

2021

# Relatório

## Vacinação para a COVID-19: intenção e seus preditores

Estudo na população portuguesa,  
em diferentes etapas do ciclo de vida



# Ficha técnica

## Autores

Cristina Albuquerque Godinho  
 Rita Francisco  
 Rui Gaspar  
 Miguel Telo de Arriaga  
 Andreia Silva da Costa  
 Diana Costa  
 João António  
 Ana Carvalho  
 Válder Fonseca  
 Benvinda dos Santos  
 Graça Freitas

**Este estudo foi cofinanciado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional FEDER através do Programa Interreg V-A Espanha-Portugal (POCTEP) 2014-2020.**

**As opiniões são da exclusiva responsabilidade dos autores que as emitem.**



Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional  
 Fondo Europeo de Desarrollo Regional

## Edição

Direção-Geral da Saúde  
 Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa  
 Tel.: (+351) 218 430 500  
 Fax: 218 430 530  
 E-mail: [geral@dgs.min-saude.pt](mailto:geral@dgs.min-saude.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)

Publicado em Março de 2021

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Relatório — Vacinação para a COVID-19: Intenção e seus preditores. Estudo na população portuguesa, em diferentes etapas do ciclo de vida Lisboa: DGS, 2021

ISBN: 978-972-675-317-9



# Índice

<b>1. Resumo dos Resultados e Recomendações</b>	<b>6</b>
<b>2. Enquadramento</b>	<b>8</b>
<b>3. Objetivos do Estudo</b>	<b>9</b>
<b>4. Metodologia</b>	<b>10</b>
4.1 Caracterização da amostra	12
<b>5. Resultados</b>	<b>15</b>
5.1 Intenção de vacinação	15
5.2 Crenças sobre a COVID-19	18
5.2.1 Perceção de risco	18
5.2.2 Ceticismo	20
5.2.3 Conhecimento	21
5.2.4 Benefícios percebidos	22
5.2.5 Barreiras percebidas	25
5.2.6 Arrependimento antecipado	29
5.2.7 Norma social e recomendação médica	30
5.3 Informação e fontes de informação	31
5.4 Literacia em saúde	36
5.6 Confiança nas autoridades	38
5.7 Preditores da intenção de vacinação	39
<b>6. Principais conclusões</b>	<b>42</b>
6.1 Intenção de vacinação	42
6.2 Preditores da intenção de vacinação	42
6.3 Fontes de informação	43
<b>7. Recomendações</b>	<b>44</b>
7.1 Comunicar para quem?	44
7.2 Comunicar o quê?	44

# 1. Resumo dos Resultados e Recomendações<sup>1</sup>

	% INQUIRIDOS	PRINCIPALMENTE EM	RECOMENDAÇÃO
Intenção de se vacinarem contra a COVID-19	<b>79.2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pessoas &gt;55 anos</li> <li>Pessoas com familiares &gt;65 anos no seu agregado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ações de comunicação e mobilização social para incremento de motivação para a vacinação em pessoas com &lt;55 anos e manutenção da motivação para a vacinação em pessoas &gt;55 anos, com foco nos preditores positivos da intenção de vacinação.</li> </ul>
Hesitação em se vacinarem contra a COVID-19	<b>16.7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pessoas dos 16-24 anos, com o 9º ou 12º ano de escolaridade, que não pertencem a grupos de risco</li> <li>Pessoas que estão em teletrabalho ou a estudar a partir de casa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de estudos qualitativos com participantes dos 45-54 anos e 16-24 anos, com o objetivo de identificar motivos para a hesitação/recusa associada à vacinação.</li> <li>Mobilização de profissionais de saúde enquanto agentes de comunicação com os cidadãos e fontes de informação fidedigna, para incremento de motivação para a vacinação e clarificação de falsas crenças sobre a vacinação contra a COVID-19</li> </ul>
Recusa em se vacinarem contra a COVID-19	<b>4.1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pessoas dos 45-54 anos</li> <li>Pessoas de nacionalidade estrangeira</li> </ul>	

<sup>1</sup> Inquérito realizado a uma amostra representativa da população portuguesa (n= 1091); margem de erro máximo associado de 3%, com um nível de confiança de 95%.

PREDITOR DA INTENÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19	RELAÇÃO COM A INTENÇÃO
Ter tido (ou os familiares) um diagnóstico de COVID-19	Sem relação
Pertencer a pelo menos um grupo de risco para a COVID-19	Sem relação
Autoperceção do estado de saúde	Sem relação
Hesitação vacinal face a outras vacinas	Sem relação
Idade	Positiva
Residir com pessoas +65 anos	Positiva
Seguir as recomendações médicas no que diz respeito à toma da vacina	Positiva
Crença de que as vacinas são seguras	Positiva
Crença de que as vacinas são importantes para prevenir doenças	Positiva
Crença de que as vacinas são eficazes na proteção contra a COVID-19	Positiva
Expectativas sobre as consequências emocionais de ser-se vacinado ('ficarei menos preocupado') ou de não se ser vacinado ('vou arrepende-me')	Positiva
Perceção de risco face à COVID-19	Positiva
Crença de que só as pessoas que pertencem a grupos de risco precisam de ser vacinadas contra a COVID-19	Negativa
Crença de que a proteção conferida pela vacina não durará muito tempo	Negativa
Preferência por se ficar imune contra a COVID-19 por ter a doença e não por ser-se vacinado	Negativa

#### FONTES DE INFORMAÇÃO SOBRE A COVID-19 E SOBRE A VACINA, EM QUEM OS INDIVÍDUOS MAIS CONFIAM (DA MAIOR PARA MENOR CONFIANÇA):

1º	Fontes oficiais (com destaque para a Direção-Geral da Saúde)
2º	Meios de comunicação social
3º	Profissionais de saúde
4º	Internet (redes sociais apenas referidas por 1.5% dos participantes)

## 2. Enquadramento

Desde o seu início, a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) regista já mais de 100 milhões de casos confirmados e mais de dois milhões de mortes em todo o mundo (OMS, 2020a). Esta pandemia comporta graves consequências para a saúde e bem-estar das populações, em particular para a população mais idosa, tendo levado muitos países a adotar medidas de contenção e mitigação para o controlo do contágio pelo novo coronavírus.

Portugal é um país envelhecido, registando um índice de envelhecimento de 161.3% (PORDATA, 2019). Nesse sentido apresenta, como um todo, uma distribuição populacional particularmente vulnerável face a infeções pelo SARS-CoV-2, uma vez que a idade é um dos principais fatores de risco de mortalidade por COVID-19 (Laires & Nunes, 2020; OMS, 2020b). Além disso, a população mais idosa tem também um risco acrescido de isolamento social e solidão em situação de confinamento, e de ser vítima de abuso ou violência a ele associado (OMS, 2020c).

A vacinação em larga escala contra a COVID-19 constitui uma importante forma de controlo da pandemia e uma medida preventiva que contribuirá para a proteção de todos, incluindo dos mais idosos, que foram considerados como um dos grupos prioritários de vacinação (particularmente acima de 80 anos). Nesse sentido, a vacinação contribui não só especificamente para prevenir riscos de contágio por SARS-CoV-2, mas também de forma global para a promoção de um envelhecimento saudável, definido enquanto *"o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem bem como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades intrínsecas da pessoa (físicas e mentais) com o meio"* (SNS, 2017).

Para que a vacinação seja eficaz, será fundamental que a população adira a esta medida, o que dependerá de cada indivíduo, enquanto agente da sua saúde, mas também da sociedade como um todo. Mas será que os cidadãos vão querer ser vacinados quando a vacina for disponibilizada? Esta é uma questão crucial, atendendo ao declínio na confiança nas vacinas que tem sido observado em todo o mundo e à prevalência elevada de atitudes de hesitação vacinal, em particular na Europa (Figueiredo, Simas, Karafillakis, Paterson, & Larson, 2020).

Durante a pandemia de gripe A (H1N1) em 2009, quando a vacina foi finalmente disponibilizada, e apesar da eficácia demonstrada e das campanhas de vacinação realizadas, uma parte considerável da população optou por não se vacinar. As taxas de vacinação contra o H1N1 oscilaram entre 0.4% e 59% em 22 países europeus, sendo que em Portugal a taxa de vacinação foi de apenas 6% (Mereckiene et al., 2012). Estudos mais recentes conduzidos já durante a pandemia de COVID-19 com amostras representativas da população realizados nos Estados Unidos (Malik, MacFadden, Elharake, & Omer, 2020) e em França (The COCONEL Group, 2020) revelaram níveis elevados de recusa da vacina, de 33% e 27%, respetivamente.

Já na Austrália, dados recolhidos em abril de 2020, quatro semanas após o início do confinamento, e numa altura em que a transmissão comunitária era considerada alta, apenas 14.2% da população revelou que não tinha a certeza ou mesmo que recusaria ser vacinado (Dodd et al., 2020).

Dois meses mais tarde, em Junho, um novo estudo revelou que esta percentagem tinha subido para 24.2% (Rhodes, Hoq, Measey & Danchin, 2020), possivelmente devido à perceção de risco ter decrescido nessa altura.

Um estudo realizado em Portugal pela Nova SBE (2020), através de um questionário online aplicado em junho, revelou um nível de aceitação de uma potencial vacina contra a COVID-19 acima de outros seis países Europeus (75%). No entanto, o nível de aceitação baixou para 63%, quando o mesmo questionário foi aplicado em setembro. Já os dados do Barómetro da COVID-19, realizado pela Escola Nacional de Saúde Pública (2020), revelaram uma aceitação crescente da vacina entre setembro (74%) e novembro de 2020 (82%).

Considerando que o sucesso de um programa de vacinação está dependente da aceitação e decisão de toma da vacina por parte da população, e que os fatores que influenciam estas decisões poderão oscilar em função das vagas da pandemia, torna-se fundamental monitorizar a intenção de vacinação e seus preditores ao longo do tempo, com particular relevância na idade enquanto preditor sociodemográfico. Além de fatores sociodemográficos, como o sexo ou a idade, são ainda desconhecidos que outros fatores, potencialmente modificáveis, tais como a perceção de risco ou a confiança na vacina, são determinantes da intenção de vacinação. Esta informação será vital para informar estratégias de comunicação responsivas e adequadas, em cada momento, a diferentes segmentos da população.

## 3. Objetivos do Estudo

Considerando que a intenção comportamental é um importante preditor no caso da vacinação (Lehmann et al., 2014; Renner & Reuter, 2012), o principal objetivo deste estudo prende-se com a sua monitorização e dos seus determinantes, com vista ao desenvolvimento de recomendações para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável através da vacinação. Concretamente, pretende-se:

(1) determinar a intenção de vacinação, no sentido de estimar a futura adesão à vacina, em diferentes grupos da população, quer a nível sociodemográfico (e.g., faixa etária, género), quer em relação à sua condição de saúde (e.g., com ou sem doença crónica);

(2) identificar os preditores da intenção comportamental - psicossociais e ligados às fontes e canais de informação -, determinando quais as principais barreiras e fatores promotores da vacinação contra a COVID-19 em cada etapa do ciclo de vida, no sentido de informar a comunicação e ações para a sua promoção, com especial enfoque na população idosa.

## 4. Metodologia

Para avaliação da intenção de vacinação contra a COVID-19 da população portuguesa, bem como estudo dos seus preditores, foi realizado um inquérito entre os dias 22 de fevereiro e 2 de março de 2021. O universo alvo era composto por pessoas com 16 ou mais anos de idade residentes em Portugal Continental e que à data da inquirição não tinham ainda sido vacinadas contra a COVID-19. Os inquiridos foram selecionados aleatoriamente a partir de uma lista de números de telemóvel, também ela gerada de forma aleatória. Todas as entrevistas foram efetuadas por telefone (CATI), pelo CESOP – Universidade Católica Portuguesa.

Os inquiridos foram informados do objetivo do estudo e deram o seu consentimento informado para participar. Foram contactadas 1881 pessoas pertencentes ao universo em estudo, das quais 1091 aceitaram participar, respondendo ao questionário até ao fim (i.e., taxa de resposta de 58%). A margem de erro máximo associado a uma amostra aleatória de 1091 inquiridos é de 3%, com um nível de confiança de 95%.

Responderam ao inquérito 1091 pessoas entre os 16 e os 94 anos de idade [Média (M)= 49.47; Desvio-padrão (DP)=16.27], tendo a amostra obtida a seguinte distribuição por escalões etários: 8.4% (16-24); 11,2% (25-34); 19.3% (35-44); 21.9% (45-54); 18.4% (55-64); 20.7% (65 ou mais). Do total de inquiridos, 52% era do sexo feminino, sendo que 33% residia na Região Norte, 19% no Centro, 38% na Área Metropolitana de Lisboa, 5% no Alentejo e 5% no Algarve.

A amostra obtida foi reequilibrada através de um ponderador construído de acordo com as estimativas do INE para a distribuição da população por sexo, escalões etários, região e escolaridade. Esta é uma técnica habitual para corrigir desvios que sempre resultam de amostras obtidas de forma completamente aleatória (Battaglia, Izrael, Hoaglin, & Frankel, 2004; Valliant, Dever, & Kreuter, 2013). O ponderador é uma variável que, multiplicada pelas restantes, transforma as distribuições da amostra num conjunto de características (neste caso, sexo, idade, escolaridade e região) de forma a serem iguais a distribuições pré-definidas (neste caso, as estimativas do INE). Os dados considerados no ponderador ignoram a população já vacinada, por ser esta ainda marginal à data da recolha de informação. Na Tabela 1 apresentam-se as distribuições da amostra antes de ponderação e pós-ponderação por variáveis sociodemográficas utilizadas na construção do ponderador. Todos os dados reportados a seguir à Tabela 1 têm por base a amostra ponderada.

Tabela 1. Distribuição da amostra original e ponderada em relação às variáveis sexo, idade, escolaridade e região.

	Original	Ponderada
<b>Sexo</b>		
Feminino	52.0%	53.5%
Masculino	48.0%	46.5%
<b>Idade</b>		
16-24	8.4%	11.1%
25-34	11.2%	12.5%
35-44	19.3%	16.5%
45-54	21.9%	17.4%
55-64	18.4%	16.1%
65+	20.7%	26.3%
<b>Escolaridade</b>		
<=2º ciclo	22.0%	35.2%
3º ciclo	17.4%	19.8%
Secundário e pós-secundário	27.2%	23.9%
Superior	33.4%	21.2%
<b>Região</b>		
Norte	32.5%	36.9%
Centro	18.9%	23.0%
A. M. Lisboa	38.1%	28.4%
Alentejo	5.3%	7.3%
Algarve	5.1%	4.4%

## 4.1 Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo é composta por 1091 pessoas com idades compreendidas entre os 16 e os 94 anos de idade ( $M= 49.80$ ;  $DP= 17.84$ ), sendo a maioria do sexo feminino (53.5%). Em relação ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes completou níveis abaixo ou correspondentes ao 2º ciclo (35.2%). A maioria dos participantes indicou ter nacionalidade portuguesa (95.5%) e residir no Norte do país (36.9%).

Dos 1091 participantes, apenas 31 (2.8%) se identificaram enquanto profissionais de saúde. Entre os profissionais de saúde, 9 eram enfermeiros, 2 psicólogos, 1 médico dentista, 1 médico e 2 farmacêuticos. Os restantes 15 referiram outras profissões, como por exemplo, terapeuta, auxiliares de ação médica, administrativos, cuidadores formais e socorristas. Apenas 10.5% dos participantes referiu já ter sido diagnosticado com a doença, tendo referido uma gravidade de sintomas, em média, de 4.14 ( $DP=2.99$ ) numa escala de 0 (nada graves) a 10 (muito graves). Já 28.8% referiu ter familiares que foram diagnosticados com a doença, com uma gravidade de sintomas, em média, de 4.61 ( $DP=3.08$ ) na mesma escala.

Relativamente ao agregado familiar, mais de metade dos participantes não vive com menores (60.8%) nem com pessoas acima dos 65 anos de idade (68.2%). No que concerne à perceção sobre o estado de saúde, numa escala de 0 (muito má) a 10 (muito boa) a classificação foi, em média, de 7.58 ( $DP=1.96$ ). Mais de metade dos participantes não faz parte dos grupos de risco para a COVID-19 (56.3%).

A Tabela 2 apresenta a descrição completa da caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra ponderada (n=1091)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NÚMERO/PROPORÇÃO DA AMOSTRA N (%)
<b>Idade</b>	
16-24	121 (11.1%)
25-34	137 (12.5%)
35-44	180 (16.5%)
45-54	190 (17.4%)
55-64	176 (16.1%)
65+	287 (26.3%)
<b>Sexo</b>	
Feminino	584 (53.5%)
Masculino	507 (46.5%)
<b>Escolaridade</b>	
<=2º ciclo	384 (35.2%)
3º ciclo	216 (19.8%)
Secundário e pós-secundário	260 (23.9%)
Superior	231 (21.2%)
<b>Profissional de Saúde</b>	
Sim	31 (2.8%)
Não	1060 (97.2%)
<b>Nacionalidade</b>	
Portuguesa	1042 (95.5%)
Outra	49 (4.5%)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NÚMERO/PROPORÇÃO DA AMOSTRA N (%)
<b>Região</b>	
Norte	403 (36.9%)
Centro	251 (23.0%)
AML	310 (28.4%)
Alentejo	80 (7.3%)
Algarve	48 (4.4%)
<b>Diagnosticado com COVID-19</b>	
Sim	115 (10.5%)
Não	975 (89.4%)
Prefiro não responder	1 (0.1%)
<b>Familiares diagnosticados com COVID -19</b>	
Sim	315 (28.8%)
Não	772 (70.7%)
Não sei/ Prefiro não responder	5 (0.4%)
<b>Menores no agregado familiar</b>	
Sim	428 (39.2%)
Não	663 (60.8%)
<b>Vive com pessoa de 65+</b>	
Sim	347 (31.8%)
Não	744 (68.2%)
<b>Grupo de Risco</b>	
Sim	477 (43.7%)
Não	614 (56.3%)

# 5. Resultados

## 5.1 Intenção de vacinação

A maioria dos participantes indicou nunca ter recusado nem adiado ser vacinado anteriormente (95.9%). A **intenção de vacinação**<sup>1</sup> contra a COVID-19 (Figura 1) foi em média elevada, com um valor de 8.65 (DP = 2.36) numa escala de 0 a 10. A distribuição foi marcadamente assimétrica, com 79.2% dos inquiridos a demonstrar intenção de adesão (i.e., respostas entre 8 e 10), e apenas 16.7% a demonstrar algum nível de hesitação vacinal (i.e., respostas entre 3 e 7) e 4.1% de recusa da vacina (i.e., respostas entre 0 e 2).

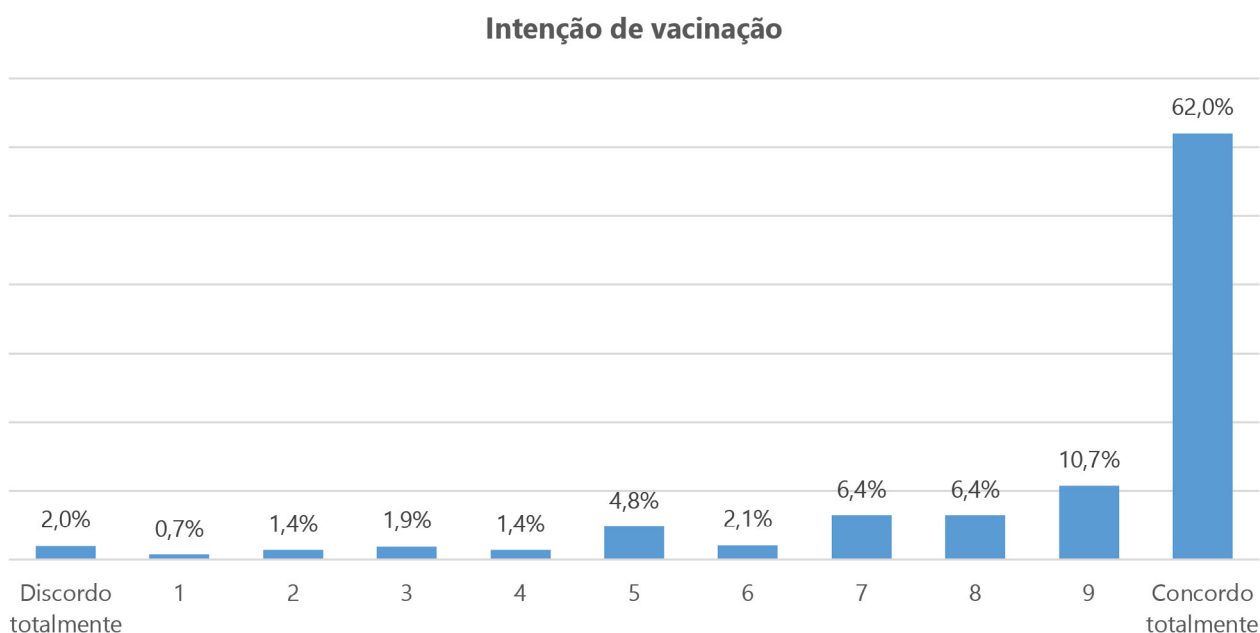


Figura 1. Intenção de vacinação contra a COVID-19

Não se registaram diferenças significativas quanto à intenção de vacinação entre homens e mulheres, nem entre diferentes regiões do país, nem entre pessoas que foram diagnosticadas com COVID-19 (vs. não diagnosticadas), ou entre pessoas cujos familiares foram diagnosticados (vs. não diagnosticados) com COVID-19 (Tabela 3). Também não se registaram diferenças entre aqueles que são (ou não) profissionais de saúde.

Já entre diferentes **escalões etários**, registaram-se diferenças significativas, sendo que a hesitação vacinal foi mais frequente no escalão etário entre os 16-24 anos, a recusa da vacina no escalão entre os 45 e os 54 anos e a adesão à vacina entre pessoas com mais de 65 anos (Tabela 3).

Quanto aos **níveis de escolaridade**, registou-se uma adesão significativamente superior entre pessoas com a instrução primária, e uma maior hesitação vacinal entre pessoas com o 9º ou 12º ano de escolaridade.

Registou-se também um nível de recusa da vacina superior entre pessoas com outra **nacionalidade** que não a portuguesa. A intenção de vacinação foi também mais baixa entre pessoas com menores no agregado, havendo também maior recusa da vacina entre pessoas que referiram não ter maiores de 65 anos no **agregado familiar**.

Relativamente ao **contexto de trabalho ou estudo**, pessoas que referiram estar a trabalhar a partir de casa revelaram maior hesitação vacinal. Contrariamente, pessoas que disseram não trabalhar ou estudar revelaram níveis de hesitação vacinal significativamente inferiores. A hesitação vacinal foi também significativamente superior em pessoas não pertencentes a grupos de risco, e significativamente menor em pessoas pertencentes a **grupos de risco** para a COVID-19.

Tabela 3. Intenção de vacinação em função de variáveis sociodemográficas

		Intenção (N = 1085), M (DP)	valor p	Recusa (n = 45), n (%)	Hesitação (n = 181), n (%)	Adesão (n = 858), n (%)	valor p
<b>TOTAL</b>	Média (desvio-padrão)	8.73 (2.31)	-	1.00 (0.15)	5.80 (0.10)	9.75 (0.02)	<.001
<b>Sexo</b>	Homem	8.69 (2.42)	n.s.	21 (4.2%)	87 (17.3%)	396 (78.6%)	n.s.
	Mulher	8.76 (2.20)		23 (4.0%)	94 (16.2%)	462 (79.8%)	
<b>Idade (anos)</b>	16 – 24 anos	7.66 <sup>a</sup> (2.72)	<.001	7 (5.8%)	<b>46 (38.3%)*</b>	67 (55.8%)*	<.001
	25 - 34 anos	8.27 <sup>a</sup> (2.70)		9 (6.6%)	30 (21.9%)	98 (71.5%)	
	35 – 44 anos	8.41 <sup>a</sup> (2.66)		11 (6.2%)	32 (18.1%)	134 (75.7%)	
	45 - 54 anos	8.32 <sup>a</sup> (2.68)		<b>14 (7.4%)*</b>	38 (20.2%)	136 (72.3%)	
	55 - 64 anos	9.19 <sup>b</sup> (1.68)		2 (1.1%)*	23 (13.1%)	150 (85.7%)	
	65+ anos	9.57 <sup>b</sup> (1.14)		2 (.7%)*	13 (4.5%)*	<b>273 (94.8%)*</b>	
<b>Nível de escolaridade</b>	Instrução primária incompleta	9.34 <sup>a, b</sup> (1.26)	<.001	0 (.0%)	4 (15.4%)	22 (84.6%)	<.001
	Instrução primária completa	9.49 <sup>a</sup> (1.38)		3 (1.3%)*	10 (4.3%)*	<b>217 (94.3%)*</b>	
	6º ano (2º ano liceal)	8.70 <sup>b</sup> (2.22)		5 (4.1%)	22 (18.0%)	95 (77.9%)	
	9º ano (5º ano liceal)	8.11 <sup>b</sup> (2.87)		15 (6.9%)	<b>48 (22.2%)*</b>	153 (70.8%)	
	12º ano (7º ano liceal)	8.44 <sup>b</sup> (2.43)		12 (5.2%)	<b>55 (23.7%)*</b>	165 (71.1%)	
	Ensino pós-secundário (sem ser ensino superior)	8.90 <sup>a, b</sup> (2.04)		1 (3.8%)	4 (15.4%)	21 (80.8%)	
	Bacharelato ou Licenciatura	8.79 <sup>a, b</sup> (2.25)		6 (3.4%)	30 (17.1%)	139 (79.4%)	
	Mestrado	8.61 <sup>a, b</sup> (2.56)		4 (8.3%)	6 (12.5%)	38 (79.2%)	
Doutoramento	9.17 <sup>a, b</sup> (1.70)	0 (.0%)	1 (12.5%)	7 (87.5%)			
<b>Nacionalidade</b>	Portuguesa	8.80 (2.22)	<.001	38 (3.7%)	167 (16.1%)	830 (80.2%)	<.001
	Outra	7.24 (3.42)		<b>6 (12.8%)*</b>	13 (27.7%)	28 (59.6%)	
<b>Profissionais de saúde</b>	Sim	8.75 (2.52)	n.s.	1 (3.3%)	5 (16.7%)	24 (80.0%)	n.s.
	Não	8.73 (2.30)		44 (4.2%)	175 (16.6%)	833 (79.2%)	
<b>NUTS II</b>	Norte	8.71 (2.29)	n.s.	16 (4.0%)	75 (18.7%)	310 (77.3%)	n.s.
	Centro	8.90 (2.10)		6 (2.4%)	37 (15.0%)	204 (82.6%)	
	Área Metropolitana de Lisboa	8.61 (2.46)		15 (4.9%)	50 (16.3%)	242 (78.8%)	
	Alentejo	8.76 (2.26)		5 (6.3%)	12 (15.0%)	63 (78.8%)	
	Algarve	8.68 (2.63)		3 (6.3%)	7 (14.6%)	38 (79.2%)	
<b>Diagnóstico COVID-19 Próprio</b>	Sim	8.56 (2.61)	n.s.	8 (7.0%)	20 (17.4%)	87 (75.7%)	n.s.
	Não	8.76 (2.26)		37 (3.8%)	160 (16.5%)	771 (79.6%)	
<b>Diagnóstico COVID-19 Familiares</b>	Sim	8.60 (2.50)	n.s.	17 (5.4%)	54 (17.2%)	243 (77.4%)	n.s.
	Não	8.78 (2.23)		28 (3.7%)	127 (16.6%)	610 (79.7%)	
<b>Agregado familiar Menores</b>	Sim	8.33 (2.67)	<.001	24 (5.6%)	86 (20.2%)	315 (74.1%)	<.01
	Não	8.99 (2.01)		20 (3.0%)	94 (14.3%)	543 (82.6%)	
<b>Agregado familiar Pessoas com 65+</b>	Sim	9.23 (1.59)	<.001	2 (.6%)*	43 (12.6%)	297 (86.8%)	<.001
	Não	8.59 (2.54)		<b>42 (5.7%)*</b>	138 (18.6%)	560 (75.7%)	
<b>Contexto de trabalho / estudo</b>	Com pacientes ou outras pessoas de risco	9.34 <sup>a, b</sup> (1.40)	<.001	0 (.0%)	1 (5.3%)	18 (94.7%)	n.s.
	Com crianças ou jovens	8.69 <sup>b, c</sup> (2.87)		1 (7.7%)	1 (7.7%)	11 (84.6%)	
	Com público em geral ou colegas de trabalho / turma	8.31 <sup>a</sup> (2.66)		18 (5.9%)	61 (20.1%)	225 (74.0%)	
	A trabalhar a partir de casa	8.56 <sup>a</sup> (2.35)		10 (4.0%)	<b>54 (21.7%)*</b>	185 (74.3%)	
	Não está a trabalhar / estudar	9.05 <sup>b</sup> (2.00)		16 (3.2%)	63 (12.7%)*	419 (84.1%)	
<b>Pertença a grupo de risco</b>	Sim	9.10 (2.03)	<.001	13 (2.8%)	53 (11.2%)*	406 (86.0%)	<.001
	Não	8.45 (2.47)		32 (5.2%)	<b>128 (20.9%)*</b>	452 (73.9%)	

Nota: \*  $p < .05$ ; Estão assinaladas a **bold** as categorias onde as frequências observadas são significativamente superiores às frequências esperadas. Em algumas variáveis registaram-se não respostas / valores omissos, que não são apresentados por serem valores residuais.

## 5.2 Crenças sobre a COVID-19

### 5.2.1 Perceção de risco

Em geral, os inquiridos mostraram-se muito preocupados em relação à possibilidade de virem a ter COVID-19 ( $M = 9.01$ ;  $DP = 2.09$ ), e ainda mais preocupados com a possibilidade dos seus familiares poderem vir a ter COVID-19 (Média = 9.51;  $DP = 1.38$ ),  $p < 0.001$ .

Quanto à perceção de *gravidade da doença*, a maioria (64.3%), acredita que poderia ter complicações graves se viesse a ter COVID-19 ( $M = 7.77$ ;  $DP = 2.09$ ) (Figura 2).

#### Se tivesse COVID-19, acredito que poderia ter complicações graves

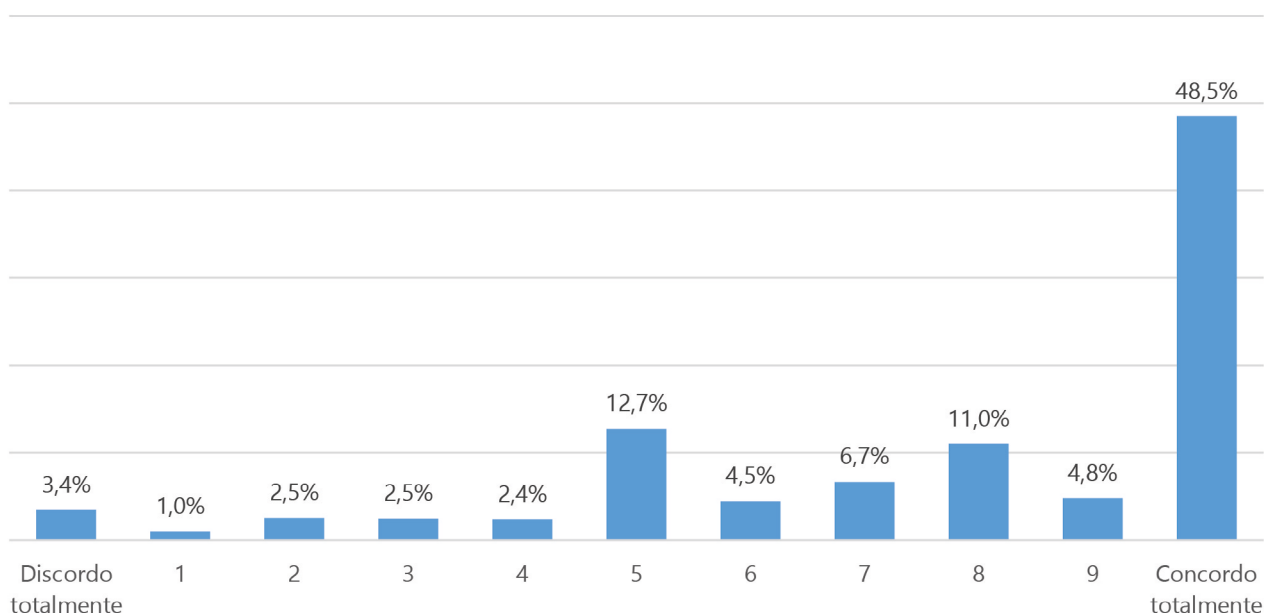


Figura 2. Perceção de gravidade da COVID-19

Quanto à *perceção de vulnerabilidade* em relação à doença (Média = 7.28;  $DP = 2.52$ ), numa escala de 0 (nada provável) a 10 (muito provável), apenas 3.9% dos inquiridos respondeu como sendo pouco ou nada provável virem a ter COVID-19 se não estiverem vacinados (i.e., entre 0 e 2), 43.7% respondeu como sendo moderadamente provável (i.e., entre 3 e 7), e 52.5% como muito provável (i.e., entre 8 e 10) (Figura 3).

### Qual a probabilidade de vir a ter COVID-19, se não estiver vacinado(a)?

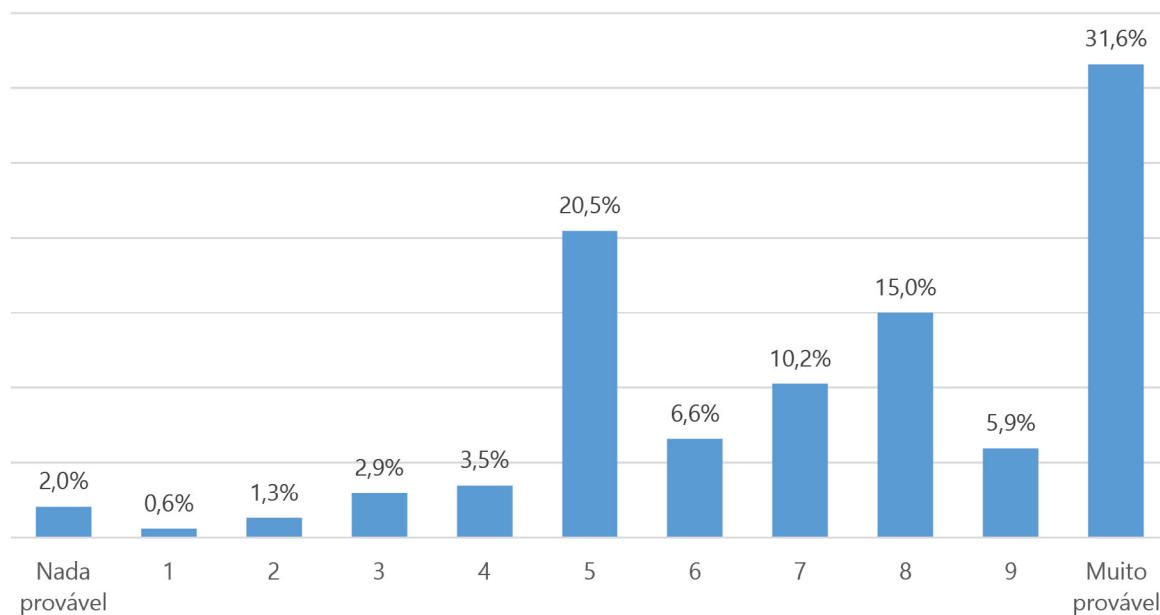


Figura 3. Perceção de vulnerabilidade face à COVID-19.

Relativamente à afirmação '*acredito que já sou imune ao coronavírus*', a maioria (70.7%) mostrou-se em desacordo (i.e., respostas entre 0 e 4 numa escala de 0 'discordo totalmente' a 10 'concordo totalmente'), 11.4% dos inquiridos referiu não concordar nem discordar, sendo que 18.0% concordou com esta afirmação de forma total ou parcial (i.e., respostas entre 6 e 10). Esta crença foi mais prevalente entre pessoas que já tinham tido um diagnóstico de COVID-19 (M = 4.0; DP= 3.57) em relação às que não tiveram (M = 2.37; DP= 3.31),  $p < .001$ .

## 5.2.2 Ceticismo

As opiniões dividiram-se mais no que concerne à crença de que ‘os riscos associados à COVID-19 estão a ser exagerados’ (Média = 4.19; DP = 3.82), com 52.8% dos inquiridos a discordar totalmente ou em parte com esta afirmação (i.e., respostas entre 0 e 4), e 36.6% a concordar totalmente ou em parte com esta afirmação (i.e., respostas entre 6 e 10), sendo que 10.6% não concordaram nem discordaram.

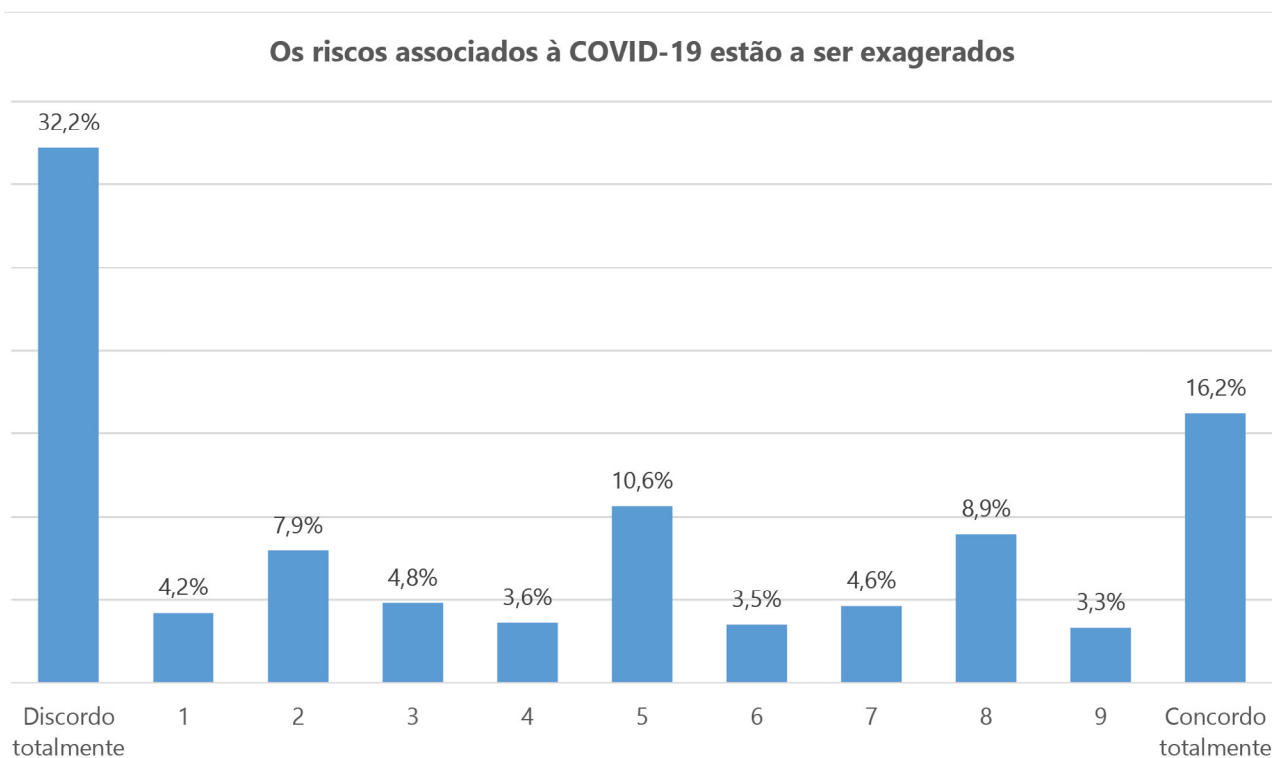


Figura 4. Ceticismo em relação aos riscos associados à COVID-19

## 5.2.3 Conhecimento

A grande maioria dos inquiridos (85.8%) revelou concordar fortemente (i.e., 8 a 10) com a afirmação de que *'após tomar a vacina, devo manter outros comportamentos de proteção (ex. distanciamento físico, uso de máscara)'* (M = 8.99; DP = 2.16).

Já em relação à ideia de que apenas as pessoas que pertencem a grupos de risco necessitam de ser vacinadas contra a COVID-19 (M = 3.24; DP= 4.06), as opiniões foram mais divergentes. Apesar de a maioria (61.3%) discordar fortemente (i.e., 0 a 2) desta afirmação (Figura 5), mais de um quarto (26.1 %) concordou fortemente com a mesma (i.e., 8 a 10).

### Só as pessoas que pertencem a grupos de risco precisam de ser vacinadas contra a COVID-19

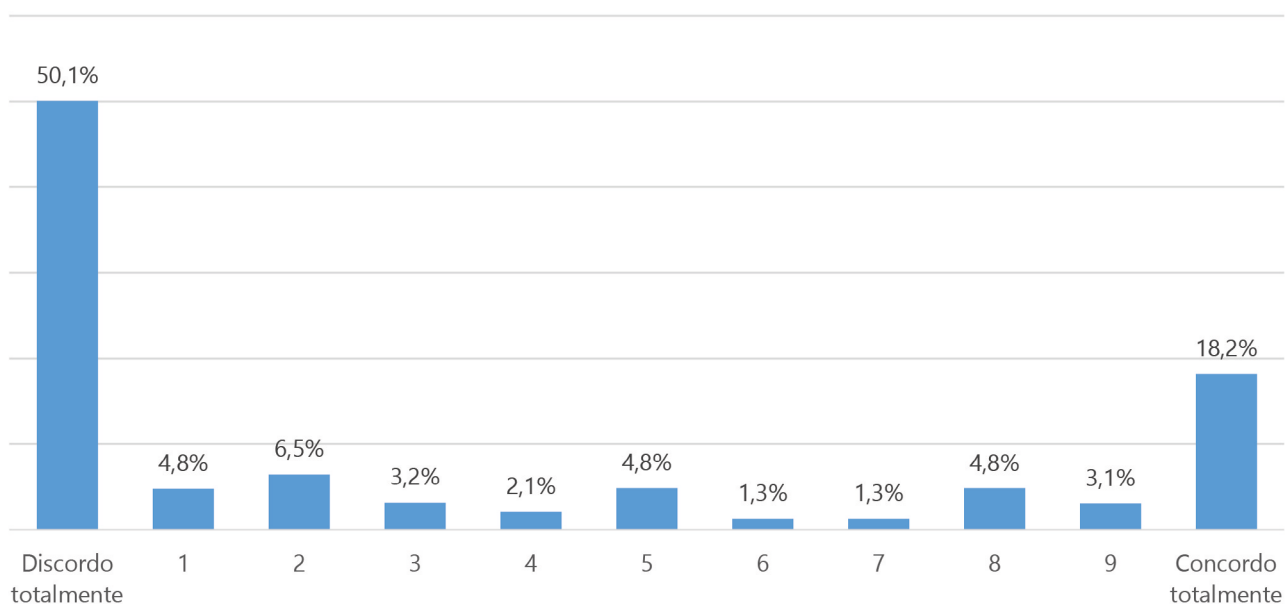


Figura 5. Conhecimento sobre quem deve ser vacinado

## 5.2.4 Benefícios percebidos

A maioria dos inquiridos (66.0%) concordou totalmente ou em parte com a afirmação (i.e., respostas entre 6 e 10) de que se tomarem a vacina ficarão protegidos contra a COVID-19 ( $M = 6.67$ ;  $DP = 3.08$ ). Ainda assim, 17.2% respondeu não concordar nem discordar desta afirmação e os restantes 16.8% referiram discordar totalmente ou em parte desta afirmação (i.e., responderam entre 0 e 4) (Figura 6).

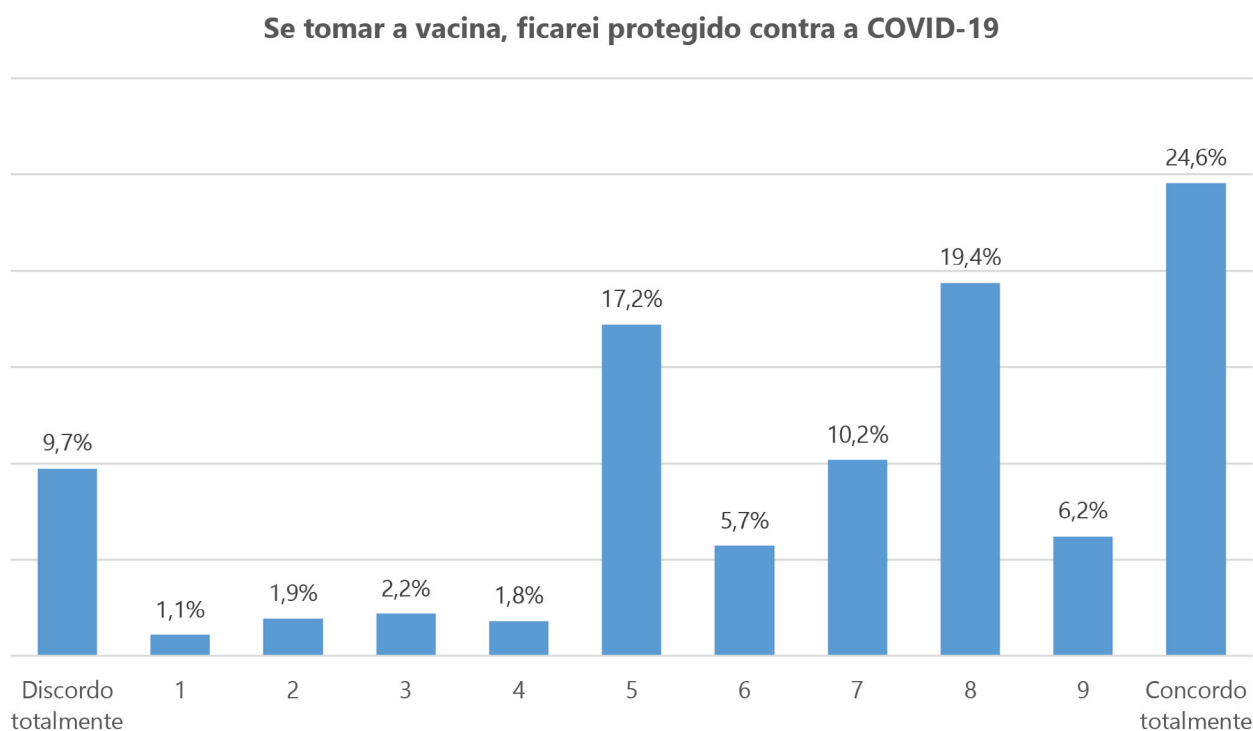


Figura 6. Crença sobre eficácia da vacina na proteção do próprio.

Já no que diz respeito à proteção de outros, nomeadamente da família (Figura 7), as opiniões tiveram uma menor dispersão ( $M = 8.50$ ;  $DP = 2.39$ ), sendo que a maioria (85.2%) referiu concordar totalmente ou em parte com esta afirmação. Apenas 5.6% dos inquiridos discordou totalmente ou em parte, sendo que os restantes 9.2% referiram não concordar nem discordar desta afirmação.

### Se tomar a vacina, estarei a proteger a minha família

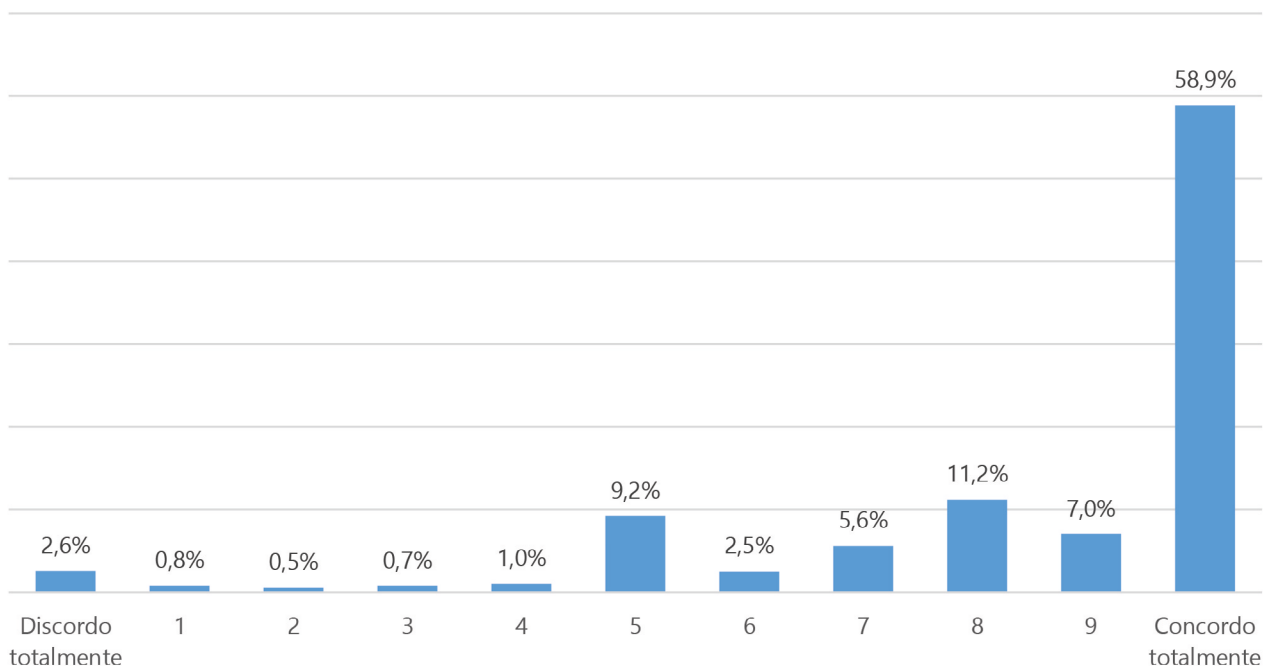


Figura 7. Crença sobre eficácia da vacina na proteção dos familiares

Aos profissionais de saúde (2.8% da amostra), foi adicionalmente questionado se concordavam ou discordavam da afirmação '*se tomar a vacina, estarei a proteger os meus utentes*' ( $M = 8.20$ ;  $DP = 2.51$ ). A maioria ( $n = 23$ , 77.2%) referiu concordar totalmente ou em parte com esta afirmação, apenas um dos inquiridos discordou totalmente e outro preferiu não responder, sendo que os restantes 6 (19.2%) referiram não concordar nem discordar desta afirmação.

Os participantes foram também questionados quanto à sua concordância com a afirmação '*a vacinação de todos contra a COVID-19 irá permitir o regresso da vida à normalidade*' ( $M = 8.26$ ;  $DP = 2.28$ ). A esmagadora maioria (86.0%) concordou totalmente ou em parte, 8.5% respondeu não concordar nem discordar, e apenas 5.5% discordou, totalmente ou em parte, o que revela que existe uma grande esperança em torno da vacinação no que diz respeito à resposta à pandemia (Figura 8).

### A vacinação de todos contra a COVID-19 irá permitir o regresso da vida à 'normalidade'

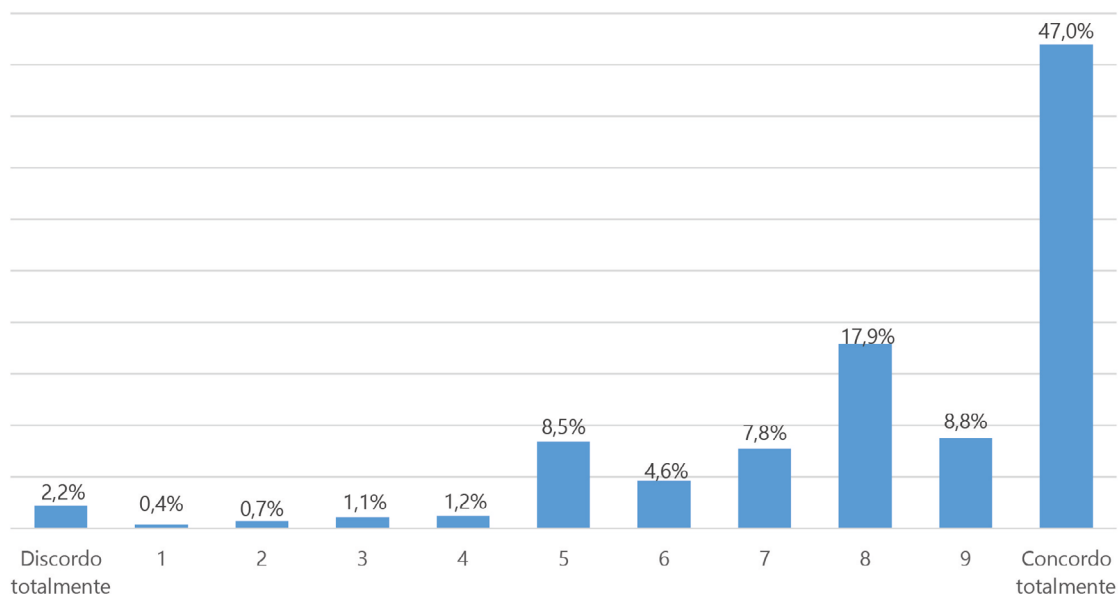


Figura 8. Crença sobre possibilidade de a vacina permitir o regresso à normalidade

A maioria dos inquiridos (69.2%) perceciona também na vacinação a vantagem de poder ficar menos preocupado com a COVID-19 ( $M = 6.99$ ;  $DP = 3.18$ ). Ainda assim, 17.0% discorda totalmente ou em parte desta afirmação e 13.8% refere não concordar nem discordar (Figura 9).

### Se tomar a vacina, ficarei menos preocupado(a) com a COVID-19

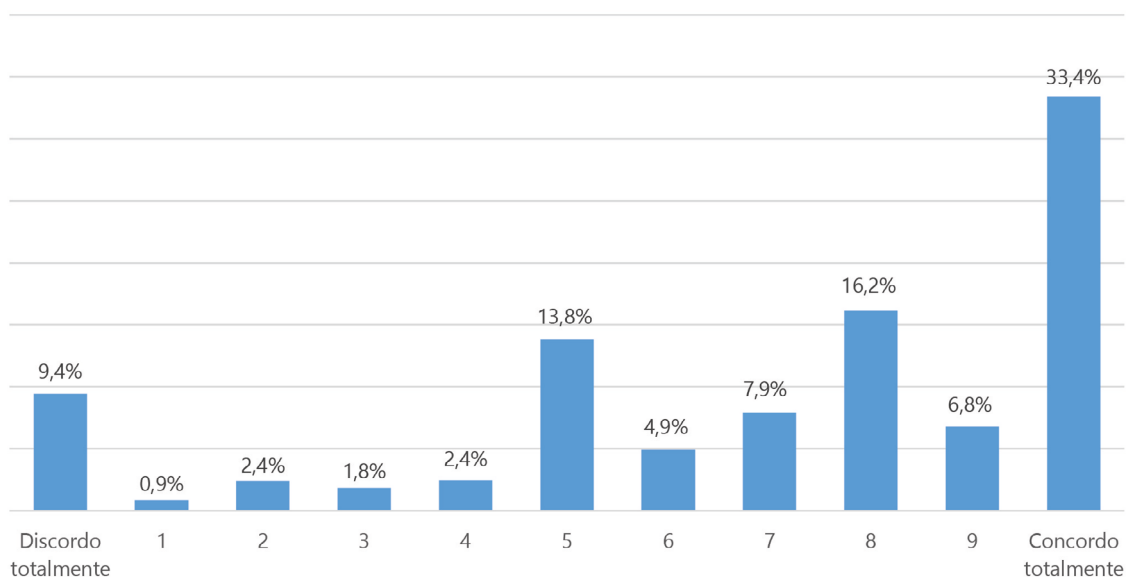


Figura 9. Crença sobre a vacinação permitir ficar-se menos preocupado com a COVID-19

## 5.2.5 Barreiras percebidas

A grande maioria (85.9%) diz confiar na segurança da vacina contra a COVID-19 ( $M = 8.29$ ;  $DP = 2.37$ ), sendo que apenas 6.4% refere discordar totalmente ou em parte sobre a segurança da mesma, e 7.7% não concorda nem discorda (Figura 10).

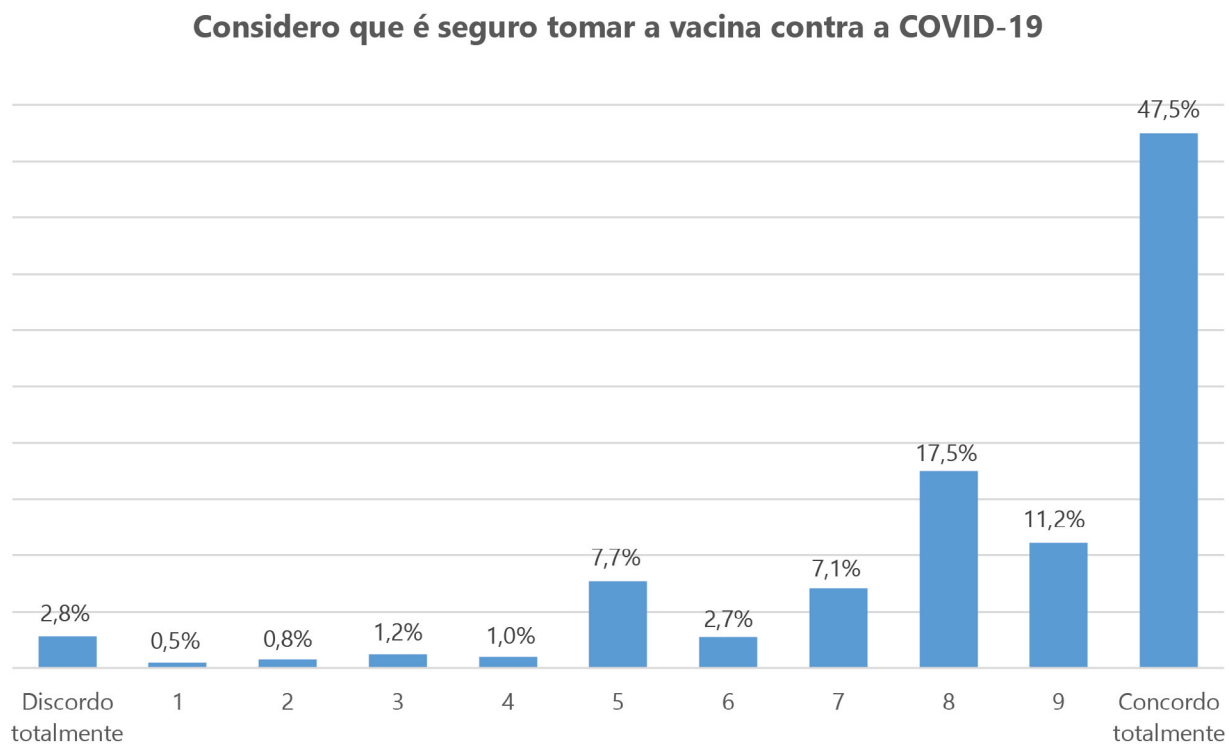


Figura 10. Crença sobre a segurança da vacina contra a COVID-19

Apesar da elevada confiança na segurança, a maioria dos inquiridos (66.7%) referiu ficar preocupado com os efeitos secundários que a vacina contra a COVID-19 possa ter ( $M = 6.80$ ;  $DP = 3.04$ ) e 15.3% referiu não concordar nem discordar com esta afirmação. Apenas 18.0% referiu discordar totalmente ou em parte com esta afirmação (Figura 11).

### Fico preocupado(a) com os efeitos secundários que a vacina contra a COVID-19 possa ter

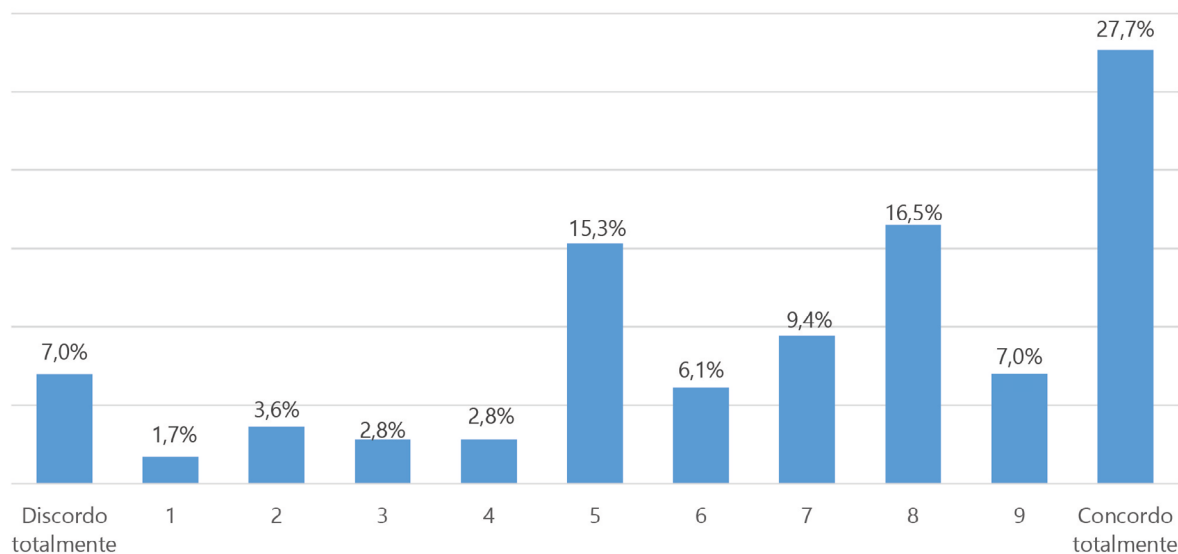


Figura 11. Crença sobre efeitos secundários da vacina contra a COVID-19

Os inquiridos revelaram-se também descrentes quanto à possibilidade de a vacina contra a COVID-19 poder conferir uma proteção de longo-prazo (57.2%) ( $M = 6.36$ ;  $DP = 2.68$ ), sendo que muitos demonstraram incerteza na resposta a esta questão (27.9%). Apenas 14.9% demonstraram alguma confiança de que a vacina possa conferir uma proteção mais alargada no tempo (Figura 12).

### O mais certo é a proteção conferida pela vacina não durar muito tempo

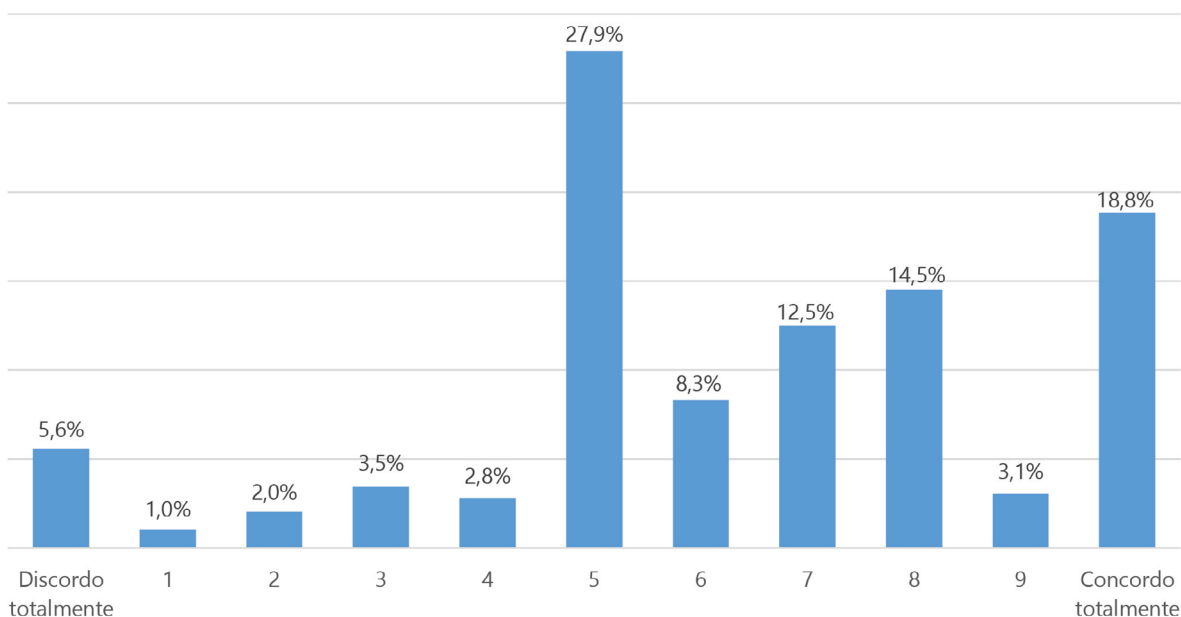


Figura 12. Crença sobre a proteção conferida pela vacina não durar muito tempo

O padrão de resposta foi semelhante no que diz respeito à afirmação '*O mais certo é a proteção conferida pela vacina não me proteger contra novas variantes*' ( $M = 6.41$ ;  $DP = 2.77$ ), com 59.0% dos inquiridos a concordar pelo menos em parte com esta afirmação (i.e, respostas entre 6 e 10), 24.6% a responder que não concordam nem discordam, e apenas 16.6% dos inquiridos a discordar totalmente ou em parte (i.e., respostas entre 0 e 4).

A maioria dos inquiridos (62.5%) concordou com a afirmação '*A vacina contra a COVID-19 não irá infetar-me com o coronavírus*' ( $M = 6.55$ ;  $DP = 3.34$ ). Ainda assim, mais de um quinto dos inquiridos (22.0%) referiu discordar pelo menos em parte, e 15.5% referiu não concordar nem discordar (Figura 13).

### A vacina contra a COVID-19 não irá infetar-me com o coronavírus

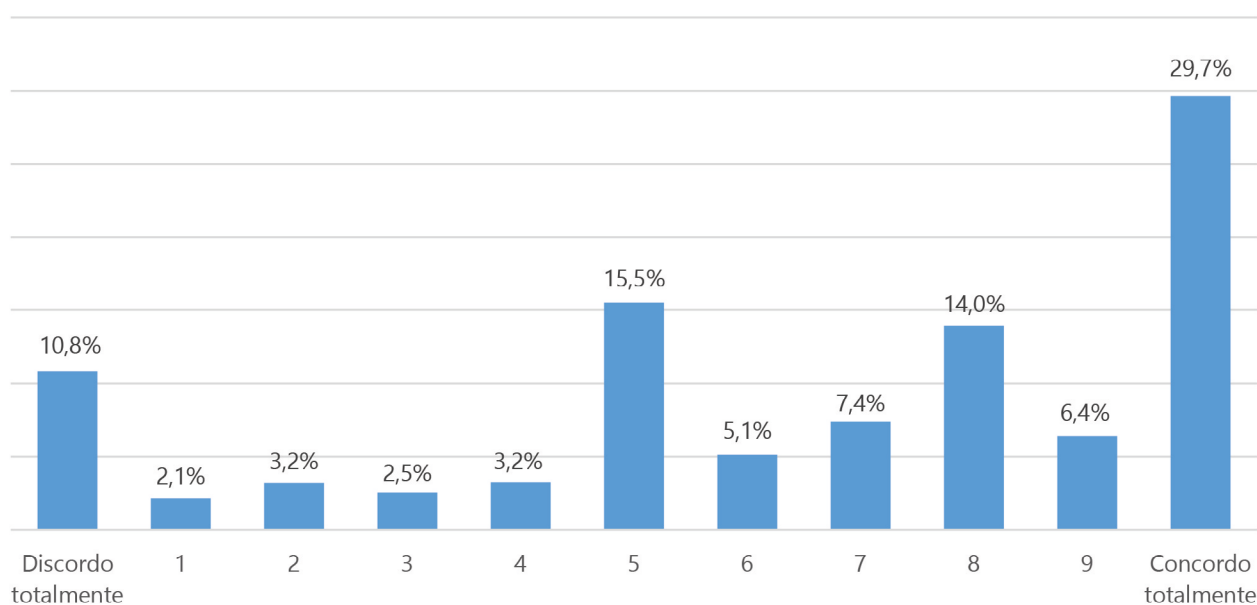


Figura 13. Crença de que a vacina não pode ser fonte de infeção pelo coronavírus

Apesar de a maioria dos inquiridos (63.3%) ter referido discordar da afirmação '*Prefiro ficar imune por ter COVID-19 do que por tomar a vacina*' ( $M = 3.23$ ;  $DP = 3.76$ ), ainda assim mais de um quarto dos inquiridos (26.7%) concordou pelo menos em parte com a mesma. Os restantes 10.0% referiram não concordar nem discordar (Figura 14).

### Prefiro ficar imune por ter COVID-19 do que por tomar a vacina

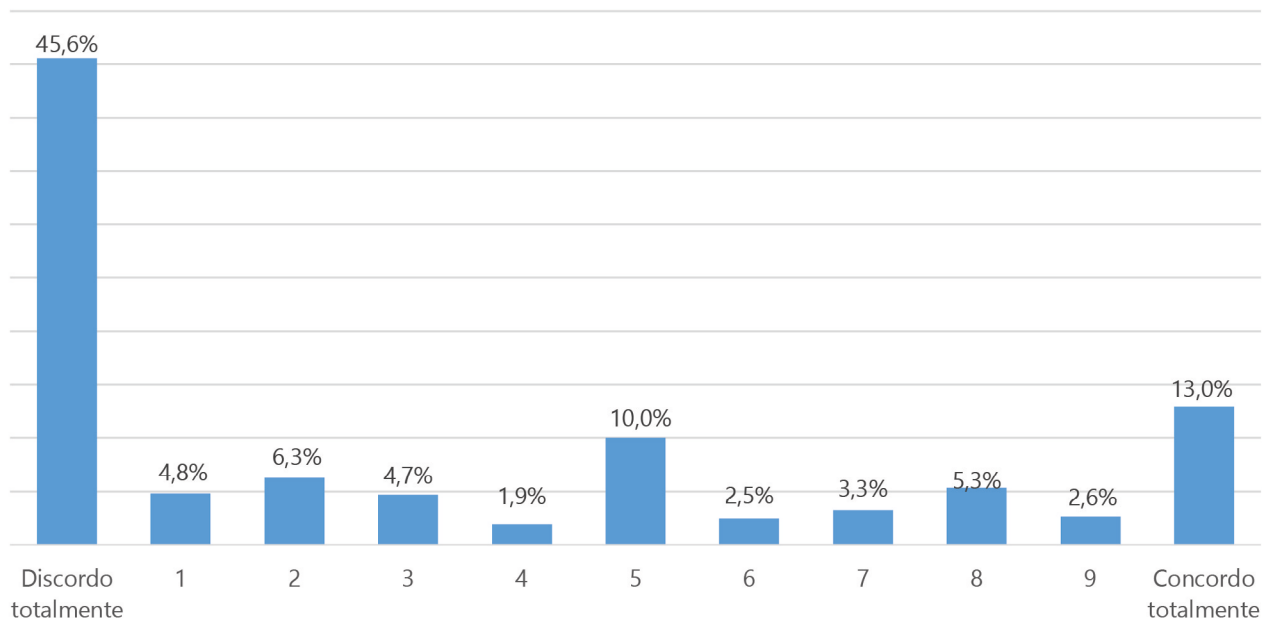


Figura 14. Crença sobre a vacinação permitir ficar-se menos preocupado com a COVID-19

Muitos dos participantes (61.0%) referiram também ficar preocupados pelo facto de a vacina contra a COVID-19 ser muito recente ( $M = 6.39$ ;  $DP = 3.31$ ), sendo que 22.0% discordaram pelo menos em parte e 16.9% referiram não concordar nem discordar. A maioria (53.5%) concordou também que *'mesmo que queira, vai ser difícil ser vacinado contra a COVID-19'*, 28.3% discordou desta afirmação, e 18.3% não concordou nem discordou.

## 5.2.6 Arrependimento antecipado

A grande maioria (76.3%) concordou também que iria arrepender-se, caso não se vacine e acabe por ter COVID-19 (M = 7.66; DP = 3.37). Apenas 15.7% referiu discordar desta afirmação, sendo que 8 % não concordou nem discordou (Figura 15).

### Se não me vacinar e acabar por ter (ou voltar a ter) COVID-19, vou arrepender-me por não me ter vacinado

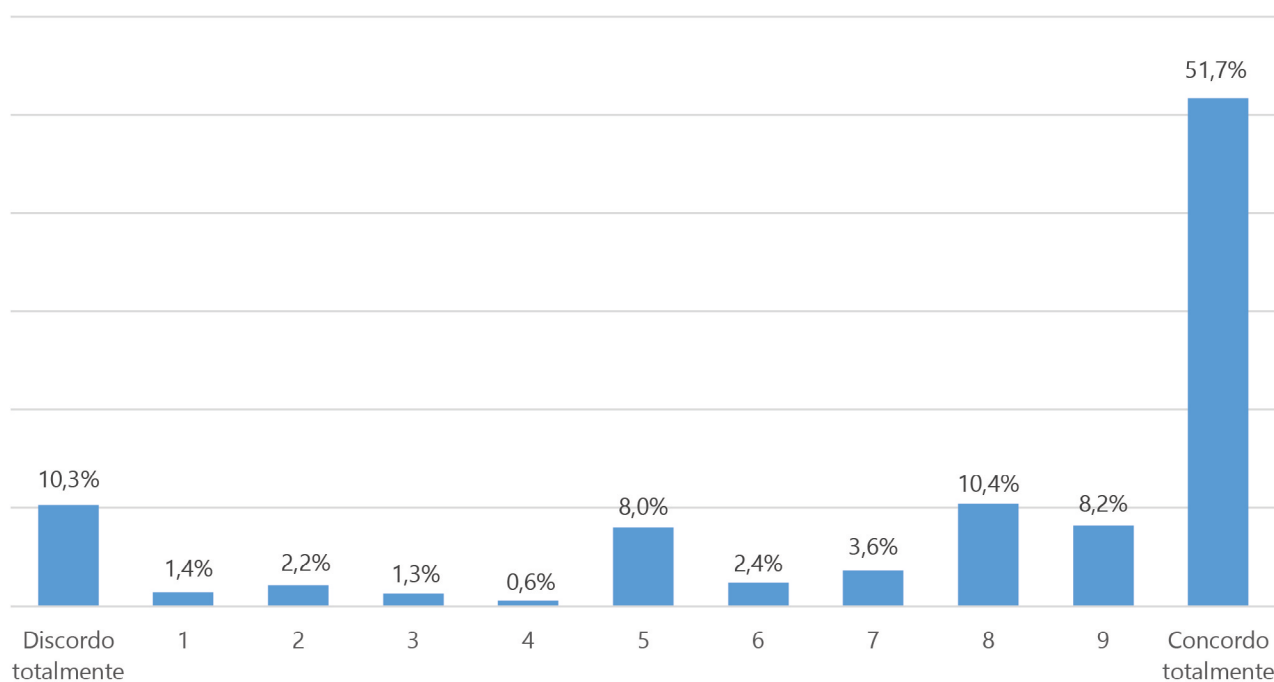


Figura 15. Crença sobre vir a sentir-se arrependido caso decida não se vacinar e venha a ter COVID-19

## 5.2.7 Norma social e recomendação médica

Quanto à percepção que os inquiridos têm em relação aos outros, a esmagadora maioria (89.3%) considera que a maioria das pessoas irá querer tomar a vacina ( $M = 8.32$ ;  $DP = 1.9$ ). Apenas 8.3% dos inquiridos não concordou nem discordou, e 2.4% discordou pelo menos em parte (Figura 16).

### A maioria das pessoas irá querer tomar a vacina

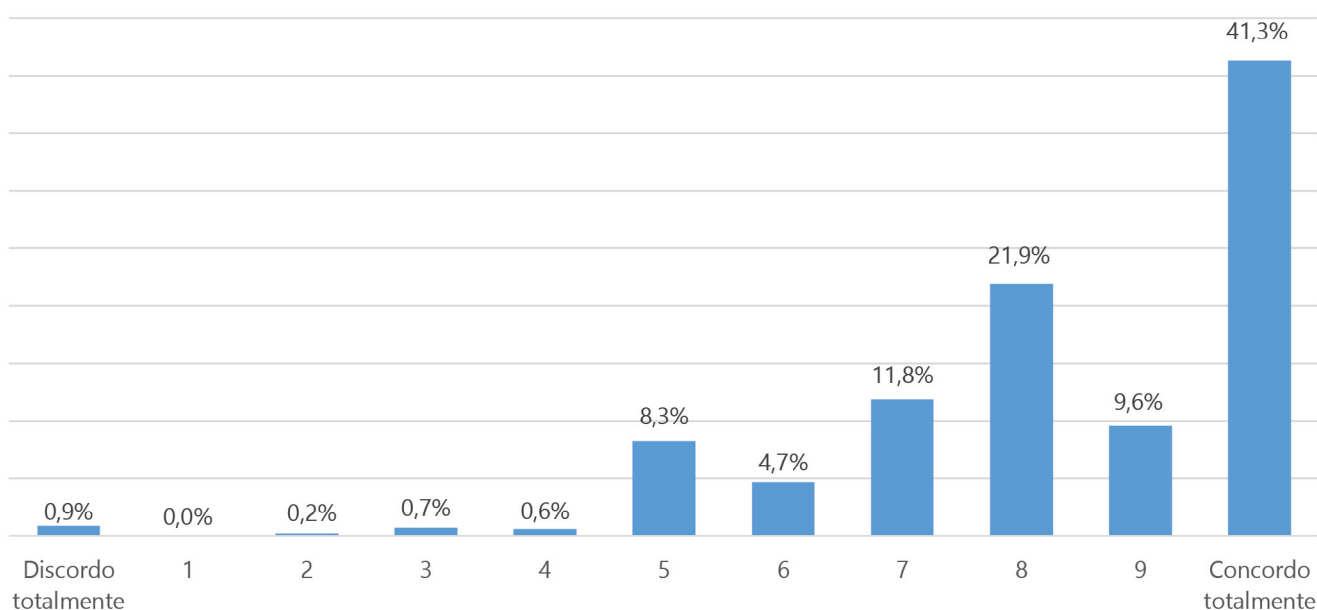


Figura 16. Crença sobre a decisão de vacinação das outras pessoas

A grande maioria dos inquiridos (74.6%) respondeu concordar totalmente (i.e., 10) com a afirmação *'Se a vacina for recomendada pelo meu médico, eu tomarei a vacina'* ( $M = 9.09$ ;  $DP = 2.12$ ), sublinhando a importância da recomendação médica sobre a vacinação. Apenas 4.3% dos inquiridos discordou pelo menos em parte com esta afirmação e 4.1% referiu não concordar nem discordar.

## 5.3 Informação e fontes de informação

Quando questionados sobre *'Qual (ou quais) as fontes de informação em que mais confia, quando quer saber mais sobre a COVID-19 (incluindo informação sobre a vacina)?'*, os inquiridos destacaram em primeiro lugar as **fontes oficiais**, nomeadamente a **Direção-Geral da Saúde** (24.8%), seguida do Serviço Nacional de Saúde (SNS24, centros de saúde, hospitais, etc.) com 7%, bem como o Governo/Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, com 3.1% cada. Do total de inquiridos, 2.2% referiram fontes oficiais em geral, e 1.5% outras fontes (e.g., Ordens profissionais, INFARMED, Cruz Vermelha, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, Agência Europeia do Medicamento, Proteção Civil, Segurança Social, UE/ entidades governamentais de outros países, Laboratórios de investigação) (ver **Tabela 4**).

Relativamente aos **meios de comunicação social**, assume especial relevância a **televisão** (24.3%), onde se incluem telejornal/noticiários, mas também programas específicos, como debates, entrevistas, reportagens ou documentários. Do total dos inquiridos, 10.8% referiram os meios de comunicação social em geral, e ainda os jornais (3.2%) e 1.09% outros meios (e.g., rádio, publicidade). A **internet** (incluindo documentos online, jornais online, sites específicos, etc.) foi referida por 17.7% dos inquiridos, sendo de destacar que apenas 1.5% referiu as redes sociais (e.g., Facebook) como fontes credíveis, e 0.49% referiu ainda o telemóvel e aplicações (incluindo STAYAWAY COVID, podcasts).

Os **profissionais de saúde**, em especial os **médicos** (22.2%), foram também referidos como fontes credíveis, sendo que 3.2% dos inquiridos se referiu aos profissionais de saúde em geral e ainda 2% referiu especificamente outros profissionais (e.g., enfermeiros, auxiliares de saúde, psicólogos). Também os **especialistas** (e.g., epidemiologistas/ virologistas/ infeciologistas) e **cientistas** foram referidos como fontes credíveis, por 4.5% dos inquiridos, a mesma percentagem atribuída às fontes académicas (e.g., artigos em revistas científicas, fóruns científicos).

Alguns **contactos pessoais** dos inquiridos foram igualmente referidos, como familiares/amigos/conhecidos na área da saúde (1.6%), outros familiares amigos/conhecidos/colegas de trabalho (1.1%) e pessoas já vacinadas (0.4%), bem como as **farmacêuticas** (incluindo produtoras das vacinas), referidas por 0.7% dos inquiridos.

Tabela 4. Fontes em quem os inquiridos mais confiam para informação sobre a COVID-19 (incluindo sobre a vacina)

<b>FONTES DE INFORMAÇÃO</b>	<b>%</b>
<b>Fontes oficiais / de saúde</b>	<b>41.7</b>
Direção-Geral da Saúde	24.8
Serviço Nacional de Saúde	7.0
Organização Mundial da Saúde	3.1
Governo/Ministério da Saúde	3.1
Fontes oficiais em geral	2.2
Outras (e.g., Ordens profissionais, INFARMED)	1.5
<b>Meios de comunicação social</b>	<b>39.4</b>
Televisão	24.3
Comunicação social em geral	10.8
Jornais	3.2
Outros (e.g., rádio, publicidade)	1.1
<b>Profissionais de saúde</b>	<b>27.4</b>
Médicos	22.2
Profissionais de saúde em geral	3.2
Outros (e.g., enfermeiros, auxiliares de saúde, psicólogos)	2.0
<b>Internet, redes sociais e media digitais</b>	<b>19.7</b>
Internet (e.g., documentos online, jornais online, sites específicos)	17.7
Redes sociais (e.g., Facebook)	1.5
Telemóvel e aplicações (e.g., STAYAWAY COVID, podcasts)	0.5

FONTES DE INFORMAÇÃO	%
<b>Especialistas e cientistas</b>	<b>4.5</b>
<b>Fontes académicas e fóruns científicos</b>	<b>4.5</b>
<b>Contactos pessoais</b>	<b>3.1</b>
Familiares/amigos/conhecidos na área da saúde	1.6
Outros familiares amigos/conhecidos/colegas de trabalho	1.1
Pessoas já vacinadas	0.4
<b>Farmacêuticas</b>	<b>0.7</b>

Quando questionados sobre *'que outro(s) tipo(s) de informação seria importante para si receber sobre a vacina ou processo de vacinação contra a COVID-19, para além da informação a que já tem acesso?',* 12.5% dos inquiridos destacou aspetos relacionados com a **segurança, contraindicações e efeitos secundários da vacina** (e.g., reações, implicações futuras, grupos mais afetados pelos efeitos secundários), 10.5% indicou o **plano e processo de vacinação** (e.g., detalhes do programa, calendarização, logística, regras e critérios de prioridade, disponibilidade das vacinas, local, número de doses e tipo de vacina a ser administrada, consequências da recusa em tomar a vacina) e a **eficácia da vacina** (incluindo grau de proteção, evidências sobre a imunidade, durabilidade e/ou necessidade de vacinação periódica, eficácia perante diferentes variantes e para diferentes grupos populacionais, etc.) foi referida por 9.7% dos inquiridos (Figura 17).

## Tipos de informação

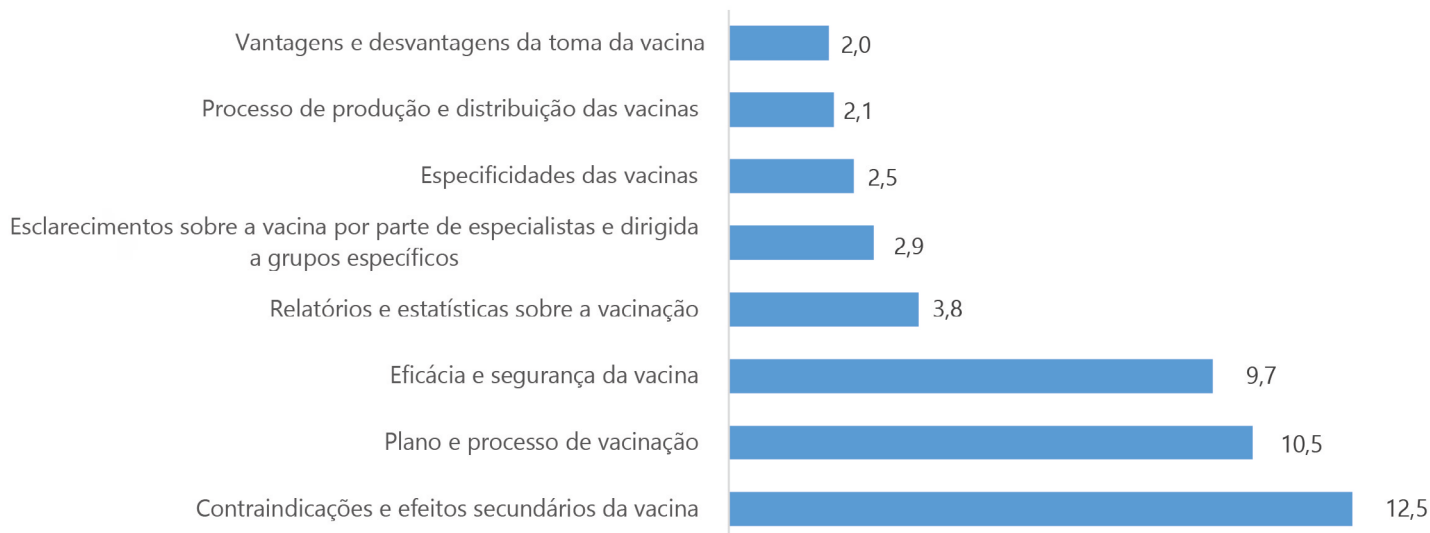


Figura 17. Tipos de informação que os inquiridos gostariam de receber sobre a vacina contra a COVID-19 e processo de vacinação

Com percentagens mais baixas, foi também identificado o interesse em obter mais informação sobre **relatórios e estatísticas sobre a vacinação** (incluindo taxa de sucesso, informação sobre casos de infeção/mortes, dados de grupos específicos, testemunho de pessoas que já tomaram a vacina, etc.; 3.8% dos inquiridos), **especificidades das vacinas** (e.g., componentes, formas de atuação, diferenças entre várias vacinas; 2.5%), sendo que 2.9% dos inquiridos gostaria de obter **esclarecimentos sobre a vacina por parte de especialistas** (informação/conselhos de profissionais e autoridades de saúde, linhas de apoio) e **dirigida a grupos específicos** (e.g., para técnicos, empresas, pessoas de grupos de risco, associada à amamentação). Por fim, 2.1.% revelaram interesse em conhecer melhor o **processo de produção e distribuição das vacinas** (e.g., desenvolvimento da vacina, processo de investigação, contratos com farmacêuticas), bem como as **vantagens e desvantagens da toma da vacina** (e.g., riscos, benefícios, consequências; 2%).

Relativamente à **consulta de informação sobre a vacina**, quase metade (47.5%) dos inquiridos referiu não ter visto nem consultado informação relacionada com a vacina na semana anterior (Figura 18). No polo oposto, 31.6% viram diariamente informação sobre este tema (3.8% consultaram mesmo mais do que uma vez por dia).

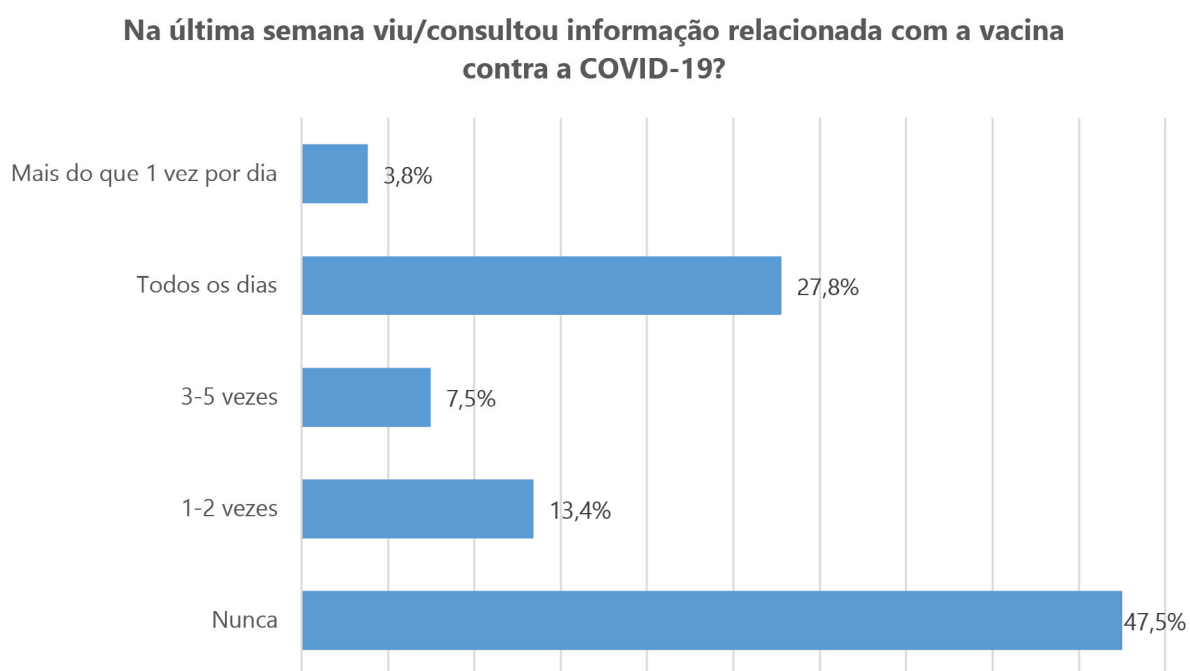


Figura 18. Frequência de consulta de informação relacionada com a vacina contra a COVID-19

A maioria da população (58.6%) dizia à data da inquirição que não tinha tido ainda **acesso a informação da DGS** sobre vacinação contra a COVID-19. Aqueles que tiveram acesso (41.4% do total da amostra), tenderam a reconhecer utilidade nessa informação ( $M = 8.0$ ;  $DP = 4.00$ ). Dois em cada três consideram essa informação como muito útil (respostas 8 a 10 na escala de 0 a 10).

## 5.4 Literacia em saúde

A maior parte dos inquiridos diz saber onde encontrar informação sobre a vacina, se necessário ( $M = 7.3$ ;  $DP = 3.32$ ). Ainda assim, 27.8% respondem nos pontos 0 a 5 da escala, manifestando desta forma desconhecer como poderão encontrar informação sobre a vacina (Figura 19).

**Se quiser saber mais sobre a vacina contra a COVID-19, eu sei como encontrar essa informação**

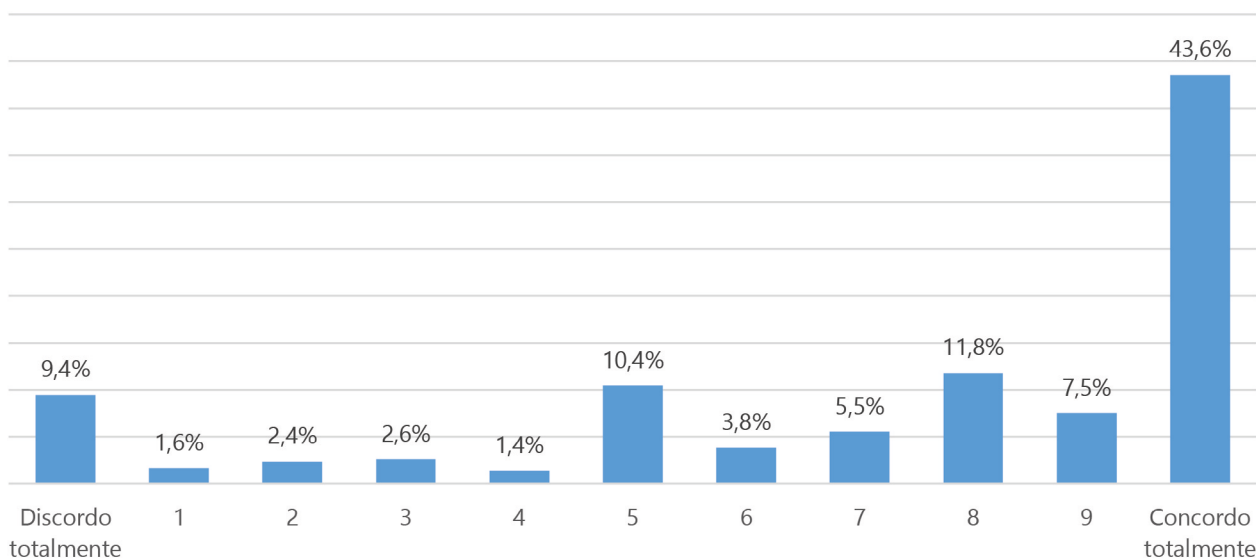


Figura 19. Facilidade de acesso à informação sobre a vacina da COVID-19

Os resultados indicam que, embora a informação sobre a vacina contra a COVID-19 seja clara para a maioria ( $M = 7.1$ ;  $DP = 2.64$ ), apenas 52.2% concordam fortemente (pontos 8 a 10 da escala) com a afirmação. Isto significa que há margem para tornar mais clara a informação e procurar chegar a, pelo menos, uma parte dos restantes 47.8% (Figura 20).

### A informação que está a ser disponibilizada sobre a vacina contra a COVID-19 é clara

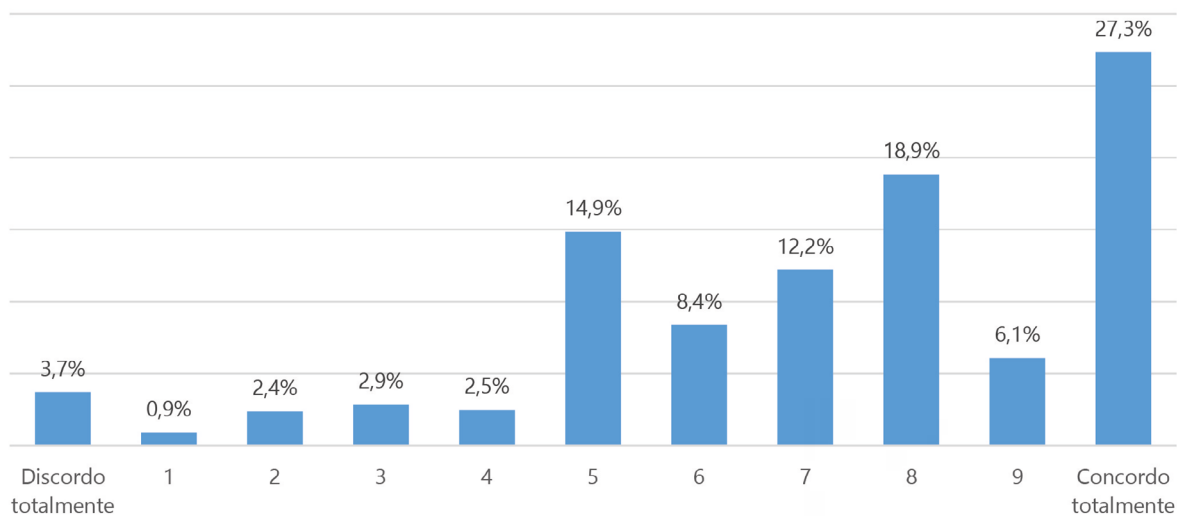


Figura 20. Perceção sobre a clareza da informação disponibilizada sobre a vacina da COVID-19

A maioria dos inquiridos (52.3%) concorda fortemente (8 a 10) com a afirmação *'Eu sei o suficiente sobre vacinas contra a COVID-19 para poder decidir, de forma informada, se irei ou não vacinar-me'* ( $M = 6.9$ ;  $DP = 2.97$ ). Ainda assim, 30.8% respondem nos pontos 0 a 5 da escala, revelando deste modo que não sabem o suficiente para poder tomar essa decisão de forma informada (Figura 21).

### Eu sei o suficiente sobre as vacinas contra a COVID-19 para poder decidir, de forma informada, se irei ou não vacinar-me

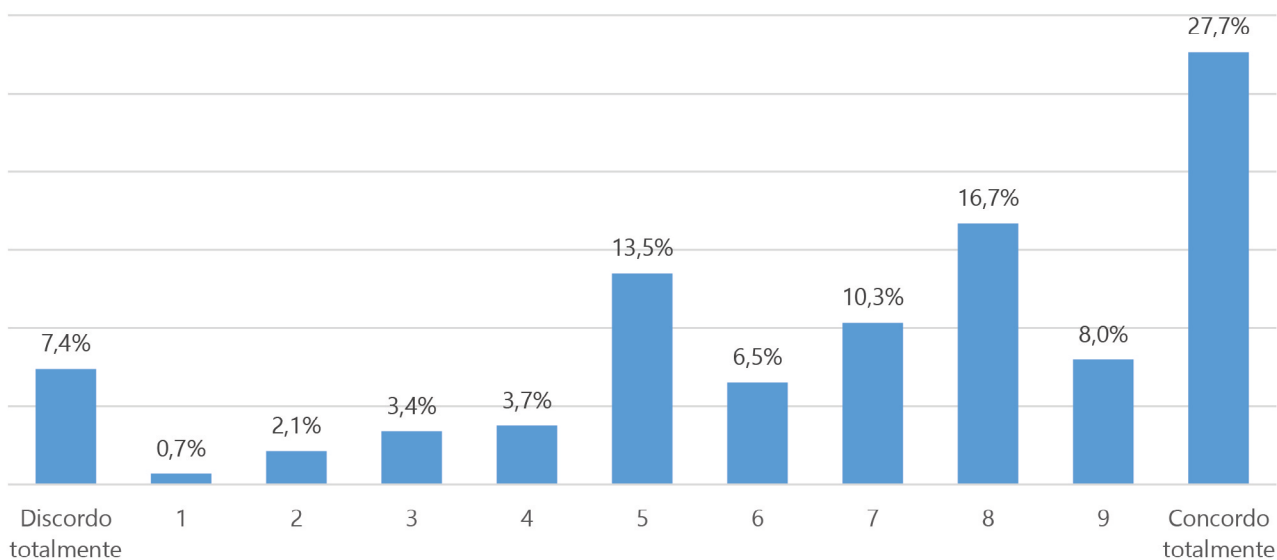


Figura 21. Perceção sobre deter a informação necessária para uma decisão informada sobre as vacinas contra a COVID-19

## 5.6 Confiança nas autoridades

Os resultados deste estudo mostram que a maioria da população confia plenamente da DGS no que diz respeito à proteção da saúde e segurança das pessoas em relação à COVID-19 ( $M = 7.6$ ;  $DP = 2.46$ ), com 60.5% dos inquiridos a concordar fortemente (i.e., 8 a 10) com a afirmação, e apenas 4.9% a discordar fortemente (i.e., 0 a 2).

Foi também perguntado aos participantes se confiavam *'plenamente nas autoridades no que diz respeito à proteção da saúde e segurança das pessoas em relação à COVID-19'*. O nível médio de confiança nas autoridades em geral é muito semelhante à confiança na DGS ( $M = 7.6$ ;  $DP = 2.35$ ), assim como a distribuição de respostas na escala de 0 a 10 (Figura 22).

**Confio plenamente nas autoridades no que diz respeito à proteção da saúde e segurança das pessoas em relação à COVID-19**

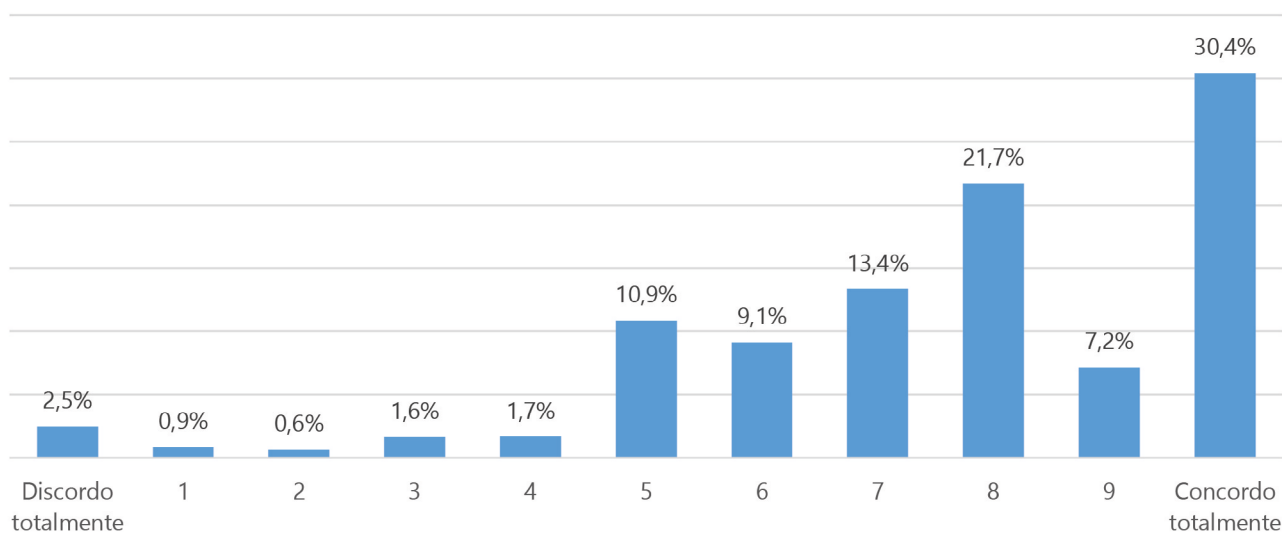


Figura 22. Confiança nas autoridades de saúde

## 5.7 Preditores da intenção de vacinação

A fim de apurar quais os preditores da intenção de vacinação, foi realizada uma regressão linear com cinco blocos de preditores (i.e., sociodemográficos, relacionados com a saúde, confiança nas autoridades, literacia e consulta de informação e crenças sobre a COVID-19 e vacinação). O último dos modelos estimados, com os cinco blocos, está descrito na Tabela 5.

Ao nível das variáveis sociodemográficas, revelaram ser preditores significativos da intenção de vacinação a **idade**, sendo esta maior em indivíduos mais velhos ( $\beta = .08$ ,  $p = .02$ ; explicando 0.30% da variância da intenção de vacinação), e em indivíduos que **residem com pessoas com mais de 65 anos** ( $\beta = .06$ ,  $p = .01$ ; 0.38% da variância).

Nenhum dos cinco preditores relacionados com a saúde considerados se mostrou significativo (i.e., ter tido um diagnóstico de COVID-19; ter familiar(es) que tenha(m) sido diagnosticado(s) com COVID-19; pertencer a pelo menos um grupo de risco para a COVID-19; autoperceção do estado de saúde; ou hesitação vacinal face a outras vacinas).

Já no que diz respeito à confiança nas autoridades<sup>1</sup> e literacia sobre a vacina contra a COVID-19<sup>2</sup>, apesar de se terem inicialmente revelado como preditores significativos da intenção de vacinação, os mesmos deixaram de ser significativos quando se acrescentaram os preditores relativos a crenças específicas sobre a COVID-19 e sobre a vacinação contra a COVID-19.

1 Confiança nas autoridades foi um índice construído com base nas variáveis 'Confio plenamente na Direção-Geral da Saúde no que diz respeito à proteção da saúde e segurança das pessoas em relação à COVID-19' e 'Confio plenamente nas autoridades no que diz respeito à proteção da saúde e segurança das pessoas em relação à COVID-19' (alfa de Cronbach = 0.86).

2 Literacia sobre a vacina da COVID-19 foi um índice construído com base nas variáveis 'Se quiser saber mais sobre a vacina contra a COVID-19, eu sei como encontrar essa informação' (acesso), 'A informação que está a ser disponibilizada sobre a vacina contra a COVID-19 é clara' (compreensão) e 'Eu sei o suficiente sobre as vacinas contra a COVID-19 para poder decidir, de forma informada, se irei ou não vacinar-me' (utilidade) (alfa de Cronbach = 0.72).

Tabela 5. Preditores da intenção de vacinação

Preditores	B	EP	$\beta$	R <sup>2</sup> Semi-parcial %
<b>Bloco 1: Sociodemográficos</b>				
Idade	.011	.004	<b>.081*</b>	<b>0.30</b>
Sexo	.132	.117	.028	0.07
Escolaridade: com ou sem ensino superior	.117	.143	.021	0.04
Nacionalidade	-.513	.269	-.047	0.19
Agregado menores	-.016	.119	-.003	0.00
Agregado +65	.361	.133	<b>.069**</b>	<b>0.38</b>
Contexto laboral	.154	.124	.030	0.08
<b>Bloco 2: Saúde</b>				
Diagnóstico de COVID-19	-.124	.195	-.016	0.02
Diagnóstico de COVID-19 familiares	-.025	.132	-.005	0.00
Grupo de risco	-.027	.126	-.006	0.00
Autoperceção do estado saúde	.010	.012	.019	0.04
Hesitação vacinal	.538	.287	.045	0.18
<b>Bloco 3: Confiança nas autoridades</b>				
Confiança nas autoridades	-.030	.030	-.028	0.05
<b>Bloco 4: Literacia e consulta de informação</b>				
Literacia sobre vacina contra a COVID-19	.043	.029	.042	0.12
Consultou informação sobre a vacina na última semana	.000	.044	.000	0.00
Viu informação da DGS	-.102	.121	-.021	0.04
<b>Bloco 5: Crenças sobre a COVID-19 e vacinação</b>				
Perceção de risco – preocupação próprio	.097	.037	<b>.091**</b>	<b>0.35</b>
Perceção de risco – preocupação familiares	-.042	.052	-.025	0.04
Perceção de risco – gravidade	.045	.025	.054	0.17
Perceção de risco – vulnerabilidade	.036	.026	.037	0.10
Já sou imune ao coronavírus	-.003	.020	-.005	0.00
Ceticismo	.005	.019	.007	0.00
As vacinas são importantes	.400	.049	<b>.221***</b>	<b>3.46</b>
Só pessoas de grupos de risco precisam	-.066	.018	<b>-.110***</b>	<b>0.69</b>
Manter outros comportamentos de prevenção	-.040	.026	-.038	0.12
Benefícios - Proteção individual	.064	.022	<b>.084**</b>	<b>0.44</b>
Benefícios - Proteção família	-.020	.030	-.020	0.02
Benefícios – Regresso à normalidade	.002	.031	.002	0.00
Benefícios – Ficaria menos preocupado	.072	.021	<b>.097***</b>	<b>0.59</b>
Barreiras – É seguro	.264	.035	<b>.262***</b>	<b>3.06</b>
Barreiras – Efeitos secundários	-.028	.022	-.036	0.08
Barreiras – Não durar muito tempo	-.065	.027	<b>-.073*</b>	<b>0.31</b>
Barreiras – Novas variantes	.019	.025	.022	0.03
Barreiras – Vacina não irá infetar-me	.005	.019	.008	0.00
Barreiras – Prefiro ficar imune pela doença	-.059	.020	<b>-.091**</b>	<b>0.46</b>
Barreiras – vacina muito recente	-.038	.022	-.053	0.16
Barreiras – Será difícil	.011	.020	.014	0.01
Arrendimento antecipado	.059	.019	<b>.083**</b>	<b>0.49</b>
Normal social	-.067	.032	-.055*	0.24
Recomendação médica	.250	.033	<b>.223***</b>	<b>2.99</b>
	R <sup>2</sup> ajustado	.614		
	F (40,691)	30.065***		

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

As **crenças sobre a COVID-19 e vacinação contra a COVID-19** que se revelaram **positivamente associadas** à intenção de vacinação foram 'preocupa-me poder vir a ter COVID-19' ( $\beta = .09$ ,  $p = .01$ ; explicando 0.35% da variância da intenção de vacinação), 'as vacinas são importantes para prevenir doenças' ( $\beta = .22$ ,  $p < .001$ ; 3.46% da variância), 'se tomar a vacina ficarei protegido contra a COVID-19' ( $\beta = .08$ ,  $p < .01$ ; 0.44% da variância), 'se tomar a vacina ficarei menos preocupado(a) com a COVID-19' ( $\beta = .10$ ,  $p = .001$ ; 0.59% da variância), 'considero que é seguro tomar a vacina contra a COVID-19' ( $\beta = .26$ ,  $p < .001$ ; 3.06% da variância), 'se não me vacinar e acabar por ter COVID-19, vou arrepende-me por não me ter vacinado' ( $\beta = .08$ ,  $p < .01$ ; 0.49% da variância), 'se a vacina for recomendada pelo meu médico, eu irei tomar a vacina' ( $\beta = .22$ ,  $p < .001$ ; 2.99% da variância).

Já as **crenças sobre a COVID-19 e vacinação contra a COVID-19** que se revelaram **negativamente associadas** à intenção de vacinação foram 'só as pessoas que pertencem a grupos de risco precisam de ser vacinadas contra a COVID-19' ( $\beta = -.11$ ,  $p < .001$ ; 0.69% da variância), 'o mais certo é a proteção contra a COVID-19 não durar muito tempo' ( $\beta = -.07$ ,  $p = .02$ ; 0.31% da variância), 'prefiro ficar imune por ter COVID-19 do que por tomar a vacina' ( $\beta = -.06$ ,  $p < .01$ ; 0.46% da variância).

Abaixo apresenta-se um quadro-síntese das **barreiras e facilitadores** da intenção de vacinação contra a COVID-19 que foram identificados (Tabela 6).

Tabela 6. Barreiras e facilitadores da vacinação

	Facilitadores	Barreiras
<b>Sociodemográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Idade</li> <li>Residir com pessoas + 65 anos</li> </ul>	
<b>Crenças sobre COVID-19 e vacina contra a COVID-19</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceção de segurança ('considero que é seguro tomar a vacina contra a COVID-19')</li> <li>Recomendação médica ('se a vacina for recomendada pelo meu médico, eu irei tomar a vacina')</li> <li>Atitude geral positiva sobre as vacinas ('as vacinas são importantes para prevenir doenças')</li> <li>Perceção de benefícios ('se tomar a vacina ficarei protegido contra a COVID-19'; 'se tomar a vacina ficarei menos preocupado(a) com a COVID-19')</li> <li>Perceção de risco ('preocupa-me poder vir a ter COVID-19')</li> <li>Arrependimento antecipado ('se não me vacinar e acabar por ter COVID-19, vou arrepende-me por não me ter vacinado')</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Falta de conhecimento ('só as pessoas que pertencem a grupos de risco precisam de ser vacinadas contra a COVID-19')</li> <li>Atitude negativa sobre a vacina ('prefiro ficar imune por ter COVID-19 do que por tomar a vacina')</li> <li>Perceção de barreiras ('o mais certo é a proteção contra a COVID-19 não durar muito tempo')</li> </ul>

Nota: Dentro de cada bloco (i.e., sociodemográficos e crenças sobre COVID-19 e vacina contra a COVID-19) os preditores são apresentados por ordem decrescente de relevância no que diz respeito à variância explicada.

# 6. Principais conclusões

## 6.1 Intenção de vacinação

- A grande maioria dos inquiridos (79.2%) indicou ter intenção de se vacinar contra a COVID-19 à data da realização do estudo. A intenção de vacinação foi superior em pessoas acima dos 55 anos e entre os que têm pessoas com mais de 65 anos no seu agregado familiar.
- A hesitação vacinal (16.7%) foi superior entre indivíduos na faixa etária dos 16-24 anos, com o 9º ou 12º ano de escolaridade, que não pertencem a grupos de risco e entre os que estão em teletrabalho ou a estudar a partir de casa.
- A recusa da vacina (4.1%) foi superior na faixa etária dos 45 aos 54 anos e entre indivíduos de outra nacionalidade que não a portuguesa.

## 6.2 Preditores da intenção de vacinação

- Nenhuma das variáveis relacionadas com o estado de saúde consideradas (i.e., o próprio ou familiares terem tido um diagnóstico de COVID-19; pertencer a pelo menos um grupo de risco para a COVID-19; autoperceção do estado de saúde; hesitação vacinal face a outras vacinas) revelou ser preditora da intenção de vacinação.
- Quando consideradas as crenças sobre a COVID-19 e sobre a vacina contra a COVID-19, apenas a idade e ter pessoas com mais de 65 anos no agregado familiar se mantiveram preditoras da intenção de vacinação. As restantes variáveis sociodemográficas consideradas, bem como a confiança nas autoridades e literacia sobre a vacina contra a COVID-19, deixaram de ser explicativas da intenção de vacinação quando consideradas as crenças específicas.
- Seguir as recomendações médicas no que diz respeito à toma da vacina, a crença de que as vacinas são seguras, de que são importantes para prevenir doenças, de que são eficazes na proteção contra a COVID-19, bem como as expectativas sobre as consequências emocionais de ser-se vacinado ('ficarei menos preocupado') ou de não se ser vacinado ('vou arrependerm-me'), e a perceção de risco face à COVID-19 revelaram-se positivamente associadas à intenção de vacinação.
- Contrariamente, a crença de que só as pessoas que pertencem a grupos de risco precisam de ser vacinadas contra a COVID-19, de que a proteção conferida pela vacina não durará muito tempo, assim como a preferência por se ficar imune contra a COVID-19 por ter a doença e não por ser-se vacinado, revelaram-se negativamente associadas à intenção de vacinação.

## 6.3 Fontes de informação

- As fontes de informação sobre a COVID-19 e sobre a vacina em quem os indivíduos mais confiam são as fontes oficiais (com destaque para a Direção-Geral da Saúde), seguido dos meios de comunicação social e dos profissionais de saúde. Apesar de a internet ter sido uma fonte referida por quase um quinto dos inquiridos, as redes sociais foram referidas por apenas 1.5% enquanto fonte de informação de confiança sobre este tema.

# 7. Recomendações

## 7.1 Comunicar para quem?

- A comunicação sobre a vacina contra a COVID-19 deverá **dirigir-se a toda a população**, mas com mensagens adaptadas em função do público-alvo. Devem sobretudo ser considerados como **alvos prioritários desta comunicação** as faixas etárias mais jovens (i.e., indivíduos até aos 55 anos), indivíduos que não tenham habilitações superiores, indivíduos de outras nacionalidades, indivíduos que não pertencem a grupos de risco e pessoas que se encontrem em teletrabalho (ou a estudar a partir de casa).

## 7.2 Comunicar o quê?

- Destaca-se como potencialmente relevante a comunicação que possa contribuir para reforçar a perceção de que as **vacinas são seguras e eficazes** na proteção do próprio, nomeadamente quando esta é feita pelos **profissionais de saúde** e autoridades de saúde competentes. Algumas recomendações específicas poderão ser consultadas aqui: <https://covid19.min-saude.pt/vacinacao/>
- Deverá também ser fornecida informação que ajude a **clarificar algumas falsas crenças**, nomeadamente de que só as pessoas que pertencem a grupos de risco precisam de ser vacinadas contra a COVID-19 ou de que é preferível ficar-se imune por se ter a doença do que por se tomar a vacina.
- Poderão adicionalmente ser salientadas as **consequências emocionais positivas** de ser-se vacinado, embora a abordagem deva ser testada, de modo a que as mensagens sejam consideradas credíveis e num tom que não seja entendido como paternalista.
- Será também importante ter em consideração que estas crenças poderão oscilar em função de novas informações (fidedignas ou não) que possam vir a circular em torno da vacinação contra a COVID-19, pelo que se recomenda a sua monitorização periódica e consequentes ajustes na comunicação.



# Referências

- Battaglia, M., Izrael, D., Hoaglin, D. C. & Frankel, M. (2004). Tips and Tricks for Raking Survey Data (Aka Sample Balancing). American Association of Public Opinion Research.
- COCONEL Group. (2020). A future vaccination campaign against COVID-19 at risk of vaccine hesitancy and politicisation. *The Lancet. Infectious diseases*, 20(7), <https://doi.org/769-770>. 10.1016/S1473-3099(20)30426-6
- Dodd, R. H., Cvejic, E., Bonner, C., Pickles, K., & McCaffery, K. J. (2020). Willingness to vaccinate against COVID-19 in Australia. *The Lancet. Infectious Diseases*. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30559-4](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30559-4)
- Escola Nacional de Saúde Pública (2020). Barómetro analisa confiança dos portugueses na vacina contra a Covid-19. <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/barometro-analisa-confianca-dos-portugueses-na-vacina-contra-a-covid-19/>
- Figueiredo, A., Simas, C., Karafillakis, E., Paterson, P., & Larson, H. J. (2020). Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: a large-scale retrospective temporal modelling study. *The Lancet*, 396(10255), 898-908. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31558-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31558-0)
- Laires, P. A., & Nunes, C. (2020). Population-based Estimates for High Risk of Severe COVID-19 Disease due to Age and Underlying Health Conditions. *Acta medica portuguesa*, 33(11), 720-725. <https://doi.org/10.20344/amp.14222>
- Lehmann, B.A., Ruitter, R.A., Chapman, G., Kok, G., 2014. The intention to get vaccinated against influenza and actual vaccination uptake of Dutch healthcare personnel. *Vaccine*, 32 (51), 6986–6991. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2014.10.034>
- Malik, A. A., McFadden, S. M., Elharake, J., & Omer, S. B. (2020). Determinants of COVID-19 Vaccine Acceptance in the US. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.05.22.20110700>
- Mereckiene, J., Cotter, S., Weber, J. T., Nicoll, A., D'ancona, F., Lopalco, P. L., ... & Giambi, C. (2012). Influenza A (H1N1) pdm09 vaccination policies and coverage in Europe. *Eurosurveillance*, 17(4), 20064. <https://doi.org/10.2807/ese.17.04.20064-en>
- Nova SBE (2020). Estudo Nova SBE: portugueses menos confiantes na vacina contra o COVID-19. <https://www2.novasbe.unl.pt/pt/docentes-e-investigacao/destaques/research-news-detail/id/429/estudo-nova-sbe-portugueses-menos-confiantes-na-vacina-contra-o-covid-19>
- Organização Mundial de Saúde (2020a). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiA4o79BRBvEiwAjteoYPrkX119dxQ\\_QweuZ2yRg48M3pMN4x9YqsF4BDidRWhaajQ-ytHPrxoC7tQQAvD\\_BwE](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiA4o79BRBvEiwAjteoYPrkX119dxQ_QweuZ2yRg48M3pMN4x9YqsF4BDidRWhaajQ-ytHPrxoC7tQQAvD_BwE)
- Organização Mundial de Saúde (2020b). Coronavirus disease (COVID-19) – Questions & Answers. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>
- Organização Mundial de Saúde (2020c). COVID-19 and violence against older people. <https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-violence-against-older-people>

- PORDATA (2019). Indicadores de envelhecimento. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>
- Renner, B., Reuter, T., 2012. Predicting vaccination using numerical and affective risk perceptions: The case of A/H1N1 influenza. *Vaccine*, 30 (49), 7019–7026. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2012.09.064>
- Rhodes, A., Hoq, M., Measey, M. A., & Danchin, M. (2020). Intention to vaccinate against COVID-19 in Australia. *The Lancet Infectious Diseases*. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30724-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30724-6)
- Serviço Nacional de Saúde (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>









REPÚBLICA  
PORTUGUESA  
SAÚDE



SNS  
SERVIÇO NACIONAL  
DE SAÚDE



DGS  
UNION EUROPEA  
1899  
Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45  
1049-005 Lisboa - Portugal  
Tel.: +351 21 843 05 00  
Fax: +352 21 843 05 30  
E-mail: [geral@dgs.pt](mailto:geral@dgs.pt)  
[www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)



**Interreg**  
Espanha - Portugal



Fondo Europeo de Desarrollo Regional  
Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional