

Apesar de a COVID-19 não ter a propriedade de escolher suas vítimas, disseminando-se através do contato humano e no contato com superfícies contaminadas, suas principais vítimas são aquelas pessoas pertencentes a grupos sociais historicamente mais vulneráveis (RIBEIRO; LEIST, 2020). O Brasil é um país com dimensões continentais e com altos níveis de pobreza, possuindo moradias precárias, falta de água potável e de saneamento básico, trabalho informal para grande parcela da população, o que constituem fatores de risco para a disseminação da doença.

O termo “sindemia” tem sido usado para afastar a noção biologicista que trata o vírus como causador da doença infecciosa para trazer a compreensão de que há uma dimensão

social que interage com a biológica. Assim, em vez de se focar apenas em modelos que compreendem o padrão biológico da disseminação da doença, cientistas deveriam observar como as manifestações da doença tem se “clusterizado”¹ de acordo com padrões de desigualdade, o que, por sua vez, pede um olhar com mais nuances diante do desafio de proteger a população (HORTON, 2020).

As condições sociais impactam na distribuição do estado de saúde por meio das desigualdades de recursos mobilizáveis, da seletividade social na exposição aos riscos, da constituição social das disposições ou preferências de saúde, das discrepâncias nos modos como as instituições processam os indivíduos (Santos, 2014; 2020) e das assimetrias para a saúde dos grupos de transbordamentos (spillovers), ou efeitos indiretos, dos custos e benefícios de processos exógenos aparentemente não relacionados. (SANTOS, 2020, p. 2)

Indicadores que relacionam a pobreza com a incidência ou mortalidade causada pelo vírus corroboram a hipótese da influência de determinantes sociais no agravamento da doença. Bairros com maior índice de pobreza são aqueles que mostraram o menor índice de isolamento social (NATIVIDADE et al., 2020; WRIGHT et al., 2020). A cidade do Rio de Janeiro, dada as suas características sociais e espaciais, teria padrões heterogêneos de bolsões de vulnerabilidade à infecção da doença, com maior índice de vulnerabilidade nas regiões Norte e Oeste, e em comunidades carentes das regiões litorâneas (zona Sul e Oeste; SANTOS et al., 2020). Entre os óbitos no país, sabe-se que homens, pretos, pardos, indígenas e idosos morrem mais, mostrando a interação do vírus com o território e a classe social (SANTOS, 2020).

Estes dados organizam, também, a dimensão do cuidado: para resolver esta crise sanitária, há de se tratar a desigualdade. Porém, o que se tem observado é um aumento da desigualdade e da precarização no período da pandemia. Dados levantados no começo da pandemia (24 de abril a 24 de maio de 2020) mostram que 55,1% tiveram o rendimento familiar afetado, sendo que 7% ficaram sem rendimento e 25,8% ficaram sem trabalhar, principalmente os trabalhadores informais (50,6%; ALMEIDA et al., 2021). Ao mesmo tempo, para aqueles que continuaram trabalhando, as condições de trabalho precarizadas podem aumentar o risco de infecção (FIHO et al., 2020).

As condições do ambiente domiciliar também afetam a possibilidade de adesão às medidas anticontágio, sobretudo o isolamento social. Uma pesquisa aplicada em abril de 2020

¹ Expressão original da língua inglesa para expressa a organização dos dados em forma de grupos com determinadas características em comum.

encontrou que entre pessoas que relataram estar em residências péssimas, 38% estariam dispostos a ficar o tempo que fosse necessário em isolamento social, o que contrasta com 68,8% das pessoas que relataram estar em residências boas ou ótimas (BEZERRA et al., 2020). Bem-estar domiciliar, medido por presença de áreas verdes perto de casa e exercício físico, também foi encontrado como um fator relacionado à maior adesão ao isolamento social (SILVA et al., 2020).

Tais precariedades da situação material a qual estão subordinadas grande parte da população brasileira constituem barreiras para a adesão às medidas anticontágio, o que por sua vez afeta a contenção da propagação do vírus “porque a distribuição da saúde e da doença em populações não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e de trabalho de populações” (NATIVIDADE et al., 2020, p. 3390). Sendo o Brasil um país com somente 40% de sua população empregada formalmente, há de se pensar em alternativas que possam facilitar a adesão, como o auxílio emergencial (AQUINO et al., 2020). As contas mensais obrigam a continuidade do trabalho, e nem sempre é possível aderir ao trabalho remoto. Para a grande porcentagem de trabalhadores que não podem parar a fim de garantir a renda, o que resta é uma não adesão ao isolamento social (SOARES et al., 2020).

Além das questões socioeconômicas, outros fatores objetivos como a presença de comorbidades poderiam influenciar a decisão de pessoas a aderir às medidas anticontágio. Entre aqueles que desenvolveram a pior forma da doença, estariam os idosos (WANG et al., 2020b), diabéticos (GUO et al., 2020), os obesos (SATTAR; MCINNES; MCMURRAY, 2020), pessoas com doença cardiovascular (LI et al., 2020a), entre outros (ZHOU et al., 2020) que, por sua situação de saúde, podem se ver mais vulneráveis a desenvolver formas graves da doença. Um estudo brasileiro com idosos que possuem comorbidades encontrou que este grupo pensa na possibilidade de ser infectado, concorda como medidas anticontágio e se informam mais (SOUZA FILHO et al., 2021).

Os fatores objetivos não somente afetam a vulnerabilidade à doença, como também afetam a saúde mental da população. Qiu e colegas (2020), apontam para a hipótese de que a qualidade do sistema de saúde serviria como um fator de proteção a níveis de estresse em relação a doença (QIU et al., 2020). Além disso, Li e colegas (2020b) encontraram que a percepção equivocada sobre o desenvolvimento da pandemia também pode aumentar os níveis de estresse. No Brasil, um estudo identificou que pessoas que tiveram sua renda

diminuída, aquelas que fazem parte do grupo de risco e as que estão mais expostas a notícias de mortos e infectados são as que mais sofrem psiquicamente (DUARTE et al., 2020).

Sendo assim, desenha-se a hipótese de que fatores objetivos afetam diretamente a maneira com que o indivíduo é capaz de aderir às medidas anticontágio. Pessoas de perfis socioeconômicos mais vulneráveis não possuem as mesmas oportunidades de realizar distanciamento social, deixar de trabalhar ou de utilizar a máscara, pois, muitas vezes, precisam se expor para sobreviver. Além disso, podem sofrer com maiores estresses psíquicos, piorando seus níveis de resiliência para lidar com os desafios impostos pela pandemia. No entanto, é possível que diferentes negociações sejam utilizadas como recurso de sobrevivência, combinando estratégias de proteção diferentes. Além de fatores objetivos, que apresentam dificuldades mais tangíveis para a adesão é necessário investigar de que formas fatores subjetivos, como saúde mental e crenças com respeito à doença, podem afetar a conduta de adesão.

3.5 FATORES SUBJETIVOS QUE AFETAM A ADESÃO A MEDIDAS ANTICONTÁGIO

Além de fatores mais tangíveis, como os marcadores demográficos e socioeconômicos apresentados anteriormente, fatores subjetivos também podem ter um papel fundamental na estratégia individual de adesão adotada para lidar com a pandemia de COVID-19. Por fatores subjetivos, entendemos aqueles fatores de ordem psicológica que refletem no comportamento humano. Segundo Silvia Lane, o comportamento, objeto da psicologia, seria “toda e qualquer ação, seja reflexa (no limiar entre a psicologia e a fisiologia), sejam os comportamentos considerados conscientes que envolvem experiências, conhecimentos, pensamentos e ações intencionais, e, num plano não observável diretamente, o inconsciente.” (2017, p. 7). Ainda que a psicologia seja amplamente pensada como a ciência que se preocupa com processos que individualizam o ser humano, ela também precisa analisar a influência histórica-social no comportamento humano (LANE, 2017).

No presente trabalho, estudaremos como a psicologia humana tem relação com o comportamento de adesão às medidas anticontágio. Para os fins desta pesquisa, realizou-se uma separação puramente conceitual e prática, entre a saúde mental, mais relacionada ao indivíduo e as normas e crenças grupais, mais relacionadas à dimensão social, ainda que ambas dimensões sejam indissociáveis na prática. Enquanto a saúde mental capturaria o estado individual de estresse, depressão e ansiedade, a dimensão social daria conta das normas sociais e crenças que são compartilhadas pelo grupo do indivíduo. Como a saúde mental e a

psicologia social medem coisas distintas, é possível que influenciem o comportamento humano de maneira independente entre si. A seguir, apresentamos os principais achados na literatura dentro de ambas as dimensões.

Saúde mental na pandemia de COVID-19

A pandemia de COVID-19 representou um grande desafio em termos de resiliência, a força psicológica usada para lidar com estresse e dificuldades (WANG et al., 2020a). O medo de ser contaminado pela doença, o medo da morte, medidas de controle social (como o isolamento social) e vulnerabilidade às incertezas econômicas (como o medo de perder o emprego em um momento de recessão na economia) podem ser grandes estressores para a saúde mental neste período. Se, por um lado, as medidas preventivas evitam a contaminação pelo vírus, por outro, também foram causadoras de sofrimento psíquico.

Estudos realizados na China foram os pioneiros em investigar a saúde mental de seus cidadãos após o início do surto e o início das restrições. Um estudo com amostra representativa de 52.730 participantes chineses (QIU et al., 2020) encontrou que 35% declaram estar com níveis de angústia² entre moderado e grave durante o período de isolamento social. Estes sintomas estariam presentes majoritariamente entre pessoas do gênero feminino, com idade entre 18 e 30 anos e maiores de 60 anos, pessoas com níveis educacionais mais altos, trabalhadores que continuavam em circulação e pessoas mais próximas do epicentro da doença (QIU et al., 2020). Wang e colegas (2020a) também registraram um impacto da pandemia na saúde mental de seus participantes, com 53,8% registrando uma piora moderada ou severa, especialmente entre mulheres, estudantes, pessoas que sentiram sintomas como dor de cabeça, tontura e coriza, e pessoas que se autodeclararam com saúde ruim.

Outra consequência importante da pandemia mostrada pelo estudo foi que os níveis de angústia também variaram de acordo com a eficácia do serviço de saúde da região (ex.: disponibilidade de recursos médicos), assim como medidas de prevenção e controle adotados pelos governos locais (IBIDEM). De maneira similar, um estudo que envolveu 58 países encontrou que 43% dos participantes não confiavam que seus governos poderiam lhes manter

² Palavra em inglês usada é “distress” que não traduz exatamente para angústia.

seguros, o que, por sua vez, estava associado a um pior estado de saúde mental (HENSEL et al., 2022).

Outro estudo, realizado na Itália, identificou que mais de um terço de seus 1.253 participantes apresentaram sintomas de estresse pós-traumático no início da pandemia (DI CROSTA et al., 2020). Estes sintomas foram predominantes entre pessoas do gênero feminino, de baixa estabilidade econômica, altos níveis de neuroticismo (a tendência a reagir com afetos negativos frente a adversidades), acreditar ter tido COVID-19 e que sentiram medo das consequências do contágio (Ibidem).

Também se identificou que pacientes psiquiátricos tiveram um maior impacto na saúde mental em relação a pessoas sem histórico psiquiátrico durante o período de confinamento da pandemia (HAO et al., 2020). Outro grupo que apresentou uma piora na saúde mental foi o de enfermeiras, mulheres, profissionais na linha de frente e profissionais trabalhando na província de epicentro versus outros locais (LAI et al., 2020).

Pessoas abaixo de 40 anos (AHMED et al., 2020; HUANG; ZHAO, 2020) e pessoas que passaram mais de três horas diárias consumindo notícias sobre a COVID-19 tiveram mais sintomas de ansiedade generalizada e de depressão (HUANG; ZHAO, 2020). Ter parentes infectados, ter um histórico de problemas médicos e estressantes e ter parentes que estavam trabalhando fora de casa também estariam associados a sintomas negativos de saúde mental nesse período (MAZZA et al., 2020).

Entre os sintomas mais reportados como reação ao período pandêmico estão: o transtorno de ansiedade generalizado, sintomas de depressão, piora na qualidade do sono, uso abusivo de álcool e piora no bem-estar mental (AHMED et al., 2020; HUANG; ZHAO, 2020; LI et al., 2020b).

A saúde mental foi afetada pelo cenário pandêmico, mas também mostrou influenciar as condutas de adesão às medidas anticontágio. Pessoas que dizem estar dispostas a ficar em isolamento social “pelo tempo que for necessário” são aquelas que relatam ter menores percentuais de estresse familiar (BEZERRA et al., 2020). Ademais, indivíduos que apresentam traços de personalidade de maior estabilidade emocional tendem a sair de casa com maior frequência quando comparado a pessoas com maiores níveis de ansiedade (JOAQUIM et al., 2022). Outro estudo também analisou o comportamento de adesão para diferentes tipos de personalidade, encontrando que pessoas com tendência à psicopatia têm menor adesão às medidas de anticontágio, e maior associação a condutas transgressivas, que pessoas com maiores níveis de empatia que tem condutas mais cooperativas (CARVALHO;

MACHADO, 2020). Estes achados mostram a importância dos estados mentais na adesão às medidas protetivas.

O fator emocional está diretamente relacionado à conduta de adesão, podendo, inclusive, ser manipulado a fim de aumentar a participação voluntária da população (HEFFNER; VIVES; FELDMANHALL, 2021). Estratégias que mostrem apoio social às medidas de saúde pública, que deem maior foco a mensagens que evocam identidades grupais e mensagens que sejam emitidas com rapidez e honestidade podem aumentar a sua credibilidade (LUNN et al., 2020).

Normas sociais e crenças relacionadas à pandemia de COVID-19

O ser humano é um ser social, que sobrevive em dependência de outro em seu desenvolvimento infantil, e que está, normalmente, inserido em um contexto histórico, seguindo o modelo passado por sua cultura para se orientar sobre aquilo que é certo e errado (LANE, 2017). As normas sociais têm a função de reger as relações entre os indivíduos e podem variar entre grupos sociais, podendo ser mais rígidas ou sutis, e até mesmo ser cristalizadas e institucionalizadas (Ibidem). A transgressão das normas morais adotadas por determinado grupo pode gerar uma série de sanções morais por parte das pessoas que se reconhecem como pertencentes a este mesmo grupo (PACKER; UNGSON; MARSH, 2021), coagindo a repetição de uma conduta mal avaliada por eles. Já o aumento da percepção de diferença entre grupos – meu grupo é diferente daquele - pode levar a um aumento do preconceito e da desumanização dos que são considerados como pertencentes ao outro grupo (BAVEL et al., 2020). Sendo assim, a percepção das normas sociais, ou seja, as normas que o indivíduo percebe como sendo importante para pessoas semelhantes a si, podem definir sua conduta.

Ao pesquisar o impacto da percepção das normas grupais na conduta de adesão, Lees e colegas (2020), em um estudo feito nos Estados Unidos, encontraram que os participantes da pesquisa acreditavam valorizar a adesão às medidas anticontágio em maior medida que seus compatriotas. Esta diferença entre a percepção de si *versus* a percepção do comportamento alheio é maior quando se trata de medidas mais radicais, como o isolamento social (LEES et al., 2020). Também foi encontrado que, quanto mais os participantes acreditavam na importância da adoção dessas medidas, maior era a sua intenção de aderir (HAGGER et al., 2020; LEES et al., 2020). Porém, acreditar que o americano padrão iria aderir às medidas não

influenciou a intenção de conduta dos participantes (Ibidem), sugerindo uma falta de identificação dos respondentes da pesquisa com os cidadãos do país.

Com relação ao impacto das normas sociais passadas por folhetos de saúde, um estudo experimental encontrou que panfletos não influenciaram a decisão de adesão às condutas preventivas (BILANCINI et al., 2020). Por outro lado, detectou-se que a percepção da conduta de adesão adotada por amigos e familiares (GOLDBERG et al., 2020), assim como o que a pessoa pensa que seus amigos e familiares gostariam que fosse feito com respeito às medidas anticontágio, é capaz de afetar a conduta de adesão dos participantes (HAGGER et al., 2020). Outro estudo também encontrou que acreditar na ciência está associado a altas condutas de adesão, enquanto acreditar no governo levou a resultados menos expressivos (BICCHIERI et al., 2021). Estes resultados parecem indicar que o que mais influencia a adoção de medidas preventivas neste contexto pandêmico é a própria crença na importância destas medidas, assim como a conduta das pessoas mais próximas ao invés de pessoas fora do círculo de confiança, como compatriotas ou instituições.

As crenças também são um fator determinante da conduta dos seres humanos. A crença associa determinado valor a um objeto, o que, por sua vez, é capaz de determinar a conduta do indivíduo dependendo da importância que este atribui a esta associação (AJZEN, 2001). Uma crença cognitivamente crônica, ou seja, que possui uma forte associação e que é muito utilizada, se torna a base para a estabilidade de dado comportamento (AJZEN, 2001).

Sendo um aspecto cognitivo básico que associa valor a ideias, crenças podem ser importantes preditores da conduta de adesão. Um estudo com amostra majoritariamente jovem (entre 18 e 40 anos) identificou que 90% dos entrevistados julgaram que as medidas de isolamento social são necessárias e eficazes, e 89,7% a reconhece como importante medida de proteção individual e coletiva (LEITE et al., 2021).

Crenças antiadesão

Durante os primeiros anos da pandemia, o Brasil viveu um momento de desconfiança nas instituições, que pode ter afetado a maneira como as pessoas perceberam e aderiram às normas de saúde pública transmitidas pelas instituições. Visões políticas e crenças sobre a COVID-19 compartilhadas socialmente podem, até mesmo, ter levado grupos sociais a acreditarem em teorias conspiratórias e em ideologias que vão em direção contrária às condutas protetivas. Momentos de medo como o momento pandêmico aumentam a

intolerância à incerteza, o que leva à adoção de explicações mais simples para problemas que, na realidade, são complexos (BUCHER-MALUSCHKE et al., 2020).

Uma revisão bibliográfica encontrou que níveis mais altos de incerteza, de ausência de autonomia e de controle pessoal, a percepção de ameaça, a ansiedade, dentre outros fatores, estão relacionados a níveis mais altos de crença em teorias conspiratórias (VAN MULUKOM et al., 2022). Um estudo brasileiro também encontrou uma associação entre filiação partidária de direita e a crença em teorias conspiratórias de não adesão ao isolamento social (FARIAS; PILATI, 2021).

Um estudo realizado um ano após o início da pandemia na Eslováquia, encontrou que a percepção de ameaça econômica teve um efeito mais significativo na predição de crenças antiadesão que a ameaça causada pela doença em si, mostrando que, passado o primeiro momento de medo de contrair a doença causada pelo novo coronavírus, são as influências das percepções sociopolíticas e econômicas que tem um maior peso nas crenças sociais sobre a COVID-19 (ČAVOJOVÁ; MIKUŠKOVÁ; ŠROL, 2022).

Em um momento pré-pandêmico, estudos mostravam os benefícios da identificação grupal “cidadão do mundo” para incentivar a cooperação entre grupos diferentes, já que os interesses comuns transcendem os interesses paroquiais de grupos menores (BUCHAN et al., 2011). Porém, no contexto pandêmico, onde rivalidades políticas estão acirradas, é ainda incerto afirmar qual identidade grupal pode ser mais relevante para aumentar a conduta de adesão. Sendo assim, a conduta de adesão poderia estar relacionada às identidades grupais, principalmente em um momento de polarização política e de politização da saúde pública.

3.6 ESTUDANTES NA PANDEMIA DE COVID-19

A juventude tanto é uma fase especialmente marcada pela necessidade de pares, quanto é um dos grupos menos afetados pelo vírus, o que coloca um elemento de tensão entre obedecer às normas de saúde pública e exercer sua liberdade. Esta tensão é maior especialmente depois de um ano de pandemia, onde já se aprendeu que certas liberdades podem ser tomadas por apresentar baixo risco de infecção, como encontrar amigos ao ar livre.

Instituições de ensino adotaram o ensino remoto como forma de dar continuidade ao ano letivo de maneira segura. Este consiste no uso de recursos tecnológicos para aulas, sem alterar a metodologia e o projeto pedagógico de aulas presenciais (VIEIRA et al., 2020). Apesar de trazer flexibilidade ao ensino, as aulas remotas, realizadas em ambientes virtuais, foram elaboradas de maneira emergencial, o que levou a uma migração com pouca estrutura,

onde os professores foram pouco preparados e contaram com pouco apoio técnico para a nova fase (HODGES et al., 2020). Assim, o termo correto para esta fase na educação seria “ensino remoto de emergência”, pois o “objetivo nessas circunstâncias não é recriar um sistema educacional robusto, mas fornecer acesso temporário a suportes e conteúdos educacionais de maneira rápida, fácil de configurar e confiável, durante uma emergência ou crise.” (HODGES et al., 2020, p. 6).

Esta transição de modalidade de maneira pouco planejada pode causar efeitos estressantes tanto no corpo docente quanto no discente. Uma pesquisa com universitários brasileiros em ensino remoto emergencial encontrou que a maioria dos estudantes está adotando o isolamento social, o que se relacionou a uma menor produtividade dos alunos, maiores alterações de humor, sentimentos de angústia, ansiedade e menor satisfação com a vida (VIEIRA et al., 2020). Ainda que seja difícil estabelecer uma relação de causalidade entre esses fatores, o ensino remoto acaba sendo mais um fator – além da complexidade pandêmica - com a qual os estudantes têm de lidar para atingir o objetivo de se formar.

Uma revisão de literatura sobre o impacto da pandemia entre jovens entre 10 e 24 anos no Brasil identificou que este grupo foi afetado de maneira negativa não somente pela pandemia em si, mas também pelas medidas restritivas, apesar de que há um bom prognóstico de recuperação da infecção pela COVID-19 para esta população (OLIVEIRA et al., 2020). Foi identificada uma alta predominância de ansiedade e depressão nesta população, especialmente entre mulheres (IBIDEM). Um estudo espanhol identificou jovens entre 18 e 35 anos idade como altamente vulneráveis à solidão, apresentando sintomas de hostilidade, depressão e ansiedade (BECERRA-GARCÍA et al., 2020).

Em uma pesquisa nacional, 70% dos jovens relataram haver percebido uma piora em seu estado emocional nos primeiros três meses da pandemia no ano de 2020, o que caiu para 36% em 2021 (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2021). A percepção de um estado emocional ruim ou péssimo é maior entre as mulheres, sendo elas responsáveis por 40% das respostas (Ibidem). Entre os sintomas mais relatados, está a ansiedade (61% de prevalência), maiormente presente entre as mulheres (67% mulheres e 49% homens) e na faixa entre 25 a 29 anos (Ibidem). A insônia também foi um sintoma prevalente nesta etapa (40% dos jovens), principalmente entre mulheres (43%). Por outro lado, as mulheres foram as que mais buscaram práticas de autocuidado durante a pandemia, como terapia, consultas e tratamentos estéticos (Ibidem).

A pandemia também afetou os jovens em questões objetivas. Em um relatório nacional, 58% relataram que sua disponibilidade financeira estava pior por causa da pandemia (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2021). Além disso, houve uma redução de 7% entre os jovens que estudam e trabalham em relação ao ano de 2020, e 13% buscam trabalho (Ibidem). Isto pode estar relacionado a um pessimismo sobre o futuro após a pandemia, onde 30% dos jovens dizem estar pessimistas, especialmente os de idade entre 25 e 29 anos (Ibidem).

Com relação a condutas sanitárias entre jovens durante a pandemia, uma pesquisa realizada nos Estados Unidos indicou um alto nível de adesão às medidas anticontágio (98,1%) no começo da pandemia (29 a 30 de março de 2020). Os motivos para a alta adesão naquela etapa foram por medo de infectar a outras pessoas e comprometimento com uma responsabilidade coletiva (OOSTERHOFF et al., 2020), sendo o auto interesse um fator que leva à menor adesão (OOSTERHOFF; PALMER, 2020). Como motivação externa, 60,9% relataram que sua motivação a aderir ao isolamento social está vinculado à leis de lockdown e 54,5% às ordens de seus pais. Quando os amigos pediam distanciamento, encontrou-se um aumento de sintomas depressivos, enquanto sintomas de ansiedade se relacionaram mais a motivações pessoais de afastamento, como medo de contaminação ou evitar julgamentos sociais (OOSTERHOFF et al., 2020).

No Brasil, a maior preocupação dos jovens (75%) nos primeiros meses da pandemia era o medo de perder algum familiar, 27% a mais que o medo de ser infectado (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2021). Quanto à adesão no país, 62% dos jovens relataram ter melhorado em sua higiene pessoal durante pandemia, 68% relataram não frequentar festas e que tiram a máscara quando estão com pessoas em quem confiam (CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE, 2021).

O impacto da pandemia na saúde mental de jovens e estudantes pode estar relacionado a características específicas desta etapa vital. Entre jovens, haveria uma menor resiliência a adversidades, assim como uma menor compreensão das mudanças que não dependem de sua decisão individual, fator acentuado no período pandêmico (GÓMEZ-SALGADO et al., 2020).

Conforme apresentado na revisão bibliográfica, os jovens são um grupo social que apresenta grande vulnerabilidade às dificuldades do cenário pandêmico. Apesar de ser o grupo com menor risco de desenvolver formas graves da doença, é um grupo que desenvolveu muitos sintomas de piora na saúde mental. Além disso, fatores subjetivos, como crenças em

ideologias antiadesão, normas grupais e saúde mental, e fatores objetivos, como indicadores sociodemográficos têm um papel fundamental na conduta de adesão às medidas anticontágio, medidas estas fundamentais para a contenção do novo coronavírus. A seguir, será apresentada a estratégia adotada para responder à pergunta de pesquisa que orienta o presente trabalho, que se utilizou das evidências empíricas encontradas e aqui apresentadas para montar o atual estudo.

4. MATERIAIS E MÉTODO

Foi conformada uma equipe de trabalho junto à aluna de mestrado do mesmo programa em saúde pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) Tatiane Veríssimo, orientada e coorientada pelas mesmas professoras. Elaborou-se um único questionário que foi usado para ambas as dissertações, que possuem objetivos distintos, porém pontos em comum. Tatiane Veríssimo apresentou o questionário para a sua dissertação de título “A sintomatologia da solidão: aspectos psicossociais decorrentes da pandemia COVID-19 em estudantes universitários” e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ENSP com número CAAE 51050121.4.0000.5240. Posteriormente, solicitou-se o uso de dados restritos mediante o termo de compromisso de utilização de dados.

Trata-se de uma pesquisa de método quantitativo, transversal, cujos dados primários foram obtidos por meio de um questionário virtual.

4.1 COLETA DE DADOS

Foi solicitado o uso de dados restritos à pesquisadora responsável pela coleta de dados da equipe.

População de Estudo: População universitária do estado do Rio de Janeiro

A população do estudo foi delimitada baseada na revisão integrativa realizada pela pesquisadora responsável pelo questionário Tatiane Veríssimo, que encontrou que 69% dos artigos relatavam ser a população jovem a mais afetada em termos de saúde mental e que ser estudante durante a pandemia também é um fator estressor que agrava ainda mais a estabilidade emocional dos jovens (MEIRELLES; TEIXEIRA, 2022).

Julgou-se que esta população também caberia a esta dissertação, sendo solicitado o uso de dados restritos, pois os jovens são o grupo menos vulnerável às formas graves da COVID-19, e que compõe a maior parte da população do Rio de Janeiro (IBGE, 2020). Além disso, sendo o período de pandemia um momento em que as aulas passaram a ser remotas, os estudantes representam um grupo diferenciado dado que sua principal atividade lhes obriga a não sair de casa. Sendo assim, existiria uma maior uniformidade com relação à ocupação principal, facilitando uma investigação multifatorial de motivadores do comportamento, diferente de outros grupos como o dos trabalhadores, que teriam um motivo muito mais

prático para aderir ou não aderir (ex. tipo de trabalho). Sendo assim, a conduta desta população é de interesse à saúde coletiva, sendo importante compreender os motivadores e barreiras da adesão às medidas anticontágio.

Procedimento

O questionário foi enviado em formato virtual e autopreenchido (Anexo A) na plataforma virtual de questionário *Research Electronic Data Capture* (Redcap). As variáveis que foram utilizadas para as análises do presente projeto de dissertação serão apresentadas na seção *medidas*.

Entre os meses de outubro e novembro de 2021, o questionário foi distribuído com o objetivo manifesto de investigar os aspectos psicossociais decorrentes da pandemia COVID-19. A divulgação se deu por redes sociais (grupos universitários no Facebook, grupos no aplicativo *Whatsapp* e por páginas no Instagram), utilizando uma estratégia inicial de bola de neve, onde se pediu para que o aluno enviasse o questionário para seus amigos. Como houve baixa distribuição do questionário, mudou-se de estratégia de disseminação do questionário e enviou-se um e-mail às secretarias universitárias e professores universitários de diversas instituições de educação superior no estado do Rio de Janeiro a fim de atingir uma ampla gama de estudantes. O gabinete da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) foi o único entre as universidades contactadas que respondeu e concordou em distribuir o link do questionário para a sua lista de estudantes com um texto criado pelos pesquisadores.

4.2 PLANO DE ANÁLISE

Foi utilizado o programa estatístico R em sua versão 4.2.1 (R CORE TEAM, 2021) para realizar a análise dos dados. Para modelos de equações estruturais foi utilizado o pacote Lavaan (v0.6-10; ROSSEEL, 2012) e para a análise de classes latentes o pacote poLCA (LINZER; LEWIS, 2011). O intervalo de confiança estipulado foi de 95%, sendo valores p abaixo de 0,05 considerados estatisticamente significativos, o que levaria à rejeição da hipótese nula.

É importante destacar que no caso em que duas ou mais variáveis compõe uma só escala, ou seja, quando mais de uma pergunta é utilizada para medir um mesmo fator (ex. duas perguntas medem normas familiares), foi calculada a média para esta escala. Esta média é o valor com o qual trabalharemos o construto estudado.

Em primeiro lugar, os dados foram analisados de forma descritiva (média, desvio padrão, correlação e testes de comparação de grupos), e foram apresentados mediante tabelas descritivas e bivariadas. Para responder aos objetivos desta dissertação, foram utilizadas três estratégias de análise, conforme cada objetivo específico:

Para o objetivo 1 “identificar, descrever e analisar perfis de adesão às medidas anticontágio que sejam distintos estatística e qualitativamente entre si” foi realizada uma análise de classes latentes para buscar como diferentes respostas de condutas de adesão se agrupam em padrões semelhantes (SILVA, 2013). Esta análise permite identificar quantos perfis de adesão existem na amostra. Este método é especialmente recomendado quando não é possível diferenciar os grupos a partir de uma inspeção visual, o que é o caso das condutas de adesão, que variam na população de maneira não observável. Sabemos que as pessoas se comportam de maneira diferente dependendo de suas condições de vida e da sua estrutura psicológica, mas não sabemos, na população, quantos perfis de adesão existem e nem como se comporta cada perfil.

As classes latentes, ou, as classes não observadas, são formadas a partir de diferentes dimensões da conduta de adesão às medidas anticontágio, a variável dependente. O propósito deste método é a “verificação dos padrões de variação em indicadores dependentes e a identificação de grupos ou classes com comportamento relativamente homogêneo” (SILVA, 2013, p. 49).

Como foram elaboradas 30 perguntas de adesão a diferentes condutas relacionadas à saúde pública, realizou-se uma inspeção qualitativa de quais variáveis teriam melhor aporte teórico. Desta maneira, foi possível realizar uma análise de classes latentes com variáveis que representam dimensões qualitativamente diferentes.

Finalmente, a partir do padrão de resposta dos participantes frente a variáveis dicotômicas que dizem respeito à sua conduta quanto ao uso de máscara, isolamento social, higiene pessoal e comportamento social referido ao último mês desde sua resposta, o método de análise de classes latentes agrupou os dados de maneira a diferenciar aqueles com maior homogeneidade intraclasses e maior heterogeneidade interclasses (MOREIRA, 2021), revelando a quantidade de classes latentes presentes na amostra, assim como descrevendo suas características de adesão.

Para o objetivo 2 “determinar quais fatores objetivos e subjetivos estão associados a cada medida anticontágio selecionada” foram realizadas regressões logísticas múltiplas, ou seja, cada variável dependente de medida anticontágio foi analisada separadamente com todas as variáveis preditoras incluídas na regressão. As variáveis dependentes de medidas anticontágio foram as mesmas utilizadas para responder ao objetivo um desta dissertação.

As dimensões ditas objetivas são gênero, raça/cor, idade, renda total do lar, comorbidades e prestação de cuidado. Já a dimensão subjetiva é medida pelas variáveis de orientação política, normas familiares e de amigos, crenças antiadesão e saúde mental, sendo esta última dimensão composta por três fatores: depressão, ansiedade e estresse. Todas as dimensões são especificadas em detalhes na seção “Medidas” desta dissertação.

A análise de regressão logística permite estabelecer uma relação entre uma variável dependente binária e um conjunto de variáveis independentes, sejam elas quantitativas ou qualitativas (BITTENCOURT, 2003). Tanto por sua flexibilidade e facilidade matemática quanto pela possibilidade de interpretação direta e rica, é um modelo amplamente utilizado (BITTENCOURT, 2003).

Esta abordagem não exige suposições sobre os comportamentos probabilísticos dos dados por utilizar a máxima verossimilhança na estimação do modelo, e estima a probabilidade de ocorrência ou não de um evento (a adesão à medida anticontágio) através da transformação *logit* (BITTENCOURT, 2003). Ainda assim, é um modelo sensível à multicolinearidade, que ocorre quando há altos níveis de correlação entre as variáveis independentes, e à presença de outliers (FERNANDES et al., 2020).

Para a interpretação dos modelos de regressão logística, é importante compreender o que está sendo informado, pois existem três maneiras de exibição dos resultados. Com o *logit* se está informando “o efeito da variável independente sobre a variação do logaritmo natural da chance da variável dependente” (FERNANDES et al., 2020, p. 7), ou seja, haveria um acréscimo ou decréscimo de unidades no *logit* de Y sempre que X aumenta uma unidade. Também é possível obter a chance de ocorrência de determinado evento ao obter o exponencial do coeficiente da regressão, o que permite uma interpretação mais amigável (FERNANDES et al., 2020). Nesta transformação, a cada aumento de uma unidade em X, haveria um aumento na chance de ocorrência de Y, mantendo as demais variáveis constantes. Finalmente, há também a possibilidade de transformação do resultado no percentual da chance de ocorrência de Y (FERNANDES et al., 2020).

Para o objetivo 3 “analisar a variação no tempo da adesão a diferentes medidas anticontágio, assim como determinar quais fatores objetivos e subjetivos podem influenciar a uma adesão por maior tempo” foi realizada uma análise de regressão múltipla multivariada utilizando o modelo de equações estruturais (MEE). Sendo assim, as covariáveis foram inseridas no modelo e tratadas com uma análise fatorial confirmatória (AFC), indicando qual é a melhor maneira de compor as escalas medidas. Finalmente, o modelo com os melhores índices de ajuste foi escolhido, indicando os fatores objetivos e subjetivos relacionados a cada medida anticontágio inserida no modelo.

4.3 MEDIDAS

Variáveis dependentes

Duas medidas diferentes de adesão às normas de saúde pública foram desenhadas. Como para a análise de classes latentes utilizam-se variáveis binárias, desenhamos perguntas referentes a 30 condutas relacionadas às medidas anticontágio. Para cada uma o participante respondeu se aderiu sim ou não no último mês (ver perguntas na Tabela 6). Esta medida binária foi utilizada na análise para o objetivo um (análise de classes latentes) e dois (modelo de regressão logística).

Como o questionário foi realizado mais de um ano após o decreto do estado pandêmico da OMS, no período de outubro a novembro de 2021, e por haver sido aplicado em período de vacinação, que poderia haver afetado a conduta de adesão, também foram desenhadas medidas contínuas relativas à mudança nas condutas de adesão no tempo. Este segundo tipo de medida de adesão conta com quatro perguntas sobre: a) o tempo de adesão do participante para o isolamento social, b) deixar de ver amigos, c) uso de máscara em locais públicos e d) uso mais frequente de álcool em gel, variando em cinco níveis entre “em nenhum momento”, “de 1 mês a 3 meses”, “ao menos 6 meses”, “entre seis meses e 1 ano” com o valor máximo “até o momento”. Esta medida foi utilizada na análise relativa ao objetivo três.

Variáveis independentes

Após revisão da literatura sobre fatores objetivos e subjetivos que poderiam influenciar na conduta de adesão, variáveis destas dimensões foram incluídas no questionário a fim de testar sua influência para cada tipo de adesão. Mais precisamente, para as variáveis objetivas, foram perguntados por sua raça/cor segundo a classificação do IBGE (branco,

preto, pardo, indígena e amarelo), idade, renda total do lar (até 1.100 reais, entre 1.001 e 2.200 reais, entre 2.201 e 4.400 reais, entre 4.401 e 11.000 reais, entre 11.001 e 22.000 reais e acima de 22.001 reais), gênero (feminino, masculino e outro), comorbidades (uma lista com vinte doenças e a opção “outra”), e prestação de cuidado (“Você tem alguém sob o seu cuidado (ex. crianças, idosos, deficientes?)”) com opção de resposta binária sim ou não, que foi incluída a propósito dos altos níveis de problemas na saúde mental das mulheres.

Para variáveis subjetivas, perguntou-se por dimensões relacionadas à ideologia, como orientação política, normas e crenças e por saúde mental. Em orientação política, perguntou-se por qual seria o posicionamento político do participante, entregando-se as opções de múltipla-escolha “esquerda”, “centro-esquerda”, “centro”, “centro-direita”, “direita”, “não me identifico com nada” e “outro”. Com relação às normas grupais, foram medidas normas da família e dos amigos, cada dimensão com dois itens. As normas para cada dimensão foram redigidas de maneira idêntica, perguntando especificamente pela percepção de apoio ao uso de máscara, mudando somente o grupo alvo no início da frase (ex. “Meus amigos/minha família me incentiva/m a usar máscara sempre que necessário” e “É importante para meus amigos/ minha família que eu use máscara sempre que necessário”). Estas medidas foram adaptadas de estudos com normas grupais utilizados por Green, Adams e Turner (1988). Com relação às crenças antiadesão foram desenhadas quatro perguntas que pudessem medir a concordância com crenças que desincentivam a adesão às medidas anticontágio (“A pior forma da doença aparece nas pessoas que têm mais medo”, “apesar dos riscos, é importante manter a vida normal”, “em nome da saúde mental, escolhi me encontrar com pessoas durante a pandemia”, “sinto que posso sair para me divertir quando eu quero”), que variaram em uma escala de 5 pontos (1= Discordo totalmente, 2= Discordo parcialmente, 3= Não concordo nem discordo, 4= Concordo parcialmente, 5= Concordo totalmente). Em dimensões relacionadas à saúde mental, aplicou-se o Depression, Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21) (VIGNOLA; TUCCI, 2014), que conta com vinte e um itens em total, sendo sete itens de sintomas de ansiedade, sete de depressão e sete de estresse, variando em uma escala de quatro pontos (0=Não aconteceu comigo nessa semana, 1= Aconteceu comigo algumas vezes na semana, 2= Aconteceu comigo em boa parte da semana, 3= Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana).

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O questionário virtual e autopreenchido e o projeto de pesquisa, foram avaliados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) de maneira a garantir que todos os princípios éticos de pesquisa fossem cumpridos. O projeto contendo o questionário foi submetido ao comitê de ética em pesquisa pela aluna Tatiane Veríssimo, e o Registro de Consentimento Livre e Informado (Anexo B) explicita que a pesquisa se trata de um trabalho em equipe, na qual a presente discente é parte. Foi realizada a solicitação de uso de dados restritos perante o comitê de ética, como parte da equipe de pesquisa da aluna Tatiane Veríssimo, e se solicitou a esta o termo de compromisso de utilização de dados.

Por haver perguntas de caráter pessoal, o(a) participante pôde sentir-se afetado(a) emocionalmente durante o questionário. Por este motivo, na primeira página do questionário, lhe foi ressaltado que o questionário poderia ser abandonado a qualquer momento. Por outro lado, ao responder o questionário, o participante pôde refletir sobre sua experiência pandêmica, o que pôde também ser uma experiência terapêutica. O questionário era anônimo, e os dados pessoais coletados pelo website (como endereço IP do computador usado) foram deletados imediatamente após o download da base de dados.

O link para o questionário foi recebido por e-mail ou redes sociais, e em sua primeira página contou com uma breve apresentação da pesquisa e o nome das pesquisadoras encarregadas, com Tatiane Veríssimo como discente responsável. O Registro de Consentimento Livre e Informado (RCLE) (Anexo B) apareceu como um arquivo anexo, possível de ser baixado, e uma caixa com duas alternativas onde os participantes que marcaram “*Li o termo de consentimento livre e esclarecido e aceito participar da pesquisa*” foram direcionados para o questionário, e aqueles que marcaram “*Li o termo de consentimento livre e esclarecido e não aceito participar da pesquisa*” foram encaminhados para o final do questionário.

Além dos fatores citados, estima-se que não houve outros riscos para a participação nesta pesquisa.

6. RESULTADOS

Para apresentar os dados de maneira clara e objetiva, separamos a seção de resultados em algumas subseções. Primeiramente, a subseção de “descritivos” mostra a composição da amostra quanto às suas características demográficas e sociais. Dentro desta subseção, são apresentados os resultados das medidas de tendência central, comparação de grupos e correlação de todas as medidas utilizadas nos modelos mais complexos, expondo primeiro as variáveis independentes categorizadas como objetivas e posteriormente as variáveis independentes ditas subjetivas. Ainda nesta subseção, são apresentados, por último, os resultados descritivos das variáveis dependentes.

Em segundo lugar, são apresentadas as análises estatísticas realizadas para responder às perguntas de pesquisa bem como os objetivos propostos. Nessa subseção, primeiro é apresentada a análise correspondente ao objetivo um, a análise de classes latentes. Logo, a análise de regressão logística, referente ao segundo objetivo, e, finalmente, o modelo de equações estruturais para responder ao terceiro objetivo da dissertação.

6.1 AMOSTRA FINAL

No total, 4259 pessoas responderam ao questionário virtual. Após a exclusão daqueles participantes que não cumpriam com os critérios de inclusão (ser estudantes universitários, entre 18 e 35 anos, residentes no Estado do Rio de Janeiro) somados aos que não aceitaram participar da pesquisa, e excluindo aqueles participantes que não se declaram como pertencentes ao gênero masculino ou feminino (41 participantes foram eliminados por não haver hipótese relacionada a outros gêneros), a amostra final contou com 3168 participantes. Para a análise de classes latentes recomenda-se não haver casos com dados perdidos, levando à exclusão de dados incompletos. Portanto, somente permaneceram na base de dados aqueles casos que responderam a todas as variáveis de interesse, restando 2387 casos na base de dados final (N total = 2387).

6.2 DESCRITIVOS

Amostra

Da amostra final, 69% das pessoas são do gênero feminino representando a maior parte dos participantes. A maioria é composta por participantes que se autodeclararam brancos, seguido por pardos, pretos, amarelos e indígenas (ver tabela 1). A maioria dos

participantes reside na Região Metropolitana do Rio de Janeiro, são solteiros e tem 22,5 anos de idade em média (DP=3,8).

Tabela 1 - Distribuição do número e porcentagem por sexo, raça/cor, região de maior representatividade e estado civil em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

Descritores da amostra	N	%
Masculino	743	31
Feminino	1644	69
Branco(s)	1347	56
Pretos	379	16
Pardos	639	27
Indígenas	4	0
Amarelo	18	1
Metropolitana	1665	70
Solteiro(a)	2254	94
Casado(a)	61	3
União Estável	59	2
Divorciado(a)	12	1
Viúvo(a)	1	0
Total	2387	100

Fonte: Elaboração própria (2022)

Com relação à instituição de ensino, a maioria dos participantes (94%, n=2253) relatou estudar em universidade pública. Quando perguntados por instituição de ensino, foram citadas 50 instituições diferentes no total, porém, 2160 participantes estão concentrados na UFRJ, provavelmente como consequência do apoio institucional na divulgação desta pesquisa conforme exposto anteriormente.

Em relação à orientação política (ver tabela 2), é importante destacar que a maior parte dos participantes se autodeclarou de esquerda (47%) e centro-esquerda (18%), com apenas 3% declarando ser de centro, 2% de centro-direita, e 2% de direita. Além destes, 26% não se identificavam com nenhuma orientação política e 2% declararam outra identificação política diferente das opções oferecidas. Estes dados sugerem que pode haver uma tendência ideológica de esquerda na amostra, o que pode caracterizar um viés deste estudo. Como a variável de interesse trata de condutas de adesão às normas de saúde pública, é importante realizar testes estatísticos capazes de determinar se existe associação entre orientação política e conduta de adesão para dimensionar o quanto este viés pode afetar a interpretação dos dados.

Tabela 2 - Distribuição e porcentagem por orientação política em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

Orientação política	N	%
Esquerda	1114	47
Centro-esquerda	422	18
Centro	77	3
Centro-direita	55	2
Direita	58	2
Não se identifica	614	26
Outro	47	2
Total	2387	100

Fonte: Elaboração própria (2022)

Variáveis independentes objetivas

Cuidado

A maior parte da amostra (83%) declarou não ter pessoas sob seus cuidados durante a pandemia (ver tabela 3). Ainda que a maior parte do cuidado seja feita por pessoas do gênero feminino (71%), muitas mulheres declaram também não exercer esta função, conforme tabela 1. Um teste de chi quadrado indicou que não há uma associação estatisticamente significativa entre cuidado e gênero ($\chi^2(1, N=2387) = ,727, p = 0,39$), em outras palavras, entre estudantes universitários no Rio de Janeiro, não há diferença no cuidado entre homens e mulheres.

Tabela 3 - Cuidado segundo gênero em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

Gênero	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sim	282	71	117	29	399	83
Não	1362	68	626	32	1988	17

Fonte: Elaboração própria (2022)

Ocupação e renda familiar

Os participantes responderam em qual faixa salarial se localizam quanto à renda total de seu lar. Durante a análise de dados, observou-se um erro de digitação no questionário, pois a categoria um “até 1100 reais” se solapa com a categoria dois “entre 1001 e 2200 reais”, deixando duas opções de marcação para pessoas que recebem entre 1001 e 1100 reais. Não é possível saber ao certo quantas pessoas estavam nesse limiar, porém, como a diferença entre

os valores é pequena e a diferença entre a categoria um e dois é qualitativamente importante para discriminar aqueles que ganham abaixo de 1100 reais, decidimos manter os dados como estão. Conforme pode ser observado na tabela 4, a maior parte dos participantes se localiza na faixa entre 2201 e 4400 reais e poucos relatam ter uma renda familiar acima de 11 001 reais, somando pouco mais de 10% da amostra.

Tabela 4- Frequência de renda familiar em estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

Descritores da amostra	N	%
Até 1.100	410	17
Entre 1.001 e 2.200 reais	555	23
Entre 2.201 e 4.400 reais	614	26
Entre 4.401 e 11.000 reais	539	23
Entre 11.001 e 22.000 reais	179	7
Acima de 22.001 reais	90	4
Total	2387	100

Fonte: Elaboração própria (2022)

Quando perguntados se possuíam alguma ocupação além de estudantes universitários, 48% da amostra declarou que não. Ao combinar todas as ocupações que oferecem alguma remuneração (empresário, estagiário remunerado, servidor público, trabalho com e sem carteira assinada) é possível observar que 37% da amostra está vinculada a algum tipo de atividade remunerada, conforme pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 – Frequência, porcentagem e moda da renda familiar para cada ocupação entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

Além de estudante, você possui outra ocupação?	N	%	Moda
Dona de casa	138	6	Entre 1.001 e 2.200 reais
Estagiário(a) remunerado(a)	345	14	Entre 2.201 e 11.000 reais
Estagiário(a) não remunerado(a)	123	5	Entre 2.201 e 4.400 reais
Servidor(a) Público(a)	27	1	Entre 4.401 e 11.000 reais
Trabalho com carteira assinada	254	11	Entre 1.001 e 2.200 reais
Trabalho sem carteira assinada	233	10	Entre 1.001 e 2.200 reais
Empresário(a)	26	1	Entre 4.401 e 11.000 reais
Não possui outra ocupação	1143	48	Entre 2.201 e 4.400 reais
Outro	98	4	Entre 1.001 e 2.200 reais
Total	2387	100	-

Fonte: elaboração própria (2022)

Cruzando a variável renda familiar e trabalho (ver tabela 5), é possível observar que os participantes que possuem uma ocupação relacionada ao trabalho - com ou sem carteira assinada - possuem uma renda familiar entre 1001 e 2200 reais, assemelhando-se às donas de casa, pessoas que não possuem outra ocupação e aqueles que declaram “outros”. Estagiários remunerados ficaram igualmente distribuídos entre as faixas salariais de 2.201 e 4.400 reais e 4.401 e 11.000 reais, mostrando que há uma maior variabilidade e poder aquisitivo nessas famílias quando comparados aos estagiários não remunerados. Já os empresários e os servidores públicos são os que possuem maior concentração na faixa de maior renda.

A tabela 6 mostra o cruzamento da renda familiar segundo a raça/cor dos participantes. É possível observar que pessoas autodeclaradas brancas estão mais concentradas em uma faixa salarial superior com relação ao resto da amostra, localizando-se em maior quantidade na faixa entre 4.401 e 11.000 reais.

Tabela 6 – Frequência de renda familiar por raça/cor entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

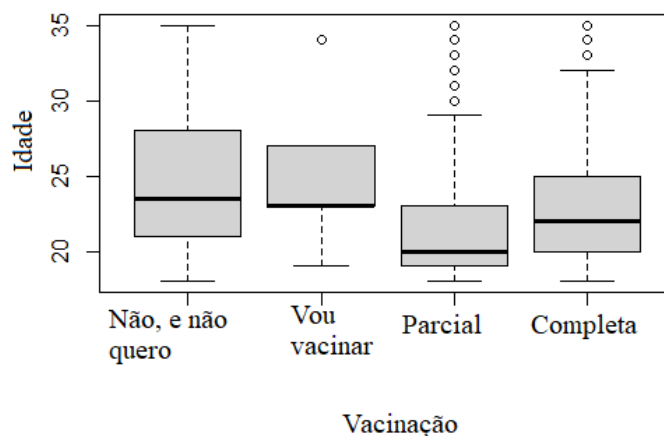
Renda Familiar	Branco		Preto		Pardo		Indígena		Amarelo		Total linha
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Até 1.100	162	40%	108	26%	134	33%	0	0%	6	1%	410
Entre 1.001 e 2.200 reais	252	45%	111	20%	185	33%	2	0%	5	1%	555
Entre 2.201 e 4.400 reais	341	56%	97	16%	172	28%	2	0%	2	0%	614
Entre 4.401 e 11.000 reais	365	68%	53	10%	118	22%	0	0%	3	1%	539
Entre 11.001 e 22.000 reais	147	82%	7	4%	24	13%	0	0%	1	1%	179
Acima de 22.001 reais	80	89%	3	3%	6	7%	0	0%	1	1%	90

Fonte: Elaboração própria (2022)

Vacinação

Na época da coleta de dados, entre outubro e novembro de 2021, o estado do Rio de Janeiro estava em campanha de vacinação para a sua primeira dose, e havia diferentes ofertas de vacinas, algumas que necessitavam de duas aplicações para contar com a proteção completa e outras de dose única. Portanto, a pergunta foi elaborada para discriminar se a dose era parcial ou completa, independente da marca da vacina. Pessoas com dose completa de vacinação (N=1750) são mais velhas que pessoas com dose parcial (N=617; figura 1). Este resultado pode ser atribuído ao calendário de vacinação que priorizou, inicialmente, pessoas mais velhas. Ainda que poucos, pessoas que não querem se vacinar (N=14) e pessoas que ainda planejam se vacinar (N=6) são as mais velhas da amostra.

Figura 1 – Gráfico de caixa do status de vacinação por idade entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021



Fonte: Elaboração própria (2022)

Comorbidades

Com relação às comorbidades mais frequentes entre os participantes (ver tabela 7), encontram-se transtornos de ordem psíquica, especificamente transtorno de ansiedade (32% de prevalência) e depressão (23%). Comorbidades que apresentam um maior risco diante do vírus da COVID-19 tiveram menor prevalência na população estudada, como a obesidade (7%), diabetes (2%) e hipertensão (2%).

Tabela 7 - Frequência e porcentagem por comorbidade entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

Comorbidade	Não		Sim		Comorbidade	Não		Sim	
	N	%	N	%		N	%	N	%
Diabetes	2351	98%	36	2%	Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)	2309	97%	78	3%
Hipertensão	2341	98%	46	2%	Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT)	2345	98%	42	2%
Doença do coração	2362	99%	25	1%	Alcoolismo	2377	100%	10	0%
Derrame ou Acidente Vascular Cerebral (AVC)	2386	100%	1	0%	Uso prejudicial de drogas	2373	99%	14	1%
Asma	2182	91%	205	9%	Câncer	2380	100%	7	0%
Enfisema pulmonar	2386	100%	1	0%	Artrite ou Reumatismo	2370	99%	17	1%
Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	2377	100%	10	0%	Insuficiência Renal Crônica	2385	100%	2	0%
Bronquite crônica	2214	93%	173	7%	Obesidade	2230	93%	157	7%
Depressão	1834	77%	553	23%	Nenhuma das doenças acima	1234	52%	1153	48%
Transtorno Bipolar	2330	98%	57	2%	Outra	2208	93%	179	7%
Transtorno de Ansiedade	1625	68%	762	32%	-	-	-	-	-

Fonte: elaboração própria (2022)

Variáveis independentes subjetivas

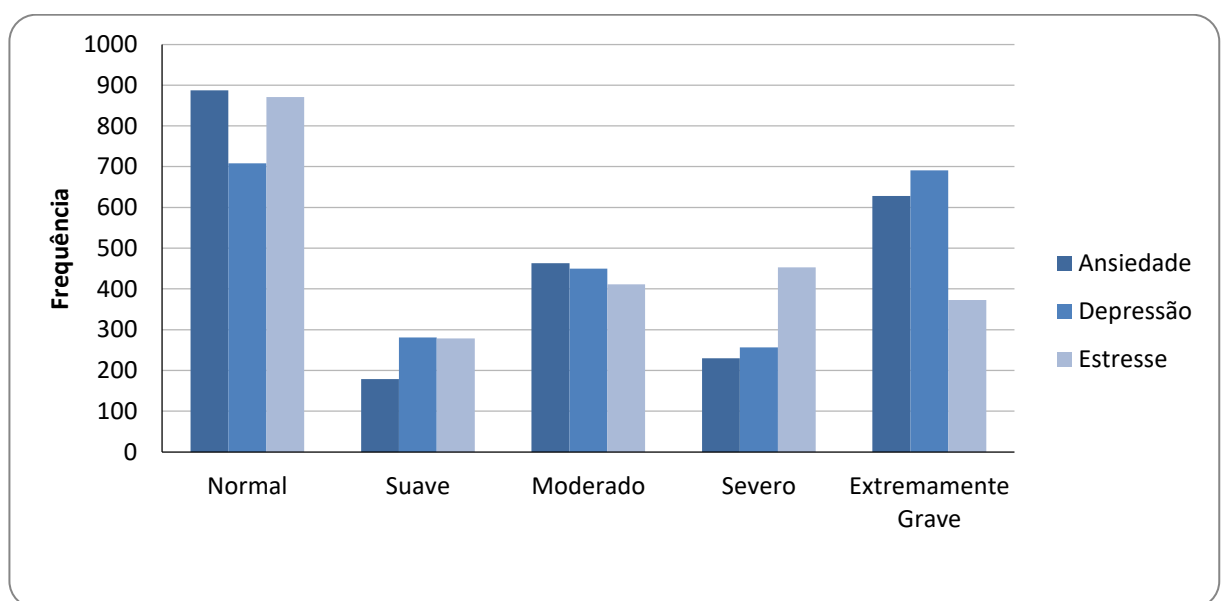
Depressão, ansiedade e estresse (DASS-21)

Para diagnosticar os níveis de depressão, ansiedade e estresse da amostra, utilizou-se o instrumento Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) conforme a tradução brasileira

de Vignola e Tucci (2014). O questionário possui um conjunto de três escalas desenhadas para medir os sintomas atribuídos à cada dimensão, e conta com sete itens em cada. Para definir o diagnóstico, o método estabelece a soma dos resultados dos sete itens correspondentes à dimensão, e a sua multiplicação por dois. A partir deste valor, é possível diagnosticar o nível de gravidade dos sintomas do indivíduo sendo, para a depressão, a pontuação de 0 a 9 considerado normal, de 10 a 13 suave, de 14 a 20 moderado, de 21 a 27 severo, e acima de 28 extremamente grave; para ansiedade, a pontuação de 0 a 7 é considerada normal, de 8 a 9 suave, de 10 a 14 moderado, de 15 a 19 severo e acima de 20 extremamente grave; e para estresse, de 0 a 14 normal, de 15 a 18 suave, de 19 a 25 moderado, de 26 a 33 severo, e acima de 34 extremamente grave.

Os resultados expressos no gráfico (Figura 2) mostram que o padrão de distribuição de estresse se diferenciou do padrão de ansiedade e depressão que são semelhantes entre si. Especificamente, para a ansiedade, 37% relataram um nível normal de sintomas e 26% um nível categorizado como extremamente grave. Em relação aos sintomas de depressão, 30% relataram níveis normais de sintomas, enquanto 29% relatou um nível extremamente grave de sintomas. Com relação aos sintomas de estresse, a maioria (36%) estaria dentro dos níveis normais, havendo menor quantidade de pessoas nas demais categorias, e distribuídas de maneira mais plana entre elas.

Figura 2 - Gráfico de coluna da frequência de ansiedade, depressão e estresse segundo sua severidade de acordo com os critérios do DASS-21 entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021



Fonte: Elaboração própria (2022)

Crença antiadesão e normas

A tabela 8 mostra os principais descritivos dos itens de crenças antiadesão, normas da família e amigos. Quando transformados em escala, a crença dos participantes sobre medidas antiadesão, na escala de 1 a 5, possui níveis médios de 2,52 (DP=0,92) de concordância com as afirmações apresentadas. Quanto às normas de amigos, relatam 3,95 (DP=1,15) de concordância, abaixo das normas familiares, que possui níveis médios de concordância altos, de 4,28 (DP=1,09).

Tabela 8 - Média, desvio padrão, valores mínimos e máximos, medianas e escala das pontuações de crenças antiadesão, normas da família e amigos entre estudantes de graduação entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

Dimensão	Itens	Média	DP	Min	Max	Mediana	Escala
Crenças anti-adesão	A pior forma da doença aparece nas pessoas que têm mais medo	1,92	1,27	1,00	5,00	1,00	1-5
	Apesar dos riscos, é importante manter a vida normal	2,72	1,25	1,00	5,00	2,00	1-5
	Em nome da saúde mental, escolhi me encontrar com pessoas durante a pandemia	3,04	1,44	1,00	5,00	3,00	1-5
	Sinto que posso sair para me divertir quando eu quero	2,39	1,35	1,00	5,00	2,00	1-5
Normas da família	Minha família me incentiva a usar máscara sempre que necessário.	4,22	1,17	1,00	5,00	5,00	1-5
	É importante para a minha família que eu use máscara sempre que necessário.	4,34	1,10	1,00	5,00	5,00	1-5
Normas dos amigos	Meus amigos me incentivam a usar máscara sempre que necessário.	3,91	1,20	1,00	5,00	4,00	1-5
	É importante para meus amigos que eu use máscara sempre que necessário.	3,98	1,21	1,00	5,00	4,00	1-5

Fonte: Elaboração própria (2022)

Variáveis dependentes

Adesão de medida binária

A tabela 9 mostra a proporção de resposta a cada uma das 30 perguntas binárias de adesão. Como é possível observar, o uso de máscara em locais públicos possui altos níveis de

adesão e introjeção da importância de seu uso, dado que usar máscara em locais públicos (item 4) e no transporte público (item 9) possuem acima de 95% de adesão, e 83% dos participantes dizem se incomodar ao ver outras pessoas sem máscara (item 10). Por outro lado, 18% declararam somente utilizá-la quando for obrigatório (item 5) e o uso de máscara no encontro com amigos e familiares (item 6) seja mais baixo, apresentando 56% de adesão. Usos de máscara mais extremos, como dentro de casa sozinho (item 11) e em casa com pessoas com quem o participante mora (item 7) possuem uma adesão abaixo de 2%. Também é importante destacar que o padrão de resposta do uso de máscara em casa com pessoas de fora que vão realizar serviços (item 8) possui somente 41% de adesão.

Outras medidas como sair de casa por trabalho/estudo (item 2) e lavar as compras do mercado (item 12) tiveram uma adesão mais dividida, próximas aos 50%. Nota-se que a maioria dos participantes relata já não estar realizando isolamento social absoluto (21%), porém continuam utilizando máscara (como apontado acima), tomam banho para retirar vestígios do vírus (item 16), evitam abraçar pessoas (item 22), evitam tocar em superfícies de locais públicos (item 15) e não frequentam locais com aglomerações (item 21), todos com acima de 70% de adesão. Uso de álcool para a higienização também se mostrou uma medida muito utilizada, com mais de 95% das pessoas relatando que utilizam álcool fora de casa (item 13) e 79% relatando que levam seu próprio álcool em gel quando saem de casa (item 14).

Nesse momento, 36% dos estudantes entre 18 e 35 anos não se sentiam à vontade para ir a festas ainda que lhes fosse exigida a testagem do teste de COVID-19 (item 28), 25% sentia confiança para encontrar-se com pessoas desconhecidas em encontros sociais (item 29) e 88% evita ir a festas ou baladas (item 21). Mostrando ser um tema relativamente polêmico, 36% dos participantes dizem ter desfeito amizades com pessoas que tiveram atitudes ou posicionamentos diferentes dos seus referentes à pandemia (item 30).

Tabela 9 - Porcentagem de adesão às condutas relacionadas às medidas de saúde pública no último mês entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021

		(Continua)	
Condutas de adesão às medidas anticontágio		Sim	Não
1	Você está fazendo isolamento social absoluto, ou seja, não sai de casa (o que pode incluir raras exceções como ir ao mercado ou farmácias)?	21%	79%
2	Você tem saído de casa por razões de trabalho ou estudos?	55%	45%

3	Você tem saído de casa para cuidar de pessoas que precisam da sua ajuda?	36%	64%
4	Você usa máscara quando está em espaços públicos?	96%	4%
(continuação)			
Conduas de adesão às medidas anticontágio		Sim	Não
5	Você usa máscara somente em condições obrigatórias (ex. em locais onde é obrigatório)?	18%	82%
6	Você usa máscara quando encontra com familiares e amigos?	54%	46%
7	Você usa máscara quando está na sua casa com pessoas que moram com você?	2%	98%
8	Você usa máscara quando está na sua casa com alguém de fora que realiza serviços? (ex. faxineira)	41%	59%
9	Você usa máscara no transporte público?	99%	1%
10	Você se incomoda quando vê alguém sem máscara?	83%	17%
11	Você usa máscara quando está sozinho(a) em casa?	1%	99%
12	Você lava as compras do mercado?	55%	45%
13	Você usa álcool em gel fora de casa?	95%	5%
14	Você leva o seu próprio álcool gel quando sai de casa?	79%	21%
15	Você evita tocar em superfícies de locais públicos?	81%	19%
16	Você toma banho depois de chegar da rua com o propósito de retirar possíveis vestígios do vírus?	71%	29%
17	Você dividiu itens de uso pessoal com pessoas que não moram com você (como bebidas ou comida)?	36%	64%
18	Você foi a reuniões sociais com familiares que não moram na sua casa?	72%	28%
19	Você foi a reuniões sociais com amigos?	68%	32%
20	Você evita reuniões sociais com pessoas que não moram na sua casa?	57%	43%
21	Você evita festas, baladas ou shows com grande quantidade de pessoas desconhecidas?	88%	12%
22	Você EVITA abraçar, dar apertos de mão ou beijar pessoas que não moram na sua casa?	72%	28%

23	Você RECUSA abraçar, dar apertos de mão ou beijar pessoas que não moram na sua casa?	28%	72%
24	Você deixa de passar por lugares que estejam com muitas pessoas?	74%	26%
(conclusão)			
Conduas de adesão às medidas anticontágio		Sim	Não
25	Você deixa de usar o transporte público por medo da COVID-19?	34%	66%
26	Você deixa de sair para parques e praças ao ar livre por medo da COVID-19?	25%	75%
27	Você fez exercícios físicos em ambiente fechado fora da sua casa?	35%	65%
28	Me sinto à vontade de ir em festas onde é exigida a testagem de COVID.	36%	64%
29	Sinto confiança para encontrar com pessoas desconhecidas em encontros sociais.	25%	75%
30	Desfiz amizades com pessoas que tiveram atitudes ou posicionamentos diferentes dos meus referentes à pandemia.	36%	64%

Fonte: Elaboração própria (2022)

Adesão de medida contínua: tempo de adesão

A tabela 10 indica a frequência e a média (com o desvio padrão entre parênteses) do tempo de adesão às medidas de isolamento social, encontro com amigos, uso de máscara e álcool em gel durante o tempo da pandemia. Apesar de esta variável ser categórica, possuindo tempos qualitativamente distintos, avaliou-se que ela também pode ser tratada como variável contínua, onde menores números indicam adesão por menos tempo que respostas de maior valor numa gama de um a cinco.

O uso de máscara em locais públicos demonstrou ser a medida cuja adesão durou mais tempo, com 2275 (95%) pessoas realizando a adesão até o momento da pesquisa ($M=4,9$, $DP=0,4$), seguido pelo uso frequente de álcool em gel com 1940 (81%) pessoas utilizando até o momento da pesquisa ($M=4,6$, $DP=0,8$). Uma pequena parte da amostra, 110 respondentes (4%) relataram não ter aderido ao isolamento social em nenhum momento. Já o isolamento social absoluto teve adesão maior no período entre menos de seis meses até um ano ($M=3,5$, $DP=1,1$), um pouco menos que evitar encontrar-se com amigos, que possui mais pessoas aderindo até o momento.

Tabela 10 - Frequência de resposta, média e desvio padrão do tempo de adesão às medidas anticontágio entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.

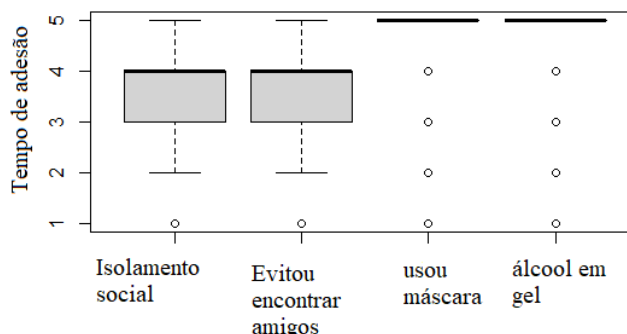
	Em nenhum momento	De 1 mês a 3 meses	Ao menos 6 meses	Entre 6 meses e 1 ano	Até o momento	Média (Desvio Padrão)
Você esteve fazendo isolamento social absoluto, ou seja, não saía de casa (o que pode incluir raras exceções como ir ao mercado ou farmácias)?	110	377	538	930	432	3,5 (1,1)
Você evitou encontrar amigos?	89	217	471	1017	593	3,7 (1,0)
Você usou máscara em lugares públicos?	13	18	20	61	2275	4,9 (0,4)
Você fez uso de álcool em gel com maior frequência?	53	58	87	249	1940	4,6 (0,8)

Fonte: elaboração própria (2022)

Teste de normalidade

Como se trata de variáveis dependentes é importante determinar se estas variáveis possuem distribuição normal. O teste de Shapiro-Wilk foi realizado para este fim e rejeitou a hipótese de normalidade de todas as variáveis dependentes (de acordo com a ordem da tabela 10, $W=0,9$, $p<0,001$; $W=0,9$, $p<0,001$; $W=0,2$, $p<0,001$; $W=0,5$, $p<0,001$). Uma inspeção da distribuição das variáveis de tempo de adesão mostrada na figura 3, indicou que, enquanto as variáveis de isolamento social e encontro com amigos têm uma distribuição semelhante à normal (apesar de não ser segundo o teste realizado), as variáveis de uso de máscara e de álcool em gel têm “efeito teto”, pois a maioria da distribuição se localiza nos valores mais altos da escala, apresentando pouca variância. Ainda que provas como a análise de variância sejam robustas quanto a violações de normalidade (BLANCA et al., 2017), muitas técnicas estatísticas supõe a normalidade da distribuição e uma boa variância. Portanto, é necessário ter cautela, especialmente nas variáveis com pouca variância, pois há uma chance maior de erro tipo um, o falso positivo.

Figura 3 - Gráfico de caixa da distribuição de tempo de adesão entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021



Raça/cor

Por contar com amostras muito pequenas, indígenas e amarelos foram eliminados da análise. Uma análise de Kruskal-Wallis foi realizada para cada variável dependente e apontou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os resultados apontados pelo teste de Dunn com correção de Bonferroni para localizar as diferenças encontradas são apresentados separadamente por cada medida anticontágio:

Tempo de adesão ao isolamento social absoluto: Identificou-se uma diferença significativa no tempo de adesão ao isolamento social segundo raça/cor ($\chi^2= 15$, $p<0,001$, $df=2$). O teste post-hoc encontrou que haveria somente uma diferença entre pessoas brancas e pardas ($p<0,001$). Apesar deste teste utilizar as medianas das variáveis para as análises, esta medida de tendência central aponta para o valor 4 em todas as raça/cor, sendo impossível saber qual grupo possuiria o maior tempo de adesão. Observando-se a média, é possível averiguar que seriam os brancos os que realizaram a adesão por maior tempo ($M=3,59$) quando comparados às pessoas pardas ($M=3,37$)

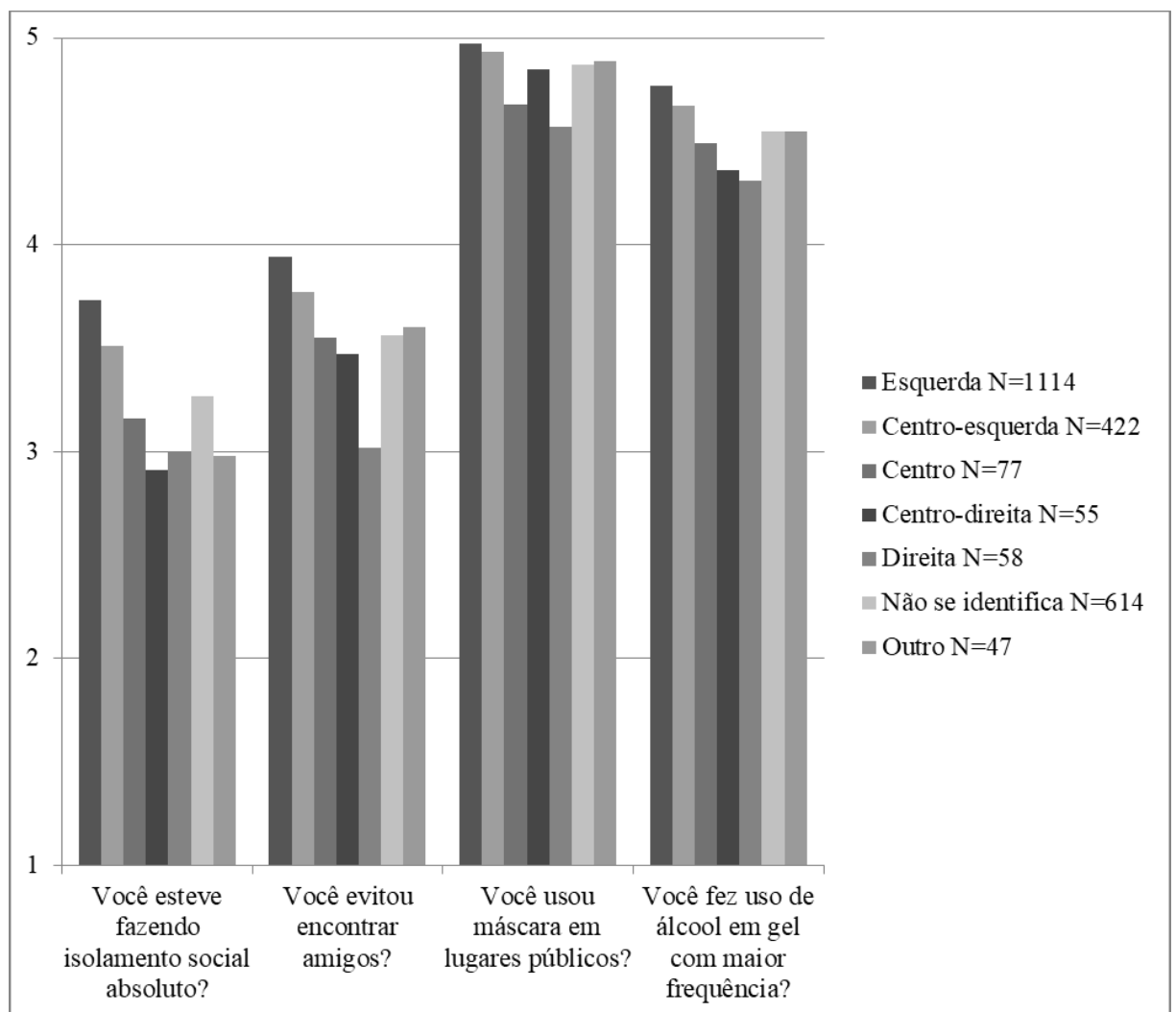
Tempo que evitaram encontrar-se com amigos: Encontrou-se uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 23$, $p<0,001$, $df=2$) tanto entre brancos e pardos ($p<0,001$), quanto entre brancos e pretos ($p=0,001$). Igual à situação anterior, ainda que a mediana não mostre a diferença dado que os valores são 4 entre todos os grupos, a média aponta para um maior tempo de adesão de pessoas brancas ($M=3,85$) quando comparadas às pretas ($M=3,63$) e pardas ($M=3,64$).

Com relação às medidas de uso de máscara em lugares públicos e uso de álcool em gel com maior frequência, não foi encontrada uma diferença no tempo de adesão segundo raça/cor.

Orientação política

Como já dito anteriormente, é importante destacar a diferença na quantidade de respondentes em cada categoria política, havendo muito mais pessoas que se classificam como de esquerda (46%) do que as demais categorias. O gráfico da figura 4 indica que pessoas de esquerda (N=1114, 46%) aderiram por mais tempo em todas as medidas anticontágio, enquanto pessoas de centro-direita (N=55, 2%) e direita (N=58, 2%) as que aderiram por menos tempo.

Figura 4 – Gráfico de coluna do tempo de adesão a cada medida por orientação política entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021



Fonte: Elaboração própria (2022)

Como a quantidade de participantes por condição é muito diferente, e algumas condições possuem poucos casos, decidiu-se por juntar os participantes de esquerda e centro-

esquerda em uma única condição e os participantes de centro-direita e direita em outra. Além disso, como a categoria “outros” e “não se identifica” é desconhecida, não incluiremos estes participantes na análise. Com esta transformação, 1536 participantes seriam de esquerda (89%), 77 de centro (4%) e 113 de direita (6%).

Uma análise de Kruskal-Wallis foi realizada para cada variável dependente e apontou que existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. Os resultados apontados pelo teste de Dunn com correção de Bonferroni para localizar as diferenças encontradas são apresentados separadamente por cada medida anticontágio.

Tempo de adesão ao isolamento social absoluto: O teste de Kruskal-Wallis apontou que há uma diferença estatisticamente significativa ($\chi^2= 51$, $p<0,001$, $df=2$) no tempo de adesão a esta medida dependendo da orientação política do indivíduo, e o teste Dunn indicou que esta diferença está entre todos os grupos, sendo que pessoas de esquerda aderiram ao isolamento social por mais tempo (Md= 4) que pessoas de centro (Md= 3) e de direita (Md= 3).

Tempo que evitaram encontrar-se com amigos: O mesmo padrão se repetiu para esta variável ($\chi^2= 34$, $p<0,001$, $df=2$), sendo as pessoas de esquerda (Md= 4) as que aderiram por mais tempo que pessoas de centro (Md= 4) e pessoas de direita (M= 3).

Uso de máscara em lugares públicos: Novamente, existem diferenças no tempo de adesão dependendo de orientação política ($\chi^2= 64$, $p<0,001$, $df=2$), sendo as pessoas de esquerda (Md=5, M= 4,96) as que aderiram por mais tempo que pessoas de centro (Md=5, Md=4,68) e pessoas de direita (Md=5, M= 4,71), não havendo diferença entre os dois últimos.

Uso de álcool em gel com maior frequência: Observa-se o mesmo resultado ($\chi^2= 23$, $p<0,001$, $df=2$) onde as pessoas de esquerda (Md=5, M=4,74) aderiram por mais tempo que pessoas de centro (Md=5, M=4,49) e pessoas de direita (Md= 5, M=4,34), não havendo diferença entre os dois últimos.

Correlação

Realizaram-se também múltiplas correlações bivariadas entre as principais variáveis contínuas deste estudo a fim de investigar possíveis relações e até mesmo multicolinearidades,

ou seja, relações lineares exatas entre variáveis. A medida de adesão utilizada nesta análise é a de tempo de adesão, e como se trata de categorias ordinais cuja distribuição não é normal, utilizou-se a correlação de Spearman. A tabela 11 mostra os resultados das correlações bivariadas, estando acima da diagonal os valores Spearman que indicam, de zero a um, a força da correlação, sendo valores mais próximos a um (1) indicativos de uma relação mais forte entre as duas variáveis, e abaixo da diagonal os p valores, que indicam se esta correlação é estatisticamente significativa.

Como podem ser observadas na tabela 11, acima da diagonal, a maior parte das correlações são fracas, com valores ao redor ou abaixo de 0,1. Ainda assim, observa-se uma correlação forte e positiva entre as três dimensões de saúde mental, indicando que quanto maior o nível de depressão maior o nível de ansiedade ($r= 0,63$, $p<0,001$), quanto maior o nível de depressão maior o nível de estresse ($r= 0,71$, $p<0,001$) e quanto mais estresse maior o nível de ansiedade ($r= 0,77$, $p<0,001$), sendo estas três dimensões altamente relacionadas entre si. Renda familiar apresentou uma correlação negativa e significativa com depressão ($r= -0,19$, $p<0,001$), ansiedade ($r= -0,19$, $p<0,001$) e estresse ($r= -0,14$, $p<0,001$), indicando que à medida que a renda familiar cresce, decresce o índice de problemas de saúde mental. A idade também está associada negativamente com a renda familiar ($r= -0,13$, $p<0,001$), sendo os mais novos os que relataram maior renda familiar.

Analisando a associação entre as variáveis dependentes e as independentes, chama a atenção a correlação negativa entre as escalas de tempo de adesão com a escala de crença antiadesão (isolamento social $r= -0,41$, $p<0,001$; e evitar encontrar-se com amigos $r= -0,48$, $p<0,001$; uso de máscara $r= -0,15$, $p<0,001$; álcool em gel $r= -0,13$, $p<0,001$), mostrando que, à medida que aumenta a crença antiadesão, diminui o tempo de adesão a estas medidas anticontágio.

As medidas de tempo de adesão também mostraram uma correlação positiva entre si, ou seja, há certa coerência na conduta de adesão: ao aderir a uma medida, o participante tem maior probabilidade de aderir também à outra. Ressalta-se que a medida de isolamento social está relacionada de maneira forte e positiva à de evitar encontrar-se com amigos ($r= 0,67$, $p<0,001$), o que é coerente, pois, uma conduta depende da outra. As medidas de normas da família e normas dos amigos também mostraram uma correlação moderada e positiva ($r=0,39$, $p<0,001$) entre elas, indicando que ainda que exista um nível de concordância na percepção das normas com respeito ao uso de máscara entre amigos e familiares, há alguma diferença.

Também se observa que quanto maior o tempo de adesão ao isolamento social, maiores os níveis de depressão ($r= 0,21$, $p<0,001$), ansiedade ($r= 0,15$, $p<0,001$) e estresse ($r= 0,15$, $p<0,001$). Resultados similares foram encontrados com relação ao tempo em que ficaram sem ver amigos, que está associado a maiores níveis de depressão ($r= 0,18$, $p<0,001$), ansiedade ($r= 0,13$, $p<0,001$) e estresse ($r= 0,14$, $p<0,001$). Apesar dos resultados serem significativos para uso de máscara e de álcool em gel, as correlações se mostraram mais fracas, o que pode ser atribuído aos problemas associadas à distribuição destas variáveis, conforme discutido anteriormente.

Pessoas que percebiam maiores níveis de apoio sobre o uso de máscara entre seus familiares possuíam maior renda familiar ($r= 0,09$, $p<0,001$), aderiram por mais tempo ao isolamento social ($r= 0,10$, $p<0,001$), a não ver amigos ($r= 0,10$, $p<0,001$), ao uso de máscara ($r= 0,13$, $p<0,001$), e ao uso de álcool em gel ($r= 0,18$, $p<0,001$). A percepção das normas de apoio dos amigos ao uso de máscara teve um padrão similar ao das normas da família, com uma correlação mais forte nos itens de tempo de adesão de máscara ($r= 0,15$, $p<0,001$) e de álcool em gel ($r= 0,19$, $p<0,001$). Destaca-se a correlação negativa de crença antiadesão com o tempo de adesão ao isolamento social ($r= -0,41$, $p<0,001$) e com evitar ver amigos ($r= -0,48$, $p<0,001$), indicando que crenças contrárias às medidas anticontágio tem forte influência em dissuadir a persistência à adesão. Além disso, há uma correlação negativa e significativa entre crença antiadesão e as variáveis de saúde mental, indicando que conforme aumenta a crença antiadesão, menores os problemas de saúde mental (depressão $r= -0,14$, $p<0,001$; ansiedade $r= -0,07$, $p<0,001$; estresse $r= -0,10$, $p<0,001$).

Tabela 11 - Correlação entre as principais variáveis utilizadas nos modelos estatísticos entre estudantes universitários entre 18 e 35 anos residentes no Rio de Janeiro em 2021.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Idade		-0,13	0,01	-0,06	-0,03	-0,04	0,03	-0,11	0,05	0,08	-0,05	0,00
2. Renda familiar	0,00		-0,19	-0,19	-0,14	0,09	-0,03	-0,01	-0,02	0,02	0,02	-0,02
3. Depressão	0,78	0,00		0,63	0,71	-0,06	0,00	-0,14	0,21	0,18	0,08	0,05
4. Ansiedade	0,00	0,00	0,00		0,77	0,00	0,06	-0,07	0,15	0,13	0,08	0,10
5. Estresse	0,11	0,00	0,00	0,00		-0,02	0,05	-0,10	0,15	0,14	0,08	0,08
6. Normas da família	0,04	0,00	0,00	0,81	0,39		0,39	-0,02	0,10	0,10	0,13	0,18
7. Normas dos amigos	0,17	0,15	0,95	0,00	0,03	0,00		-0,05	0,07	0,08	0,15	0,19
8. Crença antiadesão	0,00	0,78	0,00	0,00	0,00	0,31	0,02		-0,41	-0,48	-0,15	-0,13
9. Tempo de adesão Isolamento	0,02	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,67	0,19	0,19
10. Tempo de adesão Evitou amigos	0,00	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,24	0,19
11. Tempo de adesão Máscara	0,02	0,46	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00		0,32
12. Tempo de adesão Álcool em gel	0,89	0,41	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	

Nota: Acima da diagonal são os valores da correlação de Spearman. Abaixo da diagonal a significância estatística (valor p associado à correlação).

Fonte: Elaboração própria (2022)

6.3 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Na seguinte seção, serão apresentadas as análises estatísticas realizadas para responder às perguntas de pesquisa, objetivos e hipóteses estipulados para o presente trabalho. Conforme explicitado no plano de análise, cada método foi pensado para responder a cada objetivo, e possui uma seção específica.

6.3.1 Análise de classes latentes

Correspondente ao primeiro objetivo deste estudo, identificar, descrever e analisar perfis de adesão às medidas anticontágio que sejam distintos estatística e qualitativamente entre si, realizou-se uma análise de classes latentes. Esta análise indica quantos perfis de adesão às diretrizes de saúde pública existem na população estudada. Como o modelo de classes latentes possui uma capacidade limitada de inclusão de variáveis dependentes, e foram desenhadas 30 variáveis binárias de adesão a medidas anticontágio, foi necessário selecionar apenas algumas para realizar a análise proposta. Como critério de seleção de quais variáveis seriam utilizadas, foram eliminadas as variáveis com mais de 95% de consenso de resposta, e, das que sobraram, foram escolhidas aquelas que poderiam ter maior contribuição teórica para o assunto estudado. Com base nestes critérios, foram selecionados os itens 19, 21, 12, 25, 5 e 2, cujas frases podem ser encontradas na tabela 9. Qualitativamente, estas variáveis poderiam compor as dimensões do isolamento social íntimo (“Você foi a reuniões sociais com amigos?”), aglomeração (“Você evita festas, baladas ou shows com grande quantidade de pessoas desconhecidas?”), higiene (“Você lava as compras do mercado?”), transporte (“Você deixa de usar o transporte público por medo da COVID-19?”), e uso de máscara (“Você usa máscara somente em condições obrigatórias (ex. em locais onde é obrigatório)?”).

Para encontrar o modelo com o melhor índice de ajuste entre o modelo teórico e o observado, foram testados modelos de duas a cinco classes, que foram comparados em seus valores de AIC e BIC para a escolha do melhor modelo. A análise de classes latentes apontou uma solução de três classes como a melhor (ver tabela 12), pois apresenta os menores índices de AIC e BIC (AIC = 12624.21, BIC = 12803.32).

Tabela 12 - Comparação entre modelos de classes latentes. Rio de Janeiro, 2021

Classes	AIC	BIC	llik	Chiquadrado	G2	N
2 classes	12720.88	12824.88	-6.342.442	6.840.740	7.253.616	2387
3 classes	12624.21	12803.32	-6.281.105	7.335.069	7.186.119	2387
4 classes	12644.14	12898.37	-6.278.072	7.437.819	7.330.770	2387
5 classes	12905.67	13235.01	-6.395.837	7.708.984	7.948.648	2387

Fonte: Elaboração própria (2022)

Descrição das classes latentes

As classes latentes descrevem padrões de resposta semelhantes entre os participantes, compondo diferentes perfis de adesão às medidas anticontágio. Na tabela 13 é possível observar as probabilidades de resposta para cada uma das três classes em cada uma das variáveis perguntadas. A partir destas respostas, interpreta-se qualitativamente o perfil do participante que pertence a cada classe e nomeia-se a classe.

Tabela 13 - Descrição das classes latentes de acordo com a probabilidade de resposta a cada uma das variáveis de adesão a medidas de saúde pública. Rio de Janeiro, 2021

Classes	Visitou amigos		Evitou aglomeração		Lavou compras		Evitou transporte		Máscara obrigatória	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Classe 1	74%	26%	96%	4%	34%	66%	20%	80%	24%	76%
Classe 2	54%	46%	99%	1%	83%	17%	55%	45%	4%	96%
Classe 3	98%	2%	0%	100%	20%	80%	5%	95%	51%	49%

Fonte: Elaboração própria (2022)

Classe 1: Adesão flexível

A classe 1 corresponde a 46% da amostra, sendo a classe mais volumosa. Pessoas com maior probabilidade de pertencer à classe 1 tem mais chances de terem ido a reuniões sociais com amigos (74% de chance de responder que sim a essa pergunta) do que não terem ido (26% de chance de responder que não a essa pergunta), porém evitou ir a festas, shows ou baladas (96%). Pessoas pertencentes a este grupo tem menor probabilidade de lavar as compras do mercado do que lavar (34%), e tem uma menor probabilidade de evitar o transporte público (20%). Finalmente, membros da classe 1 tem uma baixa probabilidade de usar máscara somente quando esta for obrigatória (24%), insinuando maior adesão ao uso voluntário. Pessoas pertencentes a este grupo parecem adotar um comportamento mais moderado perante a pandemia, sendo flexíveis em comportamento que lhes permitem algum nível de negociação com o rigor da restrição, visitando amigos, e relaxando na higienização das compras. Nos comportamentos de maior risco, porém, mostram maior rigidez, evitando aglomerações e utilizando máscara voluntariamente. Talvez por sua flexibilidade, não

evitaram o transporte público, continuando com seus afazeres um ano após o início da pandemia de COVID-19 e durante o período de vacinação.

Classe 2: Adesão rigorosa

Esta é a segunda maior classe da amostra, correspondendo a 44% desta. Esta classe descreve pessoas que têm menor probabilidade de visitar amigos em comparação às demais classes (54%) e a maior em evitar aglomerações com pessoas desconhecidas (99%). Em comparação às demais classes, estas pessoas apresentam a maior probabilidade de lavar as compras do mercado (83%), de evitar o transporte público por medo (55%) e a menor probabilidade de usar máscara somente quando seja obrigatório (4%). Este é o grupo mais rigoroso em termos de adesão às diretrizes de saúde pública, apresentando uma maior probabilidade de adesão à maior quantidade de medidas anticontágio.

Classe 3: Adesão de risco

A Classe 3 é a menor classe, correspondendo somente a 9% da amostra. Comparando às demais classes, pessoas que pertencem a esta classe possuem maior probabilidade de ir a reuniões sociais com amigos (98%), não evitaram aglomerações sociais (0%), tem a menor probabilidade de higienizar as compras do mercado (20%), a menor probabilidade de deixar de usar o transporte público (5%) e a maior probabilidade de usar máscara somente quando obrigatório (51%). Sendo assim, esta é a classe que possui o perfil de adesão às medidas anticontágio mais laxo, apresentando condutas que podem ser classificadas como de alto risco.

Preditores dos tipos de adesão às medidas anticontágio.

O modelo de classes latentes apresentou limitações para realizar a análise com covariáveis, que permitiriam descrever o perfil sociodemográfico e subjetivo dos indivíduos que os compõe. Os graus de liberdade foram insuficientes para realizar as análises necessárias, mostrando-se limitado em sua capacidade de responder às perguntas de pesquisa que persistem. Sendo assim, para cumprir com o objetivo dois desta pesquisa, optou-se por realizar uma regressão logística, pois permitiria utilizar as mesmas variáveis de adesão selecionadas na análise de classes latentes.

6.3.2 Regressão Logística

Para responder ao segundo objetivo, determinar quais fatores objetivos e subjetivos estão associados a cada medida anticontágio selecionada, foram realizadas regressões logísticas multivariadas para determinar quais fatores objetivos e subjetivos aumentam ou diminuem a probabilidade de adesão para cada uma das cinco variáveis dependentes utilizadas no modelo de classes latentes. Primeiramente, a regressão foi realizada de maneira bivariada, de forma a testar a associação entre cada variável independente com as variáveis dependentes de interesse. Finalmente, os modelos finais para cada variável dependente apresentam os valores das regressões com as variáveis independentes cujas associações tiveram um valor p estatístico abaixo de 0,05. Nas tabelas 14, 15, 16, 17 e 18, apresentam-se os resultados de todas as variáveis de adesão segundo cada preditor de variável objetiva e subjetiva.

As variáveis independentes objetivas são raça/cor, comorbidade, idade, renda familiar, gênero e cuidado. A variável “raça/cor” possui o nível zero “branco”, de maneira que ser “preto” ou “pardo” aparece como uma unidade de acréscimo em relação ao branco. A variável comorbidade foi recategorizada, transformando-se em variável binária, sendo uma unidade de acréscimo indicativo da presença de uma comorbidade (selecionando somente diabetes, hipertensão, doença do coração, derrame ou acidente vascular cerebral, asma, enfisema pulmonar, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite crônica, câncer, insuficiência renal crônica, obesidade) e zero a ausência. As variáveis gênero e cuidado também são variáveis binárias, sendo uma unidade de acréscimo (um) “feminino” com relação ao valor base “masculino” (zero) em gênero, e cuidado tendo ausência (zero) ou presença (um) de pessoas baixo os cuidados do participante. As demais variáveis (idade e renda familiar) são variáveis contínuas. Para as variáveis subjetivas foram incluídas as variáveis ansiedade, depressão, estresse, crenças antiadesão, normas da família e normas dos amigos, todas contínuas conforme indicado em “medidas”. Como a análise incluiu todas as variáveis citadas ao mesmo tempo, configurando uma análise multivariada, é importante destacar que elas exercem um poder de covariável entre elas, influenciando umas às outras. Isto significa que o resultado de determinada variável não deve ser lido isoladamente, e sim enquanto as demais são constantes. Os resultados serão apresentados para cada variável dependente separadamente.

Variáveis objetivas e subjetivas relacionadas a encontrar-se com amigos

Conforme mostrado na tabela 14, encontrar-se com amigos está relacionado à idade, renda familiar, cuidado, ansiedade, depressão, estresse, crença antiadesão e normas da família sobre uso de máscara. Mais especificamente, para o aumento de uma unidade de idade, as chances de ir a reuniões sociais com os amigos são menores por um fator de 0,958, o que corresponde a um decréscimo de 4,22% nas chances de adesão. Renda familiar, por outro lado, está associado a um aumento de 18% na chance de ir a reuniões com amigos conforme renda familiar aumenta em uma unidade. Cuidar de alguém aumenta a chance de ver amigos em 29% em relação a pessoas que não exercem cuidado. Ansiedade e depressão foram duas variáveis de saúde mental que se relacionaram de maneira negativa com visitar amigos, diminuindo as chances em 2% e 1% respectivamente, enquanto estresse aumenta a chance em quase 3%. Observa-se que a crença antiadesão é o fator de maior peso para ver amigos, aumentando as chances de adesão em 134%. Finalmente, normas da família diminuem as chances de ver amigos em quase 15%. É interessante notar que normas da família, que pergunta especificamente pela percepção de apoio ao uso de máscara, tem um papel estatisticamente significativo nesta conduta, enquanto normas dos amigos não possuem influência sobre esta conduta.

Tabela 14 - A Regressão Logística para “Você foi a reuniões sociais com amigos?” Rio de Janeiro, 2021

		Modelo de regressão simples					Modelo ajustado				
		Razão de chance (%)	I.C. de 95%		<i>p</i>	Razão de chance (%)	I.C. de 95%		<i>p</i>		
Raça/cor	Preto	0,88	(-11,6)	0,69	1,13	0,320	-	-	-	-	-
	Pardo	0,84	(-16,4)	0,69	1,02	0,080	-	-	-	-	-
	Branco	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comorbidade	Com comorbidade	0,92	(-8,12)	0,74	1,14	0,430	-	-	-	-	-
	Sem comorbidade	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Idade		0,94	(-6)	0,92	0,96	<0,001	0,96	(-4,23)	0,94	0,98	<0,001
Renda Familiar		1,20	(-19,8)	1,12	1,28	<0,001	1,20	(-20,01)	1,12	1,29	<0,001
Gênero	Feminino	1	(-0,289)	0,83	1,21	0,980	-	-	-	-	-
	Masculino	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado	Com cuidado	1,44	(-43,7)	1,15	1,79	0,001	1,26	(-25,79)	0,99	1,60	0,060
	Sem cuidado	1,00	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ansiedade		0,99	(-1,36)	0,98	0,99	<0,001	1,00	(-0,23)	0,99	1,01	0,691
Depressão		0,98	(-1,66)	0,98	0,99	<0,001	0,99	(-0,65)	0,98	1,00	0,173
Estresse		0,99	(-0,63)	0,99	1,00	0,110	-	-	-	-	-
Crença antiadesão		2,34	(134)	2,09	2,61	<0,001	2,30	(-130,25)	2,06	2,58	<0,001
Norma da Família		0,91	(-1,66)	0,84	0,99	0,027	0,87	(-12,65)	0,80	0,95	0,002
Norma dos amigos		0,97	(-3,17)	0,90	1,04	0,400	-	-	-	-	-

Fonte: Elaboração própria (2022)

Variáveis objetivas e subjetivas relacionadas a evitar festas com grande quantidade de pessoas desconhecidas

A regressão logística indicou que somente três variáveis têm relação com evitar festas com pessoas desconhecidas, que seriam os níveis de estresse, de crença antiadesão e de normas dos amigos, conforme indicado na tabela 15. Enquanto o estresse e a crença antiadesão diminuem as chances de evitar ir a festas em 2% e 60% respectivamente, a norma dos amigos em apoio ao uso de máscara aumenta as chances de evitar estas aglomerações em 36%.

Tabela 15 - Regressão Logística para “Você evita festas, baladas ou shows com grande quantidade de pessoas desconhecidas?” Rio de Janeiro, 2021

		Modelo de regressão simples					Modelo ajustado				
		Razão de chance (%)	I.C. de 95%		<i>p</i>	Razão de chance (%)	I.C. de 95%		<i>p</i>		
Raça/cor	Preto	0,79	-20,60	0,57	1,13	0,188	-	-	-	-	-
	Pardo	0,78	-22,40	0,59	1,03	0,081	-	-	-	-	-
	Branco	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comorbidade	Com comorbidade	0,97	-2,72	0,72	1,33	0,860	-	-	-	-	-
	Sem comorbidade	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Idade		1,04	4,06	1,01	1,08	0,023	1,03	3,10	1,00	1,07	0,093
Renda Familiar		0,99	-1,09	0,90	1,09	0,820	-	-	-	-	-
Gênero	Feminino	1,24	24,10	0,95	1,61	0,100	-	-	-	-	-
	Masculino	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado	Com cuidado	0,76	-23,60	0,53	1,08	0,140	-	-	-	-	-
	Sem cuidado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ansiedade		1,01	1,32	1,00	1,03	0,036	1,01	0,60	0,99	1,02	0,482
Depressão		1,01	1,18	1,00	1,02	0,021	1,00	-0,17	0,99	1,01	0,812
Estresse		1,01	0,69	1,00	1,02	0,230	-	-	-	-	-
Crença antiadesão		0,39	-60,60	0,34	0,46	>0,001	0,40	-60,44	0,34	0,46	<0,001
Norma da Família		1,25	24,70	1,13	1,38	>0,001	1,12	11,75	0,99	1,26	0,076
Norma dos amigos		1,43	43,40	1,30	1,58	>0,001	1,36	35,90	1,21	1,52	<0,001

Fonte: Elaboração própria (2022)

Variáveis objetivas e subjetivas relacionadas a lavar as compras do mercado

Quatro variáveis tiveram um resultado estatisticamente significativo na regressão logística, sendo elas idade, gênero, crenças antiadesão e normas da família (ver tabela 16). Ao aumento de uma unidade em idade, há uma diminuição de 2,39% na chance de aderir a esta conduta, indicando maior adesão por pessoas mais jovens. Pessoas do gênero feminino tem

um aumento nas chances de lavar as compras de 1,209 (20,89%) em relação a pessoas do gênero masculino. Crença antiadesão novamente aparece como um fator extremamente forte para as chances de adesão, diminuindo-as em 29%. Finalmente, normas familiares de apoio ao uso de máscara estão associadas a um aumento de 44% nas chances de lavar as compras do mercado.

Tabela 16 - Regressão Logística para “Você lava as compras do mercado?” Rio de Janeiro, 2021

		Modelo de regressão simples			Modelo ajustado						
		Razão de chance (%)	I.C. de 95%	<i>p</i>	Razão de chance (%)	I.C. de 95%	<i>p</i>				
Raça/cor	Preto	1,00	-0,12	0,94	1,06	0,970	-	-	-	-	-
	Pardo	0,97	-3,06	0,93	1,02	0,190	-	-	-	-	-
	Branco	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comorbidade	Com comorbidade	1,17	17,00	0,96	1,43	0,127	-	-	-	-	-
	Sem comorbidade	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Idade		0,98	-1,84	0,96	1,00	0,079	-	-	-	-	-
Renda Familiar		0,99	-0,79	0,93	1,05	0,798	-	-	-	-	-
Gênero	Feminino	1,32	31,90	1,11	1,57	0,002	1,21	21,35	1,01	1,46	0,038
	Masculino	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado	Com cuidado	0,82	-17,60	0,66	1,02	0,081	-	-	-	-	-
	Sem cuidado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ansiedade		1,01	1,06	1,00	1,02	0,01	1,01	0,71	1,00	1,02	0,088
Depressão		1	0,20	1,00	1,01	0,536	-	-	-	-	-
Estresse		1,01	0,66	1,00	1,01	0,072	-	-	-	-	-
Crença antiadesão		0,72	-28,40	0,66	0,78	<0,001	0,71	-28,60	0,65	0,78	<0,001
Norma da Família		1,43	42,90	1,32	1,55	<0,001	1,44	43,88	1,32	1,57	<0,001
Norma dos amigos		1,14	13,70	1,06	1,22	<0,001	0,99	-1,29	0,91	1,07	0,747

Fonte: Elaboração própria (2022)

Variáveis objetivas e subjetivas relacionadas a deixar de usar o transporte público

A análise de regressão logística indicou uma lista maior de fatores relacionados ao uso de transporte público por medo da COVID-19, conforme indicado na tabela 17. Pessoas autodeclaradas pretas e pardas têm menor chance de deixar de usar o transporte público em 45% e 33%, respectivamente, que pessoas brancas. Pessoas que possuem alguma comorbidade, por outro lado, demonstraram um aumento na chance de evitar o transporte

público em 47% em relação a pessoas sem comorbidade. Da mesma forma, pessoas mais velhas têm maiores chances de evitar o transporte público, aumentando a chance por um fator de 1,035 ao aumento de uma unidade de idade.

A renda familiar também se mostrou um fator relevante para evitar usar o transporte público, aumentando as chances em 31,91% quanto maior for a renda. Pessoas do gênero feminino estão associadas a uma maior chance (39%) de evitar o transporte do que pessoas do gênero masculino. Pessoas que apresentam sintomas ansiosos também têm maior chance de evitar o transporte público, havendo um acréscimo de 1,018 (1,83%) nas chances ao aumento de uma unidade na severidade de sintomas ansiosos. Crença antiadesão novamente aparece como o fator com maior capacidade de influenciar a conduta dos participantes, reduzindo em um 40% suas chances de usar o transporte público. Normas da família também aumentam a possibilidade de deixar de usar o transporte público em um 16,59%.

Tabela 17 - Regressão Logística para “Você deixa de usar o transporte público por medo da COVID-19?” Rio de Janeiro, 2021

		Modelo de regressão simples				Modelo ajustado					
		Razão de chance (%)	I.C. de 95%		<i>p</i>	Razão de chance (%)	I.C. de 95%		<i>p</i>		
Raça/cor	Preto	0,46	(-53)	0,36	0,60	<0,001	0,55	(-45)	0,41	0,72	<0,001
	Pardo	0,55	(-45)	0,45	0,68	<0,001	0,67	(-33)	0,53	0,83	<0,001
	Branco	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comorbidade	Com comorbidade	1,56	✓ (56)	1,27	1,92	<0,001	1,48	✓ (48)	1,18	1,85	<0,001
	Sem comorbidade	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Idade		1,03	✓ (3)	1,00	1,05	0,024	1,04	✓ (4)	1,01	1,06	0,003
Renda Familiar		1,31	✓ (31)	1,22	1,39	<0,001	1,32	✓ (32)	1,22	1,42	<0,001
Gênero	Feminino	1,40	✓ (40)	1,17	1,70	<0,001	1,39	✓ (39)	1,14	1,72	0,002
	Masculino	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado	Com cuidado	0,88	(-12)	0,70	1,10	0,251	-	-	-	-	-
	Sem cuidado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ansiedade		1,02	✓ (2)	1,01	1,03	<0,001	1,02	✓ (2)	1,00	1,03	0,009
Depressão		1,01	✓ (1)	1,00	1,02	0,018	0,99	(-1)	0,98	1,00	0,261
Estresse		1,02	✓ (2)	1,01	1,03	<0,001	1,01	0,852	0,99	1,02	0,228
Crença antiadesão		0,57	(-43)	0,52	0,63	<0,001	0,58	(-42)	0,52	0,65	<0,001
Norma da Família		1,23	✓ (23)	1,13	1,34	<0,001	1,17	✓ (17)	1,06	1,28	0,001
Norma dos amigos		1,11	✓ (12)	1,04	1,20	0,005	1,03	✓ (3)	0,95	1,13	0,494

Fonte: Elaboração própria (2022)

Variáveis objetivas e subjetivas relacionadas ao uso de máscara somente em condições obrigatórias

A análise de regressão logística indicou duas variáveis objetivas e três subjetivas como importantes fatores para o uso de máscara somente quando obrigatório, conforme pode ser visto na tabela 18. Pessoas que se autodeclararam pardas tem uma razão de chance maior por um fator de 1,31 (31%) de usar máscara somente em condições obrigatórias que pessoas que

se autodeclararam brancas. Com relação à idade, a chance aumenta em uma razão de chance de 1,06 (6%) à medida que aumenta em uma unidade. Novamente, crenças antiadesão têm um importante papel nas condutas de adesão, aumentando em 116% a probabilidade de adesão a esta medida. Por outro lado, normas da família e normas dos amigos ao uso de máscara se mostraram fatores protetores, reduzindo as chances de usar máscara somente quando obrigatório em 11% e 18%, respectivamente.

Tabela 18 - Regressão Logística para “Você usa máscara somente em condições obrigatórias (ex. em locais onde é obrigatório)?” Rio de Janeiro, 2021

		Modelo de regressão simples				Modelo ajustado					
		Razão de chance (%)	Intervalo de 95% de confiança	<i>p</i>	Razão de chance (%)	Intervalo de 95% de	<i>p</i>				
Raça/cor	Preto	1,06	(6,27)	1,11	0,006	1,32	(32,28)	0,96	1,81	0,082	
	Pardo	1,06	(6,34)	1,10	<0,001	1,31	(30,55)	1,01	1,69	0,044	
	Branco	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Comorbidade	Com comorbidade	0,81	(-19,5)	1,05	0,120	-	-	-	-	-	
	Sem comorbidade	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Idade		1,05	(4,51)	1,07	<0,001	1,06	(5,54)	1,03	1,09	<0,001	
Renda Familiar		0,91	(-8,92)	0,84	0,021	0,94	(-5,70)	0,86	1,03	0,203	
Gênero	Feminino	0,68	(-32,2)	0,55	<0,001	0,80	(-19,62)	0,63	1,02	0,075	
	Masculino	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Cuidado	Com cuidado	1,02	(1,46)	0,77	1,35	0,920	-	-	-	-	
	Sem cuidado	1	-	-	-	-	-	-	-	-	
Ansiedade		0,98	(-1,79)	0,97	0,99	<0,001	1,00	(-0,50)	0,98	1,01	0,580
Depressão		0,99	(-1,3)	0,98	1,00	0,002	1,00	(0,15)	0,99	1,02	0,818
Estresse		0,98	(-1,9)	0,97	0,99	<0,001	0,99	(-0,77)	0,97	1,01	0,386
Crença antiadesão		2,18	(118)	1,93	2,47	<0,001	2,16	(115,49)	1,90	2,45	<0,001
Norma da Família		0,81	(-18,9)	0,74	0,89	<0,001	0,89	(-11,11)	0,80	0,99	0,030
Norma dos amigos		0,76	(-23,8)	0,70	0,83	<0,001	0,81	(-18,65)	0,74	0,90	<0,001

Fonte: Elaboração própria (2022)

6.3.3 Modelo de Equações Estruturais

A fim de investigar a variação da adesão no tempo e quais fatores estão relacionados a cada medida, foi realizada uma regressão múltipla multivariada utilizando modelo de equações estruturais (MEE) com variáveis independentes objetivas (comorbidade, idade, renda familiar, gênero e cuidado) e subjetivas (ansiedade, depressão, estresse, crenças antiadesão, normas da família, normas dos amigos). Isto significa que todas as variáveis dependentes e independentes foram analisadas simultaneamente em um único modelo. A codificação das variáveis binárias comorbidade, gênero e cuidado permanecem iguais às

utilizadas nas análises anteriores. As variáveis dependentes foram o tempo de adesão, analisadas por separado por tratar-se de medidas qualitativamente diferentes.

Primeiramente, a normalidade multivariada dos dados consiste em um suposto importante para a realização de modelos de equações estruturais, dado que o estimador utilizado é o da máxima verossimilhança (PILATI; LAROS, 2017). Como o suposto de normalidade foi violado conforme explicitado nas análises descritivas, foi utilizado o estimador Satorra-Bentler que é robusto para dados cuja distribuição não é normal (ANDREASSEN et al., 2006.).

O parâmetro utilizado para determinar se o modelo possui um bom ajuste são: de Comparative Fit Index (CFI) $\geq 0,90$, Tucker-Lewis Index (TLI) $\geq 0,90$, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) $< 0,10$, dentro de um intervalo de confiança de 95%, e as cargas fatoriais sendo consideradas apropriadas quando $\lambda \geq 0,50$ (MARTINS et al., 2019).

Para estimar o modelo, as variáveis que possuem ao menos dois itens foram ingressadas como variáveis latentes, e variáveis com apenas um item foram tratadas como variáveis observáveis. Variáveis latentes são variáveis que derivam das variáveis observadas, sendo estas últimas as provenientes das escalas medidas no questionário (PILATI; LAROS, 2017).

O modelo testado apresentou bons índices de ajuste ao modelo teórico (índices com ajuste robusto utilizando o estimador Satorra-Bentler: CFI=,930, TLI=,919, RMSEA=,045, SRMR=,046. Os resultados mostram uma hipótese causal na associação entre as variáveis, porém deve-se levar em consideração que o estudo é transversal, e que, portanto, não é possível confirmar este tipo de associação.

Com relação à estrutura fatorial latente das escalas medidas, observam-se, em geral, cargas fatoriais aceitáveis conforme mostra a tabela 19. Depressão possui cargas fatoriais por sobre o critério mínimo de sete, com exceção de seu segundo item, que teve uma carga de 0,667. Ansiedade possui itens com menor carga fatorial, variando em 0,454 em seu primeiro item e a carga mais alta de 0,819 em seu quinto item, com os itens dois, três e seis com cargas ao redor de 0,6, ligeiramente abaixo do critério mínimo. A escala de estresse também variou entre 0,6 e 0,8, o que são cargas aceitáveis para a análise. A escala criada para medir as crenças antiadesão variaram entre 0,6 e 0,7, com exceção de seu primeiro item com uma carga fatorial muito abaixo do critério mínimo, de 0,240. Por outro lado, os itens que medem normas familiares e de amigos tiveram cargas fatoriais acima de 0,8. Estes resultados mostram que os itens compõem a dimensão medida de maneira satisfatória, sendo boas

medidas para o construto que se pretendia medir, e decidiu-se por manter todos os itens nas análises do modelo dado os bons indicadores de ajuste.

Tabela 19 - Pesos fatoriais das variáveis latentes do modelo de equações estruturais Rio de Janeiro, 2021

Itens	Depressão	Ansiedade	Estresse	Crença antiadesão	Normas familiares	Normas amigos
Item 1	0,721	0,454	0,771	0,241	0,879	0,910
Item 2	0,667	0,637	0,683	0,601	0,946	0,901
Item 3	0,811	0,607	0,808	0,641	-	-
Item 4	0,852	0,760	0,698	0,754	-	-
Item 5	0,826	0,819	0,778	-	-	-
Item 6	0,795	0,688	0,641	-	-	-
Item 7	0,801	0,735	0,660	-	-	-

Fonte: Elaboração própria (2022)

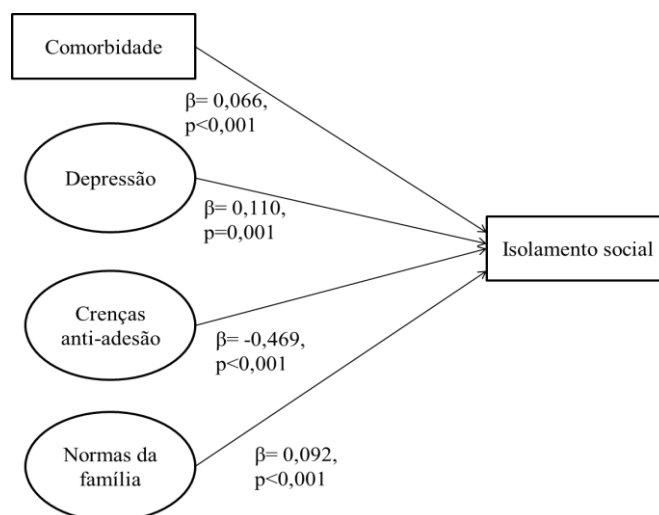
As Figuras 5, 6, 7 e 8 indicam, com uma seta, a direção da regressão, onde a variável da esquerda é a variável independente que incide sobre a variável dependente, à direita. O valor Beta (β) mostra a força da associação, enquanto valores p indicam a significância estatística desta associação, ou seja, se este resultado está dentro do intervalo de confiança de 95%. Variáveis representadas por um círculo são variáveis latentes, enquanto variáveis representadas por um retângulo são variáveis observadas. Apesar se trata de um único modelo contendo todas as variáveis simultaneamente, os resultados serão apresentados para cada variável dependente por separado para facilitar a interpretação. No final desta seção, a tabela 20 mostra os resultados de todas as regressões de equações estruturais, incluindo os resultados não significativos.

Tempo de duração do isolamento social

Na figura 5 pode-se observar o modelo de regressão de equações estruturais para a medida anticontágio “isolamento social”. Dentre todas as variáveis independentes ingressadas no modelo, somente a presença de comorbidade, depressão, crenças antiadesão e normas da família mostraram resultados estatisticamente significativos. Pessoas que possuem uma comorbidade têm um aumento de $\beta=0,066$ ($p<0,001$) no tempo de isolamento social com relação a pessoas que não possuem uma comorbidade. Depressão também apresentou uma associação positiva, aumentando em $\beta=0,119$ ($p=0,001$) o tempo de isolamento social ao aumento de uma unidade. Crenças antiadesão, por outro lado, reduzem o tempo de isolamento

social ($\beta=-0,469$, $p<0,001$), ou seja, quanto maior o apoio a crenças antiadesão, menor o tempo de isolamento social. Por último, normas da família, aumentam em $\beta=0,092$ ($p<0,001$) o tempo de isolamento social ao aumento de cada unidade de apoio às normas.

Figura 5 - Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de isolamento social. Rio de Janeiro, 2021



Nota: Somente as variáveis independentes com valor p menor que 0,05 são mostradas.

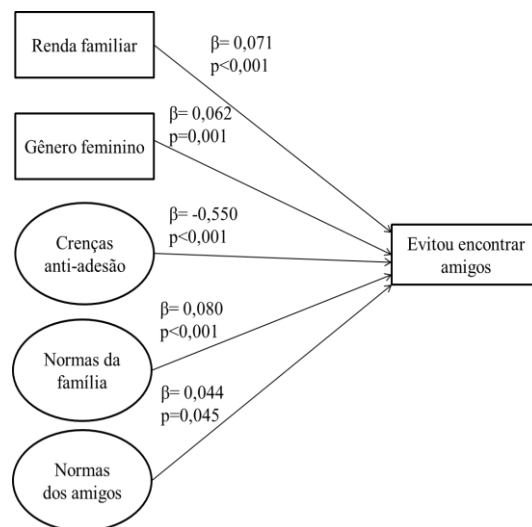
Fonte: elaboração própria (2022)

Tempo de duração na qual deixaram de encontrar-se com amigos

Para o tempo na qual os participantes evitaram encontrar-se com seus amigos, houve uma maior quantidade de preditores significativos (ver figura 6). Renda familiar aumentou em

$\beta=0,071$ ($p<0,001$) o tempo de adesão ao aumento de uma unidade de renda. Pessoas do gênero feminino aumentam em $\beta=0,062$, $p=0,001$ o nível de encontro com amigos quando comparado aos homens. Crenças antiadesão, novamente, mostram-se como o fator de maior peso, reduzindo o tempo que se deixou de encontrar com amigos em $\beta=-0,550$ ($p<0,001$) ao aumento de uma unidade de crença. Tanto normas da família quanto as normas dos amigos em favor do uso de máscara afetam positivamente o tempo sem ver aos amigos, aumentando $\beta=0,080$ ($p<0,001$) e $\beta=0,044$ ($p=0,045$), respectivamente, este tempo à medida que sobe uma unidade de apoio às normas.

Figura 6 - Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de evitar encontrar amigos. Rio de Janeiro, 2021



Nota: Somente as variáveis independentes com valor p menor que 0,05 são mostradas.

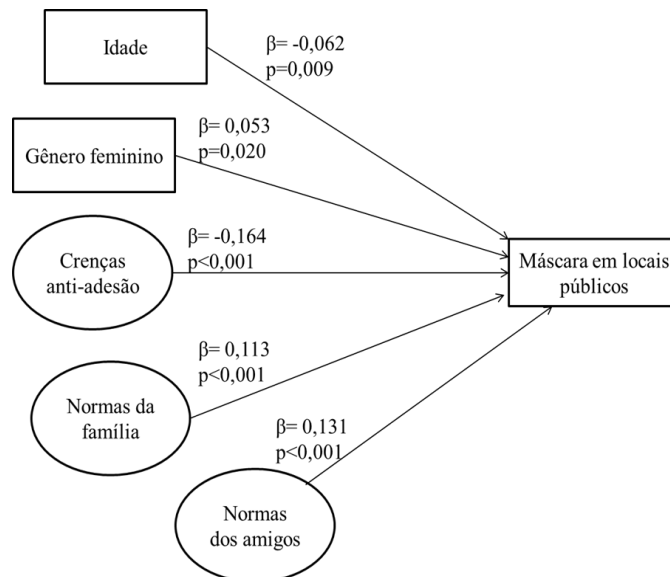
Fonte: elaboração própria (2022)

Tempo de duração do uso de máscara em locais públicos

Para o tempo de uso de máscara em locais públicos, encontrou-se uma relação com variáveis semelhantes às que predizem evitar encontrar com amigos, porém, renda familiar

não possui influência, e sim, a idade (ver figura 7). Para o aumento de uma unidade de idade, há uma redução no tempo do uso de máscara de $\beta=-0,062$ ($p=0,009$), indicando que pessoas mais novas usaram máscara por mais tempo. Novamente, homens tem um menor tempo de uso de máscara, dado que mulheres tem um aumento de $\beta=0,053$ ($p=0,020$). Crenças antiadesão reduzem em $\beta=-0,164$ ($p<0,001$) o tempo de adesão ao aumento de uma unidade de medida, ou seja, quanto maior o apoio a crenças antiadesão, menor o tempo de uso de máscara em locais públicos. Normas da família e amigos de apoio ao uso de máscara novamente afetaram de maneira positiva o tempo de uso de máscara em locais públicos, aumentando em $\beta=0,113$ ($p<0,001$) e $\beta=0,131$ ($p=0,045$), respectivamente, à medida que sobe uma unidade.

Figura 7 - Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de uso de máscara em locais públicos. Rio de Janeiro, 2021



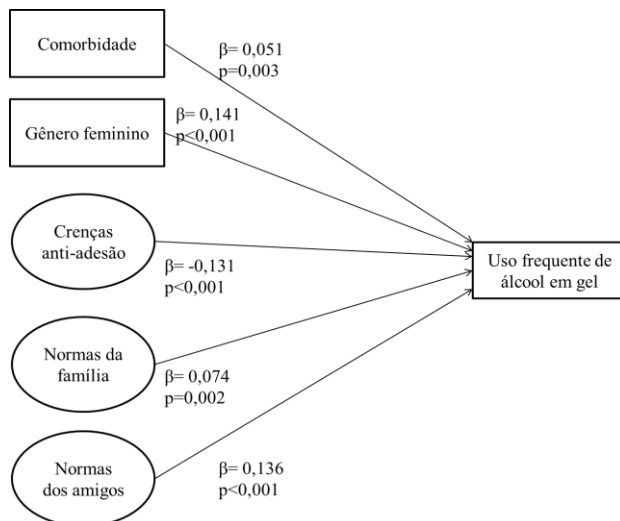
Nota: Somente as variáveis independentes com valor p menor que 0,05 são mostradas.

Fonte: elaboração própria (2022)

Tempo de duração do uso frequente de álcool em gel

Finalmente, para a medida do tempo na qual os participantes relataram usar álcool em gel, a presença de comorbidade voltou a aparecer como fator relevante (ver figura 8). Pessoas com presença de comorbidade aumentam o tempo do uso de álcool em gel em $\beta=0,051$ ($p=0,003$) com relação a pessoas sem comorbidade. Mulheres apresentam um aumento no tempo de adesão em $\beta=0,141$ ($p<0,001$) com relação aos homens. Crenças antiadesão também reduzem o tempo do uso de álcool em gel em $\beta=-0,131$ ($p<0,001$) à medida que sobre uma unidade. Normas dos amigos e famílias em apoio ao uso de máscara aumentam o tempo de adesão a esta medida em $\beta=0,074$ ($p=0,002$) e $\beta=0,136$ ($p<0,001$), respectivamente, à medida que sobe uma unidade.

Figura 8 - Modelo de regressão utilizando equações estruturais indicando Beta e valor p estatístico para a medida de uso frequente de álcool em gel. Rio de Janeiro 2021



Nota: Somente as variáveis independentes com valor p menor que 0,05 são mostradas.

Fonte: elaboração própria (2022)

Tabela 20 - Valores Beta e p associados à regressão múltipla realizada pelo modelo de equações estruturais para cada medida anticontágio. Rio de Janeiro, 2021

Preditores		Tempo de adesão		Tempo de adesão		Tempo de adesão		Tempo de adesão	
		Isolamento		Evitou amigos		Máscara		Álcool em gel	
		Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>	Beta	<i>p</i>
Comorbidade	Com comorbidade	0,07	0,00	0,02	0,22	0,03	0,11	0,05	0,00
	Sem comorbidade	1	-	-	-	-	-	-	-
Idade		-0,02	0,25	0,01	0,69	-0,06	0,01	0,00	1,00
Renda familiar		0,03	0,17	0,07	0,00	0,03	0,16	-0,03	0,20
Gênero	Feminino	0,02	0,22	0,06	0,00	0,05	0,02	0,14	0,00
	Masculino	1	-	-	-	-	-	-	-
Cuidado	Com cuidado	-0,03	0,14	-0,02	0,26	0,00	0,84	0,00	0,96
	Sem cuidado	1	-	-	-	-	-	-	-
Ansiedade		0,09	0,10	0,05	0,30	-0,02	0,72	0,08	0,14
Depressão		0,11	0,00	0,05	0,10	0,02	0,58	-0,06	0,06
Estresse		-0,08	0,18	-0,02	0,78	0,07	0,22	0,02	0,74
Crença antiadesão		-0,47	0,00	-0,55	0,00	-0,16	0,00	-0,13	0,00
Normas da família		0,09	0,00	0,08	0,00	0,11	0,00	0,07	0,00
Normas dos amigos		0,02	0,43	0,04	0,05	0,13	0,00	0,14	0,00

Fonte: elaboração própria (2022)

7. DISCUSSÃO

Este trabalho buscou apresentar os principais resultados relacionados aos perfis de adesão a diferentes medidas anticontágio, os fatores objetivos e subjetivos relacionados a estas condutas, assim como sua variação no tempo. Buscamos apresentar diferentes tipos de medida anticontágio, compreendendo que cada uma pode ter um padrão de adesão diferenciado, e, assim mesmo, diferentes fatores preditores de suas condutas. É parte do raciocínio dessa dissertação a compreensão de que para além de um binarismo de adesão ou não adesão, haveria diferentes possibilidades de negociação com as medidas anticontágio, podendo haver uma adesão completa a determinada medida enquanto parcial em outra, segundo as possibilidades ou crenças de cada indivíduo.

Os resultados descritivos indicam interessantes padrões de comportamento. Em primeiro lugar, é importante lembrar que o questionário foi aplicado em um momento de transição pandêmica, entre o mês de outubro e novembro de 2021, onde as pessoas já estavam convivendo com o vírus havia pouco mais de um ano, além de estar em período de vacinação, o que pode ter mudado o padrão de comportamento de muitos indivíduos com relação ao início da pandemia. Os resultados podem estar refletindo este momento pandêmico específico, sugerindo um comportamento de “bolha” dado que os participantes estavam abrindo mão do uso de máscara em ambientes mais íntimos, por exemplo, entre amigos e familiares, mas ainda usando máscara em locais públicos. Porém, menos da metade dos participantes (41%) relataram usar máscara ao receber um trabalhador em domicílio, o que pode indicar uma brecha da blindagem da máscara para os trabalhadores e as famílias que os recebem.

A análise de correlação indicou algumas associações interessantes entre as variáveis que foram pesquisadas. A correlação negativa entre crença antiadesão e as variáveis de saúde mental indicam que a flexibilização quanto à adesão às medidas anticontágio pode ter um efeito protetor na saúde mental das pessoas, ainda que as coloque em maior risco perante a doença da COVID-19. Ou seja, crenças que aliviam a rigidez quanto à adesão às medidas anticontágio (ex: “em nome da saúde mental, escolhi me encontrar com pessoas durante a pandemia”) acabam diminuindo os sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Como a correlação não possui uma inferência causal, também é possível que pessoas que já possuem problemas de saúde mental sejam as que mais acreditam na importância de aderir às medidas

anticontágio – rejeitando crenças antiadesão. Ambas as interpretações são plausíveis e, portanto, somente uma pesquisa longitudinal poderia esclarecer esta causalidade.

Foram testados três modelos estatísticos a fim de responder aos três objetivos específicos desta dissertação. A tabela abaixo (tabela 21) resume os principais resultados, sendo o “sim” indicativo de que há uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis e “não” de que a associação não é estatisticamente significativa. No caso das classes latentes, abaixo no quadro, o “sim” indica que há uma probabilidade de adesão maior à medida anticontágio, e “não” que há uma probabilidade maior de não adesão.

Tabela 21 – Resumo dos resultados das análises realizadas segundo suas variáveis dependentes e preditores, assim como classes latentes. Rio de Janeiro, 2021

Preditores	Tempo de adesão				Adesão no mês da pesquisa				
	Isolamento	Evitou amigos	Máscara	Álcool em gel	Visitou amigos	Evitou aglomeração	Lavou compras	Evitou transporte	Máscara obrigatória
Idade	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Renda familiar	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
Depressão	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Ansiedade	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não
Estresse	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não
Normas da família	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
Normas dos amigos	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Sim
Crença antiadesão	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Orientação política	Sim	Sim	Sim	Sim	-	-	-	-	-
Preto	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
Pardo	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
Comorbidade	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Não
Sexo Feminino	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não
Cuidado	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não	Não	Não
Classes	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Classe 1: Adesão flexível	-	-	-	-	Sim	Sim	Não	Não	Não
Classe 2: Adesão rigorosa	-	-	-	-	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
Classe 3: Adesão de risco	-	-	-	-	Sim	Não	Não	Não	Sim

Nota: “Sim” indica que variável (linha) prediz a variável dependente (coluna) de maneira estatisticamente significativa e “Não” que variável não é estatisticamente significativa como preditora. No caso das classes, “Sim” indica que a variável dependente (coluna) teve maior probabilidade de adesão para a classe (linha) e “Não” que teve maior probabilidade de não adesão.

Fonte: Elaboração própria (2022)

A análise de classes latentes apontou para a existência de três classes de adesão, confirmando a hipótese de que haveria diferentes perfis de adesão às medidas anticontágio durante a pandemia da COVID-19, em vez de um binarismo de adesão/não adesão. Esta análise também permitiu a descrição dos diferentes perfis encontrados: 1) o primeiro perfil, denominado

adesão flexível, corresponde a 46% da amostra, descrevendo um grupo de conduta moderada frente às medidas anticontágio, aderindo menos a condutas de “baixo risco”, como visitar amigos e lavar as compras, enquanto mantém uma adesão mais rígida em condutas que oferecem maior proteção a situações de “alto risco”, como o uso de máscara, e evitando aglomerações; 2) o segundo perfil, *adesão rigorosa*, descreve a 44% da amostra cuja probabilidade de ir contra as medidas anticontágio é menor, mostrando maior adesão a todas as medidas; e 3) a menor classe, correspondente a somente 9% da amostra, que apresenta maiores probabilidades de realizar condutas de alto risco, como ir a aglomerações sociais e usar máscara somente em condições obrigatórias foi denominada adesão de risco. Dentro deste objetivo, foi possível confirmar a primeira hipótese de que existem diferentes perfis de adesão às medidas anticontágio da COVID-19.

Infelizmente, por limitações desta técnica, não foi possível incluir os fatores objetivos e subjetivos associados a cada perfil de adesão na análise. Sendo os perfis definidos pela análise de classes latentes, e não sendo possível analisar as variáveis preditoras associadas a estes, não foi possível responder à hipótese dois (Perfis de alta vulnerabilidade social - raça/cor negra, baixa renda familiar, gênero feminino- estarão relacionados a formas mais flexíveis de adesão, enquanto perfis de melhor status socioeconômico -cor branca, renda familiar alta, gênero masculino- estarão relacionados a formas mais rígidas de adesão). No entanto, outras análises foram realizadas de maneira a responder a esta hipótese parcialmente. Em vez de descrever os perfis de classe latente quanto às suas características objetivas e subjetivas, descrevemos a adesão a cada medida anticontágio por separado. Sendo assim, recorreremos à Regressão Logística por permitir a análise de variáveis binárias e a inclusão de preditores, complementando o objetivo de investigar os padrões de adesão, assim como a hipótese associada.

Fatores preditores da adesão no momento da pesquisa

Utilizando as mesmas variáveis dependentes da análise de classes latentes, foram realizadas cinco regressões logísticas multivariadas, que incluiu fatores objetivos e subjetivos como preditores das medidas anticontágio. Sendo assim, foi possível responder ao segundo objetivo desta dissertação, de encontrar quais os fatores objetivos e subjetivos associados a cada medida. Para a compreensão do leitor, explicita-se que estes são os resultados referentes à análise das variáveis binárias, sobre a adesão no mês da pesquisa.

Referindo-se à conduta no último mês, encontramos diferentes preditores para cada conduta de adesão, ainda que a maior parte se tenha repetido. Como um todo, crença antiadesão e normas grupais (família ou amigos) apareceram como preditoras de todas as condutas de adesão utilizadas nas análises (ver tabela 21). Especificamente, as crenças antiadesão aumentaram as chances de adesão às medidas anticontágio – ou diminuíram as chances de adesão a medidas que aumentam as chances de contágio, como ir a festas, tendo um papel de desincentivar uma conduta de maior conformidade com todas as medidas anticontágio pesquisadas. Normas grupais de incentivo ao uso de máscara tiveram resultados de risco ou incentivo à conduta protetora dependendo da medida anticontágio analisada e de se partiram de amigos ou família. Normas da família com respeito ao uso de máscara apareceu como fator protetor, aumentando as chances de aderir às medidas anticontágio. Já as normas dos amigos com respeito ao uso de máscaras aumentaram as chances de encontrar com amigos, o que pode significar que os encontros foram em bolhas pequenas de pessoas que usam máscara em outros grupos, ou que usaram máscara durante o encontro, podendo indicar uma busca pela negociação entre o risco e a flexibilização. Normas dos amigos de apoio ao uso de máscara também estiveram associadas a evitar festas, o que é um achado interessante para as normas sociais e grupais. Como os jovens costumam ir à festa com amigos, aqueles grupos que apoiam o uso de máscara evitaram ir a festas, conduta que não é influenciada pelas normas da família. Por outro lado, lavar as compras e evitar o transporte público está relacionado às normas familiares e não às normas dos amigos, aumentando as chances de ambas as condutas. Como é de se esperar, até mesmo pela forma como normas são medidas – perguntando especificamente pelo apoio ao uso de máscara, tanto normas familiares quanto dos amigos diminuem a chance de usar a máscara somente quando obrigatório. Estes resultados reforçam a importância do efeito bolha na conduta das pessoas, sendo fundamental para a adesão às diversas medidas anticontágio.

Variáveis de saúde mental estiveram majoritariamente relacionadas a encontrar-se com amigos, porém não se mostraram variáveis de grande importância na determinação das condutas de adesão. As análises apontaram que a ansiedade e a depressão funcionariam como fatores de proteção, diminuindo as chances de sair com amigos, e o estresse um fator de risco, aumentando as chances de encontrar com amigos. Estresse também apareceu como fator de risco para festas, diminuindo as chances de evitá-las. A ansiedade pareceu aumentar as chances de evitar o transporte público, sugerindo que pessoas ansiosas podem ter tido mais medo de ser contagiadas ou ter utilizado outras formas de transporte. Como o papel da saúde

mental na definição da conduta de adesão seguir ambos padrões de maior e menor adesão, considera-se a hipótese cinco (problemas de saúde mental -depressão, ansiedade e estresse-estarão relacionados a uma maior adesão às medidas anticontágio) como parcialmente apoiada.

Idade também esteve associada a quase todas as medidas exceto evitar festas, aparecendo frequentemente a idade mais jovem como um fator de proteção, diminuindo as chances de risco. É possível que pessoas mais jovens sejam mais dependentes das normas familiares, assim como da renda familiar para seu deslocamento, e por isso seja um fator de proteção. Por outro lado, pessoas mais velhas podem também ter outras tarefas além de estudar, como ir ao trabalho ou estágio, aumentando as chances de flexibilizar sua conduta de adesão.

Renda familiar mais alta aumentou as chances de encontrar os amigos, assim como de evitar o transporte público. Este último é bastante lógico, dado que pessoas com mais renda tem maior possibilidade de encontrar outros meios mais seguros de deslocamento, ainda que também surpreenda que uma maior renda aumente o risco de encontrar amigos. Ser mulher aumenta as chances de lavar as compras e de evitar o transporte público, o que pode ser evidência de uma sobrecarga da mulher no cuidado da casa e de outras pessoas, algo que vem sendo apontado pela literatura (MEIRELLES; TEIXEIRA, 2020). Já o cuidado, por sua vez, que na seção de descritivos não encontrou diferença de gênero, somente apareceu como preditor de encontrar com amigos, sendo aquelas pessoas que declaram cuidar de alguém as que têm maior chance de encontrar com amigos. Por último, a presença de comorbidade somente influenciou na conduta do uso de transporte público, aumentando as chances de evitá-lo, provavelmente para diminuir o risco de contaminação para este grupo que já é mais vulnerável.

Com esta adaptação, a segunda hipótese é confirmada parcialmente. Em primeiro lugar, observa-se que os comportamentos de adesão variam entre eles, assim como as variáveis que os descrevem, sendo difícil falar de “formas flexíveis de adesão”. No entanto, a medida anticontágio que se refere à evitação do uso de transporte público foi a que revelou uma maior associação a fatores de maior vulnerabilidade. Tanto pessoas pretas quanto pessoas pardas tiveram menos chances de evitar o transporte público quando comparadas a pessoas brancas, que possuem maior renda. Além disso, mulheres, que apareceram em diversas pesquisas como um grupo de maior vulnerabilidade durante a pandemia, sobretudo em termos de saúde mental, pessoas com comorbidade, e pessoas com ansiedade também apareceram

associadas a esta medida, tendo maior chance de evitar o transporte público. Sendo assim, ainda que vulnerabilidade resulte em perfis distintos de comportamento (ex. mulheres têm maior chance de evitar o transporte público, enquanto pretos e pardos menor chance), observa-se que perfis de maior vulnerabilidade são impactados de maneira distinta quanto à sua adesão às medidas anticontágio quando comparados a pessoas com perfis de melhor status socioeconômico). Observa-se também que o uso de transporte público é uma variável capaz de discriminar perfis de maior vulnerabilidade quanto ao seu padrão de adesão às medidas anticontágio.

Fatores preditores da adesão no tempo

Para a compreensão do leitor, as medidas aqui discutidas são as relativas ao tempo de adesão, que varia entre não haver aderido em nenhum momento até a adesão no momento da pesquisa. A orientação política autodeclarada afetou o tempo na qual os participantes declararam estar realizando a adesão às medidas anticontágio perguntadas, o que vai ao encontro de achados em estudos da literatura (FARIAS; PILATI, 2021). Uma análise mais aprofundada entre os grupos políticos indicou que pessoas cuja orientação política autodeclarada é de esquerda, em geral, têm um tempo de adesão maior que pessoas de centro e de direita em todas as medidas anticontágio pesquisadas. É também relevante perceber que a medida de isolamento social foi a que gerou maiores diferenças significativas ao contrastar orientações políticas diferentes, sendo, assim, uma medida que diferenciou pessoas de diferentes orientações políticas, o que confirma a terceira hipótese de que a orientação política estará relacionada às condutas de adesão, onde pessoas de direita têm menores índices de adesão que pessoas de esquerda.

Considerando que durante a pandemia o atual governo federal, identificado com a orientação política de direita, realizou vários pronunciamentos incentivando a não adesão ao isolamento social para salvar a economia, enquanto pessoas identificadas com a esquerda realizaram campanhas em favor do isolamento social para conter a propagação do vírus, entende-se que foram criadas normas sociais de conduta em bolhas políticas. Sendo assim, a bolha política de esquerda parece ter criado uma norma social de alta adesão às medidas anticontágio como um todo, o que pode ter incentivado pessoas identificadas com esta orientação política a uma conduta de maior adesão às medidas anticontágio por maior tempo.

Este achado implica diretamente em um viés na amostra, já que a maioria dos participantes (46%) se declara de esquerda. Ou seja, sendo a orientação política um fator que influencia a conduta de adesão conforme mostram as análises, a amostra provavelmente possui um padrão de adesão mais alto do que outras populações.

Com relação ao tempo na qual os indivíduos declararam estar em isolamento social, foram determinantes para a adesão a esta conduta ter comorbidade, depressão, crenças antiadesão e as normas familiares. Mais especificamente, a presença de comorbidade aumenta o tempo de isolamento social, o que é esperado pelo risco de contaminação e de, conseqüentemente, desenvolver uma forma grave da doença causada pelo vírus. A depressão também esteve associada a um maior tempo de isolamento social, o que é um achado interessante e merece ser investigado mais profundamente para encontrar a direcionalidade desta associação. Já foi encontrado que a pandemia aumentou a incidência de depressão entre os jovens como consequência da grande circulação de informação (SOUZA et al., 2022) e que o isolamento social tem o efeito de aumentar o comportamento de risco em pessoas com depressão (MOURA et al., 2021). Ainda que haja uma hipótese causal na construção desta equação de regressão que se dá pelo próprio aumento da incidência na população, é tão possível que pessoas com depressão façam isolamento social por maior tempo quanto que o isolamento social por maior tempo aumente e a depressão.

Analisando os resultados para cada medida de tempo de adesão estudada, observaram-se padrões levemente diferentes entre eles. O isolamento social é realizado por menor tempo em pessoas que sustentam crenças antiadesão, porém é maior entre aqueles cujas normas familiares apoiam o uso de máscaras. O tempo de adesão ao isolamento social também variou segundo a raça/cor do participante, sendo os brancos os que aderiram por mais tempo do que pretos e pardos, diferença provavelmente relacionada à classe social.

Com relação a deixar de encontrar-se com os amigos para proteger-se do vírus, observou-se que normas familiares, dos amigos, crença antiadesão, gênero e renda familiar afetam o tempo em que aderiram a esta medida. Renda familiar aumenta o tempo na qual os participantes evitaram encontrar-se com amigos, discordando da análise anterior com variáveis binárias, que apontou uma maior chance de encontrar amigos quanto maior fosse a renda familiar. É possível que esta diferença se deva à medida em si, sendo a regressão logística referente à conduta no último mês, quando já havia vacina disponível. Tanto normas familiares quanto as dos amigos aumentam o tempo na qual os participantes evitaram encontrar com amigos, mostrando-se, mais uma vez, um fator determinante para a adesão a

esta medida. Pessoas brancas também tiveram maior tempo de adesão do que pardos e pretos, o que, novamente, pode estar relacionado à classe social.

O tempo de uso de máscara em locais públicos foi determinado por idade, gênero, crenças, e normas familiares e de amigos. As normas de ambos os grupos levaram a uma adesão do uso de máscara por maior tempo. Por outro lado, crenças antiadesão levaram a uma adesão por menos tempo, o que é de se esperar visto que as pessoas que não acreditam no contágio tendem a aderir menos as medidas de proteção à COVID-19. Homens também tiveram uma adesão por menos tempo, assim como pessoas mais velhas, e não houve diferença entre pessoas de diferente raça/cor.

Os preditores do uso de álcool em gel no tempo foram muito semelhantes aos do uso de máscara. Neste caso, a presença de comorbidade aumenta a frequência do uso de álcool em gel, como esperado. Raça/cor parece não afetar o tempo de adesão a esta medida.

Os principais preditores

Estes resultados confirmam a quarta hipótese de que normas grupais (de amigos e familiares) assim como crenças com relação à COVID-19 seriam um fator significativo na explicação da adesão às medidas de adesão anticontágio pesquisadas.

Crença antiadesão foi o fator de maior peso na determinação das condutas de adesão pesquisadas, tanto quando medida de maneira binária quanto quando medida em sua variação no tempo. Apesar de predizer a estabilidade de uma conduta, as crenças também podem ser alteradas dependendo das emoções ou de fatores contextuais que forem ressaltados (AJZEN, 2001), podendo ser manipuladas por grupos políticos, distorcendo a deliberação pública e aumentando a polarização (GORTON, 2016). Em tempos de redes sociais, onde muitas informações chegam às pessoas sem garantia de sua veracidade, torna-se fácil manipular emoções com notícias tendenciosas, impactando nas crenças e atitudes das pessoas. Dada a relevância das crenças nas condutas relacionadas à saúde pública, instituições comprometidas com informações verdadeiras deveriam ter maior difusão entre os cidadãos, aumentando a quantidade de campanhas ou tornando-as mais sedutoras ao público. Pesquisas relacionadas ao marketing podem ajudar a compreender os melhores caminhos para isto.

Para esta dissertação, perguntou-se pela norma familiar e dos amigos em apoio ao uso de máscara, separadamente. Especificamente, quando perguntado por condutas no último mês, em tratando-se de normas familiares, é interessante observar que estas tiveram maior

prevalência como determinantes significativos que as normas dos amigos. Uma hipótese é que este resultado se deva justamente pelo efeito do isolamento social: como os participantes estão em casa, em sua maioria, com suas famílias, estes se encontram subordinados às normas familiares. Há também uma possibilidade de haver um maior cuidado com a família, muitas vezes compostas por pessoas mais velhas e que podem ter alguma comorbidade.

Com estas análises também é possível identificar que há diversos fatores que contribuem para a adesão e que estes fatores são diferentes para cada medida anticontágio. Sendo assim, falar sobre “alta adesão” e “baixa adesão” implica em uma lógica unidimensional que não corresponde à realidade complexa da vida cotidiana influenciada por diversos fatores contextuais. As pessoas negociam com o que lhes é possível e acabam aderindo a algumas medidas mais que a outras, muitas vezes de maneira oscilante durante o tempo e dependendo das circunstâncias. Pode-se ver, por exemplo, que pessoas da classe latente de adesão flexível, que corresponde à maioria da amostra, encontraram-se com amigos, ainda que evitaram aglomerações. Não lavaram as compras, ainda que utilizaram máscara em locais públicos. Estas medidas parecem ser medidas adaptativas ao momento da pandemia na qual se encontravam.

O tempo de adesão divide-se em dois padrões, onde a adesão se dá por maior tempo e outro por menor tempo. Isto poderia indicar uma adesão de alto custo e de baixo custo, seja o custo psicológico ou material. A análise com covariáveis indicou quais são os fatores que levam a cada tipo de adesão, e observa-se que, em medidas anticontágio que poderiam ser de maior custo, como evitar o transporte público e realizar o isolamento social, variáveis relacionadas à raça/cor são mais relevantes. A análise realizada para encontrar diferenças no tempo de adesão dependendo da raça/cor do participante mostrou que o isolamento social e deixar de encontrar com amigos, são medidas que diferem entre brancos e negros, diferente do uso de álcool em gel e máscara, que não houve diferença de raça/cor. Como há uma diferença de classe social dependendo da raça/cor na qual brancos possuem maior renda familiar, é provável que as medidas de alto custo sejam mais viáveis para participantes brancos por sua condição socioeconômica mais elevada.

Ou seja, visto que pessoas com menor poder econômico não puderam permanecer em isolamento social pela necessidade de continuar trabalhando para sustento próprio e de sua família, terão um tempo de adesão menor a determinadas medidas. Isto acaba colocando as medidas de isolamento social e deixar de encontrar-se com amigos como medidas de alto-custo.

Conforme indicado no boletim produzido pelo observatório COVID-19 (2022), a pandemia perpetua e é perpetuada pelas iniquidades em saúde já existentes no país. Segundo recomendam, é necessário que o Estado atue em vias de garantir condições mínimas para o sucesso das medidas anticontágio, senão, “qualquer recomendação se torna um discurso vazio” (OBSERVATORIO COVID-19, 2022, p.23). Os resultados são concordantes com esta análise, apontando para a necessidade de um incentivo público para diminuir as barreiras de adesão às medidas anticontágio.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, observamos que existem diferentes perfis de adesão, não havendo uniformidade na estratégia pessoal de adesão às medidas anticontágio proposta para o enfrentamento da pandemia de COVID-19. Da mesma forma, observou-se que existem padrões diferentes para cada medida anticontágio, assim como fatores que possibilitam e motivam em maior ou menor medida a cada adesão, conformando um complexo quadro de possibilidades reais (por exemplo, nível socioeconômico ou gênero) e compreensões de mundo e sobre a pandemia (como as crenças e normas).

A partir destes resultados, é possível dizer que não existiria um padrão linear de adesão, e sim, diferentes padrões, que combinam distintas estratégias. Foi observado que algumas medidas têm uma adesão mais ampla que outras, podendo-se interpretar que existiriam medidas de maior custo de adesão para a população que outras. Por exemplo, o uso de máscara é uma das medidas mais aderidas na amostra, provavelmente por seu baixo custo, praticidade no uso, e pelo nível de proteção que oferece. Por outro lado, outras medidas podem implicar em um maior custo de adesão, como a redução do uso do transporte público, que envolvem fatores objetivos para sua adesão.

A partir disso, é fundamental compreender que não todas as pessoas podem aderir às medidas anticontágio verticalmente propostas, sendo necessária pesquisa que busque conhecer seus cidadãos e, assim, co-construir estratégias baseadas na vida real - para além do ideal. No começo da pandemia, diretrizes de isolamento social e de higienização das mãos foram disseminadas amplamente sem levar em consideração a realidade de grande parcela da população. Pessoas que vivem aglomeradas em pequenos cômodos, cuja distribuição de água é precária e que não puderam deixar de trabalhar não foram contempladas nos primeiros meses de pandemia, ficando sem orientação direta de como proceder. Espera-se que os dados e reflexões geradas por este trabalho aumentem a consciência sobre a importância do diálogo com a população no desenho das políticas públicas a fim de criar ações mais democráticas.

Limitações

Espera-se que, com estes resultados, novas pesquisas possam aprofundar em perguntas que permaneceram em aberto. Algumas limitações desta pesquisa devem ser mencionadas para que futuras pesquisas sejam mais afiadas. Apesar de o questionário ter sido enviado de forma ampla, por meio de redes sociais em um formato bola de neve, foi necessário mudar a

estratégia pelo baixo número de participantes. Assim, acionamos diversas universidades a fim de conseguir seu apoio na distribuição do questionário, o que somente foi acatado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Isto resultou em um viés na amostra, sendo a maioria dos respondentes pertencentes a uma instituição de prestígio e pública. Além disso, a amostra está fortemente identificada com a orientação de política de esquerda. Sendo assim, poderia haver uma homogeneidade no pensamento dos participantes que reduziria a representatividade da amostra.

Outra limitação é a diferença entre as medidas binárias de adesão a medidas anticontágio e as medidas relativas ao tempo de adesão. Enquanto nas medidas binárias perguntou-se por encontro com amigos, evitação de festas, lavagem de compras, evitação do uso de transporte público e uso de máscara em condições obrigatórias, nas medidas contínuas relativas ao tempo perguntamos por uso de álcool em gel, encontro com amigos, uso de máscara em locais públicos e isolamento social. Ainda que se buscou respeitar as dimensões à qual as perguntas fazem alusão (higiene, conduta social, uso de máscara), a diferença entre as medidas pode levar a resultados não complementares ou até mesmo divergentes, como foi o caso de renda familiar e encontro com amigos. Pesquisas futuras poderiam se beneficiar de medidas repetidas, divergindo em escala de medição somente, podendo ser replicada entre métodos.

Outra limitação consiste no levantamento de dados de corte transversal, e sem grupo controle, impossibilitando uma análise que permita conhecer a causalidade dos processos estudados. Em se tratando de saúde mental, por exemplo, não fica claro se aderir às medidas anticontágio prejudicam a saúde mental ou se pessoas cuja saúde mental já está debilitada são as pessoas que aderiram a uma maior quantidade de medidas anticontágio.

Pesquisas futuras

Para aprofundar na pesquisa pela adesão a medidas de saúde pública e de anticontágio, seria interessante pesquisar populações diferentes. Devido à crise econômica que foi concomitante à crise de saúde pública, seria interessante investigar como trabalhadores autônomos negociaram com o risco de contágio. Pela maior variabilidade de perfis de pessoas, uma maior quantidade de classes latentes poderia emergir, assim como um maior impacto de fatores objetivos na determinação das condutas. Também é interessante investigar

se, em uma população mais velha, haveria o mesmo peso de normas e crenças na conduta de adesão, sendo a população estudada mais nova, e, provavelmente, mais suscetível a estas.

Ainda que o aumento da incidência de queixas de saúde mental sugira que o isolamento social é o que leva a um aumento destes sintomas, mais pesquisas são necessárias para desvencilhar o efeito de fatores específicos (ex. notícias sobre COVID-19, perigo econômico, medo), incluindo o isolamento social, no aumento de sintomas de saúde mental. Além disso, estudos longitudinais poderiam ser realizados para investigar se a persistência da adesão ao isolamento social está vinculada a um nível mais grave de depressão.

Além disso, seria interessante realizar uma pesquisa de profundidade sobre a relação entre renda familiar ou classe social e o encontro com amigos durante a pandemia, dado que os resultados encontrados nesta pesquisa foram inconclusivos.

Tomando os resultados desta dissertação, também seria de interesse realizar estudos experimentais que manipulassem a variável de identidade grupal e a variável de crença para ver o impacto na adesão a medidas anticontágio. Observou-se nesta pesquisa que a orientação política leva a diferentes condutas de adesão, portanto, um novo estudo poderia testar se campanhas de saúde pública desenhadas especificamente para cada grupo político poderiam aumentar os níveis de adesão às diferentes condutas de adesão. Assim como averiguar se campanhas que atingissem as crenças em vez das condutas diretamente, teriam melhores resultados quanto à adesão. Sobretudo, sabendo que cada medida anticontágio possui diferentes grupos de preditores, poderia ser testado se campanhas de adesão direcionadas a cada medida em vez de uma generalizada (como foi a campanha do “fica em casa”) teriam resultados diferentes.

Relevância

Espera-se que estes resultados possam contribuir tanto para o campo da saúde pública quanto para o campo da psicologia social. No campo da saúde pública, espera-se poder iluminar a discussão sobre a adesão às medidas relacionadas à saúde pública, que, neste estudo foi focalizada no contexto pandêmico, mas que poderia ser extrapolada para outros contextos de saúde. Nossos resultados sugerem a pertinência do desenho de campanhas de saúde pública mais focalizadas em grupos específicos, assim como permitem ver quais fatores podem ser reforçados por meio de políticas públicas com vistas de aumentar a adesão.

No campo da psicologia social, é interessante investigar com mais profundidade como as crenças e normas sociais e grupais podem ter impacto em condutas de saúde que por sua

vez tem um impacto no coletivo. Fatores psicológicos são, muitas vezes, estudados como variáveis de saída, que é o caso de estudos que investigam fatores que impactam na saúde mental. Nesta pesquisa, no entanto, buscou-se averiguar o caminho inverso, vendo como as variáveis psicológicas podem impactar no coletivo. Variáveis de cunho social mostraram ser um fator de maior importância, mostrando a contribuição que estudos de psicologia social poderiam ter neste campo.

Finalmente, consideramos fundamental compreender os fatores que influenciam a adesão. Fatores subjetivos e objetivos permitem diferentes estratégias de adesão a diferentes medidas de saúde pública, compondo diferentes padrões de comportamento. Conforme as limitações ou potências psicológicas e materiais da pessoa, há uma diferente possibilidade de negociar com o mundo à sua volta. Pessoas de classes sociais mais baixas, por exemplo, puderam aderir em menor medida ao isolamento social por necessitar trabalhar, ou, pessoas com depressão aderiram mais por ter uma tendência ao isolamento. Sendo assim, é fundamental que exista uma menor moralização das condutas individuais de adesão e uma maior compreensão dos fatores que as possibilitam, abrindo espaço para a intervenção do poder público em vez da responsabilização ou culpabilização da pessoa.

REFERÊNCIAS

AHMED, M. Z. et al. Epidemic of COVID-19 in China and associated Psychological Problems. **Asian Journal of Psychiatry**, v. 51, p. 102092, jun. 2020. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092.

ALMEIDA, W. S. et al. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 23, 6 jan. 2021.

ANDREASSEN, Tor W.; LORENTZEN, Bengt G.; OLSSON, Ulf H. The impact of non-normality and estimation methods in SEM on satisfaction research in marketing. **Quality and Quantity**, v. 40, n. 1, p. 39-58, 2006.

AQUINO, E. M. L. et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2423–2446, 5 jun. 2020.

BARRETO, I. C. DE H. C. et al. Colapso na saúde em Manaus : o fardo de não aderir às medidas não farmacológicas de redução da transmissão da COVID-19. **Saúde em debate**, v. 45, p. 1126-1139, 2021.

BAVEL, J. J. V. et al. Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. **Nature Human Behaviour**, v. 4, n. 5, p. 460–471, maio 2020.

BECERRA-GARCÍA, J. A. et al. Psychopathological symptoms during COVID-19 quarantine in spanish general population: a preliminary analysis based on sociodemographic and occupational-contextual factors. **Rev. esp. salud publica**, v. 94, jun. 2020.

BEZERRA, A. C. V. et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2411–2421, 5 jun. 2020.

BICCHIERI, C. et al. In science we (should) trust: Expectations and compliance across nine countries during the COVID-19 pandemic. **Plos one**, v. 16, n. 6, p. e0252892, 4 jun. 2021.

BILANCINI, E. et al. The effect of norm-based messages on reading and understanding COVID-19 pandemic response governmental rules. **PsyArXiv**, 6 maio 2020. Disponível em: <https://osf.io/7863g>. Acesso em: 7 dez. 2020.

BITTENCOURT, H. R. Regressão logística politômica: revisão teórica e aplicações. **Acta Scientiae**, v. 5, n. 1, p. 77-86, 2003.

BLANCA, M. J., et al. R. Non-normal data: Is ANOVA still a valid option?. **Psicothema**, v. 29, p. 552–557, 2017. doi:10.7334/psicothema2016.383

BUCHAN, N. R. et al. Global Social Identity and Global Cooperation. **Psychological Science**, v. 22, n. 6, p. 821–828, 1 jun. 2011.

BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. et al. The Confrontation of COVID-19 in the Brazilian Context in the Light of the Theory of Cognitive Dissonance. **Psychology**, v. 11, n. 11, p. 1691–1704, 13 nov. 2020.

CARVALHO, L.F., MACHADO, G.M. Differences in adherence to COVID-19 pandemic containment measures: psychopathy traits, empathy, and sex. **Trends Psychiatry Psychotherapy**, v. 42 n. 4, p. 392-392, 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/2237-6089-2020-0055>

ČAVOJOVÁ, V.; MIKUŠKOVÁ, E. B.; ŠROL, J. Being nice or being scared? Personality traits and threat of COVID-19 as predictors of non-normative health beliefs and behaviors during second wave of pandemic. **Studia Psychologica**, v. 64, n. 1, p. 45-63, 2022.

CONSELHO NACIONAL DE JUVENTUDE. **Juventudes e a Pandemia do Coronavírus**. 2. ed. 2021. Disponível em: <https://atlasdasjuventudes.com.br/juventudes-e-a-pandemia-do-coronavirus/>. Acesso em: 30 ago. 2022

COSTA, B. C. P. et al. Adesão da população ao uso de máscaras para prevenção e controle da COVID-19: revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, p. e59311427831-e59311427831, 2022.

DI CROSTA, A. et al. Individual Differences, Economic Stability, and Fear of Contagion as Risk Factors for PTSD Symptoms in the COVID-19 Emergency. **Frontiers in Psychology**, v. 11, 2020.

DUARTE, M. DE Q. et al. COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3401–3411, 28 ago. 2020.

FARIAS, J.; PILATI, R. COVID-19 as an undesirable political issue: Conspiracy beliefs and intolerance of uncertainty predict adherence to prevention measures. **Current Psychology**, p. 1-11, 2021. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01416-0>

FERNANDES, A. A. T. et al. Read this paper if you want to learn logistic regression. **Revista de sociologia e politica**, v. 28, 2021.

FERNANDES, P. A.; RAMOS, M. J. O sabão contra a COVID-19. **Revista de Ciência Elementar**, v. 8, n. 2, 2020a.

FERNANDES, P. A.; RAMOS, M. J. O álcool contra a COVID-19. **Revista de Ciência Elementar**, v. 8, n. 2, 2020b.

FIHO, J. M. J. et al. A saúde do trabalhador e o enfrentamento da COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 45, 2020.

SOUZA FILHO, Z. A. D. et al. Fatores associados ao enfrentamento da pandemia da COVID-19 por pessoas idosas com comorbidades. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

GARCIA, P. J. et al. COVID-19 Response in Latin America. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, v. 103, n. 5, p. 1765–1772, 4 nov. 2020.

GOLDBERG, M. et al. Social norms motivate COVID-19 preventive behaviors. **PsyArXiv** 2020. doi: 10.31234/osf.io/9whp4

GÓMEZ-SALGADO, J. et al. Related Health Factors of Psychological Distress During the COVID-19 Pandemic in Spain. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 11, p. 3947, jan. 2020.

GORTON, W. A. Manipulating citizens: How political campaigns' use of behavioral social science harms democracy. **New Political Science**, v. 38, n. 1, p. 61-80, 2016.

GREEN, C. W., ADAMS, A. M., & TURNER, C. W. Development and validation of the School Interracial Climate Scale. **American Journal of Community Psychology**, v. 16, 241–259, 1988.

GUO, W. et al. Diabetes is a risk factor for the progression and prognosis of COVID-19. **Diabetes/Metabolism Research and Reviews**, v. 36, n. 7, p. e3319, 2020.

GUSMÃO, J.; MION JR., D. Adesão ao Tratamento - o grande desafio da hipertensão. **Revista Brasileira de Hipertensão**, v. 13, p. 23–25, 1 jan. 2006.

HAGGER, M. S. et al. Predicting Social Distancing Intention and Behavior During the COVID-19 Pandemic: An Integrated Social Cognition Model. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 54, n. 10, p. 713–727, 1 out. 2020.

HAO, F. et al. Do psychiatric patients experience more psychiatric symptoms during COVID-19 pandemic and lockdown? A case-control study with service and research implications for immunopsychiatry. **Brain, Behavior, and Immunity**, v. 87, p. 100–106, jul. 2020.

HEFFNER, J.; VIVES, M.-L.; FELDMANHALL, O. Emotional responses to prosocial messages increase willingness to self-isolate during the COVID-19 pandemic. **Personality and Individual Differences**, v. 170, p. 110420, 15 fev. 2021.

HENSEL, L. et al. Global behaviors, perceptions, and the emergence of social norms at the onset of the COVID-19 pandemic. **Journal of economic behavior & organization**, v. 193, p. 473-496, 2022.

HODGES, C. et al. As diferenças entre o aprendizado online e o ensino remoto de emergência. **Revista da Escola, Professor, Educação e Tecnologia**, v. 2, 1 jun. 2020.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020.

HSIANG, S. et al. The effect of large-scale anticontagion policies on the COVID-19 pandemic. **Nature**, v. 584, n. 7820, p. 262–267, ago. 2020.

HUANG, Y.; ZHAO, N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. **Psychiatry Research**, v. 288, p. 112954, jun. 2020.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Quarto trimestre de 2020**. Rio de Janeiro, 2021.

JOAQUIM, R. M. et al. Emotional stability and anxiety symptoms differentiates people leaving the home usually during the COVID-19 pandemic. **Clinical Neuropsychiatry**, v. 19, n. 2, p. 114, 2022.

KUPFERSCHMIDT, K.; COHEN, J. Can China's COVID-19 strategy work elsewhere? **Science**, v. 367, n. 6482, p. 1061–1062, 6 mar. 2020.

LAI, J. et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. **JAMA Network Open**, v. 3, n. 3, p. e203976, 23 mar. 2020.

LANE, S. T. M. O que é psicologia social. Edição 22. São Paulo: Brasiliense, 2017.

LEES, J. et al. **Intentions to comply with COVID-19 preventive behaviors are associated with personal beliefs, independent of perceived social norms**. [s.l.] PsyArXiv, 20 maio 2020. Disponível em: <<https://psyarxiv.com/97jry/>>. Acesso em: 13 dez. 2020.

LEITE, T. G. G. et al. Entendimento e adesão dos jovens às medidas de restrição social na pandemia de COVID-19. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 7, p. e7692-e7692, 2021.

LI, B. et al. Prevalence and impact of cardiovascular metabolic diseases on COVID-19 in China. **Clinical Research in Cardiology**, v. 109, n. 5, p. 531–538, 1 maio 2020a.

LI, S. et al. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 6, p. 2032, jan. 2020b.

LI, Y. et al. The temporal association of introducing and lifting non-pharmaceutical interventions with the time-varying reproduction number (R) of SARS-CoV-2: a modelling study across 131 countries. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 21, n. 2, p. 193–202, 1 fev. 2021.

LIMA-COSTA, M. F. et al. Distanciamento social, uso de máscaras e higienização das mãos entre participantes do Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00193920, 12 out. 2020.

LINZER, D. A.; LEWIS, J. B. polCA: An R package for polytomous variable latent class analysis. **Journal of statistical software**, v. 42, p. 1-29, 2011.

LUNN, P. D. et al., Using Behavioral Science to help fight the Coronavirus. **Journal of Behavioral Public Administration**, v. 3 n. 1, 2020. <https://doi.org/10.30636/jbpa.31.147>

MARTINS, B. G. et al., Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 68, p. 32-41, 2019. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000222>

MATRAJT, L.; LEUNG, T.. Evaluating the effectiveness of social distancing interventions to delay or flatten the epidemic curve of coronavirus disease. **Emerging infectious diseases**, v. 26, n. 8, p. 1740, 2020.

MAZZA, C. et al. A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 9, p. 3165, 2 maio 2020.

MEIRELLES, T. V. S.; TEIXEIRA, M. B. Fatores estressores e protetores da pandemia da COVID-19 na saúde mental da população mundial: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate** [online]. 2021, v. 45, n. spe2, pp. 156-170. Disponível em: . Epub 24 Jun 2022. ISSN 2358-2898.

MOREIRA, R. S. Análises de classes latentes dos sintomas relacionados à COVID-19 no Brasil: resultados da PNAD-COVID19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00238420, 2021.

MOURA, A. A. M. et al. Depressão e isolamento social: fatores associados à saúde mental durante a pandemia de COVID-19. **Rev Bras Enferm**, v. 75, n. 1, p. e20210594, 2021.

NATIVIDADE, M. S. et al. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3385–3392, 28 ago. 2020.

OBSERVATORIO COVID-19. Balanço de dois anos da emergência em saúde pública de importância internacional e nacional. **Boletim Observatório COVID-19**, Rio de Janeiro, Boletim Especial, 2022.

OLIVEIRA, W. A. et al. A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping review. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00150020, 28 ago. 2020.

OMSa. **Advice for the public on COVID-19 – World Health Organization**. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>. Acesso em: 10 dez. 2020a.

OMSb. **WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020**. Disponível em: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-COVID-19---11-march-2020>. Acesso em: 10 dez. 2020b.

OOSTERHOFF, B. et al. Adolescents’ Motivations to Engage in Social Distancing During the COVID-19 Pandemic: Associations With Mental and Social Health. **The Journal of Adolescent Health**, v. 67, n. 2, p. 179–185, ago. 2020.

OOSTERHOFF, B.; PALMER, C. A. Attitudes and Psychological Factors Associated With News Monitoring, Social Distancing, Disinfecting, and Hoarding Behaviors Among US Adolescents During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. **JAMA Pediatrics**, v. 174, n. 12, p. 1184, 1 dez. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Orientações para a aplicação de medidas de saúde pública não farmacológicas a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade no contexto da COVID-19.** Washington, D.C. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53194>. Acesso em: 11 ago. 2021.

PACKER, D. J.; UNGSON, N. D.; MARSH, J. K. Conformity and reactions to deviance in the time of COVID-19. **Group Processes & Intergroup Relations**, v. 24, n. 2, p. 311–317, 1 fev. 2021.

PEIXOTO, S. V. et al. Comportamentos em saúde e adoção de medidas de proteção individual durante a pandemia do novo coronavírus: iniciativa ELSI-COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00195420, 13 nov. 2020.

PFATTHEICHER, S. et al. The Emotional Path to Action: Empathy Promotes Physical Distancing and Wearing of Face Masks During the COVID-19 Pandemic. **Psychological Science**, v. 31, n. 11, p. 1363–1373, 1 nov. 2020.

PHAN, T. Genetic diversity and evolution of SARS-CoV-2. **Infection, Genetics and Evolution**, v. 81, p. 104260, 1 jul. 2020.

PILATI, R.; LAROS, J. A. Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 23, p. 205-216, 2007.

QIU, J. et al. A nationwide survey of psychological distress among Chinese people in the COVID-19 epidemic: implications and policy recommendations. **General Psychiatry**, v. 33, n. 2, 6 mar. 2020.

R CORE TEAM. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, 2021. URL <https://www.R-project.org/>.

RIBEIRO, F.; LEIST, A. Who is going to pay the price of COVID-19? Reflections about an unequal Brazil. **Int J Equity Health**, v. 19, n. 91, 2020. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01207-2>

ROSSEEL, Y. Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. **Journal of Statistical Software** . v. 48, n. 2, pp. 1–36, 2012.

SANTOS, J. P. C. et al. Vulnerabilidade a formas graves de COVID-19: uma análise intramunicipal na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00075720, 18 maio 2020.

SANTOS, J. A. F. COVID-19, causas fundamentais, classe social e território. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, 2020.

SANTOS, M. O. S. et al. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de COVID-19–Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, 2021.

- SATTAR, N.; MCINNES, I. B.; MCMURRAY, J. J. V. Obesity Is a Risk Factor for Severe COVID-19 Infection: Multiple Potential Mechanisms. **Circulation**, v. 142, n. 1, p. 4–6, 7 jul. 2020.
- SILVA, A. H. A Influência do estilo de vida nas escolhas de transporte : uma análise de classes latentes. 2013. 232 f. Tese (Doutorado em Transportes) - Faculdade de Tecnologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- SILVA, C. E. M. DA et al. Influência das condições de bem-estar domiciliar na prática do isolamento social durante a Pandemia da COVID-19. **Journal of Health & Biological Sciences**, v. 8, n. 1, p. 1, 14 ago. 2020.
- SILVA, F. C. DA et al. Isolamento social e a velocidade de casos de COVID-19: medida de prevenção da transmissão. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, 26 mar. 2021.
- SOARES, F. M. M. et al. Fatores associados à vulnerabilidade da não adesão do distanciamento social de trabalhadores na COVID-19. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 93, p. e020003–e020003, 18 ago. 2020.
- SOARES K. H. D. et al. Medidas de prevenção e controle da COVID-19: revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 2, p. e6071, 5 fev. 2021.
- DE SOUZA, Cicera Eduarda Almeida et al. Incidência da depressão em jovens durante o isolamento social. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 10, p. e303111032448–e303111032448, 2022.
- SZWARCWALD, C. L. et al. Adesão às medidas de restrição de contato físico e disseminação da COVID-19 no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, p. e2020432, 6 nov. 2020.
- TIAN, H. et al. An investigation of transmission control measures during the first 50 days of the COVID-19 epidemic in China. **Science**, v. 368, n. 6491, p. 638–642, 8 maio 2020.
- VIEIRA, K. M. et al. Vida de Estudante Durante a Pandemia: Isolamento Social, Ensino Remoto e Satisfação com a Vida. **EaD em Foco**, v. 10, n. 3, 22 set. 2020.
- VIGNOLA, R. C. B.; TUCCI, A. M. Adaptation and validation of the depression, anxiety and stress scale (DASS) to Brazilian Portuguese. **Journal of Affective Disorders**, v. 155, p. 104–109, fev. 2014.
- WANG, C. et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, p. 1729, jan. 2020a.
- WANG, L. et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: Characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. **Journal of Infection**, v. 80, n. 6, p. 639–645, 1 jun. 2020b.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00068820, 2020.

WRIGHT, A. L. et al. Poverty and economic dislocation reduce compliance with COVID-19 shelter-in-place protocols. **Journal of Economic Behavior & Organization**, v. 180, p. 544–554, 1 dez. 2020.

YGNATIOS, N. T. M. et al. Predisposição a formas graves de COVID-19 e adesão às medidas de prevenção: o papel do apoio social. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1863–1872, 28 maio 2021.

ZHOU, F. et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. **The Lancet**, v. 395, n. 10229, p. 1054–1062, 28 mar. 2020.

ZHU, N. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **New England Journal of Medicine**, v. 382, n. 8, p. 727–733, 20 fev. 2020.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

Este questionário busca entender aspectos emocionais e comportamentais durante a pandemia entre estudantes de graduação e entre 18 e 35 anos residentes no estado do Rio de Janeiro.

O questionário corresponde à dissertação de mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca de Tatiane Verissimo, orientadas pelas professoras dra. Claudia Pereira e dra. Mirna Teixeira e a pesquisadora Michelle Bernardino, avaliado pelo comitê de ética em pesquisa.

Todas as suas respostas são anônimas e você pode sair do questionário no momento que desejar. O uso dos dados serão somente para fins científicos.

Por favor, leia o termo de consentimento livre e esclarecido e marque a opção desejada.

- Li o termo de consentimento livre e esclarecido e aceito participar da pesquisa*
- Li o termo de consentimento livre e esclarecido e **não** aceito participar da pesquisa*

Para participar desta pesquisa, é necessário que você esteja dentro dos seguintes critérios. Por favor, assinale as alternativas que correspondam:

- Sou aluno(a) de graduação*
- Tenho entre 18 e 35 anos*
- Resido no estado do Rio de Janeiro*

(Segunda página)

1. Em qual região do estado do Rio de Janeiro você reside?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) | <input type="radio"/> Região Serrana |
| <input type="radio"/> Região Noroeste | <input type="radio"/> Região Centro-Sul |
| <input type="radio"/> Região Norte | <input type="radio"/> Região do Médio Paraíba |
| <input type="radio"/> Região das Baixadas Litorâneas | <input type="radio"/> Região da Costa Verde |

2. Gênero

- Feminino
- Masculino
- Outro, qual?

3. Cor ou raça:

- Branco
 - Preto
- Pardo
- Indígena
- Amarelo

4. Estado civil:

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- União Estável
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)

5. Idade (campo aberto):**6. Além de estudante, você possui outra ocupação? Se sim, qual? (PODE MARCAR****MAIS DE UMA OPÇÃO):**

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Dona de casa | <input type="radio"/> Trabalho com carteira assinada |
| <input type="radio"/> Estagiário(a) remunerado(a) | <input type="radio"/> Trabalho sem carteira assinada |
| <input type="radio"/> Estagiário(a) não remunerado(a) | <input type="radio"/> Empresário(a) |
| <input type="radio"/> Servidor(a) Público(a) | <input type="radio"/> Desempregado(a) |
- Outro, qual? (se tiver outra resposta clique aqui) _____

7. Como a pandemia COVID-19 afetou sua ocupação?

- Continuo no mesmo emprego com o mesmo salário
- Continuo no mesmo emprego, mas com redução de salário
- Mudei de emprego
- Comecei a trabalhar após o início da pandemia

- Fiquei desempregado
- Não trabalhava antes e continuei sem trabalhar

8. Você tem alguma fonte de renda atualmente?

- | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> | Salário | <input type="radio"/> | Auxílio emergencial |
| <input type="radio"/> | Pensão | <input type="radio"/> | Bolsa Família |
| <input type="radio"/> | Bolsa de estudos | <input type="radio"/> | Outro benefício |
| <input type="radio"/> | Aluguel | <input type="radio"/> | Não tenho renda própria |
| <input type="radio"/> | Salário maternidade - | <input type="radio"/> | Rendimento de trabalhos por conta |
| <input type="radio"/> | Licença maternidade | <input type="radio"/> | própria |
| <input type="radio"/> | Recebo ajuda financeira de | <input type="radio"/> | Outro, |
| | amigos ou familiares | <input type="radio"/> | qual? _____ |

9. Qual é a renda total do seu lar (faixa salarial)?

- Até 1.100 reais.
- Entre 1.001 e 2.200 reais
- Entre 2.201 e 4.400 reais
- Entre 4.401 e 11.000 reais
- Entre 11.001 e 22.000 reais
- Acima de 22.001 reais

10. Atualmente, qual é o seu curso de graduação (ex. Engenharia)? (campo aberto)

11. Qual é a sua instituição de ensino?

- Pública
- Privada

12. Qual é o nome da sua instituição de ensino? (campo aberto)

13. Onde é a sede da sua instituição de ensino?

- | | | | |
|-----------------------|---|-----------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> | Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) | <input type="radio"/> | Região Serrana |
| <input type="radio"/> | Região Noroeste | <input type="radio"/> | Região Centro-Sul |
| <input type="radio"/> | Região Norte | <input type="radio"/> | Região do Médio Paraíba |

- Região das Baixadas Litorâneas Região da Costa Verde
- Fora do estado do RJ. Onde?

14. Nesse momento, o meu curso está na modalidade de ensino:

- Remoto emergencial
- Ensino Educacional à Distância (EAD)
- Presencial
- Híbrido
- Outro, qual?

15. Aproximadamente, em qual data você começou o seu curso atual (mês/ano, ex. Março/2020)? (campo aberto)

16. Quantas pessoas, incluindo você, moram no seu domicílio?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou mais

17. Você tem alguém sob o seu cuidado (ex. crianças, idosos, deficientes)?

- Sim
- Não

18. Você tem filho(s)?

- Sim
- Não

(Filtro: somente pessoas que marcam “sim” recebem as perguntas 18.X)

18.1 Quantos filhos?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6 ou mais

18.2 Algum deles é menor de idade?

- Sim
- Não

18.3 Nesse momento, como está o tipo de ensino do seu filho(a)?

- Remoto
- Presencial
- Híbrido
- Está exclusivamente fazendo aulas particulares em domicílio
- Não está matriculado em nenhuma instituição
- Outro

19. Durante a pandemia, os afazeres domésticos aumentaram para você?

- Sim
- Não

20. Desde 2020 (início da pandemia) até o momento você teve COVID-19?

- Não
- Sim, com sintomas leves
- Sim, com sintomas graves porém sem internação
- Sim, com internação
- Sim, porém assintomático

21. Algum familiar foi infectado por COVID-19?

- Não
- Sim, com sintomas leves
- Sim, com sintomas graves porém sem internação
- Sim, com internação
- Sim, porém assintomático

22. Você já foi vacinado?

- Não, e não quero me vacinar
- Não, porém, vou me vacinar
- Sim, com uma dose (vacinação parcial)
- Sim, dose completa

23. Perdeu alguém para a doença COVID-19? (Pode marcar mais de uma opção)

- Não
- Sim, pessoas conhecidas
- Sim, pessoa(s) que considero próximas
- Sim, pessoa(s) que considero muito próximas

24. Algum(a) médico(a) já lhe deu o diagnóstico de alguma dessas doenças (mesmo antes da pandemia)? (pode marcar mais de uma opção de resposta)

- | | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Nenhuma das doenças
abaixo | <input type="radio"/> | Transtorno Bipolar |
| <input type="radio"/> | Diabetes | <input type="radio"/> | Transtorno de ansiedade |
| <input type="radio"/> | Hipertensão | <input type="radio"/> | Transtorno Obsessivo
Compulsivo (TOC) |
| <input type="radio"/> | Doença do coração | <input type="radio"/> | Transtorno de Estresse
Pós-traumático (TEPT) |
| <input type="radio"/> | Derrame ou Acidente
Vascular Cerebral (AVC) | <input type="radio"/> | Alcoolismo |
| <input type="radio"/> | Asma | <input type="radio"/> | Uso prejudicial de drogas |
| <input type="radio"/> | Enfisema pulmonar | <input type="radio"/> | Câncer |
| <input type="radio"/> | Doença Pulmonar
Obstrutiva Crônica (DPOC) | <input type="radio"/> | Artrite ou Reumatismo |
| <input type="radio"/> | Bronquite crônica | <input type="radio"/> | Insuficiência Renal Crônica |
| <input type="radio"/> | Depressão | <input type="radio"/> | Obesidade |
| | | <input type="radio"/> | Outra (especifique) |

25. Usa remédios psiquiátricos? (ex. remédio para a ansiedade, antidepressivo, etc)

- Desde antes da pandemia
- Comecei durante a pandemia
- Não faço uso
- Uso foi intensificado durante a pandemia

26. Faço psicoterapia

- Desde antes da pandemia
- Comecei durante a pandemia
- Não faço

(Terceira página)

Por favor, leia cada uma das afirmações abaixo e marque a resposta que melhor se aplica a você. Não existem respostas certas nem erradas.

27. Em geral, como foi ou tem sido para você a experiência de aulas online?

- Muito ruim
- Ruim,
- Indiferente
- Boa
- Muito boa

28. Por favor, leia cada afirmativa e marque um dos números (0, 1, 2, ou 3) que indique quanto a afirmativa aconteceu a você na última semana. Não há respostas certas ou erradas. Não gaste muito tempo em nenhuma das afirmativas

0	1	2	3
Não aconteceu comigo nessa semana	Aconteceu comigo algumas vezes na semana	Aconteceu comigo em boa parte da semana	Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana

Achei difícil me acalmar	0	1	2	3
Senti minha boca seca	0	1	2	3
Não consegui vivenciar nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
Tive dificuldade em respirar em alguns momentos (ex. respiração ofegante, falta de ar, sem ter feito nenhum esforço físico)	0	1	2	3
Achei difícil ter iniciativa para fazer as coisas	0	1	2	3
Tive a tendência de reagir de forma exagerada às situações	0	1	2	3
Senti tremores (ex. nas mãos)	0	1	2	3
Senti que estava sempre nervoso	0	1	2	3
Preocupe-me com situações em que eu pudesse entrar em pânico e parecesse ridículo (a)	0	1	2	3
Senti que não tinha nada a desejar	0	1	2	3
Senti-me agitado	0	1	2	3
Achei difícil relaxar	0	1	2	3
Senti-me depressivo (a) e sem ânimo	0	1	2	3

Fui intolerante com as coisas que me impediam de continuar o que eu estava fazendo	0	1	2	3
Senti que ia entrar em pânico	0	1	2	3
Não consegui me entusiasmar com nada	0	1	2	3
Senti que não tinha valor como pessoa	0	1	2	3
Senti que estava um pouco emotivo/sensível demais	0	1	2	3
Sabia que meu coração estava alterado mesmo não tendo feito nenhum esforço físico (ex. aumento da frequência cardíaca, disritmia cardíaca)	0	1	2	3
Senti medo sem motivo	0	1	2	3
Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3
Tenho me sentido sozinho(a)	0	1	2	3
Sinto falta de ter companhias	0	1	2	3
Não tenho pessoas que me dêem suporte e afeto	0	1	2	3
Sou muito diferente dos outros	0	1	2	3
Sinto-me afastado(a) ou desligado(a) dos outros	0	1	2	3

Meu consumo de bebida alcoólica (ou outras drogas) aumentou durante a pandemia	0	1	2	3
Estou comendo mais durante a pandemia	0	1	2	3
Passei mais tempo vendo TV durante a pandemia	0	1	2	3
Tenho dormido mais durante a pandemia	0	1	2	3

29. No último mês, com que frequência você:

	Não aconteceu comigo nessa semana	Aconteceu comigo algumas vezes na semana	Aconteceu comigo em boa parte da semana	Aconteceu comigo na maior parte do tempo da semana
Teve pesadelo	0	1	2	3
Teve o sono interrompido	0	1	2	3
Teve insônia	0	1	2	3
Teve um sono satisfatório	0	1	2	3
Sentiu medo de contrair a doença COVID-19	0	1	2	3
Sentiu medo de não sobreviver caso contraísse a	0	1	2	3

doença COVID-19

Sentiu medo de perder pessoas queridas por causa da COVID-19	0	1	2	3
--	---	---	---	---

30. No último mês, com que frequência você:

	Mais de uma vez ao dia	Uma vez ao dia	Ao menos 3 vezes por semana	Ao menos 1 vez por semana	Raramente ou nunca
Consumiu notícias sobre COVID-19	1	2	3	4	5

Busquei ativamente notícias sobre COVID-19	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

Pratiquei atividades de relaxamento e diminuição de estresse (ex. meditação, yoga, aromaterapia, técnicas de respiração).	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Caminhei ao ar livre	1	2	3	4	5
----------------------	---	---	---	---	---

Me alimentei de forma	1	2	3	4	5
-----------------------	---	---	---	---	---

saudável

Conversei com amigos

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Pratiquei atividade física

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

31. Tente se lembrar dos primeiros meses da pandemia. Por quanto tempo você...

	Em nenhum momento	De 1 mês a 3 meses	Ao menos 6 meses	Entre 6 meses e 1 ano	Até o momento
Você esteve fazendo isolamento social absoluto, ou seja, não saía de casa (o que pode incluir raras exceções como ir ao mercado ou farmácias)?	1	2	3	4	5
Você evitou encontrar amigos?	1	2	3	4	5
Você usou máscara em lugares públicos?	1	2	3	4	5
Você fez uso de álcool em gel com maior frequência?	1	2	3	4	5

Agora, vamos perguntar sobre os seus hábitos, no momento atual da pandemia. Não existem respostas certas nem erradas, por favor, responda com a maior transparência possível.

32. Pense no último mês até o momento presente. Em geral...

	Sim	Não
Você está fazendo isolamento social absoluto, ou seja, não sai de casa (o que pode incluir raras exceções como ir ao mercado ou farmácias)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você tem saído de casa por razões de trabalho ou estudos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você tem saído de casa para cuidar de pessoas que precisam da sua ajuda?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você usa máscara quando está em espaços públicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você usa máscara somente em condições obrigatórias (ex. em locais onde é obrigatório)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você usa máscara quando encontra com familiares e amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você usa máscara quando está na sua casa com pessoas que moram com você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você usa máscara quando está na sua casa com alguém de fora que realiza serviços? (ex. faxineira)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você usa máscara no transporte público?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você se incomoda quando vê alguém sem máscara?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você usa máscara quando está sozinho(a) em casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Você lava as compras do mercado?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Você usa álcool em gel fora de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Você leva o seu próprio álcool gel quando sai de casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Você evita tocar em superfícies de locais públicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Você toma banho depois de chegar da rua com o propósito de retirar possíveis vestígios do vírus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Você dividiu itens de uso pessoal com pessoas que não moram com você (como bebidas ou comida)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Você foi a reuniões sociais com familiares que não moram na sua casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Você foi a reuniões sociais com amigos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Você evita reuniões sociais com pessoas que não moram na sua casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Você evita festas, baladas ou shows com grande quantidade de pessoas desconhecidas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Você EVITA abraçar, dar apertos de mão ou beijar pessoas que não moram na sua casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------

Você RECUSA abraçar, dar apertos de mão ou beijar pessoas que não moram na sua casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
---	-----------------------	-----------------------

Você deixa de passar por lugares que estejam com muitas pessoas?

Você deixa de usar o transporte público por medo da COVID-19?

Você deixa de sair para parques e praças ao ar livre por medo da COVID-19?

Você fez exercícios físicos em ambiente fechado fora da sua casa?

Me sinto a vontade de ir em festas onde é exigida a testagem de COVID.

Sinto confiança para encontrar com pessoas desconhecidas em encontros sociais.

Desfiz amizades com pessoas que tiveram atitudes ou posicionamentos diferentes dos meus referentes à pandemia.

34. Quão de acordo você está com as afirmativas a seguir (discordo totalmente, discordo, não discordo nem concordo, concordo, concordo totalmente)

1	2	3	4	5
Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

Minha família me incentiva a usar máscara sempre que necessário. 1 2 3 4 5

É importante para a minha família que eu use máscara sempre que necessário. 1 2 3 4 5

APÊNDICE B – Registro de Consentimento Livre e Informado



REGISTRO DO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (RCLE)



Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“A sintomatologia da solidão: aspectos psicossociais decorrentes da pandemia COVID-19 em estudantes universitários”**, desenvolvida por Tatiane Veríssimo, discente de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), e pela equipe composta pela discente Michelle Bernardino sob orientação das Professoras Dras. Claudia Pereira e Mirna Teixeira.

Qual é o propósito desta pesquisa?

O objetivo central do estudo é investigar os aspectos psicossociais decorrentes da pandemia em estudantes de graduação, no período da COVID-19, considerando os fatores protetores, estressores e a sintomatologia da solidão

Quem pode participar desta pesquisa?

Alunos(as) de qualquer curso de graduação que sejam residentes no estado do Rio de Janeiro, que sejam maiores de 18 anos e que tenham até 35 anos. Os alunos de graduação foram escolhidos por ser um grupo que foi pouco estudado durante a pandemia de COVID-19 e que, ao mesmo tempo, foram muito afetados pelas medidas não farmacológicas de saúde pública (ex. isolamento social). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Em que consiste a sua participação?

Você participará respondendo um questionário virtual, com perguntas que descrevem as suas condições de vida, hábitos de vida, sensações percebidas no último período de tempo, condições psicológicas e atitudes frente a medidas de saúde pública para lidar com o novo corona vírus.

Confidencialidade e Privacidade:

As respostas serão baixadas da plataforma online e armazenadas em arquivos digitais, no computador dos membros da equipe de pesquisa, onde somente estes terão acesso. Não será armazenado nenhum dado que permita a sua identificação pessoal, sendo toda a sua participação **anônima**. Ao final da pesquisa, todo material será mantido permanentemente em um banco de dados de pesquisa, com acesso restrito, sob a responsabilidade da equipe de pesquisa aqui citada, para utilização em pesquisas futuras a serem submetidas a avaliação do Comitê de Ética.

Em que consiste a sua participação?

Você participará respondendo um questionário virtual, com perguntas que descrevem as suas condições de vida, hábitos de vida, sensações percebidas no último período de tempo e atitudes frente a medidas de saúde pública para lidar com o novo corona vírus. Este estudo não acarretará em nenhum custo financeiro para o(a) participante.

Quanto tempo dura a sua participação?

Estima-se que você tomará em torno de 15 minutos para responder a todo o questionário.

Quais são os benefícios de se participar desta pesquisa?

Este estudo visa aumentar a compreensão de como a pandemia afetou os estudantes de graduação, uma população que foi pouco estudada e que esteve especialmente tensionada pela suspensão das aulas. Assim, ao participar desta pesquisa, você poderá contribuir com o conhecimento científico sobre esta área. Além disso, ao responder o questionário, é possível refletir sobre sua experiência pandêmica, o que pode também ser uma experiência terapêutica para você.

Quais são os riscos de se participar desta pesquisa?

Por haver perguntas de caráter pessoal, e por conter a temática da COVID-19, você pode se sentir afetado(a) emocionalmente durante o questionário. Frente a isto, ressalta-se que você pode

abandonar a participação a qualquer momento caso sinta a necessidade. Além disso, as pesquisadoras manterão a total confidencialidade em relação a qualquer informação obtida neste estudo. Portanto, nunca pediremos informações que permitam a identificação individual (como nome, ou número da documentação), assim como os dados serão analisados de maneira coletiva e não individual. Informações não fornecidas por você (por exemplo, IP) serão deletados imediatamente após o download da base de dados, sendo, portanto, impossível identifica-lo(a) individualmente.

Divulgação dos resultados:

Você poderá solicitar do pesquisador informações sobre os resultados da pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Registro. Além disso, prepararemos um informe com os principais resultados sobre a condição de vida e saúde mental de nossos participantes e enviaremos a todas as instituições cujos alunos participaram de nosso estudo. Desta maneira, a sua instituição de ensino poderá saber a condição da saúde mental dos estudantes universitários que participaram de nossa pesquisa. É importante ressaltar que mostraremos os dados da média geral de estudantes e será impossível identificar as respostas de um(a) aluno(a) em particular.

É uma obrigação participar? Pode se arrepender depois de participar?

Sua participação é voluntária, e você NÃO é obrigado(a) de forma alguma a participar deste estudo. Mesmo que você concorde em participar, você pode parar de fazê-lo a qualquer momento sem repercussões. No entanto, em caso de desistência após haver aceitado participar, não será possível a retirada de suas respostas do banco de dados, uma vez que o questionário é anônimo.

Com quem você pode entrar em contato para saber mais sobre este estudo ou se você tem alguma dúvida?

Se você tiver alguma dúvida sobre esta pesquisa, ou quiser saber mais informações, você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável através do e-mail tativerissimo.sm@gmail.com.

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê é formado por um grupo de pessoas que têm por objetivo defender os interesses dos participantes das pesquisas em sua integridade e dignidade e assim, contribuir para que sejam seguidos padrões éticos na realização de pesquisas.

Tel do CEP/ENSP: (21) 2598-2863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões,
1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-210

Horário de atendimento ao público: das 9h às 16h”.

Acesse <https://cep.ensp.fiocruz.br/participante-de-pesquisa> para maiores informações.

Por favor, imprima, ou arquive este documento (com captura de tela, por exemplo) para que você tenha o registro dos contatos do pesquisador e do CEP.

- Li o termo de consentimento livre e esclarecido e aceito participar da pesquisa
- Li o termo de consentimento livre e esclarecido e **NÃO** aceito participar da pesquisa