

# Saúde mental, clima familiar e relações comunitárias: reflexos na adesão às medidas de prevenção da covid-19<sup>1</sup>

## Salud mental, clima familiar y relaciones comunitarias: reflexiones sobre la adhesión a las medidas de prevención covid-19

## Mental health, family climate and community relations: Reflections on adherence to COVID-19 prevention measures

<https://doi.org/10.15332/22563067.10719>

Artículos

**Eduarda Noal Rosa<sup>2</sup>**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

[eduardanrosa@hotmail.com](mailto:eduardanrosa@hotmail.com)

<https://orcid.org/0000-0003-1264-9846>

**Kátia Bones Rocha**

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

[katiabonesrocha@gmail.com](mailto:katiabonesrocha@gmail.com)

<https://orcid.org/0000-0001-7603-1709>

Recebido: 4 de junho de 2023

Avaliado: 7 de outubro de 2023

Aceito: 12 de fevereiro de 2024

Citar como:

Noal Rosa, E., & Bones Rocha, K. (2024). Salud mental, clima familiar y relaciones comunitarias: reflexiones sobre la adhesión a las medidas de prevención covid-19. *Diversitas*, 20(2), 149-165. <https://doi.org/10.15332/22563067.10719>



### Resumo

Objetivou-se conhecer qual o peso explicativo que as variáveis “saúde mental”, “clima familiar”, “relações comunitárias” e “variáveis socioeconômicas” têm na adesão às medidas de prevenção à covid-19. Trata-se de pesquisa quantitativa transversal, com 440 participantes entre 18 e 75 anos, que contavam com acesso à internet e residiam no Brasil. A coleta de dados foi on-line, entre maio e julho de 2021, com quatro instrumentos: Questionário sociodemográfico, Inventário de clima familiar, Questionário sobre relações comunitárias e vivência da covid-19 e Questionário de saúde geral. Realizaram-se análises de comparação de médias e modelos de regressão lineares hierárquicos para identificar as variáveis preditoras da adesão. As médias do cumprimento foram altas e significativamente maiores no início da pandemia. O modelo com a avaliação geral do cumprimento explicou 25% da variância da adesão ( $F = 12,58$ ;  $p < 0,001$ ), que é aumentada por testagem negativa ( $\beta = 0,29$ ;  $t = 4,83$ ;  $p < 0,001$ ), maior cumprimento das pessoas próximas ( $\beta = 0,27$ ;  $t = 4,43$ ;  $p <$

<sup>1</sup> Artigo de pesquisa.

<sup>2</sup> Correspondência: Eduarda Noal Rosa, mestra em Psicologia Social, especialista em Terapia, Sistêmica Individual, Conjugal e Familiar, cursando especialização em Terapias Comportamentais Contextuais, coordenadora do Núcleo de Psicologia Sistêmica do Centro de Estudos da Família e do Indivíduo (CEFI), Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Brasil. Correio eletrônico: [eduardanrosa@hotmail.com](mailto:eduardanrosa@hotmail.com)

0,001), escolaridade maior que o ensino superior completo ( $\beta = 0,21$ ;  $t = 3,55$ ;  $p < 0,001$ ) e influência de pessoas próximas ( $\beta = 0,20$ ;  $t = 3,25$ ;  $p < 0,001$ ). Pertencer ao sexo masculino ( $\beta = -0,15$ ;  $t = -2,65$ ;  $p < 0,01$ ) e ter posicionamento político à direita ( $\beta = -0,14$ ;  $t = -2,27$ ;  $p < 0,05$ ) diminuíram a adesão.

**Palavras-chaves:** covid-19, saúde mental, relações familiares, redes comunitárias, *status* econômico.

## Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar el peso explicativo que tienen las variables salud mental, clima familiar, relaciones comunitarias y variables socioeconómicas en la adherencia a las medidas de prevención del covid-19. Se trata de un estudio cuantitativo transversal con 440 participantes de entre 18 y 75 años que tenían acceso a internet y vivían en Brasil. Los datos se recogieron en línea entre mayo y julio de 2021 utilizando cuatro instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, Inventario de clima familiar, Cuestionario de relaciones comunitarias y experiencia covid-19 y Cuestionario de salud general. Se realizaron análisis de comparación de medias y modelos de regresión lineal jerárquica para identificar las variables predictoras de la adherencia. Las medias de cumplimiento fueron altas y significativamente más altas al principio de la pandemia. El modelo con la valoración general del cumplimiento explicó el 25% de la varianza de la adherencia ( $F = 12,58$ ;  $p < 0,001$ ), con prueba negativa ( $\beta = 0,29$ ;  $t = 4,83$ ;  $p < 0,001$ ), mayor cumplimiento de los allegados ( $\beta = 0,27$ ;  $t = 4,43$ ;  $p < 0,001$ ), aumento de la educación superior a la superior completa ( $\beta = 0,21$ ;  $t = 3,55$ ;  $p < 0,001$ ) e influencia de personas cercanas ( $\beta = 0,20$ ;  $t = 3,25$ ;  $p < 0,001$ ). Pertener al sexo masculino ( $\beta = -0,15$ ;  $t = -2,65$ ;  $p < 0,01$ ) y tener una postura política de derechas ( $\beta = -0,14$ ;  $t = -2,27$ ;  $p < 0,05$ ) disminuyeron la adherencia.

**Palabras clave:** covid-19, salud mental, relaciones familiares, redes comunitarias, estatus económico.

## Abstract

The objective was to understand the explanatory weight of the variables "mental health," "family climate," "community relations," and "socioeconomic variables" on adherence to covid-19 prevention measures. This is a cross-sectional quantitative study with 440 participants aged 18 to 75, who had internet access and resided in Brazil. Data collection was conducted online between may and July 2021, using four instruments: Sociodemographic questionnaire, Family climate inventory, Community relations and covid-19 experience questionnaire, and General health questionnaire. Comparative mean analysis and hierarchical linear regression models were performed to identify the predictor variables of adherence. Compliance means were high and significantly greater at the beginning of the pandemic. The model with the general assessment of compliance explained 25% of the variance in adherence ( $F = 12.58$ ;  $p < 0.001$ ), which was increased by negative testing ( $\beta = 0.29$ ;  $t = 4.83$ ;  $p < 0.001$ ), greater compliance of close individuals ( $\beta = 0.27$ ;  $t = 4.43$ ;  $p < 0.001$ ), higher education than a completed undergraduate degree ( $\beta = 0.21$ ;  $t = 3.55$ ;  $p < 0.001$ ), and influence of close individuals ( $\beta = 0.20$ ;  $t = 3.25$ ;  $p < 0.001$ ). Being male ( $\beta = -0.15$ ;  $t = -2.65$ ;  $p < 0.01$ ) and having a right-wing political stance ( $\beta = -0.14$ ;  $t = -2.27$ ;  $p < 0.05$ ) decreased adherence.

**Key words:** covid-19, mental health, family relations, community networks, economic status.

A covid-19 trata-se da doença respiratória aguda originada pela infecção do coronavírus (Sars-Cov-2) (Ministério da Saúde, 2020). No Brasil, foram 689.442 óbitos pela covid-19 até o penúltimo mês de 2022. O primeiro caso ocorreu ao final de fevereiro, em São Paulo, e, a partir do dia 16 de março de 2020, medidas de contenção ao vírus passam a ser utilizadas. No entanto, através do relatório técnico elaborado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz et al., 2020), percebe-se que a atuação dos governos estaduais se deu de forma isolada e autônoma, não ocorrendo coordenação ou cooperação com o governo federal (Albuquerque e Ribeiro, 2020; Painel Coronavírus, 2021).

A partir das recomendações da Organização Mundial da Saúde e do contato com o cenário sanitário de outros países, o Ministério da Saúde estipulou uma série de medidas de prevenção e enfrentamento à covid-19, a fim de diminuir a disseminação do vírus. No entanto, ao considerar os impactos da pandemia na vida dos sujeitos, é importante falar, assim como descreve Segata e colaboradores (2021), em “múltiplas pandemias”. Antes do início da pandemia, o Brasil já se encontrava em um cenário de precariedades, com taxa de desemprego de 11,9%, em 2019. Com a chegada do coronavírus, tal porcentagem aumentou para 13,5%. Contrariando o slogan de “estamos todos no mesmo barco”, fortemente compartilhado nos primeiros meses de 2020, a lista dos desafios e problemas sociais para as pessoas de classe social menos privilegiada economicamente acentua-se, sendo a pandemia mais um deles (Cardoso et al., 2021; Santos et al., 2020; Segata et al., 2021).

Nesse sentido, compreende-se que a adesão às medidas de prevenção da covid-19 se dá por meio de um processo cenário complexo. Para Komatsu e Menezes Filho (2020), os setores profissionais com maior grau de vulnerabilidade foram ocupados predominantemente por mulheres, pessoas com menor escolaridade, pretos e indígenas. Esses resultados destacam a importância dos determinantes sociais em saúde para a compreensão dos efeitos da epidemia interseccionados com marcadores sociais, econômicos, culturais, étnicos, raciais, psicológicos e comportamentais (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

Com relação à saúde mental, estudo realizado no estado do Rio Grande do Sul, Brasil, com a participação de 799 pessoas, aponta que o impacto da pandemia na saúde mental foi maior entre mulheres, jovens, indivíduos com diagnóstico prévio de transtorno mental, que diminuíram sua renda durante a pandemia, pertencentes a grupos de risco e mais expostos a constantes informações sobre números de infecções e óbitos (Duarte et al., 2020; Shigemura, 2020).

Nesse contexto, destaca-se que as mulheres sofreram com a sobrecarga de trabalhos domésticos, com o cuidado predominante dos filhos, com a falta de tempo e investimento para si, com as múltiplas violências sociais e domésticas, além da vida profissional fora do lar. Com o início do isolamento social, famílias passaram maior parte do tempo convivendo dentro de casa, crescendo, conseqüentemente, a demanda parental e doméstica, à medida que a disponibilidade da rede de apoio diminuía (Moreira et al., 2020).

Um estudo realizado durante o início da pandemia no Brasil, com 16 mil respondentes, identificou que 73% dos participantes perceberam algum nível de estresse familiar causado pelo isolamento social (Bezerra et al., 2020). A respeito das relações comunitárias, sabe-se que o investimento em estratégias de cuidado e abordagens territoriais propiciam a produção de saúde, a autonomia e o exercício da cidadania. No entanto, ainda se faz um desafio contemplar os determinantes econômicos e sociais, que escancaram as desigualdades e iniquidades nos territórios. Para Yasui e colaboradores (2018), assumir um olhar individualizado ao adoecimento não se faz suficiente, visto que esse corpo está envolto em atravessamentos históricos, sociais e econômicos.

A disseminação do vírus passa por um processo geográfico, imerso em um território específico, na medida em que altera os riscos, o grau de exposição e a capacidade de enfrentamento, conforme há variação de comunidade. Albuquerque e Ribeiro (2020) elucidam que a desigualdade socioespacial se mostra como um dos condicionantes predominantes no combate às conseqüências pandêmicas, manifestando-se nos riscos, nas ações e nas relações

territorialmente ancoradas. Ademais, apresenta associação com o contágio e com a letalidade do vírus nas diferentes comunidades, acarretando experiências distintas para territórios distintos.

Por fim, ressalta-se que, em situações em que há risco de disseminação de novas doenças, os sistemas de saúde tendem a contar com a mobilização popular para a contenção das demandas sanitárias. A participação comunitária torna-se imprescindível quando as medidas de prevenção e combate à covid-19 dependem da conscientização e do engajamento da população para obterem resultado efetivo (Bispo Júnior e Morais, 2020). Da mesma forma, conhecer os fatores relacionados a maior adesão às medidas de prevenção também contribui para que, em futuras emergências sanitárias, se possa elaborar estratégias. Nesse contexto, o presente estudo objetivou conhecer qual o peso explicativo que as variáveis “saúde mental”, “clima familiar”, “relações comunitárias” e variáveis socioeconômicas têm na adesão às medidas de prevenção contra a covid-19.

## **Método**

### **Participantes**

Trata-se de estudo quantitativo descritivo, observacional e transversal. A amostra foi intencional, não probabilística e por conveniência, alcançando um número de 440 participantes, com idades entre 18 e 75 anos, que contavam com acesso à internet e residiam no Brasil.

Em função das orientações sanitárias de distanciamento social, optou-se por realizar a coleta de dados de forma on-line, pela plataforma Qualtrics. A divulgação ocorreu pelas redes sociais “Instagram”, “Facebook” e “WhatsApp”, sendo compartilhada tanto pelas pesquisadoras quanto por seus contatos pessoais e profissionais, entre maio e julho de 2021.

### **Instrumentos**

As variáveis dependentes da pesquisa trataram de avaliar a adesão às medidas de prevenção à covid-19 de diferentes formas: 1) avaliação da autopercepção sobre o quanto a pessoa considera que seguiu as medidas de prevenção em uma perspectiva geral (opções de resposta no formato de escala Likert de cinco pontos, a qual variou desde “nunca” até “muito frequentemente”) e 2) adesão às medidas de higiene avaliadas nos fatores “contato” e “higiene”, a partir do Questionário sobre relações comunitárias e vivência da covid-19.

As medidas estipuladas pelo Ministério da Saúde (2020), no presente estudo, foram avaliadas mediante 11 itens, como, por exemplo, lavar as mãos com frequência, evitar circulação desnecessária, evitar contato próximo com outras pessoas (descrição dos itens da Tabela 2). Os participantes deveriam avaliar sua adesão às medidas em dois períodos distintos: os dois primeiros meses da pandemia e os 30 dias anteriores à participação na pesquisa. A partir de análise fatorial, os itens foram agrupados e transformados em dois fatores — contato e higiene — que serão aprofundados na primeira parte dos resultados.

Entre as variáveis explicativas, estavam a saúde mental, o clima familiar e as relações comunitárias. As variáveis socioeconômicas caracterizaram as variáveis explicativas, sendo contempladas ao longo do questionário. As variáveis sociodemográficas, abordadas no “Questionário Sociodemográfico”, como sexo designado ao nascer, identidade de gênero, orientação sexual, etnia, condição amorosa, idade, faixa de renda familiar, posição político-partidária, *status* vacinal, utilização de transporte público, se já positivou para a covid-19, entre outras, constituíram a primeira parte do instrumento

Para compreender a percepção dos participantes a respeito das dinâmicas e das características das relações intrafamiliares, utiliza-se o Inventário de Clima Familiar (ICF), desenvolvido por Teodoro et al. (2009). Trata-se de 22 itens agrupados nas dimensões coesão, apoio, hierarquia e conflito. O alfa de Cronbach total do inventário resultou em 0,86. Por fim, recorre-se o Questionário de Saúde Geral (QSG-12), que é composto de 12 perguntas e respondido por meio de uma escala Likert de quatro pontos, para conhecer o nível de saúde mental dos sujeitos (Gouveia et al., 2003).

A adesão comunitária e familiar foi abordada tanto em uma perspectiva geral como, especificamente, em cada uma das medidas de prevenção citadas anteriormente - ex. “lavar as mãos com frequência”. Ainda, investigou-se a percepção da influência dos comportamentos familiares e comunitários na própria adesão dos respondentes, assim como o aumento de prejuízos e conflitos a partir do isolamento social.

A análise de dados inicia com a comparação das médias de cada uma das medidas de prevenção, considerando a avaliação dos participantes da adesão nos dois períodos (início da pandemia e últimos 30 dias), mediante o cálculo de McNemar, devido à não distribuição normal dos resultados. Posteriormente, foi realizada uma análise fatorial exploratória de componentes principais e com método de rotação Varimax, para a transformação das variáveis dependentes (adesão às medidas de prevenção contra a covid-19) em dois fatores: contato e higiene. Na sequência, fez-se a análise de comparação de médias nas variáveis categóricas e modelos de regressão lineares hierárquicos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (certificado de apresentação de apreciação ética 45195621.3.0000.5336).

## Resultados

O estudo contou com 440 participantes, sendo 77,5% mulheres (n = 341), 21,4% homens (n = 94) e 1,1% outro gênero (n = 5). Desses, 80% se definem enquanto brancos (n = 352), 9,1% pretos (n = 40) e 7,7% pardos (n = 34). Os participantes possuíam idades entre 18 e 75 anos e mais da metade da amostra contava com o ensino superior completo (58,6%) e se identificava enquanto heterossexual (77,7%). A respeito das regiões da unidade federativa, a maior parte residia no Sul do país (81,9%), seguido da região Sudeste (12,8%) (Tabela 1).

**Tabela 1**  
*Caracterização da amostra (n = 440)*

| Variáveis                                  | N   | %    |
|--|-----|------|
| Gênero                                     |     |      |
| <b>Mulher</b>                              | 341 | 77,5 |
| <b>Homem</b>                               | 94  | 21,4 |
| <b>Queer, não binário ou gênero fluido</b> | 5   | 1,1  |
| Sexo designado ao nascer                   |     |      |
| <b>Feminino</b>                            | 344 | 78,2 |
| <b>Masculino</b>                           | 95  | 21,6 |

|   |     |      |
|---|-----|------|
| <b>Prefiro não dizer</b>                    | 1   | 0,2  |
| Orientação sexual                           |     |      |
| <b>Heterossexual</b>                        | 342 | 77,7 |
| <b>Homossexual</b>                          | 38  | 8,6  |
| <b>Bissexual</b>                            | 53  | 12,0 |
| <b>Outra</b>                                | 3   | 0,7  |
| <b>Prefiro não dizer</b>                    | 4   | 0,9  |
| Raça/cor                                    |     |      |
| <b>Branca</b>                               | 352 | 80   |
| <b>Parda</b>                                | 34  | 7,7  |
| <b>Preta</b>                                | 40  | 9,1  |
| <b>Amarela</b>                              | 12  | 2,7  |
| <b>Prefiro não dizer</b>                    | 2   | 0,5  |
| Idade                                       |     |      |
| <b>18-24</b>                                | 166 | 37,7 |
| <b>25-29</b>                                | 98  | 22,2 |
| <b>30-39</b>                                | 89  | 20,3 |
| <b>≥40</b>                                  | 87  | 19,8 |
| Região do País                              |     |      |
| <b>Norte</b>                                | 2   | 0,5  |
| <b>Nordeste</b>                             | 15  | 3,2  |
| <b>Centro-Oeste</b>                         | 7   | 1,6  |
| <b>Sudeste</b>                              | 56  | 12,8 |
| <b>Sul</b>                                  | 360 | 81,9 |
| Escolaridade                                |     |      |
| <b>Até ensino superior incompleto</b>       | 182 | 41,4 |
| <b>A partir de ensino superior completo</b> | 258 | 58,6 |
| Condição amorosa                            |     |      |
| <b>Solteiro</b>                             | 153 | 34,8 |

|  |     |      |
|--|-----|------|
| <b>Comprometido em namoro</b>                | 148 | 33,6 |
| <b>Casado (coabitação estável)</b>           | 117 | 26,6 |
| <b>Separado</b>                              | 9   | 2,0  |
| <b>Recasado</b>                              | 11  | 2,5  |
| <b>Viúvo</b>                                 | 2   | 0,5  |
| Emprego                                      |     |      |
| <b>Celetista (CLT)*</b>                      | 108 | 24,5 |
| <b>Servidor público</b>                      | 40  | 9,1  |
| <b>Autônomo</b>                              | 118 | 26,8 |
| <b>Trabalhador doméstico</b>                 | 1   | 0,2  |
| <b>Estagiário</b>                            | 66  | 15,0 |
| <b>Desempregado</b>                          | 64  | 14,5 |
| <b>Aposentado</b>                            | 13  | 3,0  |
| <b>Outro</b>                                 | 30  | 6,8  |
| Utiliza transporte público                   |     |      |
| <b>Sim</b>                                   | 104 | 23,6 |
| <b>Não</b>                                   | 336 | 76,4 |
| Necessitou do auxílio emergencial do governo |     |      |
| <b>Sim</b>                                   | 81  | 18,4 |
| <b>Não</b>                                   | 359 | 81,6 |
| Já testou positivo para a covid-19           |     |      |
| <b>Sim</b>                                   | 99  | 22,5 |
| <b>Não</b>                                   | 329 | 74,8 |
| <b>Missings</b>                              | 12  | 2,7  |
| Já foi vacinado para a covid-19              |     |      |
| <b>Sim</b>                                   | 131 | 29,8 |
| <b>Não</b>                                   | 297 | 67,5 |
| <b>Missings</b>                              | 12  | 2,7  |
| Posicionamento político-partidário           |     |      |

|   |     |      |
|---|-----|------|
| Extrema esquerda, esquerda ou centro-esquerda | 273 | 62,1 |
| Centro, centro-direita ou direita             | 80  | 18,2 |
| Não sei                                       | 75  | 17,0 |
| Missings                                      | 12  | 2,7  |

\*Celetista (CLT) entende-se enquanto o trabalhador que está amparado pelo conjunto de normas e leis que regulamentam as relações de trabalho no Brasil.

As médias respectivas ao cumprimento das medidas de prevenção contra a covid-19 apresentam valores altos, o que pode ser explicado tanto pelo nível socioeconômico e de escolaridade da amostra quanto por um fenômeno de deseabilidade social. Apresentam-se, conforme a Tabela 2, as medidas em uma ordem decrescente, partindo dos valores maiores até os índices de menor aderência. Ainda assim, nota-se que há diminuição da média nos dois períodos estudados, sinalizando maior cumprimento em março e abril de 2020 do em maio e junho de 2021.

## Tabela 2.

*Médias e desvio-padrão das medidas de prevenção contra a covid-19 e teste de comparação de médias nos dois períodos*

| Medidas de prevenção contra a covid-19   | Primeiros dois meses da pandemia |       | 30 dias anteriores à participação na pesquisa |       | Comparação de médias |         |
|--|----------------------------------|-------|---|-------|----------------------|---------|
|  | Média                            | DP    | Média   | DP    | IC 95%               | P valor |
| 1. Evitar contato próximo com outras pessoas em caso de doença.                                | 4,83                             | ,487  | 4,78  | ,615  | -0,011 - 0,118       | 0,102   |
| 2. Utilizar máscaras caseiras ou equipamento de proteção individual.                           | 4,80                             | ,628  | 4,82  | ,523  | -0,091 - 0,045       | 0,514   |
| 3. Utilizar álcool em gel.   | 4,80                             | ,471  | 4,55  | ,752  | 0,179 - 0,330        | 0,001*  |
| 4. Lavar as mãos e os punhos com água e sabão.   | 4,70                             | ,621  | 4,40  | ,819  | 0,212 - 0,386        | 0,001*  |
| 5. Cobrir o nariz e a boca com lenço ou com a parte interna do cotovelo ao espirrar ou tossir. | 4,63                             | ,687  | 4,67  | ,639  | -0,112 - 0,21        | 0,183   |
| 6. Manter distância mínima de um metro de outras pessoas em lugares públicos.                  | 4,58                             | ,677  | 4,34  | ,871  | 0,155 - 0,331        | 0,001*  |
| 7. Evitar abraços, beijos e apertos de mão.  | 4,58                             | ,734  | 4,21  | ,952  | 0,274 - 0,478        | 0,001*  |
| 8. Manter ambientes limpos e ventilados.   | 4,57                             | ,704  | 4,50  | ,727  | 0,004 - 0,138        | 0,039*  |
| 9. Evitar a circulação nas ruas.   | 4,41                             | ,909  | 3,89  | 1,092 | 0,414 - 0,631        | 0,001*  |
| 10. Não compartilhar objetos de uso pessoal (ex. talheres, toalhas etc.).                      | 4,25                             | 1,161 | 4,11  | 1,218 | 0,045 - 0,232        | 0,004*  |

|  |      |       |      |       |                |        |
|--|------|-------|------|-------|----------------|--------|
| <b>11. Higienizar objetos que são utilizados com frequência (ex. celular).</b> | 4,04 | 1,132 | 3,69 | 1,255 | 0,227 - 0,468  | 0,001* |
| <b>12. Dormir bem e ter alimentação saudável.</b>                              | 3,84 | ,965  | 3,97 | ,929  | -0,049 --3,045 | 0,003* |

Para sintetizar as variáveis dependentes do estudo — que totalizam 12 itens avaliados em dois períodos, realizou-se análise fatorial exploratória. Os itens com menor carga fatorial e menor comunalidade foram os itens 8, 10 e 12. O fator “contato” estava composto dos itens 1, 2, 6, 7 e 9. O fator “higiene”, por sua vez, estava composto dos itens 3, 4, 5 e 11.

Com relação ao período respectivo aos dois primeiros meses da pandemia — março e abril de 2020 —, as variáveis de adesão às medidas quando agrupadas em dois fatores explicavam 53,9% da variância acumulada (KMO = 0,83; Barlette 868,6;  $p = 0,001$ ). Já nos 30 dias anteriores à coleta de dados — abril e maio de 2021 —, os fatores explicavam 52% da variância acumulada das variáveis (KMO = 0,81; Barlette 873,0;  $p = 0,001$ ).

A partir do teste-T de comparação de médias, constatou-se que pessoas com o sexo feminino possuíam maior adesão às medidas de forma geral ( $M = 4,53$ ;  $DP = 0,575$ ;  $p = 0,012$ ) e especificamente no fator “higiene”, ao longo dos dois períodos avaliados, quando comparadas às do sexo masculino. No entanto, percebe-se diminuição da adesão no segundo recorte temporal ( $M$  2 meses = 4,58;  $DP$  2 meses = 0,511;  $p = 0,006$ ;  $M$  30 dias = 4,38;  $DP$  30 dias = 0,619;  $p = 0,003$ ).

Não ter necessitado do auxílio emergencial apresentou maiores médias de adesão às medidas de prevenção do fator “contato” ( $M = 4,67$ ;  $DP = 0,461$ ;  $p = 0,028$ ) e do fator “higiene” ( $M = 4,59$ ;  $DP = 0,483$ ;  $p = 0,004$ ), nos dois meses iniciais da pandemia. Da mesma forma, sujeitos que não haviam positivado para a covid-19 indicaram maiores médias de cumprimento tanto em uma perspectiva geral ( $M = 4,56$ ;  $DP = 0,573$ ;  $p = 0,001$ ) quanto em “contato”, nos dois períodos avaliados ( $M$  2 meses = 4,67;  $DP$  2 meses = 0,456;  $p = 0,009$ ;  $M$  30 dias = 4,45;  $DP$  30 dias = 0,577;  $p = 0,008$ ), e em “higiene”, nos últimos 30 dias ( $M = 4,37$ ;  $DP = 0,633$ ;  $p = 0,010$ ).

Possuir uma posição político-partidária de centro à direita (centro, centro-direita e direita) apontou menor adesão às medidas de prevenção do fator “contato”, nos dois primeiros meses da pandemia ( $M = 4,52$ ;  $DP = 0,610$ ;  $p = 0,022$ ) e nos 30 dias anteriores à participação na pesquisa ( $M = 4,30$ ;  $DP = 0,661$ ;  $p = 0,030$ ). Ainda, estar em uma relação amorosa (namoro, casado ou recasado) mostrou maiores médias para o fator “higiene”, nos últimos 30 dias ( $M = 4,44$ ;  $DP = 0,649$ ;  $p = 0,037$ ). Maiores níveis de escolaridade — a partir de ensino superior completo — indicou maiores médias de adesão em todas as variáveis dependentes estudadas ( $M$  adesão geral = 4,58;  $DP$  adesão geral = 0,578;  $p = 0,001$ ;  $M$  contato 2 meses = 4,69;  $DP$  contato 2 meses = 0,466;  $p = 0,022$ ;  $M$  contato 30 dias = 4,49;  $DP$  contato 30 dias = 0,531;  $p = 0,002$ ;  $M$  higiene 2 meses = 4,61;  $DP$  higiene 2 meses = 0,521;  $p = 0,005$ ;  $M$  higiene 30 dias = 4,40;  $DP$  higiene 30 dias = 0,620;  $p = 0,014$ ).

Por fim, foi realizada uma regressão hierárquica com cada uma das variáveis dependentes de adesão. O primeiro teve enquanto variável dependente a percepção do sujeito sobre o próprio cumprimento, a partir de uma perspectiva geral, totalizando todo o período da pandemia. Conforme a Tabela 3, o modelo explicou 25% da variância da adesão ( $F = 12,58$ ;  $p < 0,001$ ), com as seguintes variáveis que aumentaram a adesão: testagem negativa à covid-19 ( $\beta = 0,29$ ;  $t = 4,83$ ;  $p < 0,001$ ), maior cumprimento das pessoas próximas (comunidade) às

medidas ( $\beta = 0,27$ ;  $t = 4,43$ ;  $p < 0,001$ ), escolaridade maior que o ensino superior completo ( $\beta = 0,21$ ;  $t = 3,55$ ;  $p < 0,001$ ) e influência de pessoas próximas para seguir as medidas ( $\beta = 0,20$ ;  $t = 3,25$ ;  $p < 0,001$ ). Além disso, pertencer ao sexo masculino ( $\beta = -0,15$ ;  $t = -2,65$ ;  $p < 0,01$ ) e ter um posicionamento político-partidário à direita ( $\beta = -0,14$ ;  $t = -2,27$ ;  $p < 0,05$ ) diminuíram a adesão às medidas.

### Tabela 3

*Modelo de regressão hierárquica para a predição de adesão às medidas a partir de uma perspectiva geral do participante*

| Preditores   | $\beta$ | B não padronizado | Erro-padrão | t        | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado |
|--|---------|-------------------|-------------|----------|----------------|-------------------------|
| Constante  |         | 3,01              | 0,29        | 10,53*   | 0,27           | 0,25                    |
| Não ter positivado para a covid                                    | 0,29    | 0,40              | 0,08        | 4,83*    |                |                         |
| O quanto avalia que as pessoas próximas seguiram (nível de adesão) | 0,27    | 0,19              | 0,04        | 4,43*    |                |                         |
| Escolaridade (> superior completo)                                 | 0,21    | 0,25              | 0,07        | 3,55*    |                |                         |
| Influência de pessoas próximas para seguir as medidas              | 0,20    | 0,07              | 0,02        | 3,25*    |                |                         |
| Sexo (masculino)   | -0,15   | -0,20             | 0,07        | -2,65**  |                |                         |
| Posicionamento político-partidário (centro ou mais à direita)      | -0,14   | -0,19             | 0,08        | -2,27*** |                |                         |

\* =  $p < 0,001$ , \*\* =  $p < 0,01$ , \*\*\* =  $p < 0,05$ ;  $\beta$  = valor de Beta padronizado

O segundo modelo teve enquanto variável dependente a adesão, nos 30 dias anteriores à participação na pesquisa, das medidas de prevenção contra a covid-19 contempladas no fator “higiene”. O modelo explicou 12% da variância das medidas relacionadas aos hábitos de higiene ( $F = 6,94$ ;  $p < 0,001$ ), com uma maior idade ( $\beta = 0,25$ ;  $t = 3,75$ ;  $p < 0,001$ ), testagem negativa para a covid ( $\beta = 0,18$ ;  $t = 2,76$ ;  $p < 0,01$ ) e maior pontuação na dimensão de apoio do ICF ( $\beta = 0,15$ ;  $t = 2,22$ ;  $p < 0,05$ ), estando diretamente relacionado a mais hábitos de higiene no período; e pertencer ao sexo masculino ( $\beta = -0,16$ ;  $t = -2,41$ ;  $p < 0,05$ ) e apresentar maiores pontuações no QSG (menor saúde mental) se relacionando inversamente às práticas de higiene ( $\beta = -0,14$ ;  $t = -2,10$ ;  $p < 0,05$ ), conforme a Tabela 4.

O terceiro explicou 11% da variância da adesão às medidas de higiene nos primeiros dois meses de pandemia ( $F = 7,79$ ;  $p < 0,001$ ). A testagem negativa para a covid ( $\beta = 0,21$ ;  $t = 3,30$ ;  $p < 0,001$ ), o não recebimento do auxílio emergencial ( $\beta = 0,16$ ;  $t = 2,48$ ;  $p < 0,05$ ) e uma escolaridade maior que o ensino superior ( $\beta = 0,14$ ;  $t = 2,23$ ;  $p < 0,05$ ) mostraram-se diretamente relacionadas a mais hábitos de higiene no período. No entanto, pertencer ao sexo masculino ( $\beta = -0,16$ ;  $t = -2,43$ ;  $p < 0,05$ ) se relacionou inversamente às práticas de higiene (Tabela 4).

**Tabela 4**

*Modelo de regressão hierárquica para a predição de adesão às medidas do fator "higiene" nos 30 dias anteriores à pesquisa e nos dois primeiros meses pandêmicos*

| 30 dias                                    |                 |             |             |        |                |                         |
|--|-----------------|-------------|-------------|--------|----------------|-------------------------|
| Preditores                                 | Não padronizado | Erro padrão | Padronizado | t      | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado |
| Constante                                  | 3,461           | 0,316       |             | 10,947 | 0,143          | 0,122                   |
| Idade                                      | 0,013           | 0,003       | 0,246       | 3,757  |                |                         |
| Não ter positivado para a covid-19         | 0,260           | 0,094       | 0,178       | 2,761  |                |                         |
| Sexo designado ao nascer                   | -0,216          | 0,090       | -0,158      | -2,407 |                |                         |
| Dimensão "apoio do ICF"                    | 0,027           | 0,012       | 0,146       | 2,217  |                |                         |
| Soma do QSG                                | -0,029          | 0,014       | -0,138      | -2,098 |                |                         |
| 2 meses                                    |                 |             |             |        |                |                         |
| Constante                                  | 3,580           | 0,267       |             | 13,412 | 0,130          | 0,113                   |
| Não ter positivado para a covid-19         | 0,274           | 0,083       | 0,215       | 3,299  |                |                         |
| Não ter necessitado do auxílio emergencial | 0,250           | 0,101       | 0,162       | 2,479  |                |                         |
| Sexo designado ao nascer                   | -0,187          | 0,077       | -0,157      | -2,435 |                |                         |
| Escolaridade (> superior completo)         | 0,156           | 0,070       | 0,145       | 2,230  |                |                         |

A variável dependente foi constituída pela adesão às medidas de prevenção contempladas no fator "contato", nos 30 dias anteriores à participação na pesquisa ( $F = 10,05$ ;  $p < 0,001$ ). As pessoas evitarem abraços, beijos e apertos de mão nos ambientes em que se circula ( $\beta = 0,18$ ;  $t = 2,59$ ;  $p < 0,01$ ), o quanto as pessoas próximas seguiram as medidas ( $\beta = 0,19$ ;  $t = 2,85$ ;  $p < 0,01$ ) e a testagem negativa para a covid-19 ( $\beta = 0,18$ ;  $t = 2,79$ ;  $p < 0,01$ ) explicaram 11% da variância de do quarto modelo (Tabela 5).

O modelo final explicou 10,4% da variância de contato nos dois primeiros meses pandêmicos ( $F = 7,21$ ;  $p < 0,001$ ). O não recebimento do auxílio emergencial ( $\beta = 0,16$ ;  $t = 2,43$ ;  $p < 0,05$ ), a escolaridade maior que o ensino superior ( $\beta = 0,20$ ;  $t = 3,05$ ;  $p < 0,01$ ), a testagem negativa para a COVID-19 ( $\beta = 0,16$ ;  $t = 2,52$ ;  $p < 0,05$ ) se relacionaram diretamente a mais cuidados com o contato físico no período; e pertencer a um posicionamento político-partidário de centro ou à direita ( $\beta = -0,16$ ;  $t = -2,43$ ;  $p < 0,05$ ) se relacionou inversamente aos cuidados com o contato (Tabela 5).

**Tabela 5**

*Modelo de regressão hierárquica para a predição de adesão às medidas do fator "contato" nos 30 dias anteriores à participação e nos dois primeiros meses pandêmicos*

| 30 dias  |                 |             |             |        |                |                         |
|--|-----------------|-------------|-------------|--------|----------------|-------------------------|
| Preditores   | Não padronizado | Erro padrão | Padronizado | t      | R <sup>2</sup> | R <sup>2</sup> ajustado |
| Constante  | 3,140           | 0,245       |             | 12,799 | 0,126          | 0,113                   |
| O quanto a comunidade evitou o contato entre pessoas (beijos, aperto de mão, abraço) | 0,112           | 0,043       | 0,178       | 2,588  |                |                         |
| O quanto as pessoas próximas aderiram (comunidade)                                   | 0,136           | 0,048       | 0,195       | 2,825  |                |                         |
| Não ter positivado para a covid-19   | 0,237           | 0,087       | 0,177       | 2,730  |                |                         |
| 2 meses  |                 |             |             |        |                |                         |
| Constante  | 3,803           | 0,241       |             | 15,769 | 0,121          | 0,104                   |
| Não ter necessitado do auxílio emergencial   | 0,222           | 0,091       | 0,160       | 2,435  |                |                         |
| Escolaridade (> superior completo)   | 0,194           | 0,064       | 0,200       | 3,050  |                |                         |
| Não ter positivado para a covid-19   | 0,191           | 0,075       | 0,165       | 2,524  |                |                         |
| Posição político-partidária (centro à direita)                                       | -0,173          | 0,076       | -0,149      | -2,266 |                |                         |

## Discussão

A partir dos resultados do estudo, encontra-se alta adesão dos respondentes às medidas de prevenção da COVID-19. Ainda se observa maior cumprimento no início da pandemia, quando comparado com um dos períodos de maior mortalidade em função da doença, que foram os 30 dias anteriores à participação na pesquisa. Com relação aos fatores associados a maior cumprimento nos cinco modelos, encontram-se os seguintes: maior idade, escolaridade maior que o ensino superior completo, não recebimento de auxílio emergencial, maior pontuação na dimensão de apoio do ICF, testagem negativa à covid-19, maior cumprimento das pessoas próximas (comunidade) às medidas, influência de pessoas próximas para seguir as medidas e as pessoas evitarem abraços, beijos e apertos de mão nos ambientes em que se circula. Além disso, pertencer ao sexo masculino, ter posicionamento político-partidário à direita e apresentar maiores pontuações no QSG diminuiram a adesão às medidas.

A escolaridade, por sua vez, aparece em outros estudos enquanto fator protetivo e relacionado a maior percepção de risco, como na pesquisa de Lima et al. (2020), realizada no estado do Ceará, em que baixos níveis de escolaridade se associavam com menor percepção de risco à covid-19. Entende-se que, no Brasil, o nível de escolaridade relaciona-se com outros atravessamentos e marcadores sociais, que irão impactar as condições de vida dos sujeitos e as possibilidades de aderir às medidas (Barreto et al., 2021; Bezerra et al., 2020; Santos, 2020).

Nesse sentido, destaca-se a associação entre a utilização do auxílio emergencial com índices menores de adesão às medidas de prevenção. O auxílio de renda emergencial foi sancionado em abril de 2020, um mês após o início das medidas restritivas, pelo governo federal. Ao considerar o contexto dos indivíduos que recorreram a ele, retoma-se o conceito dos determinantes sociais em saúde, que estabelecem que a estratificação social gera desigualdades em saúde. Em um país que já enfrentava árduas batalhas com relação à fome e ao desemprego, a adesão às medidas de prevenção contra a covid-19 afasta-se de uma lógica do desejo e escancara realidades de vulnerabilidade e privação de direitos (Albuquerque e Ribeiro, 2020; Buss e Pellegrini Filho, 2007; Cardoso et al., 2021).

Famílias monoparentais chefiadas por mulheres poderiam vir a receber duas cotas do valor do auxílio emergencial. Ainda que representem a maior parcela da população brasileira, mulheres possuem menores rendimentos, vivem predominantemente em condição de pobreza, principalmente ao considerar mulheres pretas, e ocupam a maioria das ofertas de trabalhos informais. Com a pandemia, trabalhos foram suspensos ou transferidos à modalidade de *home office*, quando possível, e escolas passaram a aderir ao formato on-line, aumentando a demanda das tarefas domésticas e do cuidado com os filhos (Cardoso et al., 2021).

A maior percepção de risco pode ser um dos fatores que justificam a maior adesão do sexo feminino às medidas de prevenção deste estudo. Da mesma forma, na pesquisa de Lima et al. (2020), mulheres compreendiam o alto risco de serem contaminadas pelo vírus, enquanto homens se associaram com a não realização voluntária da quarentena.

Junto, mulheres constituem 70% da mão de obra na área da saúde, possuindo maior exposição ao vírus e maior acesso ao conhecimento sobre o enfrentamento e a prevenção. Discute-se também o imaginário social patriarcal que propaga a imagem de homens enquanto seres fortes e invulneráveis, ocasionando e estimulando comportamentos de risco, enquanto mulheres manifestam maior autocuidado (Gomes et al., 2007; Lima et al., 2020; Moreira et al., 2020).

A idade também foi apontada enquanto preditora para maior cumprimento. Ou seja, quanto mais velhos os sujeitos, maiores as médias e a possibilidade de adesão às medidas de prevenção. Esse resultado pode ser analisado a partir do entendimento de que o risco de complicações aumenta conforme a idade, caracterizando, inclusive, idosos enquanto grupo de risco e a partir do processo de amadurecimento e escolaridade, que evoluem em conjunto com a idade (Batista et al., 2020; Segata et al., 2021).

O QSG-12 se relacionou inversamente com a adesão às medidas de higiene. Dessa forma, identifica-se que quanto pior o estado de saúde mental do sujeito, maior a dificuldade em cumprir as medidas. Tal dado entra em consenso com a literatura, que já aponta prejuízos significativos a partir do sofrimento psíquico decorrente da pandemia, sinalizando, inclusive, consequências a longo prazo (Duarte et al., 2020; Shigemura, 2020).

Outro achado relevante trata-se do papel do apoio familiar para maiores níveis de adesão. Famílias que expressam os seus sentimentos e vinculam-se em atividades sociais associam-se com estilos cognitivos flexíveis, acolhendo as mais diversas opiniões e mantendo-se abertos às novas situações. Além disso, a comunicação assertiva e as boas estratégias na resolução de conflitos predizem maior qualidade e estabilidade relacional (Merz et al., 2014; Woszidlo e Segrin, 2013). Os resultados também apontam que o bom cumprimento de pessoas próximas, pertencentes à comunidade, também indicou melhores índices de adesão. Este resultado é condizente com as contribuições de Albuquerque e Ribeiro (2020), que destacam a potência da diversidade e pluralidade de cada comunidade, propiciando o alcance de soluções e recursos para o enfrentamento da crise, ainda que em meio à omissão do Estado. Da mesma forma, para Yasui e colaboradores (2018), a lógica do território propicia o cuidado em rede e a promoção de saúde.

No entanto, ainda que os resultados apontem para altas médias de adesão às medidas de prevenção contra a covid-19, percebe-se que há diminuição entre o primeiro e o segundo período avaliados pelos participantes. Retoma-se que, em março e abril de 2020, as orientações governamentais e sanitárias mostravam-se de forma mais restrita, tendo enquanto orientação primordial o estímulo ao distanciamento social. No segundo período, por sua vez, após maior flexibilização, ocorria uma nova onda de infecções, responsável pelos índices significativos de internações hospitalares e óbitos. A vacinação, que havia começado no mês de janeiro de 2021 — em território nacional, ainda não era acessível a todos, dando-se entre os grupos prioritários (Cardoso et al., 2021).

Ressalta-se que, ao longo destes últimos anos, lidou-se com discursos que minimizavam os riscos da infecção e da gravidade da pandemia, assim como deparou-se com o estímulo à não adesão a determinadas medidas de prevenção contra a covid-19, por parte do então chefe de Estado (Santos et al., 2020). Segundo o relatório “A gestão de riscos e governança da pandemia por COVID-19 no Brasil: análise dos decretos estaduais no primeiro mês” (Fiocruz et al., 2020), a falta de congruência e coerência por parte do governo federal, por meio de mensagens contraditórias ou inaplicáveis, ampliam os riscos e impactos da pandemia, evidenciando a sobreposição de uma crise política a uma crise sanitária.

Neste sentido, discute-se o dado de que pessoas de centro à direita foram responsáveis por menores índices de adesão, enquanto sujeitos identificados com a esquerda apresentaram maior cumprimento. Da mesma forma, na pesquisa de Ramos e colaboradores (2020), realizado em território brasileiro durante o primeiro mês da pandemia, indivíduos com posicionamento político à direita aderiram menos à prática e às políticas de isolamento social. Ainda, diante da possibilidade de realizar doações, ofertadas pelos pesquisadores, para atenuar as consequências da pandemia entre as áreas da saúde ou da economia, sujeitos identificados com a direita optavam pelo bem-estar econômico, enquanto aqueles representados pela esquerda destinavam os recursos à saúde pública.

Para Ramos e colaboradores (2020), a resistência à adesão às medidas de isolamento social pode encontrar origem em custos e motivações pessoais da implementação, mas, principalmente, em sistemas de crença e princípios normativos. Ou seja, ainda que pessoas de esquerda ou de direita possam vir a ser afetadas, as últimas mostram-se mais sensíveis à variação econômica, atribuindo valor negativo às consequências econômicas do isolamento social, por acreditarem que empresas são primordiais na sociedade, por destinarem uma importância central ao trabalho e por não concordarem com o aumento dos gastos públicos

(Choma et al, 2014; Rudolph e Evans, 2005). No entanto, segundo o estudo de Correia et al. (2020), que realiza paralelos entre a pandemia da covid-19 e a gripe espanhola, quando as medidas são empregadas de forma assertiva, os efeitos no crescimento econômico pós-crise mostram-se positivos, corroborando com rápida recuperação econômica.

Entre as limitações do estudo, destaca-se a impossibilidade de analisar os dados relacionados à identidade de gênero. Optou-se por inserir, no questionário da pesquisa, as categorias “sexo designado ao nascer” e “identidade de gênero”, a fim de considerar as similaridades e singularidades relacionadas às experiências e vivências de gênero, dentro do contexto pandêmico. No entanto, apenas cinco sujeitos se identificaram como pessoas trans e/ou *Queer*. Em função da pequena representatividade na amostra, não foi possível fazer análises estatísticas específicas com essa variável.

Destaca-se que os altos níveis do cumprimento às medidas podem estar associados a alguns fatores. Tal situação pode ser explicada tanto pela alta escolaridade da amostra quanto por um fenômeno de desejabilidade social. Para Almiro (2017), a desejabilidade social trata-se de um enviesamento de respostas, que ocorre de forma consciente ou não consciente, a partir do movimento do sujeito em atribuir valores positivos socialmente para si próprio. A partir disso, busca-se satisfazer a necessidade de aprovação social, aproximando-se de respostas que se encaixem na norma ou no contexto em questão.

Devido às medidas de distanciamento social, a presente pesquisa ocorreu de forma online, limitando o alcance a determinadas populações, que não contavam com acesso à internet, acarretando o enviesamento da amostra, a partir do alto nível de escolaridade dos respondentes e da participação de sujeitos com maior passabilidade dentro da norma social. No entanto, ainda que em uma amostra homogênea e não similar à realidade do Brasil, as desigualdades relacionadas à escolaridade e à utilização do auxílio emergencial se mostraram significativamente associadas ao cumprimento das medidas, sinalizando o impacto das variáveis socioeconômicas na produção de desigualdades em saúde. Em função disso, recomenda-se que, em estudos futuros, coletas de dados presenciais possam ser consideradas, a fim de garantir uma participação plural e representativa da sociedade brasileira.

## Referências

- Albuquerque, M. V. D., & Ribeiro, L. H. L. (2020). Desigualdade, situação geográfica e sentidos da ação na pandemia da COVID-19 no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00208720>
- Almiro, P. A. (2017). Uma nota sobre a desejabilidade social e o enviesamento de respostas. *Avaliação psicológica*, 16(3), 0-0. <https://doi.org/10.15689/ap.2017.1603.ed>
- Barreto, N. M. P. V., Rios, J. D. C., Ribeiro, E. B., Torreão, P. L., Oliveira, S. A. L., Teixeira, J. R. B., & Santos, N. Q. (2021). Vulnerabilidades sociais relacionadas à infecção e mortalidade por covid-19: uma revisão sistemática. *Revista de Saúde Coletiva da UFEs*, 11(2), e6039. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v11i2.6039>
- Batista, A., Antunes, B., Faveret, G., Peres, I., Marchesi, J., Cunha, J. P., & Bozza, F. (2020). Análise socioeconômica da taxa de letalidade da COVID-19 no Brasil. *Núcleo de Operações e Inteligência em Saúde (NOIS)*. <https://ponte.org/wp-content/uploads/2020/05/NT11-An%C3%A1lise-descritiva-dos-casos-de-COVID-19.pdf>
- Bezerra, A. C. V., Silva, C. E. M. D., Soares, F. R. G., & Silva, J. A. M. D. (2020). Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 2411-2421. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>

- Bispo Júnior, J. P., & Morais, M. B. (2020). Participação comunitária no enfrentamento da COVID-19: entre o utilitarismo e a justiça social. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00151620. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00151620>
- Buss, P. M., Pellegrini A., Filho. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *Physis: revista de saúde coletiva*, 17, 77-93. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- Cardoso, D., Domingues, E., Magalhães, A., Simonato, T., Miyajima, D. (2021). Pandemia de COVID-19 e Famílias: impactos da crise e da renda básica emergencial. *Políticas Sociais: acompanhamento e análise*. n.28. <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10820>
- Choma, B. L., Hanoch, Y., Hodson, G., & Gummerum, M. (2014). Risk propensity among liberals and conservatives: The effect of risk perception, expected benefits, and risk domain. *Social Psychological and Personality Science*, 5(6), 713-721. <https://doi.org/10.1177/1948550613519682>
- Correia, S., Luck, S., & Verner, E. (2020). *Public Health Interventions do not: Evidence from the 1918 Flu*. SSRN. <https://doi.org/10.1917/S0022050722000407>
- Duarte, M. D. Q., Santo, M. A. D. S., Lima, C. P., Giordani, J. P., & Trentini, C. M. (2020). COVID-19 e os impactos na saúde mental: uma amostra do Rio Grande do Sul, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 3401-3411. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.16472020>
- Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Centro de Estudos e Pesquisas em Emergências e Desastres em Saúde. (2020). A gestão de riscos e governança na pandemia por COVID-10 no Brasil: Análise dos decretos estaduais no primeiro mês. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/41452>
- Gomes, R., Nascimento, E. F. D., & Araújo, F. C. D. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574. <https://www.scielo.org/pdf/csp/v23n3/15.pdf>
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Oliveira, I. C. P., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V. & Andrade, P. R. (2003). A utilização do QSG-12 na população geral: Estudo de sua Validação de Construto. *Psicologia, Teoria e Pesquisa*, 19 (3), 241-248. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722003000300006>
- Komatsu, B. K., & Menezes-Filho, N. (2020). Simulações de impactos da COVID-19 e da renda básica emergencial sobre o desemprego, renda, pobreza e desigualdade. *São Paulo: Policy Paper*. <https://repositorio.insper.edu.br/entities/publication/db6b600e-35e1-45c3-af74-20b62f3def70/full>.
- Lima, D. L. F., Dias, A. A., Rabelo, R. S., Cruz, I. D. D., Costa, S. C., Nigri, F. M. N., & Neri, J. R. (2020). COVID-19 no estado do Ceará, Brasil: comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25, 1575-1586. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.07192020>
- Merz, C. A., Meuwly, N., Randall, A. K., & Bodenmann, G. (2014). Engaging in dyadic coping: Buffering the impact of everyday stress on prospective relationship satisfaction. *Family Science*, 5(1), 30-37. <https://doi.org/10.1080/19424620.2014.927385>
- Ministério da Saúde. (2020). Sobre a Doença: O que é o COVID. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19>
- Moreira, L. E., Alves, J. S., Oliveira, R. G. D., & Natividade, C. (2020). Mulheres em tempos de pandemia: um ensaio teórico-político sobre a casa e a guerra. *Psicologia & Sociedade*, 32. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240246>
- Moos, R. H. (1994). *Family Environment Scale Manual: development, applications, research*. Consulting Psychologists Press.
- Painel Coronavírus (2021). Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde. <https://covid.saude.gov.br/>
- Ramos, G., Vieites, Y., Jacob, J., & Andrade, E. B. (2020). Orientação política e apoio ao isolamento social durante a pandemia da COVID-19: evidências do Brasil. *Revista de Administração Pública*, 54, 697-713. <https://doi.org/10.1590/0034-761220200162>
- Rodríguez, J. S., Lima Serrano, M., Jiménez Picón, N., & Domínguez Sánchez, I. (2012). Consistencia interna y validez de un cuestionario para medir la autopercepción del estado de salud familiar. *Revista Española de Salud Pública*, 86, 509-521. [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272012000500005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000500005)
- Rudolph, T. J., & Evans, J. (2005). Political Trust, Ideology and Public Support for Government Spending. *American Journal of Political Science*, 49(3), 660-671. <https://doi.org/10.1111/j.1540-5907.2005.00148.x>
- Santos, M. P. A. D., Nery, J. S., Goes, E. F., Silva, A. D., Santos, A. B. S. D., Batista, L. E., & Araújo, E. (2020). População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. *Estudos Avançados*, 34, 225-244. <https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.3499.014>
- Segata, J., Schuch, P., Damo, A. S., & VICTORA, C. (2021). A Covid-19 e suas múltiplas pandemias. *Horizontes Antropológicos*, 27, 7-25. <https://doi.org/10.1590/S0104-71832021000100001>

- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(4), 281. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Teodoro, M. L., Allgayer, M., & Land, B. (2009). Desenvolvimento e validade fatorial do Inventário do Clima Familiar (ICF) para adolescentes. *Psicologia: teoria e prática*, 11(3), 27-39. <https://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/2223>
- Wozidlo, A., & Segrin, C. (2013). Direct and indirect effects of newlywed couples' neuroticism and stressful events on marital satisfaction through mutual problem solving. *Marriage & Family Review*, 49(6), 520-545. <https://doi.org/10.1080/01494929.2013.772933>
- Yasui, S., Luzio, C. A., & Amarante, P. (2018). Atenção psicossocial e atenção básica: a vida como ela é no território/ Psychosocial care and primary care: life as territory in the field. *Revista Polis e Psique*, 8(1), 173-190. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80426>