

**Identificação dos fatores mais
preponderantes na adesão da população
às medidas de proteção contra a infeção
por SARS-CoV-2**

Ana Rita Alves Santos

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em

Medicina

(mestrado integrado)

Orientador: Prof. Doutor Miguel Castelo-Branco

maio de 2021

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Miguel Castelo-Branco, agradeço por aceitar ser meu orientador e por todo o apoio e conhecimento que me transmitiu ao longo deste caminho.

Aos meus amigos e família, por toda paciência e dedicação ao longo destes 6 anos.

Resumo

O propósito deste estudo consiste em avaliar a adesão da população portuguesa às medidas de proteção contra a infecção por SARS-CoV-2 e identificar os canais de comunicação mais utilizados e com maior capacidade de influência junto de cada setor. Os dados necessários à realização do estudo foram recolhidos através de um inquérito online, divulgado através de SMS e email, tendo como alvo a população residente em Portugal, com idade igual ou superior a 16 anos. Foram recolhidos 1445 inquéritos válidos, 28,4% (n=410) dos quais correspondentes a homens com idade média de 41,3±14,1 anos e 71,6% (n=1035) a mulheres com idade média de 38,6±13,0 anos. Os dados obtidos foram posteriormente submetidos a uma análise descritiva e analítica.

Determinou-se a importância atribuída às medidas de proteção contra a Covid-19 (11,48±1,06; escala 0-12), o grau de adesão (21,05±2,56; escala 0-24) e a perceção da qualidade da informação transmitida pelas entidades oficiais (27,0±6,46; escala 8-40) e pelo médico assistente (28,96±4,55; escala 7-35) através de escalas de Likert.

Foram identificados preditores de elevados níveis de adesão às medidas de proteção, nomeadamente, ser mulher (OR=1,375; CI: [1,072; 1,763]), pertencer a faixas etárias mais elevadas (OR=1,012; CI: [1,003; 1,021]), ter falado com o médico assistente sobre a Covid-19 (OR=1,659; CI: [1,254; 2,196]) e perceber a informação fornecida pelas entidades oficiais como tendo mais qualidade (OR=1,036; CI: [1,018; 1,054]), sendo todos eles fatores que aumentam a probabilidade de ter elevados níveis de adesão às medidas de proteção. Pelo contrário, reconhecer ser influenciado pelas redes sociais (OR=0,649; CI: [0,489; 0,862]), ter sido infetado por SARS-CoV-2 (OR=0,524; CI: [0,348; 0,788]), achar que os riscos associados à doença estão a ser sobrevalorizados (OR=0,693; CI: [0,492; 0,975]) e não saber se os riscos estão a ser sobrevalorizados (OR=0,593; CI: [0,420; 0,837]) reduzem essa probabilidade.

Os noticiários da rádio e televisão e a imprensa escrita são os canais de comunicação com maior frequência de acesso para recolha de informação relacionada com a Covid-19, seguindo-se os amigos e familiares e as redes sociais, assumindo estas maior importância nas faixas etárias mais jovens e nos indivíduos com nível de escolaridade mais baixo, grupos nos quais revelam também maior capacidade de influência.

Palavras-chave

Covid-19; Medidas de proteção; Adesão; Preditores; Canais de comunicação; Portugal

Abstract

The purpose of this study is to evaluate the adherence of the Portuguese population to the protection measures against the infection by SARS-CoV-2 and to identify which media outlets are most used and more likely to influence each sector. The data used in this study was collected through a survey, shared by SMS and email, targeting Portugal's resident population with ages equal to or greater than 16. A total of 1445 valid surveys were collected, 28,4% (n=410) of which belonged to men (mean age = 41,3±14,1 years) and 71,6% (n=1035) belonged to women (mean age = 38,6±13,0 years). The data obtained was submitted to a descriptive and analytical analysis.

The degree of importance assigned to the protection measures against Covid-19 (11,48±1,06 on a 0-12 scale), the level of adherence (21,05±6,46 on a 0-24 scale), the perception of the quality of the information transmitted by the official authorities (27,0±6,46 on a 8-40 scale) and by the attending doctor (28,96±4,55 on a 7-35 scale) were obtained by Likert scales.

Predictors of high levels of adherence to the protective measures were identified, namely being a woman (OR=1,375; CI: [1,072; 1,763]), belong to older age groups (OR=1,012; CI: [1,003; 1,021]), have spoken to the attending doctor about Covid-19 (OR=1,659; CI: [1,254; 2,196]) and perceive the information provided by the official authorities as having more quality (OR=1,036; CI: [1,018; 1,054]), being all these factors responsible for the probability of having higher levels of adhesion to the protection measures. On the other hand, acknowledging to be influenced by social media (OR=0,649; CI: [0,489; 0,862]), having been infected by SARS-CoV-2 (OR=0,524; CI: [0,348; 0,788]), thinking the risks associated with the disease are being overvalued (OR=0,693; CI: [0,492; 0,975]) and not knowing if the risks are being overestimated (OR=0,593; CI: [0,420; 0,837]) reduce this probability.

The television and radio news, as well as written press are the most used communication channels to obtain information related to Covid-19, following friends/family and social media, playing the last one a major role in younger age groups and in individuals with lower levels of education, groups that reveal greater ability to be influenced.

Keywords

Covid-19; Protection measures; Adherence; Predictors; Communication channels; Portugal

Índice

AGRADECIMENTOS	iii
RESUMO	v
ABSTRACT	vii
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE TABELAS	xiii
LISTA DE ACRÓNIMOS	xv
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 MATERIAIS E MÉTODOS	3
2.1 DESENHO DO ESTUDO E TAMANHO MÍNIMO DA AMOSTRA	3
2.2 INSTRUMENTOS.....	3
2.2.1 Escalas utilizadas	3
2.2.2 Tratamento dos dados recolhidos a partir de escalas de Likert	6
2.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA	6
2.4 ÉTICA E CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS.....	8
3 RESULTADOS	9
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	9
3.1.1 Dados sociodemográficos	9
3.1.2 Antecedentes clínicos	10
3.2 CANAIS DE COMUNICAÇÃO CONSULTADOS PARA ACEDER A INFORMAÇÃO SOBRE A COVID-19.....	11
3.2.1 Frequência de acesso em função das características sociodemográficas	12
3.2.2 Canais de comunicação com maior capacidade para influenciar o comportamento dos inquiridos	14
3.2.3 Capacidade de influência das figuras públicas.....	16
3.2.4 Perceção da qualidade da informação transmitida pelas autoridades governamentais e de saúde (PQIAGS).....	18
3.2.5 Perceção da importância e qualidade da informação transmitida pelo médico assistente (PIQIMA).....	20
3.3 RISCOS ASSOCIADOS À COVID-19	22
3.3.1 Conhecimento dos riscos associados à doença.....	22
3.3.2 Sobrevalorização dos riscos.....	23
3.4 MEDIDAS DE PROTEÇÃO CONTRA A COVID-19.....	24
3.4.1 Grau de importância atribuído.....	24
3.4.2 Adesão às medidas de proteção	26

3.5 ATITUDE PERANTE A VACINAÇÃO	32
4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	35
4.1 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	39
5 CONCLUSÕES.....	41
6 BIBLIOGRAFIA.....	43
7 ANEXOS	47

Lista de Figuras

Figura 1	- Frequência de acesso aos canais de informação	11
Figura 2	- Representação gráfica da frequência de acesso aos canais de informação em função das características sociodemográficas.....	12
Figura 3	- Capacidade de influência das fontes de informação	15
Figura 4	- Capacidade de influência das fontes de informação em função das características sociodemográficas	16
Figura 5	- Capacidade de influência das figuras públicas.....	17
Figura 6	- Avaliação das respostas fornecidas a cada item da escala PQIAGS.....	19
Figura 7	- Avaliação das respostas fornecidas a cada item da escala PIQIMA	22
Figura 8	- Respostas fornecidas aos itens da escala para determinação da importância das MPCV19	26
Figura 9	- Frequência da prática dos comportamentos enunciados nos itens da escala de avaliação da adesão às MPCV19	28
Figura 10	- Adesão às MPCV19 na presença de desconhecidos e na presença de amigos/familiares	30

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Sistemas de pontuação das escalas.....	4
Tabela 2 - Magnitude dos valores de effect size	8
Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra	9
Tabela 4 - Antecedentes clínicos	10
Tabela 5 - Frequência de acesso aos canais de informação - Testes de Dunn com ajuste de Bonferroni.....	12
Tabela 6 - Frequência de acesso aos canais de comunicação em função das características sociodemográficas	13
Tabela 7 - Canais de comunicação mais utilizados em função das características sociodemográficas	14
Tabela 8 - Capacidade de Influência das fontes de informação - Testes de Dunn com ajuste de Bonferroni.....	15
Tabela 9 - Capacidade de influência das figuras públicas em função das características sociodemográficas	17
Tabela 10 - Capacidade de influência das figuras públicas - Comparação das proporções de respostas entre grupos (Teste Z para proporções)	18
Tabela 11 - Índice PQIAGS em função das características sociodemográficas.....	18
Tabela 12 - Itens da escala PQIAGS.....	19
Tabela 13 - Itens da escala PQIAGS - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni.....	20
Tabela 14 - Índice PIQIMA em função das características sociodemográficas.....	21
Tabela 15 - Itens da escala PIQIMA	21
Tabela 16 - Itens da escala PIQIMA - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni.....	22
Tabela 17 - Sobrevalorização dos riscos em função das características sociodemográficas	23
Tabela 18 - Sobrevalorização dos riscos - Comparação das proporções entre grupos (Teste Z para proporções com correção de Bonferroni)	24
Tabela 19 - Justificações para achar que os riscos da Covid-19 estão a ser sobrevalorizados.....	24
Tabela 20 - Grau de importância atribuído às MPCV19 em função das características sociodemográficas	25
Tabela 21 - Itens da escala para avaliação da importância das MPCV19 - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni.....	26

Tabela 22 - Adesão às MPCV19 em função das características sociodemográficas.....	27
Tabela 23 - Comportamentos avaliados nos itens da escala para avaliação da adesão às MPCV19	28
Tabela 24 - Itens da escala utilizada na avaliação da adesão às MPCV19 - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni	29
Tabela 25 - Justificações para a não adesão aos comportamentos descritos nos itens da escala para avaliação da adesão às MPCV19	30
Tabela 26 - Variáveis incluídas no modelo de regressão logística binária.....	31
Tabela 27 - Regressão logística - Preditores de elevados níveis de adesão às MPCV19	32
Tabela 28 - Justificações para não ter decidido tomar a vacina.....	33

Lista de Acrónimos

CI	Intervalo de confiança
CSSE	Center for Systems Science and Engineering
DGS	Direção Geral de Saúde
DP	Desvio padrão
DS	Distanciamento social
ER	Etiqueta respiratória
KMO	Medida de Kaiser-Meyer-Olkin
LDM	Lavagem/Desinfecção das mãos
M	Média
MERS	Síndrome respiratória do Médio Oriente
MPCV19	Medidas de proteção contra a Covid-19
OMS	Organização Mundial da Saúde
OR	<i>Odds Ratio</i>
PIQIMA	Perceção da importância e da qualidade da informação prestada pelo médico assistente
PQIAGS	Perceção da qualidade da informação fornecida pelas autoridades governamentais e de saúde
SARS	Síndrome respiratória aguda grave
UM	Uso de máscara

1 Introdução

Desde o aparecimento dos primeiros casos em dezembro de 2019, a infeção por SARS-CoV-2 disseminou-se em proporções pandémicas, gerando um grave problema de saúde pública. Segundo dados do Center for Systems Science and Engineering (CSSE) da Universidade Johns Hopkins nos Estados Unidos, o número global de infetados situava-se, no final do mês de março de 2021, em aproximadamente 130 milhões, dos quais resultou um número de mortes superior a 2,8 milhões. Ainda de acordo com os dados disponibilizados pelo CSSE, Portugal não tem fugido à regra, contando já com mais de 800000 infetados e um número de mortes associadas superior a 16000.

Desde o início da pandemia, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendou a adoção de medidas de proteção individual, nomeadamente lavar ou desinfetar as mãos com frequência, manter o distanciamento social e cumprir as regras de etiqueta respiratória, como meios para reduzir a propagação do vírus. Em Portugal, a Direção Geral de Saúde (DGS) e as autoridades governamentais seguiram também as diretivas emanadas pela OMS, às quais se juntou mais tarde a recomendação da utilização de máscara.

A comunicação na área da saúde desempenha um importante papel na adesão das populações a práticas comportamentais que fomentem o bem-estar e a segurança dos cidadãos (1), nas quais se incluem a adesão às medidas de proteção contra a Covid-19 (MPCV19). É por isso fundamental identificar quais os canais de comunicação que revelam, não apenas maior facilidade de penetração junto dos vários setores da sociedade, mas também maior capacidade de influência. Dessa forma será possível desenvolver políticas de comunicação setoriais, mais direcionadas para as camadas da população que revelam menores taxa de adesão às MPCV19, procurando assim responder às principais dúvidas e preconceitos instalados e aumentar os níveis de adesão às MPCV19. Só dessa forma será possível fazer face aos desafios que enfrentamos, particularmente numa fase da pandemia em que o cansaço torna a população menos recetiva a seguir as recomendações das autoridades de saúde.

Tanto quanto é do conhecimento do autor, não existem estudos destinados a avaliar a adesão da população portuguesa às MPCV19 e a identificar os canais de comunicação mais utilizados para aceder a informação relacionada com a Covid-19. Foram apenas encontrados um estudo relacionado com a perceção do risco entre os profissionais de saúde e a população em geral (2), outro destinado a avaliar a adesão da população

estudantil de uma Universidade portuguesa às MPCV19 (3) e um terceiro relacionado com a prevenção da Covid-19 em lojas de retalho da área alimentar (4).

Assim, dada a pertinência de aprofundar o conhecimento nesta área, o desenvolvimento do presente projeto tem como objetivos, avaliar o grau de conhecimento e adesão dos vários setores da população portuguesa às MPCV19 e identificar os principais fatores subjacentes à eventual não adesão. Pretende-se também identificar os canais de comunicação mais utilizados para aceder a informação sobre o tema e com maior capacidade de influência junto de cada setor, avaliando simultaneamente a forma como a população percebe a qualidade das políticas de comunicação que têm vindo a ser implementadas pelo governo e pelas autoridades de saúde.

2 Materiais e métodos

2.1 Desenho do estudo e tamanho mínimo da amostra

Tipo de estudo: Estudo observacional, transversal, descritivo e analítico, tendo como principal objetivo a avaliação do grau de adesão da população portuguesa, com idade igual ou superior a 16 anos, às MPCV19.

Recolha de dados: Os dados foram recolhidos através da realização de um inquérito *online* disponibilizado na plataforma *SurveyMonkey*, durante o período compreendido entre 19 de março e 16 de abril de 2021.

Seleção dos participantes: Amostragem de conveniência, através do envio de SMS e email. Foram também contactadas empresas, escolas e todas as 306 Câmaras Municipais do país, procurando dar cobertura nacional ao inquérito.

Critérios de inclusão: Indivíduos residentes em Portugal com idade igual ou superior a 16 anos.

Critérios de exclusão: Indivíduos com idade inferior a 16 anos.

Tamanho da amostra: Determinado através da aplicação da fórmula ajustada de Yamane, proposta por Adam (5), para um nível de confiança de 95% e uma margem de erro de 5%, tendo-se obtido um tamanho mínimo da amostra de 385 participantes.

2.2 Instrumentos

Os dados necessários à realização do estudo foram recolhidos através de um questionário *online* composto por 32 questões, desenvolvido após uma revisão bibliográfica tendo como alvo estudos relacionados com a adesão das populações às MPCV19 e outros eventos pandémicos como SARS e MERS.

O conteúdo e adequado funcionamento do questionário foi previamente validado por um grupo de 22 participantes, tendo no decorrer desse processo sido introduzidas algumas alterações no sentido de corrigir problemas relacionados com a compreensão e objetividade das questões colocadas.

Foi também desenvolvida uma versão do questionário em papel (Anexo I). No entanto, a evolução da situação pandémica tornou desaconselhável a utilização desta metodologia.

2.2.1 Escalas utilizadas

A avaliação da importância das MPCV19 foi realizada através de uma escala de Likert de 5 pontos, composta por 4 itens, aos quais foi atribuída uma pontuação em função da resposta do inquirido (Tabela 1). Por fim, procedeu-se ao somatório das pontuações

atribuídas a cada item da escala, obtendo-se uma pontuação final que varia entre 0 e 12 pontos, correspondendo a uma pontuação mais elevada um maior reconhecimento da importância das medidas. A consistência interna da escala foi avaliada através da determinação do *alpha de Cronbach* ($\alpha = 0,63$), sendo o valor obtido considerado aceitável, dado o reduzido número de itens da escala e o facto de a correlação média entre itens ser superior a 0,3. (6 p97)

Tabela 1 - Sistemas de pontuação das escalas

Escala para avaliar a importância atribuída às medidas de proteção contra a Covid-19 (MPCV19)	
Resposta	Pontuação
Muito importante	3
Importante	2
Pouco importante	1
Nada importante	0
Não sei	0

Escala para avaliar o grau de adesão às MPCV19	
Resposta	Pontuação
Sempre	2
Às vezes	1
Nunca	0

Escala para avaliar a perceção da qualidade da informação fornecida pelas autoridades governamentais e de saúde (PQIAGS)	
Resposta	Pontuação
Concordo totalmente	5
Concordo	4
Não concordo nem discordo	3
Discordo	2
Discordo totalmente	1

Escala para avaliar a perceção da importância e qualidade da informação transmitida pelo médico assistente (PIQIMA)	
Resposta	Pontuação
Concordo totalmente	5
Concordo	4
Não concordo nem discordo	3
Discordo	2
Discordo totalmente	1

Para avaliar o grau de adesão às MPCV19, foi construída uma escala de Likert de 3 pontos, composta por 12 itens relacionados com a prática das regras de etiqueta respiratória (1 item), distanciamento social (4 itens), utilização de máscara (4 itens) e limpeza e/ou desinfeção frequente das mãos (3 itens). A cada item foi atribuída uma pontuação, em função da frequência com que a medida é praticada (Tabela 1), seguindo o princípio utilizado por Almutiri *et al* (7). Por fim, somaram-se as pontuações atribuídas a cada item, obtendo-se uma pontuação final que varia entre 0 e 24 pontos, estando uma pontuação mais elevada associada a um maior grau de adesão às MPCV19. A consistência

interna da escala foi avaliada através da determinação do *alpha de Cronbach*, ($\alpha = 0,74$), sendo o valor obtido considerado aceitável. (6 p97)

A avaliação da perceção da qualidade da informação fornecida pelas autoridades governamentais e de saúde (PQIAGS) foi realizada a partir de uma escala de Likert de 5 pontos, composta por 8 itens. A cada item foi atribuída uma pontuação em função da resposta do inquirido (Tabela 1). As pontuações atribuídas a cada item foram somadas, obtendo-se um índice PQIAGS, correspondendo a um valor mais elevado, uma perceção de maior qualidade da informação fornecida. A escala foi avaliada estatisticamente com o objetivo de aferir se o constructo latente (PQIAGS) pode ser explicado pelas variáveis observadas, recorrendo-se para o efeito a uma análise fatorial, utilizando o método de componentes principais. Para tal, determinou-se previamente a medida de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e a significância do teste de esfericidade de Bartlett para aferir a adequabilidade dos dados disponíveis a esse tipo de análise. Foram ainda analisados os valores da matriz de correlação das variáveis integradas na escala. Face aos resultados obtidos, concluiu-se pela adequabilidade dos dados à realização da análise fatorial, KMO=0,93 e teste de Bartlett estatisticamente significativo ($p < 0,001$). Também os coeficientes de correlação das variáveis que integram a escala são todos superiores a 0,3 (6 p183). Da análise fatorial realizada resultou a extração de um único fator que explica 58,1% da variância total registada, confirmando a adequação da escala para medir o constructo latente. A consistência interna da escala foi aferida através da determinação do *alpha de Cronbach* ($\alpha = 0,90$), sendo o valor obtido adequado.

Para avaliar a perceção da importância e qualidade da informação transmitida pelo médico assistente (PIQIMA), utilizou-se uma escala de Likert de 5 pontos, composta por 7 itens. A cada item foi atribuída uma pontuação em função da resposta do inquirido (Tabela 1), correspondendo uma pontuação mais elevada a uma maior PIQIMA. Para aferir se o constructo latente (PIQIMA) pode ser aferido pelas variáveis que integram a escala, recorreu-se à análise fatorial, após confirmação da adequabilidade dos dados, KMO= 0,91, teste de Bartlett significativo ($p < 0,001$) e coeficientes de correlação das variáveis que integram a escala todos superiores a 0,3. Da realização da análise fatorial resultou a extração de um único fator, responsável por 68,6% da variância total registada, ficando demonstrada a adequação da escala para medir o constructo latente subjacente. A consistência interna da escala foi avaliada através do *alpha de Cronbach* ($\alpha = 0,92$), sendo o valor obtido considerado adequado.

2.2.2 Tratamento dos dados recolhidos a partir de escalas de Likert

A análise dos resultados obtidos a partir de escalas de Likert tem sido alvo de controvérsia na comunidade científica, tal como descrito por Norman (8) e Sullivan & Artino (9), residindo a essência do problema na definição de quais as técnicas estatísticas mais adequadas para proceder à análise dos dados recolhidos a partir delas. Vários autores, entre os quais se inclui Jamieson (10), afirmam que, por não se tratar de escalas contínuas, mas sim de escalas ordinais, não é possível assumir que os intervalos entre os valores da escala são iguais, nem tão pouco garantir a Normalidade da distribuição da variável subjacente. Por isso, defendem o recurso a técnicas não paramétricas para o tratamento desse tipo de dados, uma vez que os pressupostos subjacentes à utilização de técnicas paramétricas não são cumpridos.

Em contrapartida, vários outros especialistas defendem que, pese embora a veracidade desses factos, a utilização de técnicas paramétricas no tratamento deste tipo de dados pode ser feita com total segurança. Carifio & Perla (11) defendem por exemplo que, apesar de as questões ou itens individuais da escala serem efetivamente variáveis ordinais, as escalas resultantes do somatório das pontuações atribuídas a cada item podem ser consideradas intervalares, existindo vários estudos que demonstram a robustez das técnicas paramétricas quando aplicadas neste contexto.

Face ao exposto e porque são geralmente reconhecidas como sendo mais potentes que as técnicas não paramétricas (9) e muito comuns nas publicações científicas no tratamento de dados provenientes de escalas de Likert (8), optou-se neste trabalho por recorrer à aplicação de técnicas paramétricas no tratamento de dados fornecidos por esse tipo de escalas. No entanto, pelas razões também anteriormente expostas, na análise de itens isolados das escalas, optou-se pela utilização de técnicas não paramétricas.

2.3 Análise estatística

Os dados recolhidos foram alvo de uma análise descritiva e analítica, utilizando o software *Statistical Package for the Social Science*® (SPSS), versão 27.

As estatísticas descritivas utilizadas para caracterizar as variáveis contínuas com distribuição Normal foram a média e o desvio padrão. As variáveis categóricas foram caracterizadas através das respetivas frequências absolutas e relativas, tendo os intervalos de confiança de 95% sido calculados através do método de Clopper-Pearson. Para todos os testes realizados, o nível de significância estatística foi estabelecido a $p < 0,05$.

A avaliação da normalidade da distribuição das variáveis contínuas foi realizada através da análise do respetivo histograma, das medidas de curtose e assimetria e dos gráficos

Q-Q Normal e Q-Q Normal sem tendência. Foi também realizado o teste de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk.

Para avaliar diferenças das médias de variáveis contínuas, entre grupos independentes, recorreu-se à utilização do *t-test* e à análise da variância (*ANOVA*), utilizando-se como medida de *effect size* o *Eta* quadrado (η^2), calculado de acordo com a Equação 1 no caso do *t-test* e de acordo com a Equação 2 no caso da *ANOVA* (6). Para a realização de testes *post-hoc* recorreu-se ao teste de Tukey.

$$\eta^2 = \frac{t^2}{t^2 + (N_1 + N_2 - 2)} \quad \text{Equação 1}$$

$$\eta^2 = \frac{\text{Soma dos quadrados entre grupos}}{\text{Total da soma dos quadrados}} \quad \text{Equação 2}$$

Onde: η^2 *Eta* quadrado

t Estatística do *t-test*

N_1 Número de participantes do grupo 1

N_2 Número de participantes do grupo 2

A identificação de associações entre variáveis categóricas foi realizada através do teste Qui-Quadrado (χ^2), utilizando-se o valor do Teste exato de Fisher sempre que a tabela de contingência apresentasse mais de 20% do número total de células com frequência esperada inferior a 5, ou células com frequência observada igual a zero, tal como recomendado por Peat (12 p263). Como medidas de *effect size* recorreu-se ao coeficiente *Phi* (ϕ) no caso de tabelas de contingência 2x2 e ao *V* de *Cramer* (V) no caso de tabelas de contingência com dimensão superior (6 p220). Para a realização de testes *post-hoc* recorreu-se neste caso a testes *Z* para proporções, com correção de Bonferroni.

Para comparar distribuições de variáveis ordinais emparelhadas recorreu-se ao teste de Friedman (13), realizando-se de seguida testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni, sempre que se revelou necessário identificar os pares de variáveis que diferiam significativamente entre si. A medida de *effect size* (r) foi neste caso calculada a partir do valor z fornecido pelo teste, utilizando para o efeito a equação 3, como recomendado por Pallant (6 p232).

$$r = \frac{z}{\sqrt{2 * N}} \quad \text{Equação 3}$$

Onde: r = *Effect size*

N = Número total de casos

z = Estatística padronizada do teste

Para comparar entre si a distribuição de variáveis dicotómicas emparelhadas recorreu-se ao teste Q de Cochran (13), realizando de seguida testes *post-hoc* de Dunn com ajuste de Bonferroni, para identificar as variáveis que diferiam significativamente entre si. Como medida de *effect size* recorreu-se neste caso à determinação do Eta quadrado (η^2), utilizando para o efeito a equação 4. (14)

$$\eta^2 = \frac{Q}{n(K - 1)} \quad \text{Equação 4}$$

Onde: η^2 Eta quadrado
 Q Estatística do teste Q de Cochran
 n Número de participantes
 K Número de variáveis

Para a identificação de preditores associados a variáveis dependentes dicotómicas recorreu-se à técnica de regressão logística binária, com indicação do coeficiente β , significância e *Odds Ratio* ($\text{Exp}(\beta)$) e respetivos intervalos de confiança de 95%.

A classificação da magnitude das diferenças encontradas foi realizada de acordo com as medidas de *effect size* obtidas, seguindo as indicações da Tabela 2. (6, 12)

Tabela 2 - Magnitude dos valores de *effect size*

Testes	Effect Size	Valor	Magnitude do efeito	
t-test		0,01	Pequeno	
ANOVA	Eta quadrado (η^2)	0,06	Moderado	
Q de Cochran		0,14	Grande	
Postos sinalizados de Wilcoxon	r	0,10	Pequeno	
		0,30	Moderado	
		0,50	Grande	
Qui-Quadrado (Tabelas de contingência 2x2)	Phi (φ)	0,10	Pequeno	
		0,30	Moderado	
		0,50	Grande	
Qui-Quadrado (Tabelas de contingência com dimensão superior a 2x2)	V de Cramer (V)			
		L-1 ou C-1=1	0,10 0,30 0,50	Pequeno Moderado Grande
		L-1 ou C-1=2	0,07 0,21 0,35	Pequeno Moderado Grande
		L-1 ou C-1=3	0,06 0,17 0,29	Pequeno Moderado Grande

L: N° de linhas da tabela de contingência; C: N° de linhas da tabela de contingência

2.4 Ética e confidencialidade dos dados

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior a 16 de março de 2021 (anexo II). A informação recolhida foi devidamente codificada, assegurando o caráter anónimo e confidencial das respostas fornecidas.

3 Resultados

3.1 Caracterização da amostra

Foram colhidos um total de 1644 questionários, dos quais foram excluídos 199 devido a erros e/ou preenchimento muito incompleto, resultando uma amostra composta por 1445 participantes. Salienta-se o facto de 58 participantes terem terminado o preenchimento do inquérito após responderem às questões relacionadas com a adesão às MPCV19, sendo por isso excluídos das análises relacionadas com as fontes de informação, PQIAGS e PIQIMA.

3.1.1 Dados sociodemográficos

As características sociodemográficas da amostra encontram-se resumidas na Tabela 3, podendo verificar-se que a mesma é composta por 410 homens (28,4%) com idade média de 41,3±14,1 anos e 1035 mulheres (71,6%) cuja idade média é de 38,6±13,0 anos, sendo a diferença de idades entre os dois grupos significativa, embora de reduzida magnitude. Relativamente ao estado civil, os indivíduos casados ou em união de facto representam a maioria da amostra, seguidos dos indivíduos solteiros, existindo diferenças significativas na distribuição do estado civil entre os grupos dos homens e das mulheres, embora de pequena magnitude.

Tabela 3 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		Homens (n = 410)	Mulheres (n = 1035)	Total (n =1445)	Análise Estatística	
Idade	Média	41,3	38,6	39,4	<i>t-test</i>	t(1443) = 3,53 p = 0,001* ; r = 0,009
	Desvio Padrão	14,1	13,0	13,4		
		n(%)	n(%)	n(%)		
Estado civil	Casado(a)/União de facto	233(56,8%)	529(51,1%)	762(52,7%)	<i>Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher)</i>	p=0,047* V = 0,074
	Divorciado(a)	22(5,4%)	80(7,7%)	102(7,1%)		
	Viúvo(a)	0(0,0%)	8(0,8%)	8(0,6%)		
	Solteiro(a)	155(37,8%)	418(40,4%)	573(39,7%)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	39(9,5%)	47(4,5%)	86(6,0%)	<i>Qui-Quadrado</i>	χ² (2, n=1445) = 16,61 p<0,001* V = 0,107
	Ensino Secundário (12º Ano)	110(26,8%)	242(23,4%)	352(24,4%)		
	Ensino Superior	261(63,7%)	746(72,1%)	1007(69,7%)		
Situação labora	Estudante	62(15,1%)	198(19,1%)	260(18,0%)	<i>Qui-Quadrado</i>	χ² (3, n=1445) = 16,90 p=0,001* V = 0,108
	Empregado(a)	322(78,5%)	776(75,0%)	1098(76,0%)		
	Desempregado(a)	10(2,4%)	48(4,6%)	58(4,0%)		
	Reformado(a)	16(3,9%)	13(1,3%)	29(2,0%)		

n(%) - frequência absoluta(frequência relativa); p - valor de prova; V: V de Cramer; r: effect size ;

* estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negro).

Quanto à escolaridade, a maioria dos participantes possui um grau académico ao nível do ensino superior, seguido pelo grupo daqueles que possuem o 12º Ano, existindo também neste caso diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres, embora de pequena magnitude. Por fim, no que concerne à situação laboral, a

maioria dos participantes está atualmente empregada, sendo os estudantes o segundo grupo mais representativo, existindo também aqui diferenças estatisticamente significativas entre os homens e as mulheres, embora de reduzida magnitude.

3.1.2 Antecedentes clínicos

Os antecedentes clínicos dos participantes no estudo encontram-se resumidos na Tabela 4, verificando-se que a maioria declarou não sofrer atualmente de qualquer tipo de doença, não realizar tratamentos de quimioterapia nem tratamentos para doenças autoimunes e ter o programa nacional de vacinação atualizado. Regista-se também o facto de 8,8% (n=127) dos inquiridos já ter sido infetado por SARS-CoV-2. Apenas foram detetadas diferenças significativas entre sexos em relação à incidência de diabetes, VIH, outras doenças e à atualização do plano nacional de vacinação, embora de pequena magnitude.

Tabela 4 - Antecedentes clínicos

		Homens (n = 410)	Mulheres (n = 1035)	Total (n =1445)	Análise Estatística	
		n(%)	n(%)	n(%)	Teste	Resultados
Sofre de alguma destas doenças?	Diabetes	10(2,4%)	9(0,9%)	19(1,3%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 5,58$ p = 0,018* ; $\phi = -0,062$
	Doença cardíaca	11(2,7%)	14(1,4%)	25(1,7%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 3,06$ p = 0,080; $\phi = -0,046$
	Hipertensão arterial	45(11,0%)	83(8,0%)	128(8,9%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 3,18$ p = 0,075; $\phi = -0,047$
	Doença pulmonar	16(3,9%)	39(3,8%)	55(3,8%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 0,01$ p = 0,904; $\phi = 0,003$
	Doença oncológica	5(1,2%)	11(1,1%)	16(1,1%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 0,07$ p = 0,797; $\phi = -0,007$
	VIH	3(0,7%)	0(0,0%)	3(0,2%)	Teste Exato de Fisher	p = 0,023* ; $\phi = -0,072$
	Outras	43(10,5%)	154(14,9%)	197(13,6%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 4,81$ p = 0,028* ; $\phi = 0,058$
	Não sofre de nenhuma doença	298(72,7%)	753(72,8%)	1051(72,7%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 0,00$ p = 0,978; $\phi = -0,001$
Está a realizar tratamentos de quimioterapia ou tratamentos para doenças autoimunes?	Sim	9(2,2%)	30(2,9%)	39(2,7%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 0,55$ p = 0,457; $\phi = 0,020$
	Não	401(97,8%)	1005(97,1%)	1406(97,3%)		
Tem o Programa Nacional de Vacinação atualizado?	Sim	384(93,7%)	1001(96,7%)	1385(95,8%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(2, n=1445) = 9,06$ p = 0,011 ; V = 0,079
	Não	10(2,4%)	19(1,8%)	29(2,0%)		
	Não sei	16(3,9%)	15(1,4%)	31(2,1%)		
Já esteve infetado com Covid-19?	Sim	35(8,5%)	92(8,9%)	127(8,8%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1445) = 0,05$ p = 0,831; $\phi = 0,006$
	Não	375(91,5%)	943(91,1%)	1318(91,2%)		

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); p - valor de prova; V: V de Cramer; ϕ - Phi de Cramer

* estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

Nota: Os inquiridos podiam seleccionar mais do que uma doença

3.2 Canais de comunicação consultados para aceder a informação sobre a Covid-19

Para analisar a frequência de acesso aos vários canais de informação, procedeu-se à recodificação das variáveis associadas às várias fontes, criando novas variáveis dicotómicas às quais se atribuiu o valor 0 no caso de resposta “Nunca” ou “Poucas vezes” (baixa frequência de acesso) ou o valor 1 no caso de resposta “Muitas vezes” ou “Sempre” (elevada frequência de acesso).

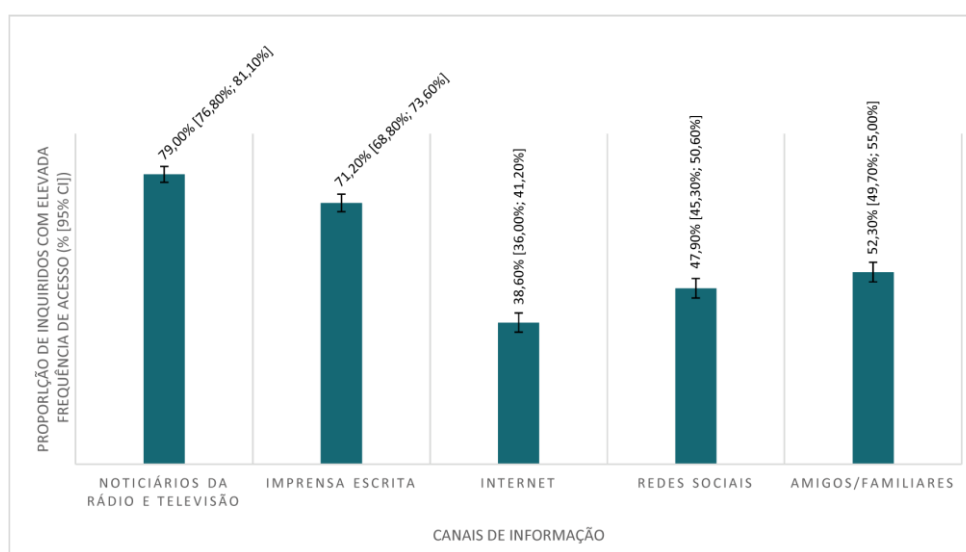


Figura 1 - Frequência de acesso aos canais de informação

Numa análise preliminar dos resultados obtidos (Figura 1), verifica-se que os canais de informação mais sinalizados com elevada frequência de acesso são, por ordem decrescente, os noticiários da televisão e rádio, a imprensa escrita e num maior equilíbrio entre si, os amigos/familiares e as redes sociais.

Um teste Q de Cochran confirmou a significância estatística das diferenças observadas, $\chi^2(4, n=1387)=734,64$; $p<0,001$; $\eta^2=0,13$; sendo estas de moderada magnitude. A realização posterior de testes *post-hoc* de Dunn com ajuste de Bonferroni (Tabela 5), permitiu concluir que existem diferenças significativas entre todos os pares de fontes de informação, exceto no par Amigos/Familiares vs. Redes sociais ($p=0,121$).

Tabela 5 - Frequência de acesso aos canais de informação - Testes de Dunn com ajuste de Bonferroni

Frequência da consulta - Pares de fontes de informação	P _{ajust}
Noticiários da televisão e rádio vs. Notícias da imprensa escrita	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Outro sites da Internet	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Redes Sociais	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Amigos/familiares	<0,001*
Notícias da imprensa escrita vs. Outro sites da Internet	<0,001*
Notícias da imprensa escrita vs. Redes sociais	<0,001*
Notícias da imprensa escrita vs. Amigos/familiares	<0,001*
Outro sites da Internet vs. Redes Sociais	<0,001*
Outro sites da Internet vs. Amigos/familiares	<0,001*
Amigos/familiares vs. Redes sociais	0,121

P_{ajust} - valor de prova ajustado com correção de Bonferroni; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

3.2.1 Frequência de acesso em função das características sociodemográficas

A frequência de acesso aos diferentes canais de comunicação, em função das características sociodemográficas, encontra-se representada na Tabela 6, sendo patente a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação laboral.

Com base na representação gráfica (Figura 2) das proporções e respectivos CI dos dados apresentados na Tabela 6, elaborou-se a Tabela 7, na qual se encontram representados por ordem decrescente de frequência de acesso, os canais de informação mais utilizados por cada grupo das variáveis sexo, escolaridade e idade.

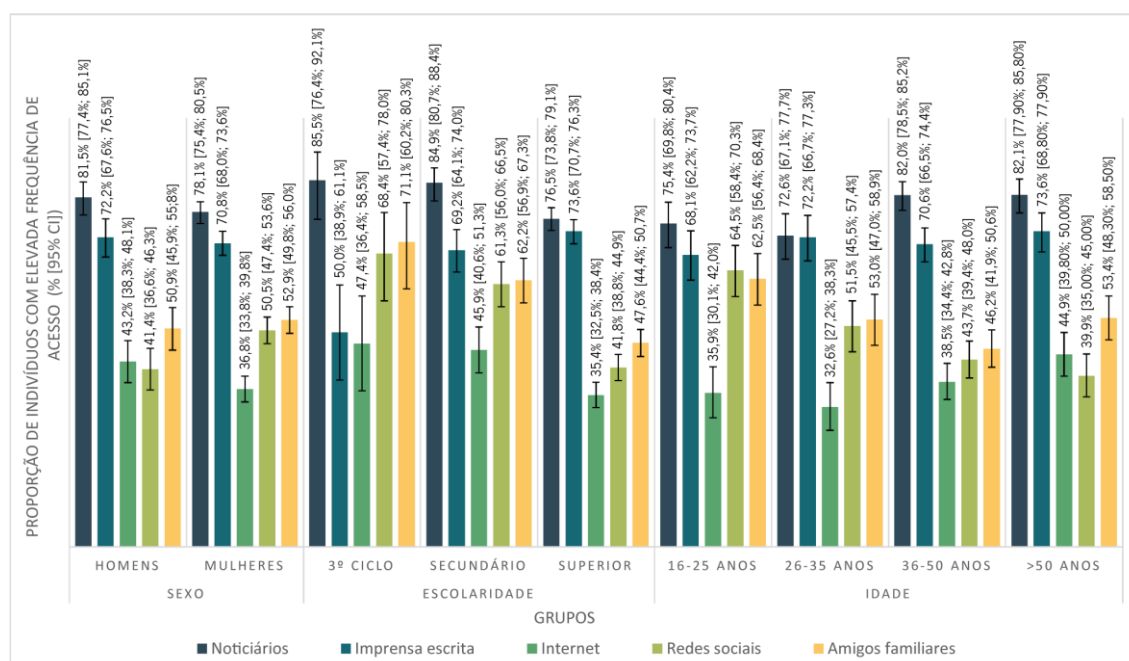


Figura 2 - Representação gráfica da frequência de acesso aos canais de informação em função das características sociodemográficas

Tabela 6 - Frequência de acesso aos canais de comunicação em função das características sociodemográficas

		Baixa	Alta	Análise Estatística		
		Frequência n(%)	Frequência n(%)	Teste	Resultados	
Noticiários	Sexo	Homens	72(18,5%)	317(81,5%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1387) = 1,99$ $p = 0,158$; $\phi = -0,038$
		Mulheres	219(21,9%)	779(78,1%)		
	Idade	16-25 anos	61(24,6%)	187(75,4%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 13,49$ $p = 0,004^*$; $V = 0,099$
		26-35 anos	74(27,4%)	196(72,6%)		
		36-50 anos	91(18%)	415(82%)		
		>50 anos	65(17,9%)	298(82,1%)		
	Estado civil	Casado(a)/ União de facto	115(15,7%)	618(84,3%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher)	$p < 0,001^*$ $V = 0,139$
		Divorciado(a)	29(29,3%)	70(70,7%)		
		Viúvo(a)	2(33,3%)	4(66,7%)		
		Solteiro(a)	145(26,4%)	404(73,6%)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	11(14,5%)	65(85,5%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(2, n=1387) = 12,49$ $p = 0,002^*$; $V = 0,095$	
	Ensino Secundário (12º Ano)	50(15,1%)	281(84,9%)			
	Ensino Superior	230(23,5%)	750(76,5%)			
Situação laboral	Estudante	60(23,9%)	191(76,1%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 11,12$ $p = 0,011^*$; $V = 0,090$	
	Empregado(a)	206(19,5%)	851(80,5%)			
	Desempregado(a)	20(37%)	34(63%)			
	Reformado(a)	5(20%)	20(80%)			
Imprensa	Sexo	Homens	108(27,8%)	281(72,2%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1387) = 0,266$ $p = 0,606$; $\phi = -0,014$
		Mulheres	291(29,2%)	707(70,8%)		
	Idade	16-25 anos	79(31,9%)	169(68,1%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 2,35$ $p = 0,504$; $V = -0,041$
		26-35 anos	75(27,8%)	195(72,2%)		
		36-50 anos	149(29,4%)	357(70,6%)		
		>50 anos	96(26,4%)	267(73,6%)		
	Estado civil	Casado(a)/ União de facto	220(30%)	513(70%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher)	$p = 0,738$ $V = 0,033$
		Divorciado(a)	27(27,3%)	72(72,7%)		
		Viúvo(a)	1(16,7%)	5(83,3%)		
		Solteiro(a)	151(27,5%)	398(72,5%)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	38(50%)	38(50%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(2, n=1387) = 20,01$ $p < 0,001^*$; $V = -0,120$	
	Ensino Secundário (12º Ano)	102(30,8%)	229(69,2%)			
	Ensino Superior	259(26,4%)	721(73,6%)			
Situação laboral	Estudante	76(30,3%)	175(69,7%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 1,60$ $p = 0,665$; $V = -0,034$	
	Empregado(a)	297(28,1%)	760(71,9%)			
	Desempregado(a)	19(35,2%)	35(64,8%)			
	Reformado(a)	7(28%)	18(72%)			
Sites da Internet	Sexo	Homens	221(56,8%)	168(43,2%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1387) = 4,86$ $p = 0,027^*$; $\phi = -0,059$
		Mulheres	631(63,2%)	367(36,8%)		
	Idade	16-25 anos	159(64,1%)	89(35,9%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 10,97$ $p = 0,013^*$; $V = -0,089$
		26-35 anos	182(67,4%)	88(32,6%)		
		36-50 anos	311(61,5%)	195(38,5%)		
		>50 anos	200(55,1%)	163(44,9%)		
	Estado civil	Casado(a)/ União de facto	439(59,9%)	294(40,1%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher)	$p = 0,227$ $V = 0,055$
		Divorciado(a)	56(56,6%)	43(43,4%)		
		Viúvo(a)	3(50%)	3(50%)		
		Total	354(64,5%)	195(35,5%)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	40(52,6%)	36(47,4%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(2, n=1387) = 14,17$ $p = 0,001^*$; $V = -0,101$	
	Ensino Secundário (12º Ano)	179(54,1%)	152(45,9%)			
	Ensino Superior	633(64,6%)	347(35,4%)			
Situação laboral	Estudante	170(67,7%)	81(32,3%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher)	$\chi^2(3, n=1387) = 6,01$ $p = 0,111$; $V = -0,066$	
	Empregado(a)	635(60,1%)	422(39,9%)			
	Desempregado(a)	34(63%)	20(37%)			
	Reformado(a)	13(52%)	12(48%)			
Redes Sociais	Sexo	Homens	228(58,6%)	161(41,4%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1387) = 9,31$ $p = 0,002^*$; $\phi = -0,082$
		Mulheres	494(49,5%)	504(50,5%)		
	Idade	16-25 anos	88(35,5%)	160(64,5%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 41,64$ $p < 0,001^*$; $V = -0,173$
		26-35 anos	131(48,5%)	139(51,5%)		
		36-50 anos	285(56,3%)	221(43,7%)		
		>50 anos	218(60,1%)	145(39,9%)		
	Estado civil	Casado(a)/ União de facto	416(56,8%)	317(43,2%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher)	$p = 0,001^*$ $V = 0,108$
		Divorciado(a)	53(53,5%)	46(46,5%)		
		Viúvo(a)	2(33,3%)	4(66,7%)		
		Solteiro(a)	251(45,7%)	298(54,3%)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	24(31,6%)	52(68,4%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(2, n=1387) = 51,18$ $p < 0,001^*$; $V = 0,192$	
	Ensino Secundário (12º Ano)	128(38,7%)	203(61,3%)			
	Ensino Superior	570(58,2%)	410(41,8%)			
Situação laboral	Estudante	101(40,2%)	150(59,8%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 19,52$ $p < 0,001^*$; $V = 0,119$	
	Empregado(a)	583(55,2%)	474(44,8%)			
	Desempregado(a)	24(44,4%)	30(55,6%)			
	Reformado(a)	14(56%)	11(44%)			
Amigos/Familiares	Sexo	Homens	191(49,1%)	198(50,9%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(1, n=1387) = 0,452$ $p = 0,502^*$; $\phi = 0,018$
		Mulheres	470(47,1%)	528(52,9%)		
	Idade	16-25 anos	93(37,5%)	155(62,5%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 18,02$ $p < 0,001^*$; $V = 0,114$
		26-35 anos	127(47%)	143(53%)		
		36-50 anos	272(53,8%)	234(46,2%)		
		>50 anos	169(46,6%)	194(53,4%)		
	Estado civil	Casado(a)/ União de facto	366(49,9%)	367(50,1%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher)	$p = 0,018^*$ $V = 0,083$
		Divorciado(a)	55(55,6%)	44(44,4%)		
		Viúvo(a)	4(66,7%)	2(33,3%)		
		Solteiro(a)	236(43%)	313(57%)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	22(28,9%)	54(71,1%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(2, n=1387) = 32,67$ $p < 0,001^*$; $V = 0,153$	
	Ensino Secundário (12º Ano)	125(37,8%)	206(62,2%)			
	Ensino Superior	514(52,4%)	466(47,6%)			
Situação laboral	Estudante	99(39,4%)	152(60,6%)	Qui-Quadrado	$\chi^2(3, n=1387) = 10,91$ $p = 0,012^*$; $V = 0,089$	
	Empregado(a)	523(49,5%)	534(50,5%)			
	Desempregado(a)	30(55,6%)	24(44,4%)			
	Reformado(a)	9(36%)	16(64%)			

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); p - valor de prova, V - V de Cramer; ϕ - ϕ -Fi; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

Tabela 7 - Canais de comunicação mais utilizados em função das características sociodemográficas

+ → -
Frequência de acesso

		>80%	70-80%	60-70%	50-60%	40-50%	30-40%
Sexo	Homens	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Amigos/Familiars	Internet	Redes sociais	
	Mulheres	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Amigos/Familiars	Redes sociais	Internet	
Escolaridade	3º ciclo	Noticiários da rádio e televisão	Amigos/Familiars	Redes sociais	Imprensa escrita	Internet	
	Secundário	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Amigos/Familiars	Redes sociais	Internet	
	Superior	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Amigos/familiars	Redes sociais	Internet	
Idade	16-25 anos	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Redes sociais	Amigos/Familiars	Internet	
	26-35 anos	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Redes sociais	Amigos/Familiars	Internet	
	36-50 anos	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Amigos/Familiars	Redes sociais	Internet	
	>50 anos	Noticiários da rádio e televisão	Imprensa escrita	Amigos/Familiars	Internet	Redes sociais	

3.2.2 Canais de comunicação com maior capacidade para influenciar o comportamento dos inquiridos

Relativamente aos canais de comunicação que revelam maior capacidade para influenciar o comportamento dos inquiridos, aqueles que foram selecionados com maior frequência são, de acordo com os dados apresentados na Figura 3, os noticiários da rádio e televisão (n=1217, 87,7%), entrevistas com especialistas na matéria (n=1037; 74,8%) e por fim a imprensa escrita (n=727; 52,4%) e a Internet (642; 46,3%). De realçar que neste caso os inquiridos selecionaram 3 fontes de informação com capacidade de influência. Um teste Q de Cochran confirmou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas frequências de seleção das várias fontes, $\chi^2(6, n=1387)=2855,9$; $p<0,001$; $\eta^2=0,34$; sendo as mesmas de elevada magnitude. Testes *post-hoc* de Dunn com correção de Bonferroni (Tabela 8) realizados posteriormente, permitiram concluir que, excetuando os pares Imprensa escrita vs. Internet ($p=0,053$) e Conversas em programas recreativos vs. Outras fontes ($p=1,00$), todos os restantes pares apresentam diferenças estatisticamente significativas entre si.

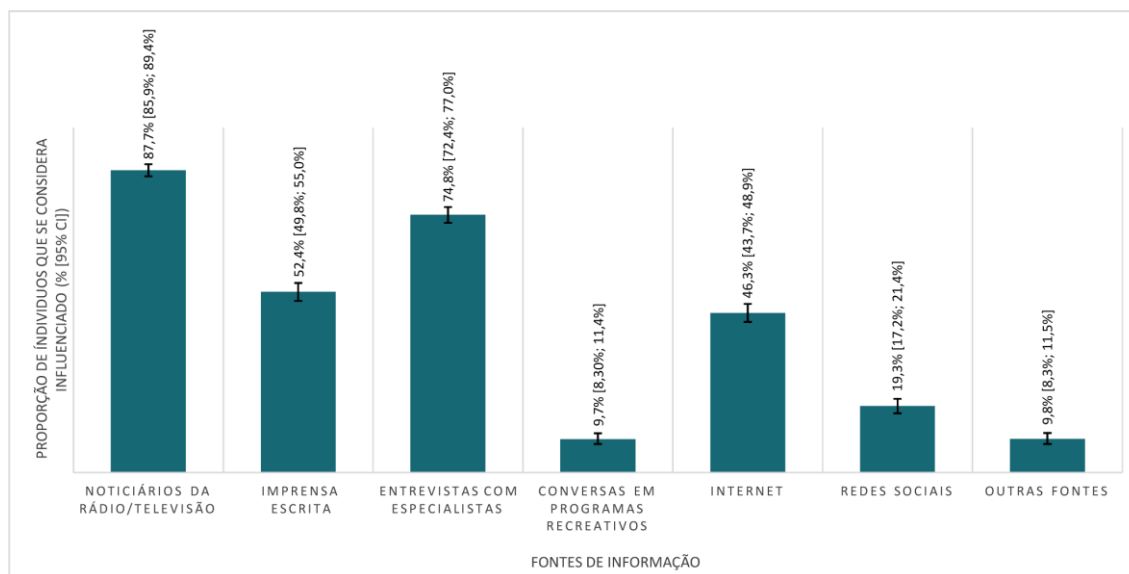


Figura 3 - Capacidade de influência das fontes de informação

A análise da capacidade de influência das fontes de informação em função das características sociodemográficas (Figura 4), permitiu concluir que, independentemente do grupo em causa, os noticiários da rádio e televisão são o meio de comunicação mais frequentemente selecionado, seguindo-se as entrevistas com especialistas.

Tabela 8 - Capacidade de Influência das fontes de informação - Testes de Dunn com ajuste de Bonferroni

Pares de fontes de informação	Pajust
Noticiários da televisão e rádio vs. Notícias da imprensa escrita	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Entrevistas com especialistas	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Conversas em programas recreativos	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Internet	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Redes sociais	<0,001*
Noticiários da televisão e rádio vs. Outras fontes	<0,001*
Notícias da imprensa escrita vs. Entrevistas com especialistas	<0,001*
Notícias da imprensa escrita vs. Conversas em programas recreativos	<0,001*
Notícias da imprensa escrita vs. Internet	0,053
Notícias da imprensa escrita vs. Redes sociais	<0,001*
Notícias da imprensa escrita vs. Outras fontes	<0,001*
Entrevistas com especialistas vs. Conversas em programas recreativos	<0,001*
Entrevistas com especialistas vs. Internet	<0,001*
Entrevistas com especialistas vs. Redes sociais	<0,001*
Entrevistas com especialistas vs. Outras fontes	<0,001*
Conversas em programas recreativos vs. Internet	<0,001*
Conversas em programas recreativos vs. Redes sociais	<0,001*
Conversas em programas recreativos vs. Outras fontes	1,000
Internet vs. Redes Sociais	<0,001*
Internet vs. Outras fontes	<0,001*
Redes sociais vs. Outras fontes	<0,001*

pajust - valor de prova ajustado com correção de Bonferroni; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

É possível também verificar que, de entre as 5 fontes mais selecionadas, aquela que regista maior oscilação entre grupos são as redes sociais, com uma influência claramente superior nos inquiridos com escolaridade ao nível do 3º ciclo e ensino secundário e também nos da faixa etária dos 16-25 anos. Testes Qui-Quadrado permitiram confirmar

a existência de diferenças significativas na frequência de seleção das redes sociais entre os grupos da variável idade; ($\chi^2(3, n=1387)=64,15, p<0,001, V= 0,215$), embora de pequena magnitude.

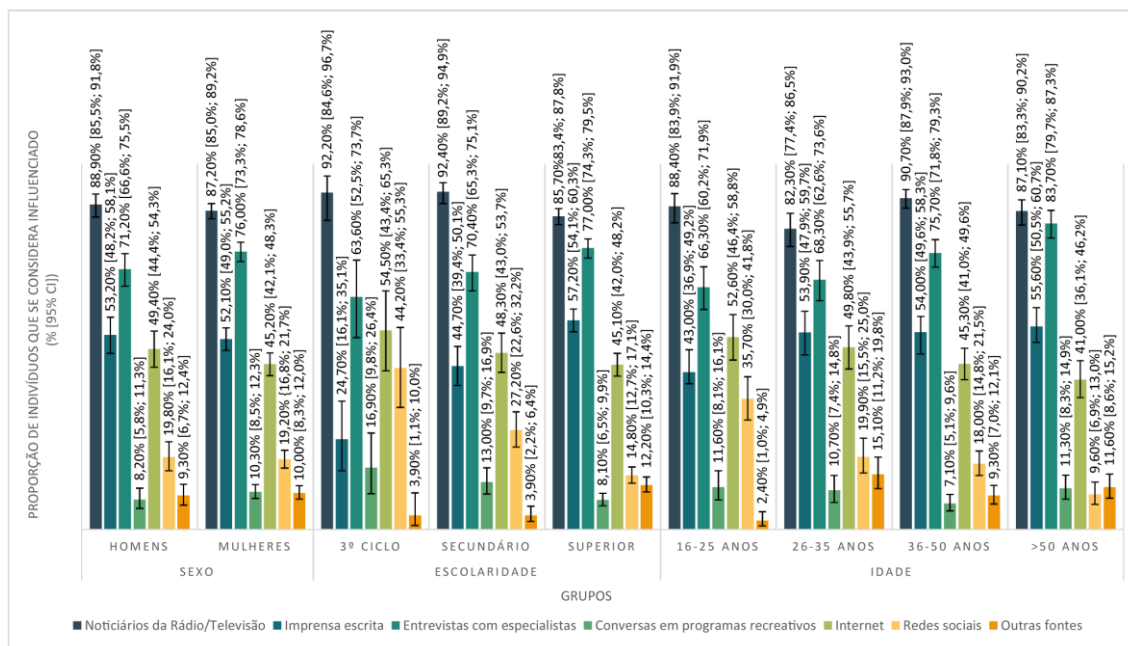


Figura 4 - Capacidade de influência das fontes de informação em função das características sociodemográficas

Testes z para proporções com correção de Bonferroni permitiram posteriormente confirmar a existência de diferenças significativas entre o grupo dos 16-25 anos e os grupos 26-35 anos ($p<0,001$), 36-50 anos ($p<0,001$) e maiores de 50 anos ($p<0,001$). Também em relação à variável escolaridade se detetaram diferenças significativas entre os respetivos grupos ($\chi^2(2, n=1387)=55,08, p<0,001, V= 0,199$), embora de pequena magnitude. A realização posterior de testes Z para proporções com correção de Bonferroni, confirmou a significância das diferenças encontradas entre os inquiridos com escolaridade até ao 3º ciclo e os grupos com 12º ano ($p=0,016$) e formação ao nível do ensino superior ($p<0,001$), o mesmo acontecendo relativamente às diferenças registadas entre os inquiridos com o 12º ano e com o ensino superior ($p<0,001$). No que concerne ao sexo dos inquiridos, não se registaram diferenças significativas entre as distribuições de respostas dos homens e das mulheres, independentemente da fonte de informação analisada.

3.2.3 Capacidade de influência das figuras públicas

De acordo com os dados recolhidos, as figuras públicas podem, através do seu exemplo, influenciar a adesão às MPCV19, com 43,4% ($n=602$) dos inquiridos a revelar ser muito influenciado, 36,7% ($n=509$) pouco influenciado e 19,9% ($n=276$) nada influenciado (Figura 5).

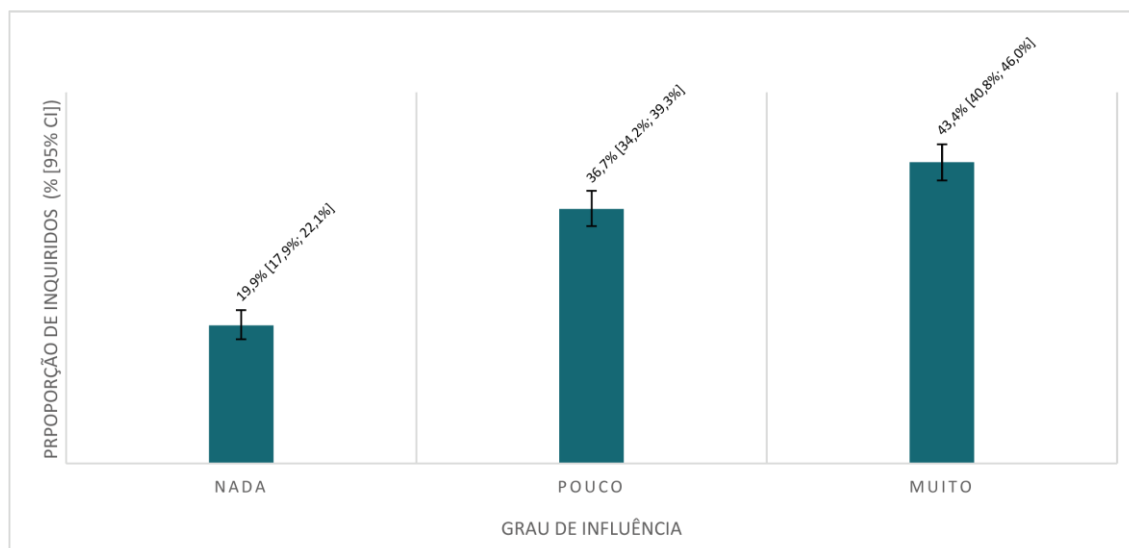


Figura 5 - Capacidade de influência das figuras públicas

Analisando a capacidade de influência das figuras públicas em função das características sociodemográficas (Tabela 9), verifica-se que, apenas ao nível da idade e do estado civil, se registam diferenças estatisticamente significativas entre os respetivos grupos, embora de pequena magnitude.

Tabela 9 - Capacidade de influência das figuras públicas em função das características sociodemográficas

		Nada n (%)	Pouco n (%)	Muito n (%)	Análise Estatística
Sexo	Homens	69(17,7%)	146(37,5%)	174(44,7%)	Qui-Quadrado $\chi^2(2, n=1387)=1,6$ $p=0,451$; $\phi=0,034$
	Mulheres	207(20,7%)	363(36,4%)	428(42,9%)	
Idade	16-25 anos	38(15,3%)	73(29,4%)	137(55,2%)	Qui-Quadrado $\chi^2(6, n=1387)=20,5$ $p=0,002$; $V=0,086$
	26-35 anos	59(21,9%)	94(34,8%)	117(43,3%)	
	36-50 anos	98(19,4%)	199(39,3%)	209(41,3%)	
	>50 anos	81(22,3%)	143(39,4%)	139(38,3%)	
	Casada/União de facto	142(19,4%)	299(40,8%)	292(39,8%)	
Estado civil	Divorciado(a)	26(26,3%)	38(38,4%)	35(35,4%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher) $p=0,001$; $V=0,089$
	Viúvo(a)	1(16,7%)	0(0,0%)	5(83,3%)	
	Solteiro(a)	107(19,5%)	172(31,3%)	270(49,2%)	
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	14(18,4%)	27(35,5%)	35(46,1%)	Qui-Quadrado $\chi^2(4, n=1387)=3,4$ $p=0,487$; $V=0,035$
	Ensino Secundário (12º Ano)	56(16,9%)	121(36,6%)	154(46,5%)	
	Ensino Superior	206(21,0%)	361(36,8%)	413(42,1%)	
Situação laboral	Estudante	42(16,7%)	77(30,7%)	132(52,6%)	Qui-Quadrado $\chi^2(6, n=1387)=11,5$ $p=0,075$; $V=0,064$
	Empregado(a)	217(20,5%)	401(37,9%)	439(41,5%)	
	Desempregado(a)	13(24,1%)	20(37,0%)	21(38,9%)	
	Reformado(a)	4(16,0%)	11(44,0%)	10(40,0%)	

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); p - valor de prova; ϕ - Fi de Cramer; V - V de Cramer

* estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

A realização de testes Z para proporções com correção de Bonferroni às variáveis Idade e Estado Civil, forneceu os resultados apresentados na Tabela 10, através dos quais é possível concluir que a faixa etária 16-25 anos é mais influenciada (maior percentagem de respostas “Muito”) pelo exemplo das figuras públicas que todas as outras e que os indivíduos solteiros são significativamente mais influenciados que os casados.

Tabela 10 - Capacidade de influência das figuras públicas - Comparação das proporções de respostas entre grupos (Teste Z para proporções)

		Resposta		
		Nada	Pouco	Muito
Idade	16-25 anos (A)			B(p=0,041); C(p=0,002); D(p<0,001)
	26-35 anos (B)			
	36-50 anos (C)			
	>50 anos (D)			
Estado civil	Casado (A)		D(p=0,002)	
	Divorciado (B)			
	Viúvo(C)			
	Solteiro (D)			A(p=0,005)

Nota : Os resultados baseiam-se em testes bilaterais. Para cada par significativo, a chave da categoria com a menor proporção, aparece na categoria da resposta onde se regista a diferença significativa.

3.2.4 Perceção da qualidade da informação transmitida pelas autoridades governamentais e de saúde (PQIAGS)

O índice PQIAGS médio ($27,0 \pm 6,46$) encontra-se ligeiramente acima do centro da escala utilizada (8-40 pontos). Quando analisado em função dos dados sociodemográficos (Tabela 11), verifica-se a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das variáveis idade e escolaridade, embora de pequena magnitude.

Tabela 11 - Índice PQIAGS em função das características sociodemográficas

		n (%)	M(DP)	Análise Estatística	
Sexo	Homens	389(28,0%)	26,95(6,84)	t-test	$t(1385) = -0,31$ $p = 0,754$; $\eta^2 < 0,001$
	Mulheres	998(72,0%)	27,07(6,31)		
Idade	16-25 anos - Grupo 1	248(17,9%)	27,52(6,04)	ANOVA	$F(3, 1383) = 4,94$ $p = 0,002^*$; $\eta^2 = 0,011$
	26-35 anos - Grupo 2	270(19,5%)	25,70(6,42)		
	36-50 anos - Grupo 3	506(36,5%)	27,39(6,35)		
	>50 anos - Grupo 4	363(26,2%)	27,21(6,80)		
Estado civil	Casada/União de facto	733(52,8%)	27,31(6,38)	ANOVA	$F(3, 1383) = 1,19$ $p = 0,312$; $\eta^2 = 0,003$
	Divorciado(a)	99(7,1%)	27,28(6,94)		
	Viúvo(a)	6(0,4%)	26,33(6,77)		
Escolaridade	Solteiro(a)	549(39,6%)	26,64(6,46)	ANOVA	$F(2, 1384) = 8,04$ $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,011$
	Até ao 3º ciclo (9º Ano) - Grupo 1	76(5,5%)	28,96(5,51)		
	Ensino Secundário (12º Ano) - Grupo 2	331(23,9%)	27,84(6,27)		
Situação laboral	Ensino Superior - Grupo 3	980(70,7%)	26,62(6,54)	ANOVA	$F(3, 1383) = 2,24$ $p = 0,082$; $\eta^2 = 0,005$
	Estudante	251(18,1%)	27,63(5,95)		
	Empregado(a)	1057(76,2%)	27,00(6,55)		
	Desempregado(a)	54(3,9%)	25,17(6,32)		
	Reformado(a)	25(1,8%)	26,72(7,34)		

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); M(DP) - Média (Desvio Padrão); p - valor de prova; η^2 - Eta quadrado
* estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

A realização posterior de Testes de Tukey para determinar os grupos que diferem entre si, permitiu concluir que, em relação à variável idade, o índice PQIAGS médio do grupo 2 ($25,70 \pm 6,42$) é significativamente diferente do dos grupos 1 ($27,52 \pm 6,04$) ($p = 0,007$), 3 ($27,39 \pm 6,35$) ($p = 0,003$) e 4 ($27,21 \pm 6,80$) ($p = 0,019$), não se registando diferenças significativas entre os restantes grupos. No que se refere à escolaridade, verifica-se que

os inquiridos do grupo 3 apresentam um índice PQIAGS médio (26,62±6,54) significativamente diferente do dos inquiridos do grupo 1 (28,96±5,51) (p=0,006) e dos inquiridos do grupo 2 (27,84±6,27) (p=0,008).

3.2.4.1 Avaliação individualizada das respostas fornecidas a cada um dos itens da escala PQIAGS

Numa análise exploratória às respostas fornecidas a cada um dos itens da escala descritos na Tabela 12, verifica-se que o item 2 é aquele que apresenta maior percentagem de respostas negativas (“Discordo” ou “Discordo totalmente”), seguido dos itens 4, 5 e 7, sendo o item 1 aquele que mais respostas positivas recolhe (Figura 6).

Tabela 12 - Itens da escala PQIAGS

Itens da escala PQIAGS	
1	A informação transmitida sobre as medidas de proteção a adotar é esclarecedora
2	A informação transmitida desde que começou a pandemia é coerente
3	A linguagem utilizada na comunicação é simples e fácil de entender
4	A informação transmitida é adequada e suficiente
5	A informação transmitida permite-me saber sempre como devo agir
6	A informação transmitida responde às minhas necessidades
7	Estou globalmente satisfeito(a) com a informação transmitida
8	Confio na informação transmitida

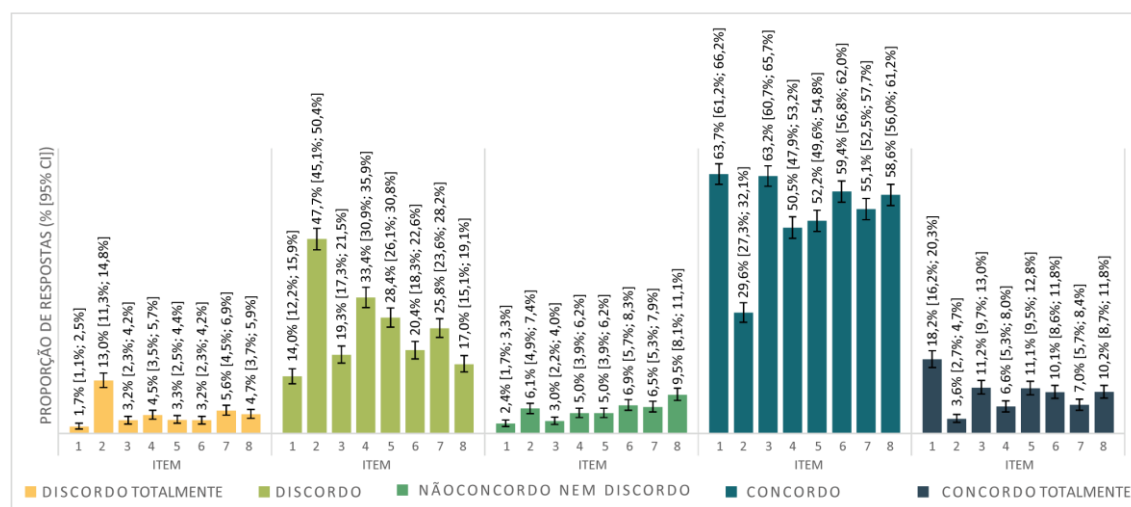


Figura 6 - Avaliação das respostas fornecidas a cada item da escala PQIAGS

Um teste de Friedman permitiu confirmar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as distribuições de respostas dos vários itens da escala, $\chi^2(7, n=1387)=1803,8$; $p<0,001$. A realização posterior de testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni ($p<0,0018$) (Tabela 13) permitiu concluir que, à exceção dos pares de itens 3-6, 3-8, 5-7 e 6-8, todos os restantes pares apresentam distribuições de respostas significativamente diferentes entre si.

Tabela 13 - Itens da escala PQIAGS - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni

Pares de itens	Z	p	r
Item 1 vs. Item 2	-26,17	<0,0001*	0,50
Item 1 vs. Item 3	-7,74	<0,0001*	0,15
Item 1 vs. Item 4	-18,37	<0,0001*	0,35
Item 1 vs. Item 5	-14,19	<0,0001*	0,27
Item 1 vs. Item 6	-10,74	<0,0001*	0,20
Item 1 vs. Item 7	-16,92	<0,0001*	0,32
Item 1 vs. Item 8	-10,22	<0,0001*	0,19
Item 2 vs. Item 3	-22,47	<0,0001*	0,43
Item 2 vs. Item 4	-16,34	<0,0001*	0,31
Item 2 vs. Item 5	-19,23	<0,0001*	0,37
Item 2 vs. Item 6	-21,84	<0,0001*	0,41
Item 2 vs. Item 7	-19,23	<0,0001*	0,37
Item 2 vs. Item 8	-22,18	<0,0001*	0,42
Item 3 vs. Item 4	-12,37	<0,0001*	0,23
Item 3 vs. Item 5	-6,97	<0,0001*	0,13
Item 3 vs. Item 6	-2,32	0,0205	0,04
Item 3 vs. Item 7	-9,27	<0,0001*	0,18
Item 3 vs. Item 8	-2,07	0,0386	0,04
Item 4 vs. Item 5	-5,58	<0,0001*	0,11
Item 4 vs. Item 6	-11,21	<0,0001*	0,21
Item 4 vs. Item 7	-4,65	0,0001*	0,09
Item 4 vs. Item 8	-11,07	<0,0001*	0,21
Item 5 vs. Item 6	-5,70	<0,0001*	0,11
Item 5 vs. Item 7	-1,96	0,0505	0,04
Item 5 vs. Item 8	-5,16	<0,0001*	0,10
Item 6 vs. Item 7	-8,66	<0,0001*	0,16
Item 6 vs. Item 8	-0,05	0,9608	r<0,01
Item 7 vs. Item 8	-8,21	<0,0001*	0,16

Z - Estatística do teste; p - valor de prova; r - Efect size; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

3.2.5 Perceção da importância e qualidade da informação transmitida pelo médico assistente (PIQIMA)

Da totalidade dos inquiridos, apenas 26,9% (n=373) falaram com o seu médico assistente sobre a Covid-19. Dos restantes 73,1% (n=1014), 70,4% (n=714) afirmaram não o terem feito por entenderem que não era necessário, 14,9% (n=151) não têm médico assistente, 7,6% (n=77) tentou mas não conseguiu e 7,1% (n=72) não se lembrou de o fazer. De entre aqueles que não têm médico assistente, não falaram com ele porque não se lembraram, ou tentaram e não conseguiram (21,6%, n=300), 39,7% (n=119) consideram que essa conversa poderia ter sido importante.

Com base nos inquiridos que falaram com o seu médico assistente, determinou-se o índice PIQIMA, verificando-se que o seu valor médio (28,97±4,55) se situa no quarto superior da escala (7-35 pontos), o que indicia uma perceção de elevada importância e qualidade da informação recebida. A avaliação do índice PIQIMA em função das características sociodemográficas (Tabela 14) não revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos das respetivas variáveis.

Tabela 14 - Índice PIQIMA em função das características sociodemográficas

		n (%)	M(DP)	Análise Estatística	
Sexo	Homens	108(29,0%)	28,89(4,17)	<i>t</i> -test	$t(371) = -0,21$ $p = 0,837; \eta^2 < 0,001$
	Mulheres	265(71,0%)	29,00(4,70)		
Idade	16-25 anos	49(13,1%)	29,78(4,64)	ANOVA	$F(3, 369) = 0,60$ $p = 0,617; \eta^2 < 0,001$
	26-35 anos	54(14,5%)	28,89(4,94)		
	36-50 anos	139(37,3%)	28,84(4,53)		
	>50 anos	131(35,1%)	28,82(4,39)		
Estado civil	Casado(a)/União de facto	212(56,8%)	29,00(4,33)	ANOVA	$F(3, 369) = 0,08$ $p = 0,969; \eta^2 < 0,001$
	Divorciado(a)	33(8,8%)	28,70(4,30)		
	Viúvo(a)	4(1,1%)	29,75(2,06)		
	Solteiro(a)	124(33,2%)	28,94(5,05)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	23(6,2%)	28,39(4,42)	ANOVA	$F(2, 370) = 2,77$ $p = 0,064; \eta^2 = 0,015$
	Ensino Secundário (12º Ano)	83(22,3%)	29,99(4,70)		
	Ensino Superior	267(71,6%)	28,70(4,48)		
Situação laboral	Estudante	44(11,8%)	29,98(3,62)	ANOVA	$F(3, 369) = 1,47$ $p = 0,224; \eta^2 = 0,012$
	Empregado(a)	301(80,7%)	28,92(4,61)		
	Desempregado(a)	16(4,3%)	27,31(5,55)		
	Reformado(a)	12(3,2%)	28,67(4,14)		

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); M(DP) - Média (Desvio Padrão); p - valor de prova; η^2 - Eta quadrado; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

3.2.5.1 Avaliação das respostas fornecidas a cada item da escala

Um teste de Friedman revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas, $\chi^2(6, n=373) = 253,4; p < 0,001$, entre as distribuições de respostas dos 7 itens da escala PIQIMA descritos na Tabela 15.

Tabela 15 - Itens da escala PIQIMA

Itens da escala PIQIMA	
1	A conversa foi importante para esclarecer as minhas dúvidas
2	A conversa foi útil para entender os riscos e a importância das medidas de
3	A conversa foi importante para reduzir o meu grau de ansiedade face à doença
4	A linguagem utilizada pelo médico foi simples e clara
5	A informação fornecida pelo médico respondeu às minhas necessidades
6	Estou globalmente satisfeito(a) com a informação que o médico me transmitiu
7	Confio na informação que o médico me transmitiu

Uma análise preliminar das respostas fornecidas a cada item da escala (Figura 7), revela que o item 3 foi aquele que recolheu maior percentagem de respostas negativas, sendo os itens 4 e 7 os que receberam maior taxa de respostas positivas. A realização posterior de testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni ($p < 0,0024$) (Tabela 16), confirmou que a distribuição de respostas do item 3 é significativamente diferente das distribuições de todos os restantes itens. Por sua vez, a distribuição de respostas do item 7 difere significativamente da de todos os restantes itens à exceção do item 4, sendo também a distribuição deste significativamente diferente da de todos os outros, à exceção do item 7, confirmando a significância das diferenças detetadas na análise preliminar.

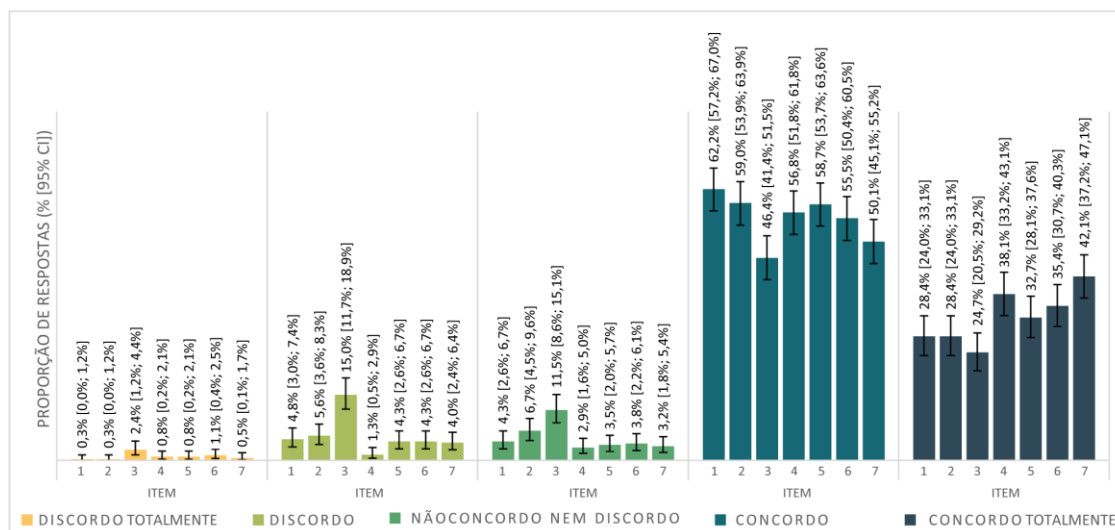


Figura 7 - Avaliação das respostas fornecidas a cada item da escala PIQIMA

Tabela 16 - Itens da escala PIQIMA - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni

Pares de itens	Z	p	r
Item 1 vs. Item 2	-1,521	0,1284	0,06
Item 1 vs. Item 3	-7,623	<0,0001*	0,28
Item 1 vs. Item 4	-4,796	<0,0001*	0,18
Item 1 vs. Item 5	-1,553	0,1205	0,06
Item 1 vs. Item 6	-2,083	0,0372	0,08
Item 1 vs. Item 7	-4,443	<0,0001*	0,16
Item 2 vs. Item 3	-6,841	<0,0001*	0,25
Item 2 vs. Item 4	-5,303	<0,0001*	0,19
Item 2 vs. Item 5	-2,347	0,0189	0,09
Item 2 vs. Item 6	-2,709	0,0067	0,10
Item 2 vs. Item 7	-4,681	<0,0001*	0,17
Item 3 vs. Item 4	-9,435	<0,0001*	0,35
Item 3 vs. Item 5	-8,145	<0,0001*	0,30
Item 3 vs. Item 6	-8,512	<0,0001*	0,31
Item 3 vs. Item 7	-9,008	<0,0001*	0,33
Item 4 vs. Item 5	-4,077	<0,0001*	0,15
Item 4 vs. Item 6	-3,137	0,0017*	0,11
Item 4 vs. Item 7	-0,239	0,8110	0,01
Item 5 vs. Item 6	-0,553	0,5804	0,02
Item 5 vs. Item 7	-3,549	0,0004*	0,13
Item 6 vs. Item 7	-3,182	0,0015*	0,12

Z - Estatística do teste; p - valor de prova; r - Effect size; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

3.3 Riscos associados à Covid-19

3.3.1 Conhecimento dos riscos associados à doença

Um total de 1427 (98,8%) inquiridos afirmou conhecer os riscos associados à doença. Quanto às pessoas suscetíveis de sofrerem doença grave por infecção Covid-19, 96,5% (n=1394), entende que a mesma pode ocorrer em pessoas de todas as idades, enquanto 3,5% (n=51) não reconhece esta como a opção correta.

No que se refere ao comportamento a adotar após contacto próximo com uma pessoa infetada com Covid-19, 96,1% (n=1388) afirma que contactaria a linha SNS24 e seguiria as recomendações fornecidas, enquanto os restantes 3,9% (n=57) selecionou uma das outras opções.

3.3.2 Sobrevalorização dos riscos

Verificou-se que 75,6% (n=1092) dos inquiridos respondeu “Não” quando questionados sobre se achavam que os riscos associados à Covid-19 estavam a ser sobrevalorizados, tendo 24,4% (n=353) respondido “Sim” ou “Não sei”. Os resultados da análise das respostas em função das características sociodemográficas, encontram-se descritos na Tabela 17, sendo possível concluir que existem diferenças significativas nas distribuições de respostas dentro dos grupos de todas as variáveis utilizadas na caracterização sociodemográfica.

Tabela 17 - Sobrevalorização dos riscos em função das características sociodemográficas

		Sim n (%)	Não n (%)	Não sei n (%)	Análise Estatística
Sexo	Homens	73(17,8%)	290(70,7%)	47(11,5%)	Qui-Quadrado $\chi^2(2, n=1445) = 14,2$ $p=0,001^*$; $\phi = 0,099$
	Mulheres	109(10,5%)	802(77,5%)	124(12,0%)	
Idade	16-25 anos	21(8,2%)	200(77,8%)	36(14,0%)	Qui-Quadrado $\chi^2(6, n=1445) = 13,3$ $p=0,039^*$; $V=0,068$
	26-35 anos	28(9,8%)	226(79,3%)	31(10,9%)	
	36-50 anos	73(14,0%)	384(73,4%)	66(12,6%)	
	>50 anos	60(15,8%)	282(74,2%)	38(10,0%)	
Estado civil	Casada/União de facto	100(13,1%)	569(74,7%)	93(12,2%)	Qui-Quadrado (Teste Exato de Fisher) $p=0,013^*$; $V=0,078$
	Divorciado(a)	24(23,5%)	71(69,6%)	7(6,9%)	
	Viúvo(a)	1(12,5%)	7(87,5%)	0(0,0%)	
	Solteiro(a)	57(9,9%)	445(77,7%)	71(12,4%)	
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	23(26,7%)	42(48,8%)	21(24,4%)	Qui-Quadrado $\chi^2(4, n=1445) = 59,2$ $p<0,001^*$; $V=0,143$
	Ensino Secundário (12º Ano)	64(18,2%)	240(68,2%)	48(13,6%)	
	Ensino Superior	95(9,4%)	810(80,4%)	102(10,1%)	
Situação laboral	Estudante	21(8,1%)	206(79,2%)	33(12,7%)	Qui-Quadrado $\chi^2(6, n=1455) = 14,7$ $p=0,023^*$; $V=0,071$
	Empregado(a)	141(12,8%)	831(75,7%)	126(11,5%)	
	Desempregado(a)	14(24,1%)	36(62,1%)	8(13,8%)	
	Reformado(a)	6(20,7%)	19(65,5%)	4(13,8%)	

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); p - valor de prova, V - V de Cramer; ϕ - Fi

* estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

A realização de testes Z para proporções com correção de Bonferroni, permitiu retirar as conclusões apresentadas na Tabela 18, verificando-se que, relativamente aos pares com diferenças significativas, os homens respondem mais frequentemente “Sim” que as mulheres, o mesmo acontecendo com os indivíduos da faixa etária maiores de 50 anos, quando comparados com os da faixa etária 16-25 anos. Por sua vez, os inquiridos com ensino superior são os que respondem mais frequentemente “Não”, seguindo-se os inquiridos com ensino secundário e aqueles que possuem escolaridade até ao 3º ciclo, sendo estes o que mais frequentemente respondem “Não sei”. Por fim verifica-se que os estudantes respondem mais frequentemente “Não” que os desempregados e que os divorciados respondem mais vezes “Sim” que os casados e os solteiros.

As justificações apresentadas pelos 182 (12,6%) inquiridos que responderam “Sim” à questão, encontram-se descritas na Tabela 19. Salienta-se o facto de os inquiridos poderem seleccionar mais do que uma justificação.

Tabela 18 - Sobrevalorização dos riscos - Comparação das proporções entre grupos (Teste Z para proporções com correção de Bonferroni)

		Não	Resposta Sim	Não sei
Sexo	Homens (A)		B(p<0,001)	
	Mulheres (B)	A(p= 0,007)		
Idade	16-25 anos (A)			
	26-35 anos (B)			
	36-50 anos (C)			
	>50 anos (D)		A(p=0 ,028)	
Estado civil	Casado (A)			
	Divorciado (B)		D(p= 0,001); A(p=0,029)	
	Viúvo(C)			
	Solteiro (D)			
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano) (A)		C(p<0 ,001)	B(p=0,042) C(p<0 ,001)
	Ensino Secundário (12º Ano) (B)	A(p=0 ,002)	C(p<0 ,001)	
	Ensino Superior (C)	A(p<0 ,001) B(p<0 ,001)		
Situação laboral	Estudante (A)	C(p=0 ,034)		
	Empregado (B)			
	Desempregado (C)		A(p<0 ,002)	
	Reformado (D)			

Nota : Os resultados baseiam-se em testes bilaterais. Para cada par significativo, a chave da categoria com a menor proporção, aparece na categoria da resposta onde se regista a diferença significativa.

Tabela 19 - Justificações para achar que os riscos da Covid-19 estão a ser sobrevalorizados

Opção	Justificação	n(%)
1	Não acredito que a doença seja tão grave como dizem	16(8,8%)
2	O nº de mortes por Covid-19 é baixo quando comparado com o de outras doenças	43(23,6%)
3	Há interesses políticos e/ou comerciais que estão a manipular a informação que nos é transmitida	82(45,1%)
4	A imprensa está a dramatizar o assunto e a criar um sentimento de pânico nas pessoas	72(39,6%)
5	Outras razões	48(26,4%)

n(%) - frequência absoluta(frequência relativa)

3.4 Medidas de proteção contra a Covid-19

Quando questionados sobre se conheciam as MPCV19, a totalidade dos inquiridos (100%, n=1445) respondeu afirmativamente.

3.4.1 Grau de importância atribuído

A classificação média (11,48±1,06 numa escala 0-12 pontos) atribuída à importância das MPCV19, permite concluir que os inquiridos lhes atribuem grande relevância.

Na avaliação do grau de importância das medidas, em função das características sociodemográficas dos participantes (Tabela 20), constata-se que as mulheres lhes atribuem maior importância (11,62±0,90) que os homens (11,15±1,33), sendo a diferença

(-0,47, 95% CI: [-0,59; -0,35]) estatisticamente significativa, embora de pequena magnitude.

Tabela 20 - Grau de importância atribuído às MPCV19 em função das características sociodemográficas

		n (%)	M(DP)	Análise Estatística	
Sexo	Homens	410(28,4%)	11,15(1,33)	t-test	$t(1443) = -7,75$ $p < 0,001^*$; $\eta^2 = 0,040$
	Mulheres	1035(71,6%)	11,62(0,90)		
Idade	16-25 anos	257(17,8%)	11,46(0,96)	ANOVA	$F(3, 1441) = 0,61$ $p = 0,606$ $\eta^2 = 0,001$
	26-35 anos	285(19,7%)	11,54(1,05)		
	36-50 anos	523(36,2%)	11,45(1,15)		
	>50 anos	380(26,3%)	11,51(1,02)		
Estado civil	Casada/União de facto	762(52,7%)	11,52(1,00)	ANOVA	$F(3, 1441) = 1,07$ $p = 0,361$ $\eta^2 = 0,002$
	Divorciado(a)	102(7,1%)	11,42(1,37)		
	Viúvo(a)	8(0,6%)	11,88(0,35)		
	Solteiro(a)	573(39,7%)	11,44(1,09)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	86(6,0%)	11,33(1,30)	ANOVA	$F(2, 1442) = 3,07$ $p = 0,047^*$; $\eta^2 = 0,004$
	Ensino Secundário (12º Ano)	352(24,4%)	11,39(1,18)		
	Ensino Superior	1007(69,7%)	11,53(0,99)		
Situação laboral	Estudante	260(18,0%)	11,50(0,96)	ANOVA	$F(3, 1441) = 3,76$ $p = 0,011^*$; $\eta^2 = 0,008$
	Empregado(a)	1098(76,0%)	11,51(1,02)		
	Desempregado(a)	58(4,0%)	11,03(1,78)		
	Reformado(a)	29(2,0%)	11,38(1,45)		

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); M(DP) - Média (Desvio Padrão); p - valor de prova;

η^2 - Eta quadrado; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

Relativamente à escolaridade, foi possível detetar diferenças estatisticamente significativas, mas de pequena magnitude entre os 3 grupos. A realização posterior de Testes de Tukey não permitiu no entanto identificar qualquer par de grupos com diferenças significativas entre si.

Também no que se refere à situação laboral foram detetadas diferenças significativas entre os respetivos grupos, embora de pequena magnitude. A realização posterior de testes de Tukey permitiu concluir que a importância média atribuída às medidas pelos desempregados (11,03±1,78) é significativamente inferior à atribuída pelos estudantes (11,50±0,96) ($p = 0,015$) e à atribuída pelos empregados (11,51±1,02) ($p = 0,005$), não existindo diferenças significativas entre os restantes grupos.

Relativamente às variáveis Idade e Estado Civil, não foram detetadas diferenças estatisticamente significativas entre os respetivos grupos.

3.4.1.1 Importância atribuída aos diferentes tipos de medidas

Uma avaliação das respostas fornecidas a cada um dos 4 itens da escala e respetivos CI (Figura 8), indicia uma maior importância atribuída ao uso de máscara quando comparado com as restantes medidas. Um teste de Friedman revelou a existência de diferenças significativas ($\chi^2(3, n=1445) = 20,92, p < 0,001$) entre as distribuições de respostas das variáveis associadas às várias medidas. A realização posterior de testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni ($p < 0,0083$) (Tabela 21),

permitiu concluir que a distribuição de respostas da variável ER é significativamente diferente da distribuição da variável UM ($p < 0,0001$) e da variável LDM ($p = 0,006$). Também a distribuição de respostas da variável DS é significativamente diferente da distribuição da variável UM ($p = 0,001$). Apesar de estatisticamente significativas, as diferenças encontradas são, no entanto, de pequena magnitude.

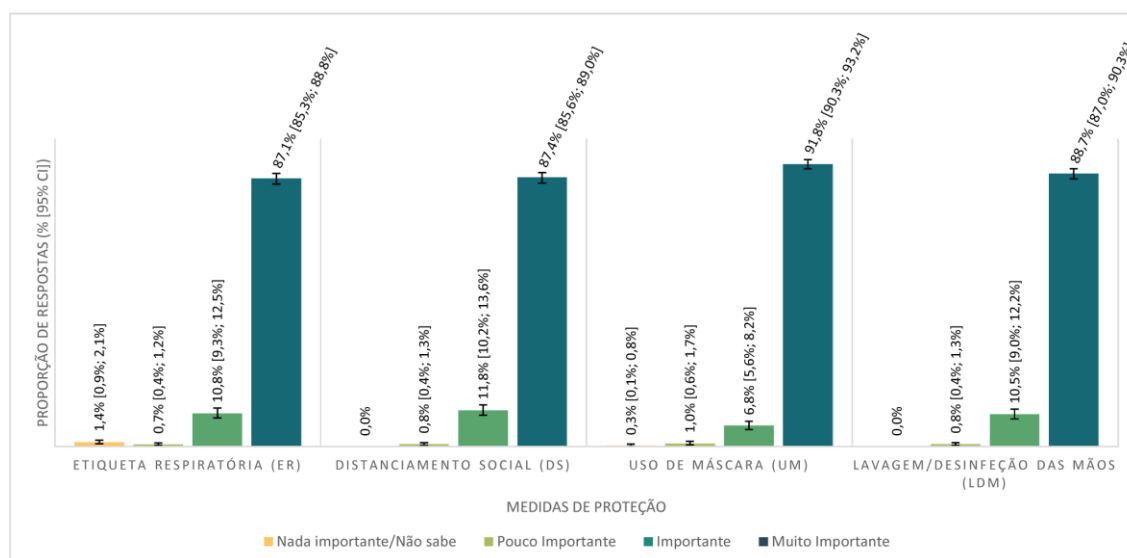


Figura 8 - Respostas fornecidas aos itens da escala para determinação da importância das MPCV19

Tabela 21 - Itens da escala para avaliação da importância das MPCV19 - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni

Pares de itens	Z	p	r
Etiqueta respiratória vs. Distanciamento social	-1,616	0,106	0,030
Etiqueta respiratória vs. Uso de máscara	-4,259	<0,001*	0,079
Etiqueta respiratória vs. Lavagem/Desinfecção das mãos	-2,739	0,006*	0,051
Distanciamento social vs. Uso de máscara	-3,397	0,001*	0,063
Distanciamento social vs. Lavagem/Desinfecção das mãos	-1,210	0,226	0,023
Uso de máscara vs. Lavagem/Desinfecção das mãos	-2,011	0,044	0,037

Z - Estatística do teste; p - valor de prova; r - Effect size; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

3.4.2 Adesão às medidas de proteção

De acordo com os dados recolhidos a partir da escala para avaliação da adesão às MPCV19, é possível constatar que os inquiridos revelam em média uma boa adesão às MPCV19 ($21,05 \pm 2,56$ numa escala 0-24 pontos).

Analisando a adesão em função dos dados sociodemográficos (Tabela 22), constata-se que a adesão média das mulheres ($21,21 \pm 2,38$) é significativamente superior à dos homens ($20,64 \pm 2,92$), sendo no entanto a diferença entre elas ($-0,57$, 95% CI: $[-0,86; -0,28]$) de pequena magnitude.

Tabela 22 - Adesão às MPCV19 em função das características sociodemográficas

		n (%)	M(DP)	Análise Estatística	
Sexo	Homens	410(10,4%)	20,64(2,92)	<i>t-test</i>	$t(1443) = -3,83$ $p < 0,001^*$; $\eta^2 = 0,012$
	Mulheres	1035(32,5%)	21,21(2,38)		
Idade	16-25 anos - Grupo 1	257(10,4%)	20,75(2,37)	<i>ANOVA</i>	$F(3, 1441) = 6,67$ $p < 0,001^*$; $\eta^2 = 0,014$
	26-35 anos - Grupo 2	285(32,5%)	20,68(2,67)		
	36-50 anos - Grupo 3	523(91,5%)	21,10(2,60)		
	>50 anos - Grupo 4	380(11,3%)	21,46(2,48)		
Estado civil	Casada/União de facto	762(10,4%)	21,22(2,54)	<i>ANOVA</i>	$F(3, 1441) = 2,512$ $p = 0,057$; $\eta^2 = 0,005$
	Divorciado(a)	102(32,5%)	20,82(2,93)		
	Viúvo(a)	8(91,5%)	21,13(2,59)		
	Solteiro(a)	573(11,3%)	20,86(2,50)		
Escolaridade	Até ao 3º ciclo (9º Ano)	86(10,4%)	21,36(2,50)	<i>ANOVA</i>	$F(2, 1442) = 0,710$ $p = 0,492$; $\eta^2 = 0,005$
	Ensino Secundário (12º Ano)	352(32,5%)	21,00(2,56)		
	Ensino Superior	1007(91,5%)	21,04(2,56)		
Situação laboral	Estudante	260(10,4%)	20,74(2,35)	<i>ANOVA</i>	$F(3, 1441) = 3,71$ $p = 0,011^*$; $\eta^2 = 0,005$
	Empregado(a)	1098(32,5%)	21,15(2,56)		
	Desempregado(a)	58(91,5%)	20,31(3,16)		
	Reformado(a)	29(11,3%)	21,48(2,69)		

n(%) - frequência absoluta (frequência relativa); M(DP) - Média (Desvio Padrão); p - valor de prova; η^2 - Eta quadrado;
* estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

Registam-se também diferenças estatisticamente significativas entre os grupos da variável idade, embora de pequena magnitude. A posterior realização de um teste de Tukey, permitiu concluir que a adesão média do grupo 4 (21,46±2,48) é significativamente superior à do grupo 2 (20,68±2,67) ($p < 0,001$) e do grupo 1 (20,75±2,37) ($p = 0,003$), não se registando diferenças estatisticamente significativas entre os restantes grupos.

Relativamente à situação laboral, apesar de a ANOVA indicar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os vários grupos, não foi possível através de um teste de Tukey identificar pares de grupos significativamente diferentes entre si.

Quanto à escolaridade e estado civil, não se registaram diferenças estatisticamente significativas entre os respetivos grupos.

3.4.2.1 Avaliação da adesão por tipo de comportamento

Uma análise preliminar às respostas fornecidas a cada um dos itens da escala (Figura 9), revela que de entre os comportamentos enunciados na Tabela 23, aqueles que revelam maiores taxas de adesão são os descritos nos itens 6 e 8, seguindo-se os itens 2 e 11. Por sua vez, os comportamentos com menor taxa de adesão são os descritos nos itens 5 e 3, seguindo-se os itens 7 e 9.

Um teste de Friedman revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas na distribuição das respostas aos vários itens, $\chi^2(11, n=1445) = 3336,4$, $p < 0,001$. A realização posterior de testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni ($p < 0,0008$), permitiu concluir que, com exceção dos pares 2/11, 4/10 e 7/9, todos os restantes pares apresentam distribuições significativamente diferentes entre si (Tabela 24), com magnitudes que variam de pequena a grande.

Tabela 23 - Comportamentos avaliados nos itens da escala para avaliação da adesão às MPCV19

Item	Comportamento
1	Ao tossir ou espirrar, faço-o para o antebraço (zona do cotovelo) ou para um lenço de papel e de seguida deito-o ao lixo e lavo ou desinfeto as mãos
2	Mantenho distanciamento quando estou em espaços fechados com pessoas desconhecidas
3	Mantenho distanciamento quando estou em espaços fechados com amigos ou familiares que não vivem comigo
4	Mantenho distanciamento quando estou em espaços abertos com pessoas desconhecidas
5	Mantenho distanciamento quando estou em espaços abertos com amigos ou familiares que não vivem comigo
6	Uso máscara quando estou em espaços fechados com pessoas desconhecidas
7	Uso máscara quando estou em espaços fechados com amigos ou familiares que não vivem comigo
8	Uso máscara quando estou em espaços abertos se não for possível manter distanciamento social
9	Uso máscara quando estou em espaços abertos mesmo que seja possível manter distanciamento superior a 2m
10	Lavo ou desinfeto as mãos várias vezes ao dia
11	Lavo ou desinfeto as mãos quando entro em casa, no local de trabalho, ou em espaços públicos onde exista desinfetante disponível
12	Lavo ou desinfeto as mãos depois de tocar em objetos que não me pertencem

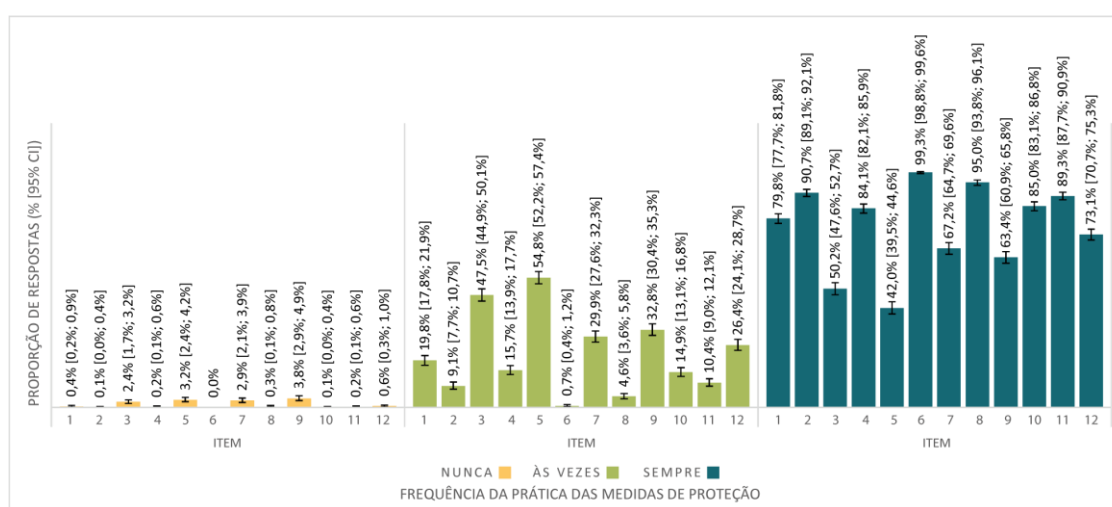


Figura 9 - Frequência da prática dos comportamentos enunciados nos itens da escala de avaliação da adesão às MPCV19

3.4.2.2 Adesão às medidas de proteção em diferentes contextos sociais

Analisando os comportamentos descritos nos pares de itens 2/3, 4/5 e 6/7, constata-se que o comportamento avaliado é o mesmo nos dois itens de cada par, variando apenas o contexto social em que o mesmo ocorre. Uma avaliação preliminar do comportamento dos inquiridos nestes contextos (Figura 10) evidencia uma menor adesão (menor percentagem de respostas “Sempre”) no contexto amigos/familiares. Os CI das proporções das respostas fornecidas a cada item, juntamente com os testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni (Tabela 24) realizados a cada um dos pares, confirmam a existência de diferenças significativas na distribuição de respostas dos itens do par 2/3 ($Z=-23,75$; $p<0,0001$; $r=0,440$), 4/5 ($Z=-24,39$; $p<0,0001$; $r=0,450$) e 6/7 ($Z=-20,72$; $p<0,0001$; $r=0,390$), sendo todas elas de média magnitude.

Tabela 24 - Itens da escala utilizada na avaliação da adesão às MPCV19 - Testes dos postos sinalizados de Wilcoxon com correção de Bonferroni

Pares de itens	Z	p	r
Item 1 vs. Item 2	-8,76	<0,0001*	0,160
Item 1 vs. Item 3	-17,27	<0,0001*	0,320
Item 1 vs. Item 4	-3,41	0,0006*	0,060
Item 1 vs. Item 5	-20,72	<0,0001*	0,390
Item 1 vs. Item 6	-16,46	<0,0001*	0,310
Item 1 vs. Item 7	-9,02	<0,0001*	0,170
Item 1 vs. Item 8	-12,14	<0,0001*	0,230
Item 1 vs. Item 9	-10,81	<0,0001*	0,200
Item 1 vs. Item 10	-4,16	<0,0001*	0,080
Item 1 vs. Item 11	-7,82	<0,0001*	0,150
Item 1 vs. Item 12	-4,72	<0,0001*	0,090
Item 2 vs. Item 3	-23,75	<0,0001*	0,440
Item 2 vs. Item 4	-6,91	<0,0001*	0,130
Item 2 vs. Item 5	-25,59	<0,0001*	0,480
Item 2 vs. Item 6	-10,89	<0,0001*	0,200
Item 2 vs. Item 7	-15,52	<0,0001*	0,290
Item 2 vs. Item 8	-4,58	<0,0001*	0,090
Item 2 vs. Item 9	-17,04	<0,0001*	0,320
Item 2 vs. Item 10	-4,99	0,0001*	0,090
Item 2 vs. Item 11	-1,38	0,1685	0,030
Item 2 vs. Item 12	-13,10	<0,0001*	0,240
Item 3 vs. Item 4	-20,20	<0,0001*	0,380
Item 3 vs. Item 5	-7,60	<0,0001*	0,140
Item 3 vs. Item 6	-26,00	<0,0001*	0,480
Item 3 vs. Item 7	-10,93	<0,0001*	0,200
Item 3 vs. Item 8	-24,16	<0,0001*	0,450
Item 3 vs. Item 9	-6,05	<0,0001*	0,110
Item 3 vs. Item 10	-19,56	<0,0001*	0,360
Item 3 vs. Item 11	-21,50	<0,0001*	0,400
Item 3 vs. Item 12	-13,75	<0,0001*	0,260
Item 4 vs. Item 5	-24,39	<0,0001*	0,450
Item 4 vs. Item 6	-14,74	<0,0001*	0,270
Item 4 vs. Item 7	-11,60	<0,0001*	0,220
Item 4 vs. Item 8	-10,02	<0,0001*	0,190
Item 4 vs. Item 9	-13,77	<0,0001*	0,260
Item 4 vs. Item 10	-0,77	0,4412	0,010
Item 4 vs. Item 11	-4,43	<0,0001*	0,080
Item 4 vs. Item 12	-8,12	<0,0001*	0,150
Item 5 vs. Item 6	-28,12	<0,0001*	0,520
Item 5 vs. Item 7	-15,33	<0,0001*	0,290
Item 5 vs. Item 8	-26,69	<0,0001*	0,500
Item 5 vs. Item 9	-10,83	<0,0001*	0,200
Item 5 vs. Item 10	-22,69	<0,0001*	0,420
Item 5 vs. Item 11	-24,48	<0,0001*	0,460
Item 5 vs. Item 12	-17,85	<0,0001*	0,330
Item 6 vs. Item 7	-20,72	<0,0001*	0,390
Item 6 vs. Item 8	-7,52	<0,0001*	0,140
Item 6 vs. Item 9	-21,90	<0,0001*	0,410
Item 6 vs. Item 10	-14,00	<0,0001*	0,260
Item 6 vs. Item 11	-11,66	<0,0001*	0,220
Item 6 vs. Item 12	-19,09	<0,0001*	0,360
Item 7 vs. Item 8	-18,44	<0,0001*	0,340
Item 7 vs. Item 9	-2,62	0,0087	0,050
Item 7 vs. Item 10	-12,13	<0,0001*	0,230
Item 7 vs. Item 11	-14,87	<0,0001*	0,280
Item 7 vs. Item 12	-4,84	<0,0001*	0,090
Item 8 vs. Item 9	-20,96	<0,0001*	0,390
Item 8 vs. Item 10	-8,83	<0,0001*	0,160
Item 8 vs. Item 11	-5,73	<0,0001*	0,110
Item 8 vs. Item 12	-15,87	<0,0001*	0,300
Item 9 vs. Item 10	-13,78	<0,0001*	0,260
Item 9 vs. Item 11	-16,63	<0,0001*	0,310
Item 9 vs. Item 12	-7,34	<0,0001*	0,140
Item 10 vs. Item 11	-4,34	0,0004*	0,080
Item 10 vs. Item 12	-9,57	<0,0001*	0,180
Item 11 vs. Item 12	-13,13	<0,0001*	0,240

Z - Estatística do teste; p - valor de prova; r - Effect size; * estatisticamente significativo (os valores de p estatisticamente significativos encontram-se realçados a negrito).

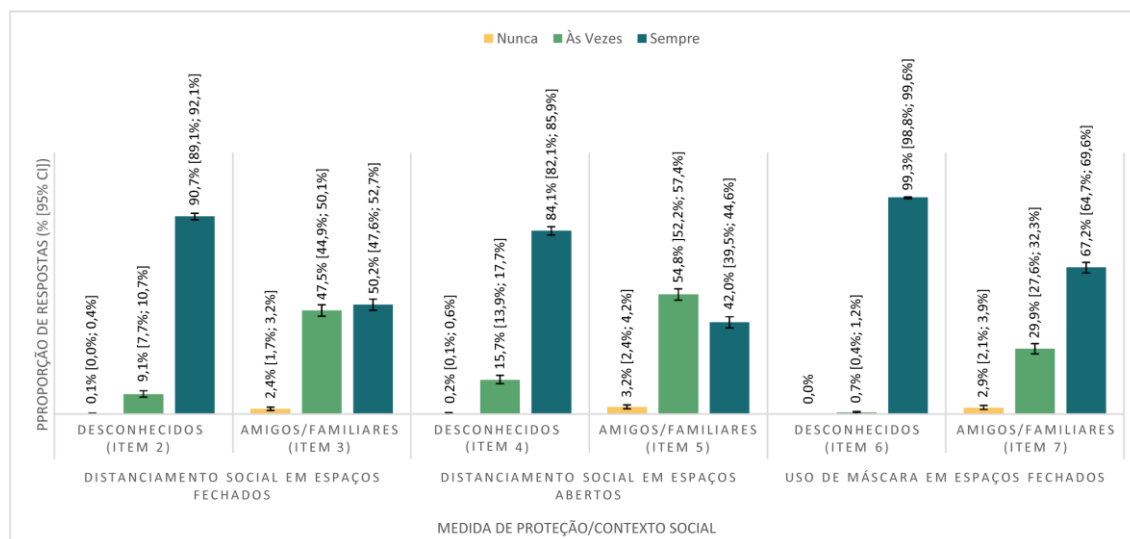


Figura 10 - Adesão às MPCV19 na presença de desconhecidos e na presença de amigos/familiares

3.4.2.3 Justificações para não adotar sempre os comportamentos descritos nos itens da escala de avaliação ou fazê-lo apenas por obrigação

Apesar de 98,3% (n=1421) dos inquiridos afirmarem praticar sempre os comportamentos descritos nos itens da escala de avaliação da adesão às MPCV19, apenas 20,9% (n=302) alcançaram a pontuação máxima que estaria implícita a esse facto.

Aqueles que declararam não cumprir sempre as MPCV19, ou apenas as cumprirem por serem obrigados (3,7%, n=53), apresentaram para esse facto as justificações descritas na Tabela 25. Realça-se o facto de os inquiridos poderem seleccionar mais do que uma justificação.

Tabela 25 - Justificações para a não adesão aos comportamentos descritos nos itens da escala para avaliação da adesão às MPCV19

Justificação	n (%)
Não acredito na eficácia das máscaras	11(20,8%)
O uso de máscara é prejudicial à saúde	8(15,1%)
O uso de máscara é incómodo	16(30,2%)
Não acho necessário usar máscara em espaços abertos	24(45,3%)
No meu local de trabalho não consigo usar máscara	4(7,5%)
Os meus amigos e familiares podem levar a mal se eu usar máscara ou mantiver distanciamento social quando estou com eles	4(7,5%)
No meu local de trabalho não é possível manter o distanciamento social	9(17,0%)
Vivemos numa democracia e por isso não me podem obrigar a praticar essas medidas	2(3,8%)
Ainda ninguém me conseguiu demonstrar a eficácia dessas medidas	16(30,2%)

3.4.2.4 Preditores de elevados níveis de adesão às MPCV19

Para identificar preditores de elevados níveis de adesão às MPCV19, definiu-se que indivíduos com uma pontuação superior a 20 pontos na escala de avaliação da adesão às MPCV19 (85% do valor máximo) são indivíduos com elevada adesão.

Com base neste pressuposto, construiu-se um modelo de regressão logística binária, utilizando como variável dependente uma nova variável dicotômica, criada através da recodificação da variável “índice de adesão às MPCV19”, atribuindo o valor 1 aos inquiridos com uma pontuação igual ou superior a 21 pontos e o valor 0 aos restantes. As variáveis incluídas no modelo encontram-se descritas na Tabela 26.

Tabela 26 - Variáveis incluídas no modelo de regressão logística binária

Variável	Sigla	Tipo	Valores possíveis
Elevada adesão às medidas de proteção	ElevAdesao	Catégorica dicotómica (dependente)	0 - Não*; 1 - Sim
Perceção da qualidade da informação fornecida pelas autoridades governamentais e de saúde	PQIAGS	Contínua (independente)	8 - 40
Os riscos estão a ser sobrevalorizados	RiscosSobreval	Catégorica (independente)	0 - Não*; 1 - Sim; 2 - Não sei
Falou com o médico assistente	FalouMedAssist	Catégorica dicotómica (independente)	0 - Não*; 1 - Sim
Já foi infetado por Sars-CoV-2	FoiInfetado	Catégorica dicotómica (independente)	0 - Não*; 1 - Sim
Idade	Idade	Contínua (independente)	16-71
Sexo	Sexo	Catégorica dicotómica (independente)	0 - Homem*; 1 - Mulher
Influenciado pelas redes sociais	InfluRedesSociais	Catégorica dicotómica (independente)	0 - Não*; 1 - Sim

* Categoria de referência

Com base no modelo de regressão logística binária obtido (Tabela 27), é possível retirar as seguintes conclusões:

- O incremento de uma unidade na PQIAGS, aumenta em 3,6% a probabilidade de o indivíduo ter elevada adesão às MPCV19.
- Os indivíduos que entendem que os riscos da Covid-19 estão a ser sobrevalorizados têm menos 30,7% de probabilidade de ter elevados níveis de adesão às MPCV19 quando comparados com aqueles que consideram que os riscos não estão a ser sobrevalorizados.
- Os indivíduos que não sabem se os riscos da Covid-19 estão a ser sobrevalorizados têm menos 40,7% de probabilidade de ter elevados níveis de adesão às MPCV19 do que aqueles que consideram que os riscos não estão a ser sobrevalorizados.
- Os indivíduos que conversaram com o seu médico assistente sobre a Covid-19, têm mais 65,9% de probabilidades de ter elevada adesão às MPCV19, do que aqueles que não o fizeram.

- Os indivíduos que já foram infetados por Sars-CoV-2 têm uma probabilidade de ter elevados níveis de adesão às MPCV19, 47,6% inferior à daqueles que ainda não foram infetados.
- Um incremento de 1 ano na idade do indivíduo, aumenta em 1,2% a probabilidade de ter elevada adesão às MPCV19.
- As mulheres apresentam uma probabilidade de ter elevada adesão às MPCV19, 37,5% superior à dos homens.
- Os indivíduos que identificam as redes sociais como um dos canais de comunicação com maior capacidade para os influenciar, apresentam uma probabilidade de ter elevada adesão às MPCV19, 35,1% inferior à daqueles que não o fazem.

Tabela 27 - Regressão logística - Preditores de elevados níveis de adesão às MPCV19

Variável	B	S.E.	Wald	g.l.	p	Exp(B) (OR)	95% C.I. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
PQIAGS	0,036	0,009	16,161	1	0,000	1,036	1,018	1,054
RiscosSobreval								
Não	referência							
Sim	-0,367	0,174	4,421	1	0,035	0,693	0,492	0,975
Não sei	-0,523	0,176	8,853	1	0,003	0,593	0,420	0,837
FalouMedAssist								
Não	referência							
Sim	0,506	0,143	12,554	1	0,000	1,659	1,254	2,196
FoiInfetado								
Não	referência							
Sim	-0,647	0,208	9,642	1	0,002	0,524	0,348	0,788
Idade	0,012	0,005	6,940	1	0,008	1,012	1,003	1,021
Sexo								
Homem	referência							
Mulher	0,318	0,127	6,291	1	0,012	1,375	1,072	1,763
InfluRedesSociais								
Não	referência							
Sim	-0,432	0,145	8,943	1	0,003	0,649	0,489	0,862

B - Coeficiente Beta; S.E. - Erro padrão ; Wald - Estatística do teste de Wald; g.l. - graus de liberdade; p - valor de prova; OR - Odds Ratios (razão de chances)

3.5 Atitude perante a vacinação

Quando questionados sobre se pretendem ser vacinados, 3,1% (n=45) dos inquiridos responderam que não, 12,9% (n=186) responderam que ainda não decidiram e 84,0% (n=1214) afirmaram pretender ser vacinados.

Os 231 (16,0%) inquiridos que não pretendem ser vacinados ou não decidiram se o pretendem fazer, apresentaram para esse facto as justificações descritas na Tabela 28. Salienta-se o facto de os inquiridos poderem apresentar mais do uma justificação.

Tabela 28 - Justificações para não ter decidido tomar a vacina

Justificação	n (%)
Pode causar reações adversas graves, doenças e até a morte	76(32,9%)
É melhor ser imunizado através de doenças do que através de vacinas	14(6,1%)
A vacinação é parcialmente responsável pelo aumento global dos casos de cancro	1(0,4%)
As vacinas contêm mercúrio, que é perigoso	3(1,3%)
Não acho que seja possível desenvolver uma vacina segura num espaço de tempo tão curto	108(46,8%)
Acho que a relação risco/benefício não compensa	35(15,2%)
Não estou suficientemente informado(a) sobre o assunto	114(49,4%)
Não preciso	6(2,6%)
Outras razões	38(16,5%)

4 Discussão dos resultados

A adesão às MPCV19 é absolutamente crucial no combate à pandemia, dada a sua eficácia comprovada por vários estudos, no controlo de eventos pandémicos causados por outros vírus respiratórios como a gripe H1N1, SARS e MERS (15, 16). É por isso fundamental conhecer os níveis de adesão da população às MPCV19, de forma a perceber se estão a ser corretamente adotadas e se as políticas de comunicação implementadas têm produzido o efeito pretendido. O conhecimento dos níveis de adesão a nível setorial é também fundamental, no sentido de identificar eventuais nichos da população onde a adesão às medidas se revele mais fraca, para que se possam desenvolver e implementar políticas de comunicação direcionadas especificamente para esses setores. Uma vez que o sucesso dessas políticas de comunicação depende em larga escala da forma como a mesma é transmitida, e em especial dos canais utilizados na sua transmissão, é também essencial conhecer quais os canais de comunicação que mais facilmente alcançam os vários setores da população e de entre eles, quais os que mais contribuem para aumentar a receptividade da mensagem junto da população. A identificação das razões que estão na origem da não adesão às MPCV19 é também crucial de forma a permitir a criação de políticas de comunicação que possam ajudar a reverter essa situação.

As políticas de comunicação implementadas pelas autoridades governamentais e de saúde são essenciais na gestão de graves emergências de saúde pública, como o demonstra o trabalho realizado por Gentili *et al.* (17), relacionado com um evento de tuberculose em ambiente escolar ocorrido em Itália. Acresce o facto de o presente estudo ter demonstrado que o índice PQIAGS é um preditor de elevados níveis de adesão às MPCV19 (OR=1,036; CI=[1,018; 1,054]). Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que o índice PQIAGS médio (M=27,0±6,46) pode ser apenas considerado razoável (escala de 8-40 pontos), sendo os indivíduos da faixa etária dos 26-35 anos e aqueles com escolaridade ao nível do ensino superior os que revelam maior insatisfação com as políticas de comunicação que têm vindo a ser seguidas. Foi também possível concluir que a maior taxa de insatisfação está relacionada com a coerência da informação transmitida desde o início da pandemia e com a sua adequabilidade e volume. Estes resultados estão em concordância com os apresentados por Peres *et al* (2), num estudo realizado em Portugal, que refere níveis moderados de satisfação com as políticas de comunicação das autoridades de saúde. Urge, portanto, encontrar soluções que possam colmatar as deficiências detetadas, aumentando a sua eficácia, o que de acordo com Bao *et al.* (18) pode ser conseguido através da transmissão de informação mais coerente e com explicações alternativas às informações enganosas que circulam em algumas plataformas de comunicação e que colocam em risco a saúde pública.

Relativamente à qualidade e importância da informação transmitida pelo médico assistente, ficou patente que os inquiridos revelam elevado grau de satisfação, com um índice PIQIMA médio ($28,97 \pm 4,55$) situado no quarto superior da escala de 7-35 pontos, com especial destaque para os itens da escala relacionados com o grau de confiança na informação e com a simplicidade e clareza da linguagem utilizada. Também o item relacionado com a utilidade da informação na melhoria do conhecimento dos riscos da doença e da importância das medidas de proteção obteve uma percentagem de respostas concordantes bastante elevada, em consonância com os resultados obtidos por Alsan *et al.* (19) que concluiu que as mensagens transmitidas pelos médicos aumentam o conhecimento dos sintomas e das MPCV19. Em posição oposta surge a importância da informação recebida na redução do grau de ansiedade dos inquiridos face à Covid-19, com taxas de discordância significativamente superiores às registadas nos restantes itens da escala, contrariando aquilo que, de acordo com Tovani-Palone *et al.* (20), seria expectável. Dados os elevados níveis de ansiedade associados à Covid-19 reportados por Lin *et al.* (21) e as suas possíveis implicações ao nível da saúde mental das populações, é importante identificar as razões que poderão estar na origem da falta de eficácia da comunicação médica na redução do estado de ansiedade e criar mecanismos que possam ajudar a ultrapassar esta dificuldade.

Resulta também deste estudo que, uma parte significativa dos inquiridos responde “Sim” ou “Não sei” quando questionados sobre se acham que os riscos associados à Covid-19 estão a ser sobrevalorizados, verificando-se que os homens respondem significativamente mais vezes “Sim” que as mulheres, o mesmo acontecendo com os indivíduos da faixa etária maiores de 50 anos, quando comparados com os da faixa etária 16-25 anos. O nível de escolaridade representa também um fator chave neste aspeto, verificando-se que a proporção de inquiridos que responde “Não” aumenta significativamente nos graus de escolaridade mais elevados. Relativamente à situação laboral verifica-se que os estudantes respondem mais frequentemente “Não” que os desempregados. Quanto às justificações apresentadas para pensarem dessa forma, a maioria considera que há interesses políticos e/ou comerciais que estão a manipular a informação transmitida e que a imprensa está a dramatizar o assunto e a criar um sentimento de pânico nas pessoas.

Os resultados obtidos neste estudo permitiram também concluir que, em média, os inquiridos revelam um elevado grau de conhecimento das MPCV19, atribuem-lhes elevada importância ($11,48 \pm 1,06$ numa escala de 0-12 pontos) e têm elevados níveis de adesão ($M=21,05 \pm 2,56$ numa escala de 0-24 pontos). Estes resultados estão em consonância com estudos realizados em países como a Turquia(22), Brasil (23) e Canadá(24), contrastando no entanto com os obtidos em estudos realizados em países

como a Etiópia(25) e o Uganda(26). Foi, também possível verificar que os homens lhes reconhecem menos importância e apresentam níveis de adesão inferiores ao demonstrados pelas mulheres, situação que corrobora resultados publicados por vários autores (24, 27-30). Foi possível também verificar que o grau de importância atribuído às medidas varia com o grau de escolaridade, sendo mais elevado nos inquiridos com formação académica superior, não se refletindo, no entanto, esse facto, num maior grau de adesão às medidas. Dos dados recolhidos resultou também a constatação de que o grau de adesão às MPCV19 é superior nas faixas etárias mais elevadas, em consonância com os resultados apresentados por Roma (31). Foi também possível verificar que a adesão ao uso de máscara na presença de desconhecidos é superior à registada em relação às restantes medidas, nomeadamente em relação às regras de etiqueta respiratória e à lavagem e/ou desinfeção frequente das mãos, em concordância com os resultados apresentados por Almutiri *et al.* (7).

Um outro facto que resulta dos dados obtidos é que a adesão às MPCV19 varia significativamente em função do contexto social em que decorre a sua prática. Assim, foi possível constatar que a taxa de adesão desce de modo significativo em contexto familiar e na presença de amigos, verificando-se que essa situação ocorre em relação ao uso de máscara e à prática do distanciamento social. Este comportamento pode, de acordo com Shelus (32), dever-se ao facto de este tipo de interações não ser percecionado como ocorrendo em contexto público, constituindo por isso um grave problema, uma vez que as infeções entre familiares, amigos e colegas constituem um padrão comum na transmissão de Covid-19. Urge por isso desenvolver estratégias que possam contribuir para reduzir este comportamento de risco e sensibilizar a população para a necessidade de não relaxar os seus comportamentos na presença de amigos e familiares que não pertencem ao seu agregado familiar.

Quanto às justificações subjacentes à não adesão às MPCV19, a informação recolhida não pode ser considerada conclusiva, dado o reduzido número de inquiridos que respondeu à questão por ter assumido anteriormente que pratica sempre todas as medidas. Na realidade verifica-se que uma parte significativa dos inquiridos (98,3%, n=1421) afirma que pratica sempre as MPCV19, quando os dados recolhidos demonstram que, apenas 20,9% (n=302) de facto as pratica sempre. Esta questão merece também alguma reflexão, pois pode indiciar que a prática ocasional das medidas possa ser entendida como adequada e suficiente por uma parte significativa da população. De entre as justificações recolhidas por aqueles que afirmaram não as praticar sempre, ou praticá-las sempre por ser obrigado, as mais comuns são não ser necessário usar máscara em espaços abertos, a incomodidade gerada pelo uso de máscara e não acreditar na eficácia das medidas.

Relativamente aos canais de comunicação, ficou patente que os noticiários da rádio e da televisão, a imprensa escrita e por fim os amigos e familiares e as redes sociais são os mais utilizados para aceder a informação relacionada com a Covid-19, assumindo as últimas uma relevância especial nos inquiridos com escolaridade ao nível do 3º ciclo, nos indivíduos da faixa etária 16-25 anos e nas mulheres. Quanto à sua capacidade para influenciar o comportamento dos indivíduos, verifica-se que, independentemente das características sociodemográficas dos inquiridos, os noticiários da rádio e televisão e as entrevistas com especialistas são os canais que maior potencial revelam, surgindo as conversas em programas recreativos e outras fontes em posição oposta. Constatou-se também que, de entre todas as fontes de informação, as redes sociais são o canal cuja capacidade de influência mais varia entre os diferentes grupos da população, verificando-se que possui reduzida capacidade de influência nas faixas etárias mais elevadas, assumindo, no entanto, um papel de maior relevo na faixa etária 16-25 anos e nos inquiridos com escolaridade ao nível do 3º ciclo e 12º ano. Este facto requer atenção especial uma vez que, de acordo com Bao *et al.*(18), boatos, notícias falsas e desinformação deliberada têm-se espalhado nas plataformas de *media* social, causando desconfiança e colocando ainda mais em risco a saúde pública.

No que concerne à capacidade de influência das figuras públicas, 43,4% (n=602) dos inquiridos assume que podem influenciar muito a sua adesão às MPCV19, sendo a faixa etária dos 16-25 anos aquela que maior relevo assume neste contexto. Estes resultados corroboram o trabalho publicado por Yosefi Lebni *et al.* (33), segundo o qual, as figuras públicas constituem uma espécie de autoridade social para vários grupos da população, que tem uma enorme legião de seguidores nos *media* sociais, sobre os quais exerce grande influência. Uma vez que a exposição da população a exemplos de comportamentos pró-sociais e cumpridores das normas é considerado fundamental no processo de adesão às MPCV19 (34), o envolvimento das figuras públicas em campanhas destinadas a promover a adesão às medidas de proteção pode ser bastante benéfico.

Resulta também deste estudo que existe uma franja relativamente significativa dos inquiridos (16,0%, n=231) que não pretende ser vacinado ou que ainda não decidiu se o quer fazer. Estes resultados são mais favoráveis que os apresentados por Lazarus *et al* (35) que, num estudo realizado em 19 países, verificou que os níveis de aceitação da vacina contra a Covid-19 são insuficientes para alcançar os requisitos da imunidade de grupo. Aqueles que não querem ou ainda não decidiram se querem tomar a vacina, apresentam como principais justificações o facto de não estarem suficientemente informados sobre o assunto, acharem que não é possível desenvolver uma vacina segura num espaço de tempo tão curto e receio de que as vacinas possam provocar reações adversas que podem originar doenças graves e até mesmo a morte. Torna-se por isso

premente desenvolver campanhas de esclarecimento que ajudem a dissipar as dúvidas e os receios da população face às vacinas.

Por fim, foi possível identificar um conjunto de preditores que, de forma positiva ou negativa, estão associados a elevados níveis de adesão às MPCV19. Entre os primeiros incluem-se o aumento da idade, ser mulher, ter falado com o médico assistente sobre a Covid-19 e ter elevados índices PQIAGS. Em posição oposta encontram-se a sobrevalorização dos riscos da Covid-19, a capacidade de influência das redes sociais e já ter sido infetado por SARS-CoV-2. Alguns destes resultados estão em consonância com outros estudos que referem resultados semelhantes relativamente à idade (31) e ao sexo (3), enquanto que ter sido previamente infetado com SARS-CoV-2, foi descrito por Almutiri *et al.* (7) como não estando associado ao nível de adesão às medidas de proteção.

4.1 Limitações do estudo

Os resultados apresentados devem ser interpretados tendo em consideração algumas limitações decorrentes das condições em que decorreu o estudo. O facto de o inquérito ter sido realizado *online*, levou a que apenas as pessoas com acesso a computadores, *tablets* ou *smartphones* e com conectividade à Internet pudessem participar, impedindo a participação daqueles que não tinham acesso a esses meios. A amostra do estudo pode também não ser do ponto de vista demográfico suficientemente representativa, uma vez que, embora de dimensão razoável, é constituída por 28,4% de homens e 71,6% de mulheres, possuindo a maioria dos inquiridos um nível de escolaridade ao nível do ensino superior, situação que resulta também das condições em que decorreu a realização do inquérito e que poderá limitar a generalização dos resultados apresentados. As dificuldades encontradas eram, no entanto, dificilmente ultrapassáveis, dado o facto de a colheita de dados ter decorrido em período de confinamento, inviabilizando por isso o contacto direto com os participantes. Este tipo de problema é aliás frequentemente relatado noutros estudos relacionados com este tema e realizados em circunstâncias semelhantes.

5 Conclusões

O estudo realizado revelou elevadas taxas de conhecimento e reconhecimento da importância das MPCV19, bem como elevadas taxas de adesão à sua prática, com especial destaque para as mulheres e para as faixas etárias mais elevadas. Verificou-se ainda que o contexto social assume um papel preponderante na adesão às MPCV19, tendo-se comprovado que na presença de amigos e/ou familiares que não pertencem ao mesmo agregado familiar, a adesão é significativamente inferior quando comparada com a adesão à mesma medida na presença de desconhecidos.

Relativamente à comunicação, identificaram-se também os canais mais utilizados pelos vários setores da população para aceder a informação relacionada com a Covid-19 e a capacidade que demonstram para influenciarem o seu comportamento. Foi também possível concluir que a informação transmitida pelas autoridades governamentais e de saúde é percebida como tendo uma qualidade apenas razoável, apresentando lacunas que urge corrigir dada a sua relação com a ocorrência de elevadas taxas de adesão às MPCV19. Verificou-se que as figuras públicas podem também desempenhar um papel de relevo na sensibilização da população para a prática das medidas de proteção, dada a sua reconhecida capacidade de influência junto de determinados setores da população, nomeadamente as camadas mais jovens e os grupos com escolaridade mais baixa.

Foram por fim identificados preditores de elevados níveis de adesão às MPCV19, nos quais se incluem o sexo, a idade, o aconselhamento do médico assistente, a capacidade de influência das redes sociais, a existência de infeção prévia por Sars-CoV-2, a forma como é percebida a informação fornecida pelas entidades oficiais e a noção de sobrevalorização dos riscos associados à doença.

Concluindo, os resultados obtidos constituem uma mais valia, não apenas por proporcionarem uma panorâmica mais concreta da situação atual, no que concerne à adesão às MPCV19, mas também por fornecerem informação de grande utilidade no desenvolvimento de políticas de comunicação mais personalizadas e direcionadas para setores específicos da população, através dos canais de comunicação mais adequados, tornando-as por isso mais eficazes.

6 Bibliografia

1. Porat T, Nyrup R, Calvo RA, Paudyal P, Ford E. Public Health and Risk Communication During COVID-19—Enhancing Psychological Needs to Promote Sustainable Behavior Change. *Frontiers in Public Health*. 2020;8.
2. Peres D, Monteiro J, Almeida MA, Ladeira R. Risk perception of COVID-19 among Portuguese healthcare professionals and the general population. *Journal of Hospital Infection*. 2020;105(3):434-7.
3. Alves RF, Samorinha C, Precioso J. Knowledge, attitudes and preventive behaviors toward COVID-19: a study among higher education students in Portugal. *Journal of Health Research*. 2020;ahead-of-print(ahead-of-print).
4. Precioso J, Samorinha C. Prevention of COVID-19 in retail food stores in Portugal: The importance of regulations in behavioural change. *Atención Primaria*. 2021;53(2).
5. Adam AM. Sample Size Determination in Survey Research. *Journal of Scientific Research and Reports*. 2020:90-7.
6. Pallant J. *SPSS Survival Manual A step by step guide to data analysis using SPSS*. 4th ed. Berkshire: Open University Press; 2010. 345 p. p.
7. Almutiri T, Alzhrani W, Alraddadi R. Adherence to COVID-19 preventive measures and its predictors among population of Jeddah City 2020. *International Journal of Medicine in Developing Countries*. 2020.
8. Norman G. Likert scales, levels of measurement and the “laws” of statistics. *Advances in Health Sciences Education*. 2010;15(5):625-32.
9. Sullivan GM, Artino AR. Analyzing and Interpreting Data From Likert-Type Scales. *Journal of Graduate Medical Education*. 2013;5(4):541-2.
10. Jamieson S. Likert scales: how to (ab)use them. *Medical Education*. 2004;38(12):1217-8.
11. Carifio J, Perla R. Resolving the 50-year debate around using and misusing Likert scales. *Medical Education*. 2008;42(12):1150-2.
12. Peat JK, Barton B. *Medical statistics : a guide to SPSS, data analysis, and critical appraisal*. Second edition. ed. Chichester, West Sussex ; Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.; 2014. 392 p. p.
13. McCrum-Gardner E. Which is the correct statistical test to use? *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2008;46(1):38-41.
14. Serlin RC, Carr J, Marascuilo LA. A measure of association for selected nonparametric procedures. *Psychological Bulletin*. 1982;92(3):786-90.
15. Ditekemena JD, Nkamba DM, Muhindo HM, Siewe JNF, Luhata C, Van den Bergh R, et al. Factors associated with adherence to COVID-19 prevention measures in the Democratic Republic of the Congo (DRC): results of an online survey. *BMJ Open*. 2021;11(1).
16. Liu PL. COVID-19 Information Seeking on Digital Media and Preventive Behaviors: The Mediation Role of Worry. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2020;23(10):677-82.
17. Gentili D, Bardin A, Ros E, Piovesan C, Ramigni M, Dalmanzio M, et al. Impact of Communication Measures Implemented During a School Tuberculosis Outbreak on Risk

- Perception among Parents and School Staff, Italy, 2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(3).
18. Bao H, Cao B, Xiong Y, Tang W. Digital Media's Role in the COVID-19 Pandemic. *JMIR mHealth and uHealth*. 2020;8(9).
 19. Alsan M, Stanford FC, Banerjee A, Breza E, Chandrasekhar AG, Eichmeyer S, et al. Comparison of Knowledge and Information-Seeking Behavior After General COVID-19 Public Health Messages and Messages Tailored for Black and Latinx Communities. *Annals of Internal Medicine*. 2020.
 20. Tovani-Palone MR, Mejia CR, Ticona D, Rodriguez-Alarcon JF, Campos-Urbina AM, Catay-Medina JB, et al. The Media and their Informative Role in the Face of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Validation of Fear Perception and Magnitude of the Issue (MED-COVID-19). *Electronic Journal of General Medicine*. 2020;17(6).
 21. Lin Y, Hu Z, Alias H, Wong LP. Knowledge, Attitudes, Impact, and Anxiety Regarding COVID-19 Infection Among the Public in China. *Frontiers in Public Health*. 2020;8.
 22. Yıldırım M, Geçer E, Akgül Ö. The impacts of vulnerability, perceived risk, and fear on preventive behaviours against COVID-19. *Psychology, Health & Medicine*. 2020;26(1):35-43.
 23. Faria de Moura Villela E, López RVM, Sato APS, de Oliveira FM, Waldman EA, Van den Bergh R, et al. COVID-19 outbreak in Brazil: adherence to national preventive measures and impact on people's lives, an online survey. *BMC Public Health*. 2021;21(1).
 24. Yang XY, Gong RN, Sassine S, Morsa M, Tchogna AS, Drouin O, et al. Risk Perception of COVID-19 Infection and Adherence to Preventive Measures among Adolescents and Young Adults. *Children*. 2020;7(12).
 25. Bante A, Mersha A, Tesfaye A, Tsegaye B, Shibiru S, Ayele G, et al. Adherence with COVID-19 Preventive Measures and Associated Factors Among Residents of Dirashe District, Southern Ethiopia. *Patient Preference and Adherence*. 2021;Volume 15:237-49.
 26. Amodan BO, Bulage L, Katana E, Ario AR, Fodjo JNS, Colebunders R, et al. Level and Determinants of Adherence to COVID-19 Preventive Measures in the First Stage of the Outbreak in Uganda. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(23).
 27. Clark C, Davila A, Regis M, Kraus S. Predictors of COVID-19 voluntary compliance behaviors: An international investigation. *Global Transitions*. 2020;2:76-82.
 28. Pollak Y, Dayan H, Shoham R, Berger I. Predictors of non-adherence to public health instructions during the COVID -19 pandemic. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2020;74(11):602-4.
 29. Nivette A, Ribeaud D, Murray A, Steinhoff A, Bechtiger L, Hepp U, et al. Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: Insights from a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*. 2021;268.
 30. Vázquez-Nava F, Vazquez-Rodriguez EM, Vazquez-Rodriguez CF, Betancourt NVO, Ruiz OC, Rodríguez-Castillejos GC. Risk factors of non-adherence to guidelines for the prevention of COVID-19 among young adults with asthma in a region with a high risk of a COVID-19 outbreak. *Journal of Asthma*. 2020:1-7.
 31. Roma P, Monaro M, Muzi L, Colasanti M, Ricci E, Biondi S, et al. How to Improve Compliance with Protective Health Measures during the COVID-19 Outbreak: Testing a Moderated

- Mediation Model and Machine Learning Algorithms. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(19).
32. Shelus VS, Frank SC, Lazard AJ, Higgins ICA, Pulido M, Richter APC, et al. Motivations and Barriers for the Use of Face Coverings during the COVID-19 Pandemic: Messaging Insights from Focus Groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020;17(24).
 33. Yoosefi Lebni J, Irandoost SF, Mehedi N, Sedighi S, Ziapour A. The Role of Celebrities During the COVID-19 Pandemic in Iran: Opportunity or Threat? *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. 2020:1-2.
 34. Bellato A. Psychological factors underlying adherence to COVID-19 regulations: A commentary on how to promote compliance through mass media and limit the risk of a second wave. *Social Sciences & Humanities Open*. 2020;2(1).
 35. Lazarus JV, Ratzan SC, Palayew A, Gostin LO, Larson HJ, Rabin K, et al. A global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*. 2020;27(2):225-8.

7 Anexos

Anexo I – Questionário em papel

Anexo II – Parecer da Comissão de Ética da Universidade da Beira Interior

Anexo I - Inquérito em papel

Inquérito para avaliar a adesão da população às medidas de proteção contra a COVID-19

Ficha informativa

A realização do presente inquérito enquadra-se no âmbito do desenvolvimento da Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina, subordinada ao tema “Identificação dos fatores mais preponderantes na adesão da população às medidas de proteção contra a infeção por SARS-CoV-2”, sob orientação do Professor Doutor Miguel Castelo-Branco, Professor Catedrático da Faculdade de Ciências da Saúde.

Este estudo tem como principal objetivo avaliar o grau de conhecimento e adesão da população portuguesa, com idade igual ou superior a 16 anos, às medidas de proteção contra a Covid-19, procurando simultaneamente identificar as principais razões que possam estar subjacentes à eventual não adesão a algumas delas. Pretende-se de igual forma avaliar a perceção da população em relação às políticas de comunicação que têm vindo a ser praticadas pelas autoridades governamentais e de saúde, bem como identificar os canais de comunicação que se poderão revelar mais eficazes na transmissão de informação e sensibilização da população sobre as medidas a adotar no combate à Covid-19.

Este projeto não dispõe de qualquer tipo de financiamento interno ou externo e não envolve a colaboração de outras entidades externas à Universidade da Beira Interior. Acresce que do mesmo não resultarão remunerações ou proveitos, que não de nível científico, para os investigadores.

A participação neste estudo não acarreta quaisquer riscos para os participantes. De igual forma não se esperam quaisquer benefícios diretos para os mesmos para além daqueles que resultam da evolução do conhecimento nesta área.

Neste contexto e uma vez que o seu contributo é absolutamente essencial para o desenvolvimento deste projeto de investigação, apela-se à sua colaboração, através do preenchimento do presente inquérito, cujo tempo de resposta médio se situa em cerca de 7 minutos, a qual desde já se agradece.

Realça-se que todas as respostas serão submetidas de forma anónima e confidencial e que o acesso às mesmas estará reservado ao investigador principal deste projeto, não sendo registado qualquer dado acerca da identidade do inquirido.

Caso pretenda esclarecimentos adicionais relacionados com este projeto de investigação, ou futuramente ter acesso aos resultados do mesmo, por favor contactar: a36154@fcsaude.ubi.pt

Caso pretenda esclarecimentos adicionais relacionados com este projeto de investigação, ou futuramente ter acesso aos resultados do mesmo, por favor contactar: a36154@fcsaude.ubi.pt

Declaração de Consentimento Livre, Informado e Esclarecido

A minha participação neste estudo é voluntária e posso recusar ou interromper em qualquer altura a resposta ao inquérito se assim o entender.

Declaro também que aceito que as minhas respostas sejam utilizadas no âmbito do tratamento estatístico de que a informação recolhida será alvo, no pressuposto de que os dados recolhidos serão exclusivamente utilizados no âmbito do presente estudo e garantido o anonimato dos inquiridos.

Concordo e pretendo preencher o inquérito

Não concordo e não pretendo preencher o inquérito

Inquérito para avaliar a adesão da população às medidas de proteção contra a COVID-19

1 - Dados sociodemográficos

Idade _____ Sexo: Feminino Masculino

Estado Civil:
Casado(a)/União de facto
Divorciado(a)
Viúvo(a)
Solteiro(a)

Escolaridade:
4º Ano
9º Ano
12º Ano
Licenciatura/Mestrado
Doutoramento

Situação laboral:
Estudante
Empregado(a)
Desempregado(a)
Reformado(a)

2 - Medidas de proteção contra a Covid-19

Conhece as medidas de proteção que deve adotar para se proteger da Covid-19: Sim Não

Se respondeu “**Sim**” à questão anterior, como classifica as seguintes medidas de proteção contra a Covid-19 quanto à sua importância:

	Muito importante	Importante	Pouco importante	Nada importante	Não sei
Etiqueta respiratória	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distanciamento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso de máscara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavagem ou desinfecção frequente das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Depois de ter um contacto próximo com alguém infetado com Covid-19, qual o procedimento que deve adotar? (Selecione apenas uma das seguintes alternativas)

Continuo a fazer uma vida normal mas vigio o aparecimento de sintomas e caso estes surjam vou de imediato ao Centro de Saúde mais próximo

Continuo a fazer uma vida normal mas vigio o aparecimento de sintomas e caso estes surjam vou de imediato ao Hospital mais próximo

Contacto imediatamente a linha SNS 24 e sigo as instruções que me forem fornecidas

Não sei qual o procedimento mais correto a adotar

3 - Riscos associados à doença Covid-19

Conhece os riscos associados à doença Covid-19: Sim Não

Das seguintes afirmações selecione aquela que considera correta (selecione apenas uma):

A doença grave por Covid-19:

Ocorre apenas ocorre em pessoas idosas

Ocorre em pessoas de todas as idades, mas apenas se já sofreram de outras doenças

Pode ocorrer em pessoas de todas as idades

Nenhuma das opções anteriores está correta

Acha que os riscos associados à Covid-19 estão a ser sobrevalorizados? Sim Não Não sei

Se respondeu “**Sim**” à questão anterior, o que o(a) leva a pensar que os riscos associados à Covid-19 estão a ser sobrevalorizados? (Pode selecionar várias opções)

Não acredito que a doença seja tão grave como dizem

O nº de mortes por Covid-19 é baixo quando comparado com o de outras doenças

Há interesses políticos e/ou comerciais que estão a manipular a informação que nos é transmitida

A imprensa está a dramatizar o assunto e a criar um sentimento de pânico nas pessoas

Outras razões: _____

Sofre de alguma destas doenças? Se sim, quais?

Diabetes Doença cardíaca Hipertensão arterial Doença pulmonar Doença oncológica

VIH Outras Não sou de nenhuma doença

Esta a realizar tratamentos de quimioterapia ou tratamentos para doenças autoimunes (artrite reumatoide, lúpus, esclerose múltipla ou doenças inflamatórias do intestino)? Sim Não

4 - Adesão às medidas de proteção contra a Covid-19

Em cada uma das seguintes questões selecione aquela que mais corresponde à frequência com que pratica cada uma das medidas de proteção contra a Covid-19.

	Sempre	Às vezes	Nunca
Ao tossir ou espirrar, faço-o para o antebraço (zona do cotovelo) ou para um lenço de papel e de seguida deito-o ao lixo e lavo ou desinfeto as mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Distanciamento social:			
Mantenho distanciamento quando estou em espaços fechados com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenho distanciamento quando estou em espaços fechados com amigos ou familiares que não vivem comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenho distanciamento quando estou em espaços abertos com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mantenho distanciamento quando estou em espaços abertos com amigos ou familiares que não vivem comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilização de máscara:			
Uso máscara quando estou em espaços fechados com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso máscara quando estou em espaços fechados com amigos ou familiares que não vivem comigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso máscara quando estou em espaços abertos se não for possível manter distanciamento social	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso máscara quando estou em espaços abertos mesmo que seja possível manter distanciamento superior a 2 metros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavagem e/ou desinfecção das mãos com álcool gel:			
Lavo ou desinfeto as mãos várias vezes ao dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavo ou desinfeto as mãos quando entro em casa, no local de trabalho ou em espaços públicos onde exista desinfetante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavo ou desinfeto as mãos depois de tocar em objetos que não me pertencem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pratica sempre todas as medidas de proteção contra a Covid-19 anteriormente descritas?

Sim porque acho que é necessário fazê-lo Sim porque sou obrigado a isso Não

Se na questão anterior respondeu "**Sim porque sou obrigado a isso**" ou "**Não**", aponte as razões para que tal aconteça (pode selecionar mais que uma opção):

- Não acredito na eficácia das máscaras
- O uso de máscara é prejudicial à saúde
- O uso de máscara é incómodo
- Não acho necessário usar máscara em espaços abertos
- No meu local de trabalho não consigo usar máscara
- Os meus amigos e familiares podem levar a mal se eu usar máscara ou mantiver distanciamento social quando estou com eles
- No meu local de trabalho não é possível manter o distanciamento social
- Vivemos numa democracia e por isso não me podem obrigar a praticar essas medidas
- Ainda ninguém me conseguiu demonstrar a eficácia dessas medidas
- Sou jovem, por isso se for infetado não me acontecerá nada de grave
- Outras razões (diga quais): _____

Já esteve infetado com Covid-19? Sim Não

Se a sua resposta à questão anterior foi "**Sim**", quando esteve infetado com Covid-19 manteve sempre o isolamento até ter alta médica? Sim Não

Pretende ser vacinado contra a Covid-19? Sim Não Ainda não decidi

Se respondeu "**Não**" ou "**Ainda não decidi**" à questão anterior, quais as razões para que tal aconteça? (Pode selecionar mais que uma opção)

- As vacinas podem causar reações adversas graves, doenças e até a morte
- As vacinas causam autismo.
- É melhor ser imunizado através de doenças do que através de vacinas
- A vacinação é parcialmente responsável pelo aumento global dos casos de cancro.
- As vacinas contêm mercúrio, que é perigoso
- Não acho que seja possível desenvolver uma vacina segura num espaço de tempo tão curto
- Acho que a relação risco/benefício não compensa
- Não estou suficientemente informado(a) sobre o assunto
- Não preciso
- Outras razões: _____

Tem o seu plano individual de vacinação atualizado? Sim Não Não sei

5 - Fontes de informação

Para ter acesso às notícias, com que frequência costuma recorrer às seguintes fontes:	Sempre	Muitas vezes	Poucas vezes	Nunca
Noticiários da televisão e da rádio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meios de comunicação escrita em formato papel ou digital (jornais, revistas, sites noticiosos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros sites da Internet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Redes Sociais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amigos/Familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Selecione as 3 fontes de informação sobre a Covid-19 com maior capacidade de o influenciar:

Notícias da rádio e televisão (Telejornais, noticiários, etc.)	<input type="checkbox"/>
Notícias na comunicação social escrita (jornais, revistas)	<input type="checkbox"/>
Entrevistas e debates na rádio e televisão com especialistas na matéria	<input type="checkbox"/>
Conversas sobre o assunto em programas recreativos de televisão (programas da manhã e da tarde, etc.)	<input type="checkbox"/>
Internet	<input type="checkbox"/>
Redes sociais	<input type="checkbox"/>
Outras (diga quais): _____	<input type="checkbox"/>

Em que grau considera que o exemplo das figuras públicas da política, desporto, espetáculo e de outras áreas pode influenciar a sua adesão às medida de proteção contra a Covid-19?

Muito Pouco Nada

Avalie a qualidade da informação que tem vindo a ser transmitida pelas autoridades de saúde e pelo governo, indicando o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não concordo nem discordo
A informação transmitida sobre as medidas de proteção a adotar é esclarecedora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A informação transmitida desde que começou a pandemia é coerente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A linguagem utilizada na comunicação é simples e fácil de entender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A informação transmitida é adequada e suficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A informação transmitida permite-me saber sempre como devo agir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A informação transmitida responde às minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou globalmente satisfeito(a) com a informação transmitida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confio na informação transmitida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Já falou com o seu médico assistente sobre a Covid-19? Sim Não

Responda às duas questões seguintes apenas se respondeu “Não” à questão anterior

Qual a razão pela qual não falou com o seu médico assistente?

Não achei necessário Não me lembrei de o fazer Tentei mas não consegui fazê-lo Não tenho médico assistente

Acha que seria importante tê-lo feito? Sim Não

Se já falou com o seu médico assistente sobre a Covid-19, indique o seu grau de concordância com as seguintes afirmações:

	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	Não concordo nem discordo
A conversa foi importante para esclarecer as minhas dúvidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A conversa foi útil para entender os riscos e a importância das medidas de proteção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A conversa foi importante para reduzir o meu grau de ansiedade face à doença	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A linguagem utilizada pelo médico foi simples e clara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A informação fornecida pelo médico respondeu às minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estou globalmente satisfeito(a) com a informação que o médico me transmitiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confio na informação que o médico me transmitiu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II - Parecer da Comissão de Ética



Comissão de Ética
Universidade da Beira Interior

comissaodeetica@ubi.pt
Convento de Santo António
6201-001 Covilhã | Portugal

Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-008:ID588

Na sua reunião de 16 de março de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Identificação dos fatores mais preponderantes na adesão da população às medidas de proteção contra a infeção por SARS-CoV-2**”, da proponente **Ana Rita Alves Santos**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-008.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por : **ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS**
Num. de Identificação: B112741975
Data: 2021.03.18 10:51:36+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

(Professora Auxiliar)