



NOTA TÉCNICA

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E ECONÔMICO DA POPULAÇÃO BRASILEIRA DURANTE O PRIMEIRO ANO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL.

Roberta Rayssa Magalhães da Silva

José Ricardo Bezerra Nogueira

(março, 2023)

Introdução

O surto de COVID-19, iniciado em Wuhan, China, em dezembro de 2019, foi declarado uma pandemia global pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em fevereiro de 2020 (DE CEUKELAIRE, W, 2021; LI, P et al., 2020). A doença, causada pelo SARS-CoV-2, resultou em milhões de mortes em todo o mundo, com sintomas clínicos principais de tosse seca, febre, fadiga e dispneia. Até junho de 2022, a OMS registrou mais de 528 milhões de casos confirmados e mais de 6 milhões de mortes (KHAMISY-FARAH, R. et al., 2021; NAVARRO, V., 2020; . XU, S., 2020).

A pandemia desencadeou intervenções de saúde pública e agravou problemas econômicos, recessão, desemprego e problemas educacionais em todo o mundo. No Brasil, os casos de COVID-19 têm sido altos, com mais de 31 milhões de casos confirmados e mais de 660.000 mortes até junho de 2022 YANG, J. et al., 2020.; CORTEGIANI, A. et al., 2020). O país, marcado por desigualdades econômicas e sociais, tornou-se o epicentro da epidemia na América Latina. A chegada da COVID-19 exacerbou os problemas de saúde, econômicos, sociais e políticos do Brasil, levando ao colapso do sistema público de saúde e agravando a desigualdade socioeconômica (WORLD HEALTH ORGANIZATION., 2022).

A gestão e os impactos da COVID-19 variam significativamente entre países desenvolvidos, como EUA, Reino Unido e Alemanha, e países em desenvolvimento, como Índia, África do Sul e Brasil. Enquanto os primeiros conseguiram controlar a propagação do vírus de maneira mais eficaz graças à robusta infraestrutura de saúde e rápida implementação de programas de vacinação, os últimos enfrentaram sistemas de saúde sobrecarregados e grandes impactos socioeconômicos (HOMMA, A., 2020; GOMES, D. S. et al., 2020).

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios COVID-19 (PNAD COVID-19) surgiu como uma ferramenta importante para monitorar os impactos da pandemia no Brasil, permitindo estimar o número de pessoas com sintomas associados à síndrome gripal e monitorar os impactos no mercado de trabalho e na renda populacional.

A pandemia afetou de maneira diferenciada os diversos perfis socioeconômicos e demográficos da população brasileira (MAGESH, S. et al., 2021; JASPAL. 2022) . A análise dos dados da PNAD COVID-19 pode revelar padrões nesses impactos, contribuindo para uma melhor compreensão das desigualdades na experiência da pandemia e informando estratégias de intervenção e políticas públicas mais eficazes. O estudo em questão teve como objetivo analisar o perfil socioeconômico e demográfico da população brasileira durante o surto da COVID-19.

Avaliação do programa

A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19 foi utilizada como base de dados. Ela teve como objetivo estimar o número de pessoas com sintomas referidos associados à síndrome gripal e monitorar os impactos da pandemia da COVID-19 no mercado de trabalho brasileiro. A coleta da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD COVID19 começou em 4 de maio de 2020, com entrevistas realizadas por telefone em, aproximadamente, 48 mil domicílios por semana, totalizando cerca de 193 mil domicílios por mês, em todo o Território Nacional. A amostra foi fixa, ou seja, os domicílios entrevistados no primeiro mês de coleta de dados permaneceram na amostra nos meses subsequentes, até o fim da pesquisa.

O questionário se dividiu em duas partes, sendo uma direcionada a questões de saúde, especificamente sobre sintomas associados à síndrome gripal, e outra a questões de trabalho. Nas questões de saúde, investigou-se a ocorrência de alguns dos principais sintomas da COVID-19 no período de referência da pesquisa, considerando-se todos os moradores do domicílio. Para aqueles que apresentaram algum sintoma, perguntou-se quais as providências tomadas para alívio dos sintomas; se buscaram por atendimento médico devido a esses sintomas; e o tipo de estabelecimento de saúde procurado. Nas questões de trabalho, buscou-se classificar a população em idade de trabalhar nas seguintes categorias: ocupados, desocupados e pessoas fora da força de trabalho. Investigou-se, ainda, os seguintes aspectos: ocupação e atividade; afastamento do trabalho e o motivo do afastamento; exercício de trabalho remoto; busca por trabalho; motivo por não ter procurado trabalho; horas semanais efetivamente e habitualmente trabalhadas; assim como o rendimento efetivo e habitual do trabalho.

Por fim, visando compor o rendimento domiciliar, perguntou-se se algum morador recebeu outros rendimentos não oriundos do trabalho, tais como: aposentadoria, BPC-LOAS, Bolsa Família, algum auxílio emergencial relacionado à COVID, seguro-desemprego, aluguel e outros. Cabe ressaltar que a PNAD COVID-19 foi uma pesquisa com instrumento dinâmico de coleta das informações; portanto, o questionário esteve sujeito a alterações ao longo do período de sua aplicação. A pesquisa previu divulgações semanais para alguns indicadores, em nível Brasil, e divulgações mensais para um conjunto mais amplo de indicadores, por Unidades da Federação.

Os resultados da PNAD COVID-19, divulgados pelo IBGE, foram pioneiros por serem as primeiras Estatísticas Experimentais do instituto, alinhadas com sua estratégia de modernização. A coleta de dados da pesquisa ocorreu até 11 de dezembro de 2020, com um

painel fixo de domicílios que respondiam ao questionário todos os meses. Para evitar o desgaste dos entrevistados, foram realizadas 5 entrevistas intercaladas por um período de descanso. A PNAD COVID-19 durou 7 meses e teve como objetivo mensurar o impacto da pandemia no mercado de trabalho brasileiro e na renda total da população, além de produzir informações sobre sintomas de síndrome gripal associados à doença. A pesquisa destacou a prevalência da testagem positiva da Covid-19, o trabalho em “home office” e o papel do auxílio emergencial na renda domiciliar.

Estudaram-se características sociais e demográficas como idade, sexo, cor ou raça, escolaridade e região de residência. A idade foi categorizada em idoso (60 anos ou mais) e não idoso. A cor ou raça foi dividida em “negro” (preto e pardo) e “não negro” (amarelo, indígena, branco e ignorado). A escolaridade foi classificada em “sem instrução”, “ensino fundamental e médio” e “ensino superior”. A região de residência foi dividida nas cinco regiões do país.

Analisaram-se também variáveis socioeconômicas e de isolamento social, como comorbidades, isolamento e renda domiciliar bruta per capita. As comorbidades foram categorizadas em “possui comorbidade” e “não possui comorbidade”. O isolamento foi dividido em “realizou isolamento” e “não realizou isolamento”. A renda domiciliar bruta per capita foi classificada em “acima da linha da pobreza” e “abaixo da linha da pobreza”.

Os resultados dos testes SWAB, teste rápido e de sorologia para COVID-19 foram agrupados em uma única variável “resultado do teste”, que considerou o resultado positivo de ao menos um dos três testes realizados, e foi categorizada em “positivo” e “não positivo”.

Os dados foram analisados usando o software estatístico R e o pacote Survey. O estudo consistiu em duas etapas: análise descritiva e análise estatística, ambas baseadas nas variáveis da PNAD Covid-19. Na primeira etapa, os dados foram descritos para fornecer uma visão geral da população, considerando fatores demográficos, socioeconômicos e aspectos relacionados ao isolamento e ao resultado do teste de COVID-19. Na segunda etapa, regressões logísticas foram usadas para investigar os fatores associados ao resultado do teste para COVID-19, considerando fatores sociodemográficos e socioeconômicos. O coeficiente ajustado pelo modelo foi usado para interpretar se o fator é de risco ou de proteção. A Odds ratio (OR) foi usada para quantificar a força da associação entre o fator e o desfecho. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

A amostra do estudo, composta por indivíduos entrevistados na PNAD COVID-19 entre julho e novembro de 2020, era majoritariamente de pessoas não idosas, mulheres, da raça negra, com instrução até o nível médio e residentes nas regiões nordeste, sudeste e sul. A maioria não possuía comorbidades e estava acima da linha da pobreza. A testagem para COVID-19 revelou

que 2,4% dos testes foram positivos e 97,6% foram não positivos. Quanto ao isolamento, 58,3% dos indivíduos restringiram o contato com outras pessoas. Entre os que testaram positivo para COVID-19, a maioria era idosa, do sexo feminino, da raça negra, com algum nível de instrução entre o ensino fundamental e médio, e residia nas regiões nordeste e sudeste.

Na análise univariada, ser idoso e de raça negra aumentou a chance de teste positivo para COVID-19 em 1,24 e 1,10 vezes, respectivamente. Ser do sexo feminino, ter escolaridade até o ensino médio e morar na região sul diminuíram a chance de teste positivo em 13%, 77% e 63%, respectivamente.

Na análise multivariada, ser idoso, de raça negra e morar na região nordeste aumentaram a chance de teste positivo, com OR de 1,06, 1,03 e 1,30, respectivamente. Ser do sexo feminino e ter escolaridade até o ensino fundamental e médio diminuíram a chance de teste positivo, com OR de 0,92 e 0,21, respectivamente.

Possuir pelo menos uma comorbidade e renda acima da linha da pobreza diminuíram a chance de teste positivo em 86% e 48%, respectivamente, enquanto não realizar isolamento social aumentou a chance em 1,68 vezes. Na análise multivariada, possuir pelo menos uma comorbidade e não realizar isolamento social aumentaram a chance de teste positivo em 1,47 e 1,53 vezes, respectivamente, enquanto estar acima da linha da pobreza diminuiu a chance em 43%.

Recomendações

Com base nos textos fornecidos, é importante reconhecer que os resultados do estudo são limitados ao período da primeira onda da COVID-19 no Brasil, quando não havia cobertura vacinal e os testes eram menos acessíveis. Portanto, os dados podem não refletir a situação atual. Apesar da baixa prevalência de casos positivos, a COVID-19 teve um impacto significativo nos serviços de saúde, economia e estilo de vida. As políticas públicas devem considerar esses impactos ao planejar a resposta à pandemia.

Os indivíduos que testaram positivo eram predominantemente pessoas com menos de 60 anos, do sexo feminino, de cor negra, sem comorbidades e com renda acima da linha da pobreza. A maioria da população estudada não testou positivo e adotou medidas de isolamento social, uma estratégia eficaz para prevenir a transmissão da doença. No entanto, o isolamento social também aumentou a vulnerabilidade social daqueles sem garantia de subsistência e bem-estar.

Ser idoso, negro e não realizar isolamento social aumentou a chance de infecção por COVID-19, enquanto estar acima da linha da pobreza reduziu essa chance. Este perfil de

vulnerabilidade destaca a necessidade urgente de políticas públicas que reduzam as desigualdades entre as pessoas, conforme evidenciado por este estudo. As políticas públicas devem abordar essas desigualdades e garantir a subsistência e o bem-estar durante períodos de isolamento social.

Assim, é importante ressaltar que o estudo sobre a COVID-19 no Brasil, baseado em dados da primeira onda da pandemia, apresenta várias limitações. A coleta de dados ocorreu em um período sem vacinação e com acesso limitado a testes, o que pode ter influenciado os resultados. A baixa prevalência de casos positivos pode não representar a verdadeira prevalência da doença. O perfil demográfico dos infectados pode não ser representativo da população total. A eficácia das medidas de isolamento social pode variar. Essas limitações ressaltam a necessidade de mais estudos e devem ser consideradas ao usar os resultados para informar políticas públicas.

Com base nos dados apresentados, recomenda-se:

1. Ampliar o acesso aos testes de COVID-19: A baixa prevalência de casos positivos pode ser reflexo do acesso limitado aos testes durante a primeira onda da pandemia. Ampliar o acesso aos testes pode ajudar a identificar mais casos e implementar medidas de isolamento mais eficazes.

2. Focar em grupos vulneráveis: As políticas públicas devem se concentrar em proteger os grupos mais vulneráveis, como idosos, pessoas de cor negra e aqueles que não realizam isolamento social. Isso pode incluir medidas como programas de apoio financeiro, campanhas de conscientização direcionadas e estratégias de vacinação focadas.

3. Garantir a subsistência durante o isolamento social: O isolamento social é uma estratégia eficaz para prevenir a transmissão da doença, mas também pode aumentar a vulnerabilidade social daqueles sem garantia de subsistência e bem-estar. As políticas públicas devem garantir a subsistência e o bem-estar durante períodos de isolamento social, por exemplo, através de auxílios financeiros.

4. Continuar a coleta de dados e a pesquisa: As limitações do estudo ressaltam a necessidade de mais pesquisas para informar as políticas públicas. A coleta de dados deve continuar, levando em consideração a evolução da pandemia, a disponibilidade de vacinas e a acessibilidade aos testes.

5. Reduzir as desigualdades: As políticas públicas devem abordar as desigualdades evidenciadas pelo estudo, como a maior chance de infecção por COVID-19 entre idosos, negros e aqueles que não realizam isolamento social, e a menor chance entre aqueles acima da linha



da pobreza. Isso pode incluir medidas como programas de apoio financeiro, campanhas de conscientização direcionadas e estratégias de vacinação focadas.

Por fim, recomenda-se ampliar o acesso aos testes de COVID-19, focar em proteger grupos vulneráveis, garantir a subsistência durante o isolamento social, continuar a coleta de dados e pesquisa, e reduzir as desigualdades. Essas medidas visam superar os gargalos identificados e melhorar a resposta à pandemia de COVID-19 no Brasil. A implementação dessas ações pode contribuir para controlar a transmissão da doença, proteger os grupos mais vulneráveis e mitigar os impactos socioeconômicos da pandemia.

Referências.

1. DE CEUKELAIRE, W.; BODINI, C. We Need Strong Public Health Care to Contain the Global Corona Pandemic. *Int J Health Serv*, v. 50, n. 3, p. 276-277, Jul 2020.
2. LI, P.; XIE, M.; ZHANG, W. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of coronavirus disease 2019 infection in 9 pregnant women: a retrospective review of medical records. *Am J Obstet Gynecol*, v. 223, n. 6, p. 955-956, Dec 2020.
3. KHAMISY-FARAH, R. et al. Big Data for Biomedical Education with a Focus on the COVID-19 Era: An Integrative Review of the Literature. *Int J Environ Res Public Health*, v. 18, n. 17, Aug 26, 2021.
4. NAVARRO, V. The Consequences of Neoliberalism in the Current Pandemic. *Int J Health Serv*, v. 50, n. 3, p. 271-275, Jul 2020.
5. XU, S.; LI, Y. Beware of the second wave of COVID-19. *Lancet*, v. 395, n. 10233, p. 1321-1322, Apr 25, 2020.
6. YANG, J. et al. Prevalence of comorbidities and its effects in patients infected with SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis*, v. 94, p. 91-95, May 2020.
7. CORTEGIANI, A. et al. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *J Crit Care*, v. 57, p. 279-283, Jun 2020.



8. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak. Disponível em: <<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>>. Acesso em: 2022.

9. HOMMA, A.; FREIRE, M. D. S.; POSSAS, C. Vaccines for neglected and emerging diseases in Brazil by 2030: the "valley of death" and opportunities for RD&I in Vaccinology 4.0. *Cad Saúde Pública*, v. 36Suppl 2, n. Suppl 2, p. e00128819, 2020.

10. GOMES, D. S. et al. Risk clusters of COVID-19 transmission in northeastern Brazil: prospective space-time modelling. *Epidemiol Infect*, v. 148, p. e188, Aug 24, 2020.

11. MAGESH, S. et al. Disparities in COVID-19 Outcomes by Race, Ethnicity, and Socioeconomic Status: A Systematic-Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*, v. 4, n. 11, p. e2134147, Nov 1, 2021.

12. JASPAL, R.; BREAKWELL, G. M. Socio-economic inequalities in social network, loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic. *Int J Soc Psychiatry*, v. 68, n. 1, p. 155-165, Feb 2022.