

2021

Comportamentos de proteção face ao contágio por SARS-CoV-2: Contributos das ciências do comportamento

3º Relatório de monitorização psicossocial



março de 2021

Comportamentos de proteção face ao contágio por SARS-CoV-2: Contributos das ciências do comportamento

3º Relatório de monitorização psicossocial

FICHA TÉCNICA

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

Comportamentos de proteção face ao contágio por SARS-CoV-2: Contributos das ciências do comportamento

3º Relatório de monitorização psicossocial – março de 2021

Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020

PALAVRAS CHAVE

COVID-19, SARS-CoV-2, Pandemia, Comportamentos de saúde, Prevenção de riscos, Mudança comportamental, *behavioural insights*

EDITOR

Direção-Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45 1049-005 Lisboa

Tel.: 218 430 500

Fax: 218 430 530

E-mail: geral@dgs.min-saude.pt

www.dgs.pt

AUTORES

Rui Gaspar, Universidade Católica Portuguesa

Hugo Toscano, Universidade Católica Portuguesa

Cristina Godinho, Universidade Católica Portuguesa

Rita Francisco, Universidade Católica Portuguesa

Samuel Domingos, ISPA-Instituto Universitário

Miguel Telo de Arriaga, Direção-Geral de Saúde

Revisão: Jéssica Filipe, Gisela Leiras e Beatriz Raposo - Direção-Geral de Saúde.

Índice

RESUMO	6
O que é este documento?	6
O que consta do documento?	6
INTRODUÇÃO	8
PROJETO RESILISCENCE 4 COVID-19.....	8
PRINCIPAIS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES.....	9
AMOSTRA	10
RESULTADOS.....	11
SÍNTESE CONCLUSIVA.....	21
Anexos	23

RESUMO

O que é este documento?

Este relatório pretende salientar a necessidade de recolha de evidência científica sustentada em modelos e métodos das ciências do comportamento, que possam informar políticas públicas de saúde e, em particular, atividades de comunicação de risco e de comunicação de crise, estratégias de facilitação de oportunidades (*nudging*), e estratégias de mobilização social.

O que consta do documento?

Resultados da segunda de três vagas de um inquérito longitudinal realizado a uma amostra representativa da população portuguesa, com vista à monitorização de comportamentos de proteção e determinantes destes (capacidades, oportunidades e motivações).

INTRODUÇÃO

PROJETO RESILISCENCE 4 COVID-19

Sustentado em evidências das ciências do comportamento, o projeto ResiliScience 4 COVID-19 financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (Research 4 COVID19 2ªEdição – n. 439) procura criar modelos preditores de comportamentos de risco baseados em sensores humanos (Gaspar et al., in press). Para este fim, têm sido monitorizadas perceções dos cidadãos durante a pandemia e comportamentos de proteção face ao contágio por SARS-CoV-2, bem como fatores determinantes destes, com base em dados recolhidos por inquérito. Estes resultados providenciarão evidência científica para atividades, estratégias, e recursos de comunicação de risco, comunicação de crise, promoção da resiliência, e mobilização social, alinhadas com o Plano Nacional de Preparação e Resposta (PNPR) para a COVID-19 e adaptadas a diferentes fases de crise e futuros cenários de pandemia.

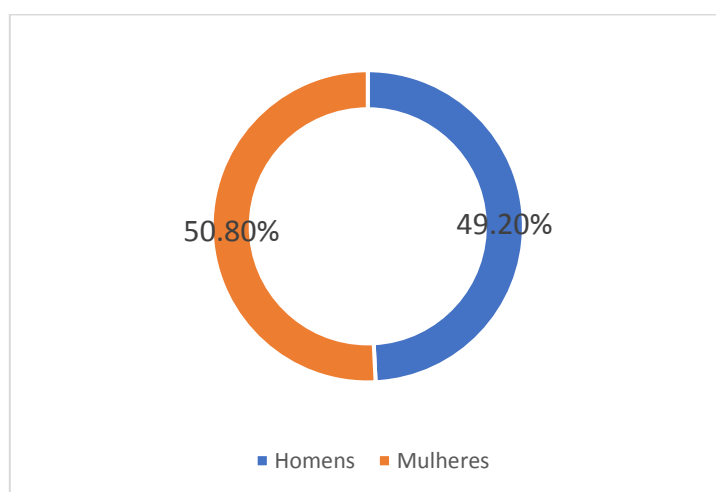
O presente 3º Relatório de monitorização psicossocial apresenta resultados da última de três vagas de um inquérito longitudinal realizado a uma amostra representativa da população portuguesa em termos da distribuição por idade, género e região do país, com vista à monitorização de comportamentos de proteção e seus determinantes. Os resultados da primeira e segunda vaga de inquéritos realizada em agosto de 2020 e outubro de 2020 encontram-se respetivamente no 1º e 2º Relatório de monitorização psicossocial (outubro de 2020; novembro de 2020).

PRINCIPAIS RESULTADOS E RECOMENDAÇÕES

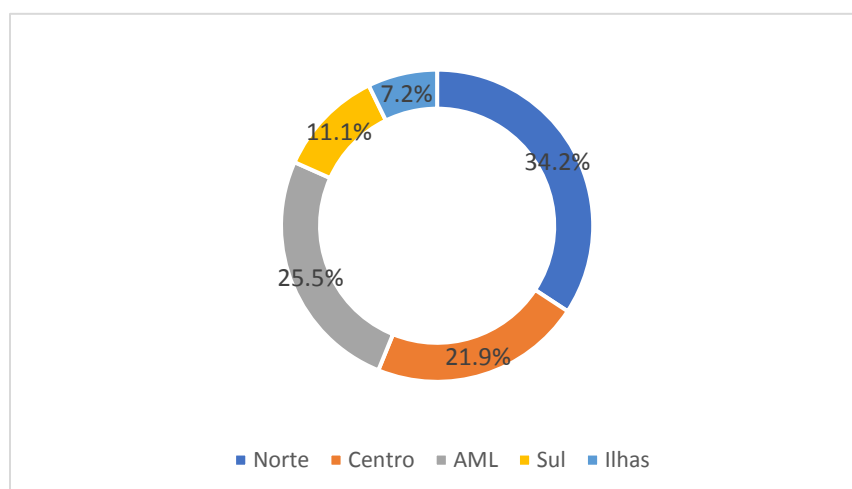
		COMPORTAMENTOS								
		1. <i>Uso de máscara</i>	2. <i>Higienização das mãos</i>	3. <i>Distanciamento físico</i>	4. <i>Etiqueta respiratória</i>	5. <i>Ventilação de espaços</i>	6. <i>Redução de contactos</i>	7. <i>Limpeza de superfícies/objetos</i>	8. <i>Ações de autovigilância de sintomas</i>	
FACILITADORES DOS COMPORTAMENTOS	Estar atento/vigiar a si próprio para verificar se está ou não a realizar o comportamento (<i>controlo de ação</i>)									Ações de comunicação para lembrar os comportamentos 3-7-8, reduzindo o esforço individual na vigilância de comportamentos. E.g. cartazes/sinais em locais públicos e locais de trabalho/estudo.
	Fazer planos para ultrapassar barreiras ao comportamento (<i>planeamento de coping</i>)									Ações de mobilização social para realizar os comportamentos 2-3-4-7. E.g. incentivo/treino para fazer planos em família ou com colegas de trabalho (passos para garantir ventilação de espaços, etc.)
	Literacia em saúde									
	Saber que outras pessoas fazem o comportamento (<i>normas sociais</i>)									
	Ter <i>intenção</i> de realizar o comportamento									Ações de comunicação para incremento da motivação para realização dos comportamentos 1-2-5-6-7-8 no futuro. E.g. salientando os benefícios atuais e futuros.
	Sentir-se capaz de ultrapassar barreiras ao comportamento (<i>autoeficácia</i>)									Ações de comunicação para incremento da autoeficácia no comportamento 1 e 7, reduzindo dificuldades percebidas associadas. E.g. estratégias individuais para redução do desconforto no uso de máscara.
	Percecionar riscos por não realizar o comportamento									
	Pertencer a um grupo de risco									Ações de comunicação para incrementar conhecimentos para realizar o comportamento 5. E.g. informação sobre o que fazer para aumentar a ventilação dos espaços.
	Confiança na eficácia das medidas									Ações de comunicação para incrementar a confiança em praticar o comportamento 4. E.g. confiança que terá resultados positivos.
	Género (feminino)									Ações de mobilização social para realizar comportamentos 3-4-8 dirigidas ao género masculino.
	Educação									Ações de mobilização social para realizar comportamento 4 dirigidas a níveis de escolaridade baixos.
	Nível socioeconomico									Ações de mobilização social para realizar comportamento 5 dirigidas a níveis de socioeconomicos mais baixos.

AMOSTRA

Participaram na terceira vaga do inquérito **333 pessoas** recrutadas a partir do Painel de Estudos Online da Universidade Católica Portuguesa (ver *ficha técnica* em anexo). Todas deram o seu consentimento informado para participar no inquérito online através da plataforma Qualtrics™, entre 16 e 29 de novembro de 2020, tendo recebido compensação pela participação. Os participantes tinham entre 18 e 59 anos, com uma média de idades de 38.49 anos. Destes, 169 (50.8%) eram mulheres e 164 (49.2%) homens.



Quanto à região de residência, 114 viviam na região Norte (**34.2%**), 73 na Região Centro (**21.9%**), 85 na Área Metropolitana de Lisboa (AML; **25.5%**), 37 na Região Sul (**11.1%**), e as Ilhas foram representadas por 24 participantes (**7.21%**).



RESULTADOS

ANÁLISE COMPARATIVA DE DIFERENÇAS AGOSTO VS. OUTUBRO VS. NOVEMBRO

COMPORTAMENTOS DE PROTEÇÃO

Foram analisadas diferenças na frequência de oito comportamentos globais de proteção: 1) uso de máscara; 2) higienização das mãos; 3) etiqueta respiratória; 4) distanciamento físico; 5) ventilação dos espaços; 6) redução de contactos; 7) limpeza das superfícies; e 8) evitamento de contactos associado à autovigilância de sintomas (escala de 5 pontos: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes; 5 – Sempre que possível).

O uso de máscara e a higienização das mãos foram globalmente os comportamentos de proteção mais reportados. No uso de máscara verificaram-se diferenças significativas entre Agosto (Média = **4.05**) e Novembro (Média = **4.63**), $p < .001$, mas não entre Novembro e Outubro (Média = **4.23**). Quanto à higienização das mãos verificaram-se diferenças significativas entre Agosto (Média = **4.01**) e Outubro (Média = **4.51**), $p < .001$, e entre Agosto e Novembro (Média = **4.55**) $p < .001$. Relativamente ao distanciamento físico, verificou-se uma diferença marginal entre Agosto (Média = **4.38**) e Novembro (Média = **4.51**), $p = .050$, e uma diferença significativa entre Novembro e Outubro (Média = **4.37**), $p = .046$. No que se refere à ventilação dos espaços, verificaram-se diferenças significativas entre todos os períodos: Agosto (Média = **3.30**), Outubro (Média = **3.70**) e Novembro (Média = **4.42**), $p < .001$. Relativamente à redução de contactos, verificaram-se diferenças significativas entre Outubro (Média = **4.22**) e Novembro (Média = **4.40**), $p < .01$. Ao nível da etiqueta respiratória, evitamento de contactos associado à autovigilância de sintomas, e limpeza das superfícies, não foram verificadas diferenças significativas entre os diversos períodos. De uma forma geral, pode-se concluir que quase todos os comportamentos globais tiveram um reporte mais elevado em Novembro do que nos períodos anteriores.

INTENÇÃO DE PRATICAR OS COMPORTAMENTOS DE PROTEÇÃO

Foram também analisadas diferenças na frequência da intenção de realizar os comportamentos de proteção (escala de 5 pontos: 1 – Nunca; 2 – Quase nunca; 3 – Algumas vezes; 4 – Muitas vezes; 5 – Sempre que possível). Entre Agosto e Novembro verificaram-se diferenças significativas, $p < .001$, quanto à intenção reportada pelos participantes quanto ao uso de máscara no exterior ou em espaços abertos (agosto: Média = **3.41**; Novembro: Média = **4.25**). As mesmas diferenças significativas, $p < .001$, também se verificaram no reporte de manter a distância física com as outras pessoas (agosto: Média = **4.40**; Novembro: Média = **4.59**) e no tentar desviar-se do caminho das outras pessoas (agosto: Média = **3.86**; Novembro: Média = **4.42**). Finalmente, na intenção reportada de apenas frequentar espaços com boa circulação do ar também se verificaram diferenças significativas, $p < .01$, (agosto: Média = **3.92**; Novembro: Média = **4.11**). Quanto às diferenças entre Outubro e Novembro verificaram-se diferenças significativas, $p < .001$, quanto à intenção reportada pelos participantes quanto ao uso de máscara no exterior ou em espaços abertos (outubro: Média = **3.62**; Novembro: Média = **4.25**) e no uso de máscara em situações que tenha muita gente perto de si (outubro: Média = **4.60**; Novembro: Média = **4.86**). Verificaram-se também diferenças significativas, $p = .04$, no reporte da intenção de substituir a máscara que estiver a usar por outra nova, se tiver tossido ou espirrado muitas vezes, enquanto a estiver a usar (outubro: Média = **4.37**; Novembro: Média = **4.51**). Para além disso, verificaram-se diferenças significativas, $p < .01$, na intenção de afastar-se o máximo de outras pessoas, mantendo uma distância de pelo menos 1.5 a 2 metros, quando estiver fora de casa (outubro: Média = **4.27**; Novembro: Média = **4.53**), bem como, na intenção de ficar o máximo de tempo possível em casa para se distanciar fisicamente de outras pessoas (outubro: Média = **4.44**; Novembro: Média = **4.60**) e no limitar o número de contactos físicos com outras pessoas (outubro: Média = **4.06**; Novembro: Média = **4.43**). Finalmente, também houve diferenças significativas, $p = .02$, na intenção reportada de evitar o contato físico com família, amigos e outras pessoas que conheça, se tiver sintomas sugestivos da COVID-19 (outubro: Média = **4.71**; Novembro: Média = **4.81**).

TIPO DE MÁSCARA USADA

A máscara cirúrgica foi reportada como a mais frequentemente utilizada (n = 218; **65.5%**), seguida da máscara de tecido ou de outros materiais (n = 106; **31.8%**). O respirador (n = 6; **2.7%**) foi reportado como menos utilizado. Comparando com o mês de Outubro, não se verificaram diferenças significativas quanto à utilização dos diferentes tipos de máscaras.

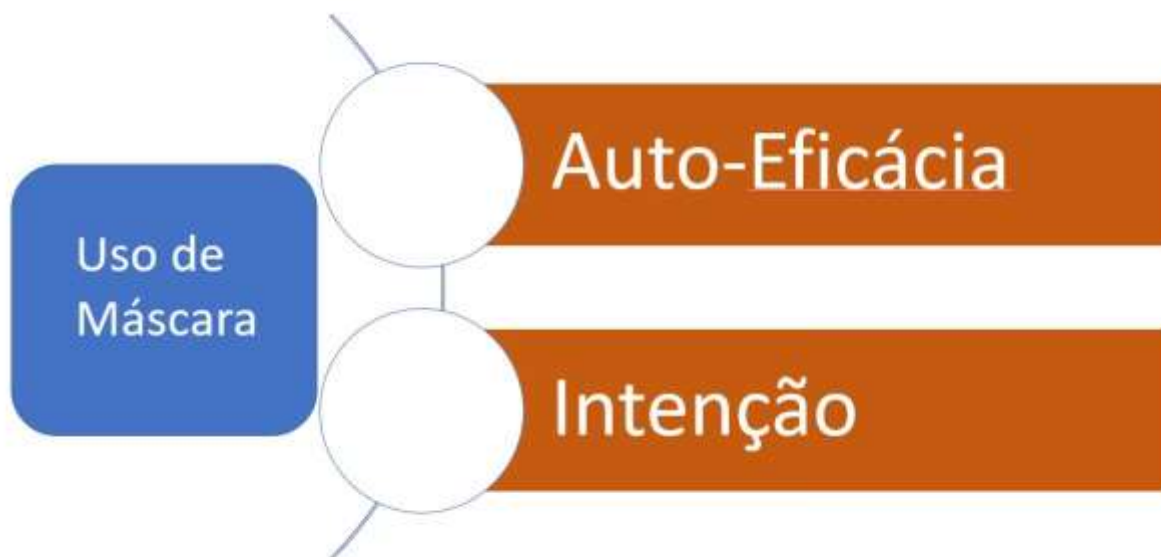
PERCEÇÃO DE RISCO

Quanto à evolução da percepção de risco que os participantes reportaram ao longo dos 3 ciclos deste estudo, não foram verificadas diferenças significativas entre agosto (Média = **3.59**), outubro (Média = **3.72**), e novembro (Média = **3.80**), $p > .05$.

ANÁLISE ESTATÍSTICA – PREDITORES DOS COMPORTAMENTOS DE PREVENÇÃO DE CONTÁGIO POR SARS-CoV-2

Nesta análise estatística foram realizadas regressões lineares hierárquicas de forma a identificar os preditores para cada um dos oito comportamentos globais de proteção: 1) uso de máscara; 2) higienização das mãos; 3) etiqueta respiratória; 4) distanciamento físico; 5) ventilação dos espaços; 6) redução de contactos; 7) limpeza das superfícies; e 8) evitamento de contactos associado à autovigilância de sintomas. Para cada um dos 8 comportamentos reportados em Novembro, foi realizada uma regressão linear múltipla hierárquica, com os preditores sociodemográficos no primeiro passo (**Regressão 1**), preditores medidos em outubro relacionados com a vulnerabilidade e exposição ao SARS-CoV-2 no segundo passo (**Regressão 2**), e finalmente preditores psicológicos no terceiro passo (**Regressão 3**).

USO DE MÁSCARA¹ A primeira regressão linear múltipla não teve um efeito significativo (Regressão 1; $F(8,275) = 1.13$; $R^2 = .003$; $p = .34$). A segunda regressão linear múltipla não teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 2; $F(10,273) = 1.03$; $R^2 = .0009$; $p = .42$). A terceira regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 3; $F(2,263) = 4.16$; $R^2 = .19$; $p < .001$), sendo que a autoeficácia ($\beta = 0.14$; $p < .01$) e a intenção ($\beta = 0.19$; $p < .001$) predizem positivamente o reporte do uso de máscara.



Nota: Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Vermelho – Motivações.

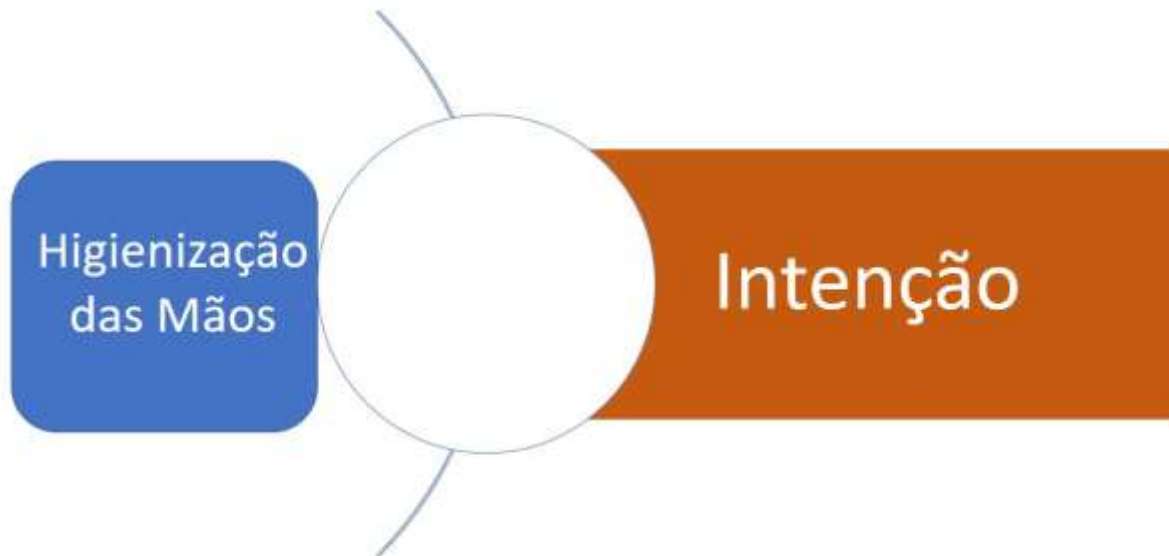
HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS²

A primeira regressão linear múltipla não teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 1; $F(8, 275) = 0.72$; $R^2 = 0.02$; $p = .68$). A segunda regressão linear múltipla também não teve um efeito significativo (Regressão 2; $F(10,273) = 0.60$; $R^2 = .02$; $p =$

¹ O primeiro passo foi criar uma variável dependente - "uso de máscara" - baseada na agregação das respostas dos participantes a estes 3 comportamentos: 1) Usou uma máscara em espaços fechados/interiores (por exemplo, em lojas, cafés, ...), 2) Usou uma máscara em espaços abertos/exterior (por exemplo, na rua, esplanadas, jardins, ...) e 3) Usou máscara em situações em que tinha muita gente perto de si (alpha = **0.65**).

² A variável "higienização das mãos" foi criada com base na agregação das respostas dos participantes a estes 2 comportamentos: 1) Lavou as mãos com água e sabão com mais frequência, 2) Desinfetou as mãos com álcool ou gel higienizante (alpha = **0.78**).

.81). A terceira regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 3; $F(22,263) = 4.28$; $R^2 = .25$; $p < .001$, sendo a intenção um preditor positivo da higienização das mãos ($\beta = 0.21$; $p < .001$), existindo ainda um efeito marginal não significativo do planeamento de coping ($\beta = 0.11$; $p = .051$).



Nota:

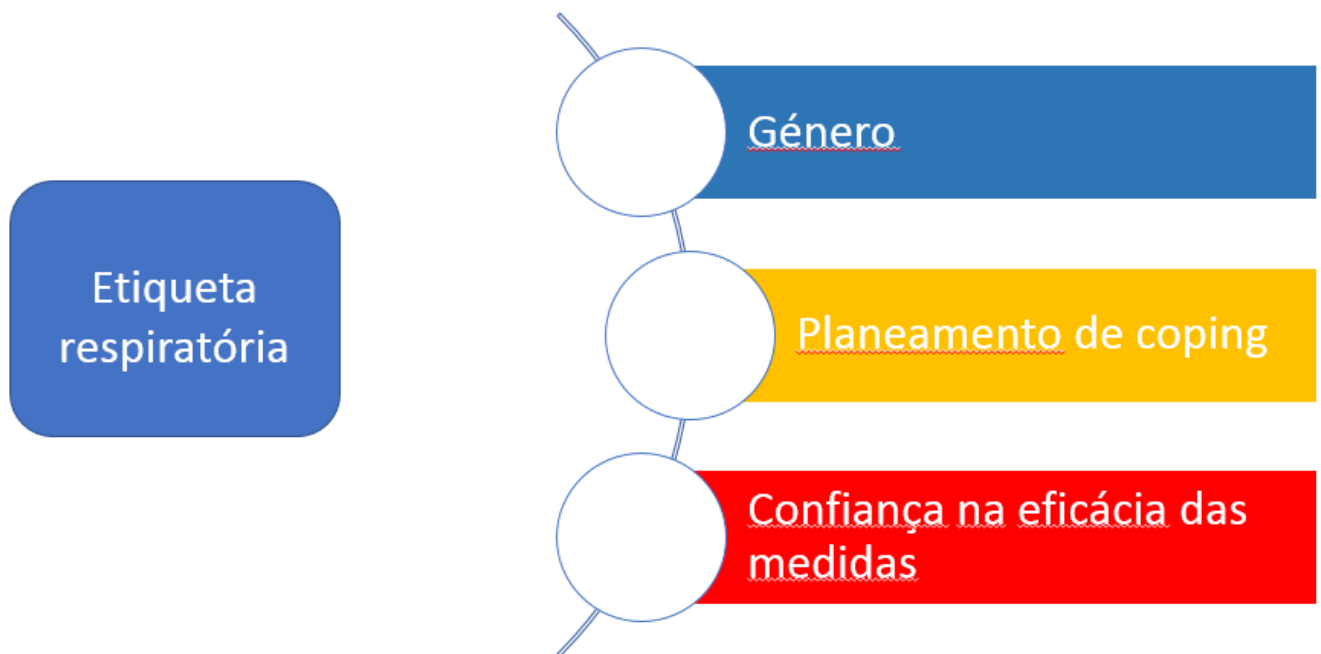
Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Vermelho – Motivações.

ETIQUETA RESPIRATÓRIA³

A primeira regressão linear múltipla não teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 1; $F(8,273) = 1.56$; $R^2 = .04$; $p = .13$), apesar de ter sido identificado um efeito significativo do género. A segunda regressão linear múltipla não teve um efeito significativo (Regressão 2; $F(10,273) = 1.33$; $R^2 = .05$; $p = .21$). A terceira regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 3; $F(20,263) = 5.03$; $R^2 = .28$; $p < .001$). Verificaram-se diferenças significativas no género

³ A variável “etiqueta respiratória” foi criada com base na agregação das respostas dos participantes a estes 3 comportamentos: 1) Cobriu o nariz e a boca com um lenço de papel ou braço nas últimas vezes que tossiu ou espirrou, 2) Deitou fora logo após a utilização os lenços descartáveis que tenha usado e/ou lavou o braço ou roupa logo que foi possível se utilizou o braço e 3) Substituiu a máscara que estava a usar por outra nova, se a usou mais do que 4-6 horas ou se a mesma estava húmida (alpha = **0.68**).

($\beta = -0.16$; $p = .04$), sendo que as mulheres reportaram significativamente mais este comportamento do que os homens. Identificaram-se ainda como preditores o planeamento de coping ($\beta=0.25$; $p < .001$) e a autoeficácia ($\beta=0.12$; $p = .03$), que predizem positivamente o comportamento reportado de etiqueta respiratória.



Nota:

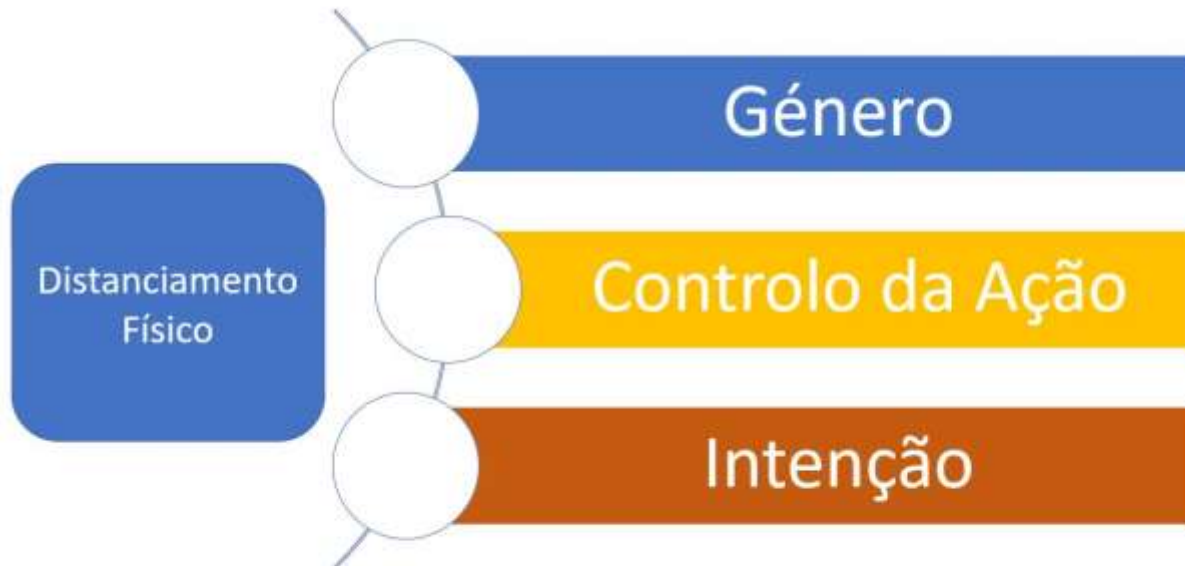
Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Azul escuro – Variáveis sociodemográficas e outras; Amarelo – Capacidades; Vermelho – Motivações; Azul claro – Comportamento.

DISTANCIAMENTO FÍSICO⁴

A primeira regressão linear múltipla não teve um efeito estatisticamente significativo (**Regressão 1; $F(8, 275) = 1.56$; $R^2 = 0.04$, $p = .14$**), verificando-se apenas um efeito estatisticamente significativo entre alguns níveis de escolaridade. A segunda regressão linear múltipla (**Regressão 2; $F(10, 273) = 1.53$; $R^2 = 0.05$, $p = .13$**) não teve um efeito significativo. A terceira regressão linear múltipla teve um efeito

⁴ A variável “distanciamento físico” foi criada com base na agregação das respostas dos participantes a estes 3 comportamentos: 1) Manteve uma distância de outras pessoas, de pelo menos 1.5 a 2 metros, quando esteve fora de sua casa, 2) Tentou desviar-se do caminho das outras pessoas, em supermercados ou lojas, 3) Tentou desviar-se do caminho das outras pessoas, ao andar na rua (alpha = **0.88**).

estatisticamente significativo (**Regressão 3; F(20, 263) = 6.52; R² = 0.33, p < .001**). Verificou-se um efeito significativo do género (**$\beta = -0.17$; p = .013**), sendo que as mulheres reportaram ter significativamente mais comportamentos de distanciamento físico do que os homens. Para além disso, o controlo da ação (**$\beta = 0.24$; p < .001**) e intenção (**$\beta = 0.27$; p < .001**) predizem positivamente o reporte do distanciamento físico.



Nota:

Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Azul escuro – Variáveis sociodemográficas e outras; Amarelo – Capacidades; Vermelho – Motivações; Azul claro – Comportamento.

VENTILAÇÃO DOS ESPAÇOS⁵

A primeira regressão linear múltipla não teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 1; F(8,275) = 0.59; R² = .017; p = .79). Na segunda regressão linear múltipla também não se observaram diferenças estatisticamente significativas (Regressão 2;

⁵ A variável “ventilação dos espaços” foi criada com base na agregação das respostas dos participantes a estes 3 comportamentos: 1) Abriu as janelas ou portas para deixar o ar circular entre o interior e o exterior, num espaço pequeno com outras pessoas (por exemplo, carro, divisão pequena da casa ou local de trabalho), 2) Usou equipamentos de purificação do ar em casa e/ou no local de trabalho ou, se não usou, pensou na possibilidade de o fazer, e 3) Frequentou mais espaços exteriores/abertos do que espaços fechados (alpha = **0.73**).

$F(10,273) = 0.84$; $R^2 = .03$; $p = .59$). A terceira regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 3; $F(20,263) = 7.37$; $R^2 = .36$; $p < .001$). Para além disso, a resiliência teve um efeito negativo ($\beta = -0.18$; $p = .01$), bem como a exposição ao risco⁶ ($\beta = -0.12$; $p = .03$), isto é, as pessoas menos resilientes e menos expostas ao risco tendem a reportar significativamente mais o comportamento de ventilação dos espaços. A intenção ($\beta = 0.24$; $p < .001$), prediz positivamente o reporte do comportamento de ventilação dos espaços.



Nota:

Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Azul escuro – Variáveis sociodemográficas e outras; Vermelho – Motivações; Azul claro – Comportamento.

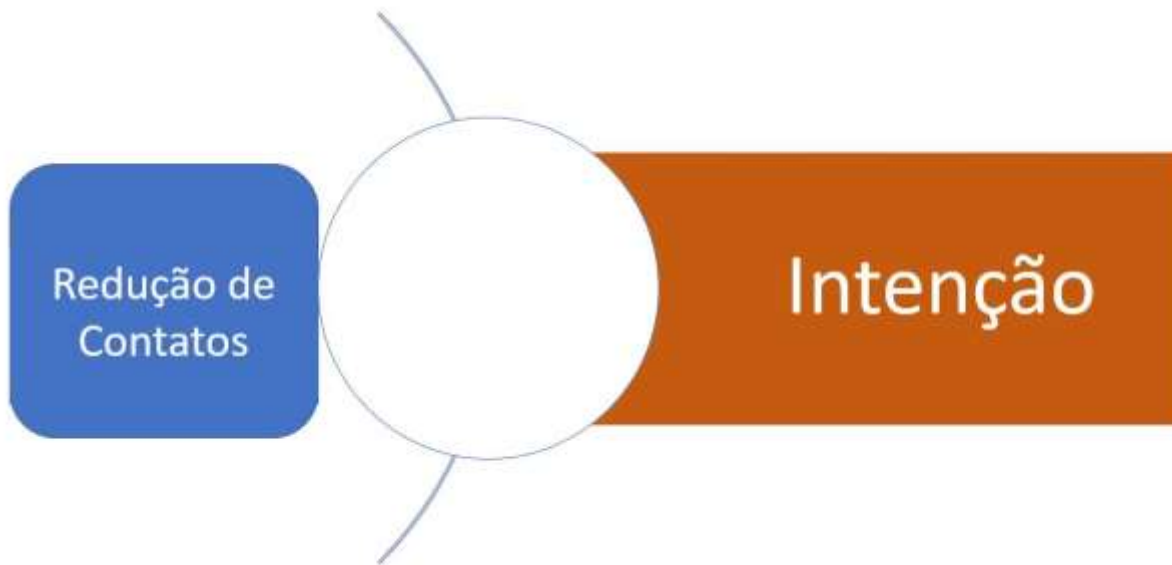
REDUÇÃO DE CONTACTOS⁷

A primeira regressão linear múltipla teve apenas um efeito marginal (Regressão 1; $F(8,314) = 1.84$; $R^2 = .045$; $p = .07$), ocorrendo um efeito estatisticamente significativo

⁶ A exposição ao risco refere-se ao facto de os participantes estarem ou não a trabalhar/estudar em contato próximo com outras pessoas.

⁷ A variável “redução de contactos” foi criada com base na agregação das respostas dos participantes a estes 2 comportamentos: 1) Tentou permanecer em casa o máximo de tempo possível e 2) Limitou o número de contactos físicos com outras pessoas ($\alpha = 0.83$). Nas regressões usámos as mesmas variáveis, sendo a única diferença a não utilização destas: normas sociais e pessoais, confiança e eficácia na resposta, auto-eficácia, planeamento de coping, intenção comportamental e controlo da ação, pois estes comportamentos foram apenas acrescentados em Outubro.

do género ($\beta = -0.19$; $p = .01$), sendo que as mulheres reportaram significativamente mais este comportamento que os homens. A segunda regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 2; $F(10,312) = 2.17$; $R^2 = .06$; $p < .02$). O preditor género ($\beta = -0.16$; $p = .04$), foi significativo, reportando as mulheres mais este comportamento que os homens. A terceira regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 3; $F(16,306) = 10.26$; $R^2 = .35$; $p < .001$). A intenção prediz positivamente o comportamento de redução de contactos ($\beta = 0.41$; $p < .001$), tendo nesta 3ª regressão o género deixado de ser significativo.



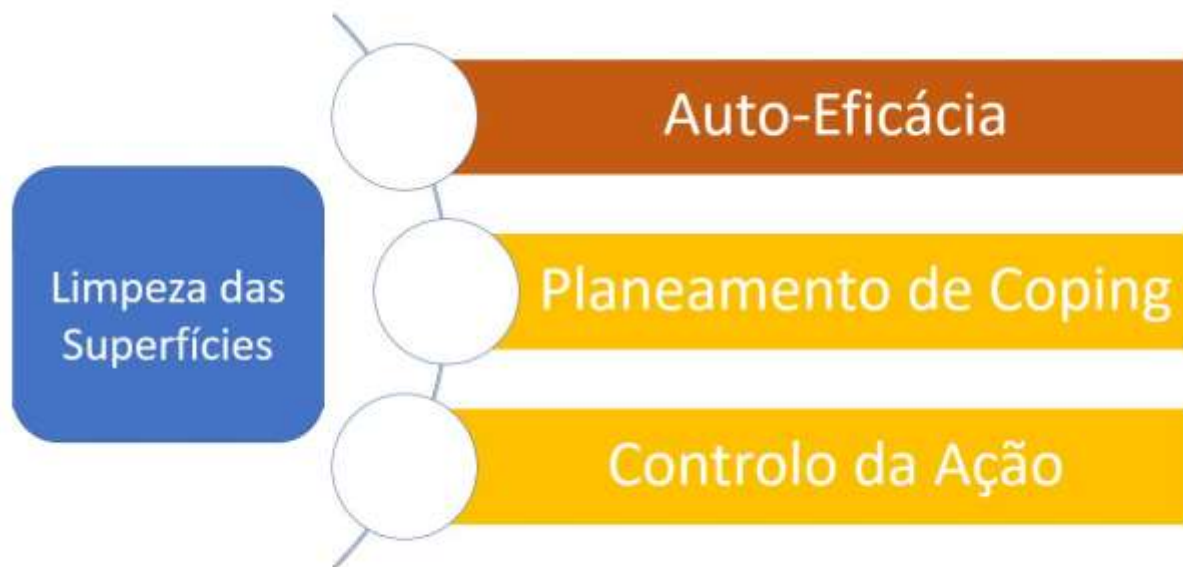
Nota: Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Vermelho – Motivações.

LIMPEZA DAS SUPERFÍCIES⁸

A primeira regressão linear múltipla não teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 1; $F(8,314) = 1.62$; $R^2 = .04$; $p = .11$). Na segunda regressão linear múltipla não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas (Regressão 2; $F(10,312) = 1.36$; $R^2 = .04$; $p < .20$). A terceira regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 3; $F(20,302) = 14.67$; $R^2 = .49$; $p < .001$). A autoeficácia ($\beta = 0.28$; $p < .001$), o planeamento de coping ($\beta = 0.27$; $p < .001$) e o

⁸ A variável "limpeza das superfícies" foi criada com base na agregação das respostas dos participantes a estes 2 comportamentos: 1) Limpou e desinfetou as superfícies/objetos em que tocou muito frequentemente e 2) Tirou o calçado de rua e objetos da mão (chaves, telemóvel, carteira) ao chegar a casa, colocando-os em locais denominados "áreas sujas" (zona isolada do resto da casa, como por exemplo na entrada ou a um canto da casa) ($\alpha = 0.77$).

controlo da ação ($\beta = 0.19$; $p = .02$) predizem o reporte da limpeza de superfícies.



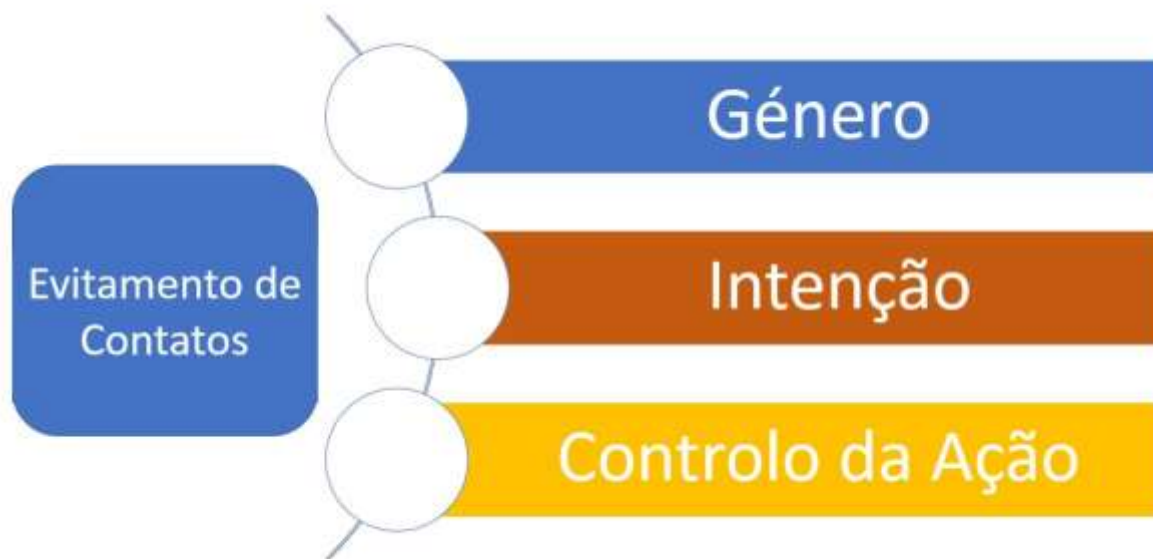
Nota:

Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Amarelo – Capacidades; Vermelho – Motivações; Azul claro – Comportamento.

EVITAMENTO DE CONTACTOS ASSOCIADO À AUTOVIGILÂNCIA DE SINTOMAS⁹

A primeira regressão linear múltipla não teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 1; $F(8,314) = 1.58$; $R^2 = .04$; $p = .13$). A segunda regressão linear múltipla também não foi estatisticamente significativa (Regressão 2; $F(10,312) = 1.28$; $R^2 = .04$; $p = .24$). A terceira regressão linear múltipla teve um efeito estatisticamente significativo (Regressão 3; $F(20,302) = 6.29$; $R^2 = .29$; $p = .25$). O género foi um preditor estatisticamente significativo ($\beta = -0.14$; $p < .01$) reportando as mulheres mais este comportamento que os homens, bem como o controlo da ação ($\beta = 0.15$; $p = .01$) e a intenção ($\beta = 0.34$; $p < .001$).

⁹ O evitamento de contactos associado à autovigilância de sintomas foi criado com base na agregação das respostas dos participantes a estes 4 comportamentos: 1) Evitar ir ao meu local de trabalho/estudo como habitualmente, se tiver sintomas que me pareçam ser COVID-19, 2) Ligar para a linha telefónica SNS24 (808 24 24 24), se tiver sintomas que me pareçam ser COVID-19, 3) Evitar o contacto físico com família, amigos e outras pessoas que conheça, se tiver sintomas que me pareçam ser COVID-19 e 4) Ficar em casa, se tiver sintomas que me pareçam ser COVID-19. (alpha = **0.85**).



Nota:

Nesta figura são apresentados os preditores que foram significativos. Legenda de cores: Azul escuro – Variáveis sociodemográficas e outras; Amarelo – Capacidades; Vermelho – Motivações; Azul claro – Comportamento.

SÍNTESE CONCLUSIVA

- Registou-se uma tendência geral de incremento entre Agosto e Novembro na prática dos diferentes comportamentos de prevenção, sobretudo no que diz respeito ao uso de máscara, higienização das mãos e ventilação dos espaços - este último com um aumento muito significativo, possivelmente associado ao aumento do conhecimento sobre a possibilidade de transmissão da COVID-19 através de aerossóis. Registou-se também um incremento entre Outubro e Novembro no que diz respeito ao distanciamento físico e redução de contactos, possivelmente motivado pelo aumento do número de casos e restrições que foram impostas pelo estado de emergência em Novembro.
- Apenas os comportamentos de etiqueta respiratória, evitamento de contactos em caso de autovigilância de sintomas, e limpeza das superfícies se mantiveram estáveis ao longo dos meses em estudo.
- O uso de máscara foi o comportamento de prevenção reportado como tendo tido uma utilização mais consistente, sendo que a maioria dos participantes reportou ter usado a máscara cirúrgica.

- Em geral, as variáveis sociodemográficas (incluindo a literacia em saúde) e relacionadas com o risco de contágio por SARS-CoV-2 não se mostraram significativas na previsão da adesão aos comportamentos de prevenção, à exceção do distanciamento físico, evitamento de contactos associado à vigilância de sintomas e etiqueta respiratória, relativamente aos quais as mulheres reportaram maior adesão. De um modo geral, apenas os preditores psicológicos, nomeadamente os preditores volitivos (i.e. preditores motivacionais pós-intencionais) e associados à capacidade de autorregulação, revelaram ser preditores dos comportamentos de prevenção.
- A intenção foi um preditor significativo da maioria dos comportamentos de prevenção – à exceção da etiqueta respiratória e da limpeza das superfícies, cuja adoção revelou estar mais dependente de fatores ligados à autorregulação do comportamento, tais como o planeamento e, no caso da limpeza de superfícies, à auto-monitorização e confiança na capacidade em ultrapassar as barreiras mais frequentes. No caso da etiqueta respiratória, a crença na eficácia desta medida de prevenção revelou ser também especialmente relevante.
- No caso da utilização da máscara, além da intenção, a confiança em ser-se capaz de realizar o comportamento, mesmo em face de barreiras como o desconforto causado pela sua utilização, a prática de outros comportamentos de prevenção (como o distanciamento físico) ou o esquecimento, foram os principais preditores da sua utilização, um mês mais tarde.
- No caso da higienização das mãos, ventilação dos espaços e redução de contactos, a intenção foi o único preditor psicossocial destes comportamentos (assim como a auto-eficácia, no que diz respeito ao uso de máscara), o que aponta, em termos de intervenção, para estratégias que promovam a motivação para a adesão a estes comportamentos.
- Já no caso do distanciamento físico, etiqueta respiratória, limpeza de superfícies e objetos, assim como ações de autovigilância de sintomas, revelaram-se também importantes o planeamento de coping e a auto-monitorização destes comportamentos., pelo que as intervenções deverão focar-se em facilitar processos de autorregulação (ex. auxiliar a antecipação de barreiras e formas de as ultrapassar; estratégias que auxiliem / facilitem a auto-monitorização), como forma de promover a adesão a estes comportamentos.
- Nem a perceção de risco nem a norma social revelaram ser preditores dos diferentes comportamentos de prevenção, pelo que a promoção destes comportamentos deverá ser antes dirigida a outros fatores motivacionais.

Anexos

1. Alphas de Cronbach das Escalas (VIs/preditores)

Variável	Alfa de Cronbach								
		Uso de Máscara	Higienização das Mãos	Etiqueta Respiratória	Distanciamento Físico	Ventilação dos Espaços	Limpeza das Superfícies	Redução de Contatos	Evitamento de Contatos
Confiança na eficácia das medidas (Motivação)		0.92	0.95	0.93	0.94	0.97	0.95		0.84
Auto-Eficácia (Motivação)		0.68	0.81	0.86	0.87	0.72	0.92		0.9
Planeamento de Coping (Capacidades)		0.94	0.92	0.93	0.93	0.96	0.94		0.95
Controlo da Ação (Capacidades)		0.88	0.89	0.89	0.9	0.93	0.92		0.92
Intenção Comportamental (Motivação)		0.76	1 item apenas	0.89	1 item apenas	0.72	1 item apenas	1 item apenas	0.75
Perceção de Risco (Motivação)	0.84								
Confiança em Fontes de Informação (Oportunidade)	0.85								
Estados Emocionais	0.76								
Resiliência	0.84								

2. NOTA METODOLÓGICA SOBRE A ANÁLISE ESTATÍSTICA

Nesta análise estatística foram realizadas regressões lineares hierárquicas de forma a identificar os preditores para cada um dos 8 comportamentos de proteção (uso de máscara, higienização das mãos, etiqueta respiratória, distanciamento físico, ventilação dos espaços, redução de contactos, limpeza das superfícies e evitamento de contactos associado à auto-vigilância de sintomas). Na primeira regressão (**Regressão 1**) os preditores foram a idade, o género, o nível socioeconómico e o nível de escolaridade. Na segunda regressão (**Regressão 2**) foram adicionados os preditores pertença a um grupo de risco e exposição ao risco. Finalmente na terceira regressão (**Regressão 3**) foram adicionados os seguintes preditores para 8 comportamentos analisados: confiança e eficácia na resposta, estados emocionais, resiliência, auto-eficácia, planeamento de coping, controlo da ação, intenção comportamental, perceção de risco, confiança nas instituições e nível de literacia.