



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA- TRABALHO FINAL

ANA MARIA MENDES BAÍA

Perceções e atitudes sobre o modo de transmissão da COVID-19 na população portuguesa

ARTIGO CIENTÍFICO ORIGINAL
ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:
GIL ROBERTO CORREIA LOPES, MD, MSc
INÊS ROSENDO CARVALHO E SILVA, MD, PhD

FEVEREIRO/2023

Perceções e atitudes sobre o modo de transmissão da COVID-19 na população portuguesa

Perception and attitudes about the transmission of COVID-19 in the portuguese population

AUTORES:

Baía, AM¹.Correia, Gil^{1,2}.Rosendo, I^{1,3}

¹Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, Portugal.

²Unidade de Saúde Familiar Marquês de Marialva, ARS Centro, Portugal

³Unidade de Saúde Familiar Coimbra Centro, Portugal.

Email: ammbaia53@gmail.com

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| RESUMO | 5 |
| ABSTRACT | 7 |
| INTRODUÇÃO | 9 |
| MATERIAIS E MÉTODOS | 11 |
| Desenho do estudo..... | 11 |
| Seleção dos participantes | 11 |
| Recolha de dados | 11 |
| Questionário | 11 |
| Análise de dados | 12 |
| RESULTADOS | 14 |
| Descrição da amostra | 14 |
| Relação entre a importância atribuída às medidas de proteção e as práticas adotadas | 20 |
| Variáveis que influenciam a percepção e as práticas adotadas sobre a COVID-19 .. | 21 |
| DISCUSSÃO | 28 |
| Relação entre a percepção sobre a COVID-19 e as práticas adotadas..... | 28 |
| Variáveis que influenciam a percepção e as práticas adotadas sobre a COVID-19 .. | 29 |
| Limitações..... | 33 |
| CONCLUSÃO | 34 |
| AGRADECIMENTOS | 35 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 36 |
| ANEXOS | 40 |

LISTA DE ABREVIATURAS

OMS - Organização Mundial de Saúde

ECDC- *European Centers for Disease Control*

COVID-19- Doença por coronavírus 2019

SARS-CoV-2- Coronavírus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave

MERS-CoV-2- Síndrome Respiratória do Médio Oriente

KAP- *Knowledge, Attitudes and Practice*

DGS- Direção Geral da Saúde

AVAC – Sistemas de Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado

RESUMO

Introdução: A pandemia por COVID-19, decretada pela OMS a 11 de Março de 2020 levou à adoção de medidas globais de prevenção da transmissão. Dado os impactos das mesmas, importa perceber a percepção, atitudes e práticas da população face às práticas preventivas adotadas e explorar a relação entre estas e a eficácia na prevenção da infeção.

Objetivos: Caracterizar a percepção sobre a transmissão da COVID-19 e a sua influência nos comportamentos preventivos adotados; avaliar fatores que as influenciam, como ter histórico de infeção de COVID-19, ser doente crónico, profissional de saúde e a idade.

Métodos: Estudo observacional transversal, com aplicação de questionário online via *Google Forms* a uma amostra da população portuguesa adulta. Os dados obtidos foram analisados pelo programa SPSS versão 26 e submetidos a análise estatística descritiva e inferencial, através dos testes t-Student e correlação de Pearson. Um $p < 0,05$ e um intervalo de confiança de 95% foram utilizados para estabelecer significância estatística.

Resultados: Amostra de 324 pessoas da população portuguesa, na sua maioria com histórico de infeção por COVID-19 (72,8%), dos quais 43 (19,1%) já teve mais de uma infeção, 119 eram profissionais de saúde (36,8%), 69 portadores de doença crónica (21,4%), e 94,7% da amostra tinha idade até 65 anos.

Demonstrou-se uma correlação forte e significativa entre as variáveis de percepção de importância sobre as medidas de proteção individual e a sua adoção. O histórico de infeção, facto de ser doente crónico, profissional de saúde e variação na idade relacionaram-se significativamente tanto com a percepção como com as atitudes. Diferentes percepções foram também realçadas em relação à probabilidade, gravidade e capacitação da doença nas várias subpopulações.

Discussão: Os presentes resultados devem ser cuidadosamente analisados, uma vez presentes algumas limitações na nossa amostra: o desenho transversal do estudo na inferência de associações causais, o viés de seleção da amostra e da desejabilidade social, a realização do estudo numa fase pós-pandémica e a utilização de um questionário *ad hoc*. Contudo, a percepção sobre a COVID-19 mostrou ter impacto nas práticas de proteção sobre a COVID-19, bem como se evidenciou a existência de diferenças significativas em vários subgrupos.

Conclusão: De uma forma geral a amostra em estudo demonstrou uma boa percepção da doença e adesão às medidas de redução do risco de infecção existindo uma correlação positiva entre estes dois parâmetros analisados. Verificou-se também que os profissionais de saúde e os indivíduos com história de infecção não só atribuem maior importância à doença como têm uma maior adesão às medidas de proteção, quando comparados com os não profissionais de saúde e indivíduos sem história de infecção. No entanto, recomendam-se novos estudos para melhor explorar o conhecimento, atitudes e práticas da população, além de traçar novas estratégias de disseminação de informações que podem ser aplicadas em futuras pandemias.

Palavras-chave: COVID-19, Percepção, Práticas, Medidas de proteção

ABSTRACT

Introduction: The COVID-19 was declared a Pandemic by the WHO on March 11, 2020, and led to the adoption of global measures to prevent transmission. Given their impacts, it is important to understand the perception, attitudes and practices of the population regarding the preventive practices adopted and explore the relationship between these and the effectiveness in preventing infection.

Objectives: To characterize the perception about COVID-19 and its influence on the preventive behaviors; to assess factors influencing perception and practices adopted, like having a history of infection with COVID-19 (having or not had an infection, number of infections, and time interval until first infection), suffering from chronic diseases, being a healthcare professional or age.

Methods: Cross-sectional observational study with the application of an online survey via Google Forms to a sample of a Portuguese adult population. The data obtained were analyzed using the SPSS version 26 program and subjected to descriptive and inferential statistical analysis through the t-Student test and Pearson's correlation test. $p < 0.05$ and 95% confidence interval were used to declare statistical significance.

Results: sample of 324 people from the Portuguese population, mostly with a background of COVID-19 infection (72.8%), of which 43 (19.1%) had already had more than one infection, 119 health professionals (36, 8%), 69 with chronic disease (21.4%), with 94.7% of the sample aged up to 65 years.

A highly significant relationship was demonstrated between the variables of perceived importance of individual protection measures and their adoption. In addition to a relationship between themselves, both variables showed significant relationships with subpopulations with a history of infection, chronically ill patients, health care professionals and age range. Different perceptions were also highlighted in relation to the likelihood, severity, and empowerment of the disease, according to the various subpopulations.

Discussion: The presented results should be carefully analyzed, once some limitations are presented in our sample. Since, the impact of the cross-sectional study design on the inference of causal associations, sample selection bias and social desirability, conducting the study in a post-pandemic phase, and the use of an ad hoc questionnaire. However, perceptions about COVID-19 were shown to have an impact on protective

practices regarding COVID-19, and significant differences were evident in several subgroups.

Conclusion: In general, the study sample showed a good perception of the disease and adherence to measures to reduce the risk of infection, with a positive correlation between these two parameters analyzed. It was also found that health care professionals and individuals with a history of infection not only attributed greater importance to the disease, not only assigned greater importance to the disease, but also had a higher adherence to protective measures, when compared to non-health care professionals and individuals with no history of infection. However, further studies are recommended to better explore the population's knowledge, attitudes and practice as well as to outline new strategies for information dissemination that can be applied in future pandemics.

KEYWORDS: COVID-19, Perception, Practices, Protection measures

INTRODUÇÃO

A COVID-19 é uma síndrome respiratória aguda grave de etiologia infecciosa, causada por um vírus da família do coronavírus, descrita pela primeira vez em Wuhan, na China, em Dezembro de 2019, como uma pneumonia de etiologia desconhecida¹. Em janeiro de 2020, o vírus foi oficialmente denominado como SARS-CoV-2, pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças da China². A velocidade de disseminação da doença foi de tal forma marcada que a 11 de Março de 2020, a COVID-19 foi decretada como uma pandemia, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)³.

Em Portugal, até 28 de Novembro de 2022, foram confirmados mais de 5 milhões de casos e 25 mil mortes por COVID-19⁴, tendo o primeiro caso sido documentado a 2 de março de 2020⁵. Foram implementadas, em todo o Mundo, medidas de controlo, com restrições ao nível individual e comunitário, na tentativa de controlar a evolução pandémica⁶. Contudo, dada a evolução da situação epidemiológica no país⁷ no final de setembro de 2022 não foi renovado o estado de alerta e terminou o isolamento obrigatório para os infetados, a utilização de máscaras permaneceu obrigatória apenas em unidades de saúde e lares⁸.

A clínica induzida pelo SARS-CoV-2 é predominantemente de índole respiratória, leve a moderada, sem necessidade de tratamento dirigido na maioria dos casos^{9,10}. Tal como nos outros vírus desta família, a manifestação de doença grave ocorre com menor frequência, surgindo sob a forma de síndrome respiratória aguda grave (SARS) ou a síndrome respiratória do médio Oriente (MERS)¹¹. No decorrer do século XXI, foram descritos três surtos por vírus da família dos coronavírus, dois por SARS-CoV, um em 2003 e outro em 2019, e um MERS-CoV em 2012. O SARS-CoV-2, apesar de apresentar uma menor taxa de mortalidade (2,13%), comparativamente com o SARS-CoV-1 (9,5%) e o MERS-CoV (34,4%),¹² apresenta uma taxa de transmissibilidade superior¹³.

Apesar de não existirem manifestações clínicas específicas possíveis de distinguir a COVID-19 de qualquer outra infeção respiratória viral, é possível identificar sintomas principais como: tosse, dispneia, fadiga, mialgias, cefaleia, odinofagia, rinorreia, febre ou arrepios, disgeusia/ageusia e hiposmia/anosmia¹⁴⁻¹⁷. Os idosos e pessoas com doenças crónicas, como hipertensão arterial, doenças cardiovasculares, diabetes ou cancro, são considerados como os dois subgrupos mais vulneráveis a desenvolver sintomas^{18,19}.

A exposição ao SARS-CoV-2 ocorre principalmente por meio de partículas respiratórias²⁰, desde inalação de aerossóis²¹, deposição direta de gotículas em

mucosas expostas ou indireta por meio das mãos, após contacto com superfícies²² e/ou fluidos respiratórios^{23,24}.

Assim, estabeleceram-se, globalmente, medidas de mitigação de risco de contágio, que perspetivam a proteção individual e coletiva. Destas, o distanciamento social e o uso de máscara²¹, a evicção de aglomerados, a ventilação dos espaços e a lavagem regular e adequada das mãos são alguns exemplos de medidas a adotar²⁴⁻²⁶.

Os comportamentos de proteção individual e a importância que lhe atribuímos dependem da perceção do risco de contágio da doença e são influenciados por fatores socioculturais e psicológicos²⁷. Deste modo, a influência da perceção sobre o comportamento é uma relação que, ao ser explorada, poderá permitir compreender o que motiva uma maior ou menor adoção de medidas de proteção, permitindo intervir oportunamente.

Tendo isto presente, este estudo teve como objetivo explorar a existência de uma relação entre a perceção sobre a COVID-19 e a sua influência sob a adoção de medidas preventivas por parte da população adulta portuguesa, uma vez que são uma peça importante no controlo desta doença^{28,29}. Para além disso, avaliou-se de que forma diferentes contextos socioculturais podem influenciar estas duas componentes individualmente.

Com este trabalho esperou-se perceber se a consciencialização e perceção pública sobre a COVID-19 desempenha um papel fundamental na adequada adesão a medidas de redução de risco de infeção que permitam reduzir a propagação da doença.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho do estudo

No presente trabalho realizou-se um estudo observacional, transversal, utilizando um questionário online, aplicado a uma amostra da população portuguesa adulta que inclui infetados e não infetados previamente com covid-19.

Seleção dos participantes

Foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 18 anos, de nacionalidade portuguesa, que aceitaram responder de forma autónoma e voluntária ao questionário online.

Os participantes foram informados quanto ao objetivo do estudo, o carácter voluntário da sua participação e o seu direito de desistir a qualquer momento e quanto à confidencialidade e anonimato das suas respostas. Ao aceitar as condições e declarações contidas no questionário, os participantes foram redirecionados para o questionário.

Recolha de dados

A recolha dos dados foi feita através do preenchimento online de um questionário (Anexo I) com recurso à plataforma *Google Forms*, com cerca de 8 a 10 minutos de duração. Foi feita a divulgação, de 6 de novembro de 2022 a 30 de novembro de 2022, através de redes sociais e listas de contactos, em bola de neve, nomeadamente o Facebook, WhatsApp e e-mail, para maximizar a adesão.

Questionário

Elaborou-se um questionário original, baseado no questionário da OMS, *COVID-19-Survey-tool-and-guidance*³⁰ e ainda com base em informação disponível em websites do *European Centers for Disease Control* (ECDC), da OMS e através da revisão de vários artigos onde foi mesurado o *Knowledge, Attitudes and Practice* (KAP) em relação à COVID-19^{25,28,31}.

O questionário aplicado consistiu em 5 secções principais, que foram ajustadas para população infetada e a não infetada pela COVID-19.

A primeira secção é comum e inquiriu sobre dados sociodemográficos: sexo, idade, nacionalidade, zona de residência, nível de escolaridade, exercício de profissão ligada à saúde, tabagismo e doenças crónicas. (Tabela 1)

A segunda secção incluiu itens relacionados com a experiência pessoal com a COVID-19, como o risco de infeção, a capacidade de cumprimento das medidas de proteção

individual, o contexto de infeção, e o diagnóstico prévio de infeção por SARS-CoV-2. Perante uma resposta afirmativa à última questão, o participante continuava a responder às perguntas do questionário dirigidas à população infetada, enquanto uma resposta negativa o encaminhava para perguntas dirigidas à população não infetada. Aos infetados questionou-se ainda sobre a gravidade da infeção, confirmação por teste, número de infeções prévias, data da primeira infeção, contexto vacinal em que ocorreu e o contexto físico e social em que se encontrava no momento do contágio. Através da data de primeira infeção, foi definido intervalo de tempo até à primeira infeção. Para o seu cálculo, foi definido como dia 1 o dia em que surgiu a primeira infeção pela COVID-19 em Portugal, 2 de março de 2020, e como o último dia, a data da primeira infeção. Aos não infetados, questionou-se sobre o contexto vacinal atual e a sua perceção da gravidade clínica da doença.

A terceira secção incluiu questões sobre probabilidade e suscetibilidade pessoal de infeção e a gravidade da doença esperada em caso de infeção e a secção seguinte apresentava questões sobre a capacidade pessoal de proteção e sobre a facilidade de evitar da infeção pela COVID-19, respondidas através de uma escala de *Likert*.

Por fim, as respostas às perguntas da quinta secção, intitulada de perceção e prevenção, pelo público infetado, tiveram em consideração a sua primeira infeção, enquanto as do público não infetado consideraram o momento do preenchimento do questionário. Na primeira questão sobre os modos de transmissão da COVID-19, os participantes puderam selecionar mais que uma opção; nas subsequentes, como medidas de proteção individual adotadas, importância que lhes atribuía e importância atribuída à prevenção coletiva, fez-se corresponder aos múltiplos itens de cada questão uma escala de resposta de *Likert*.

Análise de dados

Concluída a colheita e organização de dados no Microsoft Excel 2022, procedemos à análise estatística descritiva e inferencial dos mesmos, através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 26.

A análise descritiva das variáveis qualitativas foi feita com a frequência absoluta e relativa e das quantitativas foi feita com média, mediana, desvio padrão, o máximo e o mínimo.

Para a análise inferencial recorreremos a testes paramétricos, devido à dimensão da amostra. Recorreremos ao teste de correlação de Pearson para avaliar a relação entre variáveis quantitativas, tais como: importância atribuída às práticas preventivas sobre a COVID-19 e a sua adoção; relação de ambas as supracitadas com diferentes variáveis,

incluindo o número de infeções, intervalo de tempo até à infeção e idade. Foram consideradas relações fortes aquelas com valor de coeficiente de correlação, r , entre $\pm 0,5$ e ± 1 , como moderadas todas as com valor de r entre $\pm 0,49$ e $\pm 0,3$; e fracas aquelas com valor de r inferior a $\pm 0,29$ ³². Utilizamos o teste t-Student para avaliar a associação entre variáveis qualitativas e quantitativas, tais como: importância atribuída às práticas preventivas sobre a COVID-19 e a sua adoção, e ter ou não história de infeção; importância atribuída às práticas preventivas sobre a COVID-19 e a sua adoção, e grupos populacionais, incluindo pessoas com e sem história de infeção, doentes crónicos e profissionais de saúde. Para ambos estabelecemos como ponto de corte para significância estatística um valor de $p < 0,05$ e um nível de confiança de 95%.

O Estudo mereceu avaliação da Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, CE_Proc. CE-090/2022, que atribuiu o parecer favorável, garantindo todos os aspetos ético-legais. (Anexo II)

RESULTADOS

Obtiveram-se 327 respostas ao questionário, das quais 4 foram excluídas, uma vez que não cumpriam os critérios de inclusão da nacionalidade portuguesa.

Descrição da amostra

As principais características sociodemográficas dos indivíduos que constituíram a amostra constam da Tabela 1.

Relativamente à infeção por COVID-19, a maioria dos participantes (72,8%), 235 pessoas, tinham histórico de infeção (que apenas não foi confirmada por meio de um teste num caso isolado), enquanto que os restantes 88 (27,2%) referiram que nunca foram diagnosticados com a doença. O intervalo de tempo até à primeira infeção ocorreu em 50% dos casos antes dos 705 dias. O intervalo mais pequeno foi de 185 dias, com a data de infeção a 03/09/2020 e o maior de 964 dias, com infeção a 22/10/2022. Um quarto da amostra tinha sido infetada há, aproximadamente, 700 e os 800 dias, porém, para que o número de infeções correspondesse a 25% da amostra, foi preciso aguardar 528 dias desde o 185º dia. Para além dos dados supracitados, outros que determinaram a experiência com a COVID-19, encontram-se discriminados na tabela 1.

Quanto à vacinação, 50 pessoas (21,3%) indicaram ainda não ter vacinação contra o SARS-CoV-2 previamente à primeira infeção. A restante maioria, 93 pessoas (40%) estavam vacinadas com o esquema primário, 86 (36,6%) esquema de reforço e o esquema de 6 pessoas incluía a dose subsequente (à de reforço e/ou adicional). O contexto vacinal atual mais comum do grupo sem história de infeção, era o esquema vacinal primário com dose de reforço e/ou adicional (48,9%). 27 pessoas (30,7%) apresentaram-se com o esquema vacinal primário e com dose subsequente à de reforço e/ou adicional e 17% registou que mantinha o esquema vacinal primário. À data do questionário, 4% da amostra da população não infetada, ainda não tinha tomado qualquer dose de vacina contra a COVID-19.

Tabela 1. Características sociodemográficas, clínicas e antecedentes de COVID-19 da amostra.

| Dados demográficos | | Frequência (%) |
|------------------------------------|------------------------|----------------|
| Sexo | Feminino | 220 (67,9) |
| | Masculino | 102 (31,8) |
| | Outro | 1 (0,3) |
| Idade (anos) | 18-29 | 106 (32,8) |
| | 30-64 | 200 (61,9) |
| | ≥ 65 | 17 (5,3) |
| Zona de residência | Urbana | 247 (76,5) |
| | Rural | 76 (23,5) |
| Nível de escolaridade | 9ºano de escolaridade | 7 (2,2) |
| | 11ºano de escolaridade | 5 (1,5) |
| | 12ºano de escolaridade | 44 (13,3) |
| | Bacharelato | 9 (2,8) |
| | Licenciatura | 160 (49,5) |
| | Mestrado | 90 (27,9) |
| | Doutoramento | 9 (2,8) |
| É profissional de saúde? | Sim | 119 (36,8) |
| | Não | 204 (63,2) |
| É fumador? | Sim | 57 (17,6) |
| | Não | 266 (82,4) |
| Tem alguma doença crónica? | Sim | 69 (21,4) |
| | Não | 244 (75,5) |
| | Não sei | 10 (3,1) |
| Qual a doença crónica? | Asma | 17 (17,5) |
| | Hipertensão arterial | 15 (15,4) |
| | Diabetes | 3 (3,1) |
| | Outra | 40 (40,2) |
| Já foi diagnosticado com COVID-19? | Sim | 235 (72,8) |
| | Não | 88 (27,2) |
| Quantas vezes já esteve infetado? | 1 vez | 192 (81,7) |
| | 2 vezes | 40 (17,0) |
| | 3 vezes | 3 (2,1) |

Experiência pessoal com a COVID-19

Em relação ao contexto laboral, apenas 36 pessoas (11,1%) indicaram não ser possível cumprir as medidas de proteção individual, contudo, 57,6% da amostra considerou que as suas condições laborais condicionaram um risco de infeção aumentado, “ocasionalmente” ou “frequentemente”, numa escala de *Likert* de nunca (1) a sempre (5). Evidenciou-se que quem era profissional de saúde sentiu que as condições laborais condicionavam um maior risco de infeção ($p < 0,001$). (Tabela 2)

Tabela 2. Relação entre ser profissional de saúde e a perceção sobre risco de infeção associado à atividade laboral (teste t-Student).

| | | É profissional de saúde? | |
|---|-------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| | | Sim | Não |
| Considera que as suas condições laborais condicionaram/condicionam um maior risco de infeção pelo SARS-CoV-2? | Média (DP) | 3,45 ($\pm 1,118$) $p < 0,001$ | 2,97 ($\pm 1,113$) $p < 0,001$ |

Questionou-se a amostra com e sem histórico de infeção sobre como descreveriam a gravidade clínica da COVID-19. A primeira respondeu de acordo com a sua experiência em relação à sua primeira infeção, com 209 respostas (64,7%) como “leve” ou “moderada”, apenas 11 (4,62%) como “grave” e nenhuma resposta como “severa”. As pessoas não previamente infetadas responderam tendo em conta a sua perceção de gravidade nos outros, 62 respostas (69,7%) como “moderado” ou “grave”, e 7 outras (7,9%) como “severa”.

A situação em que se encontravam no momento do contágio da primeira infeção por SARS-CoV-2 (Anexo III), foi especificada pelas 235 pessoas com história de infeção. As opções indicadas com maior prevalência foram a coabitação com a pessoa infetada (74 pessoas) e “não estava a usar máscara”, por 72 pessoas (30,6%).

Relativamente contacto com outras pessoas, no contexto da primeira infeção (Anexo IV), a maioria (22,3%) ocorreu em contexto familiar no domicílio (para além dos coabitantes).

Probabilidade, gravidade da doença e capacitação sobre a COVID-19

Quanto às percepções individuais relativamente ao risco de ser infetadas com COVID-19, em média, as pessoas consideraram que a sua probabilidade era 3,34 (+/- 0,89) numa escala numérica de 1 (extremamente improvável) a 5 (extremamente provável). A resposta mais frequente (46,4%) foi o nível intermédio (3), porém um total de 40,5% dos respondentes selecionou o valor 4 ou 5. A diferença entre as pessoas com e sem história de infeção não se relevou estatisticamente significativa ($p=0,216$).

A maioria das pessoas, 48,6%, considerou ser suscetível de ser infetado pelo COVID-19 a um nível 3, numa escala de 1 (nada suscetível) a 5 (extremamente suscetível). Ainda assim 31 pessoas (9,6%) percecionaram ser extremamente suscetíveis à doença. Ambos os grupos consideraram ter o mesmo nível de suscetibilidade ($p=0,974$).

Numa escala de 1 (nada grave) e 5 (extremamente grave) a expectativa média das pessoas em relação à gravidade percebida em caso de doença é de 2,05 (+/-0,823). A maioria considera que a gravidade da doença não ultrapassaria um nível 3 (93,4% da amostra). As pessoas que nunca estiveram infetadas, expressaram esperar ter uma maior gravidade da doença ($2,38\pm 1,075$) do que as que já experienciaram a infeção ($2,05\pm 0,823$) ($p=0,011$).

Cerca de 45% das pessoas considerou que se sabia proteger da COVID-19, com um nível 4, numa escala de 1 (muito dificilmente) a 5 (muito facilmente), e um total de 96,6% escolheu um nível ≥ 3 . Tendo a média das escolhas sido também 4,00 (+/-0,850). A percepção de ambos os grupos com e sem história de infeção, foi semelhante ($p=0,776$).

Em média, as pessoas acharam que, numa escala de 1 (muito dificilmente) a 5 (muito facilmente), conseguiriam evitar ser infetados pela COVID-19, com 2,96 (+/-1,043), sendo a moda (43,7%) equivalente ao nível 3 e um total de 72,2% escolheu um nível ≥ 3 . Os dois grupos consideraram, de modo semelhantemente que conseguem evitar a infeção ($p=0,820$).

Percepção e prevenção da COVID-19

Em relação aos modos de transmissão (Tabela 3), a maioria das pessoas (92,6%) considerou que a transmissão da COVID-19 ocorre por meio de gotículas respiratórias, através da fala, espirro ou tosse e um total de 228 pessoas (70,6%) indicou também o toque com as mãos nas mucosas como modo de transmissão. Cerca de metade da amostra indicou ainda que a transmissão ocorre através da inalação de aerossóis ou através da partilha de alimentos e bebida com uma pessoa infetada. Do total de respostas, 5 pessoas indicaram não ter percepção sobre quais são os modos de transmissão na COVID-19.

Tabela 3. Modos de transmissão da COVID-19 selecionados pela amostra da população portuguesa adulta, ordenados de forma decrescente.

| Modos de transmissão | Frequência (n) | Percentagem (%) |
|---|----------------|-----------------|
| Através de gotículas respiratórias (fala, tosse, espirro) | 299 | 92,6 |
| Toque com mãos nas mucosas (olhos, nariz, boca) | 228 | 70,6 |
| Inalação de aerossóis | 167 | 51,7 |
| Partilha de alimentos ou bebida | 163 | 50,5 |
| Toque em superfícies ou objetos | 128 | 39,6 |
| Fluidos respiratórios através de água | 42 | 13,0 |
| Através de agulhas ou objetos cortantes | 29 | 9,0 |
| Sem conhecimento | 5 | 1,55 |
| Através do contacto com animais | 2 | 0,66 |

Quanto à frequência de cumprimento das medidas de proteção individual para conter a disseminação da COVID-19, 75,8% referiu lavar as mãos com água e sabão (por pelo menos 20 segundos) “muitas vezes” ou “sempre”. Para além desta, medidas como evitar tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara, desinfetar as mãos quando água e sabão estão indisponíveis e cumprir as restrições impostas pelo governo (p. ex. isolar-me caso tivesse sintomas), registaram a maior frequência de respostas de adesão de “muitas vezes” ou “sempre”. Além disto, 55,4% afirmou usar “muitas vezes” ou “sempre” a máscara cirúrgica em público, porém esta percentagem de adesão diminui quando

relacionada com o uso da máscara FFP2 (39,9%) e da máscara comunitária (26,3%) em público, na mesma frequência. A maioria, 55,1%, afirmou que “raramente” ou “nunca” realizava testes de controlo regularmente. Em média, numa escala de 1 (nunca) a 5 (sempre), as pessoas afirmaram desinfetar as superfícies 3,20 ($\pm 1,140$), evitar o contacto físico, como o aperto de mão 3,54 ($\pm 1,231$) e assegurar o distanciamento social 3,42 ($\pm 1,096$). Relativamente a evitar encontros sociais aos quais gostaria de ir, aproximadamente a mesma frequência afirmou fazê-lo “raramente” ou “nunca” (120 pessoas) e “muitas vezes” ou “sempre” (124 pessoas). Quanto a espaços não ventilados com aglomerados, 58,2% afirmou evitar “às vezes” ou “muitas vezes”. A quase totalidade das pessoas, 95,4%, referiu que “raramente” ou “nunca” tomou antibióticos para prevenir ou tratar a COVID-19. (Anexo V)

Considerando as respostas da amostra acerca da importância atribuída a cada uma das medidas de proteção individual e coletiva, 83,6% indicou lavar as mãos com água e sabão (por pelo menos 20 segundos) uma medida “muito” ou “extremamente” importante. Para além desta, foi atribuída “muita” ou “extrema” importância a medidas como, evitar tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara, desinfetar as mãos quando água e sabão estão indisponíveis, cumprir as restrições impostas pelo governo, por 78,4%, 82,4%, 78,7% e 82,7% da amostra, respetivamente. Foi considerada “muito” ou “extremamente” importante a utilização obrigatória de máscara por 82,9% dos indivíduos, porém a percentagem de importância atribuída diminuiu ao ser especificado o tipo de máscara a usar, uma vez que 73,4% consideraram “muito” ou “extremamente” importante o uso de máscara cirúrgica em público, 60,4% o de máscara FFP2 e 43% o de máscara comunitária. Apesar de 55,5% das pessoas terem conferido modera a muita importância a realizar testes de controlo regularmente, uma percentagem significativa, 33,2%, atribuiu pouca ou nenhuma importância a esta medida. Numa escala de 1 (nada importante) a 5 (extremamente importante), em média, as pessoas conferiram um nível de importância de 3,62 ($\pm 1,148$) a desinfetar as superfícies, de 3,82 ($\pm 1,101$) a evitar o contacto físico e de 4,05 ($\pm 0,953$) a assegurar o distanciamento social. Como medida de prevenção coletiva, a obrigatoriedade de distanciamento físico, em média, foi considerada ter um nível de importância semelhante (3,89 ($\pm 0,976$)) a esta última medida de proteção. À semelhança da medida de proteção individual, evitar espaços não ventilados com aglomerados (65,6%), a importância da utilização de sistemas de ventilação, foi afirmada como “muito” ou “extremamente” importante por 69,9% da amostra. De realçar, que é atribuída pouca ou nenhuma importância à toma de antibióticos para prevenir/tratar a COVID-19 (Anexo VI), pela maioria das pessoas (84,9%).

Na caracterização da importância acrescentamos um grupo de medidas relacionadas com a prevenção coletiva. Em destaque, encontrou-se o arejamento dos espaços (p. ex. através de janelas), e a obrigatoriedade do uso de máscara, à qual foi conferida “muita” ou “extrema” importância, por 280 pessoas (86,7%) e 268 pessoas (82,9%), respetivamente. (Anexo VI)

Relação entre a importância atribuída às medidas de proteção e as práticas adotadas

A perceção sobre a COVID-19 correlacionou-se com as práticas adotadas, de forma positiva e estatisticamente significativa em todas as dimensões (Tabela 4). Entre todas as medidas, desinfetar as mãos ($p < 0,001$), evitar o aperto de mão ($p < 0,001$) e desinfetar superfícies ($p < 0,001$) apresentaram as relações mais fortemente correlacionadas, entre a importância atribuída e a frequência de adoção das mesmas (coeficiente de correlação, $r = 0,572$, $r = 0,570$, $r = 0,563$, respetivamente).

Tabela 4. Análise transversal entre a importância atribuída às medidas de proteção e a sua influência sobre as práticas adotadas, pela aplicação do teste correlação de pearson. (A negrito as correlações fortes).

| Medidas de proteção individual (importância vs. frequência) | r (p) |
|--|--------------------------|
| Lavar as mãos com água e sabão | 0,284 (<0,001) |
| Evitar tocar com as mãos na cara | 0,531 (<0,001) |
| Desinfetar as mãos | 0,572 (<0,001) |
| Desinfetar as superfícies | 0,563 (<0,001) |
| Evitar contacto físico (p. ex. aperto de mão) | 0,570 (<0,001) |
| Assegurar distanciamento social | 0,475 (<0,001) |
| Usar mascara FFP2 em público | 0,525 (<0,001) |
| Usar máscara cirúrgica em público | 0,514 (<0,001) |
| Usar máscara comunitária em público | 0,543 (<0,001) |
| Realizar testes de controlo regularmente | 0,514 (<0,001) |
| Evitar encontros sociais aos quais gostaria de ir | 0,524 (<0,001) |
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados | 0,468 (<0,001) |
| Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 0,512 (<0,001) |
| Cumprir restrições impostas pelo governo | 0,491 (<0,001) |

Variáveis que influenciam a percepção e as práticas adotadas sobre a COVID-19

Pessoas com vs sem história de infeção

Encontrámos diferenças significativas num conjunto considerável de medidas de proteção individual entre pessoas com diagnóstico prévio de COVID-19 e pessoas sem diagnóstico prévio. (Tabela 5; Anexo VII)

As pessoas com antecedentes de infeção por COVID-19 mostraram não só atribuir maior importância, como também executar com maior frequência medidas de proteção contra COVID-19 como desinfetar as mãos ($p<0,001$, $p=0,001$, respetivamente), evitar contacto físico ($p<0,001$, $p<0,001$), assegurar distanciamento social ($p<0,001$, $p<0,001$), usar máscara FFP2 em público ($p<0,001$, $p=0,002$), usar máscara cirúrgica em público ($p<0,001$; $p=0,001$), evitar encontros sociais ($p<0,001$, $p=0,001$), evitar espaços não

ventilados com aglomerados ($p < 0,001$, $p = 0,004$) e cumprir as restrições impostas pelo governo ($p < 0,001$, $p = 0,002$). Também ao maior recurso a medidas como desinfetar as superfícies, usar máscaras comunitárias e realizar testes de controlo regularmente ($p = 0,001$, $p = 0,003$, $p < 0,001$; respetivamente), apesar de não existir diferença significativa entre os grupos na importância que lhes é atribuída ($p = 0,302$, $p = 0,709$, $p = 0,424$; respetivamente). Relativamente às medidas de prevenção coletiva, apenas foi atribuída importância significativamente superior pelas pessoas com diagnóstico em relação à obrigatoriedade de utilização de máscara ($p = 0,014$).

Considerando a secção da probabilidade, gravidade da doença e capacitação sobre a COVID-19, a única diferença estatisticamente significativa encontrada foi a perceção das pessoas que nunca foram infetadas, de que podem ter uma doença mais grave caso fossem infetadas ($p = 0,011$).

Número de infeções

Um maior número de infeções por pessoa correlacionou-se com menor importância atribuída à lavagem de mãos ($p = 0,007$), desinfecção das mãos ($p = 0,011$) e evitar o aperto de mão ($p = 0,026$), uma vez que o valor do r foi negativo. (Tabela 6)

Sobre a probabilidade, gravidade da doença e capacitação sobre a COVID-19, as pessoas que tiveram um maior número de infeções consideraram ser mais suscetíveis à infeção ($r = 0,185$, $p = 0,004$).

Intervalo de tempo até à primeira infeção

Quanto maior o intervalo de tempo até à primeira infeção, menos frequentemente foi adotada a medida “desinfecção das superfícies” ($p = 0,019$). Além disso, indivíduos com infeção mais recente por SARS-CoV-2, atribuíram uma menor importância ($p = 0,033$) e adotaram menos frequentemente a medida “tomar antibióticos para prevenir/tratar a COVID-19” ($p = 0,008$) (Tabela 6). Não foi encontrada nenhuma correlação estatisticamente significativa com a probabilidade, gravidade da doença nem capacitação sobre a COVID-19.

Pessoas com vs sem doença crónica

A importância conferida por pessoas com doenças crónicas a evitar contacto físico, como aperto de mão, ($p = 0,022$) e a assegurar o distanciamento social ($p = 0,022$), é significativamente superior à atribuída por pessoas sem doenças crónicas. Relativamente ao uso de máscara cirúrgica em público, não só indicaram ter uma maior importância ($p = 0,048$) como também recorriam ao seu uso com maior frequência ($p = 0,048$) (Tabela 5; Anexo VIII).

Em relação à probabilidade, gravidade da doença e capacitação contra a COVID-19, os doentes crónicos perceberam que teriam uma gravidade de doença caso infetados por SARS-CoV-2 superior à da restante amostra ($p=0,004$).

Profissionais de saúde vs não profissionais de saúde

Constatámos que ser profissional de saúde se associou significativamente a maior importância atribuída e a realização mais frequente de um conjunto de comportamentos de proteção individual (Tabela 5; Anexo IX).

Tanto consideraram de maior importância como adotaram com mais frequência medidas como, lavar as mãos ($p<0,001$, $p=0,003$; respetivamente), evitar tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara ($p=0,002$, $p<0,001$), desinfetar as mãos quando água e sabão estão indisponíveis ($p<0,001$, $p=0,001$), desinfetar as superfícies ($p<0,001$, $p<0,001$), assegurar o distanciamento social ($p=0,001$, $p=0,034$) e usar máscara cirúrgica em público ($p=0,015$, $p=0,034$). A análise demonstrou que este subgrupo populacional frequenta menos os espaços não ventilados com aglomerados em comparação com o resto da amostra ($p=0,047$), apesar de atribuir um nível de importância sem diferença estatisticamente significativa ($p=0,333$). Para além destas, consideram que cumprir as restrições impostas pelo governo tem uma importância superior ($p=0,001$), contudo, a maior adesão não foi confirmada ($p=0,294$). De um modo geral, atribuíram um grau de importância significativamente superior às medidas de prevenção coletiva, particularmente nas medidas de obrigatoriedade de distanciamento social ($p=0,031$), redução de lotação de espaços públicos ($p=0,025$), arejamento dos espaços ($p=0,001$) e utilização de sistemas de AVAC (Sistemas de Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado) ($p<0,001$).

Considerando a secção da probabilidade, gravidade da doença e capacitação sobre a COVID-19, os profissionais de saúde tiveram a perceção de que se sabem proteger melhor ($p=0,011$) e que conseguem evitar com mais facilidade a infeção ($p=0,023$).

Idade

Verificámos que a idade apresentou relações significativas, principalmente com medidas como assegurar o distanciamento social, evitar espaços não arejados e encontros sociais. (Tabela 6)

À medida que a idade aumenta, mais é adotada a prática de evitar o aperto de mão ($p=0,028$), assegurar o distanciamento social ($p=0,001$), evitar encontros sociais ($p=0,006$) e evitar espaços não arejados ($p=0,003$). De notar, por outro lado, que com o aumento da idade, a importância atribuída a medidas como o uso de máscara FFP2 em público, realização regular de testes de controlo e cumprimento das restrições impostas

pelo governo, diminuem, uma vez que o valor de r é negativo ($p=0,004$, $p<0,001$ e $p=0,019$, respetivamente).

As pessoas com mais idade, consideraram ter maior probabilidade ($r=0,160$, $p=0,004$) e ser mais suscetíveis de ser infetadas ($r=0,177$, $p=0,001$), para além de pensarem ter uma maior probabilidade de serem infetadas ($r=0,205$, $p<0,001$). Por outro lado, encontrámos uma relação inversa da idade com a perceção de capacidade de proteção ($r=-0,217$, $p<0,001$) e de evitar a infeção por SARS-CoV-2 ($r=-0,118$, $p=0,035$).

Tabela 5.1. Comparação das variáveis, percepção de importância e práticas adotadas sobre a COVID-19, nas pessoas com e sem histórico de infeção, com e sem doença crónica e profissionais de saúde ou não, pela aplicação do teste t-Student. (A negrito as associações estatisticamente significativas).

| | Média Total (DP) | História de infeção por covid (ter/não ter) | Doença crónica (ter/não ter) | Profissional de saúde (ser/não ser) |
|---|-------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Lavar as mãos com água e sabão | 3,96(±0,933) | 4,04 (± 0,884) vs 3,75(±1,031) | 4,00 (±0,907) vs 3,96 (±0,938) | 4,16 (±0,863) vs 3,84 (±0,955) |
| p | | 0,22 | 0,747 | 0,003 |
| Importância de lavar as mãos com água e sabão | 4,36(±0,910) | 4,42 (±0,870) vs 4,20(±0,996) | 4,46 (±0,884) vs 4,34 (±0,922) | 4,58 (±0,765) vs 4,24 (±0,964) |
| p | | 0,74 | 0,322 | <0,001 |
| Evitar tocar com as mãos na cara | 3,80(±0,997) | 3,82 (±0,979) vs 3,74(±1,045) | 3,93 (±0,960) vs 3,77 (±1,010) | 4,10 (±0,915) vs 3,62 (±1,002) |
| p | | 0,508 | 0,238 | <0,001 |
| Importância de evitar tocar com as mãos na cara | 4,20(±1,008) | 4,23 (±0,979) vs 4,10(±1,083) | 4,30 (±0,896) vs 4,17 (±1,044) | 4,42 (±0,847) vs 4,07 (±1,048) |
| p | | 0,296 | 0,339 | 0,002 |
| Desinfetar as mãos | 3,97(±1,007) | 4,17 (±0,849) vs 3,45(±1,203) | 3,99 (±1,007) vs 3,97 (±1,022) | 4,22 (±0,865) vs 3,83 (±1,057) |
| p | | <0,001 | 0,895 | 0,001 |
| Importância de desinfetar as mãos | 4,27(±0,978) | 4,40 (±0,868) vs 3,93(±1,163) | 4,30 (±0,896) vs 4,26 (±1,016) | 4,50 (±0,812) vs 4,14 (±1,041) |
| p | | 0,001 | 0,733 | <0,001 |
| Desinfetar as superfícies | 3,20(±1,140) | 3,33 (±1,106) vs 2,86(±1,166) | 2,23 (±1,214) vs 3,20 (±1,121) | 3,55 (±1,063) vs 3,00 (±1,136) |
| p | | 0,001 | 0,842 | <0,001 |
| Importância de desinfetar as superfícies | 3,62(±1,148) | 3,66 (±1,119) vs 3,51(±1,222) | 3,78 (±1,027) vs 3,57 (±1,176) | 3,93 (±1,110) vs 3,44 (±1,132) |
| p | | 0,302 | 0,136 | <0,001 |
| Evitar contacto físico | 3,54(±1,231) | 3,82 (±1,112) vs 2,80(±1,233) | 3,71 (±1,202) vs 3,48 (±1,232) | 3,64 (±1,162) vs 3,48 (±1,269) |
| p | | <0,001 | 0,169 | 0,266 |
| Importância de evitar contacto físico | 3,82(±1,101) | 3,97 (±1,061) vs 3,42(±1,111) | 4,01 (±0,899) vs 3,75 (±1,141) | 3,83 (±1,107) vs 3,81 (±1,100) |
| p | | <0,001 | 0,042 | 0,856 |
| Assegurar distanciamento social | 3,42(±1,096) | 3,67 (±0,969) vs 2,76(±1,145) | 3,52 (±1,133) vs 3,39 (±1,084) | 3,69 (±1,048) vs 3,27 (±1,097) |
| p | | <0,001 | 0,361 | 0,001 |
| Importância de assegurar distanciamento social | 4,05(±0,953) | 4,17 (±0,886) vs 3,70(±1,041) | 4,23 (±0,731) vs 3,98 (±1,022) | 4,19 (±0,876) vs 3,96 (±0,987) |
| p | | <0,001 | 0,022 | 0,034 |
| Usar máscara FFP2 em público | 2,97(±1,419) | 3,23 (±1,361) vs 2,26(±1,335) | 2,78 (±1,360) vs 2,99 (±1,436) | 3,13 (±1,414) vs 2,87 (±1,417) |
| p | | <0,001 | 0,290 | 0,103 |
| Importância de usar máscara FFP2 em público | 3,71(±1,244) | 3,84 (±1,186) vs 3,35(±1,331) | 3,67 (±1,120) vs 3,69 (±1,286) | 3,82 (±1,269) vs 3,65 (±1,229) |
| p | | 0,002 | 0,879 | 0,242 |

Tabela 5.2. Continuação da tabela anterior.

| | Média Total (DP) | História de infeção por covid (ter/não ter) | Doença crónica (ter/não ter) | Profissional de saúde (ser/não ser) | |
|---|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Usar máscara cirúrgica em público | 3,40(±1,375) | 3,81 (±1,158) vs 2,31(±1,316) | 3,70 (±1,310) vs 3,33 (±1,387) | 3,63 (±1,227) vs 3,26 (±1,441) | |
| p | | <0,001 | 0,048 | 0,015 | |
| Importância de usar máscara cirúrgica em público | 3,97(±1,125) | 4,11 (±1,044) vs 3,59(±1,247) | 4,17 (±0,839) vs 3,89 (±1,195) | 4,14 (±1,019) vs 3,87 (±1,173) | |
| p | | 0,001 | 0,028 | 0,034 | |
| Usar máscara comunitária em público | 2,31(±1,409) | 2,45 (±1,435) vs 1,95(±1,277) | 2,49 (±1,481) vs 2,25 (±1,381) | 2,28 (±1,402) vs 2,33 (±1,417) | |
| p | | 0,003 | 0,198 | 0,731 | |
| Importância de usar máscara comunitária em público | 3,04(±1,425) | 3,06 (±1,439) vs 2,99(±1,394) | 3,09 (±1,380) vs 2,99 (±1,440) | 3,03 (±1,441) vs 3,04 (±1,419) | |
| p | | 0,709 | 0,625 | 0,909 | |
| Realizar testes de controlo regularmente | 2,42(±1,159) | 2,61 (±1,124) vs 1,91(±1,100) | 2,59 (±1,204) vs 2,34 (±1,135) | 2,47 (±1,254) vs 2,39 (±1,102) | |
| p | | <0,001 | 0,106 | 0,558 | |
| Importância de realizar testes de controlo regular/ | 2,96(±1,205) | 3,00 (±1,186) vs 2,88(±1,258) | 2,97 (±1,071) vs 2,91 (±1,230) | 2,95 (±1,261) vs 2,97 (±1,174) | |
| p | | 0,424 | 0,803 | 0,880 | |
| Evitar encontros sociais | 2,99(±1,237) | 3,29 (±1,122) vs 2,18(±1,170) | 3,01 (±1,219) vs 2,96 (±1,235) | 3,13 (±1,242) vs 2,91 (±1,230) | |
| p | | <0,001 | 0,760 | 0,111 | |
| Importância de evitar encontros sociais | 3,47(±1,137) | 3,60 (±1,114) vs 3,13(±1,133) | 3,62 (±1,059) vs 3,39 (±1,151) | 3,51 (±1,149) vs 3,45 (±1,133) | |
| p | | 0,001 | 0,124 | 0,613 | |
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,21(±1,215) | 3,50 (±1,068) vs 2,43(±1,248) | 3,36 (±1,163) vs 3,16 (±1,235) | 3,39 (±1,165) vs 3,11 (±1,235) | |
| p | | <0,001 | 0,224 | 0,047 | |
| Importância de evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,85(±1,077) | 3,95 (±1,047) vs 3,57(±1,112) | 3,90 (±1,073) vs 3,80 (±1,083) | 3,92 (±1,018) vs 3,80 (±1,110) | |
| p | | 0,004 | 0,501 | 0,333 | |
| Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 1,16(±0,636) | 1,17 (±0,653) vs 1,14(±0,591) | 1,23 (±0,807) vs 1,14 (±0,569) | 1,17 (±0,680) vs 1,16 (±0,611) | |
| p | | 0,632 | 0,354 | 0,932 | |
| Importância de tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 1,48(±1,046) | 1,48 (±1,075) vs 1,48(±0,971) | 1,52 (±1,093) vs 1,43 (±1,002) | 1,49 (±1,156) vs 1,47 (±0,980) | |
| p | | 0,996 | 0,532 | 0,890 | |
| Cumprir restrições impostas pelo governo | 4,19(±1,155) | 4,37 (±0,941) vs 3,69(±1,488) | 4,16 (±1,256) vs 4,19 (±1,126) | 4,28 (±1,096) vs 4,14 (±1,187) | |
| p | | <0,001 | 0,833 | 0,294 | |
| Importância de cumprir restrições impostas pelo governo | 4,20(±1,072) | 4,33 (±0,969) vs 3,86(±1,252) | 4,14 (±1,019) vs 4,20 (±1,101) | 4,44 (±0,880) vs 4,06 (±1,149) | |
| p | | 0,002 | 0,726 | 0,001 | |
| Medidas de proteção coletiva (importância) | Confinamento geral | 3,71(±1,139) | 3,76 (±1,092) vs 3,59(±1,253) | 3,60 (±1,122) vs 3,71 (±1,148) | 3,80 (±0,988) vs 3,66 (±1,218) |
| | p | | 0,231 | 0,499 | 0,268 |
| | Distanciamento social obrigatória | 3,89(±0,976) | 3,96 (±0,942) vs 3,70(±1,047) | 3,93 (±0,951) vs 3,85 (±0,987) | 4,03 (±0,843) vs 3,80 (±1,039) |
| | p | | 0,470 | 0,582 | 0,031 |
| | Redução de lotação dos espaços | 3,99(±0,932) | 4,05 (±0,902) vs 3,84(±0,99) | 4,06 (±0,879) vs 3,95 (±0,948) | 4,14 (±0,784) vs 3,90 (±1,000) |
| | p | | 0,760 | 0,382 | 0,025 |
| Utilização obrigatória de máscara | 4,30(±0,916) | 4,37 (±0,865) vs 4,09(±1,019) | 4,37 (±0,879) vs 4,27 (±0,933) | 4,42 (±0,753) vs 4,23 (±0,994) | |
| p | | 0,014 | 0,424 | 0,067 | |
| Arejamento dos espaços | 4,34(±0,858) | 4,39 (±0,790) vs 4,20(±1,010) | 4,34 (±0,745) vs 4,32 (±0,982) | 4,53 (±0,649) vs 4,23(±0,944)* | |

Tabela 6. Relação entre percepção de importância e práticas adotadas e as variáveis, número de infeções, intervalo de tempo até à infeção e idade, pela aplicação do teste de correlação de Pearson. (A negrito as associações estatisticamente significativas).

| Medidas de Proteção | Nº de infeções <i>r (p)</i> | | Δt até 1ª infeção <i>r (p)</i> | | Idade <i>r (p)</i> | |
|--|--------------------------------|--------------------------|---|--------------------------|-------------------------|-------------------------------|
| | Frequência | Importância | Frequência | Importância | Frequência | Importância |
| Lavar as mãos com água e sabão | -0,042 (0,517) | -0,176 (0,007) | 0,038 (0,570) | 0,126 (0,055) | -0,014 (0,802) | -0,104 (0,063) |
| Evitar tocar com as mãos na cara | -0,028 (0,666) | -0,120 (0,067) | -0,070 (0,293) | 0,071 (0,286) | 0,018 (0,742) | -0,080 (0,150) |
| Desinfetar as mãos | -0,078 (0,234) | -0,165 (0,011) | 0,060 (0,363) | 0,127 (0,055) | -0,071 (0,206) | -0,102 (0,068) |
| Desinfetar as superfícies | 0,007 (0,920) | -0,092 (0,159) | -0,155 (0,019) | -0,044 (0,505) | 0,004 (0,940) | -0,012 (0,833) |
| Evitar contacto físico | -0,059 (0,368) | -0,145 (0,026) | 0,021 (0,748) | 0,053 (0,427) | 0,122 (0,028) | -0,039 (0,489) |
| Assegurar distanciamento social | -0,040 (0,538) | -0,113 (0,085) | -0,029 (0,663) | 0,034 (0,611) | 0,178 (0,001) | -0,070 (0,210) |
| Usar máscara FFP2 em público | -0,077 (0,237) | -0,090 (0,167) | 0,33 (0,615) | 0,109 (0,099) | 0,003 (0,958) | -0,159 (0,004) |
| Usar máscara cirúrgica em público | -0,070 (0,284) | 0,018 (0,781) | -0,054 (0,416) | 0,007 (0,918) | -0,015 (0,782) | -0,109 (0,051) |
| Usar máscara comunitária em público | 0,003 (0,962) | 0,024 (0,715) | -0,100 (0,132) | -0,024 (0,717) | -0,008 (0,882) | -0,059 (0,289) |
| Realizar testes de controlo regularmente | -0,019 (0,767) | 0,044 (0,505) | 0,026 (0,698) | -0,057 (0,390) | -0,089 (0,109) | -0,249 ($<0,001$) |
| Evitar encontros sociais | -0,013 (0,838) | -0,032 (0,623) | -0,018 (0,783) | 0,013 (0,843) | 0,152 (0,006) | 0,012 (0,836) |
| Evitar espaços não ventilados | -0,001 (0,989) | -0,037 (0,576) | 0,024 (0,719) | 0,037 (0,572) | 0,168 (0,003) | 0,018 (0,752) |
| Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 0,015 (0,821) | 0,029 (0,664) | -0,173 (0,008) | -0,141 (0,033) | 0,071 (0,201) | -0,098 (0,079) |
| Cumprir restrições do governo | -0,087 (0,183) | -0,032 (0,630) | -0,004 (0,957) | 0,028 (0,668) | -0,061 (0,272) | -0,131 (0,019) |
| Confinamento geral | - | -0,017 (0,798) | - | -0,046 (0,483) | - | -0,099 (0,077) |
| Distanciamento social obrigatório | - | -0,064 (0,329) | - | 0,014 (0,837) | - | 0,000 (0,996) |
| Redução de lotação dos espaços | - | -0,101 (0,122) | - | -0,007 (0,919) | - | 0,035 (0,527) |
| Obrigatório uso de máscara | - | -0,026 (0,696) | - | -0,009 (0,889) | - | -0,072 (0,199) |
| Arejamento dos espaços | - | -0,076 (0,247) | - | 0,097 (0,141) | - | -0,037 (0,513) |
| Utilização de sistemas AVAC | - | -0,060 (0,358) | - | 0,026 (0,697) | - | -0,062 (0,265) |

DISCUSSÃO

A percepção sobre a COVID-19 parece influenciar a prática preventiva nesta amostra. De uma forma geral, a amostra do estudo demonstrou uma maior adoção de medidas de proteção quando associada a uma maior percepção de importância sobre as mesmas. Em particular, grupos como os profissionais de saúde e as pessoas com história de infecção por COVID-19 revelaram atribuir maior importância e adotar com maior frequência a maioria das práticas preventivas, em relação aos não profissionais de saúde e às pessoas sem história de infecção, respetivamente. Ainda que de menor forma, as pessoas com mais idade demonstraram diferenças significativas em relação às restantes faixas etárias. Contudo, o facto de ter doenças crónicas, ter tido um maior número de infeções e a variação da data da primeira infeção, pouco demonstraram ter influência na percepção e prática associadas às medidas de prevenção.

Relação entre a percepção sobre a COVID-19 e as práticas adotadas

Todas as relações foram significativas, e a maioria revelou ter uma forte correlação. A análise dos dados revelou boa percepção da importância e prática face às medidas de proteção sobre a COVID-19, encontrando-se associada uma relação direta entre elas. Um outro estudo sobre a COVID-19, evidenciou que a crença na eficácia foi o fator mais preponderante nos comportamentos preventivos²⁸. Paralelamente, no nosso estudo, a importância atribuída a cada uma das práticas mostrou uma ligeira valorização em relação à frequência de adoção. Esta desigualdade pode ser indicativa de que nem sempre as medidas de proteção são executadas, ainda que haja uma percepção de importância relevante; o que pode sugerir que um maior nível de percepção nem sempre esteja associado a um menor risco de infeção. Por outro lado, o período de realização deste estudo, após levantamento das medidas anti-COVID-19, dada a evolução da pandemia, pode ter influenciado as pessoas a executar ligeiramente menos medidas de prevenção, mantendo um mesmo nível de percepção de importância.

A elevada atribuição de importância ao uso de máscaras e a consequente maior adoção, corroboraram o facto de que o meio de transmissão da COVID-19 mais frequentemente percecionado pelas pessoas foi a transmissão interpessoal através de gotículas respiratórias, incluindo a fala, tosse e espirro. Sendo a mucosa oral e a nasal as principais portas de entrada a vírus respiratórios, é evidente que uma barreira física adequada, como a máscara, seja essencial na prevenção da transmissão.

Um outro meio de transmissão percecionado pela maioria, foi o toque com as mãos não lavadas nas mucosas, incluindo olhos, nariz e boca. Diversas fontes relatam que outra

forma de contágio é o contacto direto, como o aperto de mão, ou indiretamente através do toque em superfícies, ambos com contacto posterior com as mucosas^{17,33,34}, embora tal seja pouco sustentado por evidência, segundo a CDC³⁵. Sendo assim, é de destacar a importância que tem uma boa higienização das mãos, ainda que controversa. Tais dados poderão explicar os resultados deste estudo, no qual se verifica a atribuição de uma elevada importância e frequência de adoção de medidas como lavar com água e sabão e desinfetar as mãos e evitar tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara. A evidência encontrada remonta para que a transmissão do SARS-CoV-2 através de sangue (ou por membrana não mucosa), por exemplo por meio de agulhas ou objetos cortantes, seja pouco provável¹⁷; o que valida a percepção da amostra relativamente a este meio, uma vez que teve uma frequência modesta de respostas em comparação com os restantes métodos de transmissão. Da mesma forma, as pessoas demonstraram uma correta percepção acerca da necessidade de antibióticos para prevenir/tratar a COVID-19, tendo atribuído um baixo nível de importância e de prática à sua administração, uma vez que o recurso a antibióticos não tem papel na prevenção ou resolução da COVID-19³⁶.

Outros resultados sobre a percepção da amostra permitiram-nos concluir que a maioria não considerou ter uma alta suscetibilidade de ser infetado ou ter doença grave. Uma possível explicação para este facto é uma maior sensação de proteção conferida pela vacinação contra o SARS-CoV-2. Ainda assim, cerca de 40% da amostra revelou ainda ter uma muito ou extremamente alta percepção de probabilidade de ser infetado. Isto pode indicar que as pessoas ainda têm algum receio em relação à doença, o que também pode estar na origem da manutenção de uma elevada frequência de adoção e na atribuição de importância aos comportamentos preventivos, apesar da epidemia estar cada vez mais atenuada no país.

Variáveis que influenciam a percepção e as práticas adotadas sobre a COVID-19

As pessoas com diagnóstico prévio de infeção atribuíram maior importância e apresentaram maior nível de execução, em relação à globalidade das medidas de proteção individual sobre a COVID-19. Foi demonstrada uma diferença significativa tanto na adoção como na percepção de importância em relação à desinfeção de mãos, evitar contacto físico, distanciamento social adequado, uso de máscaras (FFP2 e cirúrgica), evitar encontros sociais e espaços não ventilados e cumprimento das restrições impostas pelo governo, que são medidas associadas a uma diminuição da mitigação da doença, segundo a OMS³⁷ e a ECDC³⁸. Ocorreu uma maior prática da desinfeção de superfícies, uso de máscaras comunitárias e realização regular de testes

de controlo, contudo não houve diferença entre grupos em relação à sua valorização, o que sugere que a realização de medidas é influenciada por mais do que crenças, nomeadamente por leis e regulamentos impostos externamente. Em contraste com as medidas de proteção individual, não encontramos diferença estatisticamente significativa em relação à importância atribuída a medidas de proteção coletiva, o que, segundo a análise dos dados faz crer, que as pessoas sem histórico de infeção atribuíram maior importância à proteção coletiva contra a COVID-19. Outros resultados, indicam que as pessoas sem histórico de infeção, consideraram vir a ter uma doença mais grave no caso de ser infetada pela COVID-19. Por outro lado, apesar de ter uma menor perceção da importância e adoção das práticas preventivas, as pessoas sem histórico de infeção consideraram-se igualmente prováveis e suscetíveis de serem infetadas, igualmente capaz de se protegerem e de evitarem a infeção, comparativamente às pessoas com histórico de infeção. Isto é sugestivo de uma confiança superior, à qual se pode associar uma menor prática de medidas de proteção, uma vez que nunca estiveram infetados e por isso não sentem a necessidade de se protegerem.

Na generalidade, as relações entre o número de infeções e a importância atribuída e práticas adotadas não foram estatisticamente significativas. As estatisticamente significativas traduziram-se numa relação negativa e fraca. O que nos permite entender que as pessoas que deram uma menor importância a medidas relacionadas com as mãos, como a sua lavagem e desinfeção e evitar o aperto de mão, foram as que reportaram ter tido um maior número de infeções. Contudo, a frequência de execução destas medidas não se demonstrou significativamente diferente entre os grupos. De uma forma expectável, as pessoas que tiveram um maior número de infeções tiveram a perceção de que eram mais suscetíveis a ser infetados, o que pode ser atribuído ao seu histórico de infeções passado.

Desde a data do primeiro caso em Portugal, e considerando a evolução da pandemia, surgiu a necessidade das pessoas adquirirem mais informação sobre esta “nova” doença³⁹. Desta forma, é expectável que quanto mais recente tenha sido a infeção por SARS-CoV-2, maior seja o conhecimento e perceção sobre a COVID-19 de que a pessoa é portadora. Este facto é suportado por resultados do nosso estudo que revelam que quanto mais tempo decorreu até à infeção menor foi a adoção e importância atribuída à toma de antibióticos como prevenção e/ou tratamento da doença. Por outro lado, mesmo com uma manutenção da importância atribuída à desinfeção de superfícies, a sua prática foi-se reduzindo significativamente com o passar do tempo. A

diminuição da adoção desta medida, colide de forma negativa com as propostas da DGS de redução do risco de transmissão do vírus, na atualidade⁴⁰.

Uma possível justificação para não ter havido um aumento da adoção e importância das medidas por parte das pessoas que relataram ter tido uma infeção mais recentemente, pode estar relacionado com o surgimento da vacinação, que levou a uma melhoria do panorama global⁴¹, com menos casos e menos mortes, reduzindo assim os níveis de preocupação.

Perante os resultados, verifica-se que ser portador de doenças crónicas, praticamente, não condiciona um nível superior de adoção e percepção de importância de cuidados para prevenção da doença. Seria expectável que a percepção de uma maior suscetibilidade de vir a desenvolver uma doença mais grave uma vez infetados pelo SARS-CoV-2, induzisse os doentes crónicos a aderir mais frequentemente às medidas de proteção, ou pelo menos, a atribuir uma maior importância às mesmas, de forma a sentirem-se mais protegidos, no entanto, o nosso estudo não permite demonstrar essa associação. A única medida que aparenta associar a importância a um nível semelhante de adesão é o uso da máscara cirúrgica em público, que foi recomendada e obrigatória em Portugal durante um período significativo. Ainda assim, apesar de observada uma atribuição de maior importância por parte dos doentes crónicos a evitar o contacto físico e assegurar o distanciamento social, esta não se reproduziu na prática diária.

É interessante perceber que os profissionais de saúde sentiram que correm mais riscos de infeção no seu meio laboral, o que pode refletir a maior percepção de importância e prática de algumas das medidas de proteção. Demonstrou-se o seu destaque em medidas de higienização, como lavar e desinfetar as mãos e as superfícies, e não tocar com mãos não lavadas na cara. Esta maior adoção de cuidados no dia-a-dia pode ser justificado pelo facto de alguns profissionais de saúde, como os enfermeiros, serem mais vulneráveis à infeção caso não lavem as mãos com cuidado e frequência.⁴²

Sendo a utilização de máscara um requisito obrigatório no seu local de trabalho, segundo as diretrizes da DGS (2022)⁴⁰, a maior frequência de adoção da máscara cirúrgica por este grupo, foi ao encontro das expectativas. Nesta lógica, é compreensível a grande importância que foi atribuída à medida coletiva da utilização obrigatória de máscara, uma vez que é sugestivo que pode conduzir à proteção de todos nós. Este estudo revelou que os profissionais de saúde apresentaram uma percepção da importância das medidas coletivas significativamente superior à da restante amostra, o que pode ser justificado pelo conhecimento mais abrangente das normas e diretrizes de prevenção e controlo⁴⁰, que esta profissão requer. Ao mesmo tempo que atribuíram uma

maior ênfase à importância de medidas como o arejamento dos espaços e utilização de sistemas AVAC, um outro estudo enfatizou a maior probabilidade de transmissão do vírus, em ambientes fechados e sem ventilação⁴³.

De uma forma geral, espera-se um maior conhecimento sobre a COVID-19, uma vez que o rápido desenvolvimento da doença exigiu que as pessoas não só adquirissem informações sobre a saúde como também as aplicassem, adaptando o seu comportamento a um ritmo acelerado³⁹, particularmente em casos de indivíduos que tenham um contacto próximo com a mesma, como é o caso dos profissionais de saúde^{25,44}. A percepção de ser mais “capaz de se proteger e de evitar a doença”, expressada por esta classe de trabalhadores, provavelmente, surge como fruto deste maior contacto diário com doença, para além de que o uso de máscaras desempenha um papel fundamental na proteção dos profissionais de saúde⁴⁵.

Constatamos a existência de várias relações significativas, ainda que de fraca correlação, entre a idade e algumas medidas de prevenção individual.

Os idosos são pessoas mais vulneráveis à doença⁴⁶, o que é concordante com a percepção pessoal da amostra deste estudo. Assim, presume-se um maior isolamento deste grupo etário e, consecutivamente, uma maior propensão a adotar determinados comportamentos preventivos, incluindo evitar contacto físico e espaços não ventilados com aglomerados, manter o distanciamento social, e evitar encontros sociais. Uma influência semelhante da idade na adoção de medidas foi encontrada em resultados apresentados em estudos de KAP em relação à COVID-19 conduzidos em populações de diferentes nacionalidades^{42,47}. Foi ainda justificada, a menor tendência de adesão dos jovens às medidas preventivas, recorrendo ao “viés otimista”, que indica que os jovens se sintam menos vulneráveis comparativamente às restantes faixas etárias⁴⁷. As pessoas com mais idade tiveram a percepção de terem uma maior probabilidade de serem infetadas, o que pode estar relacionado com o facto de se sentirem mais suscetíveis à infeção. Associadamente, não acreditam ser capazes de evitar o contágio, possivelmente pela falta de confiança revelada nas suas capacidades de proteção. Assim, esta percepção da realidade influenciou a maior adoção de alguns comportamentos, podendo isto ser o resultado da sua preocupação com a suscetibilidade de desenvolver uma doença mais grave com risco de vida⁴⁸. Existe uma diminuição da valorização atribuída à realização de testes de controlo com regularidade, o que pode estar relacionado com a maior relutância a inovações e intervenções nas pessoas com mais idade. O uso de máscara FFP2 é uma medida de proteção individual mais protetora que a máscara cirúrgica, como já foi constatado⁴⁹. Segundo os resultados, a tendência recaiu para que os jovens atribuíssem uma menor importância

à medida de proteção individual relativa às restrições impostas pelo governo, como p. ex. isolar-me caso tenha sintomas, o que assumindo que existe a partilha desta percepção entre as pessoas desta faixa etária, pode de certa forma justificar a maior atribuição de importância à máscara FFP2 também pelos jovens, para que se sentissem mais protegidos.

Limitações

Existem algumas limitações que devem ser tidas em conta na leitura destes resultados e ser consideradas em futuras investigações.

Em primeiro lugar, o facto de ser um estudo com um desenho transversal, em que a análise de dados ocorre num único momento, faz com que a interpretação e inferência de associações causais devam ser interpretadas com precaução.

Em segundo lugar, temos o viés da desajustabilidade social, que surge como consequência da recolha de dados ocorrer exclusivamente através de questionários de autorresposta, onde são autorrelatados comportamentos individuais, que podem diferir do comportamento real, sendo assim interpretados com essa limitação de confiança. A preservação do anonimato das respostas é algo que ajuda a colmatar este viés.

Em terceiro lugar, incluímos o viés da seleção da amostra e de voluntarismo, uma vez que o recurso a questionários divulgados via online por meio das redes sociais limita a participação da população em função da disponibilidade de acesso aos meios digitais e só participa quem estiver mais motivado para falar do tema. Assim, apesar do tamanho da amostra ser aceitável, acaba por não ser de todo representativo. A amostra inclui maioritariamente pessoas com alto nível de educação (77,4% com licenciatura ou mestrado) e residentes em zonas urbanas (76,5%), falhando a inclusão de população mais idosa e com menos recursos tecnológicos, o que pode ter levado a uma sobrestimação dos resultados da percepção e das práticas sobre a COVID-19 da população portuguesa.

Em quarto lugar, a realização deste estudo numa fase avançada relativamente à pandemia, à adoção de medidas de controlo e à convivência com a COVID-19 pode ter sido outro fator a influenciar esta sobrestimação.

Por último, limita o estudo também o facto de se tratar de um questionário desenhado *ad hoc* e, portanto, sem análise específica de sensibilidade e especificidade.

CONCLUSÃO

Este estudo traça um quadro geral positivo da percepção pública da doença e da adesão a medidas de redução de risco de infeção da população portuguesa. Foi possível evidenciar a influência marcante que a percepção parece ter sobre os comportamentos, tendo mostrado uma correlação forte. Isto sugere que a informação disponível e os programas de educação na saúde em Portugal, que foram projetados durante o período pandémico para aumentar o conhecimento e a percepção sobre a COVID-19, foram importantes a encorajar a prática preventiva.

Contudo, grupos como as pessoas com histórico de infeção e com profissão relacionada com a saúde, revelaram ter uma percepção e um comportamento preventivo em relação à doença significativamente superior. Desta forma, a principal recomendação deste estudo é adaptar as campanhas educacionais e a informação passada pelos meios de comunicação, de forma a atingir os grupos populacionais que se apresentem em maior risco de incumprimento das orientações preventivas da doença de COVID-19 e definir estratégias de divulgação de informação que possam ser aplicadas a futuras pandemias.

É importante a realização de novos estudos para uma melhor compreensão do KAP população portuguesa sobre a COVID-19, com o intuito de elaborar programas de consciencialização mais dirigidos. Estes estudos devem ser projetados numa amostra mais inclusiva de subgrupos mais heterogéneos, promovendo a recolha de dados através de questionários, partilhados não só online, como também, por exemplo, em centros de saúde.

Em suma, de forma a reduzir a propagação da doença e a prevenir novos surtos é necessário continuarmos a educar as sociedades a conhecer e a aceitar os comportamentos preventivos, para que seja alcançada a mitigação da doença.

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores Mestre Gil Correia e Professora Doutora Inês Rosendo agradeço não só a competência científica, mas também a acessibilidade e a prontidão que me proporcionaram na orientação desta dissertação.

Uma voz agradecida a toda a minha família, em especial aos meus pais e aos meus amigos, por todo o apoio que me foram dando ao longo dos anos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *The Lancet*. 2020 Feb 22;395(10224):565–74.
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update. 2020 Mar 12 [cited 2022 Nov 27];1–28. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-sixth-update-Outbreak-of-novel-coronavirus-disease-2019-COVID-19.pdf>
3. World Health Organization. WHO Director-General’s opening remarks at the media briefing on COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 27]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
4. Worldometer. Reported Cases and Deaths by Country or Territory [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 28]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/portugal/>
5. Milhinhos A, Costa PM. On the Progression of COVID-19 in Portugal: A Comparative Analysis of Active Cases Using Non-linear Regression. *Front Public Health*. 2020 Sep 11;8:1–6.
6. Edouard Mathieu, Hannah Ritchie, Lucas Rodés-Guirao, Cameron Appel, Charlie Giattino, Joe Hasell, et al. Policy Responses to the Coronavirus Pandemic - Our World in Data [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 26]. Available from: <https://ourworldindata.org/policy-responses-covid#citation>
7. Sousa M, Costa A, Vieira P. Decreto-Lei n.º 23-A/2022 | DRE [Internet]. *Diário da República Eletrónico*. 2022. Available from: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/23-a-2022-179327569>
8. Pizarro M. Governo não renova situação de alerta - XXIII Governo - República Portuguesa [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 6]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=governo-nao-renova-situacao-de-alerta>
9. Talic S, Shah S, Wild H, Gasevic D, Maharaj A, Ademi Z, et al. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021 Nov 18;375.
10. World Health Organization. Health topics- Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 28]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1
11. Zhou P, Yang X lou, Wang XG, Hu B, Zhang L, Zhang W, et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*. 2020 Mar 12;579(7798):270–90.
12. Pustake M, Tambolkar I, Giri P, Gandhi C. SARS, MERS and CoVID-19: An overview and comparison of clinical, laboratory and radiological features. *J Family Med Prim Care*. 2022 Jan 31;11(1):10–7.
13. Alali W, Ricardo Berbert L, Ji Y, Wang wanglinding L, Lingling Zhang ahmueducn, Zhou H, et al. A Review of SARS-CoV2: Compared With SARS-CoV and MERS-CoV. *Front Med (Lausanne)*. 2021 Dec 7;8:1–14.

14. di Gennaro F, Pizzol D, Marotta C, Antunes M, Racalbutto V, Veronese N, et al. Coronavirus Diseases (COVID-19) Current Status and Future Perspectives: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Apr 14;17(8):2690.
15. World Health Organization. Health topics- Coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 29]. Available from: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_3
16. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Your Health- Symptoms of COVID-19 [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 29]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>
17. Fung M, Babik JM, Munger JS, Kaufman DA. Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine E-Book - COVID-19. 7th ed. V.Courtney Broaddus JDETEKJSCLKFSLMSRDSMBG, editor. Vol. 1, Murray & Nadel's Textbook of Respiratory Medicine. Elsevier Health Sciences, 2021; 2021. 620-633e8 p.
18. Tolksdorf K, Buda S, Schuler E, Wieler LH, Haas W. Influenza-associated pneumonia as reference to assess seriousness of coronavirus disease (COVID-19). *Eurosurveillance*. 2020 Mar 3;25(11):1.
19. He F, Deng Y, Li W. Coronavirus disease 2019: What we know? *J Med Virol*. 2020 Jul 28;92(7):719–25.
20. Prado JG, Zolla-Pazner S, Gavioli R, Sultan AA, Triggle CR, Bansal D, et al. A Comprehensive Review of Viral Characteristics, Transmission, Pathophysiology, Immune Response, and Management of SARS-CoV-2 and COVID-19 as a Basis for Controlling the Pandemic. *Frontiers in Immunology* . 2021 Feb 26;12:1–23.
21. Frutos R, Zhang P, Chen T, Jarvis MC. Aerosol Transmission of SARS-CoV-2: Physical Principles and Implications. *Front Public Health*. 2020 Nov 23;8:1–8.
22. Zith S, Babu D, Pandey D, Sheik #ismail. ACTS OF COVID19. *International Journal of Advanced Engineering* . 2020;3(2).
23. World Health Organization. Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief [Internet]. 2020 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Scientific Brief: SARS-CoV-2 Transmission [Internet]. 2021 [cited 2022 Nov 30]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/sars-cov-2-transmission.html>
25. Udoakang AJ, Djomkam Zune AL, Tapela K, Owoicho O, Fagbohun IK, Anyigba CA, et al. Knowledge, attitude and perception of West Africans towards COVID-19: a survey to inform public health intervention. *BMC Public Health*. 2022 Dec 1;22(1).
26. Delikhoon M, Guzman MI, Nabizadeh R, Baghani AN. Modes of Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2) and Factors Influencing on the Airborne Transmission: A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 2;18(2):1–18.
27. Rosero A, Carvajal J, Bolaños E. Perception of risk in the face of covid-19 in colombian schooled adolescents. *Revista Boletín Redipe*. 2021 Mar;10(3):376–92.

28. Perna S, Bahar K, Alalwan TA, Zahid MN, Gasparri C, Peroni G, et al. COVID-19 Knowledge, Attitudes, and Preventive Measures of University Students in Bahrain. *Ann Ig.* 2022;34(4):398–409.
29. Singh PK, Anvikar A, Sinha A. COVID-19 related knowledge, attitudes, and practices in Indian Population: An online national cross-sectional survey. *PLoS One.* 2022 Mar 1;17(3).
30. WHO. Copenhagen(DK). Survey tool and guidance: rapid, simple, flexible behavioural insights on COVID-19: 29 July 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333549/WHO-EURO-2020-696-40431-54222-eng.pdf>
31. Khattak S, Khan M, Usman T, Ali J, Wu DX, Jahangir M, et al. Assessment of General Populations Knowledge, Attitude, and Perceptions Toward the Coronavirus Disease (COVID-19): A Cross-Sectional Study From Pakistan. *Front Med (Lausanne)* [Internet]. 2021 Dec 24;8:1–11. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2021.747819/full>
32. Lani J, Moran M, Glase J, DSouza J. Pearson’s Correlation Coefficient - Statistics Solutions [Internet]. 2023 [cited 2023 Jan 9]. Available from: <https://www.statisticssolutions.com/free-resources/directory-of-statistical-analyses/pearsons-correlation-coefficient/>
33. Vuorinen V, Aarnio M, Alava M, Alopaeus V, Atanasova N, Auvinen M, et al. Modelling aerosol transport and virus exposure with numerical simulations in relation to SARS-CoV-2 transmission by inhalation indoors. *Saf Sci.* 2020 Oct 1;130.
34. Morawska L, Cao J. Airborne transmission of SARS-CoV-2: The world should face the reality. *Environ Int.* 2020 Jun 1;139.
35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Science Brief: SARS-CoV-2 and Surface (Fomite) Transmission for Indoor Community Environments [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 2]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/more/science-and-research/surface-transmission.html>
36. Popp M, Stegemann M, Riemer M, Metzendorf MI, Romero CS, Mikolajewska A, et al. Antibiotics for the treatment of COVID-19. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2021 Oct 22;2022(7).
37. World Health Organization. Advice for the public (COVID) [Internet]. 2022 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public>
38. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). How to protect yourself and others (COVID-19) [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 21]. Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/prevention-and-control/protect-yourself>
39. Iezadi S, Azami-Aghdash S, Ghiasi A, Rezapour A, Pourasghari H, Pashazadeh F, et al. Effectiveness of the non-pharmaceutical public health interventions against COVID-19; a protocol of a systematic review and realist review. *Tu WJ*, editor. *PLoS One.* 2020 Sep 29;15(9):1–16.
40. Direção Geral da Saúde. Orientação n.º 003/2022, COVID-19: Adequação das Medidas de Saúde Pública. Elsevier BV; 2022.

41. Watson OJ, Barnsley G, Toor J, Hogan AB, Winskill P, Ghani AC. Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2022 Sep 1;22(9):1293–302.
42. Singh PK, Anvikar A, Sinha A. COVID-19 related knowledge, attitudes, and practices in Indian Population: An online national cross-sectional survey. *PLoS One*. 2022 Mar 1;17(3).
43. Morawska L, Tang JW, Bahnfleth W, Bluyssen PM, Boerstra A, Buonanno G, et al. How can airborne transmission of COVID-19 indoors be minimised? *Environ Int*. 2020 Sep 1;142:105832.
44. Maurya VK, Upadhyay V, Dubey P, Shukla S, Chaturvedi A. Assessment of front-line healthcare workers' Knowledge, Attitude and Practice after several months of COVID-19 pandemic. *J Healthc Qual Res*. 2022 Jan 1;37(1):20–7.
45. Li Y, Liang M, Gao L, Ayaz Ahmed M, Uy JP, Cheng C, et al. Face masks to prevent transmission of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Am J Infect Control*. 2021 Jul 1;49(7):900–6.
46. World Health Organization. Statement – Older people are at highest risk from COVID-19, but all must act to prevent community spread [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 4]. Available from: <https://www.who.int/europe/news/item/03-04-2020-statement-older-people-are-at-highest-risk-from-covid-19-but-all-must-act-to-prevent-community-spread>
47. Luo YF, Chen LC, Yang SC, Hong S. Knowledge, Attitude, and Practice (KAP) toward COVID-19 Pandemic among the Public in Taiwan: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 27;19(5):2784.
48. Faqih E, Altwirki A, Mijlad W, Alzarie M, Alqumaizi F, Iqbal M, et al. Awareness, knowledge, attitudes, and practices before the second wave of the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022 Jul;26(13):4926–46.
49. República Portuguesa, Autoridade para as condições do trabalho. Atividades principais dos serviços de segurança e saúde no trabalho e sua relevância no âmbito da COVID-19 [Internet]. [cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://covid19.min-saude.pt/perguntas-frequentes/>

ANEXOS

Anexo I. Questionário

Este questionário destina-se à realização de um estudo no âmbito de Tese Académica na Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, sob a orientação do Dr. Gil Correia e coorientação da Dra. Inês Rosendo Carvalho e Silva, sobre a auto-perceção dos modos de transmissão da COVID-19, e a sua influência na infeção e medidas de proteção individual.

O que lhe vai ser perguntado está relacionado com a sua perceção e/ou vivência relativamente à doença COVI-19, fundamentalmente, sobre modos de transmissão, medidas de proteção individual, história pessoal de infeção.

A sua participação é totalmente voluntária, podendo interromper a realização do inquérito a qualquer momento.

O anonimato das suas respostas será garantido. Ninguém saberá quem respondeu nem como respondeu pois não fica identificado(a).

O presente estudo foi avaliado e aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Os dados obtidos são completamente confidenciais e serão utilizados unicamente com o propósito de análise das variáveis deste estudo e apenas durante o tempo estritamente necessário ao mesmo.

O tempo de preenchimento médio estimado é de 8-10min.

Agradecemos a sua participação.

*Obrigatório

Consentimento Informado*

___ Ao preencher o questionário declaro que recebi a informação necessária, que estou esclarecido(a) e que aceito participar voluntariamente no estudo.

1. Dados sociodemográficos

Sexo

___ Masculino

___ Feminino

___ Outro

Idade

Nacionalidade

- Portuguesa
- Outra

Zona de residência

- Zona rural
- Zona urbana

Indique o nível de escolaridade

- Sem escolaridade
- Menor que 4ºano de escolaridade
- 4ºano de escolaridade
- 7ºano de escolaridade
- 9ºano de escolaridade
- 11ºano de escolaridade
- 12ºano de escolaridade
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

É profissional de saúde?

- Sim
- Não

É fumador?

- Sim
- Não

Tem alguma doença crónica?

- Sim (*continuar para a secção seguinte*)
- Não (*ir para a secção 4*)
- Não sei (*continuar para a secção seguinte*)

(Secção 3)

Indique as condições de que é portador (pode seleccionar mais que uma opção).

- Asma

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) | <input type="checkbox"/> Doença hepática crónica |
| <input type="checkbox"/> Apneia do sono | <input type="checkbox"/> Doença Oncológica Maligna |
| <input type="checkbox"/> Outra doença pulmonar crónica | <input type="checkbox"/> Doença Oncológica sob tratamento ativo |
| <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial (HTA) | <input type="checkbox"/> Imunodeprimido ou imunossuprimido |
| <input type="checkbox"/> Outra doença cardiovascular | <input type="checkbox"/> Doença hematológica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Outra |
| <input type="checkbox"/> Doença renal crónica | |

(Secção 4)

2. Experiência pessoal com a COVID-19

Sente que as suas condições laborais condicionaram/condicionam um maior risco de infeção pelo vírus SARS-CoV-2?

- Nunca
- Raramente
- Ocasionalmente
- Frequentemente
- Sempre

Em contexto laboral sentia ser possível cumprir as medidas de proteção individual?

- Sim
- Não

Alguma vez foi diagnosticado com COVID-19?

- Sim *(continuar para a secção seguinte)*
- Não *(ir para a secção 9)*

(Secção 5)

2. Experiência pessoal com a COVID-19

Para responder às perguntas que se seguem, tenha em consideração a sua primeira infeção pelo SARS-CoV-2.

Como descreve a gravidade da sua infeção?

- Assintomática
- Leve

- Moderada
- Grave
- Severa

Foi confirmada por um teste?

- Sim
- Não

Quantas vezes já esteve infetado com SARS-CoV-2?

- 1 vez
- 2 vezes
- 3 vezes
- Mais de 3 vezes

Discrimine, aproximadamente, a data da (primeira) infeção.

Indique qual era o seu contexto vacinal quando foi infetado pelo SARS-Cov-2, pela primeira vez. (veja a tabela seguinte*)

- 1/1
- 2/2
- 2/1
- 3/3
- 4/4
- Ainda não era vacinado(a) contra o vírus SARS-CoV-2

| História de infeção | Esquema vacinal primário | | Dose de reforço e/ou Dose adicional | | Dose subsequente | |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------|
| | Esquema vacinal 1 dose | Esquema vacinal 2 dose | Após esquema vacinal de 1 dose | Após esquema vacinal de 2 doses | Esquema vacinal 1 dose | Esquema vacinal 2 dose |
| Não | 1/1 | 2/2 | 2/1 | 3/3 | 3/1 | 4/4 |
| Infeção antes da 1ª dose | 1/1 | - | 2/1 | - | 3/1 | - |
| Infeção após a 1ª dose | 1/1 | 2/2 | 2/1 | 3/3 | 3/1 | 4/4 |
| Infeção após esquema vacinal completo | 1/1 | 2/2 | 2/1 | 3/3 | 3/1 | 4/4 |

Indique em que situação se encontrava quando ocorreu o seu contágio pelo vírus da Covid-19. (pode selecionar mais que uma opção).

- Enquanto usava máscara FFP2
- Enquanto usava máscara cirúrgica
- Enquanto usava máscara comunitária
- Não estava a usar máscara
- Contacto ao “ar livre”
- Contacto em espaço fechado com ventilação
- Contacto em espaço fechado sem ventilação
- Contacto inferior a 15 minutos
- Contacto superior a 15 minutos
- Distância social inferior a 1 metro
- Com cumprimento do distanciamento social
- Coabitação com a pessoa infetada
- Contexto laboral
- Outro
- Não tive perceção de como ocorreu o meu contágio

Em que contexto de contacto com outras pessoas ocorreu o seu contágio?

- Contacto em meio de transporte
- Contexto familiar no domicílio (para além dos coabitantes)
- Contexto familiar fora do domicílio
- Eventos culturais
- Eventos sociais (almoços, jantares, festividades, etc.)
- Atividades diárias (compras, transportes públicos, etc.)
- Contexto laboral – durante atividade profissional
- Contexto laboral – outros períodos
- Outro
- Não tive perceção de como ocorreu o meu contágio

Secção 6)

3 Probabilidade e gravidade da doença

Qual considera ser a sua probabilidade de ser infetado com a COVID-19.

(1-extremamente improvável e 5-extremamente provável)

1 2 3 4 5

Quão suscetível considera ser de ficar infetado com a COVID-19.

(1-nada suscetível e 5-extremamente suscetível)

1 2 3 4 5

Qual a gravidade de doença que esperaria ficar, caso fosse infetado pela COVID-19.

(1-nada grave e 5-extremamente grave)

1 2 3 4 5

(Secção 7)

4. Capacitação para a proteção contra a COVID-19.

Considero que me sei proteger da COVID-19.

(1-Muito dificilmente e 5-Muito facilmente)

1 2 3 4 5

Considero que, na situação atual, consigo evitar a infeção por SARS-CoV2.

(1-Muito dificilmente e 5-Muito facilmente)

1 2 3 4 5

(Secção 8)

5. Perceção e prevenção

Para responder às perguntas que se seguem, tenha em consideração a sua primeira infeção pelo SARS-CoV-2.

Indique quais considera serem modos de transmissão da COVID-19.

- Via aérea – via inalação de aerossóis (distância >1m da pessoa infetada)
- Via aérea – via gotículas respiratórias (tosse, espirro, fala) (distância < a 1m da pessoa infetada)
- Através de fómites – toque em superfícies ou objetos que contêm o vírus SARS-CoV-2
- Através de fluidos respiratórios – toque com mãos não lavadas, nas mucosas (olhos, nariz, boca)
- Através de fluidos respiratórios – através da água
- Partilha de alimentos ou bebida com uma pessoa infetada
- Através de agulhas e/ou objetos cortantes
- Através do contacto com animais
- Não tenho perceção de quais são os modos de transmissão

Indique as medidas de proteção individual que adotava

| Nunca | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre |
|--------------|------------------|-----------------|---------------------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Itens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|----------|----------|----------|----------|----------|
| Lavava as mãos com água e sabão (por pelo menos 20min seguidos) | | | | | |
| Evitava tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara | | | | | |
| Desinfetava as mãos quando água e sabão estavam indisponíveis | | | | | |
| Desinfetava superfícies | | | | | |
| Evitava contacto físico (p. ex. aperto de mão) | | | | | |
| Assegurava distanciamento social (mais de 1m) | | | | | |
| Usava máscara FFP2 em público | | | | | |
| Usava máscara cirúrgica em público | | | | | |
| Usava máscara comunitária em público | | | | | |
| Realizava testes de controlo regularmente | | | | | |
| Evitava encontros sociais aos quais gostaria de ir | | | | | |
| Evitava espaços não ventilados com aglomerados (mais de 10 pessoas) | | | | | |
| Tomava antibióticos para prevenir ou tratar a COVID-19 | | | | | |
| Cumpria as restrições impostas pelo governo (p. ex. isolava-me quando tinha sintomas) | | | | | |
| No decurso da minha atividade profissional estive exposto a mais riscos | | | | | |

Indique a importância que atribuía a cada uma das medidas de prevenção individual, anteriormente mencionadas.

| Nada importante | Pouco importante | Moderadamente importante | Muito importante | Extremamente importante |
|-----------------|------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Itens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Lavar as mãos com água e sabão (por pelo menos 20min seguidos) | | | | | |
| Evitar tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara | | | | | |
| Desinfetar as mãos quando água e sabão estavam indisponíveis | | | | | |
| Desinfetar superfícies | | | | | |
| Evitar contacto físico (p. ex. aperto de mão) | | | | | |
| Assegurar distanciamento social (mais de 1m) | | | | | |
| Usar máscara FFP2 em público | | | | | |
| Usar máscara cirúrgica em público | | | | | |
| Usar máscara comunitária em público | | | | | |
| Realizar testes de controlo regularmente | | | | | |
| Evitar encontros sociais aos quais gostaria de ir | | | | | |
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados (mais de 10 pessoas) | | | | | |
| Tomar antibióticos para prevenir ou tratar a COVID-19 | | | | | |
| Cumprir as restrições impostas pelo governo (p. ex. isolava-me quando tinha sintomas) | | | | | |
| Conseguir assegurar as medidas de segurança no decurso da minha atividade profissional | | | | | |

Indique a importância que atribua à prevenção coletiva.

| Nada importante | Pouco importante | Moderadamente importante | Muito importante | Extremamente importante |
|-----------------|------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Itens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------|---|---|---|---|---|
| Confinamento geral | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Obrigatoriedade de distanciamento social | | | | | |
| Redução de lotação de espaços públicos | | | | | |
| Utilização obrigatória de máscara | | | | | |
| Arejamento dos espaços (p. ex. janelas) | | | | | |
| Utilização de sistemas de ventilação (sistemas AVAC) | | | | | |

FIM DO QUESTIONÁRIO PARA POPULAÇÃO INFETADA

(Secção 9)

2. Experiência pessoal com a COVID-19

Se **NUNCA** esteve infetado com COVID-19, responda às seguintes questões.

Indique qual o seu contexto vacinal atual (veja a tabela seguinte*)

- 1/1
- 2/2
- 2/1
- 3/3
- 4/4
- Não estou vacinado(a) contra o vírus SARS-CoV-2

| História de infecção | Esquema vacinal primário | | Dose de reforço e/ou Dose adicional | | Dose subsequente | |
|---------------------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------|------------------------|
| | Esquema vacinal 1 dose | Esquema vacinal 2 dose | Após esquema vacinal de 1 dose | Após esquema vacinal de 2 doses | Esquema vacinal 1 dose | Esquema vacinal 2 dose |
| Não | 1/1 | 2/2 | 2/1 | 3/3 | 3/1 | 4/4 |
| Infeção antes da 1ª dose | 1/1 | - | 2/1 | - | 3/1 | - |
| Infeção após a 1ª dose | 1/1 | 2/2 | 2/1 | 3/3 | 3/1 | 4/4 |
| Infeção após esquema vacinal completo | 1/1 | 2/2 | 2/1 | 3/3 | 3/1 | 4/4 |

Indique qual é a sua percepção da gravidade clínica da COVID-19.

- Assintomática
- Leve

- Moderada
- Grave
- Muito grave

(Secção 10)

3. Probabilidade e gravidade da doença

Qual considera ser a sua probabilidade de ser infetado com a COVID-19.

(1-Extremamente improvável e 5-Extremamente provável)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Quão suscetível considera ser de ficar infetado com a COVID-19.

(1-nada suscetível e 5-extremamente suscetível)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Qual a gravidade de doença com que esperaria ficar, caso fosse infetado pela COVID-19.

(1-nada grave e 5-extremamente grave)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

(Secção 11)

4. Capacitação para a proteção contra a COVID-19

Considero que me sei proteger da COVID-19.

(1-Muito dificilmente e 5-Muito facilmente)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

Considero que, na situação atual, consigo evitar a infeção por SARS-CoV2.

(1-Muito dificilmente e 5-Muito facilmente)

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5

(Secção 12)

4. Perceção e prevenção

Indique quais considera serem modos de transmissão da COVID-19.

- Via aérea – via inalação de aerossóis (distância >1m da pessoa infetada)
- Via aérea – via gotículas respiratórias (tosse, espirro, fala) (distância < a 1m da pessoa infetada)
- Através de fómite – toque em superfícies ou objetos que contêm o vírus SARS-CoV-2
- Através de fluidos respiratórios – toque com mãos não lavadas, nas mucosas (olhos, nariz, boca)
- Através de fluidos respiratórios – através da água
- Partilha de alimentos ou bebida com uma pessoa infetada
- Através de agulhas e/ou objetos cortantes
- Através do contacto com animais
- Não tenho perceção de quais são os modos de transmissão

Indique as medidas de proteção individual que adota.

| Nunca | Raramente | Às vezes | Muitas vezes | Sempre |
|-------|-----------|----------|--------------|--------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Itens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Lavo as mãos com água e sabão (por pelo menos 20min seguidos) | | | | | |
| Evito tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara | | | | | |
| Desinfeto as mãos quando água e sabão estavam indisponíveis | | | | | |
| Desinfeto superfícies | | | | | |
| Evito contacto físico (p. ex. aperto de mão) | | | | | |
| Asseguro distanciamento social (mais de 1m) | | | | | |
| Uso máscara FFP2 em público | | | | | |
| Uso máscara cirúrgica em público | | | | | |
| Uso máscara comunitária em público | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Realizo testes de controlo regularmente | | | | | |
| Evito encontros sociais aos quais gostaria de ir | | | | | |
| Evito espaços não ventilados com aglomerados (mais de 10 pessoas) | | | | | |
| Tomo antibióticos para prevenir ou tratar a COVID-19 | | | | | |
| Cumpro as restrições impostas pelo governo (p. ex. isolava-me quando tinha sintomas) | | | | | |
| No decurso da minha atividade profissional estou exposto a mais riscos | | | | | |

Indique a importância que atribui a cada uma das medidas de prevenção individual, anteriormente mencionadas.

| Nada importante | Pouco importante | Moderadamente importante | Muito importante | Extremamente importante |
|-----------------|------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Itens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Lavar as mãos com água e sabão (por pelo menos 20min seguidos) | | | | | |
| Evitar tocar com as mãos não lavadas/desinfetadas na cara | | | | | |
| Desinfetar as mãos quando água e sabão estavam indisponíveis | | | | | |
| Desinfetar superfícies | | | | | |
| Evitar contacto físico (p. ex. aperto de mão) | | | | | |
| Assegurar distanciamento social (mais de 1m) | | | | | |
| Usar máscara FFP2 em público | | | | | |
| Usar máscara cirúrgica em público | | | | | |
| Usar máscara comunitária em público | | | | | |
| Realizar testes de controlo regularmente | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| Evitar encontros sociais aos quais gostaria de ir | | | | | |
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados (mais de 10 pessoas) | | | | | |
| Tomar antibióticos para prevenir ou tratar a COVID-19 | | | | | |
| Cumprir as restrições impostas pelo governo (p. ex. isolava-me quando tinha sintomas) | | | | | |
| Conseguir assegurar as medidas de segurança no decurso da minha atividade profissional | | | | | |

Indique a importância que atribua à prevenção coletiva.

| Nada importante | Pouco importante | Moderadamente importante | Muito importante | Extremamente importante |
|-----------------|------------------|--------------------------|------------------|-------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Itens | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Confinamento geral | | | | | |
| Obrigatoriedade de distanciamento social | | | | | |
| Redução de lotação de espaços públicos | | | | | |
| Utilização obrigatória de máscara | | | | | |
| Arejamento dos espaços (p. ex. janelas) | | | | | |
| Utilização de sistemas de ventilação (sistemas AVAC) | | | | | |

(Secção 13)

Agradecemos a sua participação!

Anexo II. Parecer favorável pela Comissão de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Envio parecer CE_Proc. CE-090/2022_Ana
Maria Baía Caixa de entrada x



Comissão Ética - FMUC <comissaoetica@fmed.uc.p... quinta, 6/10/2022, 11:04
para mim, gil.correia, inesrcs ▾



Exma. Senhora
Dra. Ana Maria Mendes Baía,

Cumpre-nos informar que o projeto de investigação apresentado por V. Exa. com o título ***“Perceção pública sobre o modo de transmissão da COVID-19”***, foi analisado na reunião da Comissão de Ética da FMUC de 22 de setembro, tendo merecido o parecer que a seguir se transcreve:

“Correções recebidas e aceites. A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, pelo que emite parecer favorável à sua realização”.

Cordiais cumprimentos.

Helena Craveiro

Universidade de Coimbra • Faculdade de Medicina • STAG – Secretariado Executivo
Pólo das Ciências da Saúde • Unidade Central Azinhaga de Santa Comba, Celas
3000-354 COIMBRA • PORTUGAL

Tel.: +351 239 857 708 (Ext. 542708) | Fax: +351 239 823 236

E-mail: comissaoetica@fmed.uc.pt | www.fmed.uc.pt

Anexo III. Detalhes do momento do contágio que resultou na primeira infecção por SARS-CoV-2, nas pessoas com história de infecção (uma pessoa pode assinalar mais que um contexto)

| Situação no momento do contágio | | Frequência (%) |
|---------------------------------|--|----------------|
| Uso de máscara | A usar FFP2 | 14 (5,9) |
| | A usar máscara cirúrgica | 28 (11,9) |
| | A usar máscara comunitária | 2 (0,9) |
| | Sem máscara | 72 (30,6) |
| Local | Ao “ar livre” | 12 (5,1) |
| | Espaço fechado sem ventilação | 39 (16,5) |
| | Espaço fechado com ventilação | 34 (14,5) |
| Período de tempo | Superior a 15 minutos | 56 (23,8) |
| | Inferior a 15 minutos | 11 (4,7) |
| Distanciamento | Distância inferior a 1 metro | 51 (21,7) |
| | Distanciamento social apropriado | 10 (4,3) |
| Contexto | Laboral | 20 (8,9) |
| | Domicílio (co-habitação com infetados) | 74 (31,5) |
| Outro | – | 2 (0,4) |
| Sem percepção | – | 64 (27,2) |

Anexo IV. Contexto do contágio em relação ao contacto com outras pessoas (cada pessoa apenas pode assinalar 1 opção).

| Contexto de contacto interpessoal | Frequência (%) |
|--|-----------------------|
| Contacto em meio de transporte | 4 (1,7) |
| Contexto familiar no domicílio (para além dos coabitantes) | 72 (32,7) |
| Contexto familiar fora do domicílio | 12 (5,1) |
| Eventos culturais | 6 (2,6) |
| Eventos sociais (almoços, jantares, festividades, etc.) | 41 (17,4) |
| Atividades diárias (compras, transportes públicos, etc.) | 4 (1,7) |
| Contexto laboral - durante atividade profissional | 24 (10,2) |
| Contexto laboral - outros períodos | 5 (2,1) |
| Outro | 9 (3,8) |
| Sem perceção do contágio | 58 (24,6) |

Anexo V. Adesão às medidas de proteção individual contra a COVID-19 pela amostra da população portuguesa.

| | (1) Nunca n (%) | (2) Raramente n (%) | (3) Às vezes n (%) | (4) Muitas vezes n (%) | (5) Sempre n (%) | Média (DP) |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------------|---------------------------|---------------------|------------------|
| Lavar as mãos com água e sabão | 5 (1,5) | 22 (6,8) | 51 (15,8) | 148 (45,8) | 97 (30,0) | 3,96 (±0,933) |
| Evitar tocar com as mãos na cara | 7 (2,2) | 27 (8,4) | 76 (23,5) | 127 (39,3) | 86 (26,6) | 3,80 (±0,997) |
| Desinfetar as mãos | 6 (1,9) | 26 (8,0) | 54 (16,7) | 122 (37,8) | 115 (35,6) | 3,97 (±1,007) |
| Desinfetar superfícies | 25 (7,7) | 66 (20,4) | 92 (28,5) | 98 (30,3) | 42 (13,0) | 3,20 (±1,140) |
| Evitar contacto físico | 21 (6,5) | 51 (15,8) | 74 (22,9) | 87 (26,9) | 90 (27,9) | 3,54 (±1,231) |
| Assegurar o distanciamento social | 16 (5,0) | 46 (14,2) | 106 (32,8) | 95 (29,4) | 60 (18,6) | 3,42 (±1,096) |
| Usar máscara FFP2 em público | 66 (20,4) | 70 (21,7) | 58 (18,0) | 67 (20,7) | 62 (19,2) | 2,97 (±1,419) |
| Usar máscara cirúrgica em público | 46 (14,2) | 43 (13,3) | 54 (16,7) | 95 (29,4) | 84 (26,0) | 3,40 (±1,375) |
| Usar máscara comunitária em público | 142 (44,0) | 52 (16,1) | 44 (13,6) | 56 (17,3) | 29 (9,0) | 2,31 (±1,409) |
| Realizar testes de controlo regularmente | 86 (26,6) | 92 (28,5) | 82 (25,4) | 49 (15,2) | 14 (4,3) | 2,42 (±1,159) |
| Evitar encontros sociais | 45 (13,9) | 75 (23,2) | 79 (24,5) | 86 (26,6) | 38 (11,8) | 2,99 (±1,237) |

| | | | | | | |
|--|-------------------|-----------|-----------|------------------|-------------------|------------------|
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados | 38 (11,8) | 49 (15,2) | 91 (28,2) | 97 (30,0) | 48 (14,9) | 3,21 (±1,215) |
| Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 298 (92,3) | 10 (3,1) | 4 (1,2) | 9 (2,8) | 2 (0,6) | 1,16 (±0,636) |
| Cumprir as restrições impostas pelo governo | 16 (5,0) | 21 (6,5) | 31 (9,6) | 73 (22,6) | 182 (56,3) | 4,19 (±1,155) |

Anexo VI. Importância atribuída às medidas de proteção contra COVID-19 pela amostra da população portuguesa.

| | | Nada importante | Pouco importante | Moderadamente importante | Muito importante | Extremamente importante | Média (DP) |
|--|--------------|------------------------|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|--------------------------------|-------------------|
| | | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | |
| Lavar as mãos com água e sabão | n (%) | 5 (1,5) | 9 (2,8) | 39 (12,1) | 81 (25,1) | 189 (58,5) | 4,36(±0,910) |
| Evitar tocar com as mãos na cara | n (%) | 8 (2,5) | 14 (4,3) | 48 (14,9) | 89 (27,6) | 164 (50,8) | 4,20(±1,008) |
| Desinfetar as mãos | n (%) | 9 (2,8) | 10 (3,1) | 38 (11,8) | 93 (28,8) | 173 (53,6) | 4,27(±0,978) |
| Desinfetar superfícies | n (%) | 17 (5,3) | 39 (12,1) | 78 (24,1) | 105 (32,5) | 84 (26,0) | 3,62(±1,148) |
| Evitar contacto físico | n (%) | 14 (4,3) | 26 (8,0) | 68 (21,1) | 112 (34,7) | 103 (31,9) | 3,82(±1,101) |
| Assegurar o distanciamento social | n (%) | 6 (1,9) | 16 (5,0) | 55 (17,0) | 126 (39,0) | 120 (37,2) | 4,05(±0,953) |
| Usar máscara FFP2 em público | n (%) | 24 (7,4) | 31 (9,6) | 73 (22,6) | 82 (25,4) | 113 (35,0) | 3,71(±1,244) |
| Usar máscara cirúrgica em público | n (%) | 17 (5,3) | 19 (5,9) | 50 (15,5) | 108 (33,4) | 129 (39,9) | 3,97(±1,125) |
| Usar máscara comunitária em público | n (%) | 72 (22,3) | 44 (13,6) | 68 (21,1) | 78 (24,1) | 61 (18,9) | 3,04(±1,425) |
| Realizar testes de controlo regularmente | n (%) | 48 (14,9) | 59 (18,3) | 110 (34,1) | 69 (21,4) | 37 (11,5) | 2,96(±1,205) |

| | | | | | | | | |
|------------------------------|--|-------|-------------------|-----------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------|
| | Evitar encontros sociais | n (%) | 16 (5,0) | 47 (14,6) | 102 (31,6) | 85 (26,3) | 73 (22,6) | 3,47(±1,137) |
| | Evitar espaços não ventilados com aglomerados | n (%) | 10 (3,1) | 27 (8,4) | 74 (22,9) | 103 (31,9) | 109 (33,7) | 3,85(±1,077) |
| | Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | n (%) | 256 (79,3) | 18 (5,6) | 22 (6,8) | 16 (5,0) | 11 (3,4) | 1,48(±1,046) |
| | Cumprir as restrições impostas pelo governo | n (%) | 10 (3,1) | 20 (6,2) | 39 (12,1) | 80 (24,8) | 174 (53,9) | 4,20(±1,072) |
| Medidas de proteção coletiva | Confinamento geral | n (%) | 19 (5,9) | 26 (8,0) | 76 (23,6) | 109 (33,7) | 92 (28,5) | 3,71(±1,139) |
| | Obrigatoriedade de distanciamento social | n (%) | 9 (2,8) | 16 (5,0) | 71 (22,0) | 132 (40,9) | 94 (29,1) | 3,89(±0,976) |
| | Redução de lotação dos espaços públicos | n (%) | 8 (2,5) | 10 (3,1) | 63 (19,5) | 137 (42,4) | 104 (32,2) | 3,99(±0,932) |
| | Utilização obrigatória de máscara | n (%) | 7 (2,2) | 6 (1,9) | 41 (12,7) | 98 (30,3) | 170 (52,6) | 4,30(±0,916) |
| | Arejamento dos espaços | n (%) | 6 (1,9) | 5 (1,5) | 31 (9,6) | 112 (34,7) | 168 (52,0) | 4,34(±0,858) |
| | Utilização de sistemas de ventilação | n (%) | 16 (5,0) | 18 (5,6) | 62 (19,2) | 119 (36,8) | 107 (33,1) | 3,88(±1,088) |

Anexo VII. Comparação da percepção de importância e práticas adotadas sobre a COVID-19 nas pessoas com vs sem história de infeção.

| | Foi diagnosticado com COVID-19? | | p |
|--|---------------------------------|---------------|------------------|
| | Média (DP) | | |
| | Sim | Não | |
| Lavar as mãos com água e sabão | 4,04 (± 0,884) | 3,75 (±1,031) | 0,22 |
| Importância atribuída a lavar as mãos com água e sabão | 4,42 (±0,870) | 4,20 (±0,996) | 0,74 |
| Evitar tocar com as mãos na cara | 3,82 (± 0,979) | 3,74 (±1,045) | 0,508 |
| Importância atribuída a evitar tocar com as mãos na cara | 4,23 (±0,979) | 4,10 (±1,083) | 0,296 |
| Desinfetar as mãos | 4,17 (±0,849) | 3,45 (±1,203) | <0,001 |
| Importância atribuída a desinfetar as mãos | 4,40 (±0,868) | 3,93 (±1,163) | 0,001 |
| Desinfetar as superfícies | 3,33 (±1,106) | 2,86 (±1,166) | 0,001 |
| Importância atribuída a desinfetar as superfícies | 3,66 (±1,119) | 3,51 (±1,222) | 0,302 |
| Evitar contacto físico | 3,82 (±1,112) | 2,80 (±1,233) | <0,001 |
| Importância atribuída a evitar contacto físico | 3,97 (±1,061) | 3,42 (±1,111) | <0,001 |
| Assegurar distanciamento social | 3,67 (±0,969) | 2,76 (±1,145) | <0,001 |

| | | | |
|--|---------------|---------------|------------------|
| Importância atribuída a assegurar o distanciamento social | 4,17 (±0,886) | 3,70 (±1,041) | <0,001 |
| Usar mascara FFP2 em público | 3,23 (±1,361) | 2,26 (±1,335) | <0,001 |
| Importância atribuída a usar máscara FFP2 em público | 3,84 (±1,186) | 3,35 (±1,331) | 0,002 |
| Usar máscara cirúrgica em público | 3,81 (±1,158) | 2,31 (±1,316) | <0,001 |
| Importância atribuída a máscara cirúrgica em público | 4,11 (±1,044) | 3,59 (±1,247) | 0,001 |
| Usar máscara comunitária em público | 2,45 (±1,435) | 1,95 (±1,277) | 0,003 |
| Importância atribuída a usar máscara comunitária em pública | 3,06 (±1,439) | 2,99 (±1,394) | 0,709 |
| Realizar testes de controlo regularmente | 2,61 (±1,124) | 1,91 (±1,100) | <0,001 |
| Importância atribuída a realizar testes de controlo regularmente | 3,00 (±1,186) | 2,88 (±1,258) | 0,424 |
| Evitar encontros sociais | 3,29 (±1,122) | 2,18 (±1,170) | <0,001 |
| Importância atribuída a evitar encontros sociais | 3,60 (±1,114) | 3,13 (±1,133) | 0,001 |
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,50 (±1,068) | 2,43 (±1,248) | <0,001 |
| Importância atribuída a evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,95 (±1,047) | 3,57 (±1,112) | 0,004 |
| Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 1,17 (±0,653) | 1,14 (±0,591) | 0,632 |
| Importância atribuída a tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 1,48 (±1,075) | 1,48 (±0,971) | 0,996 |

| | | | | |
|-------------------------------------|--|----------------------|----------------------|------------------|
| | Cumprir restrições impostas pelo governo | 4,37 ($\pm 0,941$) | 3,69 ($\pm 1,488$) | <0,001 |
| | Importância atribuída a cumprir restrições impostas pelo governo | 4,33 ($\pm 0,969$) | 3,86 ($\pm 1,252$) | 0,002 |
| <i>Medidas de proteção coletiva</i> | Importância atribuída a obrigatoriedade de distanciamento social | 3,96 ($\pm 0,942$) | 3,70 ($\pm 1,047$) | 0,470 |
| | Importância atribuída a redução de lotação dos espaços públicos | 4,05 ($\pm 0,902$) | 3,84 ($\pm 0,990$) | 0,760 |
| | Importância atribuída a utilização obrigatória de máscara | 4,37 ($\pm 0,865$) | 4,09 ($\pm 1,019$) | 0,014 |
| | Importância atribuída ao arejamento dos espaços | 4,39 ($\pm 0,790$) | 4,20 ($\pm 1,010$) | 0,068 |
| | Importância atribuída a utilização de sistemas de ventilação | 3,92 ($\pm 1,041$) | 3,77 ($\pm 1,208$) | 0,276 |

Anexo VIII. Comparação da percepção de importância e práticas adotadas sobre a COVID-19 nas pessoas com vs sem doença crónica.

| | Tem alguma doença crónica? | | <i>p</i> |
|--|----------------------------|---------------|--------------|
| | Média (DP) | | |
| | Sim | Não | |
| Lavar as mãos com água e sabão | 4,00 (±0,907) | 3,96 (±0,938) | 0,747 |
| Importância atribuída a lavar as mãos com água e sabão | 4,46 (±0,884) | 4,34 (±0,922) | 0,322 |
| Evitar tocar com as mãos na cara | 3,93 (±0,960) | 3,77 (±1,010) | 0,238 |
| Importância atribuída a evitar tocar com as mãos na cara | 4,30 (±0,896) | 4,17 (±1,044) | 0,339 |
| Desinfetar as mãos | 3,99 (±1,007) | 3,97 (±1,022) | 0,895 |
| Importância atribuída a desinfetar as mãos | 4,30 (±0,896) | 4,26 (±1,016) | 0,733 |
| Desinfetar as superfícies | 2,23 (±1,214) | 3,20 (±1,121) | 0,842 |
| Importância atribuída a desinfetar as superfícies | 3,78 (±1,027) | 3,57 (±1,176) | 0,136 |
| Evitar contacto físico | 3,71 (±1,202) | 3,48 (±1,232) | 0,169 |
| Importância atribuída a evitar contacto físico | 4,01 (±0,899) | 3,75 (±1,141) | 0,042 |

| | | | |
|---|----------------------|----------------------|--------------|
| Assegurar distanciamento social | 3,52 ($\pm 1,133$) | 3,39 ($\pm 1,084$) | 0,361 |
| Importância atribuída a assegurar o distanciamento social | 4,23 ($\pm 0,731$) | 3,98 ($\pm 1,022$) | 0,022 |
| Usar máscara FFP2 em público | 2,78 ($\pm 1,360$) | 2,99 ($\pm 1,436$) | 0,290 |
| Importância atribuída a usar máscara FFP2 em público | 3,67 ($\pm 1,120$) | 3,69 ($\pm 1,286$) | 0,879 |
| Usar máscara cirúrgica em público | 3,70 ($\pm 1,310$) | 3,33 ($\pm 1,387$) | 0,048 |
| Importância atribuída a máscara cirúrgica em público | 4,17 ($\pm 0,839$) | 3,89 ($\pm 1,195$) | 0,028 |
| Usar máscara comunitária em público | 2,49 ($\pm 1,481$) | 2,25 ($\pm 1,381$) | 0,198 |
| Importância atribuída a usar máscara comunitária em pública | 3,09 ($\pm 1,380$) | 2,99 ($\pm 1,440$) | 0,625 |
| Realizar testes de controlo regularmente | 2,59 ($\pm 1,204$) | 2,34 ($\pm 1,135$) | 0,106 |
| Importância atribuída a realizar testes de controlo regularmente | 2,97 ($\pm 1,071$) | 2,91 ($\pm 1,230$) | 0,803 |
| Evitar encontros sociais | 3,01 ($\pm 1,219$) | 2,96 ($\pm 1,235$) | 0,760 |
| Importância atribuída a evitar encontros sociais | 3,62 ($\pm 1,059$) | 3,39 ($\pm 1,151$) | 0,124 |
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,36 ($\pm 1,163$) | 3,16 ($\pm 1,235$) | 0,224 |
| Importância atribuída a evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,90 ($\pm 1,073$) | 3,80 ($\pm 1,083$) | 0,501 |
| Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 1,23 ($\pm 0,807$) | 1,14 ($\pm 0,569$) | 0,354 |

| | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|-------|
| Importância atribuída a tomar antibióticos para prevenir/tratar a COVID-19 | | 1,52 ($\pm 1,093$) | 1,43 ($\pm 1,002$) | 0,532 |
| Cumprir restrições impostas pelo governo | | 4,16 ($\pm 1,256$) | 4,19 ($\pm 1,126$) | 0,833 |
| Importância atribuída a cumprir restrições impostas pelo governo | | 4,14 ($\pm 1,019$) | 4,20 ($\pm 1,101$) | 0,726 |
| Medidas de proteção coletiva | Importância atribuída a confinamento geral | 3,60 ($\pm 1,122$) | 3,71 ($\pm 1,148$) | 0,499 |
| | Importância atribuída a obrigatoriedade de distanciamento social | 3,93 ($\pm 0,951$) | 3,85 ($\pm 0,987$) | 0,582 |
| | Importância atribuída a redução de lotação dos espaços públicos | 4,06 ($\pm 0,879$) | 3,95 ($\pm 0,948$) | 0,382 |
| | Importância atribuída a utilização obrigatória de máscara | 4,37 ($\pm 0,879$) | 4,27 ($\pm 0,933$) | 0,424 |
| | Importância atribuída ao arejamento dos espaços | 4,34 ($\pm 0,745$) | 4,32 ($\pm 0,982$) | 0,903 |
| | Importância atribuída a utilização de sistemas de ventilação | 3,88 ($\pm 1,086$) | 3,87 ($\pm 1,088$) | 0,928 |

Anexo IX. Comparação percepção de importância e práticas adotadas sobre a COVID-19 nos profissionais de saúde vs não profissionais de saúde.

| | É profissional de saúde? | | p |
|---|--------------------------|---------------|------------------|
| | Média (DP) | | |
| | Sim | Não | |
| Lavar as mãos com água e sabão | 4,16 (±0,863) | 3,84 (±0,955) | 0,003 |
| Importância atribuída a lavar as mãos com água e sabão | 4,58 (±0,765) | 4,24 (±0,964) | <0,001 |
| Evitar tocar com as mãos na cara | 4,10 (±0,915) | 3,62 (±1,002) | <0,001 |
| Importância atribuída a evitar tocar com as mãos na cara | 4,42 (±0,847) | 4,07 (±1,048) | 0,002 |
| Desinfetar as mãos | 4,22 (±0,865) | 3,83 (±1,057) | 0,001 |
| Importância atribuída a desinfetar as mãos | 4,50 (±0,812) | 4,14 (±1,041) | <0,001 |
| Desinfetar as superfícies | 3,55 (±1,063) | 3,00 (±1,136) | <0,001 |
| Importância atribuída a desinfetar as superfícies | 3,93 (±1,110) | 3,44 (±1,132) | <0,001 |
| Evitar contacto físico | 3,64 (±1,162) | 3,48 (±1,269) | 0,266 |
| Importância atribuída a evitar contacto físico | 3,83 (±1,107) | 3,81 (±1,100) | 0,856 |
| Assegurar distanciamento social | 3,69 (±1,048) | 3,27 (±1,097) | 0,001 |
| Importância atribuída a assegurar o distanciamento social | 4,19 (±0,876) | 3,96 (±0,987) | 0,034 |

| | | | |
|--|---------------|---------------|--------------|
| Usar mascara FFP2 em público | 3,13 (±1,414) | 2,87 (±1,417) | 0,103 |
| Importância atribuída a usar máscara FFP2 em público | 3,82 (±1,269) | 3,65 (±1,229) | 0,242 |
| Usar máscara cirúrgica em público | 3,63 (±1,227) | 3,26 (±1,441) | 0,015 |
| Importância atribuída a máscara cirúrgica em público | 4,14 (±1,019) | 3,87 (±1,173) | 0,034 |
| Usar máscara comunitária em público | 2,28 (±1,402) | 2,33 (±1,417) | 0,731 |
| Importância atribuída a usar máscara comunitária em pública | 3,03 (±1,441) | 3,04 (±1,419) | 0,909 |
| Realizar testes de controlo regularmente | 2,47 (±1,254) | 2,39 (±1,102) | 0,558 |
| Importância atribuída a realizar testes de controlo regularmente | 2,95 (±1,261) | 2,97 (±1,174) | 0,880 |
| Evitar encontros sociais | 3,13 (±1,242) | 2,91 (±1,230) | 0,111 |
| Importância atribuída a evitar encontros sociais | 3,51 (±1,149) | 3,45 (±1,133) | 0,613 |
| Evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,39 (±1,165) | 3,11 (±1,235) | 0,047 |
| Importância atribuída a evitar espaços não ventilados com aglomerados | 3,92 (±1,018) | 3,80 (±1,110) | 0,333 |
| Tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 1,17 (±0,680) | 1,16 (0,611) | 0,932 |
| Importância atribuída a tomar antibióticos para prevenir/tratar a covid-19 | 1,49 (±1,156) | 1,47 (±0,980) | 0,890 |
| Cumprir restrições impostas pelo governo | 4,28 (±1,096) | 4,14 (±1,187) | 0,294 |

| | | | | |
|--|--|----------------------|----------------------|------------------|
| Importância atribuída a cumprir restrições impostas pelo governo | | 4,44 ($\pm 0,880$) | 4,06 ($\pm 1,149$) | 0,001 |
| Medidas de proteção coletiva | Importância atribuída a confinamento geral | 3,80 ($\pm 0,988$) | 3,66 ($\pm 1,218$) | 0,268 |
| | Importância atribuída a obrigatoriedade de distanciamento social | 4,03 ($\pm 0,843$) | 3,80 ($\pm 1,039$) | 0,031 |
| | Importância atribuída a redução de lotação dos espaços públicos | 4,14 ($\pm 0,784$) | 3,90 ($\pm 1,000$) | 0,025 |
| | Importância atribuída a utilização obrigatória de máscara | 4,42 ($\pm 0,753$) | 4,23 ($\pm 0,994$) | 0,067 |
| | Importância atribuída ao arejamento dos espaços | 4,53 ($\pm 0,649$) | 4,23 ($\pm 0,944$) | 0,001 |
| | Importância atribuída a utilização de sistemas de ventilação | 4,18 ($\pm 0,445$) | 3,70 ($\pm 1,131$) | <0,001 |