



Fatores relacionados à percepção do risco de adoecer por COVID-19 em adultos da Região Sudeste

Factors related to the perception of the risk of getting sick from COVID-19 in adults in the Southeast Region

Marcela de Abreu Moniz¹, Cleber Nascimento do Carmo², Lidia Santos Soares³, Carolina de Alcantara Campos⁴, Beatriz Cristina de Oliveira Rocha⁴, Emellen Frez Muniz⁴

¹ Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras, Instituto de Humanidades e Saúde, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras (RJ), Brasil; ² Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro (RJ), Brasil; ³ Departamento de Enfermagem de Rio das Ostras, Instituto de Humanidades e Saúde, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras (RJ), Brasil; ⁴ Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras (RJ), Brasil.

Autor correspondente: Marcela de Abreu Moniz. E-mail: marcelamoniz@id.uff.br

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar fatores relacionados à percepção do risco de adoecer por COVID-19 em adultos da Região Sudeste. Estudo transversal, *websurvey*, realizado com amostra de 2.477 residentes da Região Sudeste. Foi empregada a análise de correspondência múltipla para ilustrar graficamente as relações entre os padrões de respostas; e o teste *t* de student para comparação entre médias. Homens, com ensino médio e 40 anos ou mais de idade demonstraram percepção de risco baixo de adoecer pela COVID-19. A média mais elevada (2,08) da percepção de risco de adoecer foi a dos participantes que tiveram contato próximo com caso suspeito de COVID-19 ($p < 0,001$). Conclui-se que as diferentes técnicas de análise utilizando medidas quantitativas permitiram evidenciar que a percepção de risco elevado de adoecer por COVID-19 relacionou-se com a experiência de contato próximo com caso suspeito da doença.

Palavras-chave: COVID-19. Percepção. Risco.

ABSTRACT

The objective of this study was to identify factors related to the perception of risk of getting sick from COVID-19 in adults in the Southeast Region. This is a cross-sectional, *websurvey* study, conducted with a sample of 2,477 residents of the Southeast Region. Multiple correspondence analyses were employed to graphically illustrate relationships among response patterns; and Student's *t* test for comparison of means. It was observed that, men, with high school education, and 40 years of age or older showed low risk perception of getting sick by COVID-19. The highest mean (2.08) perceived risk of becoming ill was among participants who had close contact with a suspected case of COVID-19 ($p < 0.001$). It is concluded that the different techniques of analysis using quantitative measures allowed evidence that the perception of high risk of becoming ill with COVID-19 was related to the experience of close contact with a suspected case of the disease.

Keywords: COVID-19. Perception. Risk.

Recebido em Novembro 23, 2020
Aceito em Janeiro 20, 2021

INTRODUÇÃO

A *Coronavirus Disease 19* (COVID-19) caracteriza-se como um risco à saúde global extremamente desafiador e complexo. Isso ocorre em razão do seu caráter pandêmico e das incertezas inerentes a sua transmissibilidade, gravidade, tratamento bem como a capacidade de mutação, infectividade e patogenicidade de seu agente etiológico, SARS-CoV-2, que gera novas linhagens e variantes¹.

A oscilação da situação epidemiológica em relação ao número de casos e óbitos por COVID-19 no Brasil indica a importância da compreensão acerca dos aspectos relativos à percepção pública de riscos originados por essa ameaça à saúde. Isso porque essa percepção pode afetar tanto o cumprimento das medidas preventivas não farmacológicas pela população quanto as estratégias de enfrentamento e controle dessa pandemia¹⁻².

A avaliação da percepção humana sobre os riscos deve considerar aspectos já fundamentados em literatura científica, assim como fatores pessoais, sociais e culturais, conhecimento e experiências das populações expostas ao risco, além das características inerentes ao próprio risco³.

Nesse contexto, as percepções das populações afetadas pelos riscos constituem-se em componentes indispensáveis ao processo de gerenciamento de riscos. Elas podem ser utilizadas como indicadores de vulnerabilidade e resiliência em saúde, subsidiando ações e

respostas efetivas, tomada de decisão e formulação de políticas públicas para manejo de emergências em saúde pública³.

Todavia, existem ainda lacunas de conhecimento sobre aspectos que podem interferir na percepção e comunicação de riscos da COVID-19 e de outras possíveis doenças epidêmicas respiratórias entre diferentes grupos populacionais¹. Considerando esse contexto no Brasil, o objetivo do presente estudo foi identificar fatores relacionados à percepção do risco de adoecer por COVID-19 em adultos da Região Sudeste.

METODOLOGIA

DESENHO, PERÍODO E LOCAL DO ESTUDO

Estudo transversal, *websurvey*, observacional, realizado com base na aplicação de um formulário disseminado por meio de seu link gerado no Google Forms, via aplicativos (WhatsApp e Messenger) e redes sociais (Instagram e Facebook). O formulário on-line continha: um texto em que se explicava sobre a pesquisa e era feito convite para participação dela; e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após aceite, o participante tinha acesso ao formulário on-line.

A coleta de dados foi realizada entre o período de 07 de julho a 28 de agosto de 2020. O estudo foi norteado pelos itens da ferramenta

Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): cross-sectional studies.

POPULAÇÃO, AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

No Brasil, os registros dos primeiros casos e óbitos pela COVID-19 ocorreram nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro; e justamente o Sudeste vem apresentando tendência de permanecer como a região brasileira com o maior número de casos e óbitos notificados⁴. Baseado nesse cenário, a população dessa região foi selecionada para o presente estudo, com abrangência de todos os seus estados: Rio de Janeiro, São Paulo, Espírito Santo e Minas Gerais.

Para cálculo do tamanho da amostra representativa ($n = 2.401$), foram adotados procedimentos recomendados para populações finitas de amostragem aleatória simples, sem reposição. Utilizou-se nível de confiança de 95%, erro amostral de 2%, proporção esperada de 50%, população total de 69.085.000 pessoas, segundo estimativa de pessoas acima dos 18 anos de idade dos quatro estados da Região Sudeste do Brasil pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁵, referente ao terceiro trimestre de 2020.

Foi alcançado um n amostral de 2.477 participantes. Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: possuir idade a partir dos 18 anos; utilizar algum equipamento digital com acesso à internet; ser residente da Região Sudeste do Brasil.

VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável-desfecho (dependente) foi “percepção de risco de adoecer pela COVID-19”, contudo, para fins de comparação de médias, também foi utilizada a variável dependente “percepção de risco de desenvolver forma grave de COVID-19”. As variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, nível de escolaridade, renda familiar mensal, profissão, contato próximo com caso suspeito, percepção de risco de familiar adoecer pela COVID-19 e percepção de risco de desenvolver forma grave de COVID-19.

Para avaliar a experiência com tal doença, os participantes foram questionados: “Você tem ou já teve contato próximo com alguma pessoa que estivesse com suspeita de COVID-19? Não; sim”. Para avaliar a percepção de risco de adoecer pela COVID-19, foi perguntado: “Qual é a chance de você ficar doente pela COVID-19? Elevada, moderada, baixa, nenhuma”; “Qual é a chance de um familiar que reside em sua casa ficar doente pela COVID-19? Elevada, moderada, baixa, nenhuma”. Para avaliar a percepção de risco de gravidade da COVID-19, questionou-se: “Qual é a chance de uma pessoa que tem COVID-19 desenvolver uma forma grave da doença? Elevada, moderada, baixa, nenhuma”.

ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram analisados utilizando o software IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 24.0.

Inicialmente, realizou-se a análise estatística descritiva com apresentação de frequências absolutas e relativas e intervalos de confiança de 95% das variáveis categóricas. Para investigar discordâncias entre os respondentes, o teste *t* de *student* foi conduzido para comparar diferenças entre as médias de percepção de risco (Tabela 2), considerando como significância estatística um valor de *p* menor que 0,05. Para cálculo das médias, os níveis de valoração correspondentes às respostas categóricas das variáveis “percepção de risco de adoecer pela COVID-19”, “percepção de risco de desenvolver forma grave da COVID-19” e “percepção positiva de risco de familiar adoecer pela COVID-19” foram: 0 – nenhum; 1 – baixo; 2 – moderado; e 3 – elevado. Foram consideradas as respostas “moderado” e “elevado” para cálculo da média e da proporção de participantes com percepção positiva sobre o risco de familiar adoecer pela COVID-19.

Finalmente, a Análise de Correspondência Múltipla (ACM) foi utilizada para ilustrar graficamente as relações entre os diferentes padrões de respostas dos participantes. Essa técnica de análise multivariada visa explorar relações entre variáveis categóricas por meio da estruturação de uma matriz de dados, na qual se pode observar a localização de categorias de resposta em um mesmo sistema de eixos/dimensões em um gráfico e medir o grau de associação dessas variáveis dispostas em tabelas de contingência⁶.

Os dois eixos gerados, denominados de Dimensões 1 e 2, são constituídos por estimativas de autovalores e inércia (variância) de cada variável. No gráfico gerado, chamado “mapa perceptual”, quando os participantes possuem características semelhantes ou suas respostas são similares, nota-se maior proximidade geométrica entre as categorias de estudo e, portanto, a formação de grupos⁶.

ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa na área de Humanas da Universidade Federal Fluminense, em 03 de julho de 2020, obedecendo às normas nacionais de ética em pesquisas envolvendo seres humanos.

RESULTADOS

No total, 2.477 participantes foram avaliados. A média da idade foi de 31,2 anos (DP = 12), com mínima de 18 e máxima de 80 anos. Como pode ser observado na Tabela 1, a maior parte era de mulheres (70,2%), tinha ensino superior (71,4%), com faixa de renda mensal de até 2 salários mínimos (37,7%) tipo de profissão não especificado (50,8%). A maioria, 53,2%, referiu ter tido contato próximo com caso suspeito de COVID-19. A média da quantidade de pessoas que vivia na mesma casa foi de 3,3 (DP = 1,3), apresentando mínimo de 1 e máximo de 12 pessoas.

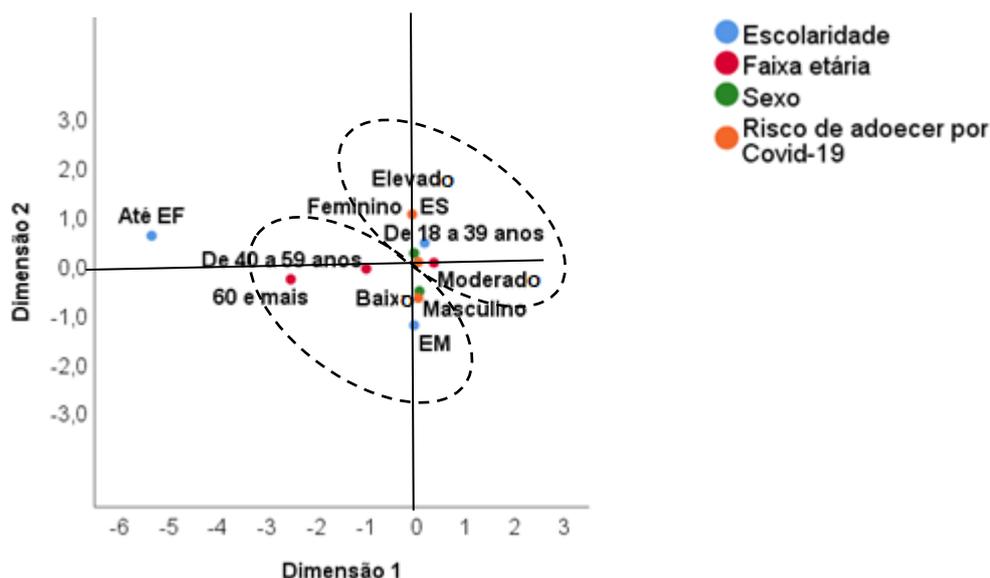
Tabela 1. Caracterização da amostra do estudo, segundo fatores socioeconômicos, contato próximo com caso suspeito de COVID-19, percepção de risco de adoecer pela COVID-19 e percepção de risco de desenvolver forma grave da COVID-19 - Região Sudeste do Brasil, 2020, (n= 2.477)

Características sociodemográficas	N (%)	IC95%
Sexo		
Feminino	1740 (70,2)	68,8-72,1
Masculino	737 (29,8)	27,9-31,6
Faixa etária		
18-39 anos	1893 (76,4)	74,8-78,0
40-59 anos	510 (20,6)	19,0-22,2
60 ou mais anos	74 (3,0)	2,3-3,7
Nível de escolaridade		
Até ensino fundamental	56 (2,3)	1,7-2,9
Ensino médio	653 (26,4)	24,6-28,1
Ensino superior	1768 (71,4)	69,6-73,2
Faixa de renda mensal		
Até 2 salários mínimos	935 (37,7)	35,7-39,8
Entre 2 e 4 salários mínimos	762 (30,8)	28,9-32,7
Entre 4 e 8 salários mínimos	508 (20,5)	19,0-22,0
Mais de 8 salários mínimos	272 (11,0)	9,8-12,3
Profissão		
Estudante	643 (26,0)	27,3-31,2
Profissional da saúde	279 (11,3)	11,3-14,1
Profissional autônomo	115 (4,6)	4,3-6,2
Aposentado (a)	46 (1,9)	1,5-2,7
Outra	1118 (50,8)	48,8-52,7
Contato próximo com caso suspeito de COVID-19		
Sim	1318 (53,2)	51,4-55,2
Não	1159 (46,8)	
Percepção de risco de adoecer pela COVID-19		
Nenhum	80 (3,2)	2,5-4,0
Baixo	890 (35,9)	34,0-37,8
Moderado	907 (36,6)	34,7-38,4
Elevado	600 (24,2)	22,6-26,1
Percepção de risco de desenvolver forma grave de COVID-19		
Nenhum	18 (0,7)	0,4-1,0
Baixo	265 (10,7)	9,5-11,9
Moderado	672 (27,1)	25,4-29,0
Elevado	1522 (61,4)	59,4-63,4

Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 1 refere-se à relação entre percepção de risco de adoecer pela COVID-19 e variáveis sociodemográficas (sexo, nível de escolaridade e faixa etária). Nessa análise de correspondências múltiplas, as duas dimensões explicam 56,9% da variação presente nos dados. Nota-se que aqueles que apresentaram percepção de risco baixo tendem a ser homens, com ensino médio (EM) e com 40 anos ou mais de idade. Outro grupo identificado é aquele

formado por mulheres, com idades compreendidas entre 18 e 39 anos, com percepção de risco moderado ou elevado de adoecimento pela COVID-19 e com ensino superior (ES). Não há indícios de associação dos participantes que apresentam escolaridade “até o ensino fundamental (Até EF)” com as demais variáveis, provavelmente pela sua baixa ocorrência entre os respondentes.



Nota: As variáveis foram categorizadas do seguinte modo: sexo– masculino e feminino; nível de escolaridade – Até EF (ensino fundamental), EM (ensino médio) e ES (ensino superior); faixa etária – de 18 a 39 anos, de 40 a 59 anos e 60 anos ou mais; percepção de risco de adoecer por COVID-19 (baixo, moderado e elevado). *A categoria “nenhum” foi agrupada com a categoria “baixo” para uma visualização consistente do resultado, pois apresentou uma baixa frequência entre os grupos.

Figura 1. Mapa perceptual do risco de adoecer por COVID-19 e variáveis sociodemográficas selecionadas.
Fonte: Dados da pesquisa.

A Figura 2 mostra a relação entre percepção de risco de adoecer pela COVID-19, percepção de risco do familiar intradomiciliar adoecer pela COVID-19 e percepção de risco de gravidade da COVID-19. Nessa análise de correspondências, as duas dimensões explicam 84,3% da variação presente nos dados.

Inicialmente, destaca-se que aqueles participantes que perceberam não haver risco de adoecer pela doença também são os que tendem a crer na inexistência de risco de o familiar da mesma residência adoecer pela COVID-19 e não veem risco de gravidade na doença.

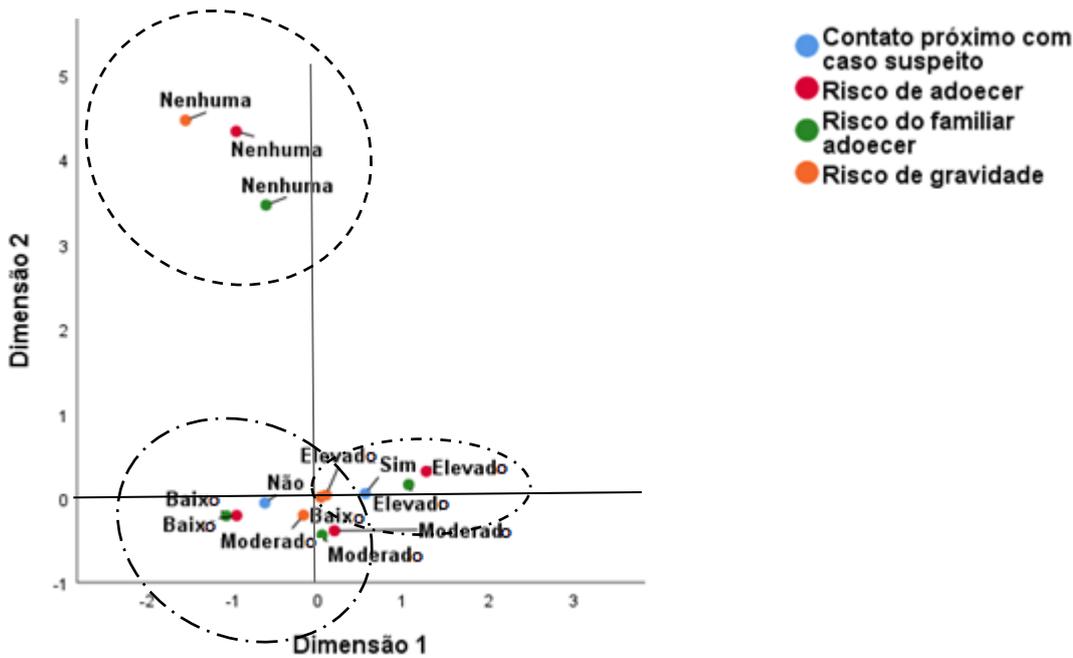


Figura 2. Mapa perceptual do risco de adoecer por COVID-19, risco de o familiar intradomiciliar adoecer, risco de gravidade da doença e contato próximo com caso suspeito.
 Fonte: Dados da pesquisa.

Outros dois grupos foram identificados, porém com proximidade geométrica maior. Os participantes que afirmaram o não contato próximo com caso suspeito dessa doença tendem a ser aqueles que perceberam como baixo ou moderado o risco de adoecimento de si próprios e de seus familiares próximos e o risco de agravamento da doença.

Finalmente, em um terceiro grupo, aqueles cuja afirmação foi de contato próximo com caso suspeito de COVID-19 tendem a ser os mesmos que perceberam como elevado o risco de adoecimento de si e de seus familiares

e o risco de evolução para forma grave da doença.

A Tabela 2, a seguir, demonstra diferenças das percepções de risco entre os grupos. Houve evidências de diferenças significativas nas médias das percepções de risco de adoecer pela COVID-19 entre os respondentes que tiveram contato próximo com caso suspeito da doença; apresentaram nível de escolaridade até o ensino fundamental; e com percepção positiva de risco de um familiar que reside no mesmo domicílio adoecer pela COVID-19.

Tabela 2. Diferenças na percepção de risco de adoecer e de gravidade da COVID-19 entre respondentes segundo sexo, faixa etária, nível de escolaridade, contato próximo com caso suspeito de COVID-19 e percepção positiva de risco do familiar intradomiciliar adoecer pela COVID-19 - Região Sudeste do Brasil, 2020 (n= 2.477)

Variáveis	N (%)	Média e desvio-padrão de percepção de risco	
		Adoecer pela COVID-19	Desenvolver forma grave da COVID-19
Sexo			
Feminino	1740 (70,2)	1,84 (0,83)	2,56 (0,67)***
Masculino	737 (29,8)	1,77 (0,86)	2,34 (0,79)
Faixa etária			
18-39 anos	1893 (76,4)	1,81 (0,83)	2,49 (0,70)*
40-59 anos	510 (20,6)	1,84 (0,86)	2,46 (0,76)
60 ou mais anos	74 (3,0)	1,74 (0,81)	2,68 (0,58)
Nível de escolaridade			
Até ensino fundamental	56 (2,3)	1,66 (1,01)***	2,54 (0,87)***
Ensino médio	653 (26,4)	1,65 (0,85)	2,63 (0,64)
Ensino superior	1768 (71,4)	1,88 (0,82)	2,44 (0,73)
Contato próximo com caso suspeito de COVID-19	1318 (53,2)	2,08 (0,83)***	2,49 (0,71)
Percepção positiva de risco de familiar adoecer pela COVID-19	2353 (95,0)	1,86 (0,80)***	2,50 (0,70)*

Nota: Teste *t* para diferença de médias *** $p < 0,001$; * $p < 0,05$. Para cálculo das médias, a escala de valoração correspondente às respostas categóricas das variáveis “percepção de risco de adoecer pela COVID-19”, “percepção de risco de desenvolver forma grave da COVID-19” e “percepção positiva de risco de familiar adoecer pela COVID-19” foi: 0 – nenhum; 1 – baixo; 2 – moderado; e 3 – elevado. Foram consideradas as respostas “moderado” e “elevado” para cálculo da média e da proporção de participantes com percepção positiva de risco de familiar adoecer pela COVID-19. Fonte: Dados da pesquisa.

A média mais elevada (2,08) que correspondeu à percepção de risco de adoecer pela COVID-19 foi a dos participantes com resposta afirmativa de contato próximo com caso suspeito da doença, com valor de *p* menor que 0,001. A média mais baixa (1,74) foi representada pelo grupo de participantes com 60 anos ou mais, contudo não houve diferença significativa entre os grupos.

Em relação à percepção de risco de cursar para forma grave da COVID-19, observaram-se diferenças estatisticamente significativas nas médias dos participantes do sexo feminino, que possuíam até o ensino fundamental, faixa etária de 18 a 39 anos e daqueles que tiveram percepção positiva de risco de um familiar adoecer pela COVID-19.

A média mais elevada (2,68) da percepção de risco de desenvolver forma grave da doença correspondeu à dos participantes que tinham 60 anos ou mais de idade, enquanto a média mais baixa (2,34) foi a do grupo do sexo masculino - todavia ambas sem diferença estatística significativa.

Nota-se que as diferenças estatísticas significativas nas médias das percepções do risco de adoecer e do risco de desenvolver forma grave da COVID-19 demonstraram similaridade entre os grupos com os fatores: ter nível de escolaridade até o ensino fundamental e percepção positiva de risco de um familiar adoecer pela COVID-19.

DISCUSSÃO

O grupo de respondentes com percepção de risco baixo de adoecer pela COVID-19 caracterizaram-se em homens, com ensino médio e 40 anos ou mais de idade. Um estudo chinês⁷ observou que os idosos se apresentaram menos preocupados em adoecer pela COVID-19 do que os adultos; e, outrossim, um estudo brasileiro mostrou que os idosos tiveram menos medo de se infectarem pelo coronavírus⁸. Em geral, os idosos tendem a negar os riscos à saúde de situações ambientais perigosas, mesmo que tenham experiências de contato com pessoas próximas com suspeita ou confirmação de problemas de saúde resultantes desses perigos³.

As pessoas idosas compõem um grupo de risco elevado de letalidade pela COVID-19, particularmente aqueles que possuem comorbidades clínicas como hipertensão, diabetes, doenças cardíacas e respiratórias e os que residem em localidades pobres⁹.

Mulheres adultas com maior nível de escolaridade demonstraram percepções de risco elevado ou moderado de adoecer pela COVID-19. O sexo feminino, a faixa etária adulta e o maior nível de escolaridade são fatores que vêm sendo relacionados a uma percepção mais adequada de riscos à saúde decorrentes de problemas ambientais³. Adultos podem apresentar maior ansiedade diante da possibilidade de se tornarem infectados e adoecerem pela COVID-19 por entenderem que esta pode afetar drasticamente sua saúde física e mental e/ou sua vida social⁷.

No que se refere ao nível de escolaridade, pressupõe-se que um nível mais elevado de escolaridade possa determinar um conhecimento mais adequado sobre a COVID-19, e isso possa interferir na adoção de medidas sanitárias de proteção individual. Um estudo⁷ apontou que mulheres adultas na faixa etária de 45 a 64 anos apresentaram maior preocupação de desenvolver COVID-19, porém o nível de escolaridade não se mostrou como fator determinante dessa percepção.

O nível de escolaridade pode estar associado ao acesso por meio de recursos e mídias digitais a informações oficiais da COVID-19 fornecidas por órgãos governamentais e instituições científicas¹⁰. Nessa lógica, ressalta-se que a percepção de risco também pode ser afetada, substancialmente, pelas experiências pessoais de acesso às informações sobre o risco disseminadas por fontes de autoridades sanitárias e outras fontes alternativas, bem como amigos e familiares próximos³.

Nesse sentido, reconhece-se que as diferenças de percepção de riscos, de conhecimento e aceitabilidade das medidas de prevenção e controle da COVID-19 podem estar relacionadas às fontes de informações utilizadas pelo indivíduo¹¹.

Em tempos atuais de distanciamento social imposto pela pandemia, as mídias sociais e os aplicativos de troca de mensagens instantâneas (*WhatsApp*, *Messenger*) têm servido como fontes de interlocução direta entre autoridades, especialistas e população para amplificar a veiculação de informações

sobre a COVID-19. No entanto, podem também ser utilizados como recursos para a desinformação pública dos riscos trazidos pela doença¹⁰.

Contudo, as mídias tradicionais (televisão, jornal) continuam sendo alguns dos principais recursos de acesso às informações atualizadas sobre a COVID-19 pela população em geral¹⁰. Esses canais tendem a manter o sensacionalismo, valorizando os riscos, que seguem sendo objetos essenciais do jornalismo e dos diferentes cenários políticos e científicos¹². A forma de veicular os conteúdos sobre essa doença nas mídias sociais pode afetar as emoções e a percepção de riscos¹¹. Sob esse prisma, existem determinantes de ordem social, cultural, histórica, pessoal (inclusive, emocional) que podem influenciar os significados e as interpretações dos indivíduos e coletividades sobre o risco³.

Destarte, nota-se que existe um padrão nas respostas: os participantes que tiveram percepção de risco elevado de adoecer, de algum familiar adoecer e de desenvolvimento de forma grave pela COVID-19 foram aqueles que tiveram experiência de contato próximo com outras pessoas com suspeita da doença.

A percepção de chance de adoecimento de um familiar pela COVID-19 mostrou-se como um fator relacionado à percepção de risco de adoecer e à percepção de gravidade da doença. Tal resultado pode ter ocorrido em decorrência da própria experiência de o participante ter adoecido, do contato com alguém doente ou da preocupação com a saúde do familiar por este apresentar uma condição

de risco para a COVID-19. De fato, a familiaridade com o perigo tem sido bastante explorada como fator preponderante na percepção de riscos à saúde originados de exposições a agentes químicos, físicos ou biológicos, principalmente no que se refere a perigos decorrentes do uso de tecnologia nuclear e química¹³.

Nesse sentido, o contato próximo com caso suspeito de COVID-19 foi investigado como um possível fator relacionado à percepção de riscos. A prevalência de contato próximo com caso suspeito da doença foi moderada (53,2%) na população deste estudo. A literatura atual indica que muitas pessoas adoecem pela COVID-19, apresentando sinais e sintomas clínicos sugestivos dessa doença, mas não conseguem confirmá-la, seja devido à presença de sintomas similares a outras síndromes gripais, seja em razão da baixa cobertura de oferta de testes confirmatórios da infecção para a maior parte da população, ou não realização de exames no momento oportuno de infecção aguda¹⁴⁻¹⁵.

A dificuldade de reconhecer pessoas infectadas e potencialmente transmissoras do SARS-CoV-2 pode ter sido um dos aspectos que favoreceram a negação, por uma parcela dos participantes, do risco de adoecimento por COVID-19 e de agravamento da doença. A subestimação dos riscos à saúde pode contribuir para a adoção de comportamentos que aumentam a vulnerabilidade do indivíduo aos riscos³; e, particularmente sobre a COVID-19, isso pode diminuir a aceitabilidade das

recomendações de prevenção emitidas pelas autoridades sanitárias¹¹.

No tocante à percepção de risco elevado de desenvolvimento de forma grave da COVID-19, os resultados do presente estudo indicaram que tal percepção apresentou-se como fator relacionado à percepção de risco elevado de adoecer por COVID-19. Outros estudos^{1,7} demonstraram que a percepção de gravidade e/ou risco de letalidade da doença não afetou a preocupação de desenvolvê-la. A percepção de que esta não se caracteriza em risco grave à saúde pode ser outro fator que influencie no descumprimento das medidas de saúde pública pelo indivíduo¹.

Ainda, notou-se que mulheres jovens com baixo nível de escolaridade e percepção de risco de familiar adoecer pela COVID-19 apresentaram médias diferentes de percepção de risco de evolução para forma grave da doença. Esses achados seguem outros estudos nos quais foi relatado que idosos e homens tendem a minimizar o risco de gravidade da COVID-19^{8,16}.

Essa doença caracteriza-se por risco de gravidade clínica e letalidade, especialmente em grupos vulneráveis, tais como idosos, indivíduos hipertensos, diabéticos, cardiopatas, com neoplasias e doenças respiratórias¹⁷.

O coronavírus tem afinidade com o parênquima pulmonar, ocasionando o risco de desenvolvimento da síndrome respiratória aguda grave (SRAG), principal complicação aguda grave que pode levar o organismo a óbito¹⁷. Outras complicações clínicas graves

da COVID-19 podem ocorrer devido ao mecanismo de hipóxia sistêmica, à resposta exacerbada do sistema imune e à desregulação dos mecanismos de controle inflamatórios em diversos tecidos e órgãos¹⁸.

Ressalta-se que, no Brasil, há entraves de ordem social, cultural, política e econômica que impossibilitam o conhecimento sobre a real magnitude da pandemia no país, pois suspeita-se que o número de indivíduos infectados seja bem maior do que o número de casos notificados e também que os dados de óbitos não estejam condizentes com a realidade do cenário brasileiro⁴.

A percepção da gravidade e da letalidade de uma ameaça (vírus, doença) pode estar associada ao desencadeamento de emoções negativas de ansiedade, preocupação e medo. Notavelmente, tal situação pode impactar a percepção humana e produzir uma superestimação ou subestimação do risco à saúde. Esses sentimentos de medo e estresse ocasionados pelo coronavírus e outros vírus epidêmicos respiratórios tendem a causar a superestimação do risco e contribuem para a sensação de pânico e surgimento de problemas mentais¹¹.

Nessa linha de pensamento, os riscos de adoecimento e morte por complicações em decorrência da COVID-19 somam-se aos riscos aumentados de transtornos mentais como respostas psicológicas que excedem o nível de estresse transitório às adversidades. Tais respostas são causadas pelo medo extremo, sofrimento agudo, luto, desemprego,

redução da renda familiar mensal, isolamento social e quarentena¹⁷.

O medo de se infectar pelo coronavírus pode ser um elemento presente sobretudo em pessoas que percebem estar sob uma condição de maior risco⁸. A fim de reduzir essas perturbações mentais e o uso abusivo de substâncias psicoativas originados pela pandemia de coronavírus, os profissionais e os serviços de saúde necessitam estruturar intervenções de apoio e assistência em saúde mental¹⁹.

De maneira oposta, alguns grupos podem apresentar respostas psicológicas que se traduzem na negação dos riscos e suas incertezas e no comportamento de exposição aos riscos, ou seja, nesse caso, de não adesão às medidas de prevenção e controle da COVID-19 pela população. Tais indivíduos possivelmente adotam atitude de hesitação ao uso das vacinas contra a doença e, ainda, podem se envolver em movimentos negacionistas que geram rumores e *fake news* sobre as vacinas e a doença²⁰.

O medo autorreferido de se tornar doente e de um familiar se tornar gravemente doente pela COVID-19 foi associado à elevada probabilidade de intenção de vacinação contra essa doença e ao medo de suas reações adversas entre participantes de um estudo recente realizado na América Latina e Caribe²¹.

Assim, reitera-se que a percepção de riscos graves envolvendo a própria saúde e a de um familiar próximo são fatores que podem influenciar fortemente a tomada individual de

decisão sobre adotar ou não medidas preventivas contra a COVID-19¹.

Por isso, é mister esforços coletivos de atores sociais e políticos no sentido de conduzir ações estratégicas de educação popular em saúde e comunicação de massa sobre os riscos da COVID-19 e benefícios das medidas de proteção individual e coletiva²⁰. O objetivo é atingir especialmente tanto os grupos com percepção inadequada dos riscos dessa doença quanto aqueles outros identificados neste estudo.

As limitações deste estudo referem-se às dificuldades inerentes: à coleta de dados por formulário on-line entre moradores dos quatro estados da Região Sudeste que dispusessem de recurso digital; ao fato de ser inviável generalizar os achados para outras populações; e à escassez de estudos semelhantes para fins de interpretação e comparação com resultados em outros cenários brasileiros. O inquérito ocorreu em uma época em que havia tendência crescente do número de casos novos e óbitos por COVID-19 na Região Sudeste e em que a vacinação não tinha sido iniciada no país.

CONCLUSÃO

Conclui-se que as diferentes técnicas de análise utilizando medidas quantitativas permitiram evidenciar que a percepção de risco elevado de adoecer por COVID-19 relacionou-se com a experiência de contato próximo com caso suspeito da doença. Por outro lado, este estudo identificou que homens, com ensino médio e 40 anos ou mais de idade

demonstraram percepção de risco baixo de adoecer pela COVID-19.

A vantagem deste estudo de abordagem quantitativa sobre percepção de riscos relacionados à pandemia de COVID-19 é a possibilidade, de forma rápida e direta, de identificação: dos perfis de grupos que não percebem ou possuem percepção inadequada do risco a que estão expostos; e dos fatores relacionados a essa percepção coletiva.

Destarte, tais resultados podem produzir implicações práticas no direcionamento de proposições políticas, científicas e sociais que visem à promoção da saúde, à prevenção e ao controle dessa doença no território estudado.

A percepção de riscos à saúde destoante das informações científicas pode ser o resultado de práticas ineficazes de comunicação de riscos e revela a necessidade de busca e avaliação de estratégias comunicativas e sociopolíticas em saúde. Inclusive, tais estratégias devem ser mediadas pelas tecnologias de informação e comunicação que levem em consideração os aspectos sociais, culturais, políticos e de familiaridade com o risco para enfrentamento, pela sociedade brasileira, da pandemia de COVID-19 e de outras doenças emergentes.

REFERÊNCIAS

1. Bruin WB, Bennett D. Relationships Between Initial COVID-19 Risk Perceptions and Protective Health Behaviors: A National Survey. *Am J Prev Med.* 2020; 59(2). doi: 10.1016/j.amepre.2020.05.001.
2. Ye M, Lyu Z. Trust, Risk Perception and the Infection Rate of Diseases: Evidence from COVID-19 in China. *Soc Sci Med.* 2020; 265:113517. doi: 10.1016/j.socscimed.2020.113517.
3. Moniz MDA, Carmo CND, Hacon SDS, Ribeiro CRB, Dias RM. Health Risks Perception in the Context of the Construction Petrochemical complex in Brazil. *Ambient Soc.* 2019; 22. doi: 10.1590/1809-4422asoc0328vu1914ao.
4. Souza CDF, Paiva JPS, Leal TC, Silva LF, Santos LG. Spatio temporal evolution of case fatality rates of COVID-19 in Brazil, 2020. *J Bras Pneumol.* 2020; 46(4):e20200208.
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades [Internet]. 2020. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/>
6. Infantosi AFC, Costa JCGD, Almeida RMVR. Análise de Correspondência: bases teóricas na interpretação de dados categóricos em Ciências da Saúde. *Cad Saúde Pública.* 2014 mar; 30(3):473-86. doi: 10.1590/0102-311X00128513.
7. Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To Wang Kelvin Kai, Chu H, Yang J.A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a Family cluster. *Lancet.* 2020 jan; 395(10223): 541-523. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30154-9.
8. Lindemann IL, Simonetti AB, Amaral CP do, Riffel RT, Simon TT, Stobbe JC, et al. Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. *J Bras Psiquiatr.* 2021; 70(1):3-11. doi: 10.1590/0047-2085000000306.
9. Macinko J, Seixas BV, Woolley NO, Andrade FB, Costa MFL. Prevalence and characteristics of Brazilians aged 50 and

- over that received a doctor's diagnosis of COVID-19: the ELSI-COVID-19 initiative. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(suppl 3). doi: 10.1590/0102-311x00190320.
10. Santos AKDSD, Moniz MDA, Louro TQ, Ribeiro YC, Carmo CND, Daher DV, et al. Tecnologias da Informação e Comunicação em tempos de COVID-19. *Res Soc Dev*. 2020 dez;9(11):e79891110493. doi: 10.33448/rsd-v9i11.10493.
11. Zanin GM, Gentile E, Parisi A, Spasiano D. A Preliminary Evaluation of the Public Risk Perception Related to the COVID-19 Health Emergency in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 abr;17(9):3024. doi: 10.3390/ijerph17093024.
12. Vasconcellos-Silva P, Castiel L. COVID-19, as fake news e o sono da razão comunicativa gerando monstros: a narrativa dos riscos e os riscos das narrativas. *Cad Saúde Pública*. 2020 jul; 36: e00101920. doi:10.1590/0102-311X00101920.
13. Slovic P. The Psychology of risk. *Saúde e Soc*. 2010 dez; 19(4): 731-747. doi: 10.1590/S0104-12902010000400002.
14. Campos MR, Schramm JMA, Emmerick ICM, Rodrigues JM, Avelar FG, Pimentel TG. Carga de doença da COVID-19 e de suas complicações agudas e crônicas: reflexões sobre a mensuração (DALY) e perspectivas no Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública*. 2020; 36(11). doi: 10.1590/0102-311x00148920.
15. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS, et al. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. *Ciênc Saúde Colet*. 2020 jun; 25:2423-446. doi: 10.1590/1413-81232020256.1.10502020.
16. Geldsetzer P. Use of Rapid Online Surveys to Assess People's Perceptions During Infectious Disease Outbreaks: A Cross-sectional Survey on COVID-19. *J Med Internet Res* 2020; 22(4):e18790. doi: 10.2196/18790.
17. Ministério da Saúde (BR). Protocolo de manejo clínico para o novo-coronavírus (2019-nCoV). Ministério da Saúde [Internet] 2020[acesso em 2021 Mar 20]. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/11/protocolo-manejo-coronavirus.pdf>.
18. Aarestrup FM. Imunopatologia da COVID-19 e suas implicações clínicas. *Arq Asmas Alerg e Imunol*. 2020 out; 4(2):172-80. doi: 10.5935/2526-5393.20200024.
19. Pan American Health Organization (PAHO). The Impact of COVID-19 on Mental, Neurological and Substance Use Services in the Americas: Results of a Rapid Assessment. Pan American Health Organization [Internet] 2020[cited 2021 Mar 20]. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52999>.
20. Morel APM. Negacionismo da Covid-19 e educação popular em saúde: para além da necropolítica. *Trab Educ Saúde*. 2021 jan;19(00315147). doi: 10.1590/1981-7746-sol00315.
21. Urrunaga-Pastor D, Bendezu-Quispe G, Herrera-Añazco P, Uyen-Cateriano A, Toro-Huaman chumo CJ, Rodriguez-Morales AJ, et al. Cross-sectional analysis of COVID-19 vaccine intention, perceptions and hesitancy across Latin America and the Caribbean. *Travel Med Infect Dis*. 2021;41:102059. doi: 10.1016/j.tmaid.2021.102059.