



INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

RELATÓRIO DO ESTUDO

**CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE A COVID-19 NA
POPULAÇÃO RESIDENTE EM CABO VERDE**

Junho de 2020

**RELATÓRIO DO ESTUDO: CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS
SOBRE A COVID-19 NA POPULAÇÃO RESIDENTE EM CABO VERDE**

INVESTIGADORES DO ESTUDO:

Dra. Maria de Fátima Carvalho Alves, Doutoranda em Processos Psicológicos e Comportamento Social, Mestre em Psicologia Social, Gestora de Projetos de Investigação do Instituto Nacional de Saúde Pública - Mariefatima.Alves@insp.gov.cv;
COORDENADORA DA EQUIPA;

Dra. Janice Soares – Licenciada em Estatística e Gestão da Informação, Técnica de estatística no Observatório Nacional de Saúde do Instituto Nacional de Saúde Pública - janice.soares@insp.gov.cv;

Doutora Edna Duarte Lopes - Doutora em Psicologia, Mestre em Psicologia Clínica, Especialista em Clínica Cognitiva Comportamental, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, Psicóloga Clínica Comportamental e Administradora não Executiva do Instituto Nacional de Saúde Pública. edna.d.lopes@insp.gov.cv;

Dra. Maria da Luz Lima, Médica, Especialista em Medicina do Trabalho, Mestre em Saúde Pública e Presidente do Instituto Nacional de Saúde Pública, Mariadaluz.Lima@insp.gov.cv;

Dra. Silvania Veiga leal, Mestre em Parasitologia Médica, Licenciada em Análises Clínicas e Saúde Pública, Coordenadora do Laboratório de Entomologia médica do Instituto Nacional de Saúde Pública. Silvania.Leal@insp.gov.cv;

Dra. Menilita Barbosa – Coordenadora do Laboratório de Virologia do Instituto Nacional de Saúde Pública Menilita.Barbosa@insp.gov.cv;

Dr. Júlio Monteiro Rodrigues – Pós-graduação em Ciência para o Desenvolvimento, Mestre em Saúde Pública, Médico e Administrador Executivo do Instituto Nacional de Saúde Pública. Julio.M.Rodrigues@insp.gov.cv

RESUMO

O presente estudo «Conhecimentos, atitudes e práticas sobre a COVID-19: um estudo transversal na população residente em Cabo Verde» tem por objetivo determinar os conhecimentos, atitudes e práticas de prevenção e controlo, da população residente no país em relação à COVID-19, para subsidiar as estratégias de comunicação de risco e envolvimento comunitário. O questionário CAP, adaptado do estudo de Zhong et al. (2020) realizado na China, foi elaborado na plataforma *Google form*, e disponibilizado aos sujeitos, através das redes sociais (Facebook, Viber, WhatsApp e Twitter), Sites oficiais, E-mail e SMS, de 5 a 12 de abril. A amostra foi constituída por 1996 sujeitos, na maioria do sexo feminino (50,6%), na faixa etária de 25-44 anos (66,58%), solteiros (66,5%), licenciados (53,7%), Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas (31,91%) e residentes no Concelho da Praia (48,65%).

O nível de conhecimento dos residentes em Cabo Verde sobre a COVID-19 pode considerar-se elevado (taxa global de respostas corretas de 82%). O score de conhecimento mais elevado foi significativamente associado aos participantes do sexo feminino, faixa etária 44 anos de idade ou mais, casados e outros (separados/divorciados e viúvos), de nível de superior e outros (Instituto Pedagógico, Curso Médio, Formação Profissional), pertencentes a classe dos profissionais de nível intermédio e intelectual. Os conhecimentos apresentam uma correlação estatisticamente significativa, positiva, fraca com as práticas de prevenção e controlo da COVID-19 ($\rho = 0.119$; $p = 0.000$), ao nível de significância de 0.01.

A maioria dos participantes (76,15%) demonstra confiança que o novo coronavírus (SARS-CoV-2) será finalmente controlado e 87,48% admitiram que Cabo Verde pode vencer a luta contra a COVID-19, contra 12,52% dos sujeitos não confiavam no sucesso do país nessa luta. Os inquiridos que discordaram ou disseram não saber se o país iria vencer a pandemia justificaram que tal feito só seria possível com o máximo envolvimento da população no cumprimento do estado de emergência, o isolamento social e demais medidas restritivas de prevenção e controlo da doença, aumento do número de testes de despistagem dos casos suspeitos e maior clareza na definição das medidas de proteção e segurança individual, por exemplo, o uso de máscaras e o reforço de cuidados de higiene em locais públicos de muita aglomeração de pessoas.

Os inquiridos mais confiantes no controlo da pandemia eram maiores de 44 anos de idade (79,9%), casados (81,7%), e desempregados (80,7%).

A maioria dos inquiridos demonstrou comportamentos assertivos em relação a COVID-19, isto é, 98,70% dos participantes declararam ter permanecido em casa nos últimos dias; 96,49% não frequentaram festas, funerais, ou locais lotados e 93,19% confirmaram mudanças de rotinas diárias devido à COVID-19. O comportamento menos assertivo diz respeito ao uso de máscaras, em que, somente 13,63% dos sujeitos alegaram terem utilizado máscaras ao sair de casa, nos últimos dias. Todavia, é de realçar que está de acordo com a informação veiculada na altura tanto pela OMS, como pelas autoridades sanitárias do país.

A maioria (90,26%) dos sujeitos prefere receber informação sobre COVID-19 em português. Os profissionais de saúde parecem ser as pessoas mais indicadas para transmitir informação sobre a COVID-19, visto ser neles que a população mais confia (90,98%). A televisão (82,56%), a rádio (20,35%) e os jornais (16,73%) continuam a ser os meios mais preferidos ou confiáveis pela população para receber informação sobre COVID-19. Estes resultados aumentam a responsabilidade tanto dos profissionais de saúde como dos profissionais desses meios de comunicação, no sentido de se prepararem e apropriarem-se da verdade científica atualizada sobre o que pretendem transmitir para corresponderem e não defraudarem a confiança neles depositados pela população residente no país.

Relativamente aos meios mais utilizados para receber informações sobre a COVID-19 considera-se, por ordem decrescente, a televisão (69,78%), redes sociais (30,12%), unidades de saúde (23,97%), rádio (19,93%), profissionais de saúde (16,09%), artigos científicos (13,57%) e outros meios (Sites oficiais, jornais impressos e online, SMS do INSP, Linha Verde 8001112, membro da família, Google académico e folhetos informativos), 9,84%. É de realçar o facto de que, não obstante ao uso frequente das redes sociais, estas não são consideradas meios de confiança para se obter informações sobre COVID-19.

Os conhecimentos dos residentes sobre a COVID-19 influenciam pouco as práticas de prevenção e controlo ($R^2 = 0,012$; $EP = 0,860$; $F_{(1,1995)} = 24083$; $P\text{-value} = 0,000$). Daí que se torna imperativo continuar a insistir e estimular a modificação comportamental da população. Isto é, a população deve traduzir a informação em aprendizagem.

As variáveis sociodemográficas explicam pouco o conhecimento da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19 ($r = 0,111$; $EP = 1,104$; $F = 44895$; $P\text{-value} = 0,000$).

Considerando que o país nunca experienciou uma situação semelhante, os resultados positivos do presente estudo podem, eventualmente, estar associados à adoção de medidas assertivas e atempadas por parte das autoridades do país.

Esses resultados podem ser úteis na definição de políticas de saúde pública, bem como para os profissionais de saúde conhecerem as populações-alvo para campanhas de prevenção e educação em saúde na luta contra a COVID-19.

Palavras-Chave: Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre COVID-19 em Cabo Verde.

Índice

INTRODUÇÃO.....	8
OBJETIVO GERAL	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	11
1. REVISÃO DA LITERATURA.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO	17
1.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA COVID-19 E SEUS ANTECEDENTES	17
2.1. RESERVATÓRIO E MODO DE TRANSMISSÃO.....	18
3.1. PERÍODO DE INCUBAÇÃO.....	18
4.1. PREVENÇÃO E TRATAMENTO.....	19
5.1. SUSCETIBILIDADE	19
3. DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	20
4. METODOLOGIA	20
5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS.....	24
6.1. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES.....	24
5.1.1. SEXO	24
5.1.2. FAIXA ETÁRIA.....	24
5.1.3. ESTADO CIVIL.....	25
5.1.4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS	25
5.1.5. PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	26
5.1.6. ILHA DE RESIDÊNCIA.....	27
5.1.7. CONCELHO DE RESIDÊNCIA	28
7.1. ANÁLISE DE DADOS POR OBJETIVOS.....	28
5.1.8. ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS SOBRE A COVID-19.....	28
5.1.9. ANÁLISE DAS ATITUDES SOBRE A COVID-19	36
5.1.10. ANÁLISE DAS PRÁTICAS DECORRENTES DA COVID-19	38
5.1.11. COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO	42
5.1.12. TAXA DE RESPOSTAS CORRETA	46
5.1.13. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CONHECIMENTOS E ATITUDES, E AS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA COVID-19	52
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	66

7. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....	72
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
9. ANEXOS.....	79
10. APÊNDICES	84

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Taxas de respostas certas do questionário de conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19.....	47
Tabela 2: Resultado da correlação entre as variáveis conhecimento, atitudes e práticas da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19.	52
Tabela 3: Correlação entre o escore de conhecimento e as variáveis sociodemográficas.	55
Tabela 4: Resultado do modelo de regressão linear múltipla das variáveis sociodemográficas como preditora de conhecimentos sobre COVID-19.	56
Tabela 5: Estatística dos resíduos.....	56
Tabela 6: Resumo do modelo de regressão linear múltipla.....	58
Tabela 7: Anova do modelo de regressão linear múltipla.	61
Tabela 8: Resultado do modelo de regressão linear simples da variável conhecimentos como preditora das práticas de prevenção e controlo da COVID-19.	65

LISTAS DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos de estudo por sexo.	24
Gráfico 2: Distribuição da faixa etária dos sujeitos de estudo.	25
Gráfico 3: Distribuição estado civil dos sujeitos de estudo.....	25
Gráfico 4: Distribuição das habilitações literárias dos sujeitos de estudo.	26
Gráfico 5: Distribuição da profissão dos sujeitos de estudo.	27
Gráfico 6: Distribuição dos sujeitos de estudo por ilha de residência.....	28
Gráfico 7: Os principais sintomas clínicos da COVID-19.	29
Gráfico 8: Atualmente não existe cura eficaz para a COVID-19.....	30
Gráfico 9: Nem todas as pessoas com COVID-19 evoluíram para casos graves.....	30
Gráfico 10: Somente os idosos, as pessoas com doenças crónicas fazem parte dos grupos de risco.....	31

Gráfico 11: Contato com animais resultaria na infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).....	32
Gráfico 12: O novo coronavírus (SARS-CoV-2) transmite-se através de gotículas respiratórias de indivíduos infetados.	32
Gráfico 13: Uso de máscaras por pessoas comuns para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).	33
Gráfico 14: Crianças e adultos jovens são necessariamente precisam prevenir a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).....	34
Gráfico 15: Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), os indivíduos seguir as orientações de higiene e distanciamento social.	34
Gráfico 16: O isolamento e tratamento de pessoas infetadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) são formas eficazes de reduzir a propagação do vírus.....	35
Gráfico 17: Isolamento imediato por período de 2 a 14 dias para as pessoas que tiverem contato com alguém infetado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).....	36
Gráfico 18: Controlado com sucesso da COVID-19.....	37
Gráfico 19: Cabo Verde pode vencer a luta contra a COVID-19).	37
Gráfico 20: Mudou a sua rotina diária, nos últimos dias devido a COVID-19.	39
Gráfico 21: Nos últimos dias, procurou ficar em casa a maior parte do tempo.	40
Gráfico 22: Nos últimos dias estive em alguma festa, funeral ou local com muitas pessoas juntas.	41
Gráfico 23: Nos últimos dias, procurou ficar em casa a maior parte do tempo.	42
Gráfico 24: Pessoas ou entidades que os sujeitos mais confia/prefere para receber informações sobre à COVID.19.	43
Gráfico 25: Canal de comunicação de que os sujeitos mais confia / prefere receber informações sobre à COVID-19.	44
Gráfico 26: Meio que os sujeitos utilizam para receber informações sobre à COVID-19.	45
Gráfico 27: Idioma que os sujeitos preferem para receber informações sobre COVID-19.	45
Gráfico 28: Plot resíduos padronizados versus valor previsto padronizados.	57
Gráfico 29: Histograma dos resíduos estandardizados.....	59
Gráfico 30: Plot P-P normal de Regressão linear simples.....	59

INTRODUÇÃO

O presente relatório visa apresentar os resultados do estudo «conhecimentos, atitudes e práticas sobre a COVID-19: um estudo transversal online na população residente em Cabo Verde», que teve por objetivo geral estudar os conhecimentos, atitudes e práticas da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19, com o intuito de facultar informações e evidências credíveis para auxiliar o governo e o sistema de saúde na tomada de decisões e definição de políticas de saúde pública para a prevenção e controlo da pandemia de COVID-19.

A COVID-19 é uma doença respiratória emergente causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2) que pode causar infeção respiratória grave como a pneumonia. A doença foi detetada pela primeira vez em dezembro de 2019 em Wuhan, China e espalhou-se rapidamente a partir do seu epicentro, para os quatro continentes (Ásia, Europa, América e África). Trata-se de uma doença com uma letalidade muito elevada e altamente contagiosa, cujos principais sintomas clínicos incluem febre, tosse seca, fadiga, mialgia e dispneia (Novel et al, 2020; Chen *et al*, 2020).

Em resposta ao aumento do número de infetados, mortes e disseminação geográfica da COVID-19, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, a 30 de janeiro de 2020, emergência de saúde pública de alcance internacional e apelou esforços colaborativos de todos os países para impedir a rápida disseminação da COVID-19, tendo em conta os altos riscos de contaminação do vírus SARS-Cov-2, e os seus impactos na saúde pública global. Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia (OMS, 2020).

De acordo com os dados da OMS de 16 de maio, a pandemia de COVID-19 já infetou mais de 4,4 milhões de pessoas em 196 países e territórios, com 302 mil óbitos e 1,5 milhões de doentes foram considerados curados (WHO, OMS, 2020).

Em África, de acordo com a Organização Mundial da Saúde de 16 de maio, o número de infetados por COVID-19 é de mais de 54 mil, 1.667 mortos em 53 dos 54 países do continente.

Em Cabo Verde, desde o início do surto da COVID-19 na China, as autoridades locais vêm adotando medidas no sentido de prevenir e evitar a propagação da infeção do novo coronavírus (SARS-CoV-2) no país. No seguimento, o governo elaborou um plano nacional de contingência (10 de março de 2020), com fortes medidas de proteção e restrições, seguindo as diretrizes emanadas da Organização Mundial de Saúde.

O país registou a 19 de março de 2020, o primeiro caso importado de COVID-19 na ilha da Boa Vista. Com o surgimento desse paciente infetado pelo novo coronavírus, intensificaram-se as medidas restritivas e de saúde pública, de entre os quais, o reforço da vigilância dos portos e aeroportos para combater a pandemia e evitar a propagação do vírus no seio da população residente naquela ilha.

Na sequência, em 25 de março de 2020 foi confirmado o primeiro caso positivo de COVID-19 na cidade da Praia, o quarto do país e o primeiro cidadão nacional a infetar-se pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2). Perante o sucedido, as autoridades locais redobram as medidas restritivas, levando a declaração do Estado de emergência a nível nacional (Decreto Presidencial nº 06/2020), por um período de 20 dias, com início a partir da 0h do dia 28 de março de 2020.

O estado de emergência permitiu adotar as medidas do confinamento obrigatório (encerramento de todos os serviços público e privado) e o distanciamento social. Durante o período do estado de emergência, os residentes foram instigados a permanecerem-se em casa, reservando as saídas exclusivamente para tratar dos assuntos emergentes (compra de mantimentos, cuidados médicos, entre outras ações de carácter urgente).

Com o aumento de casos positivos da COVID-19, e com três Ilhas afetadas (Boa Vista, Santiago e São Vicente), o Presidente da República de Cabo Verde prorrogou o estado de emergência (primeira prorrogação), através do Decreto Presidencial nº 07/2020. Sua Excelência, Dr. Jorge Carlos Fonseca, no âmbito dos seus poderes enquanto Presidente da República de Cabo Verde outorgou algumas exceções ao segundo estado de emergência, nomeadamente a diferenciação em termos do período de duração nas ilhas com casos confirmados de COVID-19: quinze dias para as ilhas da Boa Vista, Santiago

e São Vicente e nove dias para as restantes ilhas onde não se assinalou casos positivos de COVID-19 (Santo Antão, Sal, São Nicolau, Maio, Fogo e Brava).

Até o dia 16 de maio de 2020, tinha sido notificado no país, 328 casos acumulados de COVID-19, 03 óbitos e 84 recuperados. A Cidade da Praia tornou-se o epicentro da doença com 262 casos, 30 recuperados e 02 óbitos (MSSS, 2020).

A situação epidemiológica em relação a COVID-19 é bastante crítica a nível global. Segundo Zhong *et. al.* (2020), para combater esta pandemia e minimizar o seu impacto a nível da saúde pública, e sócio económico, é importante que a população local adote as medidas de prevenção e controlo ditadas pelas autoridades locais.

Para introduzir de modo eficaz as medidas de prevenção e controlo da COVID-19 é necessário que as pessoas tenham conhecimento sobre os princípios básicos de higiene e os meios de transmissão e propagação da infeção pelo SARS-CoV-2 (vírus que provoca a COVID-19). E para vencer com sucesso a luta contra COVID-19 em Cabo Verde é necessário o compromisso da população residente com as medidas de prevenção e controlo da doença.

Em Cabo Verde o Instituto Nacional de Saúde Pública é a Entidade responsável pelas atividades de comunicação de risco, informação, comunicação e sensibilização da população sobre as medidas preventivas sobre a COVID-19. Neste contexto, o INSP elaborou o plano de comunicação de risco e envolvimento comunitário em abril de 2020, como um instrumento orientador para a elaboração e difusão de mensagens de prevenção sobre a COVID-19.

De acordo com teoria do estudo KAP, a adesão das pessoas as medidas de prevenção e controlo podem ser amplamente afetadas pelos conhecimentos, atitudes e práticas da população em relação a doença COVID-19 (Zhong et al., 2020).

É com este propósito que, o Instituto Nacional de Saúde Pública realizou o presente estudo «conhecimentos, atitudes e práticas da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19» com os seguintes objetivos:

OBJETIVO GERAL

Analisar os conhecimentos, atitudes e práticas em relação a pandemia COVID-19 na população residente em Cabo Verde.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Analisar o grau de conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre os sinais, sintomas e formas de transmissão da COVID-19;
2. Avaliar as atitudes da população residente em Cabo Verde em relação a capacidade do país no combate da pandemia COVID-19;
3. Identificar as práticas da população residente em Cabo Verde na prevenção e controlo da COVID-19;
4. Identificar as abordagens e meios de comunicação considerados credíveis para a transmissão de informação sobre COVID-19;
5. Determinar as taxas de resposta correta de conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre a COVID-19;
6. Relacionar as variáveis sociodemográficas com os scores de respostas corretas de conhecimentos, atitudes positivas e práticas assertivas de prevenção e controlo da COVID-19;
7. Relacionar os conhecimentos e as atitudes com as práticas de prevenção e controlo da COVID-19;
8. Determinar a influência das variáveis sociodemográficas sobre os conhecimentos da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19;
9. Analisar a influência dos conhecimentos e as atitudes sobre as práticas de prevenção e controlo da COVID-19.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Qual a relação entre os conhecimentos, as atitudes e as práticas da população residente em Cabo Verde sobre a COVID-19, no ano de 2020?

O presente relatório está estruturado em cinco capítulos. Inicia-se com a introdução, uma breve apresentação do tema, seu objeto de estudo, situação problema e os objetivos e a questão de investigação.

O primeiro capítulo, a revisão da literatura, fez-se uma breve descrição dos estudos CAP COVID-19 em outras paragens, seguida do capítulo do Referencial Teórico, que elucida os principais aspetos que caracteriza a origem do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e a pandemia COVID-19; no terceiro capítulo descreve a metodologia do estudo, o desenho do estudo: método, procedimento de recolha de dados, análise estatísticas e os procedimentos éticos e de proteção de dados.

O quarto capítulo descreve os dados do estudo, inicia-se com a apresentação dos dados sociodemográficos, exposição dos dados por objetivos sobre os conhecimentos, atitudes e práticas da COVID-19, seguida das análises de regressão, correlação e associação entre as variáveis conhecimento, atitude e práticas e a relação entre estas variáveis e os dados sociodemográficos.

No quinto capítulo fez-se a discussão dos dados, relacionando os resultados do presente estudo com outros estudos KAP realizados noutras paragens, debatendo os resultados do estudo com aspetos reais e potenciais de prevenção e controlo da COVID-19 na população cabo-verdiana residente. Por fim, as considerações finais, com a apresentação das principais conclusões do estudo, as suas limitações sugestões e recomendações da aplicação dos resultados do presente no contexto da realidade social e no desenvolvimento de política públicas de saúde para a prevenção e o controlo da pandemia de COVID-19 em Cabo Verde.

1. REVISÃO DA LITERATURA

Há ainda um conhecimento limitado sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2), responsável pela doença COVID-19. Para a realização do presente estudo, fez-se a revisão sistemática da literatura nos principais meios de busca e fontes de informação, nomeadamente, nos principais periódicos (*journal*) internacionais de saúde, Google académico, *sites* oficiais (OMS) e jornais impressos e digitais. Procurou-se nesses repositórios, textos completos em PDF, em língua Portuguesa, Inglesa, Francesa e Espanhola, resultado de estudo (artigos científicos e artigo de opinião de especialistas) existentes e relacionada direta ou indiretamente com temática de conhecimentos, atitudes e práticas da COVID-19.

Do resultado da pesquisa bibliográfica originaram artigos científicos, artigos de opinião de especialistas, recomendações de entidades oficiais (OMS, governos). Para a revisão da literatura e o referencial teórico foram considerados todos esses documentos por serem relevantes para a compreensão e análise dos conhecimentos, atitudes e práticas da COVID-19 na população residente em Cabo Verde.

Foram admitidos como critérios de inclusão e delimitadores do estudo, artigos e trabalhos científicos relacionados a KAP COVID-19 (Knows Attitudes and Practices COVID-19), trabalhos sobre o novo coronavírus (SARS-CoV-2), artigos e trabalhos científicos relacionados com o vírus SARS e MERS.

E, como critérios de exclusão não foram admitidos artigos e trabalhos científicos que não preencham os critérios de inclusão e que não estão relacionados com a temática do estudo.

De entre os trabalhos identificados, destaca-se o estudo KAP de Zhong, *et al.* (2020), realizada na China, Erfani *et al.* (2020) do Irão, e Clements (2020) dos Estados Unidos da América. Estas pesquisas serão sucintamente descritas a seguir.

Zhong, *et al.* (2020) realizou uma pesquisa KAP na população chinesa em relação a COVID-19 durante o período da rápida ascensão do surto da pandemia da COVID-19 naquele país asiático. Trata-se de uma pesquisa transversal *online*, com uma amostra de 6910 participantes. Os resultados da investigação evidenciaram que 90% dos

participantes responderam corretamente as 12 questões de conhecimentos sobre as características clínicas, formas de prevenção, tratamento e controlo da COVID-19; a maioria dos entrevistados (97,1%) tinha confiança de que a China pode vencer a batalha contra a COVID-19; quase todos os participantes (98,0%) afirmaram que usaram máscaras ao sair de casa nos últimos dias.

Por sua vez, a análise de regressão logística múltipla realizada pelos autores, demonstraram que o escore de conhecimento da COVID-19 (OR: 0,75-0,90, P <0,001) foi significativamente associado a uma menor probabilidade de atitudes negativas e práticas preventivas em relação ao COVID-2019.

Zhong et al. (2020) chegaram a resultados que evidenciaram que a maioria dos residentes chineses de *status* socioeconómico relativamente alto, em particular, as mulheres têm conhecimento sobre a COVID-19, mantêm atitudes otimistas e têm práticas adequadas em relação a COVID-19.

Neste sentido, Zhong e sua equipa, assegurando nos resultados do estudo consideraram que, programas de educação em saúde com o propósito de melhorar os conhecimentos da COVID-19 são úteis para a manutenção de atitudes otimistas e práticas apropriadas entre os chineses residentes.

É de ressaltar que este estudo serviu de base para o desenho do estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas sobre COVID-19 na população residente em Cabo Verde.

O estudo KAP de Erfani *et al.* (2020) do Irão intitulada de «*Conhecimento, Atitude e Prática em direção ao novo coronavírus (COVID-19) Surto: uma pesquisa populacional no Irão*». Assim como o estudo KAP da China, trata-se de uma pesquisa transversal online, realizada na população iraniana acima de 15 anos de idade e teve por objetivo avaliar o conhecimento, atitude e prática (KAP) dos iranianos na época da pandemia de COVID-19 e detetar problemas sociodemográficos associados as variáveis.

Os resultados do estudo apontaram uma pontuação geral de conhecimento na população iraniana em relação a COVID-19 de 90%, com 60,8% da população geral com moderado conhecimento sobre a doença.

Os resultados do estudo sugerem que a população iraniana demonstrou conhecimento decente, prática apropriada e atitude positiva em relação a COVID-19 no momento do seu surto.

Ademais, os dados da investigação do KAP Irão mostraram uma correlação significativa entre sexo feminino, idade superior e ensino superior com conhecimento, atitude e prática. Na análise de regressão linear múltipla, os participantes do sexo masculino, profissões não relacionadas à saúde, solteiros e menor nível de escolaridade foram significativamente associadas a menores escores de conhecimento.

Este estudo se aproxima do estudo CAP COVID-19 Cabo Verde pela sua metodologia e pela proximidade dos seus resultados a nível da taxa geral de conhecimento da população em relação a COVID-19.

A pesquisa norte-americana sobre «Conhecimento e comportamento em relação ao COVID-19 entre residentes nos EUA durante os primeiros dias da pandemia», realizada por John M. Clements, um estudo on-line transversal, com 1.034 residentes nos EUA maiores de 18 anos, realizada em 17 de março de 2020.

Esta investigação parte do pressuposto de que o conhecimento da COVID-19 influencia a participação em diferentes comportamentos, incluindo relatos de compra de mais bens do que o habitual, participação em grandes reuniões e uso de máscaras médicas.

Os resultados demonstraram que os escores de conhecimento foram significativamente diferentes entre os grupos com base no sexo, na geração de idades, educação, raça, renda e identificação de partidos políticos. A pontuação médio de conhecimento foi de 9,72 (DP=1,93, intervalo 0-12) para uma percentagem de respostas correta global de aproximadamente 80%, uma percentagem inferior ao da China e Irão.

Em geral, Baby Boomers, mulheres, pessoas com alguma faculdade e rendas mais altas conheciam melhor a COVID-19, enquanto negros / afro-americanos e republicanos tinham menos conhecimento.

Em relação aos comportamentos, os participantes que relataram gastar mais dinheiro nas últimas duas semanas, ou ir a reuniões com mais de 50 pessoas, ou usar máscaras fora

de casa, eram menos conhecedores da COVID-19 em comparação com os participantes que não relataram essas atividades.

Além disso, os participantes que relataram os comportamentos acima também eram significativamente mais jovens, exceto para aumento de gastos onde não houve diferença significativa na idade.

Os participantes da geração X e da geração Y apresentaram chances 56% a 76% mais altas, respetivamente de aumento do comportamento de compra, em comparação com os Baby Boomers. E, os Democratas tiveram 30% menos chances de participar de grandes reuniões e 48% menor de chance de usar máscaras médicas comparado aos republicanos.

Para Clements (2020), essas diferenças parecem impedir um esforço coordenado para diminuir a propagação da pandemia nos EUA nos primeiros dias do surto da COVID-19. Por fim, o autor assegura que sem uma resposta nacional coordenada, é provável que os EUA experimentem uma batalha mais longa e prolongada do que se essa coordenação ocorreria. As evidências do autor foram convenientes, uma vez que, atualmente, os EUA é o país mais afetado pela COVID-19.

Estes e outros estudos serão referenciados ao longo deste relatório científico, por serem pesquisas que se encaixam aos objetivos do estudo sobre conhecimentos, atitudes e práticas da COVID-19 na população cabo-verdiana residente. Desta feita, os seus resultados serão considerados para efeito de comparação com os dados/resultados do estudo CAP COVID-19 Cabo Verde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. CARACTERIZAÇÃO GERAL DA COVID-19 E SEUS ANTECEDENTES

A COVID-19 é uma doença causada por uma nova estirpe de Coronavírus que ainda não havia sido identificada em humanos, denominada de SARS-CoV-2-. Este pertencente à família Coronaviridae, género Coronavírus, subdividido em três grupos principais, com base em propriedades genéticas e sorológicas. Cada grupo inclui muitos vírus que causam doença no homem, animais ou aves (OMS, 2020).

Os coronavírus (CoV) são uma grande família viral, conhecidos desde meados dos anos 1960, que causam infeções respiratórias em seres humanos e animais. Geralmente, infeções por coronavírus causam doenças respiratórias leves a moderadas, semelhantes a um resfriado comum. A maioria das pessoas se infecta com os coronavírus comuns ao longo da vida, sendo as crianças pequenas mais propensas à se infetarem (OMS, 2020).

Alguns coronavírus podem causar síndromes respiratórias graves, como a Síndrome Respiratória Aguda Grave que ficou conhecida pela sigla SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), tendo os primeiros casos sido relatados na China em 2002, disseminando rapidamente para mais de doze países na América do Norte, América do Sul, Europa e Ásia, infetando mais de 8.000 pessoas e causando aproximadamente 800 mortes, antes da epidemia global de SARS ser controlada em 2003 (MSSS, 2020).

Segundo a OMS (2020), desde 2004, nenhum caso de SARS foi relatado a nível global. Em 2012 foi isolado um outro novo coronavírus, distinto daquele que causou a SARS no início dos anos de 2000. Esse novo coronavírus, designado de Síndrome Respiratória do Oriente Médio, cuja sigla é MERS (Middle East Respiratory Syndrome) e o novo vírus nomeado coronavírus associado à MERS (MERS-CoV) era desconhecido como agente de doença humana até a sua identificação na Arábia Saudita e, posteriormente, em outros países do Oriente Médio, na Europa e na África.

De acordo com a OMS, todos os casos identificados fora da Península Arábica tinham histórico de viagem ou contato recente com viajantes procedentes de países do Oriente Médio – Arábia Saudita, Catar, Emirados Árabes e Jordânia.

A maioria dos coronavírus, geralmente infetam apenas uma espécie animal ou, pelo menos um pequeno número de espécies proximamente relacionadas. Porém, alguns coronavírus, como o SARS-CoV-2, podem infetar pessoas e animais (OMS, 2020).

2.2. RESERVATÓRIO E MODO DE TRANSMISSÃO

O conhecimento sobre a transmissão da COVID-19 é ainda limitado. Porém está confirmado que a COVID-19 é uma zoonose, e a sua transmissão ocorre entre humanos infetados (de pessoa para pessoa), e acredita-se, que seja transmitida através de gotículas respiratórias de tosse ou espirro (Peri et al., 2020OMS, 2020).

As investigações sobre transmissão do novo coronavírus ainda estão em curso. Julga-se que a transmissão de pessoa-a-pessoa ocorra durante uma exposição próxima a indivíduos infetados, através da disseminação de gotículas respiratórias produzidas quando alguém infetado tosse, espirra ou fala, as quais podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas que estão próximas (OMS,2020).

No entanto, em geral os coronavírus podem igualmente permanecer viáveis (i.e. manterem a sua infecciosidade) durante alguns dias no meio ambiente, sendo que este período depende, por exemplo, da temperatura ambiental ou da exposição da radiação ultravioleta. Assim, a transmissão destes vírus ao Homem pode ocorrer quando as mãos, contaminadas por contacto, por exemplo, com superfícies onde estes vírus se possam ter depositado, são levadas aos olhos, ao nariz ou à boca (OMS, 2020).

2.3. PERÍODO DE INCUBAÇÃO

Os sinais e sintomas da infeção pela COVID-19 aparecem após um período de incubação de aproximadamente 2 a 14 dias, dependendo da idade e do sistema

imunológico do indivíduo afetado (Rothan, Byrareddy, 2020). Pode causar vários sintomas, como febre, pneumonia, dificuldade respiratória, infecção pulmonar, entre outros (Adhikari, *et al.*, 2020).

2.4. PREVENÇÃO E TRATAMENTO

No caso da COVID-19, causada pelo novo Coronavírus, a prevenção passa por um conjunto de cuidados diversos. Segundo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), a melhor prevenção é restringir o contacto físico, evitar aglomerações de pessoas, evitar compartilhar objetos pessoais, e lavar as mãos regular e corretamente com água e sabão, e aplicar álcool em gel, como também respeitar todas as medidas de contenção adotadas pelo governo (OMS, 2020).

Relativamente ao tratamento, não forma descobertos, até ao momento, medicamentos antivirais específicos ou vacina contra a infecção por COVID-19 para potencial terapia em humanos. A única opção disponível é o uso de fármacos antivirais de amplo espectro, como análogos de nucleosídeos e também inibidores da protease do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) que podem atenuar a infecção por vírus até que o antiviral específico se torne disponível (Rothan, Byrareddy, 2020).

Esforços para conter a propagação do vírus estão em curso a nível mundial. Cientistas a nível global estão numa correria desenfreada para encontrar a cura para a doença COVID-19, no entanto, dadas as muitas incertezas em relação à transmissibilidade e virulência do agente patogénico, a eficácia desses esforços, por ora, é desconhecida (Li *et al.*, 2020).

2.5. SUSCETIBILIDADE

Todas as pessoas estão suscetíveis a contraírem a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), sendo que os idosos e pessoas com doenças preexistentes e comorbidades apresentam uma maior probabilidade e risco de terem formas mais graves da infeção de se tornarem casos mais severos (OMS, 2020).

3. DEFINIÇÃO DE TERMOS

SARS-CoV-2 – é a designação do novo coronavírus, o vírus causador da COVID-19.

COVID-19 – é a designação da doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2.

CONHECIMENTOS – refere-se ao conjunto de informações adquiridas por experiência ou processo de aprendizagens. No âmbito do presente estudo, refere-se as informações dos sujeitos em relação á COVID-19. As decisões, escolhas e atitudes do ser humano podem ser influenciadas pelos seus conhecimentos.

ATITUDES - são avaliações que as pessoas fazem de pessoas, objetos e ideias (Petty e Wegener, 1998). Atitudes são avaliações no sentido em que consiste em uma reação **positiva** ou **negativa** em relação a alguma situação, fenómeno, objeto ou ideia.

PRÁTICA – Comportamento em sentido estrito, forma habitual de agir ou reagir, conduta habitual. No âmbito deste estudo, prática significa comportamento resultante da modificação comportamental devido à pandemia COVID-19.

4. METODOLOGIA

DESENHO DO ESTUDO

4.1. Método: Trata-se de um estudo descritivo, transversal, online de abordagem mista (quali-quantitativa).

Este estudo enquadra-se dentro da metodologia survey *online*. A pesquisa survey é bastante utilizada em investigações sociais para medir os factos, atitudes e

comportamentos por meio de questões elaboradas a partir de um questionário disponibilizado aos respondentes *online* (autopreenchimento), via telefone (entrevista) ou por correspondência (cartas, e-mails).

Surveys oferece uma maneira rápida e económica de descobrir as características e crenças da geral em população sobre um determinado fenómeno e/ou problemática.

4.2. Procedimento

- O projeto do estudo foi aprovado pelo Conselho da Administração do INSP e mereceu o assentimento da Comissão Nacional de Proteção de Dados, através da Autorização n.º. 90/2020;
- Após a deliberação positiva da CNPD, procedeu-se a recolha de dados *online* de 5 a 12 de abril;
- O link do questionário elaborado no *Google form* e o termo de consentimento informado foram disponibilizados aos sujeitos (inquiridos), através dos principais meios de comunicação social digital, E-mail, Sites, Facebook, Whatsapp, Viber, Instagram, Twiter e por SMS;
- Os dados recolhidos foram transportados para uma base construída com recurso ao software SPSS (versão 26.0) e analisados de acordo com os objetivos do estudo, dando origem ao presente relatório;
- Pretende-se socializar os resultados nele contidos e, posteriormente, elaborar um artigo científico a ser submetido à publicação.

4.3. População do estudo: devido a situação em que se encontrava no momento da recolha de dados não foi possível fazer uma pesquisa nacional por amostragem na comunidade. Nesse sentido, decidiu-se recolher os dados *online*, numa amostra por conveniência (não probabilística) de entre os cidadãos residentes em Cabo Verde (cabo-verdianos ou não), de ambos os sexos, com 16 ou mais anos de idade, que se disponibilizaram a responder o questionário de autopreenchimento (online), mediante a assinatura de um termo de consentimento livre informado (online).

Um total de dois mil e duzentos (2200) participantes, cidadãos residentes em todas as ilhas habitadas/concelhos do arquipélago de Cabo Verde preencheram o questionário de autorresposta disponível *online* durante uma semana. Foram rejeitados 204 sujeitos. Sendo, o universo total da amostra do estudo consistiu em mil novecentos e noventa e seis (1996) sujeitos.

4.4. Critérios de exclusão: menores de 16 anos e todos aqueles que se recusaram a preencher o termo de consentimento informado *online*.

4.5. Instrumento de recolha de dados: os dados foram recolhidos na plataforma do *Google form*, através de um inquérito por questionário, adaptado do estudo (KAP) de Zong et al. (2020) realizado na China. O link do questionário de autopreenchimento foi disponibilizado aos sujeitos nas redes sociais (Facebook, WhatsApp, Viber, Instagram, Twiter), E-mail, Sites Oficiais e por SMS.

O questionário contém duas partes, sendo a primeira contém os dados sociodemográficos e a segunda parte as questões relativas aos conhecimentos, atitudes, práticas e informação e comunicação em relação à COVID-19. A página de rosto do questionário incluía uma breve introdução sobre os objetivos do estudo, a natureza voluntária da participação, declaração de confidencialidade, o anonimato e o termo de consentimento livre informado.

O questionário CAP de 23 questões, sendo 11 questões de conhecimentos relacionadas a aspetos clínicos e de transmissão, prevenção e controlo da COVID-19; 3 questões de avaliação das atitudes, 5 questões relacionadas a formas de prevenção e controlo da COVID-19 e 4 questões sobre informação e comunicação. As questões apresentavam opções de respostas: *Verdadeira*, *Falsa* e *Não sei*, bem como *Concordo*, *Discordo* e *Não sei* para as questões de avaliação das atitudes. As questões de conhecimento foram pontuadas com um ponto para cada pergunta e uma pontuação agregada calculada (intervalo de 0 a 11), com pontuações mais altas indicando mais conhecimento sobre a COVID-19.

4.6. Período de recolha de dados: os dados foram recolhidos de 5 a 12 de abril, uma semana após a declaração do estado de emergência nacional.

4.7. Análise de dados: a análise de dados fez-se com recurso ao *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, v. 26), ao nível de significância estatística de < 0.05 (bilateral), e os dados qualitativos foram analisados através da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011).

4.8. Análise estatística:

- Descrição de frequências relativas simples das respostas aos itens;
- Descrição de frequências de respostas das questões de conhecimento, atitudes e práticas;
- Determinação das taxas de respostas corretas do questionário de conhecimentos, com base no número de respostas corretas de cada item e o total de sujeitos respondentes;
- Fez-se o teste de independência do Qui-quadrado, para testar a influência das variáveis sociodemográficas nas respostas corretas de conhecimentos, atitudes positivas e práticas assertivas;
- Correlação entre os conhecimentos, as atitudes da população residente em Cabo Verde e as práticas de prevenção e controlo da COVID-19;
- Fez-se a análise de regressão linear Multivariada utilizando variáveis demográficas como variáveis independentes e o escore de conhecimentos como variável de resultado para identificar os fatores associados aos conhecimentos;
- Fez-se a análise de Regressão Linear Simples utilizando escore de conhecimentos da população residente em Cabo Verde como variável preditora das práticas de controlo e prevenção da COVID-19 em Cabo Verde;
- A análise de dados foi realizada com recurso ao SPSS (versão 26.0) ao nível de significância estatística de 0.05 [$p < 0,05$ (bilateral)].

4.9. Aspetos éticos e de proteção de dados:

O estudo mereceu o assentimento da Comissão Nacional de Proteção de dados através da autorização nº 90/2020;

Todos os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido (anexo) de acordo com os princípios éticos recomendados no país;

A cada questionário foi atribuído um código de identificação para garantir o sigilo e a confidencialidade de proteção dos dados individuais em todo o processo de tratamento dos dados.

O estudo não envolveu riscos de natureza física, psíquica ou social.

Os investigadores declararam que não existe conflitos de interesse nesse estudo.

5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS

6. CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

6.1.1. SEXO

Participaram do estudo 1996 (100%) sujeitos, sendo 986 (49,42%) do sexo masculino e 1009 (50,58%) do sexo feminino, e um sujeito não declarou o sexo.

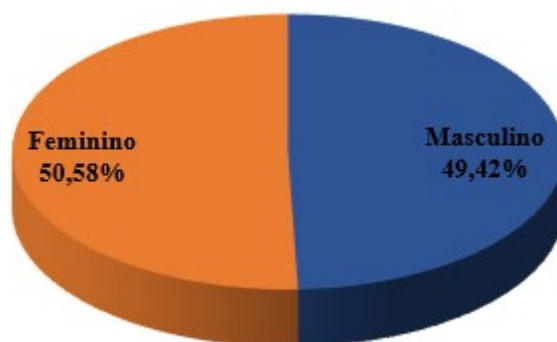


Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos de estudo por sexo.

6.1.2. FAIXA ETÁRIA

Os participantes do estudo encontravam-se na faixa etária de 16 a 65 ou mais anos, com uma mediana de idade dos sujeitos igual a 39. Verificou-se que a maioria dos inquiridos (66,58%) encontrava-se na faixa etária de 25 aos 44 anos, a seguir os de 45 a 64 anos

(20,29%) e a classe etária menor representada compreendia os sujeitos de 65 ou mais anos (1,61%).

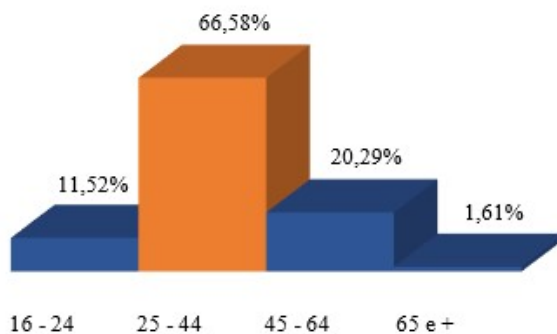


Gráfico 2: Distribuição da faixa etária dos sujeitos de estudo.

6.1.3. ESTADO CIVIL

Relativamente ao estado civil, 62,33%, dos sujeitos referiram-se solteiros, 24,60% casados, 6,91% união de facto, 5,56% separados /divorciados e 0,60% viúvos.

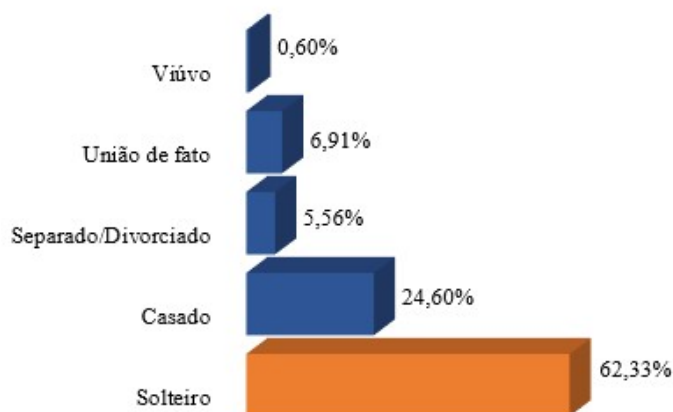


Gráfico 3: Distribuição estado civil dos sujeitos de estudo.

6.1.4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS

Relativamente às habilitações literárias, verifica-se que 53,27% dos sujeitos afirmaram terem uma Licenciatura, Ensino Secundário (26,36%), Mestrado (8,07%), Formação Profissional (6,37%), Ensino Básico (2,97%), Doutoramento (1,59%), Bacharelato (1,15%) e Instituto Pedagógico (0,22%).

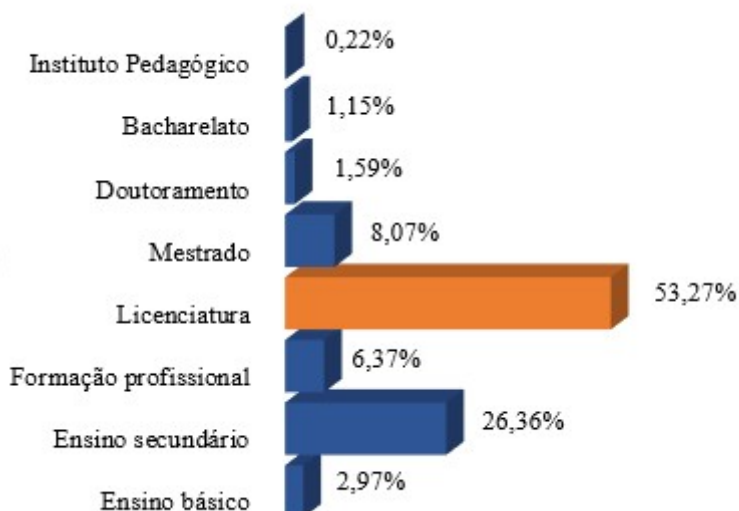


Gráfico 4: Distribuição da habilitações literárias dos sujeitos de estudo.

6.1.5. PROFISSÃO/OCUPAÇÃO

De acordo com os resultados do estudo e a classificação nacional das profissões (INE, 2020), os participantes enquadravam-se em diversas classes profissionais, desde Especialistas das Atividades Intelectuais e Científicas (31,91%), Técnico e Profissionais de Nível Intermédio (17,55%), Estudantes (10,33%), Pessoal Administrativo (10,02%), representantes dos poderes Legislativos e Executivos, Diretores e Gestores Executivos (5,52%), Desempregados (4,28%), Operários, Artífices e Similares (2,32%), e Agricultores e trabalhadores qualificados da Agricultura, Pesca e da Floresta (0,31%), respetivamente.



Gráfico 5: Distribuição da profissão dos sujeitos de estudo.

6.1.6. ILHA DE RESIDÊNCIA

Relativamente à distribuição espacial dos sujeitos por ilha, os resultados do estudo revelaram que houve participação de cidadãos residentes nas nove ilhas habitadas do arquipélago de Cabo Verde. A ilha de Santiago foi a que teve maior representatividade (54,51%) dos inquiridos, seguida da ilha de São Vicente (21,69%), Sal (8,87%), Santo Antão (4,91%), ilha do Fogo com (4,16%), e a ilha da Brava com (0,65%) respetivamente. A ilha com a menor representação em termos de sujeitos foi a ilha da Brava (0,65) de acordo com o gráfico ilustrativo a seguir.

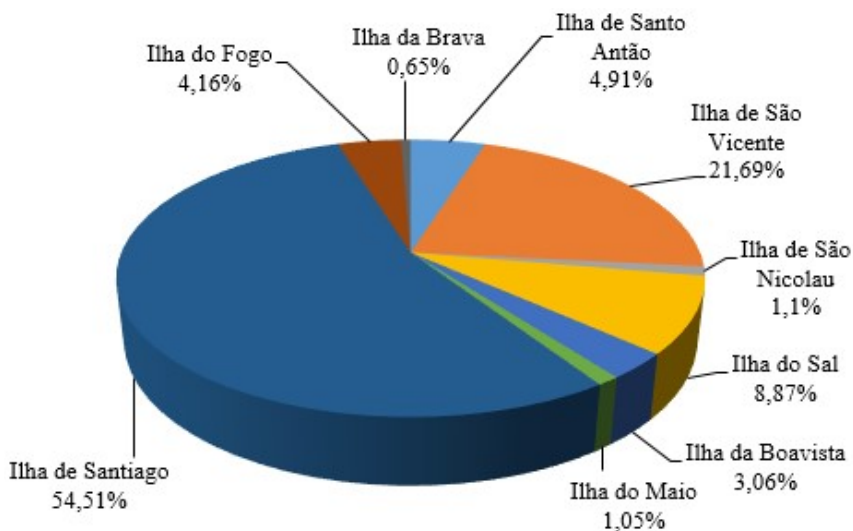


Gráfico 6: Distribuição dos sujeitos de estudo por ilha de residência.

6.1.7. CONCELHO DE RESIDÊNCIA

Relativamente ao concelho de residência, 48,65% dos sujeitos afirmaram residir no Concelho da Praia; São Vicente (21,69%); Sal(8,87%); São Filipe (3,21%), Boa Vista (3,06%); Santa Catarina de Santiago (2,56%), Ribeira Grande de Santo Antão (2,30%); Porto Novo (1,95%); Santa Cruz (1,25%); Maio (1,05%); Paul (0,7%); Brava (0,7%) Tarrafal de São Nicolau (0,7%) Ribeira Brava de São Nicolau (0,7%); São Domingos (0,65%); Santa Catarina do Fogo (0,60%); Tarrafal de São Nicolau (0,50%); Ribeira Grande de Santiago (0,40%); Tarrafal de Santiago (0,4%), Mosteiros (0,35%); São Miguel (0,30%) São Salvador do Mundo (0,15%), São Lourenço dos Órgãos (0,10%).

7. ANÁLISE DE DADOS POR OBJETIVOS

7.1.1. ANÁLISE DOS CONHECIMENTOS SOBRE À COVID-19

Objetivo 1: Analisar os conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre os sinais, sintomas e formas de transmissão, prevenção e controlo da COVID-19.

C.1. Os principais sintomas clínicos da COVID-19 são febre, fadiga, tosse seca e mialgia (dor muscular em qualquer parte do corpo).

Os dados recolhidos dão conta que (90,93%) dos inquiridos reconheceram que os principais sintomas clínicos da COVID-19 são febre, fadiga, tosse seca e mialgia (dor muscular em qualquer parte do corpo, 7,77% não os consideraram, ou seja, acusaram falsa a afirmação e 1,30% responderam **Não saber**. Portanto, parece que na altura da recolha de dados, 9,07% dos respondentes não conheciam os principais sintomas clínicos da COVID-19.

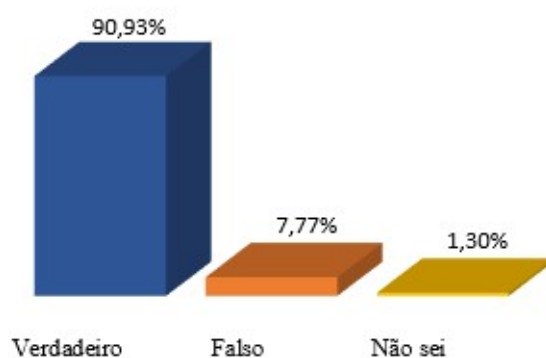


Gráfico 7: Os principais sintomas clínicos da COVID-19.

C2. Atualmente não existe cura para a COVID-19, mas o tratamento sintomático e de suporte precoce pode ajudar a maioria dos pacientes a recuperar-se da doença.

Os dados indicam que 94,04% dos sujeitos concordaram que atualmente não existe cura para a COVID-19, mas o tratamento sintomático e de suporte precoce pode ajudar a maioria dos pacientes a recuperar-se da doença, enquanto que 1,80% refutaram a afirmação e 4,11% afirmaram não saber. Isto é, 5,91% dos inquiridos parecem desconhecerem ou não concordarem com a afirmação.

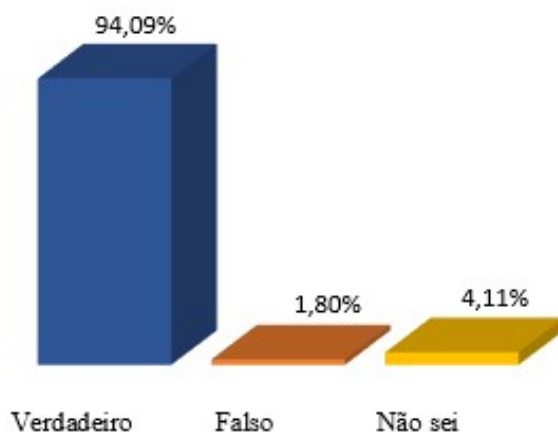


Gráfico 8: Tratamento da COVID-19.

C3. Nem todas as pessoas com COVID-19 evoluirão para casos graves.

Relativamente a evolução da doença, 92,23% dos sujeitos corroboraram com a afirmação de que nem todas as pessoas com COVID-19 evoluirão para casos graves. A taxa dos relatos “Falso” e “Não sei” são 2,71% e 5,06%, respetivamente. Em resumo, cerca de 8% (7,77%) dos inquiridos ou não sabe ou refuta a afirmação.

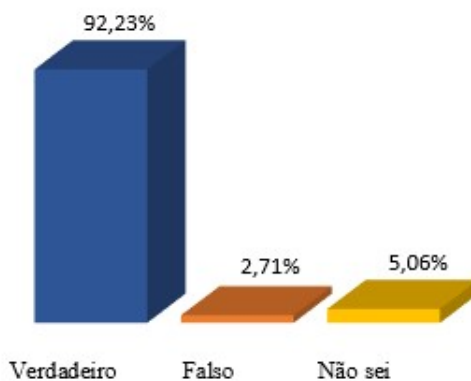


Gráfico 9: Evolução para casos graves da doença COVID-19.

C4. Somente os idosos, as pessoas com doenças crónicas e as pessoas obesas têm maior probabilidade de se tornarem casos graves.

Em relação a probabilidade da evolução da doença para casos graves, 45,56% dos sujeitos afirmaram que somente os idosos, as pessoas com doenças crónicas e as

peças obesas têm maior probabilidade de se tornarem casos graves; 48,17% dos inquiridos são da opinião que a afirmação é falsa e 6,27% Não sabe ou refuta a afirmação.

Nota-se um relativo equilíbrio entre o verdadeiro e o falso, que poderá estar relacionada ao grau do conhecimento que se tinha no momento da recolha de dados. Em síntese, presume-se que, no momento da recolha de dados, 52% dos inquiridos precisariam de mais informações sobre esta afirmação.

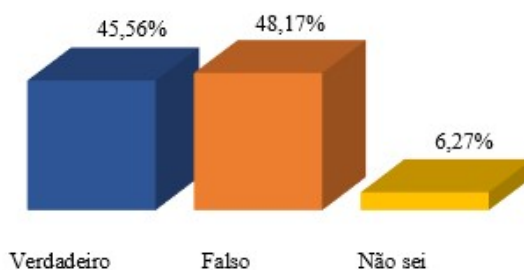


Gráfico 10: Risco de evolução de casos graves da doença COVID-19.

C5. Entrar em contato com animais resultaria na infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Os resultados demonstraram que 62,98% dos inquiridos são da opinião que entrar em contato com os animais Não resultaria na infecção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), ou seja, acusaram falsa a afirmação, 11,72% dos sujeitos acreditam que a afirmação é verdadeira e 25,30% responderam Não Saber a afirmação. Isso demonstram que aquando da recolha de dados, 37,02% dos respondentes precisariam de mais informação sobre a afirmação.

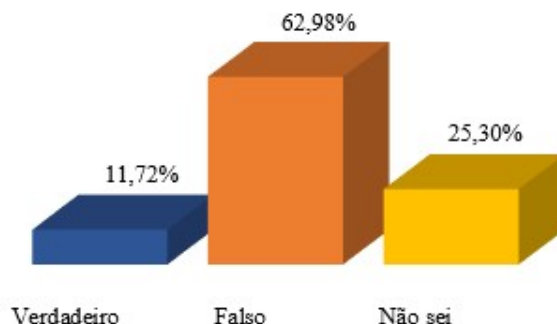


Gráfico 11: Transmissão da COVID-19 via animal.

C6. O novo coronavírus (SARS-CoV-2) transmite-se através de gotículas respiratórias de indivíduos infetados.

No que concerne à transmissão do novo coronavírus (SARS-Cov-2) verifica-se que para 95,79% dos sujeitos a transmissão pode dar-se através de gotículas respiratórias de indivíduos infetados, enquanto que, 2,31% não o consideram como meio de transmissão e 1,90% responderam Não saber a afirmação. Portanto, 4,21% dos sujeitos precisavam de ser informados sobre essa forma de transmissão da COVID-19.

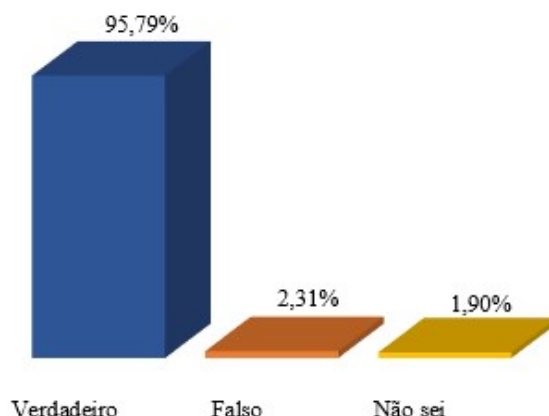


Gráfico 12: Transmissão do novo coronavírus (SARS-CoV-2) por via gotículas respiratórias de indivíduos infetados.

C7. Pessoas comuns devem usar máscaras para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

No que diz respeito ao uso de máscaras, 61,52% dos inquiridos eram da opinião de que pessoas comuns não deveriam usar máscaras, enquanto que para 26,25% dos sujeitos as concordaram que, pessoas comuns devem usar máscaras para evitar a infeção pelo novo coronavírus, e 12,23% responderam não saber responder a afirmação.

Esse resultado, eventualmente, pode dever-se à informação veiculada **inicialmente**, pela OMS de que as máscaras só eram necessárias para os profissionais de saúde encarregados de tratar as pessoas com COVID-19, e que pessoas comuns não deveriam fazer uso das máscaras.

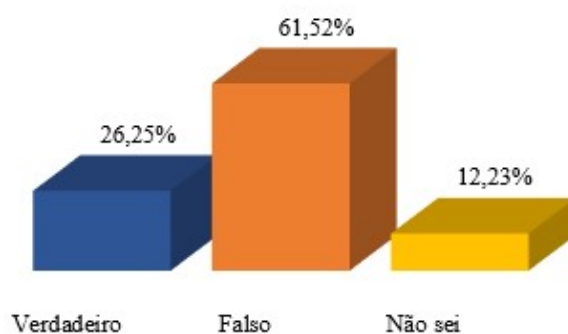


Gráfico 13: Medidas de prevenção ao novo coronavírus (SARS-CoV-2).

C8. Não é necessário que as crianças e adultos jovens tomem medidas para prevenir a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Em relação as medidas de prevenção da infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) no seio das crianças e adultos jovens. Para a maioria (97,00%) dos inquiridos a prevenção é necessária para as crianças e os adultos jovens, 2,05% confirmaram que a afirmação é verdadeira, ou seja, não seria necessárias medidas de prevenção contra COVID-19 para esses grupos e 0,95% alegaram Não saber.

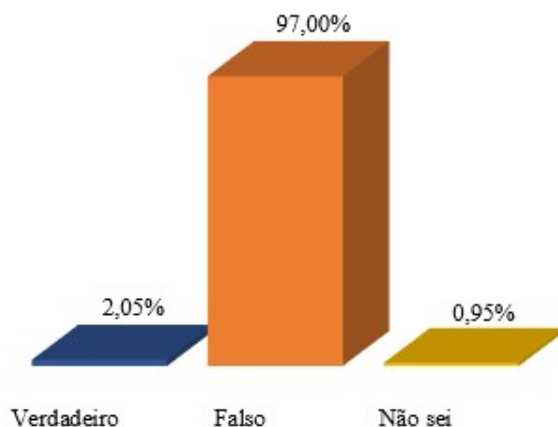


Gráfico 14: Prevenção ao novo coronavírus (SARS-CoV-2).

C9. Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), os indivíduos devem lavar frequentemente as mãos e evitar ir aos lugares lotados, tais como, supermercados, bares, restaurantes, transporte público, entre outros.

A maioria dos sujeitos (99,15%) considera que para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), os indivíduos devem lavar frequentemente as mãos e evitar ir aos lugares lotados, tais como, supermercados, bares, restaurantes, transporte público, entre outros.

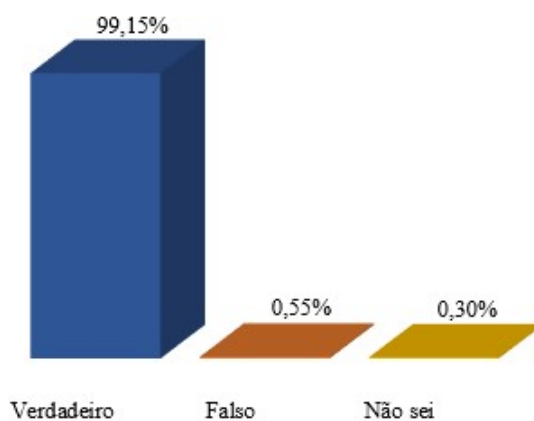


Gráfico 15: Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), os indivíduos seguir as orientações de higiene e distanciamento social.

C10. O isolamento e tratamento de pessoas infetadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) são formas eficazes de reduzir a propagação do vírus.

A maioria dos sujeitos (98,60%) considera que o isolamento e tratamento de pessoas infetadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) são formas eficazes de reduzir a propagação do vírus.

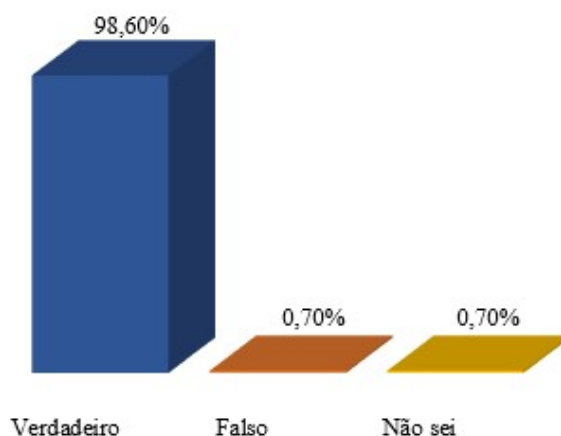


Gráfico 16: O isolamento e tratamento de pessoas infetadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) são formas eficazes de reduzir a propagação do vírus.

C11. As pessoas que tiverem contato com alguém infetado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) devem ser imediatamente isoladas em um local adequado, por um período de observação de 2 a 14 dias.

Relativamente ao isolamento de pessoas que tiveram contato com pessoas com COVID-19, para a maioria dos inquiridos (97,35%) deve-se isolar imediatamente, em um local adequado, por um período de observação de 2 a 14 dias, todos aqueles que tiveram contato com pessoas infetadas pela doença; todavia, 1,85% relatou ser falsa a afirmação e 0,80% afirmou não saber.

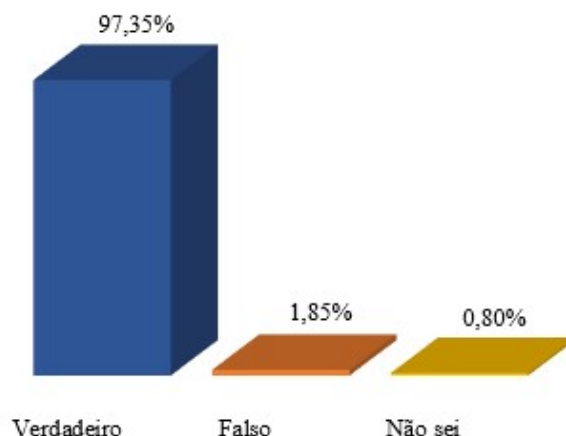


Gráfico 17: Isolamento imediato por período de 2 a 14 dias para as pessoas que tiverem contato com alguém infetado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).

Em resumo, de modo geral, os sujeitos do estudo demonstraram possuir um bom nível de conhecimento sobre a COVID-19, tendo em conta o tempo entre o diagnóstico do primeiro caso no país e a recolha de dados.

7.1.2. ANÁLISE DAS ATITUDES SOBRE A COVID-19

Objetivo 2: Avaliar as atitudes da população residente em Cabo Verde em relação a capacidade do país no combate da pandemia COVID-19

A1. Você acha que a COVID-19 será finalmente controlada com sucesso?

A maioria dos inquiridos (76,15%) concordou que a COVID-19 será finalmente controlada com sucesso, enquanto que 20,34% relatou Não Saber e 3,51% discorda. Verifica-se que 23,85% dos inquiridos ou não sabe, ou não acredita no sucesso do controlo da doença.

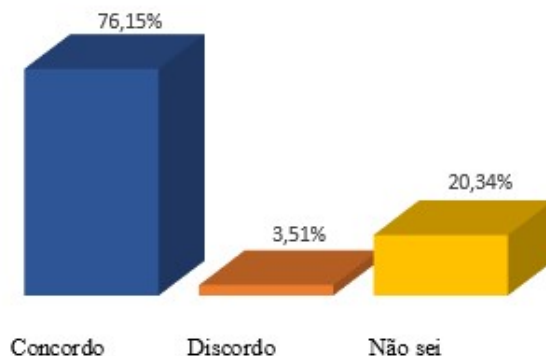


Gráfico 18: Controlado com sucesso da COVID-19.

A2. Acredita que Cabo Verde pode vencer a luta contra a COVID-19)?

Para 87,48% dos inquiridos, Cabo Verde pode vencer a luta contra a pandemia de COVID-19, enquanto que 10,72% não sabe, e 1,80% não acredita ou não confia na capacidade do país em vencer esta causa.

Verifica-se que, no momento da recolha de dados, a maioria dos sujeitos apresentava uma atitude positiva face à possibilidade de Cabo Verde vir a controlar e até mesmo de erradicar a pandemia COVID-19.

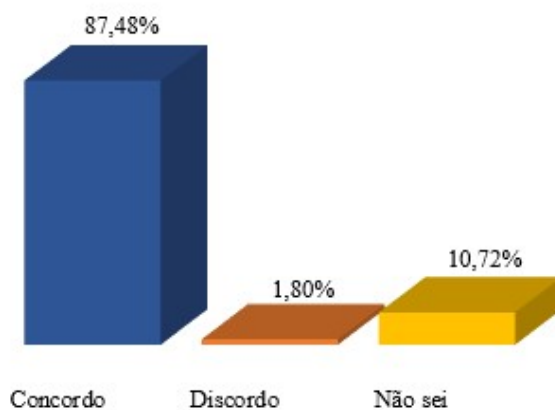


Gráfico 19: Cabo Verde pode vencer a luta contra a COVID-19).

A3. Se respondeu discordo ou não sei à questão A2, o que seria necessário para se conseguir vencer a luta contra COVID-19?

Os inquiridos que discordaram ou afirmaram não saber justificaram que para o país derrotar a COVID 19, seria necessário:

- Maior envolvimento da população no combate da pandemia COVID-19 (engajamento, disciplina, sensibilização e o cumprimento das medidas de segurança decreta pelo estado de emergência);
- Realização de testes de despistagens a todos os casos suspeitos (maior celeridade na despistagem dos casos suspeitos e testar toda a população);
- Determinação do uso obrigatório de máscaras;
- Melhor envolvimento e preparo dos profissionais de saúde (maior seriedade e prudência no atendimento de casos suspeitos, rastreio de contactos de pessoas infetadas e o imediato isolamento social, mais motivação na luta contra a COVID-19);
- Reforço das medidas de proteção (criar meios de prevenção nas localidades rurais, implementação de meios de lavagem das mãos nos locais públicos, por exemplo, paragens de autocarros, instituições públicas);
- Máxima clareza na definição das medidas de proteção (uso obrigatório de máscaras, atitudes e decisões mais acertadas e atempadas que realmente salvaguardem, primeiramente a saúde da população);
- Transparência por parte do governo na divulgação da situação atual (transparência na divulgação dos casos confirmados e/ou suspeitos; não esconder a verdade ao povo, maior clareza);
- Adoção de medidas severas para os que desrespeitem o estado de emergência;
- Ajuda externa.

7.1.3. ANÁLISE DAS PRÁTICAS DECORRENTES DA COVID-19

Objetivo 3: Identificar as práticas da população residente em Cabo Verde na prevenção e controlo da COVID-19.

P1. Mudou a sua rotina diária nos últimos dias devido a COVID-19?

Quanto à mudança de rotina diária nos últimos dias devido à pandemia de COVID-19, a maioria dos sujeitos (93,19%) referiu ter mudado a rotina, enquanto 6,66% mantiveram as suas rotinas e 0,15% disseram não saber, o que pode significar que ou não entenderam a pergunta ou quiseram esconder o facto não terem mudado as suas rotinas.

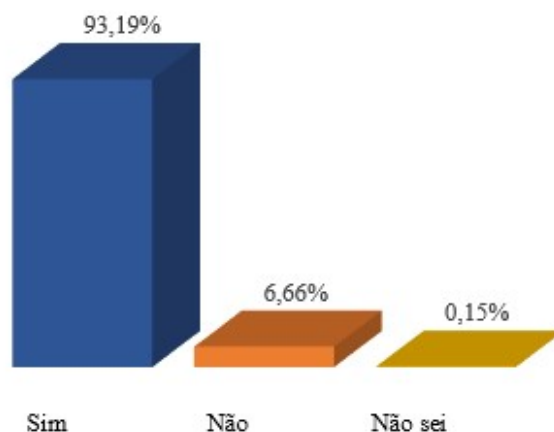


Gráfico 20: Mudou a sua rotina diária, nos últimos dias devido a COVID-19.

P2. Se respondeu sim à questão P1, indica qual (is) a(s) mudança(s) verificada(s)?

Relativamente as mudanças de rotina, os sujeitos afirmaram que nos últimos dias passaram a:

- Permanecer em casa (deixar de receber e visitar pessoas, cuidar mais de si e da família; fazer as refeições nos horários certos, dormir e acordar tarde, ter mais momentos de lazer, relaxar, meditar, orar, cultivar hábitos de leitura, organizar a vida, autoconhecimento, formação e capacitação, prática de exercícios físicos, economizar. Também, os inquiridos queixaram-se do sedentarismo, insónia, sensibilidade emocional aumentada, solidão, sem disposição para fazer coisas e aumento de preocupação);
- Trabalhar em casa (Teletrabalho);
- Reforçar os cuidados de higiene (lavar frequentemente as mãos com água e sabão, uso de álcool gel e outros desinfetantes, evitar tocar com as mãos no rosto, boca, olhos e nariz, tossir ou espirrar usando o antebraço; higienização da casa com maior frequência, especial atenção aos lugares mais frequentados da casa: maçanetas das portas, interruptores, sinetas, telecomandos e telemóveis);
- Criar protocolos de entrada e saída de casa (colocar roupa, sapatos e todos os objetos trazido da rua num lugar reservado para depois os higienizar);
- Apresentar novos hábitos (lavar as compras antes de guardá-las, maior cuidado nos locais públicos, uso de máscara);
- Isolar socialmente (evitar contacto físico com pessoas, locais lotados, uso de transportes públicos, confraternizações sociais, deixar de frequentar escolas, ginásios, igrejas, supermercados, evitar beijos e abraços);
- Buscar informações sobre COVID 19 (seguir atentamente os noticiários na TV, rádio, jornais, redes sociais, ler artigos científicos para saber do estado da arte.

Procurar mais informações para si e para ajudar os vizinhos a estarem informados sobre a doença);

- Observar as orientações dos profissionais de saúde (cuidar da saúde, beber muita água, tomar vitaminas, adotar medidas sanitárias para combater a Covid-19).

P3. Nos últimos dias, procurou ficar em casa a maior parte do tempo?

A maioria (98,70%) dos sujeitos referiu que procurou ficar em casa a maior parte do tempo, e, somente 1,30% alegou não ter permanecido em casa a maior parte do tempo.

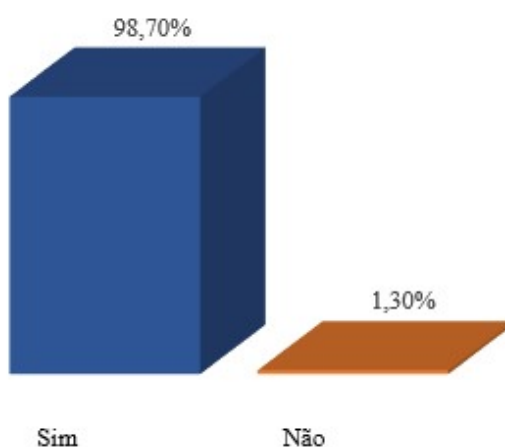


Gráfico 21: Nos últimos dias, procurou ficar em casa a maior parte do tempo.

P4. Nos últimos dias esteve em alguma festa, funeral ou local com muitas pessoas juntas?

Relativamente a participação dos sujeitos do estudo em festas, funerais ou outros locais com aglomeração de pessoas, 96,49% respondeu que não estiveram em nenhum local movimentado, enquanto 3,51% estiveram em locais com aglomeração de pessoas. Considerando o potencial de contágio da pandemia, 3,51% pode considerar-se uma proporção não negligenciável de sujeitos com este tipo de comportamento não assertivo, o que justifica, sem dúvida, alguma intervenção no sentido de informar e sensibilizar para os comportamentos assertivos nestas situações

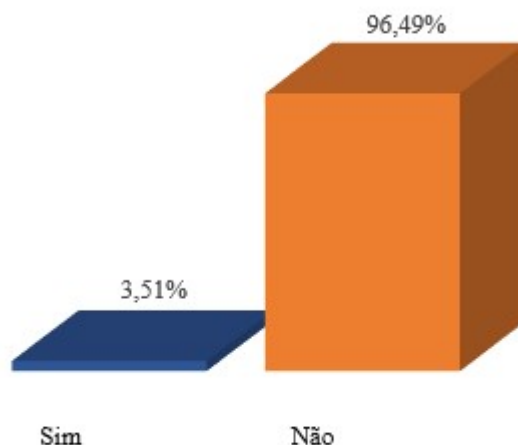


Gráfico 22: Nos últimos dias estive em alguma festa, funeral ou local com muitas pessoas juntas.

P5. Nos últimos dias, você usou uma máscara e/ou luva ao sair de casa?

Aquando da recolha de dados, apenas 13,63% dos sujeitos referiu ter usado máscara e/ou luvas ao sair de casa nos últimos dias. Este comportamento justifica-se pelo facto de se ter veiculado, na fase inicial da pandemia, que as máscaras não eram necessárias para as pessoas comuns, mas tão somente para os profissionais de saúde. Isto é, na altura da recolha de dados, o uso de máscaras, para além de não ser obrigatório, era desaconselhado. Aliás, nesta situação, o “não” é que deveria ser considerado a resposta correta. Só não o fazemos por rigor científico e honestidade intelectual. Essa resposta traduz o facto de os cabo-verdianos acreditarem, e conseqüentemente, seguirem aquilo que é recomendado pelas autoridades sanitárias.

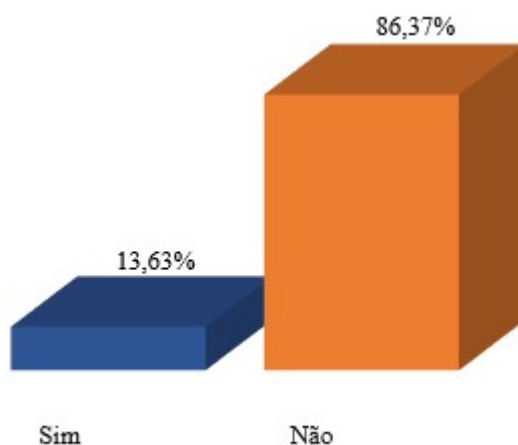


Gráfico 24: Usou uma máscara e/ou luva ao sair de casa.

P3. Nos últimos dias, procurou ficar em casa a maior parte do tempo?

A maioria (98,70%) dos sujeitos referiu que procuraram ficar em casa a maior parte do tempo, contra 1,30% que alegou não ter permanecido em casa a maior parte do tempo.

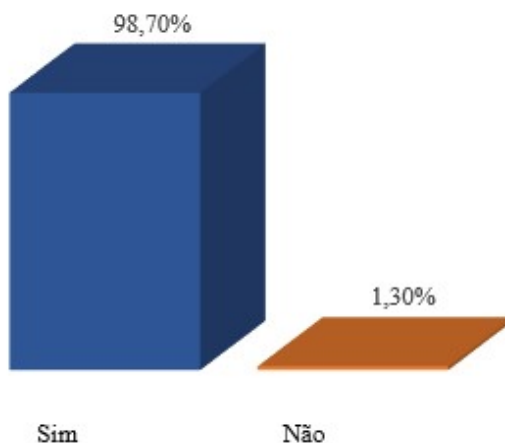


Gráfico 23: Nos últimos dias, procurou ficar em casa a maior parte do tempo.

7.1.4. COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO

Objetivo 4: Identificar as abordagens e meios de comunicação considerados credíveis para a transmissão de informação sobre COVID-19;

CIF 1. De quem você mais confia/prefere para receber informações sobre a COVID-19?

A maioria dos sujeitos (90,98%) confia e/ou prefere receber informações sobre a COVID-19 dos profissionais de saúde, contra 2,37% dos representantes do governo, 2,12% dos agentes comunitários de saúde, 1,97% de um membro da família, 0,91% representantes da OMS, 0,65% de cientistas internacionais, 0,50% dos líderes comunitários, 0,35% amigos e 0,15% líderes religiosos.

Em síntese, os profissionais de saúde parecem ser as pessoas mais indicadas para transmitir a informação sobre a COVID-19 à população, visto ser em quem esta mais confia.

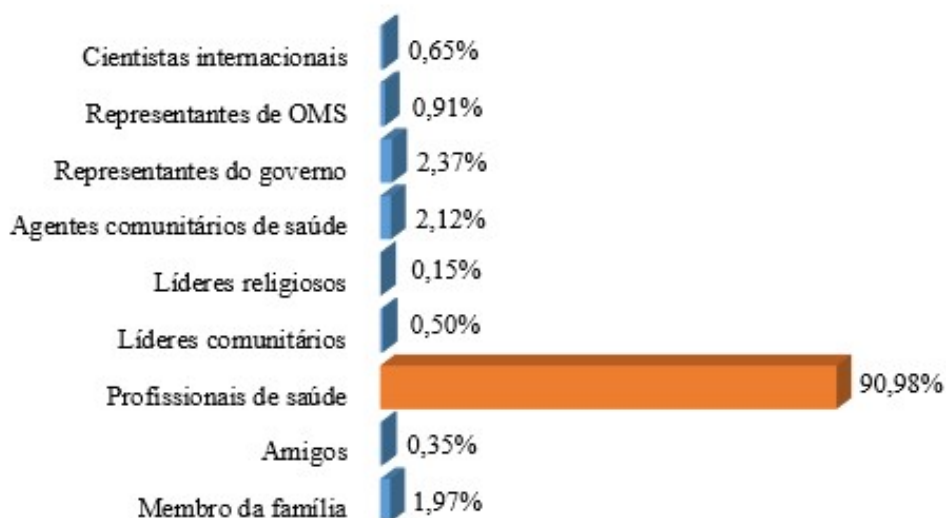


Gráfico 24: Pessoas ou entidades que os sujeitos mais confia/prefere para receber informações sobre à COVID.19.

CIF 2. Qual o canal de comunicação de que você mais confia / prefere receber informações sobre à COVID-19?

No que diz respeito ao canal de comunicação, a maioria (82,56%) dos sujeitos do estudo confia/prefere a televisão, seguida da rádio (20,35%), jornais (16,73%), 8,84% conferências/palestras, 4,97% mídias sociais, 0,25% diálogos na comunidade, 0,20% escolas e 0,20% outras intervenções comunitárias.

A televisão, a rádio e os jornais continuam a ser os canais/meios de comunicação mais preferidos ou confiáveis pelos pesquisados para receber informação sobre a COVID-19. De realçar que a média social ocupa a 5ª posição, atrás de conferências e palestras.

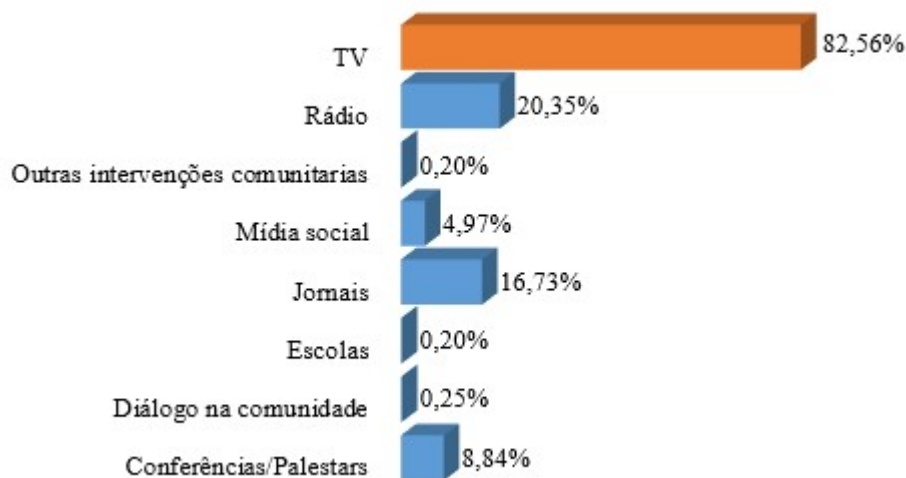


Gráfico 25: Canal de comunicação de que os sujeitos mais confia / prefere receber informações sobre à COVID-19.

CIF 3. Qual o meio de que você mais utiliza para procurar informações sobre a COVID-19?

Relativamente ao meio que os sujeitos utilizam para procurar informações sobre à COVID- 19, a maioria dos sujeitos inquiridos afirmou ser a televisão como o principal meio de informação (69,78%); seguidos de 30,12% dos sujeitos que alegaram que utilizam as redes sociais; 23,97% as unidades de saúde; 19,93% a rádio; 16,09% profissionais de saúde; 6,41% dos amigos, e 9,84% utilizam outros meios.

De entre os que responderam “outros meios” destacam-se os sites oficiais com documentos oficiais do governo, mensagens do INSP, folhetos informativos, linha verde, Google académico e a família.



Gráfico 26: Meio que os sujeitos utilizam para receber informações sobre a COVID-19.

CIF.4. Em qual idioma você prefere receber informações sobre a COVID-19?

Relativamente ao idioma que a maioria dos inquiridos prefere receber a informação sobre COVID-19, em português (90,26%), em crioulo (7,68%) e inglês (1,61%).

Em síntese, aquando da recolha de dados, o português era considerado a língua de preferência dos sujeitos para receber informações sobre a COVID-19.

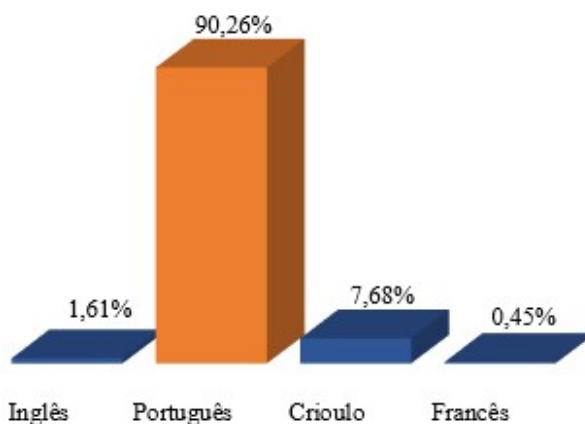


Gráfico 27: Idioma que os sujeitos preferem para receber informações sobre COVID-19.

7.1.5. TAXA DE RESPOSTAS CORRETA

Objetivo 5: descrever as taxas de respostas corretas dos conhecimentos dos sujeitos sobre os sinais e sintomas, formas de transmissão, prevenção e controlo da COVID-19.

As taxas de respostas corretas dos sujeitos em relação às 11 questões de conhecimentos sobre os sinais e sintomas e formas de transmissão da COVID-19 variam de 26,3% a 99,2% respetivamente. A pontuação média de conhecimentos foi de 9,0251 (PD: 1,16695, INTERVALO: 0-11), sugerindo uma taxa geral correta de 82% ($9,0251/11*100$) neste teste de conhecimentos. Pela taxa geral de respostas corretas pode-se inferir que o grau de conhecimentos dos sujeitos sobre os sinais e sintomas da COVID-19 é bastante adequada e/ ou muito satisfatória.

Relativamente as respostas incorretas ou inadequadas/insatisfatórias, ou sejam, as que apresentarem frequências abaixo dos 50%, indicaram que os sujeitos demonstraram pouco conhecimentos ou falta de informação em relação as pessoas sujeitas a infeção pelo novo coronavírus, ao uso de máscaras e a infeção pelo novo coronavírus através do contato com animais.

Tabela 1: Taxas de respostas certas do questionário de conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19.

Questões	Opções	Taxa (%) de respostas correta (amostra total)
Os principais sintomas clínicos da COVID-19 são febre, fadiga, tosse seca e mialgia (dor muscular em qualquer parte do corpo).	Verdadeiro Falso Não sei	91,0%
Atualmente não existe cura eficaz para a COVID-19, mas o tratamento sintomático e de suporte precoce pode ajudar a maioria dos pacientes a recuperar-se da doença.	Verdadeiro Falso Não sei	94,1%
Nem todas as pessoas com COVID-19 evoluirão para casos graves.	Verdadeiro Falso Não sei	92,3%
Somente os idosos, as pessoas com doenças crónicas e as pessoas obesas têm maior probabilidade de se tornarem casos graves.	Verdadeiro Falso Não sei	48,2%
Entrar em contato com animais resultaria na infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).	Verdadeiro Falso Não sei	63,0%
O novo coronavírus (SARS-CoV-2) transmite-se através de gotículas respiratórias de indivíduos infetados.	Verdadeiro Falso Não sei	95,8%
Pessoas comuns devem usar máscaras para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).	Verdadeiro Falso Não sei	26,3%
Não é necessário que as crianças e adultos jovens tomem medidas para prevenir a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2).	Verdadeiro Falso Não sei	97,0%
Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), os indivíduos devem lavar frequentemente as mãos e evitar ir à lugares lotados, como, supermercados, bares, restaurantes, transporte público, entre outros.	Verdadeiro Falso Não sei	99,2%
O isolamento e tratamento de pessoas infetadas pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) são formas eficazes de reduzir a propagação do vírus.	Verdadeiro Falso Não sei	98,6%
As pessoas que tiverem contato com alguém infetado pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) devem ser imediatamente isoladas em um local adequado, por um período de observação de 2 a 14 dias.	Verdadeiro Falso Não sei	97,4%

RELAÇÃO ENTRE O CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS E AS CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS

Objetivo 6: Relacionar as variáveis sociodemográficas com os escores de respostas corretas de conhecimentos, atitudes positivas e práticas assertivas de prevenção e controlo.

Para verificar se as variáveis sociodemográficas influenciam nas repostas corretas sobre conhecimentos da população residente em Cabo Verde, realizou-se o teste de independência de Qui-quadrado.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e conhecimentos

Verificou-se que indivíduos do sexo feminino obtiveram pontuação significativamente superior para as questões de C4 ($\chi^2 = 5,413$; $p = 0,020$) e C5 ($\chi^2 = 10,996$; $p = 0,001$) quando comparados com os do sexo masculino.

Os indivíduos na faixa etária de 44 anos de idade ou mais tiveram pontuação significativamente mais alta para as questões de C1 ($\chi^2 = 15,118$; $p = 0,000$), C2 ($\chi^2 = 4,111$; $p = 0,043$), C3 ($\chi^2 = 13,158$; $p = 0,000$), C4 ($\chi^2 = 7,691$; $p = 0,006$), C6 ($\chi^2 = 9,430$; $p = 0,002$), C7 ($\chi^2 = 17,779$; $p = 0,000$) e C10 ($\chi^2 = 5,575$; $p = 0,018$) em relação aos sujeitos na faixa etária dos 16 a 44 anos de idade.

Os sujeitos casados tiveram pontuações significativamente mais alta as questões de C2 ($\chi^2 = 6,436$; $p = 0,040$) e C3 ($\chi^2 = 14,095$; $p = 0,001$) comparativamente aos que nunca casaram e outros (separados/divorciados e viúvos). Os sujeitos casados, separados/divorciados e viúvos tiveram pontuações significativamente mais alta para a questão de e C10 ($\chi^2 = 12,617$; $p = 0,002$) em relação os indivíduos que nunca casaram.

Os sujeitos enquadrados nos outros grupos (separados/divorciados e viúvos) tiveram pontuação significativamente mais alta para as questões de C1 ($\chi^2 = 10,198$; $p = 0,006$), C5 ($\chi^2 = 9,904$; $p = 0,007$) e C7 ($\chi^2 = 10,843$; $p = 0,004$) comparativamente aos que nunca casaram e casados.

Sujeitos com formação superior tiveram pontuação significativamente mais alta para as questões C3 ($\chi^2 = 44,542$; $p = 0,000$), C4 ($\chi^2 = 20,150$; $p = 0,000$), C6 ($\chi^2 = 15,884$; $p = 0,000$) e C7 ($\chi^2 = 10,815$; $p = 0,004$) quem relação aos que apresentavam ensino básico e secundário e outros.

Os sujeitos enquadrados nos outros níveis de escolaridade (Instituto Pedagógico, Curso Médio, Formação Profissional) tiveram pontuações significativamente mais alta para as questões de C1 ($\chi^2 = 15,338$; $p = 0,000$), C2 ($\chi^2 = 33,237$; $p = 0,000$), C5 ($\chi^2 = 56,073$; $p = 0,000$) e C8 ($\chi^2 = 21,679$; $p = 0,000$) comparativamente com os que apresentavam ensino básico e secundário e ensino superior.

Indivíduos enquadrados nos grupos dos profissionais de nível intermédio e intelectual tiveram pontuação significativamente mais alta para as questões de C1 ($\chi^2 = 55,622$; $p = 0,000$), C2 ($\chi^2 = 20,011$; $p = 0,000$), C3 ($\chi^2 = 36,068$; $p = 0,000$), C4 ($\chi^2 = 18,700$; $p = 0,000$), C5 ($\chi^2 = 29,447$; $p = 0,000$), C6 ($\chi^2 = 25,384$; $p = 0,000$) e C8 ($\chi^2 = 17,129$; $p = 0,001$) comparativamente aos desempregados, estudantes e outros.

Em resumo, verificou-se que os sujeitos do sexo **feminino, na faixa etária de 44 anos ou mais anos de idade, casados e outros (separados/divorciados e viúvos), de nível de superior e outros (Instituto Pedagógico, Curso Médio, Formação Profissional)**, pertencentes a classe dos **profissionais de nível intermédio e intelectual** tiveram maiores pontuações de respostas correta. Em compensação, os inquiridos do sexo masculino, menores de 44 anos de idade, que nunca casaram, com ensino básico e secundário, desempregados, estudantes e outros tiveram taxas de respostas corretas inferiores aos dos grupos acima mencionados. Programa de educação em saúde com informações sobre as características clínicas, formas de prevenção e controlo direcionadas a estes grupos são necessárias.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e Atitudes

Analisa-se que os indivíduos na faixa etária dos 44 anos de idade ou mais tiveram pontuações significativamente mais altas nas questões A1 ($\chi^2 = 4,241$; $p = 0,039$) do que os sujeitos com menos de 44 anos de idade.

Os sujeitos casados tiveram pontuação significativamente mais alta para as questões de A1 ($\chi^2 = 10,927$; $p = 0,004$), comparativamente aos que nunca casaram (solteiros e união de facto) e outros (separados/divorciados e viúvos).

Os sujeitos enquadrados nos grupos dos desempregados tiveram pontuação significativamente mais alta para A1 ($\chi^2 = 10,281$; $p = 0,016$) do que os profissionais de nível intermédio e intelectual, estudantes e outros.

As outras variáveis sociodemográficas, nomeadamente sexo e nível de escolaridade, não registaram diferenças significativas nas pontuações das questões relativas as atitudes da população residente no país sobre a COVID-19.

Portanto, os sujeitos na faixa etária **de 44 ou mais anos de idade, casados e desempregados** eram os grupos mais confiantes no controlo da COVID-19 do que os demais.

Relação entre as variáveis sociodemográficas e Prática

Os indivíduos na faixa etária de 44 anos de idade ou mais tiveram pontuações significativamente mais altas para P1 ($\chi^2 = 13,153$; $p = 0,000$) e P3 ($\chi^2 = 5,018$; $p = 0,025$) do que os sujeitos com de 16 a 44 anos de idade.

Indivíduos separados/divorciados e viúvos tiveram pontuação significativamente mais alta para P1 ($\chi^2 = 9,548$; $p = 0,008$) e P3 ($\chi^2 = 6,709$; $p = 0,035$) do que os casados e os que nunca casaram.

Indivíduos que apresentavam ensino superior tiveram pontuação significativamente mais alta em P4 ($\chi^2 = 14,279$; $p = 0,001$) do que os que apresentavam ensino básico e secundário e outros.

Indivíduos enquadrados nas outras categorias profissionais tiveram pontuação significativamente mais alta para P2 ($\chi^2 = 11,925$; $p = 0,008$) do que os desempregados, estudantes e profissionais de nível intermédio e intelectual.

Indivíduos enquadrados nos grupos dos profissionais de nível intermédio e intelectual tiveram pontuação significativamente mais alta para P4 ($\chi^2 = 14,209$; $p = 0,003$) do que os desempregados, estudantes e outros.

A variável sociodemográfica sexo não regista diferença significativa nas pontuações das questões relativas as práticas de prevenção e controlo a COVID-19.

Em síntese, verificou-se que os sujeitos na faixa etária **44 ou mais anos de idade, separados/divorciados e viúvos, de nível superior, profissionais de nível intermédio e intelectual**, tiveram comportamentos mais assertivos relativamente a permanecer-se em casa a maior parte do tempo e evitar locais com aglomerações de pessoas comparativamente aos demais grupos. E, os sujeitos de nível superior e enquadrados nos grupos dos profissionais de nível intermédio e intelectual apresentaram escores de conhecimentos significativamente mais elevando no que diz respeito ao uso de luvas e máscaras, e afirmaram terem mudado as suas rotinas diárias nos últimos dias.

Os participantes menores de 44 anos de idade, casados e os que nunca casaram, de nível básico e secundário, estudantes e desempregados afirmaram terem tido práticas de prevenção e controlo da COVID-19 pouco assertivas. Estes resultados reforçam a necessidade do desenvolvimento de políticas de saúde pública no âmbito do reforço das medidas de prevenção e controlo direcionada a esses grupos.

Em geral, os dados acusaram que os sujeitos na faixa etária de 44 anos de idade ou mais, casados, separados/divorciados e viúvos, de nível superior e outros (Instituto Pedagógico, Curso Médio, Formação Profissional), enquadrado no nível profissional intermédio e intelectual são os que apresentaram maiores pontuações de conhecimentos, atitudes mais favoráveis em relação ao controlo da pandemia de COVID-19 e, tiveram comportamentos mais assertivos a nível da prevenção e controlo da doença.

7.1.6. RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS CONHECIMENTOS E ATITUDES, E AS PRÁTICAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA COVID-19

Objetivo 7: Relacionar os conhecimentos as atitudes com as práticas de prevenção e controlo da COVID-19;

Tendo em conta que as variáveis (conhecimentos, atitudes e práticas) são quantitativas, a medida de associação adequada é o rho de Spearman (correlação linear), testando assim a existência da correlação bivariada entre as variáveis.

Hipótese do teste

H0: O coeficiente de correlação de Spearman é igual a zero, ou seja, não existe relação entre conhecimento, atitudes e práticas;

H1: O coeficiente de correlação de Spearman é diferente de zero, ou seja, não existe relação entre conhecimento, atitudes e práticas;

- Regra de decisão

Não rejeitar H0 se $\text{Sig} > \alpha = 0.05$

Rejeitar H0 se $\text{Sig} \leq \alpha = 0.05$

- Decisão

Tabela 5: Resultado da correlação entre as variáveis conhecimento, atitudes e práticas da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19.

Correlações			Práticas
Rô de Spearman	Conhecimentos	Correlações de coeficiente	.119**
		Sig. (2 extremidades)	,000
		N	1996
	Atitudes	Correlações de coeficiente	-,005
		Sig. (2 extremidades)	,816
		N	1996

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

- Interpretação

Não existem evidências estatísticas para se afirmar que os conhecimentos e as práticas não estão correlacionados ($\rho_{(1996)} = 0,119$; p-value = 0,000). Porém, a correlação entre as atitudes e as práticas não é estatisticamente significativa (tabela 5). Portanto, o conhecimento apresenta uma correlação positiva com as práticas de prevenção e controlo da COVID-19.

Objetivo 8. Determinar a influência das variáveis sociodemográficas nos conhecimentos da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19.

Regressão linear múltipla

Num modelo de regressão múltipla, a variável dependente (Y) será determinada por mais de uma variável independente (X).

O modelo de regressão linear múltipla é dado por:

$$y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_kX_k$$

Onde: a = Intercepto do eixo y;

b_i = Coeficiente angular da i -ésima variável

k = *Números de variáveis independentes*

Passos para a construção de um modelo de regressão linear múltipla:

1º - Formular as hipóteses estatísticas;

H_0 : Os conhecimentos da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19 depende das variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade, profissão e ilha de residência;

H_1 : Os conhecimentos da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19 não depende das variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade, profissão e ilha de residência.

2º - Escolher o nível de significância (nível alfa);

$\alpha = 0,05$ (5%) unilateral;

3º - Determinação dos valores dos testes;

4º - Conclusões.

1) Pressuposto na elaboração de MRL Múltipla

A verificar:

- Linearidade do fenómeno;
- Inexistência de multicolinearidade;
- Variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo;
- Variância constante das variáveis aleatórias residuais (Homogeneidade da variância dos resíduos);
- Independência das variáveis aleatórias residuais;
- Distribuição normal das variáveis aleatórias residuais.

- Análise da linearidade

A análise da linearidade entre as variáveis independentes e a variável dependente, via correlação linear, mostra a intensidade da relação e permite verificar a respetiva linearidade.

Tabela 6: Correlação entre o escore de conhecimento e as variáveis sociodemográficas.

		Conhecimentos
Sexo	Correlação de Pearson	.050*
	Sig. (2 extremidades)	0,024
	N	1995
classe	Correlação de Pearson	.214**
	Sig. (2 extremidades)	0
	N	1996
Estado civil	Correlação de Pearson	.145**
	Sig. (2 extremidades)	0
	N	1996
Nível de escolaridade	Correlação de Pearson	.270**
	Sig. (2 extremidades)	0
	N	1821
Profissão	Correlação de Pearson	-.203**
	Sig. (2 extremidades)	0
	N	1937
Ilha de residência	Correlação de Pearson	0,022
	Sig. (2 extremidades)	0,335
	N	1996

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Como pode observar-se pela tabela 6, as variáveis independentes *sexo*, *classe etária*, *estado civil* e *nível de escolaridade* apresentam correlações positivas, isto é, variam na razão direta, fraca com a variável conhecimentos ao nível de significância de 0.01 e 0.05. Enquanto a variável *profissão* parece variar na razão inversa dos conhecimentos ($r_{(1937)} = - 0,203$; $p = 0.000$), ao nível de significância de 0,01. A variável ilha de residência não se correlaciona com a variável conhecimentos, pelo que não pode ser considerada na construção do modelo.

Deste modo a hipótese seria:

H_0 : Os conhecimentos da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19 depende das variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão;

H_1 : Os conhecimentos da população residente em Cabo Verde em relação à

COVID-19 não depende das variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão.

- Inexistência de multicolinearidade

O pressuposto da multicolinearidade é testado a partir do valor de Tolerância e Fator de Inflação da Variância (FIV), em que se o valor de Tolerância $> 0,1$ e VIF < 10 , conclui-se que não existem indícios de multicolinearidade.

Tabela 7: Resultado do modelo de regressão linear múltipla das variáveis sociodemográficas como preditora de conhecimentos sobre COVID-19.

Modelo		Coeficientes ^a					Estatísticas de colinearidade		
		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		t	Sig.	Tolerância	VIF
		B	Erro padrão	Beta					
1	(Constante)	7,435	,176			42,354	,000		
	Sexo	,139	,053	,059		2,636	,008	,975	1,025
	Idade	,277	,046	,146		6,002	,000	,839	1,192
	Estado civil	,067	,031	,051		2,180	,029	,892	1,121
	Nível de escolaridade	,185	,025	,187		7,502	,000	,794	1,260
	Profissão	-,030	,008	-,089		-3,563	,000	,795	1,257

a. Variável dependente: Conhecimentos

Analisando a tabela acima podemos concluir que não há indícios de multicolinearidade [(variável sexo, Tolerância (Tol) = 0,975 $> 0,1$ e VIF = 1,025 < 10), (classe etária, (Tol) = 0,839 $> 0,1$ e VIF = 1,192 < 10), (estado civil, Tol = 0,892 $> 0,1$ e VIF = 1,121 < 10), (nível de escolaridade, Tol = 0,794 $> 0,1$ e VIF = 1,260 < 10) e (profissão = 0,795 $> 0,1$ e VIF = 1,257 < 10)].

- Variáveis aleatórias residuais com valor esperado nulo

O pressuposto dos erros terem média nula é verificado através da análise das estatísticas dos resíduos.

Como a média dos resíduos é zero (tabela 5), verifica-se o pressuposto.

Tabela 8: Estatística dos resíduos.

Estadísticas de residuais^a

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	N
Valor previsto	8,02	10,27	9,03	,389	1809
Residual	-8,630	2,611	,000	1,103	1809
Valor previsto	-2,598	3,188	,000	1,000	1809
Residual padrão	-7,817	2,364	,000	,999	1809

a. Variável dependente: Conhecimentos

Variância constante das variáveis aleatórias residuais (homogeneidade da variância dos resíduos).

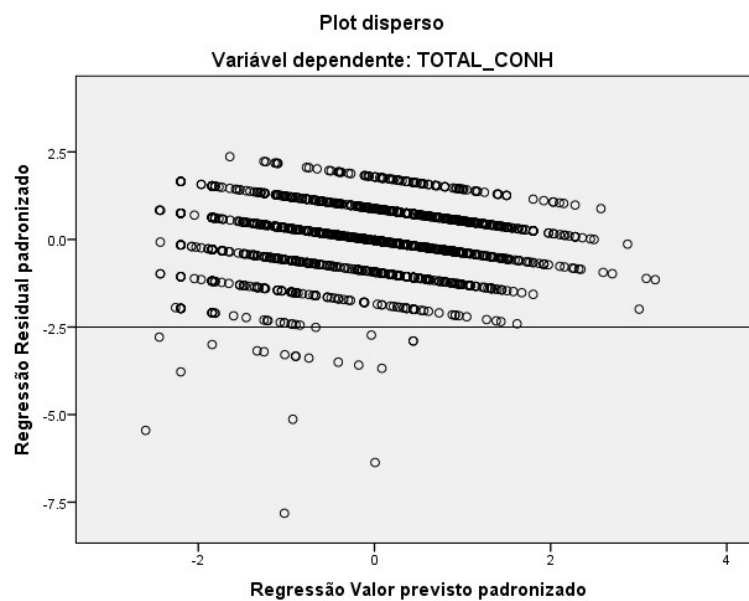


Gráfico 28: Plot resíduos padronizados versus valor previsto padronizados.

Segundo Brites (2013), “considera-se que existe homocedasticidade se os resíduos se mantiverem a uma distância aproximadamente constante relativamente ao eixo horizontal. Ou seja, dever-se observar um padrão de variabilidade constante em torno de zero”.

- **Independência das variáveis aleatórias residuais**

Pressuposto de os erros serem independentes é avaliado através do teste de Durbin-Watson (DW), cujas hipóteses são:

H₀: Os erros não são autocorrelacionados, isto é, são independentes

H₁: Os erros são autocorrelacionados, isto é, não são independentes

Foi realizado o teste de Durbin-Watson para testar a existência de correlação entre os resíduos. A estatística de teste DW deve situar-se entre 0 e 4, com *p-value* (Sig) $\leq 0,05$ ou $0,01$. Valores perto dos extremos revelam a existência de autocorreção dos erros. O melhor valor será rondar o valor 2 (Laureano, 2013).

Tabela 9: Resumo do modelo de regressão linear múltipla.

Resumo do modelo ^b					
Modelo	R	R quadrado	R quadrado ajustado	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	.333 ^a	,111	,108	1,104	1,952

a. Previsores: (Constante), Sexo, Classe etária, Estado civil, Escolaridade, Profissões

b. Variável dependente: Conhecimentos

Como o valor do teste DW está próximo de dois ($DW = 1,952$, *p-value* $\leq 0,05$ ou $0,01$), não se rejeita a hipótese nula, logo considera-se que não existem evidências para se aceitar que os erros não são independentes. Assim, o pressuposto está verificado.

- **Distribuição normal das variáveis aleatórias residuais**

O pressuposto dos erros seguirem uma distribuição normal é verificada através da análise gráfica da normalidade (gráfico Normal P-Plot) (Brites, 2013).

Como se pode observar, a sua distribuição é aproximadamente normal.

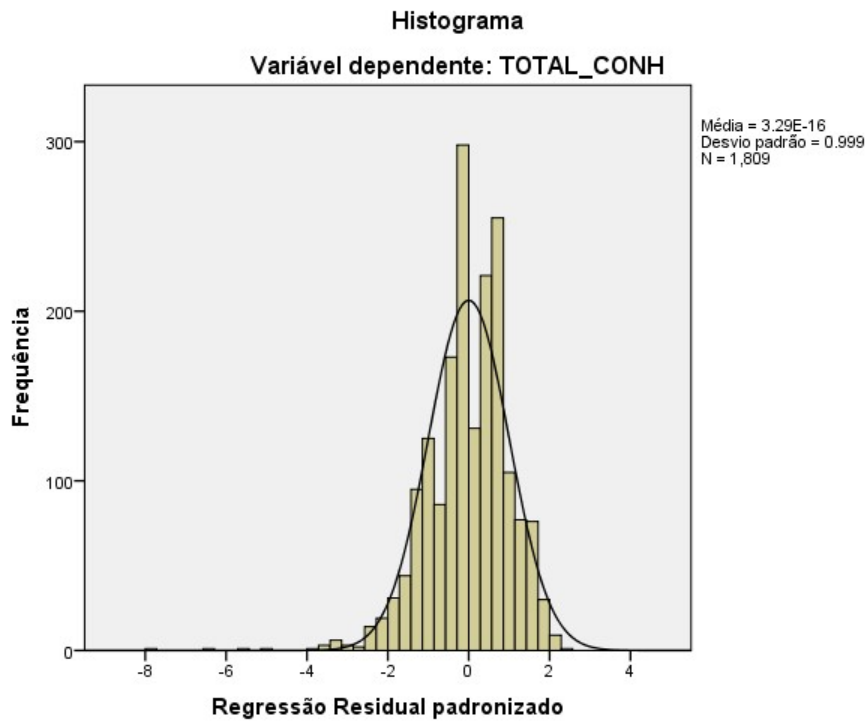


Gráfico 29: Histograma dos resíduos estandardizados.

Note-se que os resíduos se distribuem ao longo da diagonal, apesar do afastamento de alguns pontos, traduzindo uma certa aproximação à normalidade.

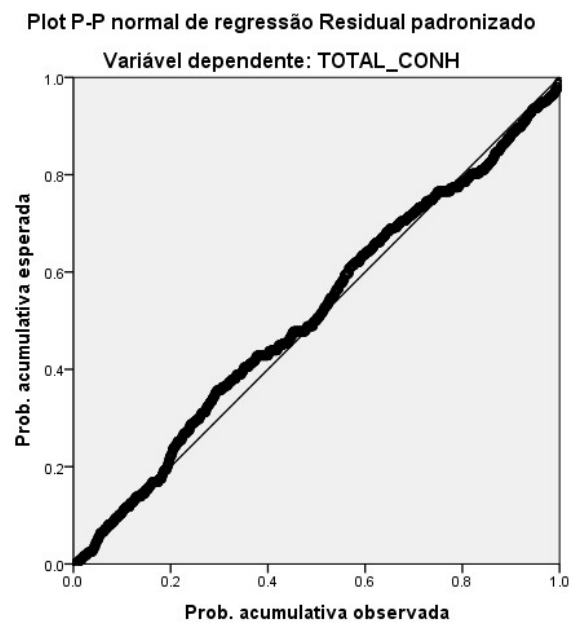


Gráfico 30: Plot P-P normal de Regressão linear simples.

Modelo (equação da reta de regressão)

O modelo estimado para explicar e prever os conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19 a partir do sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão é:

$$\widehat{\text{Conhecimentos}}_i = 7,435 + 0,139\text{sexo}_i + 0,277\text{classe etária}_i + 0,067\text{estado civil}_i + 0,185\text{nível de escolaridade}_i + 0,030\text{profissão}_i$$

Assim:

- O valor do intercepto de cerca de 7,435, interpretado mecanicamente, significa que, se os valores, sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão fossem fixados em zero, os conhecimentos seriam, em média cerca de 7 valores;
- Quando o sexo variar um ponto os conhecimentos variam, em média e no mesmo sentido, em 0,139 valores; a interpretação para as variáveis classe etária, estado civil e nível de escolaridade seguem o mesmo raciocínio;
- A profissão e os conhecimentos variam, em média e no sentido contrário, em 0,030 valores.

Significância global do modelo e significância dos seus parâmetros

O teste F (ANOVA) à significância global do modelo permite verificar se as variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão influenciam os conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19, isto é, se o modelo pode ser aplicado para realizar inferência estatística.

As hipóteses são:

$$H_0: \beta_1 = 0$$

$$H_a: \beta_1 \neq 0$$

Sendo a regra de decisão:

Não rejeitar H_0 se Sig > $\alpha = 0,05$

Rejeitar H_0 (aceitar H_a) se Sig $\leq \alpha = 0,05$

Tabela 10: Anova do modelo de regressão linear múltipla.

ANOVA ^a						
Modelo		Soma dos Quadrados	df	Média dos Quadrados	F	Sig.
1	Regressão	273,640	5	54,728	44,895	.000 ^b
	Residual	2197,922	1803	1,219		
	Total	2471,562	1808			

a. Variável dependente: Conhecimentos

b. Previsores: (Constante), Sexo, Classe etária, Estado civil, Escolaridade, Profissões

Como [$F_{(5,1803)} = 44,895$, Sig = 0,000 < $\alpha = 0,05$], então rejeita-se a hipótese H_0 .

Significa que o modelo linear é adequado para explicar a relação entre os conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre a COVID-19 e sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão.

Os testes t permitem avaliar a significância dos parâmetros do modelo, isto é, permitem avaliar se os coeficientes da reta de regressão são significativos (se permitem fazer inferência estatística).

As hipóteses para testar a nulidade dos parâmetros são:

- Constante (ordenada na origem)

$$H_0: \beta_0 = 0$$

$$H_a: \beta_0 \neq 0$$

- Coeficientes parciais de regressão
 - Coeficiente de regressão associado ao sexo

$$H_0: \beta_1 = 0$$

$$H_a: \beta_1 \neq 0$$

- Coeficiente de regressão associado à classe etário

$$H_0: \beta_2 = 0$$

$$H_a: \beta_2 \neq 0$$

- Coeficiente de regressão associado ao estado civil

$$H_0: \beta_3 = 0$$

$$H_a: \beta_3 \neq 0$$

- Coeficiente de regressão associado ao nível de escolaridade

$$H_0: \beta_4 = 0$$

$$H_a: \beta_4 \neq 0$$

- Coeficiente de regressão associado à profissão

$$H_0: \beta_5 = 0$$

$$H_a: \beta_5 \neq 0$$

Sendo a regra de decisão semelhante à do teste F , tem-se:

- Constante: $t = 42,354$; $p = 0,000 < \alpha = 0,05$ então rejeita H_0 (a constante é estatisticamente significativa);
- Coeficiente parcial de regressão associado ao sexo [$t = 2,636$; $p = 0,008 < \alpha = 0,05$], então rejeita-se H_0 (o coeficiente parcial de regressão é estatisticamente significativo, ou seja, **o sexo explica significativamente os conhecimentos**);
- Coeficiente parcial de regressão associado à classe etária [$t = 6,002$; $p = 0,000 <$

- $\alpha = 0,05$], então rejeita-se H_0 (o coeficiente parcial de regressão é estatisticamente significativo, ou seja, **a classe etária explica significativamente os conhecimentos**);
- Coeficiente parcial de regressão associado ao estado civil [$t = 2,180$; $p = 0,029 < \alpha = 0,05$], então rejeita-se H_0 (o coeficiente parcial de regressão é estatisticamente significativo, ou seja, **o estado civil explica significativamente os conhecimentos**).
 - Coeficiente parcial de regressão associado ao nível de escolaridade [$t = 7,502$; $p = 0,000 < \alpha = 0,05$], então rejeita-se H_0 (o coeficiente parcial de regressão é estatisticamente significativo, ou seja, **o nível de escolaridade explica significativamente os conhecimentos**);
 - Coeficiente parcial de regressão associado à profissão [$t = -3,563$; $p = 0,000 < \alpha = 0,05$], então rejeita-se H_0 (o coeficiente parcial de regressão é estatisticamente significativo, isto é, **a profissão explica significativamente os conhecimentos**).

Desta forma, das variáveis sociodemográficas analisadas, todas explicam significativamente os conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19.

Avaliação da qualidade do modelo

A qualidade do modelo é avaliada segundo diferentes indicadores:

- O coeficiente de correlação R revela uma relação de intensidade fraca entre os valores observados e os estimados dos conhecimentos ($R = 0,333$). No caso particular do modelo de regressão múltipla, o coeficiente R revela uma relação fraca entre a variável conhecimentos e as variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão;
- O valor de R^2 , de aproximadamente 0,111, significa que apenas 11,1% da variação dos conhecimentos podem ser explicada pelas variáveis sexo, classe

etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão, um valor bastante baixo considerando que R^2 pode chegar a 1(um);

- O coeficiente de determinação ajustado (R^2 ajustado) revela que apenas 10,8% da variância dos conhecimentos são explicadas pelas variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão;
- O erro padrão da regressão (da estimativa) mede a precisão das estimativas, verificando-se que, em média, os erros de predição são de 1,104 valores, isto é, em média os conhecimentos estimados afastam-se dos conhecimentos reais em 1,104 valores.

Portanto, o modelo estimado para explicar e prever os conhecimentos obtidos em função de sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão tem fraca qualidade, já que, por um lado, a sua capacidade explicativa é baixa (10,8% da variação do conhecimento é explicada pelo modelo) e, por outro, o erro de predição é de certa forma alto (1,104 valores) (Laureano, 2013).

Resumo

O modelo de regressão linear múltipla que explica a influência das variáveis sexo, classe etária, estado civil, nível de escolaridade e profissão sobre os conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19 é o seguinte:

$$\widehat{\text{Conhecimento}}_i = 7,435 + 0,139\text{sexo}_i + 0,277\text{classe etária}_i + 0,067\text{estado civil}_i + 0,185\text{nível de escolaridade}_i - 0,030\text{profissão}_i$$

$$(R^2 = 0,111; EP = 1,104; F_{(5,1803)} = 44895; P\text{-value} = 0,000)$$

Objetivo 9: Analisar a influência dos conhecimentos e atitudes sobre as práticas de prevenção e controlo da COVID-19.

Tendo em vista analisar a relação dos conhecimentos e atitudes da população residente em Cabo Verde com as práticas de prevenção e controlo da COVID-19, recorreu-se a um modelo de regressão linear.

Para a construção do modelo, à semelhança do que foi feito no âmbito do objetivo anterior foram testados todos os pressupostos da análise de regressão. Em relação ao pressuposto da linearidade entre conhecimentos, atitudes e práticas, importa dizer que os conhecimentos apresentam correlação positiva com as práticas; já a variável atitudes não apresenta correlação com as práticas, por esta razão não pôde ser considerada na construção do modelo. Deste modo, temos as seguintes hipóteses:

H_0 : As práticas de prevenção e controlo da COVID-19 dependem dos conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19;

H_1 : As práticas de prevenção e controlo da COVID-19 não dependem dos conhecimentos da população residente em Cabo Verde sobre COVID-19.

A tabela 8 apresenta o modelo ajustado e algumas medidas da sua qualidade. O modelo tem fraca qualidade já que, por um lado, apenas 1,2% da variação das práticas é explicada pela variação dos conhecimentos e, por outro, o erro de predição é, em média, de 0,860 valores, valor de certa forma elevado ($R^2 = 0,012$; $EP = 0,860$; $F_{(1,1995)} = 24083$; $P\text{-value} = 0,000$).

Tabela 11: Resultado do modelo de regressão linear simples da variável conhecimentos como preditora das práticas de prevenção e controlo da COVID-19.

R quadrado	Erro padrão da estimativa	Variável	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.
			B	Erro padrão	Beta	t	
,012	,860	(Constante)	2,152	,150		14,337	,000
		Conhecimentos	,081	,016	,109	4,907	,000

a. Variável dependente: Práticas

No entanto é possível verificar que os conhecimentos variam, em média, na razão direta com as práticas ($\beta = 0,081$; $t = 4,907$; $p = 0,000$). De facto, quando os conhecimentos

aumentam um ponto, as práticas, em média, aumentam em aproximadamente 2,2 pontos (e quando os conhecimentos diminuem um ponto as práticas diminuem, em média, cerca de 2,2 pontos).

8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Acredita-se que este é o primeiro estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas em relação à COVID-19 na população cabo-verdiana.

Em um total de 1996 sujeitos, a maioria era do sexo feminino (50,6%), na faixa etária de 25 a 44 anos (66,58%), solteiros (66,5%), licenciados (53,7%), especialistas de atividades intelectuais e científicas (31,91%), e residentes no concelho da Praia (48,65%).

As taxas das respostas corretas às 11 questões de conhecimento variaram entre 26, 3% (*Pessoas comuns devem usar máscaras para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2)*) a 99,2% (*Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), os indivíduos devem lavar frequentemente as mãos e evitar ir aos lugares lotados, tais como, supermercados, bares, restaurantes, transporte público, entre outros*). A pontuação média de conhecimento foi de 9,0251 (PD 1,16695, intervalo de 0-11), para uma percentagem de respostas correta geral de 82% ($9,0251/11 * 100$).

Pelos escores gerais das respostas corretas, pode-se inferir que o grau de conhecimentos sobre a COVID-19 é bastante elevado. Isto é, os resultados demonstram que os sujeitos do estudo possuíam níveis elevados de conhecimentos sobre as características clínicas, formas de transmissão, prevenção e controlo da COVID-19.

Os resultados do presente estudo são equivalentes aos resultados do estudo do Irão (Erfani *et. al.*, 2020) que relatou 82% de taxa geral de conhecimento entre os iranianos, está 2% acima do estudo de Clements (2020) realizado nos Estados Unidos da América que relatou 80% de taxa geral de conhecimento entre os cidadãos norte americanos. Tendo em conta a confusão criada inicialmente em Cabo Verde sobre o uso de máscaras (situação que baixou consideravelmente a taxa de respostas corretas) e a altura em que

se fez a recolha de dados, os sujeitos do estudo demonstraram um alto nível de conhecimento sobre COVID-19.

Os scores de respostas corretas de conhecimento do presente estudo são superiores ao estudo CAP da Tailândia realizado por Rahman, *et.al.* (2020), com uma taxa geral de conhecimento entre os tailandeses de 73,4%. Neste estudo o autor demonstrou que os residentes tinham pouco conhecimento sobre a forma de prevenção e controlo da COVID-19 no início da pandemia naquele país do sudeste asiático.

No entanto, os sujeitos do presente estudo evidenciaram um nível de conhecimento sobre a COVID-19 inferior aos do estudo KAP COVID-19 de Zhong et al. (2020) realizado na China, na primeira semana do surto da pandemia, em que a taxa global de respostas corretas do conhecimento na população chinesa residentes era de 90%. Todavia, é de realçar que ao contrário dos cabo-verdianos, os cidadãos chineses experienciaram um surto de SARS em início dos anos 2000, o que pode, eventualmente, justificar esse maior nível de conhecimento.

Presume-se que, a elevada taxa global de respostas corretas de conhecimento se deve, em parte, as características sociodemográficas dos participantes do estudo. Essas características demográficas evidenciaram que os sujeitos do estudo que tiveram maiores taxas de respostas corretas de conhecimentos eram indivíduos mais propensos à busca pela informação, ao uso das tecnologias de informação e comunicação e ao autoconhecimento.

Ademais, pressupõe-se que o indicador alto de respostas corretas dos sujeitos do presente estudo CAP esteja relacionado, em parte, a alta taxa de exposição às informações fornecidas pelos média sobre o novo coronavírus, desde o início do surto da pandemia no país, bem como as informações veiculadas pelo governo de Cabo Verde (comunicação de risco) sobre as formas de transmissão, medidas de prevenção e controlo da COVID-19.

Não obstante a alta taxa de respostas corretas, deparou-se com três questões cujos escores de respostas corretas não foram satisfatórios, como a afirmação «Pessoas comuns devem usar máscaras para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-

2)», onde somente 26,3% dos inquiridos afirmaram verdadeira a questão, e cerca de 52% dos sujeitos afirmaram verdadeira ou não saber responder se «somente os idosos e pessoas de riscos evoluiriam para casos graves de COVID-19».

Portanto, aquando da recolha de dados os investigados careciam de mais informações corretas sobre o uso de máscaras, bem como sobre a suscetibilidade de infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) em determinados grupos populacionais e a infeção pela COVID-19 devido ao contato com animais.

A fraca taxa de respostas correta sobre o uso de máscaras como uma das medidas de prevenção e controlo de infeção pelo novo coronavírus pode, eventualmente, estar associada a informação veiculada, inicialmente pela OMS e pelas autoridades de saúde cabo-verdianas de que as máscaras só eram necessárias para os profissionais de saúde encarregadas de tratar as pessoas com COVID-19, e pessoas comuns não deveriam fazer uso das máscaras, ou seja, não estava ainda bem definida sobre a pertinência do uso generalizado das máscaras na população residente em Cabo Verde e a nível global.

O estudo de Clements (2020) nos EUA acusaram que somente 24% dos inquiridos alegaram que usaram máscaras ao sair de casa nos últimos cinco dias. Já o estudo de Zhong *et al.* (2020), relatou que apenas 2% dos cidadãos chineses alegaram não terem usado máscaras em público a quando da recolha de dados, uma semana após o início da pandemia de COVID-19 na China, pois na Ásia, sobretudo na China, o uso de máscaras é obrigatório.

É importante assinalar que as recomendações sobre o uso de máscaras mudaram desde a data da recolha de dados. A OMS modificou a sua posição quanto ao uso de máscaras pela população geral por entender que muitas pessoas com sintomas leves (os portadores assintomáticos) podem não se dar conta que estão contaminadas com o novo coronavírus (SARS-CoV-2) e transmitir o vírus para outras pessoas.

O atual entendimento da OMS (2020), assim como as autoridades de saúde e do governo de Cabo Verde, é de que o uso de máscara em público pode impedir os portadores assintomáticos de contagiar outras pessoas. O Governo de Cabo Verde decretou o uso obrigatório de máscaras em locais fechados, a partir do dia 25 de maio, como uma das importantes medidas de proteção individual, prevenção e combate da pandemia COVID-19 (Decreto-lei nº47/2020).

Não obstante os autorrelatos de pouca utilização de máscaras, 99,2% dos inquiridos afirmaram que *«Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), os indivíduos devem lavar frequentemente as mãos e evitar ir aos lugares lotados, tais como, supermercados, bares, restaurantes, transporte público, entre outros»*, ou seja, é de (re)conhecimento dos inquiridos que a lavagem frequentemente das mãos com água e sabão, e evitar aglomeração de pessoas estão entre as principais medidas de prevenção e controlo da COVID-19. Medidas essas defendidas pelas autoridades de saúde emanadas das recomendações da OMS.

A maioria dos sujeitos (76,15%) demonstra confiança que o novo coronavírus (SARS CoV-2) será finalmente controlado e 87,48% admitiram que Cabo Verde pode vencer a luta contra a COVID-19, enquanto 12,52% dos sujeitos não depositava tal confiança no sucesso do país na batalha contra a pandemia de COVID-19.

Os inquiridos que discordaram ou disseram não saber se o país iria vencer a pandemia justificaram que tal feito só seria possível se houvesse, o máximo de envolvimento da população no cumprimento do estado de emergência, o isolamento social e demais medidas restritivas de prevenção e controlo da doença, aumento do número de testes de despistagem dos casos suspeitos e a maior clareza na definição das medidas de proteção e segurança individual, por exemplo, o uso de máscaras e o reforço de cuidados de higiene em locais público de muita aglomeração de pessoas.

Os dados dão conta que os inquiridos mais confiantes no controlo da pandemia eram maiores de 44 anos de idade (79,9%), casados (81,7%) e desempregados (80,7%).

A grande maioria dos inquiridos demonstraram comportamentos assertivos em relação a COVID-19, isto é, 98,70% dos sujeitos declararam ter permanecido em casa nos últimos dias; 96,49% não frequentaram festas, funerais, ou locais lotados e 93,19% confirmaram mudanças de rotinas diárias devido à COVID-19.

Os relatos de mudanças demonstraram mudanças na rotina do trabalho (teletrabalho), cuidados de higiene (lavar as mãos, evitar contacto com boca, nariz e higienização da casa e objetos pessoais), relações sociais e familiares (não receber visitas, estar mais com a família), procura de informação (buscar informação sobre COVID-19 e outros conhecimentos), uma certa dose de stress e ansiedade com o isolamento e a pandemia de COVID-19.

Esses resultados aproximam-se do estudo de Zhong et al. (2020), realizado na China. Para os autores, o comportamento restrito dos chineses na prevenção e controlo da COVID-19 podem ser atribuídos, principalmente às medidas estritas de prevenção e controlo implementadas pelos governos locais, como a proibição de reuniões públicas. Segundo ele, também podem ser o resultado do bom conhecimento dos moradores sobre o alto potencial de contaminação do vírus COVID-19, que pode ser facilmente transmitida entre as pessoas através de gotículas respiratórias.

Considerando que o país nunca experienciou uma situação semelhante, eventualmente os resultados positivos do presente estudo, como a elevada taxa de respostas correta dos sujeitos em relação aos sinais e sintomas da COVID-19, a atitude positiva em relação a capacidade do país em vencer a luta contra a COVID-19, os comportamentos assertivos no controlo da doença poderão estar associados à adoção de medidas assertivas por parte das autoridades do país.

O governo de Cabo Verde adotou medidas assertivas, como o estado de emergência que levou à suspensão da circulação de passageiros entre as ilhas e com o exterior, ao encerramento das instituições públicas e privadas colocando os funcionários em regime de teletrabalho, suspensão dos serviços de restauração e lazer (bares, restaurantes, discotecas), encerramento das praias, entre outras.

O comportamento menos assertivo diz respeito ao uso de luvas e máscaras, em que, somente 13,63% dos sujeitos alegaram terem utilizado, nos últimos dias, luvas ou máscara ao sair de casa.

A maioria (90,26%) dos sujeitos prefere receber informação sobre COVID-19 em português. Os profissionais de saúde parecem ser as pessoas mais indicadas para transmitir informação sobre COVID-19, visto ser neles que a população mais confia (90,98%). A televisão (82,56%), a rádio (20,35%) e os jornais (16,73%) continuam a ser os meios mais preferidos ou confiáveis pela população para receber informação sobre COVID-19.

Estes resultados aumentam a responsabilidade tanto dos profissionais de saúde como dos profissionais desses meios de comunicação, no sentido de se prepararem e apropriarem-se da verdade científica atualizada sobre o que pretendem transmitir para corresponderem e não defraudarem a confiança neles depositados pelos cabo-verdianos. Estes resultados, pelo menos na parte concernente aos média, assemelham-se aos do estudo de Erfani *et. al.* (2020) realizado no Irão, em que 82,9% dos sujeitos elegeram as redes sociais e médias como meio de informação credíveis.

Relativamente aos meios mais utilizados para receber informações sobre COVID-19 são, por ordem decrescente, a televisão (69,78%), redes sociais (30,12%), unidades de saúde (23,97%), rádio (19,93%), profissionais de saúde (16,09%), artigos científicos (13,57%) e outros meios (Sites oficiais, jornais impressos e online, SMS do INSP, Linha Verde 8001112, membro da família, Google académico e folhetos informativos), 9,84% respetivamente. É de realçar o facto de que, não obstante ao uso frequente das redes sociais, estas são consideradas meios de confiança para se obter informações sobre COVID-19.

A análise de correlação entre as duas variáveis (conhecimentos e práticas), os resultados demonstraram uma correlação significativa, positiva, mas muito fraca ($\rho = 0.119$; $p = 0.000$) (Brites, 2013), nível de significância de 0.01.

Os conhecimentos da população residente em Cabo Verde explicam pouco as práticas de prevenção e controlo da COVID-19 ($R^2 = 0,012$; $EP = 0,860$; $F_{(1,1995)} = 24083$; $P\text{-value} = 0,000$).

A influência das variáveis sociodemográficas sobre o conhecimento da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19 é fraca ($R^2 = 0,111$; $EP = 1,104$; $F_{(5,1803)} = 44895$; $P\text{-value} = 0,000$).

Portanto, as variáveis sociodemográficas explicam pouco o conhecimento da população residente em Cabo Verde em relação a COVID-19.

Esses resultados podem ser úteis nas definições de políticas de saúde pública, bem como para os profissionais de saúde (re) conhecerem as populações-alvo para campanhas de prevenção e educação em saúde na luta contra a COVID-19.

9. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Os sujeitos do estudo demonstraram possuir um bom nível de conhecimento sobre a COVID-19. O resultado satisfatório em relação ao elevado nível de conhecimento da COVID-19 na população cabo-verdiana residentes foi imprevisível, tendo em conta o tempo entre o diagnóstico do primeiro caso no país e a recolha de dados do estudo.

Vale ressaltar que o estudo foi realizado no início do surgimento da epidemia em Cabo Verde, uma semana após a declaração do estado de emergência nacional. Consideramos que esses resultados positivos de conhecimento devem, principalmente às características da amostra, pois cerca de 63% dos sujeitos do estudo possuía grau de nível superior (licenciatura, mestrado e doutorado).

Por outro lado, acredita-se, também que devido à gravidade da situação e a difusão de notícias convincentes sobre a pandemia de COVID-19, uma emergência de saúde pública, levou à população cabo-verdiana residente a buscarem ativamente o conhecimento sobre a doença, a partir de vários canais de informação, como a televisão, rádio, jornais, Sites oficiais (OMS, MSS), redes sociais, revistas científicas, entre outros meios de comunicação e informação. A associação positiva significativa entre os níveis

de instrução elevado e os escores de conhecimento do COVID-19 apoiam essas especulações.

Verifica-se que, no momento da recolha de dados, a maioria dos sujeitos apresentava uma atitude positiva face à possibilidade de Cabo Verde controlar e até mesmo erradicar a pandemia COVID-19.

A maioria dos sujeitos referiu ter adotado comportamentos assertivos em relação à COVID-19, excetuando-se o uso de máscara e luva quando sai de casa. Este comportamento em relação a esses dois últimos equipamentos de proteção individual, justifica-se devido a informação veiculada na altura de que esses equipamentos de proteção individual eram desnecessários para as pessoas comuns.

O modelo de regressão linear múltipla que explica a influência das variáveis demográficas sobre os conhecimentos da população residente em Cabo Verde em relação à COVID-19 é de fraca qualidade ($R^2 = 0,111$; $EP = 1,104$; $F_{(5,1803)} = 44895$; $P\text{-value} = 0,000$).

Todas variáveis sociodemográficas analisadas (sexo, faixa etária, nível de escolaridade e profissão) explicam significativamente o conhecimento da população residente em Cabo Verde sobre a COVID-19.

A variável conhecimentos apresenta correlação positiva com as práticas, isto é, parece haver uma influencia na razão direta com o nível de conhecimento dos sujeitos sobre a COVID-19.

Com base na associação positiva significativa entre conhecimentos e práticas verificada no estudo, programas de educação em saúde, visando principalmente indivíduos com menos conhecimento em relação a COVID-19, são essenciais para incentivar atitudes positivas e manter práticas seguras.

Os resultados evidenciam a importância da necessidade de intensificar o conhecimento sobre a COVID-19 na população cabo-verdiana residente por meio da literacia em saúde, o que, também pode resultar em melhorias nas atitudes e práticas da população cabo-verdiana residente em relação à pandemia. A literacia em saúde é tida como uma das importantes ferramentas de saúde pública em situações de doenças emergentes, como é o caso da infeção pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) (Clements, 2020).

Tendo em vista a associação entre os escores de conhecimentos, atitudes e práticas e os dados sociodemográficos, o programa de intervenção de educação em saúde seria mais eficaz se visasse certos grupos demográficos; por exemplo, o conhecimento de COVID-19 poderá ser aumentado se os programas de educação em saúde forem projetados especificamente para os grupos do *sexo masculinos, que nunca casaram, menores de 44 anos de idade, de nível de instrução baixo nível* (básico e secundário).

Neste sentido, e com base nos resultados do estudo, Zhong et al. (2020), pode-se considerar que, programas de educação para a saúde que visem melhorar os conhecimentos sobre a COVID-19, em português, por profissionais de saúde, transmitidos pela televisão e rádio ou jornais, podem ser úteis para estimular atitudes otimistas e práticas assertivas entre os residentes em Cabo Verde.

Embora o conhecimento e as práticas preventivas da pandemia COVID-19 entre os sujeitos do estudo sejam bastante satisfatórios, este estudo sugere que o conhecimento atualizado sobre a doença seja fornecido pelas autoridades de saúde à população residente para estimular, instalar e reforçar comportamentos de prevenção assertivos em relação à COVID-19.

Sugere-se um novo estudo com uma amostra estratificada representativa da população cabo-verdiana residente.

Esperamos que o estudo seja um contributo válido para a formulação de políticas de saúde pública e a cooperação das autoridades cabo-verdianas e da população em geral, o controlo e a eliminação da pandemia de COVID-19 possam ser conseguidos rapidamente.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Trata-se de uma amostra por conveniência, online, pelo que os dados da amostra não são representativos da população cabo-verdiana residente.

Comparando os dados demográficos do estudo com o CENSO de 2010, a amostra é representada, na sua grande maioria, por pessoas do sexo feminino, solteiras, na faixa

etária dos 25 aos 44 anos de idade, com alto nível de escolaridade, envolvidas em trabalhos intelectuais e científicas. A amostra terá deixado de fora os sujeitos com mais idade, menos grau de instrução e os que não têm acesso à Internet. Por outro lado, o questionário só esteve disponível durante uma semana o que poderá ter limitado o acesso de outras pessoas.

Além da representatividade limitada da amostra, uma outra limitação deste estudo tem a ver com a avaliação das atitudes e práticas. Devido ao tempo limitado para o desenvolvimento do projeto do estudo, definição do instrumento e recolha de dados, ambas as variáveis foram medidas com poucos itens, sobretudo as atitudes avaliadas com apenas três itens. De igual modo as questões de avaliação da comunicação de risco em relação à COVID-19 eram limitadas.

RECONHECIMENTOS

Os autores agradecem os participantes do estudo pelo envolvimento voluntário do estudo e a Cabo Verde Telecom pelo apoio no envio dos SMS aos clientes da CVMóvel.

INSTITUIÇÃO FINANCIADORA

O projeto foi elaborado e implementado por técnicos do Instituto Nacional de Saúde Pública, que não auferiram nenhum honorário para o efeito. A recolha de parte dos dados pela Cabo Verde Telecom também foi totalmente gratuita. Portanto, o projeto não comportou qualquer custo ao Estado de Cabo Verde, senão o tempo de trabalho dos profissionais do INSP e da CVTelecom no âmbito das suas funções. Um verdadeiro contributo dos envolventes na luta contra a COVID-19 no país.

CONFLITOS DE INTERESSES

Os investigadores declaram não haver conflitos de interesse nesse estudo.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Adhikari S P, Meng S, Wu Y-J, Mao Y-P, Ye R-X, Wang Q-Z, Sun C, Sylvia S, Rozelle S, Raat H & Zhou H. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. *Infectious Diseases of Poverty* (2020);
- 2- Brites, R. (2013). *Análise de dados com IBM SPSS: Mix essencial para relatórios e tese académicos*;
- 3- Clements, J. M. Knowledge and behaviors toward COVID-19 among U.S. residents during the early days of the pandemic. Michigan State University, College of Human Medicine, Division of Public Health, Master of Public Health Program.: <https://doi.org/10.1101/2020.03.31.20048967>. this version posted April 2, 2020;

Chen, N., Zhou, M., Dong, X., Qu, J., Gong, F., Han, Y., & Yu, T. (2020). Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *The Lancet*, 395(10223), 507-513. Elliot Aroson (2002). *Psicologia Social*. Rio de Janeiro. LTC 3ª Edição.
- 4- Erfani A, Shahriarirad R, Ranjbar K, Mirahmadizadeh A & Moghadami M. Knowledge, Attitude and Practice toward the Novel Coronavirus (COVID-19) Outbreak: A Population-Based Survey in Iran. [Preprint]. *Bull World Health Organ*. E-pub: 30 March 2020. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.20.26651>;
Jiao Jg, Tang X., LI H.W. Levantamento do conhecimento dos moradores em prevenção e controle da SARS na província de Hainan. [J]. *Medicina Tropical da China*. 2005; 4.16;
- 5- Lakatos, Eva Maria(2008). *Metodologia do Trabalho Científico*. São Paulo, Atlas editora SA 7ª edição.

- 6- Laureano, R. M. S. (2013). Teste de hipóteses - Com SPSS: O meu manual de consulta rápida, Lisboa, Edições Sílabo, 2a edição
- 7- Lana RM, Coelho FC, Gomes MFC, Cruz OG, Bastos LS, Villela DAM & Codeço CT. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. Cad. Saúde Pública 2020; 36(3): e00019620.
- 8- Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, Shaman J. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2). Science 10.1126/science.abb3221 (2020)
- 9- Novel, C. P. E. R. E. (2020). The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) in China. Zhonghua liu xing bing xue za zhi= Zhonghua liuxingbingxue zazhi, 41(2), 145.
- 10- Organização Mundial de Saúde. A OMS anuncia uma epidemia de surto de COVID-19. [http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19 / notícias / notícias / 2020/3 / quem-anuncia-covid-19-surto-de-pandemia;](http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/noticias/noticias/2020/3/quem-anuncia-covid-19-surto-de-pandemia)
- 11- Organização Mundial de Saúde. Vírus respiratórios emergentes, incluindo COVID-19: métodos para detecção, prevenção, resposta e controle. <https://openwho.org/courses/introduction-to-ncov> [Acesso em 24 de março de 2020];
- 12- Organização Mundial da Saúde. Novo relatório de situação de coronavírus (2019-nCoV)-1. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf? sfvrsn = 20a99c10_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200121-sitrep-1-2019-ncov.pdf?sfvrsn=20a99c10_4). Publicado em 20 de janeiro de 2020. Acesso em 24 de abril de 2020;
- 13- Peeri N C, Shrestha N, Rahman M S, Zaki R, Tan Z, Bibi S, Baghbanzadeh M, Aghamohammadi N, Zhang W & Haque U. The SARS, MERS and novel coronavirus (COVID-19) epidemics, the newest and biggest global health threats: what lessons have we learned? International Journal of Epidemiology, 2020, Vol. 0, No. 0.

- 14- : Rahman A, Sathi NJ. Knowledge, Attitude, and Preventive Practices toward COVID-19 among Bangladeshi Internet Users. *Electron J Gen Med.* 2020;17(5):em245. <https://doi.org/10.29333/ejgm/8223>;
- 15- Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/advice-for-public>;
- 16- Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novelcoronavirus-2019/advice-for-public>;Rothan H A & Byrareddy S A. The epidemiology and pathogenesis of coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Journal of Autoimmunity*, 2020 <https://doi.org/10.1016/j.jaut.2020.102433>;
- 17- Srichan P, Apidechkul T, Tamornpark R, Yeemard F, Khunthason S, Kitchanapaiboon S, et al. Conhecimento, atitude e preparação para responder ao novo coronavírus de 2019 (COVID-19) Entre a população fronteiriça do norte da Tailândia no período inicial de o surto: um estudo transversal. Disponível em SSRN 3546046. 2020.
- 18- Sun P, Lu X, Xu C, Sun W, Pan B. Understanding of COVID-19 based on current evidence. *J Med Virol.* 2020;1–4. <https://doi.org/10.1002/jmv.25722>;
Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolamento, quarentena, distanciamento social e comunidade confinamento: papel central das medidas de saúde pública à moda antiga no novo coronavírus (2019-nCoV) surto. *Journal of Travel Medicine.* 2020; 27 (2). Epub 2020/02/14;
- 19- WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/international-health-regulations/news/news/2020/2/2019-ncov-outbreak-is-an-emergency-of-international-concern>. Acesso 24 de março 2020.
- 20- World Health Organization. (2020c, 31 March 2020). Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public.
- 21- World Health Organization. (2020c, 31 March 2020). Coronavirus disease (COVID-19) advice for the public.

- 22- Zhou W, Wang A, Xia F, Xiao Y, Tang S. Efeitos dos relatos da mídia sobre a propagação da mitigação COVID-19 na fase inicial do surto. *Biociências Matemáticas e Engenharia*. 2020; 17 (3): 2693. Epub 2020/03/10;
- 23- Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, et al. Conhecimento, atitudes, e práticas em relação ao COVID-19 entre os residentes chineses durante o rápido período de o surto de COVID-19: uma rápida pesquisa transversal online. *Revista Internacional de Ciências Biológicas*. 2020; 16 (10): 1745-52. Epub 2020/03/1514)
- 24- Zhong BL, Luo W, Li HM, Zhang QQ, Liu XG, Li WT, Li Y. Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: a quick online cross-sectional survey. Disponível em <http://www.ijbs.com/v16p1745.htm>

11. ANEXOS

I- QUESTIONÁRIO DO ESTUDO CAP COVID-19

QUESTIONÁRIO_ ESTUDO CONHECIMENTOS, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE COVID-19_ POPULAÇÃO GERAL

O presente questionário visa recolher informações sobre conhecimentos, atitudes e da população residente em Cabo Verde sobre a pandemia COVID-19.

Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de conhecer a sua opinião referente as questões apresentadas. Agradecemos a sua sinceridade nas respostas.

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

IDADE
GENERO
ESTADO CIVIL
ESCOLARIDADE
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO
ILHA
CONCELHO

FREGUESIA

2. CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE COVID-19

	CONHECIMENTOS	VERDADEIRO	FALSO	NÃO SEI
C1.	Os principais sintomas clínicos da COVID-19 são febre, fadiga, tosse seca e mialgia (dor muscular em qualquer parte do corpo).			
C2.	Ao contrário do resfriado comum, nariz entupido, coriza (nariz escorrendo) e espirros são menos comuns em pessoas infetadas pelo COVID-19.			
C3.	Atualmente, não existe uma cura eficaz para o COVID-2019, mas o tratamento sintomático e de suporte precoce pode ajudar a maioria dos pacientes a recuperar-se da infeção.			
C4.	Nem todas as pessoas com COVID-2019 evoluirão para casos graves.			
C5.	Somente os idosos, as pessoas com doenças crónicas e as pessoas obesas têm maior probabilidade de se tornarem casos graves.			
C6.	Entrar em contato com animais resultaria na infeção pelo COVID-19.			
C7.	Pessoas com COVID-2019 não transmitem o vírus para outras pessoas quando não apresenta nenhum sintoma.			
C8.	O vírus COVID-19 transmite-se através de gotículas respiratórias ou salivares de indivíduos infetados.			
C9.	Pessoas comuns devem usar máscaras para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARSCov-2).			
C10.	Não é necessário que crianças e adultos jovens tomem medidas para prevenir a infeção pelo novo coronavírus (SARSCov-2).			

C11.	Para evitar a infeção pelo novo coronavírus (SARSCov-2), os indivíduos devem lavar e desinfetar frequentemente as mãos e evitar ir a lugares lotados, como, supermercados, bares, restaurantes, transporte público.			
C12.	O isolamento e o tratamento de pessoas infetadas pelo novo coronavírus (SARSCov-2) são formas eficazes de reduzir a propagação do vírus.			
C13.	As pessoas que tiverem contato com alguém infetado pelo novo coronavírus (SARSCov-2) devem ser imediatamente isoladas em um local adequado, por um período de observação de 14 dias.			
	Atitudes	Concordo	Discordo	Não sei
A1.	Você acha que a COVID-19 será finalmente controlado com sucesso?			
A2.	Acredita que Cabo Verde pode vencer a luta contra a COVID-19?			
A3.	Se respondeu discordo ou não sei a questão A3. o que seria necessário para se conseguir vencer a luta contra a COVID-19?			
	Práticas	Sim	Não	
P1.	Nos últimos dias, você foi a algum lugar lotado?			
P2.	Nos últimos dias, você usou uma máscara e/ou luva ao sair de casa?			
P3.	Nos últimos dias, procurou ficar em casa a maior parte do tempo?			
P4.	Mudou a sua rotina diária, nos últimos dias devido ao Covid-19?			
	Se respondeu sim a questão P4, indica, qual(is) a(s) mudança(s) verificadas?			

Obrigado pela sua atenção.

NOTA: Não se esqueça de enviar o questionário preenchido.

I-

II - TERMO DE CONSENTIMENT LIVRE INFORMADO

**FORMULÁRIO DE INFORMAÇÃO E TERMO DE CONSENTIMENTO
INFORMADO**

Estudo **“CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE
À COVID-19: *Um estudo transversal Online na população residente em Cabo Verde***

RESPONSÁVEL DO ESTUDO: Instituto Nacional de Saúde Pública

Prezado(a),

Convidámo-lhe para responder a um questionário (online) e participar num estudo de investigação cujo objetivo principal é **determinar os conhecimentos, atitudes e práticas sobre à COVID-19 na população residente em Cabo Verde para subsidiar as políticas de saúde.**

A **sua participação é muito importante** para que se possa ter informações mais completas sobre os conhecimentos, atitudes e práticas da população residente em Cabo Verde em relação ao novo coronavírus (SARS-CoV-2). Os resultados deste estudo irão contribuir para que se tomem as medidas necessárias para uma melhor prevenção e controlo da COVID-19 em Cabo Verde. **Todos os dados individuais recolhidos serão tratados de forma confidencial e anónima:** somente o **Instituto Nacional de Saúde Pública (INSP)** terá acesso às respostas e todos os questionários receberão um número de código para garantir o sigilo e a confidencialidade dos dados.

Os resultados deste estudo serão socializados por meio de relatórios, publicações em revistas científicas e outros meios de divulgação de conhecimento científico. Todavia, garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados individuais. Os dados serão conservados no INSP, sem os códigos de acesso, durante 2 anos, num ambiente de acesso restrito, para possibilitar a comparação com futuros estudos. Após este período os mesmos serão destruídos.

Será garantido aos participantes o direito de acesso aos dados, mediante solicitação, por escrito, endereçado ao INSP.

A participação neste estudo **Não constitui nenhum risco ou dano** para a sua saúde e **não terá qualquer compensação monetária ou outra forma de benefício direto.**

A sua **participação é anónima e voluntária** e poderá desistir a qualquer momento.

Poderá aceder ao questionário do estudo disponível na página do INSP www.insp.gov.cv

Se não estiver completamente esclarecido (a), não hesite em solicitar mais informações ao Instituto Nacional de Saúde Pública, através do E-mail: Mariefatima.Alves@insp.gov.cv; [Tel. 2612167](tel:2612167). Também, poderá contactar a Comissão Nacional de Proteção de Dados, através do E-mail: cnpd@cnpd.cv; [Tel:238 5340390](tel:2385340390).

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo **“CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS SOBRE À COVID-19:**

Um estudo transversal Online na população residente em Cabo Verde

Declaro ter lido e compreendido toda a informação no presente documento. Foi-me dado oportunidade de fazer perguntas e esclarecer as minhas dúvidas.

Confio na garantia de confidencialidade dos meus dados individuais e que nenhuma identificação será publicada revelando a minha identidade. Entendo que a participação no estudo não traz riscos nem benefícios diretos. Percebo que tenho a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento sem que isso me traga nenhuma desvantagem.

Pelo presente documento declaro que aceito de livre vontade participar no estudo.

Assinatura do participante _____

Data ___/___/ 2020

Muito obrigado pela sua Participação.

12. APÊNDICES

Apêndice 1: Relação entre as variáveis sociodemográficas e os escores de conhecimentos.

Variáveis	Sexo (n, %)		Idade (n, %)				Estado civil (n, %)				Escolaridade (n, %)						Profissão							
	Masculino	Feminino	x ²	P	16 - 44	44 e +	x ²	P	casados	Nunca casou	Outros	x ²	P	Ensino básico e ensino secundário	Ensino superior	Outros	x ²	P	Desempregados	Estudantes	Profissionais de nível intermédio e intelectual	Outros	x ²	P
C1-	900 91,3%	915 90,7%	0,2144	,643	1397 89,6%	418 95,7%	15,118	,000*	460 93,7%	1238 89,6%	117 95,1%	10,198	,006*	467 87,5%	1066 93,0%	132 93,6%	15,338	,000*	74 89,2%	154 77,0%	1181 93,1%	354 91,7%	55,622	,000*
C2-	327 94,0%	950 94,2%	,017	,897	1458 93,5%	420 96,1%	4,111	,043*	473 96,3%	1292 93,5%	113 91,9%	6,436	,040*	478 89,5%	1103 96,2%	137 97,2%	33,237	,000*	76 91,6%	177 88,5%	1214 95,7%	358 92,7%	20,011	,000*
C3-	906 91,9%	934 92,6%	,322	,570	1420 91,1%	421 96,3%	13,158	,000*	470 95,7%	1254 90,7%	117 95,1%	14,095	,001*	459 86,0%	1092 95,3%	129 91,5%	44,542	,000*	72 86,7%	172 86,0%	1202 94,8%	339 87,8%	36,068	,000*
C4-	449 45,5%	512 50,7%	5,413	,020*	725 46,5%	236 54,0%	7,691	,006*	234 47,7%	657 47,5%	70 56,9%	4,035	,133	214 40,1%	593 51,7%	71 50,4%	20,150	,000*	34 41,0%	73 36,5%	648 51,1%	173 44,8%	18,700	,000*
C5-	585 59,3%	671 66,5%	10,996	,001*	972 62,3%	285 65,2%	1,206	,272	334 68,0%	839 60,7%	84 68,3%	9,904	,007*	264 49,4%	778 67,9%	98 69,5%	56,073	,000*	50 60,2%	106 53,0%	849 67,0%	210 54,4%	29,447	,000*
C6-	948 96,1%	963 95,4%	,615	,433	1482 95,1%	430 98,4%	9,430	,002*	474 96,5%	1316 95,2%	122 99,2%	5,299	,071	498 93,3%	1113 97,1%	131 92,9%	15,884	,000*	77 92,8%	181 90,5%	1234 97,3%	364 94,3%	25,384	,000*
C7-	266 27,0%	257 25,5%	,585	,444	375 24,1%	149 34,1%	17,779	,000*	144 29,3%	336 24,3%	44 35,8%	10,843	,004*	112 21,0%	327 28,5%	38 27,0%	10,815	,004*	19 22,9%	38 19,0%	348 27,4%	102 26,4%	6,862	,076
C8-	955 96,9%	980 97,1%	,125	,724	1511 96,9%	425 97,3%	,130	,719	481 98,0%	1335 96,6%	120 97,6%	2,457	,293	502 94,0%	1124 98,1%	139 98,6%	21,679	,000*	78 94,0%	191 95,5%	1244 98,1%	365 94,6%	17,129	,001*
C9-	976 99,0%	1002 99,3%	,606	,436	1543 99,0%	436 99,8%	2,571	,109	490 99,8%	1368 99,0%	121 98,4%	3,741	,154	528 98,9%	1139 99,4%	140 99,3%	1,263	,532	81 97,6%	198 99,0%	1260 99,4%	382 99,0%	3,412	,332
C10-	972 98,6%	995 98,6%	,004	,951	1532 98,3%	436 99,8%	5,575	,018*	491 100,0%	1354 98,0%	123 100,0%	12,617	,002*	522 97,8%	1135 99,0%	138 97,9%	4,821	,090	81 97,6%	194 97,0%	1254 98,9%	381 98,7%	5,179	,159
C11-	956 97,0%	986 97,7%	1,123	,289	1515 97,2%	428 97,9%	,768	,381	482 98,2%	1344 97,3%	117 95,1%	3,683	,159	518 97,0%	1121 97,8%	136 96,5%	1,628	,443	79 95,2%	195 97,5%	1233 97,2%	379 98,2%	2,653	,448

Apêndice 2: Relação entre as variáveis sociodemográficas e atitudes positivas.

Variáveis	Sexo (n, %)		Idade (n, %)				Estado civil (n, %)				Escolaridade (n, %)				Profissão									
	Masculino	Feminino	χ^2	P	16 - 44	44 e +	χ^2	P	casados	Nunca casou	Outros	χ^2	P	Ensino básico e ensino secundário	Ensino superior	Outros	χ^2	P	Desempregados	Estudantes	Profissionais de nível intermédio e intelectual	Outros	χ^2	P
A1-			3,679	,055			4,241	,039*				10,927	,004*				4,597	,100					10,281	,016*
	769	750			1171	349			401	1028	91			395	891	101			67	135	981	292		
	78,0%	74,3%			75,1%	79,9%			81,7%	74,4%	74,0%			74,0%	77,7%	71,6%			80,7%	67,5%	77,4%	75,6%		
A2-			1,045	,307			,200	,655				1,074	,584				3,834	,147					2,454	,484
	870	875			1361	385			429	1213	104			458	1017	120			77	175	1107	334		
	88,2%	86,7%			87,3%	88,1%			87,4%	87,8%	84,6%			85,8%	88,7%	85,1%			92,8%	87,5%	87,3%	86,5%		

Apêndice 3: Relação entre as variáveis sociodemográficas e as práticas assertivas.

Variáveis	Sexo (n, %)		Idade (n, %)				Estado civil (n, %)				Escolaridade (n, %)				Profissão									
	Masculino	Feminino	χ^2	P	16 - 44	44 e +	χ^2	P	casados	Nunca casou	Outros	χ^2	P	Ensino básico e ensino secundário	Ensino superior	Outros	χ^2	P	Desempregados	Estudantes	Profissionais de nível intermédio e intelectual	Outros	χ^2	P
P1-assertiva			,010	,922			13,153	,000*				9,548	,008*				1,334	,513					2,179	,536
	951	974			1492	434			482	1322	122			513	1113	136			79	192	1229	369		
	96,5%	96,5%			95,7%	99,3%			98,2%	95,7%	99,2%			96,1%	97,1%	96,5%			95,2%	96,0%	96,9%	95,6%		
P2-assertiva			2,279	,131			2,718	,099				3,939	,139				1,853	,396					11,925	,008*
	146	126			202	70			80	176	16			63	157	22			6	17	174	67		
	14,8%	12,5%			13,0%	16,0%			16,3%	12,7%	13,0%			11,8%	13,7%	15,6%			7,2%	8,5%	13,7%	17,4%		
P3-assertiva			,206	,650			5,018	,025*				6,709	,035*				1,263	,532					,320	,956
	372	397			1534	436			489	1358	123			525	1133	140			82	198	1251	380		
	98,6%	98,8%			98,4%	99,8%			99,6%	98,3%	100,0%			98,3%	98,9%	99,3%			98,8%	99,0%	98,7%	98,4%		
P4-assertiva			,452	,501			,028	,868				2,383	,304				14,279	,001*					14,209	,003*
	915	944			1452	408			464	1284	112			480	1087	131			72	178	1197	356		
	92,8%	93,6%			93,1%	93,4%			94,5%	92,9%	91,1%			89,9%	94,9%	92,9%			86,7%	89,0%	94,4%	92,2%		