

2021

2º 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
 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.



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
www.dgs.pt

Publicado em Maio de 2021

Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. 2º 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

1. Resumo dos Resultados e Recomendações	6
2. Enquadramento	8
3. Objetivos do Estudo	9
4. Metodologia	10
4.1 Caracterização da amostra	12
5. Resultados	15
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
6. Principais conclusões	42
6.1 Intenção de vacinação	42
6.2 Preditores da intenção de vacinação	42
6.3 Fontes de informação	43
7. Recomendações	44
7.1 Comunicar para quem?	44
7.2 Comunicar o quê?	44

1. Resumo dos Resultados e Recomendações¹

	% INQUIRIDOS	PRINCIPALMENTE EM	RECOMENDAÇÃO
Intenção de vacinação contra a COVID-19	79	<p>Maior intenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pessoas >55 anos • Sem diferenças significativas relativamente à nacionalidade e escolaridade (contrariamente ao período anterior) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ações de comunicação e mobilização social para incremento de motivação para a vacinação em pessoas com <55 anos e com menores no agregado familiar. • Manutenção da motivação para a vacinação em pessoas >55 anos, com foco nos preditores positivos da intenção de vacinação.
Hesitação na vacinação contra a COVID-19	16.8	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas dos 16-24 anos 	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de estudos qualitativos com participantes dos 16-24 anos e pais de crianças dos 12-16 anos, com o objetivo de identificar motivos para a hesitação associada à vacinação.
Recusa da vacinação contra a COVID-19	4.2	<ul style="list-style-type: none"> • Pessoas com menores no agregado familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilização de profissionais de saúde enquanto agentes de comunicação com os cidadãos e fontes de informação fidedigna, para incremento de motivação para a vacinação, com particular foco no grupo etário dos 16-24 anos e nos pais de crianças entre 12 e 16 anos de idade.

¹ Inquérito realizado a uma amostra representativa da população portuguesa (n= 1013); margem de erro máximo associado de 3.1%, com um nível de confiança de 95%.

PREDITOR¹ DA INTENÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19	RELAÇÃO COM A INTENÇÃO (por ordem de importância)
Crença de que as vacinas são seguras	Positiva
Crença de que as vacinas são importantes para prevenir doenças	Positiva
Vacina ser recomendada por profissionais de saúde	Positiva
Crença de que se vai arrepender se não se tomar a vacina	Positiva
Preocupação com efeitos secundários	Negativa
Perceção de risco face à COVID-19 (preocupação com familiares poderem vir a ter/voltar a ter)	Positiva
Idade (mais velhos)	Positiva
Norma social (maioria das pessoas irá querer tomar a vacina)	Negativa
Crença de que as vacinas vão permitir o retorno à normalidade	Positiva
Sexo (masculino)	Positiva

¹ Preditores sociodemográficos assinalados a bold.

2. Enquadramento

Desde o seu início, a pandemia causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) regista já mais de 160 milhões de casos confirmados e mais de três milhões de mortes em todo o mundo (OMS, 2020). 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.

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. 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.

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 e de novas informações que surgem diariamente no que diz respeito a aspetos como a sua eficácia e segurança, torna-se fundamental monitorizar a intenção de vacinação e seus preditores ao longo do tempo. Esta informação será vital para informar estratégias de comunicação responsivas e adequadas, em cada momento, a diferentes segmentos da população. 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

O principal objetivo deste estudo prende-se com a monitorização da intenção de vacinação contra a COVID-19 e 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 adesão à vacinação, 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 -, identificando 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

O presente relatório apresenta os resultados da segunda vaga de um inquérito realizado entre os dias 23 de abril e 13 de maio de 2021. Os resultados da primeira vaga do inquérito, realizado entre os dias 22 de fevereiro e 2 de março de 2021, encontram-se descritos no primeiro relatório.

O universo alvo da segunda vaga do estudo era composto por pessoas entre os 16 e os 79 anos de idade, residentes em Portugal Continental, e que à data da inquirição não tinham ainda sido vacinadas contra a COVID-19. Foram inicialmente alvo de tentativas de contacto todos os inquiridos com idade inferior a 80 anos que responderam na primeira vaga e que nessa altura mostraram disponibilidade para voltarem a participar no estudo. No entanto, não foi possível voltar a contactar algumas dessas pessoas, sendo que outras recusaram participar na segunda vaga ou estavam já vacinadas.

O número total de inquiridos que responderam às duas vagas do inquérito foi de 316. Os restantes inquiridos desta segunda vaga 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 1771 pessoas pertencentes ao universo em estudo, das quais 1013 aceitaram participar, respondendo ao questionário até ao fim (i.e., taxa de resposta de 57%). A margem de erro máximo associado a uma amostra aleatória de 1013 inquiridos é de 3.1%, com um nível de confiança de 95%.

Responderam ao inquérito nesta segunda vaga 1013 pessoas entre os 16 e os 78 anos de idade [Média (M)= 46.14; Desvio-padrão (DP)=14.55], com a seguinte distribuição por escalões etários: 8.8% (16-24); 14.1% (25-34); 22.3% (35-44); 23.1% (45-54); 20.9% (55-64); 10.8% (65 ou mais). Do total de inquiridos, 52% era do sexo feminino, sendo que 31% residia na Região Norte, 19% no Centro, 40% na Área Metropolitana de Lisboa, 5% no Alentejo e 5% no Algarve.

Dado que a percentagem de vacinados na segunda vaga, particularmente nas faixas etárias mais velhas, era já considerável, o ponderador¹ usado para reequilibrar a amostra foi construído com base nas estimativas do INE para a distribuição da população por idade e região e na informação de número de vacinados por região e faixa etária, disponibilizada pela DGS no Relatório de vacinação com dados até 2 de maio de 2021.

Na **Tabela 1** apresentam-se as distribuições da amostra pré-ponderação (original) 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.

¹A utilização de um ponderador é uma técnica habitual para corrigir desvios que sempre resultam de amostras obtidas de forma completamente aleatória (Battaglia et al., 2004; Valliant et al., 2013). O ponderador é uma variável que, multiplicada pelas restantes, transforma as distribuições da amostra num conjunto de características (neste caso, idade e região) de forma a serem iguais a distribuições pré-definidas (neste caso, as estimativas do INE cruzadas com a informação da DGS).

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

	Original	Ponderada
Sexo		
Feminino	52.1%	51.8%
Masculino	47.9%	48.2%
Idade		
16-24	8.8%	14.8%
25-34	14.1%	15.5%
35-44	22.3%	20.4%
45-54	23.1%	20.6%
55-64	20.9%	18.2%
65+	10.8%	10.6%
Escolaridade		
<=2º ciclo	15.4%	14.8%
3º ciclo	14.0%	14.4%
Secundário e pós-secundário	30.2%	31.9%
Superior	40.4%	38.8%
Região		
Norte	31.2%	37.6%
Centro	18.9%	21.7%
A. M. Lisboa	40.1%	29.4%
Alentejo	4.9%	6.7%
Algarve	4.9%	4.6%

4.1 Caracterização da amostra

A amostra da segunda vaga deste estudo é composta por 1013 pessoas com idades compreendidas entre os 16 e os 78 anos de idade ($M=43.98$; $DP=15.57$), sendo a maioria do sexo feminino (51.8%), de nacionalidade portuguesa (94.3%) e residente na região Norte do país (37.6%). Quanto ao nível de escolaridade, mais de um terço dos participantes indicou ter o ensino superior (38.8%).

Dos 1013 participantes, apenas 35 (3.4%) se identificaram enquanto profissionais de saúde, referindo profissões tais como auxiliar de ação médica, técnico de saúde, socorrista, terapeuta da fala e técnico de análises clínicas. Apenas 12.7% dos participantes referiu já ter sido diagnosticado com a doença, tendo indicado uma baixa gravidade de sintomas, em média, de 3.33 ($DP=2.64$) numa escala de 0 (nada graves) a 10 (muito graves). Já 33.2% referiu ter familiares que foram diagnosticados com a doença, com uma moderada gravidade de sintomas, i.e., média de 4.30 ($DP=3.01$) na mesma escala.

No que diz respeito ao agregado familiar, mais de metade dos participantes não vivia com menores (57.7%), nem com pessoas acima dos 65 anos de idade (77.7%). Relativamente à perceção sobre o seu estado de saúde, numa escala de 0 (muito má) a 10 (muito boa) a classificação foi, em média, muito boa, de 8.43 ($DP=7.34$). A maioria dos participantes (67.9%) não faz parte dos grupos de risco para a COVID-19. A maioria dos participantes indicou nunca ter recusado nem adiado ser vacinado anteriormente (97.1%). A **Tabela 2** apresenta a descrição completa da caracterização sociodemográfica da amostra.

Tabela 2. Caracterização sociodemográfica da amostra ponderada (n=1013)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NÚMERO/PROPORÇÃO DA AMOSTRA N (%)
Idade	
16-24	150 (14.8%)
25-34	157 (15.5%)
35-44	206 (20.4%)
45-54	208 (20.6%)
55-64	184 (18.2%)
65+	107 (10.6%)
Sexo	
Feminino	525 (51.8%)
Masculino	488 (48.2%)
Escolaridade	
<=2º ciclo	150 (14.8%)
3º ciclo	146 (14.4%)
Secundário e pós-secundário	323 (31.9%)
Superior	393 (38.8%)
Profissional de Saúde	
Sim	35 (3.4%)
Não	978 (96.6%)
Nacionalidade	
Portuguesa	955 (94.3%)
Outra	58 (5.7%)

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	NÚMERO/PROPORÇÃO DA AMOSTRA N (%)
Região	
Norte	381 (37.6%)
Centro	220 (21.7%)
AML	298 (29.4%)
Alentejo	68 (6.7%)
Algarve	47 (4.6%)
Diagnosticado com COVID-19	
Sim	128 (12.7%)
Não	885 (87.3%)
Familiares diagnosticados com COVID -19	
Sim	337 (33.2%)
Não	673 (66.4%)
Não sei/ Prefiro não responder	3 (0.3%)
Menores no agregado familiar	
Sim	428 (42.3%)
Não	584 (57.7%)
Vive com pessoa de 65+	
Sim	226 (22.3%)
Não	787 (77.7%)
Grupo de Risco para a COVID-19	
Sim	325 (32.1%)
Não	687 (67.9%)

5. Resultados

5.1 Intenção de vacinação

A **intenção de vacinação**¹ contra a COVID-19 manteve-se elevada nesta segunda vaga, registando um valor de 8.71 (DP=2.33) numa escala de 0 a 10 (Figura 1), não sendo significativamente diferente da registada na primeira vaga (i.e., M=8.65; DP=2.36). A distribuição foi marcadamente assimétrica, com 79.0% (vs. 79.2% na primeira vaga) dos inquiridos a demonstrar intenção de adesão à vacinação (i.e., respostas entre 8 e 10), e com apenas 4.2% (vs. 4.1% na primeira vaga) a recusar a toma da vacina (i.e., respostas entre 0 e 2). A hesitação vacinal (i.e., respostas entre 3 e 7) manteve-se também estável, em 16.8% (vs. 16.7% na primeira vaga).

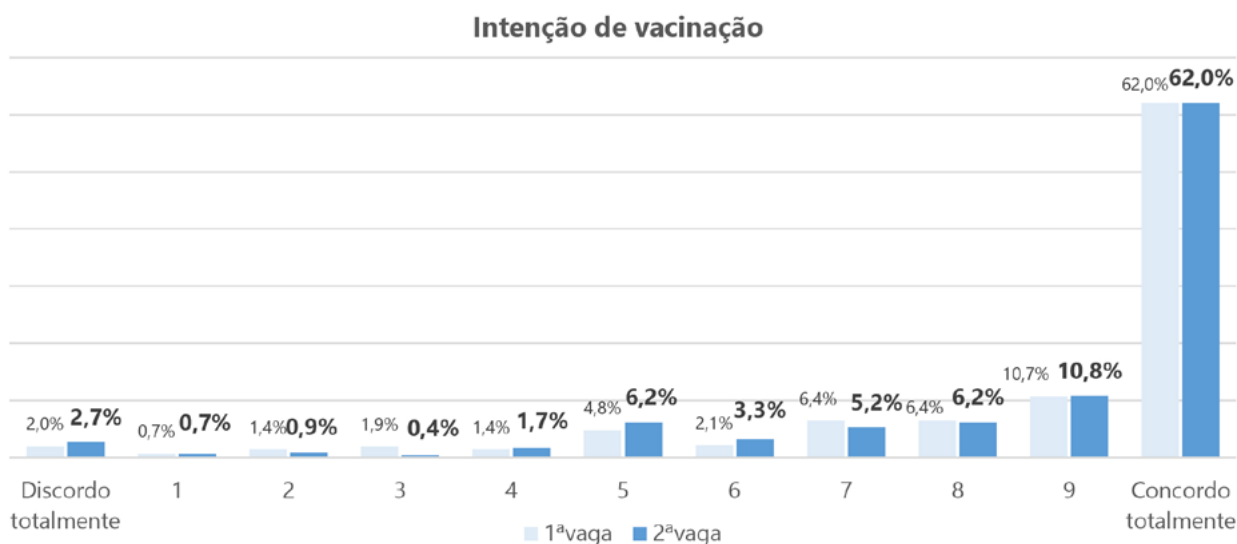


Figura 1. Intenção de vacinação contra a COVID-19

¹ A variável 'intenção de vacinação' foi criada através do nível de concordância com as afirmações 'Tenho intenção de vacinar-me contra a COVID-19' e 'Eu quero ser vacinado/a contra a COVID-19, assim que possível', numa escala de 0 (discordo totalmente) a 10 (concordo totalmente) [Alfa de Cronbach (2ª vaga) = 0.94].

Contrariamente aos resultados da primeira vaga, não se registaram diferenças quanto à intenção de vacinação em relação aos níveis de escolaridade, nem à nacionalidade dos inquiridos. Também não se registaram diferenças significativas em relação à maioria das restantes variáveis sociodemográficas analisadas, tais como sexo, ser profissional de saúde, ter sido diagnosticado (ou os familiares) com COVID-19, ou pertencer a um grupo de risco (**Tabela 3**).

Registaram-se, ainda assim, algumas diferenças significativas entre **escalões etários**, com níveis mais elevados de intenção de vacinação em pessoas mais velhas, nomeadamente na faixa etária acima dos 55 anos. O escalão dos 16-24 anos registou, à semelhança do resultado da primeira vaga, um nível de hesitação vacinal superior. Pessoas que referiram ter **menores no agregado familiar** registaram um nível de intenção inferior do que as pessoas sem menores no agregado, sendo esta diferença significativa. Relativamente ao **contexto de trabalho ou estudo**, pessoas que disseram trabalhar ou estudar em contacto com o público em geral ou colegas de trabalho / turma reportaram uma intenção de vacinação significativamente inferior quando comparadas com as pessoas que referiram não estar a trabalhar ou a estudar. Apesar de globalmente não existirem diferenças na intenção de vacinação por **regiões**, a frequência de hesitação vacinal registada em pessoas que vivem no Alentejo foi superior à esperada.

Tabela 3. Intenção de vacinação em função de variáveis sociodemográficas

		Intenção (N = 1013), M (DP)	valor p	Recusa (n = 43), n (%)	Hesitação (n = 170), n (%)	Adesão (n = 799), n (%)	valor p
TOTAL	Média (desvio-padrão)	8.71 (2.33)	-	0.68 (0.94)	5.86 (1.17)	9.75 (0.54)	<.001
Sexo	Homem	8.74 (2.21)	n.s.	16 (3.3%)	86 (17.7%)	385 (79.1%)	n.s.
	Mulher	8.68 (2.44)		27 (5.1%)	84 (16.0%)	414 (78.9%)	
Idade (anos)	16 – 24 anos	8.68 (2.16) ^{a,b,c}	<.001	4 (2.7%)	35 (23.3%)*	111 (74.0%)	<.01
	25 – 34 anos	8.35 (2.67) ^a		9 (5.7%)	33 (21.0%)	115 (73.2%)	
	35 – 44 anos	8.41 (2.62) ^a		13 (6.3%)	36 (17.4%)	158 (76.3%)	
	45 – 54 anos	8.61 (2.46) ^{a,b}		11 (5.3%)	33 (15.9%)	163 (78.7%)	
	55 – 64 anos	9.09 (1.89) ^{b,c}		4 (2.2%)	23 (12.5%)	157 (85.3%)	
	65+ anos	9.41 (1.52) ^c		1 (.9%)	10 (9.3%)	96 (89.7%)	
Nível de escolaridade	Instrução primária incompleta	9.01 (2.06)	n.s.	0 (.0%)	2 (16.7%)	10 (83.3%)	n.s.
	Instrução primária completa	8.93 (2.05)		2 (2.9%)	13 (18.6%)	55 (78.6%)	
	6º ano (2º ano liceal)	8.99 (1.81)		1 (1.5%)	11 (16.2%)	56 (82.4%)	
	9º ano (5º ano liceal)	8.70 (2.41)		6 (4.1%)	22 (15.1%)	118 (80.8%)	
	12º ano (7º ano liceal)	8.45 (2.56)		19 (5.9%)	64 (19.8%)	240 (74.3%)	
	Bacharelato ou Licenciatura	8.83 (2.24)		11 (3.9%)	42 (14.8%)	230 (81.3%)	
	Mestrado	8.81 (2.11)		3 (3.1%)	15 (15.3%)	80 (81.6%)	
Doutoramento	9.14 (2.69)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	11 (84.6%)			
Nacionalidade	Portuguesa	8.69 (2.34)	n.s.	41 (4.3%)	163 (17.1%)	750 (78.6%)	n.s.
	Outra	9.07 (2.14)		2 (3.4%)	7 (12.1%)	49 (84.5%)	
Profissionais de saúde	Sim	8.90 (2.33)	n.s.	1 (2.9%)	5 (14.7%)	28 (82.4%)	n.s.
	Não	8.70 (2.33)		41 (4.2%)	165 (16.9%)	771 (78.9%)	
NUTS II	Norte	8.89 (2.13)	n.s.	11 (2.9%)	56 (14.7%)	313 (82.4%)	14 n.s.
	Centro	8.73 (2.33)		10 (4.6%)	39 (17.8%)	170 (77.6%)	
	Área Metropolitana de Lisboa	8.63 (2.51)		18 (6.0%)	46 (15.4%)	234 (78.5%)	
	Alentejo	8.14 (2.29)		1 (1.5%)	20 (29.4%)*	47 (69.1%)	
	Algarve	8.52 (2.62)		3 (6.4%)	9 (19.1%)	35 (74.5%)	
Diagnóstico COVID-19 Próprio	Sim	8.72 (2.26)	n.s.	4 (3.1%)	23 (18.0%)	101 (78.9%)	n.s.
	Não	8.71 (2.34)		39 (4.4%)	146 (16.5%)	698 (79.0%)	
Diagnóstico COVID-19 Familiares	Sim	8.62 (2.44)	n.s.	14 (4.2%)	60 (17.9%)	262 (78.0%)	n.s.
	Não	8.75 (2.28)		29 (4.3%)	110 (16.3%)	534 (79.3%)	
Agregado familiar Menores	Sim	8.44 (2.66)	<.01	26 (6.1%)	81 (18.9%)	321 (75.0%)	<.01
	Não	8.91 (2.03)		17 (2.9%)	88 (15.1%)	478 (82.0%)	
Agregado familiar Pessoas com 65+	Sim	8.93 (2.02)	n.s.	5 (2.2%)	36 (16.0%)	184 (81.8%)	n.s.
	Não	8.65 (2.41)		37 (4.7%)	134 (17.1%)	614 (78.2%)	
Contexto de trabalho / estudo	Com pacientes ou outras pessoas de risco	9.14 (2.11) ^{a,b}	<.05	0 (.0%)	3 (16.7%)	15 (83.3%)	n.s.
	Com crianças ou jovens	9.34 (2.04) ^{a,b}		1 (5.3%)	0 (.0%)	18 (94.7%)	
	Com público em geral ou colegas de trabalho / turma	8.48 (2.55) ^a		27 (5.4%)	96 (19.3%)	375 (75.3%)	
	A trabalhar / estudar a partir de casa	8.85 (2.09) ^{a,b}		8 (3.8%)	30 (14.2%)	174 (82.1%)	
	Não está a trabalhar / estudar	8.96 (2.06) ^b		7 (2.7%)	41 (15.5%)	216 (81.8%)	
Pertença a grupo de risco	Sim	8.56 (2.47)	n.s.	16 (4.9%)	64 (19.7%)	245 (75.4%)	n.s.
	Não	8.78 (2.26)		27 (3.9%)	106 (15.5%)	553 (80.6%)	

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

De um modo global, registou-se uma redução na perceção de risco entre a primeira e a segunda vaga (ver **Figura 2** e **Tabela 4**). É, no entanto, de notar que a amostra da segunda vaga não inclui pessoas acima de 80 anos ou que já tivessem sido vacinadas, o que poderá contribuir para estas diferenças. Quando comparadas estas perceções entre indivíduos que responderam nos dois momentos de inquirição (i.e., amostra longitudinal, n=316), apenas a preocupação com os familiares poderem vir a ter COVID-19 baixou entre a primeira e a segunda vaga.

A preocupação em relação à possibilidade de vir a ter COVID-19 manteve-se alta (M=8.64; DP=2.40), mas foi significativamente mais baixa em relação à reportada na 1ª vaga, assim como a preocupação em relação aos familiares poderem vir a ter COVID-19 (M=9.38; DP=1.48), que, como referido, também baixou de forma significativa nos inquiridos que responderam nas duas vagas

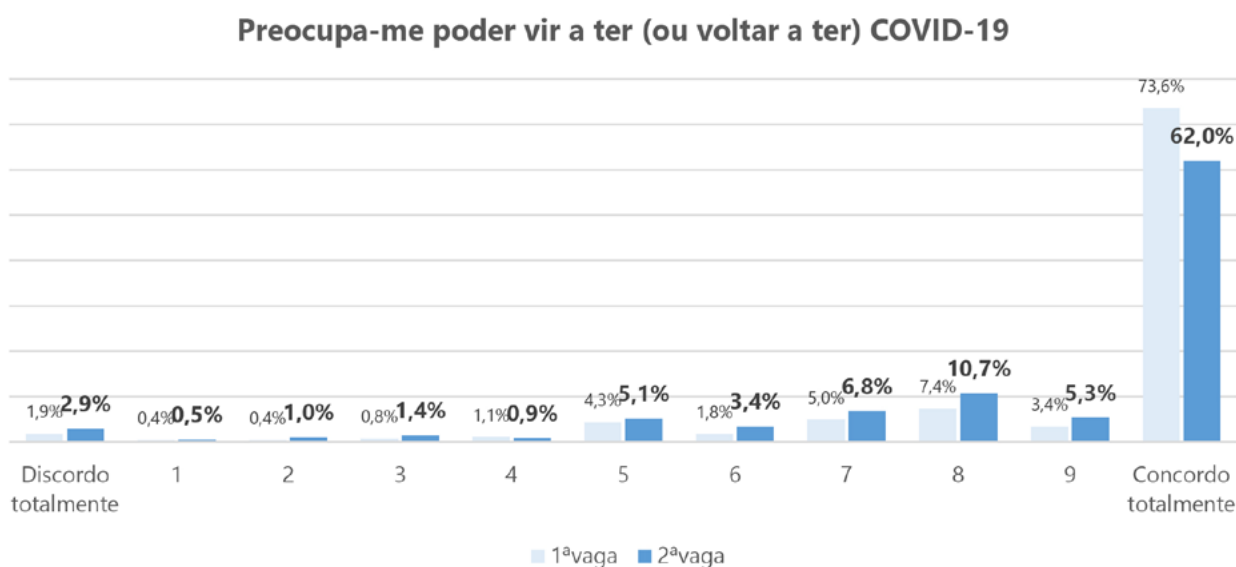


Figura 2. Perceção de risco geral em relação a vir a ter COVID-19

A perceção sobre a gravidade da doença baixou também significativamente entre a primeira e a segunda vaga, assim como a perceção de vulnerabilidade em relação à doença (ver **Tabela 4**).

Tabela 4. Comparação de médias das respostas dos inquiridos na 1ª e 2ª vaga, considerando a amostra longitudinal e amostras independentes

	Amostra Longitudinal (n= 316)					Amostras Independentes (1ª vaga n = 1091; 2ª vaga n=1013)				
	1ª Vaga		2ª Vaga		Valor p	1ª Vaga		2ª Vaga		Valor p
	Média	DP	Média	DP		Média	DP	Média	DP	
Intenção	8.60	2.52	8.63	2.50	n.s.	8.73	2.31	8.72	2.35	n.s.
Vacinas são importantes	9.55	1.25	9.55	1.24	n.s.	9.51	1.27	9.51	1.30	n.s.
Perceção de risco – preocupação próprio	8.80	2.17	8.75	2.21	n.s.	8.95	2.09	8.64	2.40	<.01
Perceção de risco – preocupação familiares	9.47	1.33	9.28	1.40	<.05	9.48	1.41	9.38	1.48	n.s.
Perceção de risco – gravidade	7.28	2.81	7.33	2.79	n.s.	7.57	2.80	7.14	2.93	<.001
Perceção de risco – vulnerabilidade	6.86	2.36	6.93	2.32	n.s.	7.10	2.49	6.88	2.38	<.05
Já sou imune ao coronavírus	2.31	3.06	2.50	3.01	n.s.	2.34	3.17	2.68	3.15	<.05
Ceticismo	3.48	3.43	3.56	3.31	n.s.	3.77	3.67	3.61	3.41	n.s.
Só pessoas de grupos de risco precisam	2.47	3.61	2.58	3.50	n.s.	2.80	3.80	2.49	3.47	n.s.
Manter outros comportamentos de prevenção	8.98	2.19	9.07	1.88	n.s.	8.96	2.19	8.92	2.24	n.s.
Benefícios - Proteção individual	6.64	2.81	6.61	2.73	n.s.	6.58	3.00	6.65	2.80	n.s.
Benefícios - Proteção família	8.60	2.27	8.50	2.28	n.s.	8.41	2.47	8.42	2.37	n.s.
Benefícios - Proteção utentes	7.00	2.28	8.67	.82	n.s.	8.14	2.42	8.71	1.81	n.s.
Benefícios – Regresso à normalidade	8.02	2.33	8.19	2.03	n.s.	8.16	2.29	8.24	2.10	17.5
Benefícios – Ficaria menos preocupado	6.65	3.21	6.73	2.94	n.s.	6.84	3.17	6.82	2.96	n.s.
Barreiras – É seguro	8.07	2.56	8.00	2.49	n.s.	8.22	2.39	7.95	2.42	<.05
Barreiras – Efeitos secundários	6.54	3.00	6.96	2.74	<.05	6.73	3.02	6.78	2.97	n.s.
Barreiras – Não durar muito tempo	6.16	2.48	6.37	2.44	n.s.	6.26	2.57	6.12	2.61	n.s.
Barreiras – Novas variantes	6.19	2.66	6.32	2.58	n.s.	6.33	2.70	6.24	2.67	n.s.
Barreiras – Vacina não irá infetar-me	6.72	3.45	6.51	3.41	n.s.	6.57	3.35	6.43	3.38	n.s.
Barreiras – Prefiro ficar imune pela doença	2.48	3.39	2.63	3.38	n.s.	2.95	3.61	2.83	3.52	n.s.
Barreiras – vacina muito recente	6.10	3.18	6.26	3.24	n.s.	6.26	3.27	6.36	3.26	n.s.
Arrependimento antecipado	7.24	3.57	7.96	3.14	<.001	7.54	3.40	8.14	2.95	<.001
Normal social	8.12	1.86	8.19	1.76	n.s.	8.21	1.90	8.24	1.84	n.s.
Recomendação médica	8.97	2.27	8.85	2.34	n.s.	9.03	2.16	8.90	2.31	n.s.
Facilidade de acesso à informação	7.81	2.82	8.42	2.37	<.001	7.55	3.12	8.09	2.75	<.001
Clareza da informação	6.94	2.50	7.26	2.70	<.05	6.99	2.60	7.10	2.73	n.s.
Utilidade / aplicação da informação	7.03	2.88	7.39	2.60	<.05	6.96	2.90	7.30	2.72	<.01
Confiança na DGS	7.54	2.24	7.89	2.11	<.001	7.47	2.42	7.73	2.30	<.01
Confiança nas autoridades	7.43	2.13	7.90	1.92	<.001	7.47	2.30	7.73	2.22	<.01

A maioria, 66.9% (vs. 75.5% na 1ª vaga), considerou que poderia ter complicações graves se tivesse COVID-19 (i.e., respostas entre 6 e 10). Contrariamente, um total de 16.5% dos inquiridos (vs. 11.8% na 1ª vaga) não considerou que poderia ter complicações graves e 16.6% não concordou nem discordou com a afirmação (vs. 12.7% na 1ª vaga; respostas entre 0 e 4) (**Figura 3**).

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

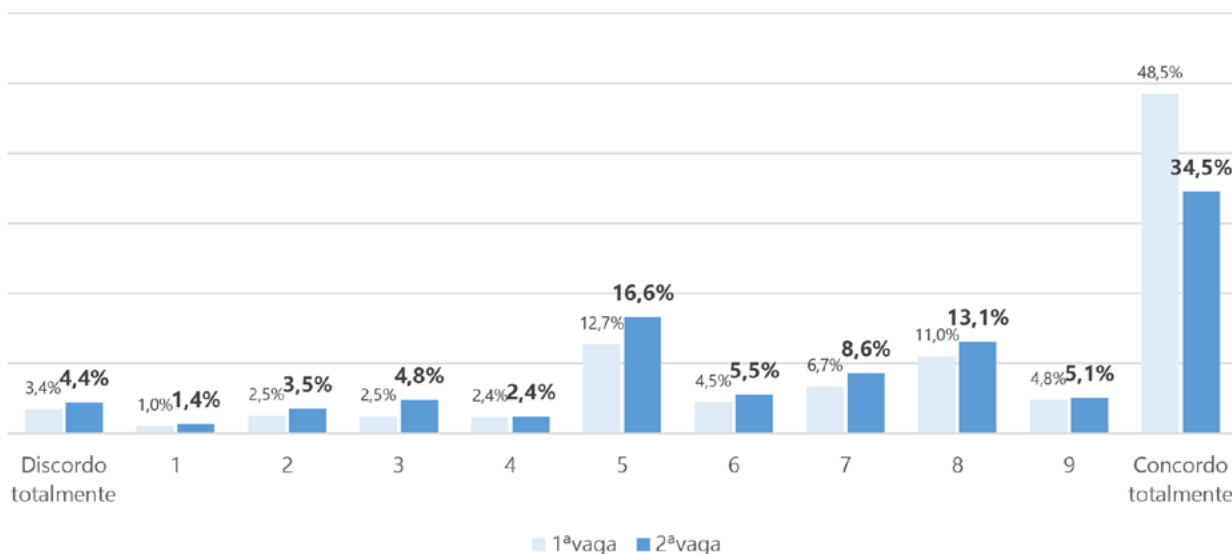


Figura 3. Perceção de vulnerabilidade face à COVID-19

Relativamente à afirmação ‘acredito que já sou imune ao coronavírus’, a maioria (68.5%) mostrou-se em desacordo (i.e., respostas entre 0 e 4 numa escala de 0 ‘discordo totalmente’ a 10 ‘concordo totalmente’), 14.8% dos inquiridos referiu não concordar nem discordar, sendo que 16.8% 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 ($M=4.0$; $DP=3.28$) em relação às que não tiveram ($M=2.45$; $DP=3.08$), $p < .001$.

5.2.2 Ceticismo

Não se registaram oscilações significativas no que diz respeito ao ceticismo, quer na comparação das duas amostras (1ª e 2ª vaga), quer na comparação das médias de resposta a esta questão entre indivíduos que responderam nas duas vagas (ver **Tabela 4**).

A maioria dos inquiridos (59.2%) discordou totalmente ou em parte (i.e., respostas entre 0 e 4) com a afirmação ‘os riscos associados à COVID-19 estão a ser exagerados’, sendo que 26.2% (vs. 36.6% na 1ª vaga) concordou totalmente ou em parte com esta afirmação (i.e., respostas entre 6 e 10). Os restantes 14.7% (vs. 10.6% na 1ª vaga) não concordaram nem discordaram (**Figura 4**).

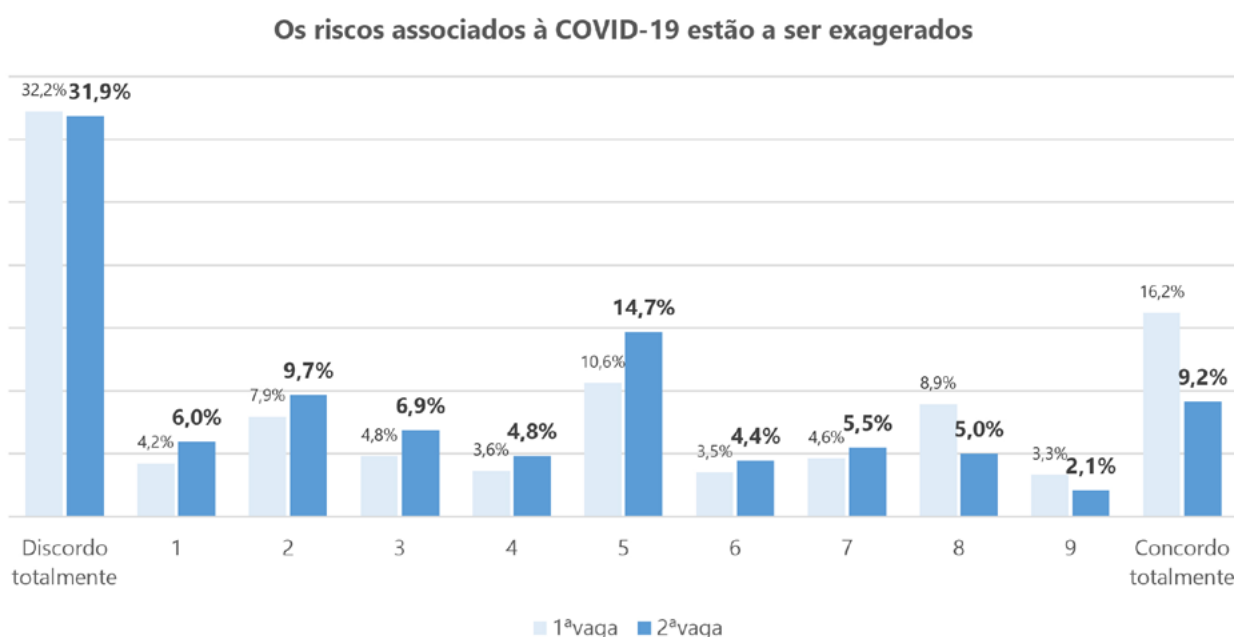


Figura 4. Ceticismo em relação aos riscos associados à COVID-19

5.2.3 Conhecimento

A grande maioria dos inquiridos (86.5% na 1ª vaga; 85.1% na 2ª vaga) 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)’, sendo que não houve oscilação significativa a este respeito nas duas vagas.

Já em relação à ideia de que apenas as pessoas que pertencem a grupos de risco necessitam de ser vacinadas contra a COVID-19, registou-se uma diferença significativa entre a primeira (M=2.80; DP=3.80) e a segunda vaga (M=2.49; DP=3.47). A maioria dos inquiridos na segunda vaga (67.0%) discordou fortemente (i.e., 0 a 2) desta afirmação, sendo que apenas 14.6% (vs. 26.1% na 1ª vaga) concordou fortemente com a mesma (i.e., 8 a 10) (**Figura 5**).

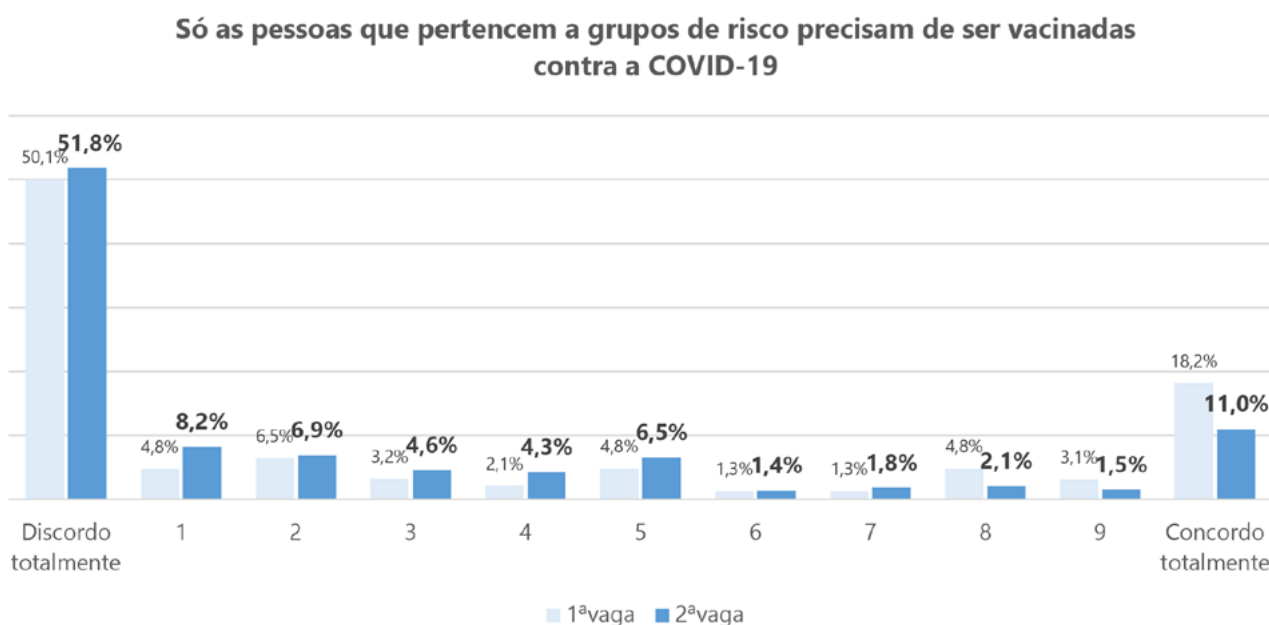


Figura 5. Conhecimento sobre quem deve ser vacinado

5.2.4 Benefícios percebidos

No que diz respeito aos benefícios percebidos em relação à vacinação, os resultados mantiveram-se estáveis entre os dois momentos de inquirição¹ (ver Tabela 4).

De uma forma geral, os benefícios relativos à proteção dos outros (i.e., 'estarei a proteger a minha família' e 'estarei a proteger os meus utentes'), assim como da possibilidade de a vacinação permitir o regresso da vida à normalidade, obtiveram pontuações mais elevadas do que as crenças relativas aos benefícios para o próprio (i.e., 'ficarei protegido contra a COVID-19', 'ficarei menos preocupado com a COVID-19').

A maioria dos inquiridos (64.8%, vs. 66.0% na 1ª vaga) 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. Ainda assim, 19.6% (vs. 17.2% na 1ª vaga) respondeu não concordar nem discordar desta afirmação e os restantes 15.6% (vs. 16.8% na 1ª vaga) referiram discordar totalmente ou em parte desta afirmação (i.e., responderam entre 0 e 4) (Figura 6).

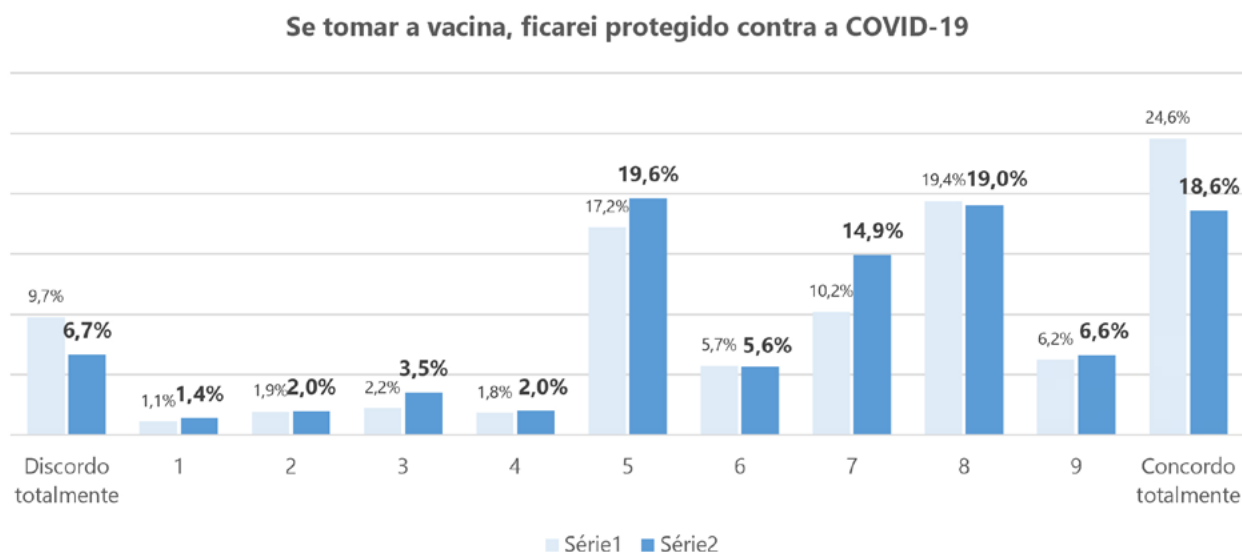


Figura 6. Crença sobre eficácia da vacina na proteção do próprio.

Relativamente à afirmação ‘a vacinação de todos contra a COVID-19 irá permitir o regresso da vida à ‘normalidade’, uma grande maioria (i.e., 88.6% vs. 86.0% na 1ª vaga) concordou totalmente ou em parte com esta afirmação, sendo que apenas 4.8% (vs. 5.5% na 1ª vaga) discordou totalmente ou em parte, o que revela que se mantém uma grande esperança em torno da vacinação no que diz respeito à resposta à pandemia (Figura 7).

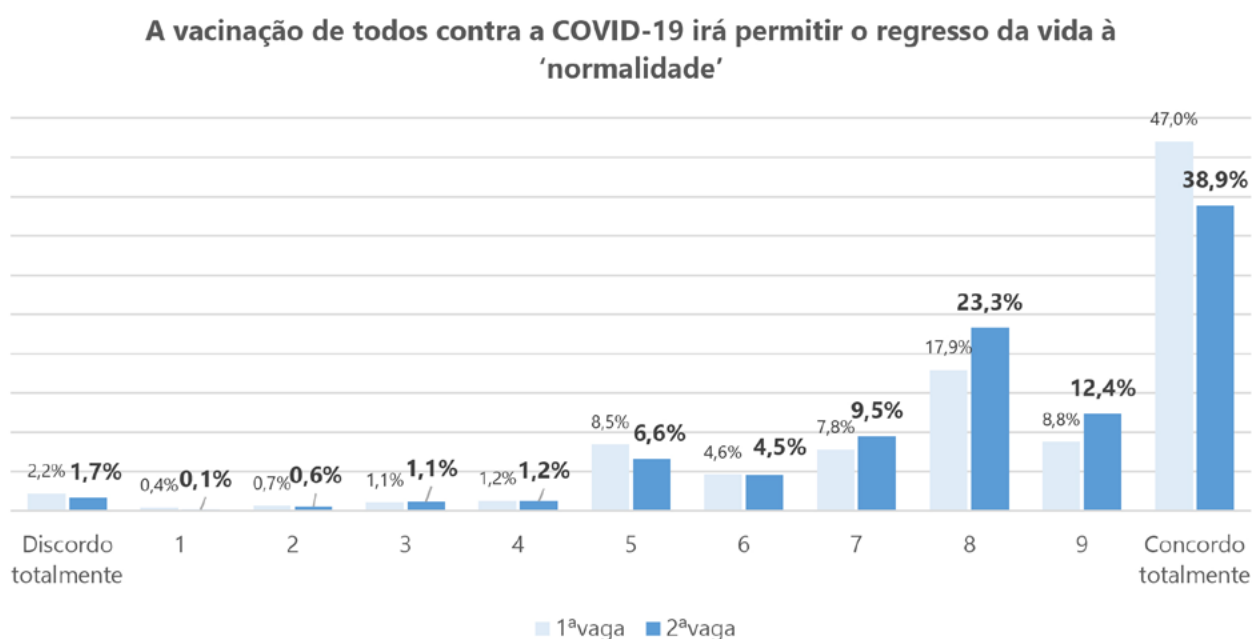


Figura 7. Crença sobre a possibilidade de a vacina permitir o regresso à normalidade.

5.2.5 Barreiras percebidas

Relativamente às barreiras percebidas, as únicas diferenças significativas entre as duas vagas registaram-se em relação à **confiança na vacina** e à preocupação em relação a **efeitos secundários**. Não se registaram diferenças significativas entre as duas vagas do questionário em relação a muitas das potenciais barreiras à vacinação (ver **Tabela 4**), tais como a preocupação pelo facto da vacina ser muito recente, preferir ficar imune por ter a doença do que por tomar a vacina, assim como as crenças de que a proteção conferida pela vacina não irá durar muito tempo, de que não oferece proteção contra novas variantes do vírus, ou de que se poderá infetar com o coronavírus por tomar a vacina.

A confiança na vacina reportada na segunda vaga foi ligeiramente inferior ($M=7.95$; $DP=2.42$) à reportada na primeira vaga ($M=8.22$; $DP=2.39$), sendo esta diferença estatisticamente significativa. Ainda assim, a grande maioria (81.3%, vs. 85.9% na 1ª vaga) concordou totalmente ou em parte (i.e., com pontuações entre os 6 e os 10) com a afirmação de que é seguro tomar a vacina contra a COVID-19, sendo que apenas 7.8% (vs. 6.4% na 1ª vaga) referiu discordar totalmente ou em parte sobre a segurança da mesma (**Figura 8**).

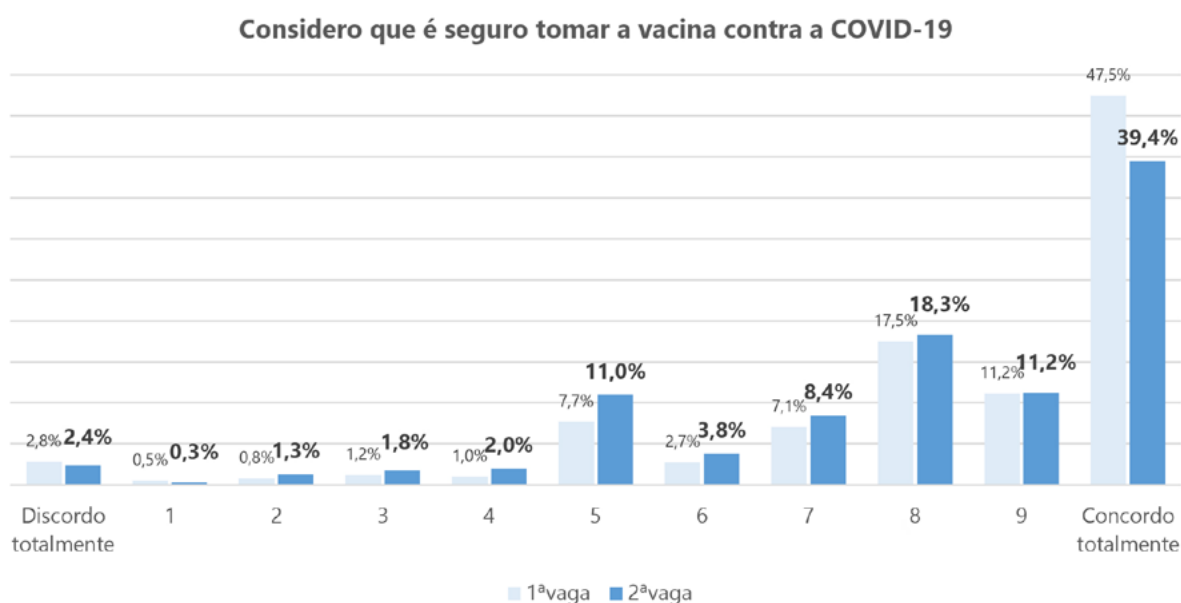


Figura 8. Crença sobre a segurança da vacina contra a COVID-19.

Apesar da confiança generalizada na segurança da vacina, a maioria dos inquiridos (66.4%, vs. 66.7% na 1ª vaga) referiu ficar preocupado com os efeitos secundários que a vacina contra a COVID-19 possa ter. Ainda assim, 20.4% referiu discordar totalmente ou em parte desta afirmação (**Figura 9**).

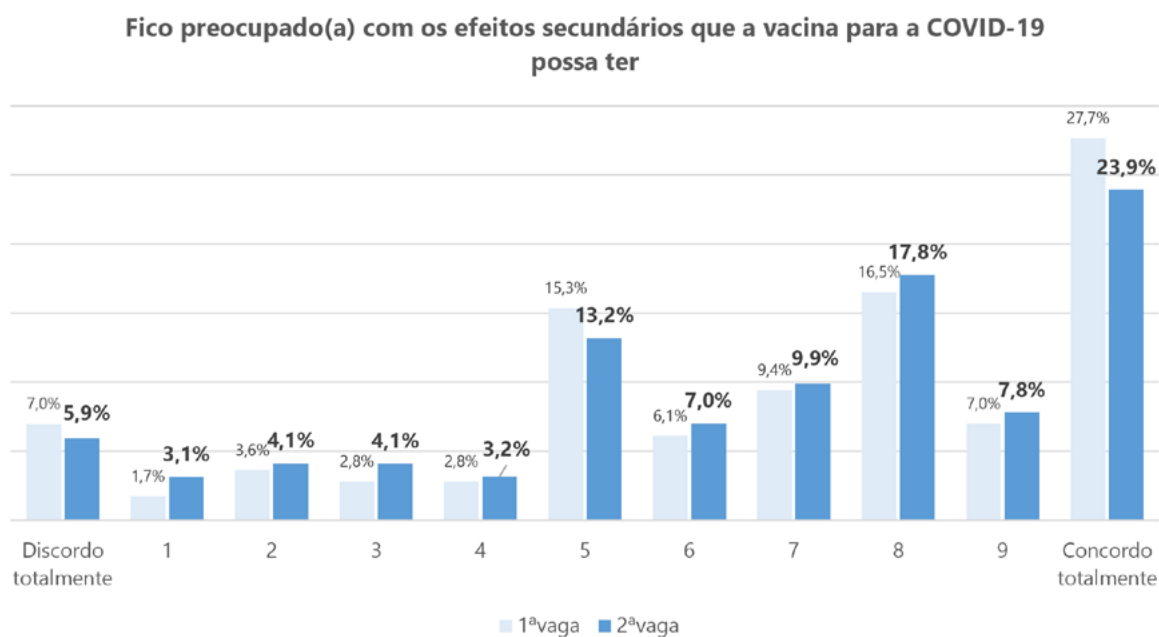


Figura 9. Crença sobre efeitos secundários da vacina contra a COVID-19.

A preocupação com os efeitos secundários da vacina aumentou também de forma significativa entre os indivíduos que responderam nos dois momentos de inquirição (i.e., amostra longitudinal, n=316; ver **Tabela 4**).

Tal como na primeira vaga, os inquiridos revelaram-se descrentes quanto à possibilidade de a vacina contra a COVID-19 poder conferir uma proteção de longo-prazo (52.7% vs. 57.2% na 1ª vaga), sendo que muitos demonstraram incerteza na resposta a esta questão (29.1% vs. 27.9% na 1ª vaga). Apenas 18.2% (vs. 14.9% na 1ª vaga) demonstraram alguma confiança de que a vacina possa conferir uma proteção mais alargada no tempo (Figura 10).

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

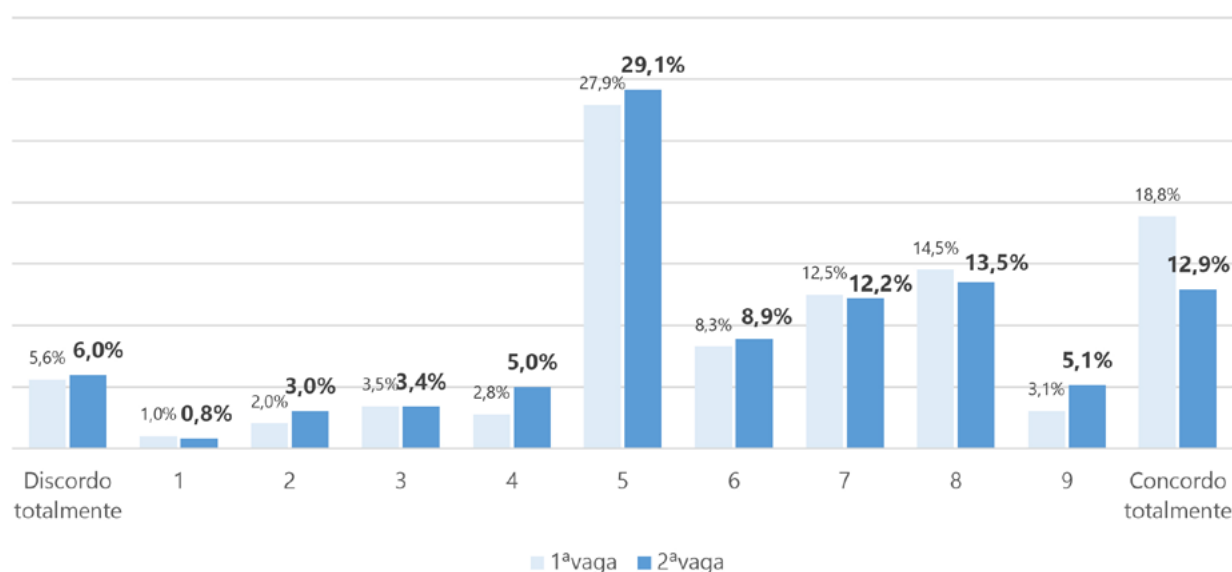


Figura 10. Crença sobre a proteção conferida pela vacina não durar muito tempo.

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', com 55.1% (vs. 59% na 1ª vaga) dos inquiridos a concordar pelo menos em parte com esta afirmação (i.e, respostas entre 6 e 10), 29.1% a responder que não concordam nem discordam, e 19.5% (vs. 16.6% na 1ª vaga) dos inquiridos a discordar totalmente ou em parte (i.e., respostas entre 0 e 4).

A maioria dos inquiridos (59.8%, vs. 62.5% na 1ª vaga) concordou com a afirmação ‘A vacina contra a COVID-19 não irá infetar-me com o coronavírus’. Ainda assim, praticamente um quarto dos inquiridos (24.6%, vs. 22% na 1ª vaga) referiu discordar pelo menos em parte desta afirmação (**Figura 11**).

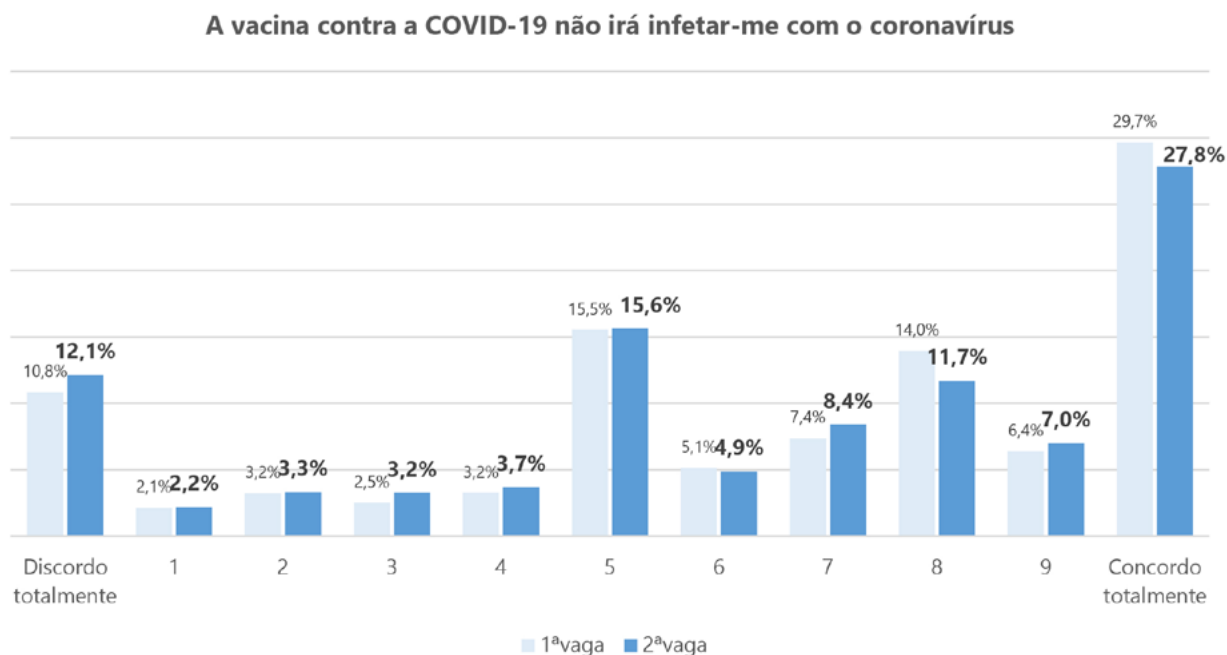


Figura 11. Crença de que a vacina não pode ser fonte de infeção pelo coronavírus.

5.2.6 Arrependimento antecipado

O arrependimento antecipado aumentou do primeiro para o segundo momento de inquirição, quer quando se compararam as amostras de forma independente, quer na amostra longitudinal (ver **Tabela 4**). A grande maioria (81.2%, vs. 76.3% na 1ª vaga) concordou que iria arrepender-se, caso não se vacinasse e acabasse por ter COVID-19. Apenas 9.7% (vs. 15.7% na 1ª vaga) referiu discordar desta afirmação (**Figura 12**).

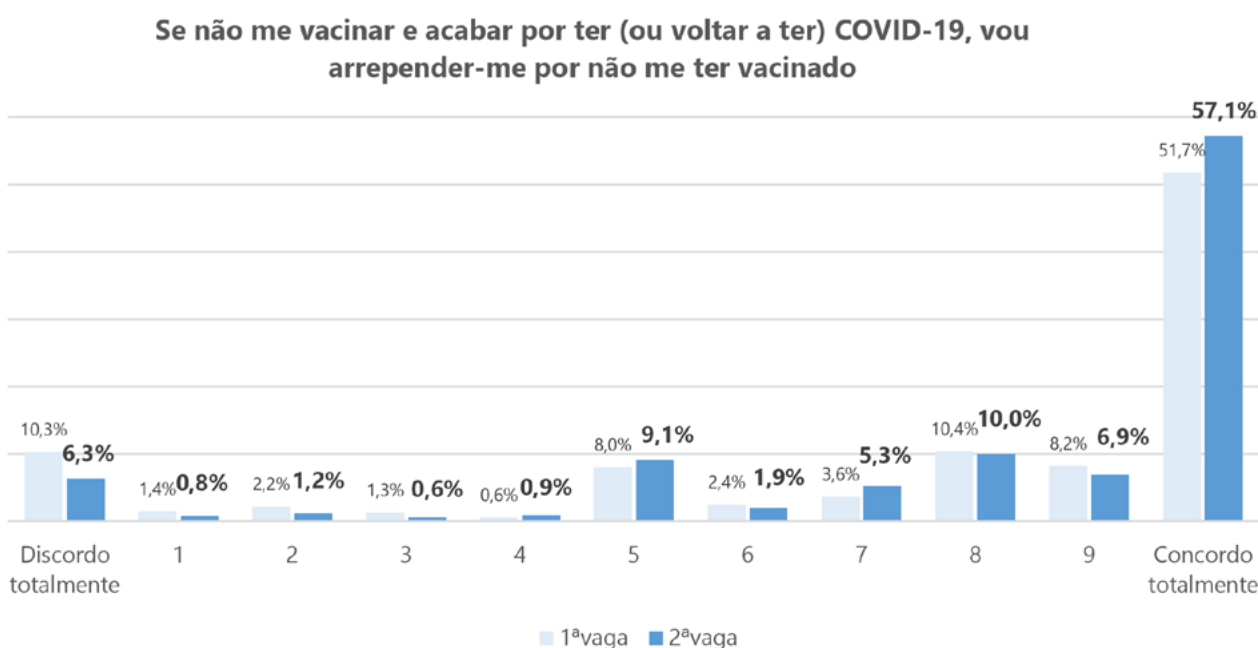


Figura 12. Crença sobre vir a sentir-se arrependido caso decida não se vacinar e venha a ter COVID-19.

5.2.7 Norma social e recomendação médica

Quanto à percepção que os inquiridos têm em relação aos outros, uma grande maioria (89.3%, percentagem igual à 1ª vaga) considerou que a maioria das pessoas irá querer tomar a vacina. Apenas 1.8% dos inquiridos (vs. 2.4% na 1ª vaga) discordou pelo menos em parte, e 8.9% (vs. 8.3% na 1ª vaga) não concordou nem discordou (**Figura 13**).

A maioria das pessoas irá querer tomar a vacina

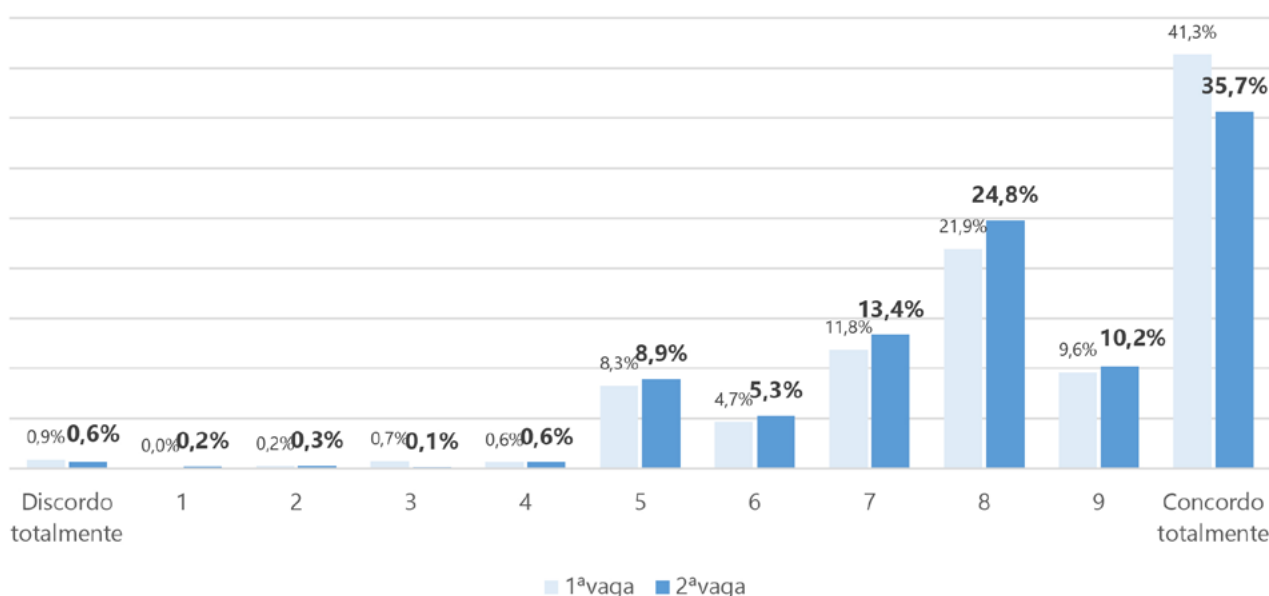


Figura 13. Crença sobre a decisão de vacinação das outras pessoas.

A grande maioria dos inquiridos (85.3% vs. 87.7% na 1ª vaga) respondeu concordar fortemente (i.e., entre 8 e 10) com a afirmação “*Se a vacina for recomendada pelo meu médico, eu tomarei a vacina*”, sublinhando a importância da recomendação médica sobre a vacinação. Apenas 4.3% dos inquiridos, tal como na primeira vaga, discordou pelo menos em parte desta afirmação e 4.6% (vs. 4.1% na 1ª vaga) referiu não concordar nem discordar.

5.3 Barreiras logísticas à vacinação

Apenas uma minoria dos inquiridos considerou que a necessidade de despendar mais do que 30 minutos para se deslocar ao local de vacinação (4.0%) ou esperar mais do que 30 minutos no local de vacinação (6.4%) os poderia impedir de se vacinarem contra a COVID-19. Já ter de fazer a marcação através da internet e ter de enviar confirmação por SMS foram consideradas barreiras importantes para 13.9% e 12.7% dos inquiridos, respetivamente. De todas, a barreira logística mais relevante, referida por mais de um em cada cinco dos inquiridos (21.6%), foi poderem não ter forma de se deslocar de forma segura ao local de vacinação.

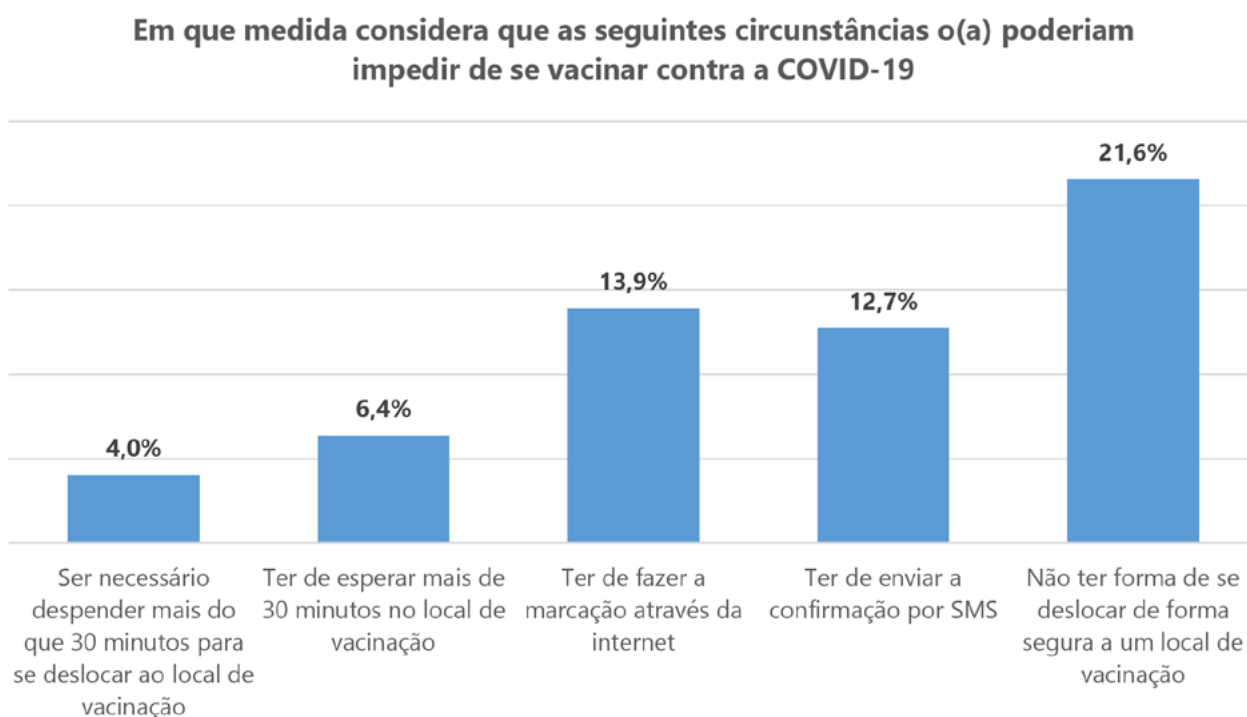


Figura 14. Circunstâncias que poderiam impedir a vacinação.

5.4 Literacia em saúde

Os três indicadores de literacia em saúde utilizados, específicos em relação à vacinação contra a COVID-19, registaram aumentos significativos entre os indivíduos que responderam nos dois momentos de inquirição (Tabela 4). Também quando comparadas as amostras totais da primeira e da segunda vaga, verificou-se um aumento significativo nos indicadores sobre acesso à informação (*"se quiser saber mais sobre a vacina contra a COVID-19, eu sei como encontrar essa informação"*) e de utilidade / aplicação dessa informação (*"Eu sei o suficiente sobre as vacinas contra a COVID-19 para poder decidir, de forma informada, se irei ou não vacinar-me"*).

A maior parte dos inquiridos (81.8%, vs. 72.2% na 1ª vaga) disse saber onde encontrar informação sobre a vacina, se necessário. Ainda assim, quase um quinto da amostra (18.2%, vs. 27.8%) respondeu nos pontos 0 a 5 da escala, revelando ainda desconhecimento sobre a forma como poderão encontrar informação sobre a vacina (**Figura 15**).

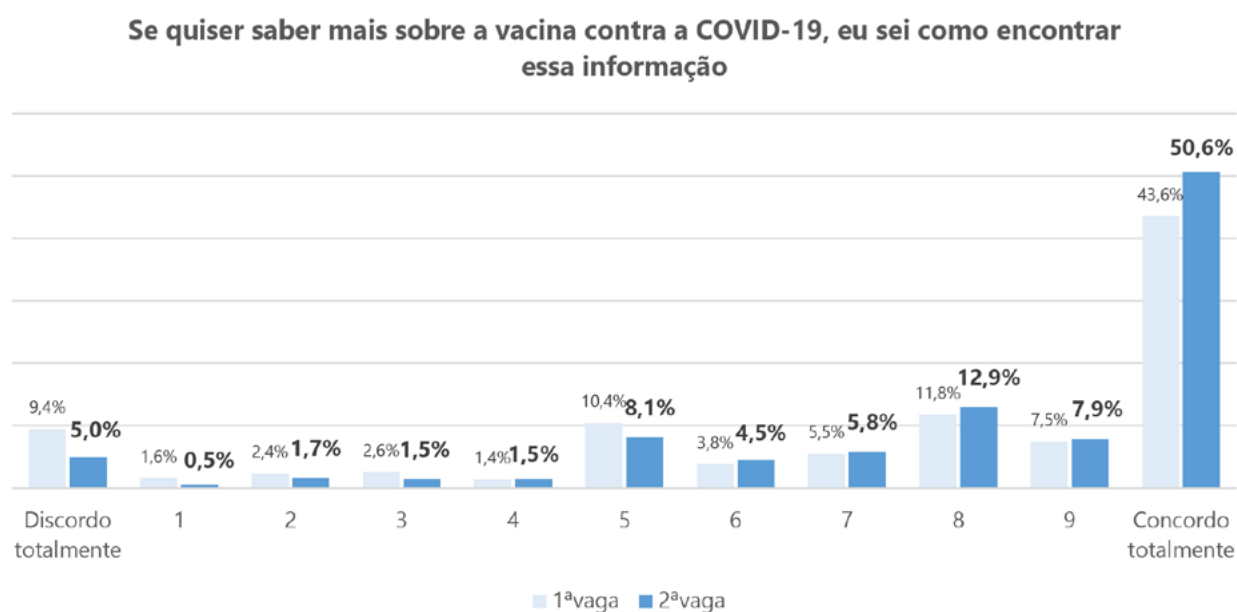


Figura 15. Facilidade de acesso à informação sobre a vacina da COVID-19.

Embora a informação sobre a vacina contra a COVID-19 seja clara para a maioria, apenas 51.9% (vs. 52.2% na 1ª vaga) concordou fortemente (pontos 8 a 10 da escala) com esta afirmação. Isto significa que há margem para tornar mais clara a informação e procurar chegar a, pelo menos, uma parte dos restantes 48.1% (vs. 47.8% na 1ª vaga) (**Figura 16**).

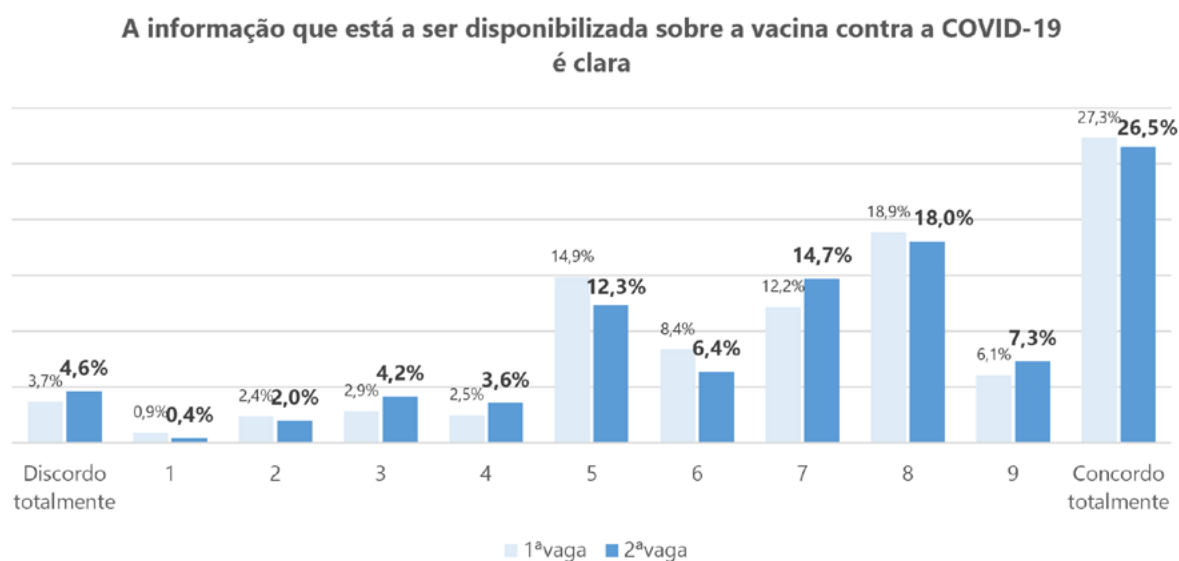


Figura 16. Perceção sobre a clareza da informação disponibilizada sobre a vacina da COVID-19.

A maioria dos inquiridos (56.2%, vs. 52.3% na 1ª vaga) concordou 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’. Ainda assim, 24.7% (vs. 30.8% na 1ª vaga) respondeu nos pontos 0 a 5 da escala, revelando deste modo que não sabem o suficiente para poder tomar essa decisão de forma informada (Figura 17).

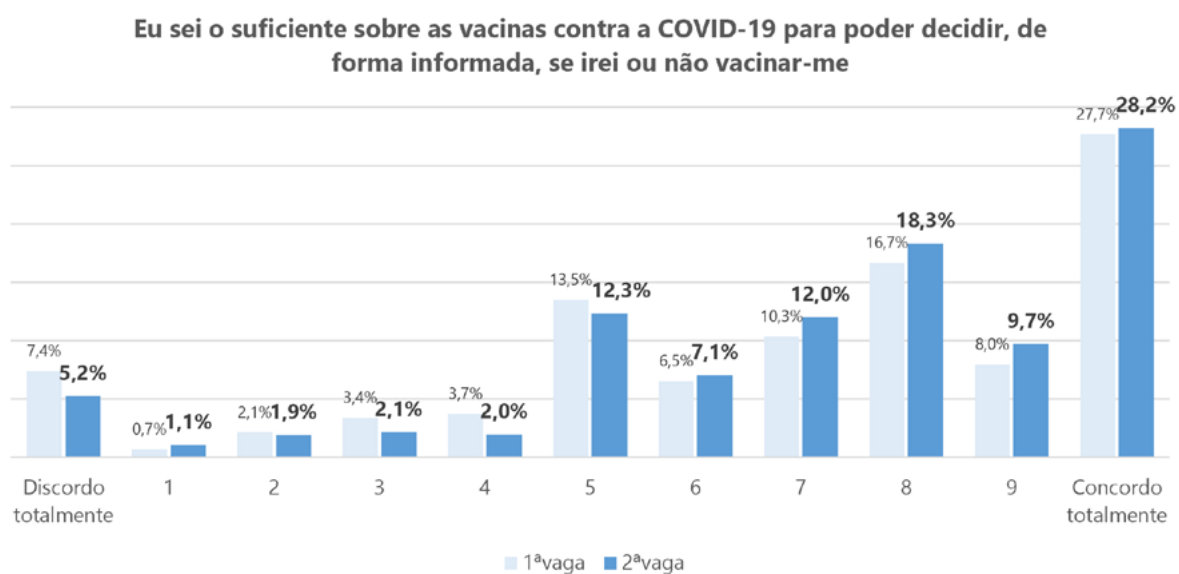


Figura 17. Perceção sobre deter a informação necessária para uma decisão informada sobre a vacina contra a COVID-19.

5.5 Confiança nas autoridades

De um modo geral, a confiança nas autoridades aumentou de forma significativa entre o primeiro e o segundo momento de inquirição, quer quando comparadas as médias dos indivíduos que responderam nos dois momentos, quer quando comparadas as amostras totais da primeira e segunda vaga (ver **Tabela 4**).

A maioria dos inquiridos referiu confiar plenamente na Direção-Geral da Saúde no que diz respeito à proteção da saúde e segurança das pessoas em relação à COVID-19, com 64.2% (vs. 60.5% na 1ª vaga) dos inquiridos a concordar fortemente (i.e., 8 a 10) com a afirmação, e apenas 3.6% (vs. 4.9% na 1ª vaga) a discordar fortemente (i.e., 0 a 2) (**Figura 18**).

Confio plenamente na Direção-Geral da Saúde no que diz respeito à proteção da saúde e segurança das pessoas em relação à COVID-19

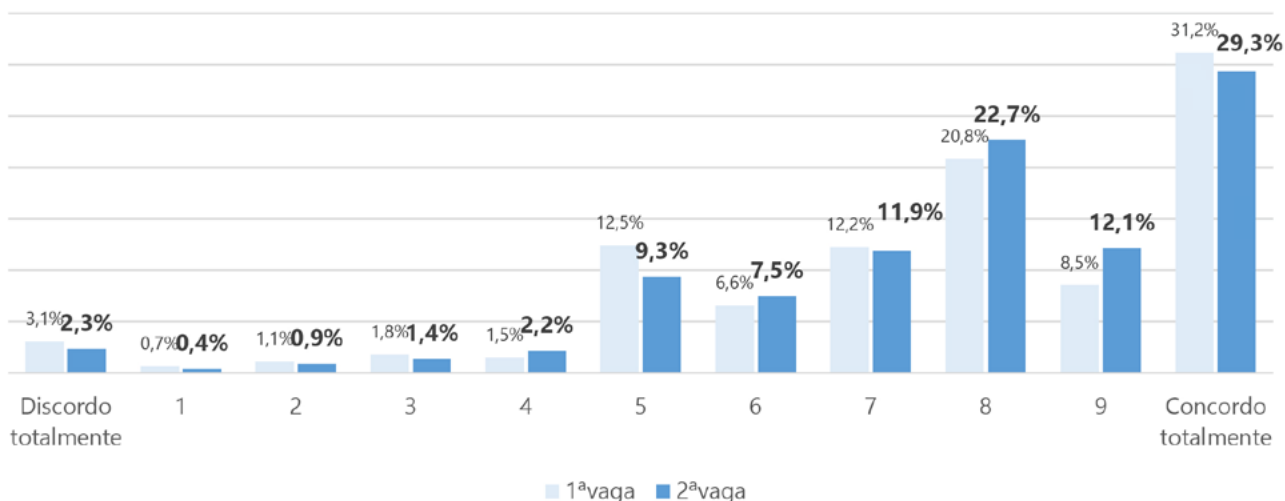


Figura 18. Confiança na Direção-Geral da Saúde

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 foi muito semelhante à da confiança na DGS, assim como a distribuição de respostas na escala de 0 a 10.

5.6 Informação e fontes de informação

A **consulta de informação sobre a vacina** foi reportada, em geral, como sendo menos frequente na segunda vaga em relação à primeira. Mais de metade (55.4%, vs. 47.5% na 1ª vaga) dos inquiridos referiu não ter visto nem consultado informação relacionada com a vacina na semana anterior (**Figura 19**). No polo oposto, 23.6% (vs. 31.6% na 1ª vaga) viram diariamente informação sobre este tema (com 3.2% a consultar informação mais do que uma vez por dia).

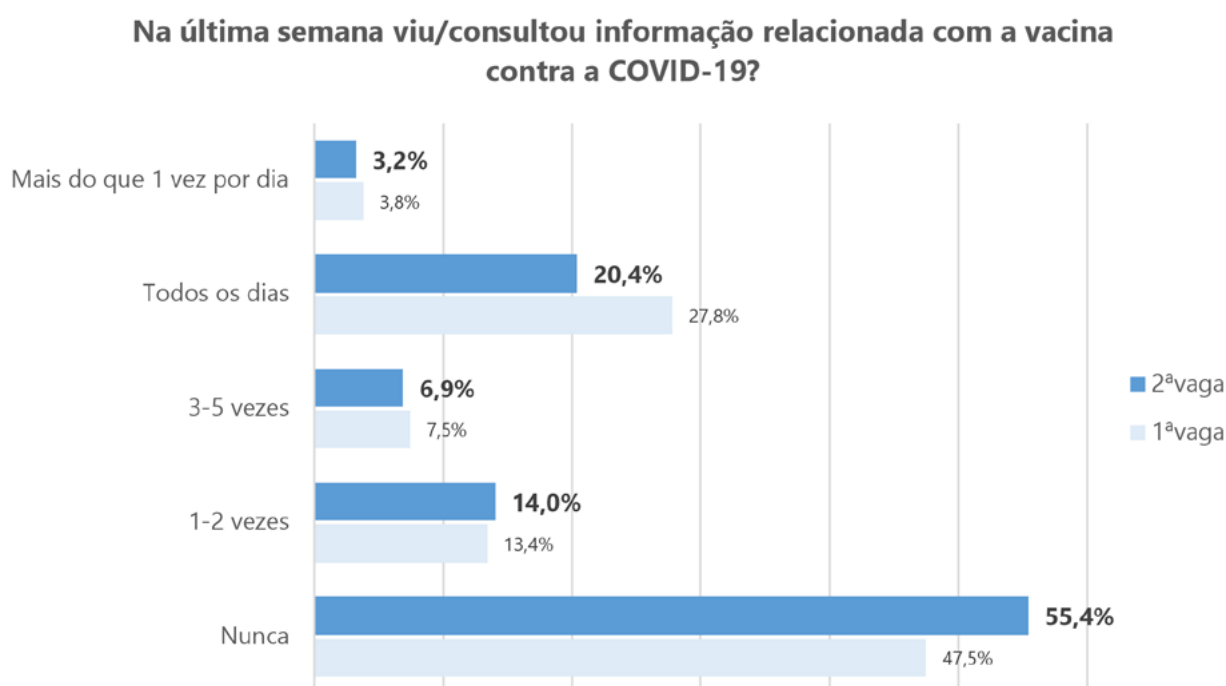


Figura 19. Frequência de consulta de informação relacionada com a vacina contra a COVID-19.

A fonte de informação sobre a vacina mais referida foi a televisão (32.7%), seguida das redes sociais e media digitais (13.9%), a imprensa (9.6%) e fontes oficiais (7%). As restantes fontes foram referidas de modo mais residual (**Figura 20**).

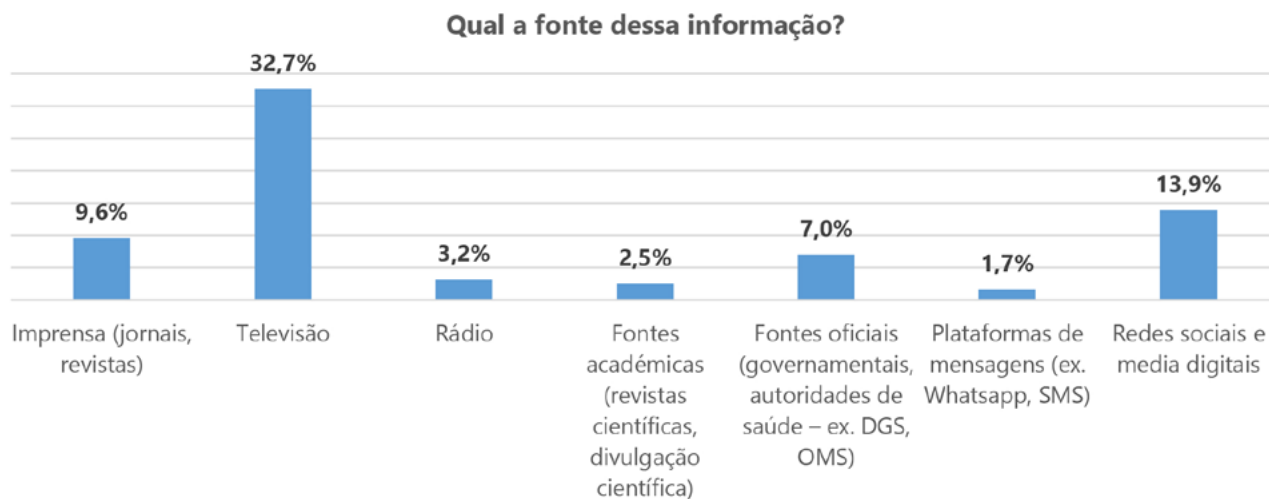


Figura 20. Fontes da informação consultada sobre a vacina contra a COVID-19.

Apesar da menor consulta de informação sobre a vacina, mais pessoas referiram na segunda vaga ter tido acesso a informação da DGS sobre vacinação contra a COVID-19 (45.7% vs. 41.4% na 1ª vaga). Destas, a maioria tendeu a reconhecer utilidade nessa informação; dois em cada três consideraram essa informação como muito útil (respostas 8 a 10 na escala de 0 a 10) (**Figura 21**).

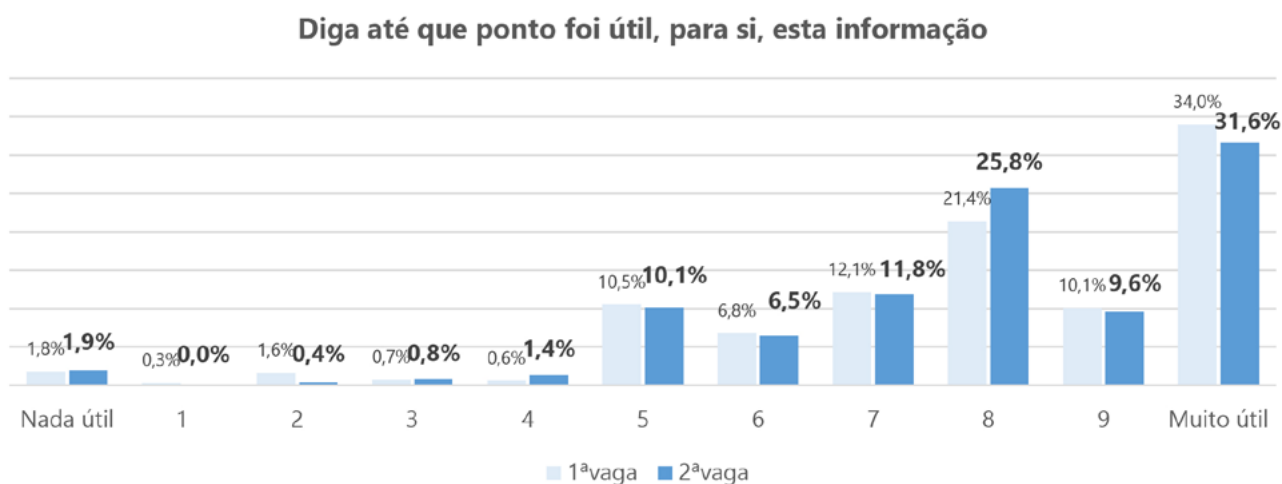


Figura 21. Frequência de consulta de informação relacionada com a vacina contra a COVID-19.

A maioria dos inquiridos (82%) referiu ter tido conhecimento de informação sobre potenciais efeitos secundários de alguma vacina contra a COVID-19, na sua maioria através da comunicação social (60%), através de pessoas conhecidas (24.5%) ou através de profissionais de saúde (12.7%). Dos que referiram que essas notícias eram sobre uma vacina em particular, a maioria disse ser sobre a vacina da Astrazeneca (56.1%), seguida da vacina da Janssen (10.7%) e da Pfizer (9.2%) (**Figura 22**).

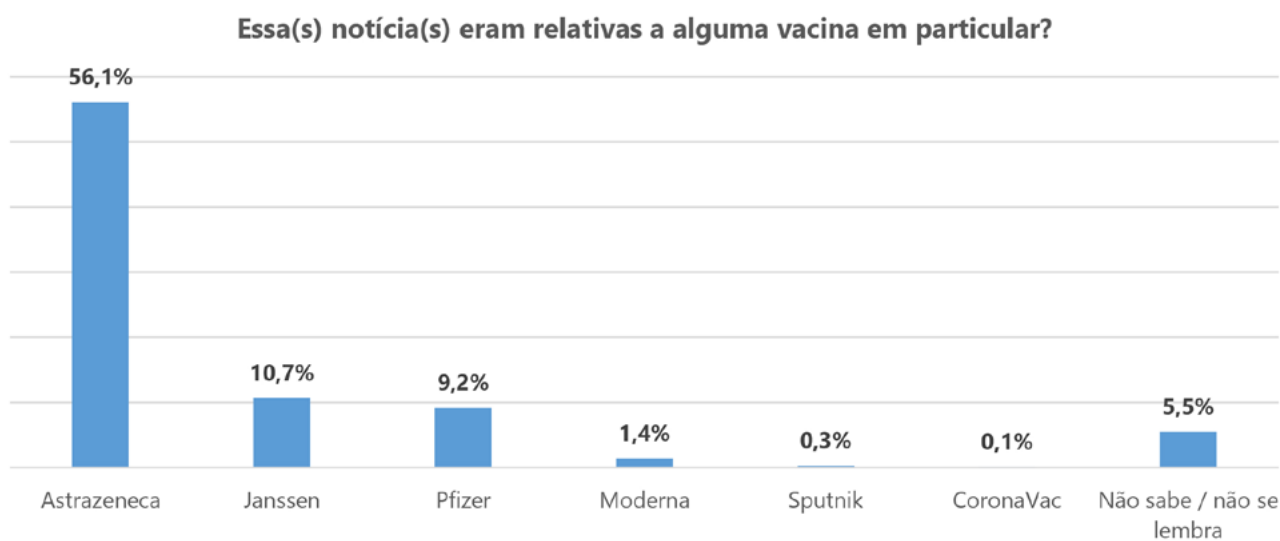


Figura 22. Marcas das vacinas sobre as quais ouviram notícias sobre potenciais efeitos secundários.

Quando questionados se essas notícias diminuíram a confiança em relação à vacina contra a COVID-19, mais de metade (51.9%) dos inquiridos respondeu que diminuiu totalmente ou em parte (i.e., pontuação igual ou superior a 5) (**Figura 23**).

Em que medida é que essa(s) notícia(s) diminuiu (diminuíram) a sua confiança em relação à vacina contra a COVID-19?

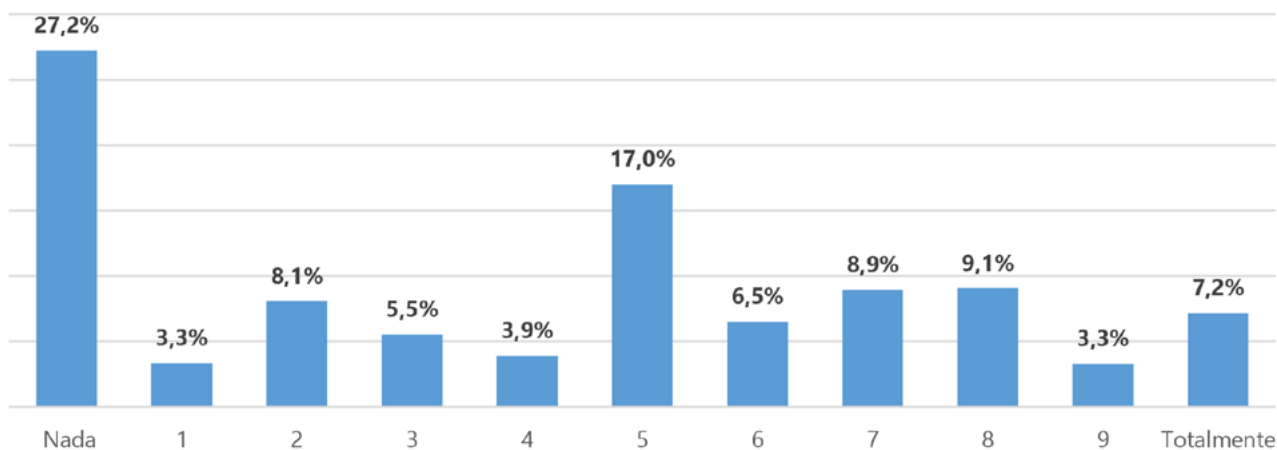


Figura 23. Diminuição da confiança em relação à vacina contra a COVID-19 devido às notícias sobre potenciais efeitos secundários.

Mais de um quarto dos inquiridos (28.9%) referiu ter também recorrido a alguém ou a alguma outra fonte de informação para tentar clarificar o conteúdo dessas notícias, nomeadamente a profissionais de saúde (12.0%); à internet (7.5%); a pessoas conhecidas, como familiares, amigos ou pessoas que já foram vacinadas (2.9%); a fontes oficiais, como a Direção-Geral da Saúde, Governo ou Agência Europeia do Medicamento (2.8%); à comunicação social, nomeadamente televisão, rádio ou jornais (2.7%); a fontes académicas (1.5%); a especialistas, como epidemiologistas, virologistas ou cientistas (1.0%); e a redes sociais (0.3%).

Adicionalmente, quase metade dos inquiridos (49%) referiu que saber a marca da vacina com que vai ser vacinado tem impacto na sua decisão de se vacinar (i.e., pontuação de 5 ou superior) (**Figura 24**).

Indique se saber a marca da vacina com que vai ser vacinado tem impacto na sua decisão de se vacinar

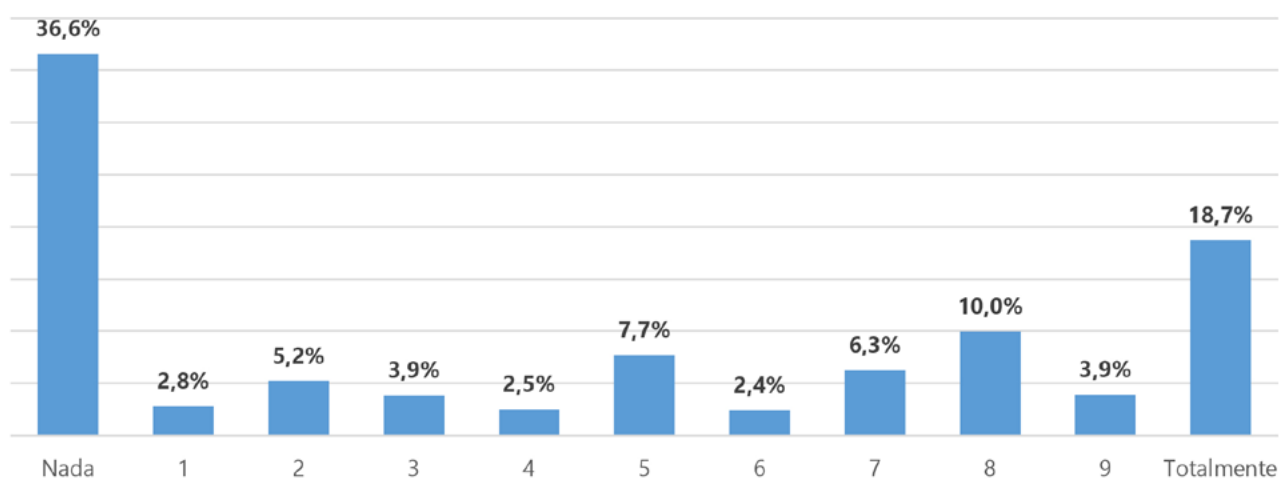


Figura 24. Perceção sobre a influência de saber a marca na decisão de vacinação.

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: 1) sociodemográficos, 2) relacionados com a saúde, 3) confiança nas autoridades, 4) literacia sobre a vacina e consulta de informação, e 5) crenças sobre a COVID-19 e vacinação. O último dos modelos estimados, com os cinco blocos, é descrito na **Tabela 5**.

Quando consideradas todas as variáveis (modelo 5), revelaram ser preditores significativos da intenção de vacinação, no que diz respeito às variáveis sociodemográficas, a **idade**, sendo esta maior em indivíduos mais velhos ($\beta=.07$, $p=.02$; explicando 0.26% da variância da intenção de vacinação), e o **sexo**, sendo que os homens revelaram maior intenção de ser vacinados ($\beta=.05$, $p=.03$; 0.22% da variância). A escolaridade e ter menores no agregado familiar também se revelaram inicialmente preditores significativos – sendo a intenção de vacinação superior entre indivíduos com formação superior e em indivíduos sem menores no agregado familiar –, mas esses preditores deixaram de ser significativos quando foram acrescentadas crenças específicas sobre a COVID-10 e sobre a vacinação contra a COVID-19.

Dos cinco preditores relacionados com a saúde, apenas pertencer a um grupo de risco e ter sido diagnosticado com COVID-19 se revelaram significativos. No entanto, estes efeitos não permaneceram significativos no último modelo testado.

Já no que diz respeito à confiança nas autoridades¹ e literacia sobre a vacina contra a COVID-19², ambos revelaram ser preditores significativos da intenção de vacinação, tendo também deixado 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 = 0.88).

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 = 0.78).

Tabela 5. Preditores da intenção de vacinação

Preditores	B	EP	β	R ² Semi-parcial %
Bloco 1: Sociodemográficos				
Idade	.009	.004	.065*	.051
Sexo	.223	.101	.051*	.047
Escolaridade: com ou sem ensino superior	.156	.107	.035	.031
Nacionalidade	.354	.212	.038	.036
Agregado menores	-.089	.100	-.020	-.019
Agregado +65	.041	.121	.008	.007
Contexto laboral	-.123	.103	-.028	-.026
Bloco 2: Saúde				
Diagnóstico de COVID-19	-.026	.161	-.004	-.003
Diagnóstico de COVID-19 familiares	-.008	.109	-.002	-.002
Grupo de risco	-.033	.114	-.007	-.006
Autoperceção do estado saúde	-.008	.016	-.011	-.011
Hesitação vacinal	.409	.335	.027	.026
Bloco 3: Confiança nas autoridades				
Confiança nas autoridades	.021	.028	.019	.016
Bloco 4: Literacia e consulta de informação				
Literacia sobre vacina contra a COVID-19	.048	.025	.049	.040
Consultou informação sobre a vacina na última semana	.026	.038	.016	.015
Viu informação da DGS	-.132	.103	-.030	-.028
Bloco 5: Crenças sobre a COVID-19 e vacinação				
As vacinas são importantes	.385	.048	.216***	.173
Perceção de risco – preocupação próprio	.049	.027	.054	.039
Perceção de risco – preocupação familiares	.112	.043	.072**	.057
Perceção de risco – gravidade	.021	.021	.028	.021
Perceção de risco – vulnerabilidade	.009	.023	.010	.008
Já sou imune ao coronavírus	.013	.018	.018	.015
Ceticismo	-.017	.018	-.025	-.020
Só pessoas de grupos de risco precisam	-.022	.017	-.033	-.027
Manter outros comportamentos de prevenção	-.009	.023	-.010	-.009
Benefícios - Proteção individual	-.012	.022	-.015	-.011
Benefícios - Proteção família	-.030	.027	-.031	-.024
Benefícios - Regresso à normalidade	.067	.030	.063*	.048
Benefícios - Ficaria menos preocupado	.027	.020	.036	.030
Benefícios - É seguro	.297	.031	.316***	.209
Barreiras - Efeitos secundários	-.058	.021	-.079**	-.060
Barreiras - Não durar muito tempo	.031	.023	.037	.029
Barreiras - Novas variantes	-.033	.023	-.040	-.032
Barreiras - Vacina não irá infetar-me	-.014	.015	-.021	-.019
Barreiras - Prefiro ficar imune pela doença	-.018	.018	-.027	-.021
Barreiras - vacina muito recente	-.025	.020	-.038	-.028
Arrependimento antecipado	.093	.021	.120***	.094
Norma social	-.068	.029	-.056*	-.050
Recomendação médica	.192	.026	.195***	.159
R ² ajustado			.620	
F (39,783)			35.363***	

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

As **crenças sobre a COVID-19 e vacinação contra a COVID-19** que se revelaram **positivamente associadas** à intenção de vacinação foram ‘as vacinas são importantes para prevenir doenças’ ($\beta=.22$, $p<.001$; 2.99% da variância da intenção de vacinação), ‘preocupa-me que os meus familiares possam vir a ter, ou voltar a ter, COVID-19’ ($\beta=.07$, $p<.01$; 0.32% da variância), ‘a vacinação de todos irá permitir o regresso à normalidade’ ($\beta=.07$, $p=.03$; 0.23% da variância), ‘considero que é seguro tomar a vacina contra a COVID-19’ ($\beta=.32$, $p<.001$; 4.37% da variância), ‘se não me vacinar e acabar por ter COVID-19, vou arrepender-me por não me ter vacinado’ ($\beta=.12$, $p<.001$; 0.88% da variância), e ‘se a vacina for recomendada pelo meu médico, eu tomarei a vacina’ ($\beta=.20$, $p<.001$; 2.52% 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 ‘fico preocupado com os efeitos secundários que a vacina contra a COVID-19 possa ter’ ($\beta=-.08$, $p<.01$; 0.36% da variância) e ‘a maioria das pessoas irá querer tomar a vacina’ ($\beta=-.06$, $p=.02$; 0.25% da variância).

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

Tabela 6. Barreiras e facilitadores da vacinação

	Facilitadores	Barreiras
Sociodemográficos	<ul style="list-style-type: none"> • Idade • Sexo Masculino 	
Crenças sobre COVID-19 e vacina contra a COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Perceção de segurança (‘considero que é seguro tomar a vacina contra a COVID-19’) • Atitude geral positiva sobre as vacinas (‘as vacinas são importantes para prevenir doenças’) • Recomendação médica (‘se a vacina for recomendada pelo meu médico, eu irei tomar a vacina’) • Arrependimento antecipado (‘se não me vacinar e acabar por ter COVID-19, vou arrepender-me por não me ter vacinado’) • Perceção de risco (‘preocupa-me que os meus familiares possam vir a ter COVID-19’) • Perceção de benefícios (‘a vacinação de todos irá permitir o regresso à normalidade’) 	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupação com efeitos secundários (‘fico preocupado com os efeitos secundários que a vacina contra a COVID-19 possa ter’) • Norma social (‘a maioria das pessoas irá querer tomar a vacina’)

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 Comparação entre a primeira e a segunda vaga

- Nesta segunda vaga do inquérito, registou-se um **aumento na preocupação com os efeitos secundários da vacina** e um **nível inferior de confiança** na vacina. Tal poderá estar relacionado com as notícias sobre efeitos adversos graves associados a algumas marcas de vacina, relativamente às quais 82% dos inquiridos referiram ter tido conhecimento, tendo 51.9% destes referido que isso fez diminuir a sua confiança na vacina.
- Os **níveis de perceção de risco foram também inferiores** aos registados na primeira vaga. Registaram-se níveis significativamente inferiores de preocupação em vir a ter a doença e nas perceções sobre a gravidade da doença para o próprio e vulnerabilidade em relação à doença, os quais poderão estar relacionados com o facto de a amostra da segunda vaga não incluir indivíduos acima dos 80 anos nem indivíduos que, entretanto, já tinham sido vacinados, muitos dos quais pertencentes a grupos de risco. Registou-se também uma redução na perceção de risco no que diz respeito aos familiares entre os indivíduos que responderam nos dois momentos, possivelmente pela elevada cobertura de vacinação nas faixas etárias em que existia maior letalidade.
- As alterações verificadas na confiança em relação à vacina e nas perceções de risco não tiveram, no entanto, impacto nos **níveis de intenção de vacinação**, que se mantiveram **estáveis**, com 79% dos inquiridos a manifestar que pretendem vacinar-se assim que possível. Os níveis de recusa da vacina e de hesitação vacinal, de 4.2% e 16.8%, respetivamente, foram também muito semelhantes aos registados na primeira vaga.
- Comparativamente à primeira vaga, registaram-se **níveis superiores de literacia e conhecimento** relacionados com a vacinação contra a COVID-19 (por exemplo, menos pessoas a considerar que apenas os indivíduos pertencentes a grupos de risco precisam de ser vacinados), assim como **níveis superiores de confiança nas autoridades** para lidar com a pandemia. Aumentou também a percentagem de pessoas que pensam que iriam arrepende-se se não tomassem a vacina e viessem depois a ter COVID-19.

6.2 Intenção de vacinação em diferentes grupos

- A intenção de vacinação foi **mais elevada em faixas etárias acima dos 55 anos**. Já o escalão entre os **16 e os 24 anos**, registou **níveis mais elevados de hesitação vacinal**.
- Pessoas com **menores no agregado familiar** também reportaram uma **intenção de vacinação inferior**.

6.3 Preditores da intenção de vacinação

- Os principais preditores da intenção de vacinação (isto é, que explicam maior variância na intenção de vacinação) foram, tal como na primeira vaga do inquérito, a **perceção de segurança** em relação à toma da vacina, uma **atitude geral positiva** sobre as vacinas e a **recomendação médica** para a toma da vacina.
- Acreditar que poderá vir a **arrepender-se** se não tomar a vacina, assim como a preocupação com os **efeitos secundários** e a preocupação com os **familiares poderem vir a ter COVID-19**, embora menos salientes, são ainda assim preditores mais relevantes comparativamente às variáveis sociodemográficas consideradas. Ao contrário do arrependimento antecipado, que foi também preditor na primeira vaga, a preocupação com os efeitos secundários e a preocupação em relação aos familiares só nesta vaga se revelaram como preditores significativos, possivelmente pelas razões invocadas anteriormente no que diz respeito às notícias sobre efeitos adversos graves que surgiram neste período e pelas diferenças entre as amostras das duas vagas do inquérito, nomeadamente no que diz respeito à idade dos inquiridos.
- Quando consideradas as crenças sobre a COVID-19 e sobre a vacina contra a COVID-19, apenas a **idade** e ser do **sexo masculino** se mantiveram preditores da intenção de vacinação. As restantes variáveis sociodemográficas consideradas, as variáveis relacionadas com o estado de saúde (ex. pertencer a um grupo de risco; já ter sido diagnosticado com COVID-19), bem como a confiança nas autoridades e a literacia sobre a vacina contra a COVID-19, deixaram de ser explicativas da intenção de vacinação quando consideradas as crenças específicas.
- Também no que diz respeito às perceções sobre os benefícios da vacinação, nesta vaga, a crença de que a **vacinação poderá permitir o regresso à normalidade** foi preditora da intenção de vacinação, ao contrário dos benefícios mais salientes na primeira vaga, que estavam relacionados com a proteção individual. Tal poderá, uma vez mais, refletir diferenças etárias / perfis de risco no que diz respeito ao tipo de benefícios que são mais valorizados.

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.
- Organização Mundial de Saúde (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019?gclid=CjwKCAiA4o79BRBvEiwAjteoYPrkX119dxQ_QweuZ2yRg48M3pMN4x9YqsF4BDidRWhaajQ-ytHPrxoC7tQQAvD_BwE
- Valliant, R., Dever, J. A., & Kreuter, F. (2013). Practical tools for designing and weighting survey samples. Springer. 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-contr-a-covid-19/>



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
www.dgs.pt



Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional
Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional

