

ARTIGO ORIGINAL

Realização de medidas preventivas contra SARS-CoV-2/Covid-19: um estudo transversal em Passo Fundo, RS

Preventive measures against SARS-CoV-2/Covid-19: a cross-sectional study in Passo Fundo, RS

Gustavo Olszanski Acrani¹ , Amauri Braga Simonetti¹ , Christian Pavan do Amaral¹ ,
Tiago Teixeira Simon¹ , Julio Cesar Stobbe¹ , Ivana Loraine Lindemann¹

¹Universidade Federal da Fronteira Sul - Passo Fundo (RS), Brasil.

Como citar: Acrani GO, Simonetti AB, Amaral CP, Simon TT, Stobbe JC, Lindemann IL. Realização de medidas preventivas contra SARS-CoV-2/Covid-19: um estudo transversal em Passo Fundo, RS. Cad Saúde Colet, 2022; 30(4) 584-594. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230040281>

Resumo

Introdução: O SARS-CoV-2, responsável pela pandemia de COVID-19, apresenta alta transmissibilidade, principalmente por gotículas respiratórias de pessoas sintomáticas, aperto de mãos ou objetos e superfícies contaminadas, o que eleva a importância da adoção de medidas de redução da transmissibilidade no coletivo. **Objetivo:** Avaliar a prevalência e os fatores associados à realização de medidas preventivas contra SARS-CoV-2/Covid-19. **Método:** Estudo transversal, tipo Web Survey, realizado em Passo Fundo, RS. Coleta de dados *on-line* com indivíduos de 18 anos ou mais, avaliando aspectos sociodemográficos, de saúde, comportamento e conhecimento sobre o vírus. Desfecho definido como realização de no mínimo oito de nove medidas recomendadas pelo Ministério da Saúde. Estatística descritiva, cálculo de prevalência e razões de prevalência (RP) brutas e ajustadas. **Resultados:** Amostra com 920 participantes, 68% de prevalência do desfecho, associada a mulheres (RP = 1,26; IC = 1,10-1,45), idosos (RP = 1,50; IC = 1,43-1,58), indivíduos que trabalham (RP = 1,09; IC=1,07-1,11), profissionais/estudantes da saúde (RP = 1,12; IC = 1,07-1,17), com 4 ou mais pessoas no domicílio (RP = 0,84; IC = 0,75-0,94) e medo da contaminação (RP = 1,20; IC = 1,17-1,22), do grupo de risco (RP = 0,94; IC = 0,91-0,96), com sinais/sintomas na última semana (RP = 0,83; IC = 0,72-0,96), não fumantes (RP = 1,10; IC = 1,01-1,20) e com conhecimento sobre sinais/sintomas (RP = 1,04; IC = 1,03-1,05), quando procurar atendimento (RP = 1,07; IC = 1,06-1,08) e formas de transmissão (RP = 1,03; IC = 1,00-1,06). Frequência de medidas preventivas variou de 98,5% (evitar aglomerações) a 60,9% (não compartilhar objetos de uso pessoal). **Conclusão:** Mais da metade aderiu às medidas de prevenção, que podem ser reforçadas especialmente entre jovens, homens, do grupo de risco e com conhecimento insuficiente sobre a doença.

Palavras-chave: SARS-CoV-2; pandemia; prevenção primária.

Abstract

Background: SARS-CoV-2, responsible for the COVID-19 pandemic, has high transmissibility, mainly through respiratory droplets from symptomatic people, hand shaking or contaminated objects and surfaces, which raises the importance of adopting measures to reduce transmissibility among individuals in community. **Objective:** To assess the prevalence and factors associated with preventive measures against SARS-CoV-2 / Covid-19. **Method:** This is a Web Survey, cross-sectional study carried out in Passo Fundo, RS. Online data collection with individuals 18 years old or more. Outcome defined as performance of at least eight out of nine measures recommended by the Ministry of Health. Calculation of prevalence, gross and adjusted prevalence ratios (PR). **Results:** Sample of 920 participants, with 68% prevalence

Trabalho realizado na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – Passo Fundo (RS), Brasil.

Correspondência: Gustavo Olszanski Acrani. E-mail: gustavo.acrani@uffs.edu.br

Fonte de financiamento: Nenhuma.

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

Recebido em: Jun. 19, 2020. Aprovado em: Dez. 26, 2020



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

of the outcome, associated with women (PR = 1.26; CI = 1.10-1.45), elderly (PR = 1.50; CI = 1.43-1.58), working individuals (PR = 1.09; CI = 1.07-1.11), health professionals / students (PR = 1.12; CI = 1.07-1.17), with 4 or more people in the household (PR = 0.84; CI = 0.75-0.94) and fear of contamination (PR = 1.20; CI = 1.17-1.22), belonging to the risk group (PR = 0.94; CI = 0.91-0.96), with signs / symptoms in the last week (PR = 0.83; CI = 0.72-0.96), non-smokers (PR = 1.10; CI = 1.01-1.20) and, with knowledge about signs / symptoms (PR = 1.04; CI = 1.03-1.05), when seeking care (PR = 1.07 ; CI = 1.06-1.08) and forms of transmission (PR = 1.03; CI = 1.00-1.06). The frequency of preventive measures ranged from 98.5% (avoiding crowds) to 60.9% (not sharing personal items). **Conclusion:** More than half have adhered to preventive measures, which can be strengthened especially among youth, men, the group at risk and with insufficient knowledge of the disease.

Keywords: SARS-CoV-2; pandemics; primary prevention.

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 foi notificado o primeiro caso de infecção respiratória causada por um novo tipo de coronavírus em Wuhan, China¹. Posteriormente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou a doença de Covid-19, cujo agente etiológico é o SARS-CoV-2 e, após notificação do surto chinês e propagação para outros países, caracterizou-a como pandemia e divulgou medidas de proteção².

A primeira notificação brasileira ocorreu em fevereiro. Segundo dados da semana epidemiológica 17 (19 a 25/4/2020), quando foi realizado este estudo, haviam sido notificados 58.973 casos e 4.047 óbitos no país, sendo respectivamente 1.096 e 34 no Rio Grande do Sul³. No mesmo período, em Passo Fundo, RS, com população estimada em 203.275 habitantes⁴, registravam-se 106 casos e 7 óbitos⁵.

O SARS-CoV-2 apresenta elevada transmissibilidade^{6,7}, principalmente por gotículas respiratórias de pessoas sintomáticas, aperto de mãos ou objetos e superfícies contaminadas, além da transmissão por indivíduos assintomáticos. Os principais sinais variam de um quadro de resfriado leve até pneumonia severa e incluem tosse, febre, coriza, dor de garganta e dispneia/esforço respiratório, sendo recomendada a busca por atendimento especializado em caso de dispneia/esforço respiratório⁷.

Em consonância com a OMS, objetivando reduzir a transmissão viral e o tempo de duração da pandemia no país, várias ações têm sido adotadas pelas autoridades sanitárias e governamentais, dentre elas o distanciamento social e medidas de proteção individual, as quais são divulgadas no site do Ministério da Saúde (MS) e nos principais meios de comunicação, sendo atualizadas de acordo com o avanço do conhecimento sobre SARS-CoV-2⁷. O comportamento da população frente à pandemia ainda é pouco estudado, mas tem revelado a conduta das pessoas em relação a algumas medidas de prevenção, bem como a sua percepção de risco à Covid-19⁸⁻¹⁰. Ainda, a percepção das pessoas quanto ao isolamento social varia conforme a renda, a escolaridade, a idade e o sexo, sendo que a maior parte acredita que essa é a medida mais indicada¹¹.

Diante disso, objetivou-se verificar a prevalência e os fatores associados à realização de medidas preventivas contra SARS-CoV-2/Covid-19.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, do tipo Web Survey, cujos dados foram coletados de 19 a 22 de abril de 2020 (durante a semana epidemiológica 17), com indivíduos de ambos os sexos e idade igual ou superior a 18 anos. O tamanho amostral foi calculado considerando-se nível de confiança de 95%, poder de 80%, razão de não expostos/expostos de 4:6, prevalência do desfecho de 20%, frequência esperada em não expostos de 12,5% e razão de prevalências (RP) de 2, resultando em um n mínimo de 756.

O protocolo do estudo, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como seu processo de obtenção, foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Parecer de nº 4.037.287), obedecendo a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e atendendo os princípios éticos da Declaração de Helsinki.

A amostra não aleatória foi composta por conveniência a partir de convite aberto – sem necessidade de dados de acesso informados pelos pesquisadores – disponibilizado em redes sociais e grupos de aplicativos de comunicação de aparelhos telefônicos móveis. No convite apresentava-se o TCLE, no qual, entre outros aspectos éticos obrigatórios, constavam os critérios de inclusão, a equipe de pesquisa, o propósito do estudo, o tempo necessário à participação, o caráter voluntário e anônimo da coleta de dados e que as respostas seriam armazenadas em plataforma digital com acesso restrito à equipe. Somente após selecionar a opção de consentir o participante recebia acesso ao questionário *on-line*, o qual foi elaborado pelos autores e previamente testado em conjunto com a logística de obtenção e de armazenamento dos dados. Antes do envio, o participante tinha a opção de voltar, confirmar ou alterar suas respostas, bem como conferir a completude do formulário.

O instrumento esteve disponível por 72 horas, sendo incluídos todos os respondentes do período e residentes em Passo Fundo, RS. Não foram aplicados quaisquer critérios de exclusão de participantes e todos responderam à pesquisa na íntegra. Cabe ressaltar que a plataforma utilizada para a coleta eletrônica de dados não permite verificar dupla resposta de um mesmo participante e tampouco aferir a taxa de participação.

Foram analisadas variáveis sociodemográficas incluindo sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação, profissional/estudante da saúde, condições de trabalho na maior parte dos últimos 15 dias, número de pessoas e idosos no domicílio.

Referente à saúde e ao comportamento perguntou-se sobre realização de distanciamento social, quem está frequentando o domicílio atualmente, autoavaliação do risco de ser contaminado por SARS-CoV-2/Covid-19 na rotina de vida atual (escala de 1 a 10, agrupado em baixo 1-5 e alto ≥ 6), autopercepção do medo de ser contaminado (escala de 1 a 10, categorizada em pouco 1-5 e muito ≥ 6), fazer parte do grupo de risco (sim/não, considerado como positiva no mínimo uma resposta afirmativa para diagnóstico médico referido de hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, doença renal, cardíaca, respiratória ou outra doença crônica ou, ainda, ter 60 anos ou mais de idade⁷, presença de no mínimo um dos cinco principais sinais/sintomas na última semana (tosse, dor de garganta, coriza, dispneia/esforço respiratório e febre⁷), vacinação contra a gripe neste ano e tabagismo.

Além disso, foram avaliados aspectos do conhecimento sobre SARS-CoV-2/Covid-19, incluindo saber quem faz parte do grupo de risco (sim/não, assumido como positivo 7 ou 8 respostas afirmativas para pessoas com hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, câncer, doença renal, cardíaca, respiratória ou outra doença crônica ou, ainda, 60 anos ou mais de idade) e se faz parte do grupo de risco (resposta à pergunta sobre ser ou não do grupo de risco, excluídos os que não souberam responder). Também foi avaliado o conhecimento sobre sinais/sintomas (sim/não, sendo positiva a menção a tosse, dor de garganta, coriza, dispneia/esforço respiratório e febre⁷), sobre quando procurar o serviço de saúde (sim ou não, sendo positiva a referência a tosse, dispneia/esforço respiratório e febre⁷ e sobre formas de transmissão (sim/não e considerado positivo quem respondeu gotículas de saliva, espirro, tosse, catarro, toque ou aperto de mãos e objetos ou superfícies contaminadas⁷).

No que se refere à realização de medidas preventivas na rotina atual, considerando as orientações do MS vigentes no período, foi questionado se o participante: lava as mãos com água e sabão, várias vezes ao dia; higieniza as mãos com álcool em gel, várias vezes ao dia; ao tossir ou espirrar, cobre o nariz e a boca com lenço ou com o braço, ao invés das mãos; não toca olhos, nariz e boca sem lavar as mãos; não compartilha objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos; evita aglomerações; mantém os ambientes ventilados; higieniza telefone celular; e usa máscara ao sair de casa⁷. Posteriormente, somaram-se as medidas atuais e estabeleceu-se como desfecho a realização de no mínimo 8 das 9 recomendações avaliadas.

Da plataforma digital onde o questionário foi elaborado, as respostas foram extraídas em formato de planilha eletrônica a qual foi posteriormente convertida para leitura pelo *software* de análise de dados. A estatística incluiu a descrição da amostra e o cálculo da prevalência do desfecho com intervalo de confiança de 95% (IC95). Para verificar as associações entre o desfecho e as variáveis preditoras foi realizada a análise bivariada, gerando as RP brutas e seus IC95. Na multivariada empregou-se a regressão de Poisson, com variância robusta para

conglomerados, originando as RP ajustadas e seus IC95. A análise *backward stepwise* seguiu um modelo hierárquico¹² preestabelecido, composto de três níveis de determinação (variáveis sociodemográficas; de saúde e de comportamento; de conhecimento sobre SARS-CoV-2/ Covid-19, respectivamente), sendo que em cada nível as variáveis foram ajustadas entre si e as que apresentaram $p \leq 0,20$ foram mantidas para o ajuste com o nível seguinte. No caso das categorias politômicas, quando houve ordenamento entre as categorias foi realizado o teste de Wald para tendência linear e, quando não houve ou não foi significativo, foi testada a heterogeneidade. Em todos os testes, foi admitido erro α de 5%, sendo considerados significativos valores de $p < 0,05$, para testes bicaudais.

RESULTADOS

Amostra composta de 920 participantes e, conforme Tabela 1, houve predomínio de mulheres (67,7%), idade adulta (88,8%), cor branca (89,3%), elevada escolaridade (43,6% com pós-graduação), inserção no mercado de trabalho (74,5%) realizado em casa na maior parte dos últimos 15 dias (36,1%), atuação em área distinta da saúde (66,6%) sem trabalho ou estágio na área na maior parte dos últimos 15 dias (52,8%), domicílios com até 3 pessoas (73,8%) e sem idosos (76,1%). Prevaleceu a realização de distanciamento social (98,6%), domicílios não frequentados por outros além dos moradores (53,8%) e baixa autoavaliação de risco de contaminação (62%). Preponderou, ainda, muito medo de contaminação (63,6%), respondentes que não fazem parte do grupo de risco (52%) e ausência dos principais sinais/sintomas nos 7 dias prévios (53,2%), de vacinação contra a gripe neste ano (53,6%) e de tabagismo (92,3%). Relativo ao conhecimento verificou-se que a maior parte soube informar quem faz parte do grupo de risco (80,4%), principais sinais/sintomas (55,5%) e formas de transmissão (70,3%). Do total, apenas 32,6% informaram que fazem parte do grupo de risco e 33,9% assinalaram as principais situações em que é recomendado procurar o serviço de saúde por suspeita de SARS-CoV-2/Covid-19.

Na Tabela 2 estão descritas as frequências de realização das medidas preventivas, variando de 98,5% (evitar aglomerações) a 60,9% (não compartilhar objetos de uso pessoal). Quanto ao número de medidas realizadas, observou-se que 97,7% adotaram no mínimo 5, mas que somente 34,3% seguiram todas as 9 recomendações (Figura 1).

A prevalência do desfecho foi de 68% (IC95 65-71) e, de acordo com o apresentado na Tabela 3, maior probabilidade foi observada entre mulheres (RP = 1,26; IC95 1,10-1,45), idosos (RP = 1,50; IC95 1,43-1,58), indivíduos que trabalham (RP = 1,09; IC95 1,07-1,11), profissionais ou estudantes da saúde (RP = 1,12; IC95 1,07-1,17), com muito medo de serem contaminados (RP = 1,20; IC95 1,17-1,22), não fumantes (RP = 1,10; IC95 1,01-1,20) e com conhecimento sobre principais sinais/sintomas (RP=1,04; IC95 1,03-1,05), quando procurar o serviço de saúde (RP = 1,07; IC95 1,06-1,08) e formas de transmissão (RP = 1,03; IC95 1,00-1,06). Ademais, constatou-se redução na realização de medidas preventivas entre aqueles com 4 ou mais pessoas no domicílio (RP = 0,84; IC95 0,75-0,94), do grupo de risco (RP = 0,94; IC95 0,91-0,96) e com no mínimo um dos principais sinais/sintomas na última semana (RP = 0,83; IC95 0,72-0,96).

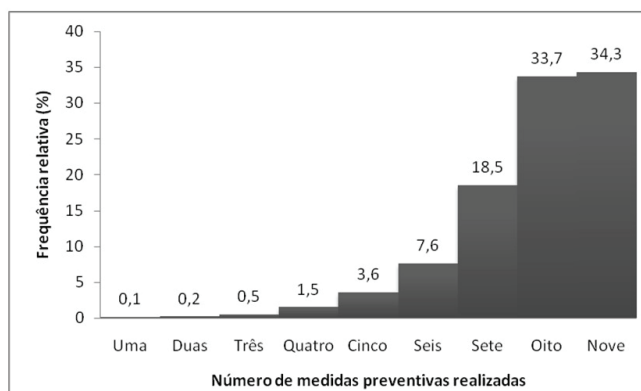


Figura 1. Número de medidas preventivas realizadas contra SARS-CoV-2/Covid-19. Passo Fundo, RS, 2020 (n = 920)

Tabela 1. Descrição da amostra. Passo Fundo, RS, 2020 (n = 920)

Variáveis	n (%)
Sociodemográficas	
Sexo	
Masculino	297 (32,3)
Feminino	623 (67,7)
Faixa etária	
18-29	248 (27,0)
30-39	221 (24,0)
40-49	196 (21,3)
50-59	152 (16,5)
≥ 60	103 (11,2)
Cor da pele	
Outras	98 (10,7)
Branca	822 (89,3)
Escolaridade	
Até ensino médio	304 (33,0)
Ensino superior	215 (23,4)
Pós-graduação	401 (43,6)
Ocupação	
Não trabalha	235 (25,5)
Trabalha	685 (74,5)
Em relação ao trabalho na maior parte dos últimos 15 dias (n = 685)	
Trabalhou com deslocamento por transporte público	27 (3,9)
Trabalhou com deslocamento por transporte particular	232 (33,9)
Trabalhou em casa	247 (36,1)
Não trabalhou	179 (26,1)
Profissional ou estudante da área da saúde	
Não	613 (66,6)
Sim	307 (33,4)
Trabalhou ou estagiou na área da saúde na maior parte dos últimos 15 dias (n = 307)	
Sim	145 (47,2)
Não	162 (52,8)
Número de pessoas no domicílio	
1	148 (16,1)
2	271 (29,5)
3	260 (28,2)
≥ 4	241 (26,2)
Idosos no domicílio	
Não	700 (76,1)
Sim	220 (23,9)

Tabela 1. Continuação...

Variáveis	n (%)
De saúde e de comportamento	
Atualmente	
Está fazendo distanciamento social	907 (98,6)
Sai de casa para trabalhar	316 (34,4)
Sai de casa para ir ao supermercado e à farmácia	695 (75,5)
Fica somente em casa	130 (14,1)
Atualmente, além dos moradores, frequentam o domicílio	
Parentes próximos	275 (29,9)
Outras pessoas próximas	80 (8,7)
Prestadores de serviço	121 (13,2)
Outras pessoas	14 (1,5)
Ninguém	495 (53,8)
Autoavaliação do risco de ser contaminado na rotina de vida atual	
Baixa	570 (62,0)
Alta	350 (38,0)
Autopercepção do medo de ser contaminado	
Pouca	335 (36,4)
Muita	585 (63,6)
Fazer parte do grupo de risco	
Não	478 (52,0)
Sim	442 (48,0)
Presença de no mínimo um sinal/sintoma na última semana	
Não	489 (53,2)
Sim	431 (46,8)
Vacinação contra a gripe neste ano	
Não	493 (53,6)
Sim	427 (46,4)
Tabagismo	
Sim	71 (7,7)
Não	849 (92,3)
De conhecimento	
Sobre quem faz parte do grupo de risco	
Não	180 (19,6)
Sim	740 (80,4)
Sobre fazer parte do grupo de risco (n = 869)	
Não	586 (67,4)
Sim	283 (32,6)
Sobre sinais e sintomas	
Não	409 (44,5)
Sim	511 (55,5)
Sobre quando procurar o serviço de saúde	
Não	608 (66,1)
Sim	312 (33,9)
Sobre formas de transmissão	
Não	273 (29,7)
Sim	647 (70,3)

Tabela 2. Realização de medidas preventivas contra SARS-CoV-2/Covid-19. Passo Fundo, RS, 2020 (n = 920)

Medidas	n (%)
Lavar as mãos com água e sabão, várias vezes ao dia	891 (96,9)
Higienizar as mãos com álcool em gel, várias vezes ao dia	805 (87,5)
Ao tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com lenço ou com o braço, ao invés das mãos	867 (94,2)
Não tocar olhos, nariz e boca sem lavar as mãos	683 (74,2)
Não compartilhar objetos de uso pessoal, como talheres, toalhas, pratos e copos	560 (60,9)
Evitar aglomerações	906 (98,5)
Manter os ambientes ventilados	900 (97,8)
Higienizar telefone celular	758 (82,4)
Usar máscara ao sair de casa	796 (86,5)

Tabela 3. Fatores associados à realização de medidas preventivas contra SARS-CoV-2/Covid-19. Passo Fundo, RS, 2020 (n = 920)

Variáveis	RP Bruta (IC95)	P	RP Ajustada (IC95)	P
1º nível: Sociodemográficas (n = 920)				
Sexo		<0,001 ^a		0,001 ^a
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	1,25 (1,14-1,36)		1,26 (1,10-1,45)	
Faixa etária		<0,001 ^b		0,002 ^b
18-29	1,00		1,00	
30-39	1,32 (1,12-1,56)		1,27 (1,09-1,46)	
40-49	1,39 (1,23-1,57)		1,41 (1,30-1,52)	
50-59	1,37 (1,34-1,41)		1,39 (1,37-1,41)	
≥ 60	1,39 (1,36-1,43)		1,50 (1,43-1,58)	
Cor da pele		0,592 ^a		0,879 ^a
Outras	1,00		1,00	
Branca	1,08 (0,81-1,45)		1,02 (0,81-1,28)	
Escolaridade		<0,001 ^c		0,684 ^b
Até ensino médio	1,00		1,00	
Ensino superior	1,09 (1,00-1,19)		0,99 (0,93-1,05)	
Pós-graduação	1,23 (1,21-1,25)		1,05 (1,01-1,09)	
Ocupação		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não trabalha	1,00		1,00	
Trabalha	1,14 (1,09-1,19)		1,09 (1,07-1,11)	
Profissional ou estudante da área da saúde		0,244 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,06 (0,96-1,18)		1,12 (1,07-1,17)	
Número de pessoas no domicílio		0,367 ^b		0,002 ^b
1	1,00		1,00	
2	0,93 (0,92-0,94)		0,91 (0,90-0,92)	
3	0,95 (0,84-1,07)		0,94 (0,88-1,01)	
≥ 4	0,84 (0,77-0,91)		0,84 (0,75-0,94)	
Idosos no domicílio		0,531 ^a		0,317 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,99 (0,95-1,03)		0,94 (0,83-1,06)	

RP: Razão de prevalências; ^aTeste do qui-quadrado; ^bTeste de heterogeneidade; ^cTeste de tendência linear

Tabela 3. Continuação...

Variáveis	RP Bruta (IC95)	P	RP Ajustada (IC95)	P
2º nível: De saúde e de comportamento (n = 920)				
Autopercepção do medo de ser contaminado		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Pouca	1,00		1,00	
Muita	1,16 (1,12-1,20)		1,20 (1,17-1,22)	
Fazer parte do grupo de risco		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,97 (0,96-0,98)		0,94 (0,91-0,96)	
Presença de no mínimo um sinal/sintoma na última semana		0,001 ^a		0,014 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	0,83 (0,75-0,92)		0,83 (0,72-0,96)	
Vacinação contra a gripe neste ano		0,031 ^a		0,112 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,21 (1,02-1,44)		1,14 (0,96-1,35)	
Tabagismo		0,035 ^a		0,031 ^a
Sim	1,00		1,00	
Não	1,13 (1,01-1,27)		1,10 (1,01-1,20)	
3º nível: De conhecimento (n = 869)				
Sobre quem faz parte do grupo de risco		0,030 ^a		0,108 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,32 (1,03-1,71)		1,21 (0,96-1,52)	
Sobre fazer parte do grupo de risco		0,482 ^a		0,802 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,05 (0,91-1,22)		1,03 (0,83-1,26)	
Sobre sinais e sintomas		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,11 (1,10-1,12)		1,04 (1,03-1,05)	
Sobre quando procurar o serviço de saúde		<0,001 ^a		<0,001 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,07 (1,06-1,08)		1,07 (1,06-1,08)	
Sobre formas de transmissão		<0,001 ^a		0,032 ^a
Não	1,00		1,00	
Sim	1,08 (1,07-1,09)		1,03 (1,00-1,06)	

RP: Razão de prevalências; ^aTeste do qui-quadrado; ^bTeste de heterogeneidade; ^cTeste de tendência linear

DISCUSSÃO

A população aderiu ao distanciamento social recomendado, evitando sair de casa e diminuindo a circulação de pessoas nos domicílios. Tal comportamento pode ser fruto da influência da mídia e da opinião pública, as quais vinham reforçando a recomendação como a principal medida de prevenção.

De forma semelhante, os dados do primeiro ciclo da pesquisa Vigitel/Covid-19, realizada entre 1 e 10 de abril de 2020, apontaram 90,9% de isolamento social¹³. Diferentemente, em Pernambuco, entre 6 e 8 de abril, 32 e 57%, respectivamente, afirmaram estar em isolamento total e parcial¹¹, enquanto que no Ceará 52,5% encontravam-se em quarentena parcial em 19 de março¹⁴.

Por outro lado, apesar de predominar a baixa autoavaliação de risco de contaminação (62%), provavelmente pela notável adesão ao distanciamento social e às medidas preventivas, ficou evidente a elevada proporção do medo da contaminação (63,6%), o que pode estar relacionado a informações divulgadas acerca da lacuna existente na capacidade da rede de saúde em absorver muitos pacientes simultaneamente, com atendimento especializado, aumentando assim o risco associado à doença. Valores maiores foram verificados no Brasil anteriormente, como em pesquisa realizada entre 18 e 20 de março, quando 74% referiram medo de infecção¹⁵. No Reino Unido, 77,4% mostraram-se preocupados em relação à epidemia e 47,5% perceberam como alto o risco de ser infectados⁹. Em Hong Kong 97% demonstraram preocupação com a doença e 89% se consideravam em alto risco de ser infectados⁸.

A comparação com diferentes países é complexa, uma vez que deve ser considerado o momento de realização das pesquisas, pois a preocupação das populações em relação à epidemia e ao risco de ser infectada pode variar de acordo com a evolução da doença no país.

A maioria dos participantes foi classificada como não sendo do grupo de risco, bem como não apresentou os principais sinais/sintomas na semana anterior à coleta de dados. Destacam-se também como fatores positivos a baixa prevalência de tabagismo e um considerável índice de vacinação contra a gripe.

No que se refere ao conhecimento sobre SARS-CoV-2/Covid-19, verificou-se que, não obstante a maior parte soubesse quem faz parte do grupo de risco (80,4%) e as principais formas de transmissão (70,3%), pouco mais da metade soube informar os principais sinais/sintomas (55,5%). Destaca-se, ainda, que apenas cerca de um terço tinha conhecimento sobre as principais situações em que se recomenda buscar o atendimento (33,9%), assim como respondeu que faz parte do grupo de risco (32,6%), ainda que, de acordo com os critérios adotados pelo estudo, quase a metade seria de risco (48%). Tais resultados sugerem a necessidade de uma abordagem mais intensiva por parte das autoridades na divulgação de informações, tanto para evitar a busca por atendimento quando não recomendado, causando sobrecarga no sistema, como também para que aqueles com sinais/sintomas fiquem atentos, minimizem o risco de disseminação e não retardem a busca pelo sistema de saúde até quando um quadro mais grave da doença se manifestar.

Em outra pesquisa realizada no Brasil 78% responderam que estão bem informados sobre o assunto¹⁵. Realidade não muito distinta foi observada na Índia, onde foi revelado moderado conhecimento sobre o assunto sendo que, se por um lado 97% reconheciam que lavar as mãos com frequência poderia interromper a transmissão, somente 29,5% sabiam as principais vias de transmissão e 18,2% relataram febre como sintoma¹⁶. Constatações assim parecem ser típicas em situações como essa, pois, conforme já evidenciado na pandemia da influenza A por H1N1, pode não haver discernimento sobre o modo de transmissão e as medidas preventivas, porém as percepções e as reações de comportamento evoluem no transcorrer do período¹⁷. Entretanto, acredita-se que maiores níveis de conhecimento sobre o agente causador e a doença, modificando precocemente a conduta da população, possam reduzir os impactos da morbimortalidade e também o ônus econômico decorrente.

Quanto à prevenção, os resultados apontam elevada prevalência, sendo que quase 70% adotaram ao menos 8 medidas e que 97,7% aderiram a no mínimo 5, enquanto somente 34,3% realizavam todas elas.

No Japão apurou-se que 61,4% aderiram a no mínimo 4 de 5 recomendações da OMS, enquanto apenas 34,7% adotaram todas as medidas¹⁰. No Brasil, identificou-se adesão de 36,7% às 5 práticas recomendadas pela OMS para a prevenção da Covid-19¹³.

Maiores prevalências foram referentes a evitar aglomerações (98,5%) e a lavar as mãos com água e sabão várias vezes ao dia (96,9%). Porém, mesmo as menos adotadas apresentaram frequências consideráveis, como não tocar olhos, nariz e boca sem lavar as mãos (74,2%) e não compartilhar objetos de uso pessoal (60,9%). No Japão foi de 40% a adesão ao isolamento social e de 24,4% à recomendação de evitar tocar olhos, nariz e boca sem lavar as mãos¹⁰. Por outro lado, de acordo com observações no Reino Unido, 94,2% seguiam pelo menos uma das 5 medidas preventivas da OMS, sendo que 85,8% lavavam as mãos com água e sabão várias vezes ao dia e 56,5% evitavam aglomerações⁹. Nos Estados Unidos houve elevada adesão às 6 medidas avaliadas, com valores superiores a 90% para lavagem das mãos, evitar proximidade, permanecer em casa, etiqueta respiratória e uso de desinfetantes e cerca de 80% para uso de máscara¹⁸. No Brasil 82,7% higienizam, com água e sabão ou com desinfetante à base de álcool, mãos e superfícies/objetos tocados com frequência. Ainda, 66,3% realizam práticas complementares de higiene, tais como trocar roupas e sapatos ao chegar em casa e não compartilhar objetos de uso pessoal¹³.

A diversidade dos resultados pode ser devida ao período de realização das avaliações, tendo em vista o início da pandemia em cada local e o momento da coleta dos dados. Apesar da necessidade de adequação às diferentes realidades, de modo geral as medidas de controle permitem que se ganhe tempo para a organização de recursos de vigilância epidemiológica e de assistência à saúde de modo a controlar a Covid-19¹⁹.

No que tange aos fatores associados à realização de medidas preventivas, também no Japão foi descrita maior probabilidade em mulheres, pessoas acima de 60 anos e não fumantes¹⁰, o que sugere um comportamento natural dessa fração da população em aderir às orientações de proteção, talvez pelo maior senso de autocuidado das mulheres²⁰ e pelas condições mais suscetíveis dos idosos, além da maior exposição aos serviços de saúde em ambos os casos.

Maior adesão entre profissionais e estudantes da saúde, indivíduos que trabalham e com mais medo de serem contaminados, assim como, entre aqueles com conhecimento sobre quadro clínico, transmissão e momento recomendado para atendimento médico, era esperada. Tais observações podem ser decorrentes de maior exposição a situações de contágio, bem como às informações sobre o vírus e a doença, as quais são divulgadas em conjunto com as orientações de prevenção⁷, o que acaba por influenciar positivamente a adesão às mesmas.

Entre os participantes que mencionaram no mínimo um dos principais sinais/sintomas na semana anterior, verificou-se menor prevalência do desfecho. Assim, considera-se a possibilidade de causalidade reversa, sugerindo que indivíduos que realizavam menor número de medidas apresentaram maior probabilidade de sinais/sintomas, o que reforça a importância das ações recomendadas como forma de evitar a doença. Curiosamente, observou-se menor frequência entre participantes com 4 ou mais pessoas no domicílio, ao contrário do que foi constatado no Japão, onde não morar sozinho aumentou a prevenção¹⁰. Da mesma forma, foi verificada menor adesão entre pessoas do grupo de risco, o que contraria as expectativas, tendo em vista que se esperaria que estas, por serem mais suscetíveis ao agravamento da doença²¹, estivessem se protegendo mais.

Ainda que a maior parte da amostra realizasse as medidas preconizadas, os resultados indicam que as medidas podem ser reforçadas especialmente entre jovens, homens, pertencentes ao grupo de risco e com conhecimento insuficiente sobre alguns aspectos da doença.

Nesse sentido, é importante salientar que, segundo relatório sobre análise de óbitos por Covid-19, publicado pelo Comitê de Orientação Emergencial, da Prefeitura Municipal de Passo Fundo, no dia 19 de maio de 2020 (durante a semana epidemiológica 21), embora o município tenha iniciado precocemente ações voltadas a reduzir a transmissão²², ocupava, atrás da capital do estado, o segundo lugar em número absoluto de casos^{23,24}. Ainda, todos os pacientes que evoluíram a óbito apresentavam morbidades incluídas como fatores de risco, e metade buscou atendimento diretamente nas instituições hospitalares, sugerindo que o diagnóstico tenha ocorrido tardiamente²², possivelmente em decorrência do conhecimento insuficiente da população sobre o momento adequado de procurar o serviço de saúde.

Como ponto forte do estudo ressalta-se a relevância dos achados em virtude das poucas publicações sobre trabalhos nacionais semelhantes. Além disso, há possibilidade de utilização das informações por parte de autoridades, no sentido de reforçar o entendimento coletivo sobre SARS-CoV-2/Covid-19, e assim retardar o avanço e reduzir os impactos da pandemia.

Dentre as limitações menciona-se que embora o questionário não tenha sido direcionado a algum segmento social específico, acabou por alcançar maior número de mulheres e de pessoas com ensino superior/pós-graduação, não sendo a amostra, portanto, representativa da população. Ainda, há que se considerar a possibilidade de viés de informação em virtude da autoaplicação do instrumento.

REFERÊNCIAS

1. Wu F, Zhao S, Yu B, Chen YM, Wang W, Song ZG, et al. A new coronavirus associated with human respiratory disease in China. *Nature*. 2020;579(7798):265-9. <http://dx.doi.org/10.1038/s41586-020-2008-3>. PMID:32015508.
2. World Health Organization. Basic protective measures against the new coronavirus [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [citado em 2020 maio 4]. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-corona-virus-2019/advice-for-public>
3. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus Brasil [Internet]. 2020 [citado em 2020 maio 5]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
4. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2020 [Internet]. 2020 [citado em 2020 maio 21]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/passo-fundo/panorama>

5. Passo Fundo. Prefeitura Municipal. Prevenção do Coronavírus [Internet]. 2020. (Boletim Epidemiológico) [citado em 2020 maio 21]. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/interna.php?t=5&co=157&p=1008>
6. Xie M, Chen Q. Insight into 2019 novel coronavirus: an updated interim review and lessons from SARS-CoV and MERS-CoV. *Int J Infect Dis.* 2020;94:119-24. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.071>. PMID:32247050.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Coronavírus/COVID-19 [Internet]. 2020 [citado em 2020 maio 4]. Disponível em: <https://coronavirus.saude.gov.br/>
8. Kwok KO, Li K-K, Hin Chan HH, Yi YY, Tang A, Wei WI, et al. Community responses during the early phase of the COVID-19 epidemic in Hong Kong: risk perception, information exposure and preventive measures. *medRxiv.* 2020. No prelo. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.02.26.20028217>. 2020.
9. Atchison CJ, Bowman L, Vrinten C, Redd R, Pristerà P, Eaton JW, et al. Perceptions and behavioural responses of the general public during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey of UK Adults. *medRxiv.* 2020. No prelo. <http://dx.doi.org/10.1101/2020.04.01.20050039>.
10. Machida M, Nakamura I, Saito R, Nakaya T, Hanibuchi T, Takamiya T, et al. Adoption of personal protective measures by ordinary citizens during the COVID-19 outbreak in Japan. *Int J Infect Dis.* 2020;94:139-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2020.04.014>. PMID:32283285.
11. Bezerra A, Silva CEM, Soares FRG, Silva JAM. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. *Cien Saude Colet.* 2020;25(6 Supl. 1):2411-21. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020>.
12. Victora CG, Huttly SR, Fuchs SC, Olinto MTA. The role of conceptual frameworks in epidemiological analysis: a hierarchical approach. *Int J Epidemiol.* 1997;26(1):224-7. <http://dx.doi.org/10.1093/ije/26.1.224>. PMID:9126524.
13. Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Centro de Operações de Emergência em Saúde Pública. Doença pelo Coronavírus 2019 [Internet]. Ministério da Saúde, COE-COVID19; 2020. (Boletim Epidemiológico; 11). Semana epidemiológica 16 (12 a 18/04).
14. Lima DLF, Dias AA, Rabelo RS, Cruz ID, Costa SC, Nigri FMN, et al. COVID-19 no Estado do Ceará: Comportamentos e crenças na chegada da pandemia. *Cien Saude Colet.* 2020;25(5):1575. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020255.07192020>. PMID:32402018.
15. Datafolha. Opinião sobre a pandemia. Coronavírus [Internet]. 2020 [citado em 2020 abr 12]. Disponível em: <http://media.folha.uol.com.br/datafolha/2020/03/23/22cedeee019d1bf3e5e82c889e058b9bhb.pdf>
16. Roy D, Tripathy S, Kar SK, Sharma N, Verma SK, Kaushal V. Study of knowledge, attitude, anxiety & perceived mental healthcare need in T Indian population during COVID-19 pandemic. *Asian J Psychiatr.* 2020;51:102083. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102083>. PMID:32283510.
17. Bults M, Beaujean DJ, Richardus JH, Voeten HA. Perceptions and behavioral responses of the general public during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic: a systematic review. *Disaster Med Public Health Prep.* 2015;9(2):207-19. <http://dx.doi.org/10.1017/dmp.2014.160>. PMID:25882127.
18. McFadden SM, Malik AA, Aguolu OG, Willebrand KS, Omer SB. Perceptions of the adult US population regarding the novel coronavirus outbreak. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231808. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231808>. PMID:32302370.
19. 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. *Cien Saude Colet.* 2020;25(6 Supl. 1):2423. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>.
20. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Porque os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saude Publica.* 2007;23(3):565-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>. PMID:17334571.
21. Organização Pan-Americana de Saúde. Folha informativa – COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus) [Internet]. OPAS Brasil; 2020 [citado em 2020 maio 21]. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/>.
22. Passo Fundo. Prefeitura Municipal. Comitê de Orientação Emergencial. Relatório Análise dos Óbitos COVID - 19 em Passo Fundo – 19 de maio de 2020 [Internet]. 2020 [citado em 2020 maio 21]. Disponível em: http://www.pmpf.rs.gov.br/servicos/geral/multimedia/coronavirus_notasobre_obitos_pf_19052020.pdf
23. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual de Saúde. RS/CEVS/COE/DGTI. Coronavírus/COVID-19-RS [Internet]. [Internet]. 2020 [citado em 2020 maio 21]. Disponível em: <http://ti.saude.rs.gov.br/covid19/>
24. Passo Fundo. Prefeitura Municipal. Prevenção do Coronavírus [Internet]. 2020. (Boletim Epidemiológico) [citado em 2020 maio 21]. Disponível em: <http://www.pmpf.rs.gov.br/interna.php?t=5&co=157&p=1008>