



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**As Desigualdades em Portugal
em contexto de Pandemia da COVID-19:
Análise de Determinantes Sociais da Saúde**

Curso de Mestrado em Gestão da Saúde

Luísa Solinho

novembro, 2021



**Escola Nacional
de Saúde Pública**

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

**As Desigualdades em Portugal
em contexto de Pandemia da COVID-19:
Análise de Determinantes Sociais da Saúde**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sónia Dias e coorientação da Doutora Ana Gama

Luísa Solinho

novembro, 2021

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer...

... a toda a minha família, em especial aos meus pais, Alzira e António, e irmão António, que apesar da distância estiveram sempre presentes!

... à Professora Doutora Sónia Dias e à Doutora Ana Gama, pelo apoio, orientação, dedicação e acompanhamento!

... aos meus colega de serviço, que me facilitaram as trocas de turnos, para que a comparência nas aulas fosse mais frequente!

... aos meus colegas de turma, especialmente à Malta da Margem Sul, por me mostrarem que não era a única louca neste desafio de fazer um mestrado!

... aos meus amigos, pela amizade, apoio e motivação demonstradas nos bons e maus momentos deste percurso e pela sua compreensão nos longos períodos de ausência!

.... por último à pessoa que mais me acompanhou nesta caminhada, que esteve sempre ao meu lado, que me aturou e me ajudou a ultrapassar os momentos de procrastinação, sem nunca deixar de me apoiar! A ti Armando, o meu enorme obrigado, tenho a certeza de que sem a tua presença e auxílio tudo seria mais difícil!

A todos vós, o meu SINCERO OBRIGADO!

RESUMO

Introdução: A desigualdade e iniquidade em saúde continuam a subsistir como um grave problema em todo o mundo. Existe vasta evidência de que fatores sociais e económicos, designados por determinantes sociais da saúde (DSS), modelam os nossos comportamentos e vidas, exercendo influência significativa no estado de saúde dos indivíduos e comunidades e nos resultados em saúde.

Em contexto de pandemia da COVID-19, é importante analisar DSS e fenómenos como o teletrabalho e a perda de rendimento, por forma a conhecer o seu verdadeiro contributo no agravamento das desigualdades e iniquidades sociais e em saúde da população portuguesa.

Metodologia: Realizou-se um estudo quantitativo observacional transversal utilizando os dados obtidos através do questionário *online* “Barómetro Covid-19: Opinião Social”, de uma amostra de 142.456 indivíduos com 16 ou mais anos de idade, profissionalmente ativos residentes em Portugal. O estudo das prevalências do teletrabalho e perda de rendimento e a relação entre os determinantes sociodemográficos e económicos e os fenómenos anteriormente mencionados foi efetuado através do teste de qui-quadrado de Pearson e da regressão logística univariada e multivariada, respetivamente.

Resultados: Ao estudar o teletrabalho e a perda de rendimento, verificou-se que 52,0% da população se encontrava em teletrabalho e 38,3% dos inquiridos referiam perda de rendimento, desde o início da pandemia. Constatou-se que ser mulher, ter entre 46 e 65 anos, possuir escolaridade superior, ser trabalhador por conta de outrem, possuir rendimento mensal familiar superior a 2501€ e residir no Algarve, aumenta a probabilidade de estar em teletrabalho. Já ter entre 16 e 25 anos, ser trabalhador por conta própria, possuir rendimento mensal familiar inferior a 650€, residir nos Açores e não estar em teletrabalho, aumenta a probabilidade da perda de rendimento.

Conclusão: As desigualdades e iniquidades sociais e em saúde agravaram durante a pandemia, com a concentração de DSS desfavoráveis nos grupos populacionais mais vulneráveis. No desenvolvimento de estratégias e soluções políticas, os dados deste estudo devem ser considerados, visando a redução das disparidades naqueles que desproporcionalmente sofrem o impacto da pandemia.

Palavras-chave: COVID-19, Desigualdades, Determinantes sociais da saúde, Teletrabalho, Rendimento.

ABSTRACT

Introduction: Health inequality and inequity continue to subsist as a serious problem across the world. There is ample evidence that social and economic factors, designated social determinants of health (SDH), shape our behaviors and lives, exerting a significant influence on the health status of individuals and communities and on health outcomes. In the context of the COVID-19 pandemic, it is important to analyze SDH and phenomena such as telework and loss of income, to know their true contribution to the worsening of social and health inequalities and inequities in the Portuguese population.

Methodology: A cross-sectional observational quantitative study was carried out using data obtained through the online questionnaire “Barometer Covid-19: Social Opinion”, of a sample of 142,456 individuals aged 16 or over, professionally active living in Portugal. The study of the prevalence of telework and loss of income and the relationship between sociodemographic and economic determinants and the mentioned phenomena was carried out using Pearson's chi-square test and univariate and multivariate logistic regression, respectively.

Results: When studying telework and loss of income, it was found that 52,0% of the population was teleworking and 38,3% of the respondents reported loss of income, since the beginning of the pandemic. It was found that being a woman, aged between 46 and 65 years old, having higher education, being an employee, having a monthly family income above €2501 and residing in Algarve, increase the probability of teleworking. Aged between 16 and 25 years old, being self-employed, having a monthly family income of less than €650, residing in Azores and not teleworking, increase the probability of loss of income.

Conclusions: Social and health inequalities and inequities worsened during the pandemic, with the concentration of unfavorable SDH in the most vulnerable population groups. In developing strategies and policy solutions, the data from this study should be considered, aiming to reduce disparities in those who disproportionately suffer the impact of the pandemic.

Keywords: COVID-19, Inequalities, Social determinants of health, Teleworking, Income.

ÍNDICE

1	Introdução	1
2	Revisão Bibliográfica	3
2.1	Desigualdade e Iniquidade em Saúde	3
2.1.1	Determinantes Sociais da Saúde	6
2.1.2	Desigualdade e Equidade em Saúde em Portugal.....	13
2.2	COVID-19: Impacto Socioeconómico	15
2.3	OS DSS e a Pandemia da COVID-19.....	18
2.3.1	Teletrabalho	20
2.3.2	Perda de Rendimento.....	24
2.3.3	Perspetivas Futuras.....	28
3	Objetivos	29
4	Material e Métodos	31
4.1	“Barómetro COVID-19: Opinião Social”	31
4.2	Desenho de Estudo	32
4.3	População-alvo	32
4.4	Amostra de Estudo	32
4.5	Variáveis	32
4.6	Análise Estatística	33
4.7	Aspetos Éticos	35
5	Resultados	37
5.1	Caracterização da Amostra	37
5.2	Teletrabalho	38
5.2.1	Teletrabalho na Amostra	38
5.2.2	Determinantes Sociodemográficos e Económicos associados ao Teletrabalho	38
5.3	Perda de Rendimento.....	41

5.3.1	Perda de Rendimento na Amostra	41
5.3.2	Determinantes Sociodemográficos e Económicos associados à Perda de Rendimento.....	41
6	Discussão dos Resultados	45
6.1	Teletrabalho	45
6.1.1	Associação entre os Determinantes Sociodemográficos e Económicos e o Teletrabalho	49
6.2	Perda de Rendimento.....	57
6.2.1	Associação entre os Determinantes Sociodemográficos e Económicos e a Perda de Rendimento.....	60
6.3	Reinventar o Futuro	71
6.4	Limitações.....	74
7	Conclusão	75
8	Bibliografia	77
9	Anexos	93
9.1	Anexo 1.....	93
9.2	Anexo 2.....	95
9.3	Anexo 3.....	97
9.4	Anexo 4.....	98
9.5	Anexo 5.....	99
9.6	Anexo 6.....	100
9.7	Anexo 7.....	101
9.8	Anexo 8.....	102
9.9	Anexo 9.....	103
9.10	Anexo 10.....	104

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis em estudo	34
Tabela 2 – Caracterização da amostra em estudo	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Principais determinantes da saúde	7
Figura 2 – Modelo Conceitual da CDSS	9
Figura 3 – Ciclo dos DSS e pandemia da COVID-19	18
Figura 4 – Prevalência do teletrabalho na amostra	38
Figura 5 – Prevalência da perda de rendimento na amostra	41

LISTA DE ABREVIATURAS

CDC - Centers for Disease Control and Prevention

CDSS – Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde

COVID-19 – Doença por Coronavírus 2019

DSS – Determinantes sociais da saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

ECDC – *European Centre for Disease Control and Prevention*

FMI - Fundo Monetário Internacional

IEFP – Instituto de Emprego e Formação Profissional

INE – Instituto Nacional de Estatística

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

OR – *Odds Ratio*

PIB – Produto Interno Bruto

RAA – Região Autónoma dos Açores

RAM – Região Autónoma da Madeira

RNB – Rendimento Nacional Bruto

SARS-CoV-2 – Coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UE – União Europeia

1 INTRODUÇÃO

No âmbito do XV Curso de Mestrado em Gestão da Saúde desenvolveu-se a presente dissertação para o cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão da Saúde.

A seleção do tema prendeu-se com o crescente desafio que a pandemia da doença por coronavírus 2019 (COVID-19) tem representado para as sociedades e sistemas de saúde, em todo o mundo (1).

Com um impacto direto quer na saúde, quer na economia, a pandemia da COVID-19 tem contribuído significativamente para exacerbar iniquidades sociais e em saúde há muito identificadas e frequentemente ignoradas (2–4). Populações social e economicamente desfavorecidas são mais suscetíveis às consequências sociais e económicas negativas da pandemia (3–9).

Representando uma das maiores crises sanitárias dos últimos tempos, urge não apenas conhecer o seu verdadeiro impacto na saúde das populações, mas também a extensão do seu contributo para o agravamento das desigualdades e iniquidades sociais e em saúde da população portuguesa, analisando determinantes sociais da saúde (DSS) e fenómenos como o teletrabalho e a perda de rendimento.

Neste contexto, estudos nacionais que permitam dar a conhecer a realidade portuguesa, podem ajudar a perceber tendências, a desenhar estratégias de intervenção mais ajustadas ao cenário português e a estimular a articulação com outros países e a Organização Mundial de Saúde (OMS).

A vulnerabilidade em saúde não é distribuída de forma igualitária, mas tende a concentrar-se em comunidades e grupos onde os DSS e as necessidades sociais que deles resultam contribuem para resultados em saúde adversos (2). Estimando-se que 70% dos DSS não se encontram no domínio da saúde (10), mas constituindo fatores que influenciam ou afetam a saúde das pessoas, estes são preponderantes na análise de desigualdades e iniquidades emergentes ou agravadas em contexto de pandemia.

No decorrer da pandemia desencadeada pelo coronavírus da síndrome respiratória aguda grave 2 (SARS-CoV-2), os indivíduos com maior rendimento e atividade profissional mais diferenciada foram capazes de reduzir os seus movimentos e interações mais rapidamente que aqueles com rendimentos mais baixos e com trabalhos que pela sua natureza não podem transitar para teletrabalho, o que constitui um importante fator de vulnerabilidade à infeção pelo COVID-19 (3,4), assim como um relevante DSS.

À semelhança de crises anteriores, também a perda de rendimento, se tem verificado de forma assimétrica nos diferentes estratos populacionais, um pouco por todo o mundo, contribuindo para cenários sociais cada vez menos equitativos (11,12).

Considerando a necessidade de explorar os diferentes impactos em contexto de pandemia, desenvolveu-se o presente estudo, com o objetivo de analisar a influência de determinantes sociodemográficos e económicos sobre o teletrabalho e a perda de rendimento, reportada pelos inquiridos no questionário “Barómetro Covid-19: Opinião Social”, por forma a evidenciar possíveis desigualdades e iniquidades sociais e em saúde potencialmente agravadas pelo cenário pandémico, expor necessidades emergentes, contribuir para o desenvolvimento de políticas e intervenções mais equitativas e incentivar investigações futuras.

O presente trabalho encontra-se organizado em nove capítulos, correspondendo o primeiro à atual introdução. No capítulo 2 é feita a revisão não sistemática ou narrativa da literatura sobre as desigualdades e iniquidades sociais e em saúde, os determinantes sociais da saúde, com a abordagem dos modelos de Dahlgren e Whitehead e da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS, assim como a contextualização portuguesa em matéria de equidade, o impacto socioeconómico da COVID-19, explorando a relação dos DSS e a pandemia da COVID-19, o teletrabalho e a perda de rendimento.

No capítulo 3, é apresentada a questão de investigação e objetivos geral e específicos, seguindo-se, no capítulo 4, a metodologia definida. A análise dos dados é realizada no capítulo 5 – é efetuada a caracterização da população em estudo, seguindo-se da análise dos fenómenos em estudo, com os resultados para responder aos objetivos específicos. A discussão dos resultados é feita no capítulo 6, seguindo a ordem instituída no capítulo anterior, confrontando os resultados obtidos com a literatura relevante e terminando com uma reflexão final acerca da necessidade de avaliação e intervenção sobre o impacto dos fenómenos estudados. A conclusão é apresentada no capítulo 7, seguindo-se a bibliografia no capítulo 8 e anexos no capítulo 9.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Para executar a revisão bibliográfica foram utilizadas as bases de dados PubMed, Scielo e B-ON que permitiram a identificação de literatura indexada, e ainda o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, para pesquisa de teses, monografias e publicações relevantes. As palavras-chave utilizadas foram “*social determinants of health*”, “*socioeconomic factors*”, “*social inequalities*”, “COVID-19” e “*teleworking*”¹, descritores normalizados e definidos pelo *Medical Subject Headings 2020*. Como limitadores de pesquisa foram usados a revisão por especialistas, texto completo, referências disponíveis, análise por pares, período compreendido entre os anos 2015 e 2020, em língua portuguesa, inglesa e espanhol. Desta pesquisa resultou um total de cento e vinte e três documentos tendo sido selecionados vinte e cinco, baseados nos critérios de inclusão de estudos qualitativos, quantitativos, ensaios ou revisões de literatura, identificação de DSS e reconhecimento de iniquidades e/ou desigualdades sociais em saúde. Os critérios de exclusão são variáveis que não as de interesse e infância. A estes foram ainda adicionados oito artigos, selecionados a partir dos resultados da pesquisa inicial. Foi efetuada a leitura integral de cada artigo com análise crítica, para posterior análise dos dados. Foram também consultadas páginas oficiais de entidades relevantes – OMS, Direção-Geral da Saúde (DGS), Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Fundo Monetário Internacional (FMI), *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) – para obtenção de documentos, atas ou relatórios. Foi também consultada literatura referenciada nos documentos consultados, criando um “efeito bola-de-neve” na consecução de fontes fiáveis. Foram ainda incluídos contributos de livros considerados relevantes para a presente investigação.

2.1 DESIGUALDADE E INIQUIDADE EM SAÚDE

A desigualdade é um termo largamente usado que pode ser analisado de várias perspetivas, sendo que a mais comum compreende os seguintes conceitos:

- Desigualdade de rendimento – quão uniforme é a distribuição dos rendimentos/ganhos na população;

¹ Nas combinações “*social determinants of health*” [Mesh] AND “*socioeconomic factors*” [Mesh] AND “*social inequalities*” [Mesh] AND “COVID-19” [Mesh] e “*teleworking*” [Mesh] AND “COVID-19” [Mesh] AND/OR “*social inequalities*” [Mesh].

- Desigualdade de riqueza – quão uniforme é a distribuição da totalidade da riqueza na população. Esta é tipicamente maior que a desigualdade de rendimento pois inclui todos os tipos de riqueza mensurável, por exemplo, propriedades e investimentos;
- Desigualdade de consumo – quão uniforme o consumo de bens e serviços está distribuído na população (13).

As desigualdades sociais dentro de um país são definidas pela distribuição díspar das riquezas nacionais que possibilitou o desenvolvimento de fossos distributivos entre os diferentes grupos sociais (14). Frequentemente estas desigualdades são transpostas para a área da saúde, sendo observáveis quer nas díspares condições de saúde dos diferentes grupos, quer nos riscos de saúde ou no acesso aos recursos disponibilizados pelos sistemas de saúde (14–16).

Desigualdade em saúde pode ser definida como as diferenças na distribuição do estado de saúde e obtenção de resultados em saúde, que se verificam entre grupos específicos devido a fatores genéticos, socioeconómicos ou outros fatores que não são modificáveis ou preveníveis (17,18). Porém, quando consideradas evitáveis, injustas ou corrigíveis, as diferenças encontradas na condição de saúde entre diferentes pessoas ou grupos constituem-se iniquidades em saúde (18–21).

“As iniquidades ocorrem como consequência de diferenças de oportunidade que resultam, por exemplo em acesso desigual aos serviços de saúde, a comida nutritiva, habitação adequada, etc. Nestes casos, as desigualdades no estado de saúde surgem como consequência de iniquidades em oportunidades de vida.” (5 p. 7).

A OMS define iniquidades em saúde como diferenças na distribuição de recursos de saúde ou no estado de saúde de diferentes grupos populacionais, resultantes das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, ou seja, a disparidade injusta nos resultados em saúde de acordo com o estatuto social ocupado (19,23). Estas podem, no entanto, ser reduzidas através de políticas governamentais adequadas (19).

Existe vasta evidência de que fatores sociais e económicos, ou seja, as condições materiais, sociais, políticas e culturais que modelam os nossos comportamentos e vidas (18), como a ocupação/emprego, a educação ou o rendimento, exercem influência significativa no estado de saúde dos indivíduos e nos resultados em saúde (18,19). A título de exemplo, de acordo com o *Marmot Review* (24), em 2010, se na faixa etária acima dos 30 anos, a taxa de mortalidade daqueles sem educação universitária fosse igualada à de indivíduos da mesma idade com educação universitária, seriam evitadas 202.000 mortes prematuras por ano, apenas em Inglaterra (23).

Na realidade, o vínculo entre as condições sociais e a saúde é tão significativo que a extensão das iniquidades na saúde é um indicador do impacto das desigualdades sociais e económicas na vida das pessoas (18). A distribuição desigual de oportunidades e vivências nocivas para a saúde resulta de uma combinação perniciosa de políticas e programas sociais desadequados, estratégias económicas injustas e políticas desajustadas (25). Com o rápido aumento das desigualdades de riqueza e rendimento nas atuais sociedades, a saúde transforma-se numa importante causa de preocupação (18).

Apesar do esforço levado a cabo nas últimas décadas para atenuar as iniquidades, estas têm subsistido em todos os países independentemente do seu grau de desenvolvimento e rendimento (14). Trata-se, portanto, de uma problemática global uma vez que em todos os países se verificam disparidades no estado de saúde entre diferentes grupos sociais. Mesmo em países classificados como desenvolvidos, verifica-se a existência de um gradiente social no desenvolvimento da saúde e doença, no qual os indivíduos que se posicionam em estratos socioeconómicos mais desfavorecidos sofrem de multimorbilidade, têm maior dificuldade no acesso aos cuidados de saúde e morrem prematuramente quando comparados com indivíduos de estratos socioeconómicos mais favorecidos (12,18,21,23). Quanto mais baixa a posição socioeconómica do indivíduo, maior é o risco de ter uma saúde precária (19).

A evidência de custo-benefício da aplicação de intervenções para reduzir as iniquidades em saúde é difícil de obter, dado que as avaliações são complexas, os resultados ocorrem a longo prazo e as implicações da equidade são muitas vezes colocadas em segundo plano (18). Apesar disso, existem evidências de custo-benefício suficientes que comprovam que várias intervenções são eficientes, eficazes e equitativas quando planeadas e concretizadas de forma correta (18). Além disso, trata-se de um imperativo moral. Reduzir as iniquidades e promover a saúde é um dever, devendo constituir uma prioridade para os governos e agentes com influência para melhorar a saúde das populações (18). Iniquidades evitáveis através de medidas razoáveis são injustas e corrigi-las trata-se de uma questão de justiça social (23).

Com expressivos custos sociais e económicos, quer para os indivíduos, quer para a sociedade, as iniquidades em saúde condicionam possibilidades desiguais de usufruto dos avanços tecnológicos e científicos neste domínio, assim como diferentes hipóteses de exposição a fatores determinantes de saúde e doença (14,19). Vários estudos comprovaram diferenças de efeitos em saúde, mortalidade e morbilidade, associados a fatores conhecidos como DSS (26,27).

2.1.1 Determinantes Sociais da Saúde

A Declaração de Alma-Ata, em 1978, e o posterior movimento *Health for All* deram destaque à equidade na saúde e à necessidade de ação intersectorial sobre os DSS (27). Estes são definidos como múltiplos fatores que afetam ou influenciam a saúde das pessoas, do ponto de vista individual ou coletivo, sendo interativos e determinando a saúde dos indivíduos dentro de uma comunidade (3,10,22,28). Estes fatores compõem as condições em que as pessoas vivem e se desenvolvem (29).

Segundo George (14 p.1), estes podem ser reunidos em cinco categorias: “*fixos ou biológicos (idade, género, fatores genéticos), sociais e económicos (pobreza, emprego, estatuto socioeconómico, exclusão social), ambientais (habitat, qualidade do ar, qualidade da água, ambiente social), estilos de vida (alimentação, atividade física, tabagismo, álcool, comportamento sexual) e acesso aos serviços (educação, saúde, serviços sociais, transportes, lazer)*”. Apesar de ser difícil avaliar a influência específica de cada determinante, é certo que estes exercem uma ação significativa sobre a saúde dos indivíduos e populações, acentuando desigualdades e iniquidades em saúde (10,17,20,30).

Tal como já foi referido anteriormente, existe um gradiente social ligado às taxas de mortalidade e morbilidade e uma relevante associação entre baixos rendimentos e saúde débil, verificando-se uma maior carga de doença nos grupos socioeconómicos mais baixos (12,18,21). A vulnerabilidade em saúde não é partilhada de igual forma pelos diferentes estratos da sociedade, concentrando-se tendencialmente em populações onde os DSS (baixo nível de educação, estatuto socioeconómico baixo, desemprego, racismo e discriminação) e as necessidades sociais que deles advêm se conjugam e se traduzem em resultados em saúde desfavoráveis (obesidade, cancro, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares) (2).

Fatores como a privação material e a exclusão social, associada a setores populacionais com rendimento económico e grau educacional mais baixo ou que residem em áreas carenciadas, condicionam as opções individuais de estilos de vida, influenciando a incidência e a gravidade das doenças, e os resultados em saúde dos indivíduos e comunidades (22,28,31).

Ao longo dos últimos 30 anos têm existido estudos determinantes para a compreensão dos DSS, nomeadamente, o *Whitehall study* (1967), o *Black Report* (1980), o *Acheson Report* (1998), o relatório da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) da OMS (2010) e o *Marmot Review* (2010) (23,28).

Existem diversos modelos teóricos e conceituais sobre a influência exercida pelos DSS. Entre estes modelos destacam-se os modelos de Dahlgren e Whitehead (1991) (32) e da CDSS da OMS (2010) (27).

Modelo de Dahlgren e Whitehead: *The Rainbow Model*

Este modelo identifica significativas iniquidades em saúde entre diferentes grupos socioeconômicos e ocupacionais (32). Os indivíduos que pertencem aos grupos mais desfavorecidos experienciam um excesso de risco em relação a todas as doenças, verificando-se a existência de um gradiente social de saúde e doença (32).

Alguns dos grupos mais vulneráveis são constituídos por pessoas com baixos rendimentos, baixo nível educacional, desempregados de longa duração e aqueles que desempenham funções em cargos de alto risco do ponto de vista psicossocial e/ou físico (32). Mesmo na presença de pequenas iniquidades em saúde, a esperança média de vida e a mortalidade são influenciadas pela posição dos indivíduos dentro dos diferentes grupos socioeconômicos (32).

De acordo com este modelo os fatores, organizados em categorias e denominados protetores, promotores ou ameaçadores da saúde, exercendo influências diferentes, mas interrelacionando-se, devem ser considerados em diferentes níveis de intervenção aquando do desenvolvimento de políticas e estratégias de saúde (32). Assim, os principais DSS encontram-se organizados em estratos sucessivos, como demonstrado na Figura 1 (32).

O abrangente ambiente estrutural é composto pelas condições culturais, ambientais e socioeconômicas (32). Este inclui as condições sociais e materiais, como aquelas em que as pessoas trabalham e vivem, e que se organizam em setores, nomeadamente, agricultura e produção alimentar, educação, ambiente de trabalho, desemprego, saneamento e água, serviços de

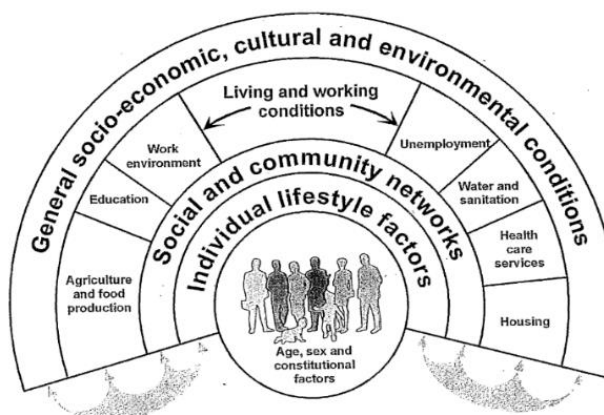


Figura 1. Principais determinantes da saúde (32)

cuidados de saúde e habitação (32). A estes seguem-se o suporte familiar, rede de conhecimentos, amigos e vizinhos (32). Posteriormente, é possível encontrar as escolhas individuais de estilos de vida, designadamente, hábitos alimentares, adoção

de comportamentos de risco, etc. (32). Os fatores genéticos, género e idade, também constituem fatores determinantes neste modelo, sendo, no entanto, não modificáveis (32).

Esta abordagem em quatro estratos influencia a definição de quatro níveis de intervenção política: Nível de Política 1- permitir mudanças estruturais a longo prazo que normalmente implicam ações políticas a nível nacional e internacional; Nível de Política 2 – possibilitar a melhoria das condições de trabalho e de vida das pessoas através de estratégias empresariais e de saúde pública; Nível de Política 3 – fortalecer o apoio comunitário e social; Nível de Política 4 – influenciar a adoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis (32).

Estando na origem das iniquidades em saúde fatores comportamentais, económicos e sociais modificáveis, as iniquidades sociais em saúde são determinantes na melhoria das condições de saúde dos grupos mais vulneráveis, incitando à ação (32). Para uma política em saúde orientada para a equidade, ajudar os grupos menos privilegiados a evitar riscos de saúde e a fazer escolhas saudáveis consiste na chave para o sucesso (32).

Já em 1991, os autores identificavam a lenta melhoria do fosso em equidade em saúde entre os diferentes grupos sociais, não pela falta de conhecimentos, mas devido às prioridades políticas e do mercado de trabalho (32).

Modelo da CDSS da OMS

Este modelo foi desenvolvido com os objetivos de melhorar a compreensão daquilo que são os DSS, dos seus mecanismos de atuação e importância, e nortear o desenvolvimento de políticas e intervenções que promovam a equidade em saúde (27).

Longas cadeias causais com vários fatores mediadores e intermédios, constitui uma característica marcante dos efeitos dos DSS nas populações e nas desigualdades e iniquidades em saúde (27). Muitos destes fatores tendem a interagir entre si e a agregar-se em torno de indivíduos que vivem em condições desfavoráveis (27).

A representação visual do modelo, como exposto na Figura 2, evidencia como os mecanismos económicos, sociais e políticos geram um conjunto de posições socioeconómicas, onde os indivíduos e populações são estratificados segundo os seus rendimentos, educação, ocupação/emprego, género, raça/etnia e classe social (27).

Por sua vez, a posição socioeconómica modela determinantes intermediários da saúde, que incluem circunstâncias materiais, fatores psicossociais e biológicos e comportamentos, que sugerem o lugar ocupado pelos indivíduos nas diferentes hierarquias sociais (27). A diferentes hierarquias sociais correspondem diferentes graus de risco e vulnerabilidade a condições que determinam o estado de saúde dos indivíduos, sendo que frequentemente se observa a existência de um ciclo vicioso, em que a doença pode cimentar a posição socioeconómica de uma pessoa, como exemplo, ao diminuir as oportunidades de emprego e condicionar a obtenção de rendimentos; da mesma forma, epidemias de doenças, como a atual pandemia da COVID-19, podem afetar o funcionamento de instituições económicas, políticas e sociais (27).

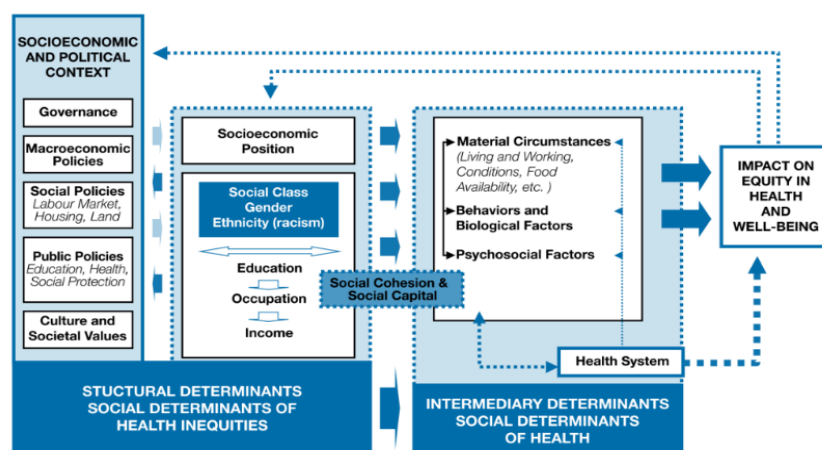


Figura 2. Modelo Conceitual da CDSS (27)

O contexto socioeconómico e político caracteriza-se por incluir todos os mecanismos políticos e sociais que produzem, formam e sustentam as hierarquias sociais, compreendendo, políticas públicas, sociais (política laboral, educacional, de saúde e proteção social) e macroeconómicas, governança e valores culturais e sociais (27). Os mecanismos estruturais são aqueles que produzem estratificação e divisões de classes sociais na sociedade, determinando a posição socioeconómica dos indivíduos nas hierarquias de prestígio, poder e acesso a recursos (27).

Em conjunto, o contexto socioeconómico e político, os mecanismos estruturais e a posição socioeconómica resultante dos indivíduos, constituem determinantes estruturais ou determinantes sociais das iniquidades em saúde (27).

Visando reduzir as iniquidades em saúde, o modelo propõe melhorar as condições de vida diárias; abordar a distribuição desigual de poder, recursos e dinheiro; mensurar e compreender as iniquidades em saúde e avaliar o impacto das ações implementadas (25). De acordo com este modelo, as intervenções e políticas para reduzir as iniquidades

em saúde não devem limitar-se à ação sobre os determinantes intermediários, devendo incluir políticas desenvolvidas especificamente para abordar os determinantes estruturais, através dos mecanismos estruturais que sistematicamente resultam numa distribuição desigual dos DSS entre os diferentes grupos populacionais (27). Porém, estando estes mecanismos arraigados nas instituições e políticas essenciais do contexto socioeconómico e político das populações, tal representa um enorme desafio (25,27).

Apesar de abordada de formas distintas nos dois modelos, a posição socioeconómica é para ambos um constructo assumidamente complexo e decisivo, sendo que vários autores sugerem que a posição socioeconómica afeta o comportamento dos indivíduos e comunidades, que por sua vez afeta a mortalidade e morbilidade (12,27,32). Esta inclui variados fatores sendo os mais utilizados para a sua avaliação a ocupação/emprego, o rendimento e a educação (tratados de forma distinta pelos modelos) (1,12,33).

Ocupação/Emprego

A ocupação/emprego constitui um fator determinante pois além de indicar o risco ocupacional, como a exposição a materiais tóxicos ou a agressões, permite definir o lugar dos indivíduos na hierarquia social, refletindo a sua classe social, rendimento e educação (27,32). Vários aspetos do emprego, incluindo a segurança no emprego, o ambiente de trabalho e a remuneração financeira, podem afetar a saúde (34).

Diferenças físicas e psicossociais no ambiente de trabalho constituem um dos principais determinantes socioeconómicos de iniquidade em saúde (32,34). Segundo Dahlgren e Whitehead (32), em 1991, a esperança de vida no Leste da Europa era cinco a sete anos inferior para homens da classe trabalhadora (20-65 anos), quando comparada com aqueles pertencentes a grupos socioeconómicos mais favorecidos. Além disso, o desemprego constitui um dos fatores desencadeadores de doença e morte prematura (32). Indivíduos desempregados relatam sentimentos de ansiedade, depressão, desmoralização, baixa autoestima, preocupação e dor física, tendendo a sofrer mais de doenças relacionadas com o stresse, como hipertensão, enfarte agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e artrite (34).

Alguns dos mecanismos mais gerais que podem elucidar a associação entre ocupação/emprego e resultados em saúde são: a ocupação dos pais ou do próprio indivíduo está fortemente associada ao rendimento logo, a ligação com a saúde pode ter uma relação direta com os recursos materiais - as retribuições monetárias e outras

recompensas tangíveis pelo trabalho, que definem os padrões materiais de vida e a saúde; a ocupação/emprego reflete a posição socioeconómica condicionando o acesso aos cuidados de saúde, à educação e a condições habitacionais adequadas, vetores que influenciam os resultados em saúde dos indivíduos; a ocupação/emprego pode refletir redes sociais, stresse laboral, controlo e autonomia e, desta forma influenciar os resultados em saúde através de processos psicossociais (27,32,34,35).

De forma mais direta, é possível constatar que trabalhadores cujas tarefas incluem o levantamento repetitivo, empurrar ou puxar cargas pesadas, que estão expostos a equipamentos de escritório de baixa qualidade (cadeiras e teclados) ou que são submetidos a exposição prolongada a um ambiente de trabalho ruidoso ou a produtos químicos prejudiciais, como aerossóis, chumbo, amianto e pesticidas, são mais propensos a desenvolverem lesões e doenças (34). Altos níveis de conflito interpessoal, turnos noturnos, trabalhar mais de oito horas diárias e ter vários empregos, constituem fatores stressores que aumentam o risco de mortalidade e depressão (34).

A intervenção sobre o emprego e condições de trabalho é sugerida através de alterações às políticas do setor laboral, estratégias a montante, que irão permitir alterações nas posições socioeconómicas dos indivíduos e famílias (27,32). Esforços efetuados ao longo da história para melhorar as condições de trabalho têm contribuído de forma indelével para a melhoria dos resultados em saúde das populações (32).

Rendimento

O rendimento é o indicador da posição socioeconómica que mais diretamente mede o componente de recursos materiais ou de padrão de vida, isto é, pode influenciar um vasto leque de circunstâncias materiais com implicações diretas para a saúde dos indivíduos (27,35). Enquanto indicador complexo, inclui componentes como o salário, juros, dividendos, pagamentos, pensões e reformas (27).

De acordo com Macinko et al. (36), é a desigualdade de rendimento que pode conduzir a stresse crónico desencadeado pela perceção continuada do indivíduo de pertencer a uma posição baixa na hierarquia social, levando a resultados em saúde mais precários. A desigualdade de rendimento pode ainda causar o desgaste das relações profissionais entre trabalhadores com diferentes estatutos, reduzindo os recursos sociais, redundando em menor confiança e participação cívica (36). Traduzida em menos recursos económicos entre os mais pobres e menor capacidade de evitar riscos ou prevenir doenças, a desigualdade de rendimento, condiciona também o investimento

em condições sociais e ambientais adequadas (moradia segura, boas escolas) para promover a saúde (36).

Para Galobardes et al. (35), as formas através das quais o rendimento pode influenciar a saúde são o acesso a recursos materiais de melhor qualidade, como comida e habitação; a possibilidade de acesso a serviços, que podem melhorar a saúde direta (atividades de lazer, serviços de saúde) ou indiretamente (educação); a promoção da autoestima e posição social, permitindo criar a imagem exterior considerada relevante para participar na sociedade.

Indivíduos com maior rendimento têm também mais oportunidades de procurar os melhores benefícios, como informações de saúde ou ambientes mais saudáveis e apoio familiar, aspetos que podem desempenhar um papel fundamental na adoção de comportamentos preventivos de saúde (12).

Por outro lado, indivíduos com rendimentos mais baixos e menor nível educacional possuem maior risco de sofrer de doenças mentais, doenças crónicas (doenças cardíacas, diabetes e obesidade), maior mortalidade e menor esperança de vida (1,32).

O uso de informação sobre o rendimento familiar pressupõe a distribuição uniforme do rendimento em função das necessidades da família, o que pode não se verificar. Também para os jovens e idosos, este pode ser um fator menos fiável da sua real posição socioeconómica, uma vez que o rendimento segue, tendencialmente, uma trajetória curvilínea em função da idade (27,35). Ainda assim, o rendimento é o melhor indicador individual dos padrões materiais de vida (27). À semelhança da ocupação/emprego, o rendimento deve ser utilizado em conjunto com outros indicadores/componentes para investigar a equidade em saúde (27).

Educação

Os fatores anteriormente descritos estão indelévelmente associados ao nível educacional dos indivíduos, sendo este um indicador frequentemente utilizado na investigação científica (27,35). A educação está associada a várias variáveis de saúde, designadamente, a esperança de vida e a mortalidade infantil (27). O grau educacional também está associado ao desenvolvimento de estratégias individuais de *coping*, reação a fatores desencadeadores de stresse e recursos económicos e sociais (3).

Para compreender a influência da educação nos resultados em saúde é possível verificar que: a educação compreende a transição da posição socioeconómica dos pais (primeiros anos de vida) para a posição socioeconómica na idade adulta do indivíduo, sendo um forte determinante de emprego e rendimentos futuros - refletindo os recursos

materiais, intelectuais e outros da família, o nível educacional abarca as influências a longo prazo do contexto do início de vida na saúde do adulto e a influência dos recursos do adulto (através do estatuto no emprego) na saúde; as competências e os conhecimentos adquiridos através da educação influenciam o funcionamento cognitivo do indivíduo, tornando-o potencialmente mais permeável às mensagens de educação para a saúde; uma saúde precária durante a infância pode condicionar o grau educacional alcançado, predispondo o adulto à doença e gerando desigualdades em saúde (25).

A igualdade de oportunidade em educação permite a igualdade de oportunidades de emprego, melhorando assim as oportunidades de incrementar as condições de vida e trabalho, principalmente nos grupos mais desfavorecidos (32). Em 1848, Horace Mann afirmava *“Education then beyond all other devices of human origin is a great equalizer of the conditions of men – the balance wheel of the social machinery”* (30 p.31).

Assim, desigualdades e iniquidades sociais resultam em claras iniquidades em saúde, sendo urgente o desenvolvimento de políticas reais e concretas que as combatam e minorem o fosso entre os pólos socioeconómicos da sociedade. Neste sentido, no *Marmot Review* (2010) (24) são delineadas seis recomendações para as políticas de saúde, nomeadamente, oferecer a todas as crianças o melhor início de vida, capacitar todos os indivíduos de forma a maximizar as suas competências e a terem controlo sobre as suas vidas, criar emprego justo para todos, criar e incentivar o desenvolvimento de lugares e comunidades saudáveis e sustentáveis, promover a prevenção da doença e garantir uma base saudável de vida para todos.

2.1.2 Desigualdade e Equidade em Saúde em Portugal

A equidade² em saúde constitui uma séria preocupação em todos os países, sendo significativamente afetada pelo sistema económico e político global, nacional e local (16,25).

² Fortemente influenciada pelo trabalho de Whitehead e a teoria de Rawls, a definição de equidade não é consensual entre vários autores pelo valor abstrato que comporta, reportando a aspetos éticos e morais e sendo indissociável do princípio de justiça (153).

A OMS define equidade em saúde como “... a ausência de diferenças evitáveis ou modificáveis entre grupos de pessoas, sejam esses grupos definidos social, económica, demográfica ou geograficamente.” (37).

Percecionado como um dos países da União Europeia (UE) onde se verificam maiores disparidades, persistem em Portugal, desigualdades e iniquidades sociais e em saúde que constituem um dos grandes desafios do atual sistema de saúde (16,38).

Na Constituição da OMS, de 1948, a saúde é declarada como um direito humano fundamental (39). Em Portugal, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (Diário da República, a Lei nº 56/79) em 1979, materializa-se o direito à proteção da saúde e o acesso de todos os cidadãos portugueses a cuidados de saúde globais, qualquer que seja a sua condição económica e social (40).

Esta posição é reforçada, em 2019, pela Lei de Bases da Saúde (41), podendo ler-se na Base 4 “d) A igualdade e a não discriminação no acesso a cuidados de saúde de qualidade em tempo útil, a garantia da equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços e a adoção de medidas de diferenciação positiva de pessoas e grupos em situação de maior vulnerabilidade;”, enquanto na Base 20, a equidade surge como princípio fundamental do SNS, “e) Equidade, promovendo a correção dos efeitos das desigualdades no acesso aos cuidados, dando particular atenção às necessidades dos grupos vulneráveis;”.

Também o Plano Nacional de Saúde (42), estendido até 2020, refere-se à equidade enquanto pilar fundamental para a melhoria do estado de saúde dos portugueses, implicando a ausência de diferenças injustas e evitáveis nas respostas fornecidas pelo Sistema de Saúde. A cada cidadão deve ser oferecida a oportunidade de atingir o seu potencial de saúde (42).

Apesar das melhorias verificadas, nomeadamente, na diminuição da desigualdade do rendimento e do consumo das famílias portuguesas (entre 1995 e 2015) (43), em 2019, Portugal apresentava o índice de Gini num valor estimado de 31,2% (44). Não obstante a melhoria significativa registada desde 2013, Portugal estava ainda abaixo da média europeia (30,7%), indicando uma distribuição desigual dos rendimentos (45) e um consequente desigual acesso aos cuidados de saúde.

Uma revisão sistemática da literatura levada a cabo em 2016, revela que persistem em Portugal fortes evidências de iniquidades na saúde relacionadas com fatores socioeconómicos (46). A educação e o género são identificados como os DSS mais comuns de iniquidade, afetando a distribuição da obesidade, autoperceção de saúde e patologias mentais (46). Este trabalho revela ainda a ausência de estratégias nacionais

de saúde na abordagem às doenças mais prevalentes e na determinação de fatores de iniquidade e das populações mais vulneráveis (46).

Apesar de existir um grande compromisso político e legal nacional em relação aos direitos sociais, o impacto dos DSS gera iniquidades em saúde inegáveis, sendo frequentemente desencadeadas por, entre outros, fatores geográficos – população de regiões rurais têm maior dificuldade na acessibilidade aos serviços de saúde; rendimento – indivíduos com menores rendimentos têm maior dificuldade em aceder a serviços de saúde não incluídos no SNS; literacia em saúde – dificuldade de acesso e compreensão da informação (38).

Intervir sobre os DSS, reduzindo as desigualdades e iniquidades em saúde, possibilita a promoção da justiça social e da equidade (42).

2.2 COVID-19: IMPACTO SOCIOECONÓMICO

Ao longo da história humana, surtos de doenças têm devastado sociedades, obrigando as pessoas a enfrentar a sua própria mortalidade e fragilidade, e sendo forçadas a gerir o enorme impacto em saúde e nos contextos socioeconómicos resultante (47).

A COVID-19, causada pelo patógeno SARS-CoV-2, originário em Wuhan, na província de Hubei, China, foi identificado pela primeira vez em dezembro de 2019 e a 11 de março de 2020 a OMS declarou a existência de uma pandemia (48). Desde então, a COVID-19 tem sido identificada na maioria dos países em todo o mundo, desencadeando uma crise de saúde pública mundial com escassos precedentes (12,47,49,50).

Numa perspetiva de “economia da saúde”, em que mudanças no estado de saúde da população afetam o crescimento económico e a despesa pública dos países, enquanto emergência de saúde de proporções internacionais, a pandemia da COVID-19, à semelhança de outras crises de saúde, tem-se caracterizado não apenas pelo impacto na saúde global, mas, simultaneamente, por amplas perdas e ruturas socioeconómicas (25).

As intervenções não farmacológicas de saúde pública, que permaneceram praticamente inalteradas face a pandemias semelhantes, continuam a ser uma importante linha de defesa (47). Entre estas destacam-se o distanciamento social, a quarentena, as limitações de deslocação, o recolhimento domiciliário (voluntário ou obrigatório) e o confinamento (3,51).

O objetivo destas medidas é aumentar o distanciamento físico e social, reduzindo o número de reprodução efetiva (eR_0) do vírus para menos de 1 (29,52). Estas intervenções têm contribuído para desacentuar a curva de propagação do vírus um pouco por todo o mundo, com graus de sucesso variáveis entre países e regiões (3). Enquanto alguns países como a Coreia do Sul e a Alemanha foram bem-sucedidos no rastreamento de contactos e quarentena individual na fase inicial da pandemia, a maioria dos países não o conseguiu fazer de forma eficaz, e governos de todo o mundo foram forçados a implementar medidas de quarentena em massa, sob a forma de confinamentos (29).

A dificuldade de garantir o isolamento direcionado de indivíduos e grupos infetados levou à adoção de políticas de distanciamento social que impõem um elevado e desproporcional custo económico e social em todo o mundo (51). Estas restrições impostas pelo estado foram implementadas em vários níveis de gravidade, mas todas têm em comum o aumento significativo no isolamento social e confinamento habitacional (29).

Os confinamentos impostos por todo o mundo são suscetíveis de ter impactos desiguais na saúde, variando de experiências desiguais de confinamento (devido à perda de emprego e rendimento, sobrelotação habitacional, acesso a espaços verdes, trabalhadores de setores essenciais), como o confinamento em si moldou os DSS (por exemplo, dificuldade de acesso a serviços de saúde por motivos não COVID-19) e as desigualdades nos impactos imediatos do confinamento na saúde (ex. na saúde mental) (29,53).

A pandemia da COVID-19 tem tido um forte impacto quer na saúde, quer na economia, tendo contribuído significativamente para exacerbar iniquidades em saúde anteriormente identificadas e que vêm, sistematicamente, a prejudicar a saúde física, social, económica e emocional de grupos populacionais que suportam uma carga desproporcional da COVID-19 (54).

Bambra et al. (29) consideram que as maiores e mais impactantes consequências a longo prazo do confinamento e das medidas de distanciamento social, para as desigualdades e iniquidades na saúde, ocorrerão através dos efeitos políticos e económicos (29). A combinação destas medidas implica a desaceleração ou até mesmo a paragem total das atividades de produção e consumo (55,56).

Os Estados Unidos da América (EUA), a China, o Japão, o Reino Unido, a França, a Itália e a Alemanha, representam 65% da manufatura mundial, 60% da oferta e procura global e 41% das exportações mundiais de manufatura (52). Em 2020, com

exceção da China (apresentou resultados de 2,3%, ainda que bastante aquém dos 5,8% registado em 2019), os restantes países apresentaram contrações do Produto Interno Bruto (PIB) entre os -9,9% registados no Reino Unido e os -3,5% nos EUA (57). O impacto destas contrações ocorreu em todas as regiões do mundo, embora com algum grau de heterogeneidade tendo em conta o seu nível de desenvolvimento e rendimento (58).

A recessão global induzida pela pandemia reverteu em cerca de uma década os aumentos de rendimento *per capita* em cerca de 30% dos mercados emergentes e economias em desenvolvimento (59). Em 2025, a produção global ainda deverá ser 5% abaixo da tendência pré-pandémica - uma perda de produção equivalente a 36% quando comparada com 2019 (59).

Em Portugal, o Rendimento Nacional Bruto (RNB) diminuiu 0,1% no primeiro trimestre do ano 2020, espelhando o impacto económico da pandemia da COVID-19 sentido em março do mesmo ano, enquanto o saldo externo de bens e serviços diminuiu no mesmo período, passando de um saldo quase nulo no trimestre anterior, para -0,2% do PIB, devido a uma diminuição das exportações superior à das importações (1,0% e 0,4%, respetivamente) (60). No final de 2020, o RNB registava uma variação de -4,4%, relativamente a 2019 (61). No segundo trimestre de 2020, o PIB *per capita* português apresentava uma diminuição de 16,4% em relação ao período homólogo do ano anterior (62), tendo-se verificado uma recuperação significativa nos trimestres seguintes, com um PIB de -6,1% no 4.º trimestre (62).

Ao contrário de eventos como as alterações climáticas que se desenrolam de forma mais lenta ou de desastres localizados que criam repercussões e reações de mercado pontuais, a pandemia da COVID-19 está a ter um impacto económico assolador de proporções globais (63). Assim, a crise internacional da saúde, tem vindo a tornar-se numa crise comercial e económica global, com forte tradução no bem-estar de grandes grupos populacionais nos anos vindouros (4,8,51,55).

Numa realidade em que distúrbios na economia global têm um forte impacto nas economias nacionais, o custo humano e económico da pandemia tem vindo a escalar em todo o mundo (52,63). Períodos prolongados de intervenções não farmacológicas têm vários efeitos nocivos sobre a economia (51). Muitas empresas encerraram, especialmente empresas em setores de contacto social intensivo (entretenimento e viagens) e pequenas e médias empresas com pouco capital e linhas de crédito limitadas (9,51). Verificou-se o despedimento de muitos trabalhadores (9,51). Como constatado em recessões económicas anteriores, após elevadas taxas de desemprego, a

reintegração dos trabalhadores no mercado de trabalho pode ser um processo lento (51).

Museus, restaurantes, cinemas, transportes, hotéis, pontos turísticos, mercados, lojas, cafés e bares sofreram um forte e rápido impacto, tornando-os vulneráveis a perdas comerciais (55). Snyder e Parks (3) definem a vulnerabilidade através da *“forma como o impacto direto da doença, juntamente com as respostas políticas e económicas à doença a nível local, nacional e internacional, interagem para afetar a comunidade”*. Os efeitos colaterais da pandemia, traduzidos pela crise económica global e medidas não farmacológicas adotadas de isolamento social e restrições de movimentos, tendencialmente afetam de forma desigual aqueles que são económica e socialmente mais vulneráveis e que estão nos estratos de poder mais baixos da sociedade (29).

A associação entre posição socioeconómica e comportamentos de saúde é relevante, e a segurança financeira e económica possui um papel fundamental durante surtos epidémicos (12,33).

2.3 OS DSS E A PANDEMIA DA COVID-19

Com a evolução e progressão global da doença é cada vez mais evidente que as desigualdades e iniquidades sociais e em saúde e os DSS estão profunda e



Figura 3. Ciclo dos DSS e pandemia da COVID-19

desigualmente associados à morbilidade e mortalidade da COVID-19 (4,49,64), gerando um ciclo vicioso como demonstrado na Figura 3. Enquanto pandemia sindémica³, a COVID-19 interage e exacerba desigualdades previamente existentes associadas aos DSS e a doenças crónicas, aumentando a carga de doença e os seus efeitos negativos (29).

Edgar Sydenstricker, em 1931, identificou desigualdades por classe socioeconómica na epidemia de gripe espanhola de 1918, nos EUA, reportando uma incidência significativamente maior entre as classes trabalhadoras. Tal facto desafiou o consenso popular e científico, bastante disseminado

³ “A syndemic exists when risk factors or comorbidities are intertwined, interactive and cumulative—adversely exacerbating the disease burden and additively increasing its negative effects...” (29, p965).

na época, que sustentava que a gripe espanhola atingia os pobres e os ricos de forma semelhante (29). Da mesma forma, durante a pandemia do vírus Influenza H1N1, em 2009, a taxa de mortalidade foi três vezes maior entre os economicamente mais desfavorecidos em comparação com o quintil mais rico da população britânica (6).

Dados publicados pelo governo Catalão, em Espanha, sugerem que a taxa de infecção por COVID-19 é seis ou sete vezes superior nas áreas mais carenciadas da região, comparativamente com as menos carenciadas (29). Também nos EUA, investigadores encontraram gradientes socio espaciais em casos confirmados no Illinois e resultados de teste positivos na cidade de Nova Iorque, com um significativo aumento do risco de morte entre residentes dos condados mais pobres (65).

À semelhança das situações anteriores, dados disponíveis que remetem para um mês após o início do surto na região de Estocolmo, na Suécia, mostram diferenças na mortalidade por COVID-19 quando ponderado o país de origem, o rendimento médio e a educação (6).

Também dados do *Office for National Statistics*, no Reino Unido, mostram existir um gradiente social nas taxas de mortalidade da COVID-19 (66). Informação sobre o país mostra que as áreas carenciadas têm mais do dobro da taxa de mortalidade padronizada por idade para mortes por COVID-19, entre abril e julho de 2020, do que as zonas menos carenciadas (66). Mais especificamente, esta taxa era de 3,1 mortes por 100.000 habitantes nas zonas mais carenciadas de Inglaterra, contra as 1,4 mortes por 100.000 habitantes verificadas nas zonas menos carenciadas, em julho (23,66).

Quer em Chicago, quer na cidade de Nova Iorque, Maroko, Nash e Pavilonis (64) concluíram, num estudo ecológico transversal, que as áreas com baixas taxas de infecção por SARS-CoV-2 ou pontos frios (*cold spots*), se caracterizavam pela alta prevalência de DSS habitualmente associados a melhores resultados em saúde e à capacidade de manter a distância física (64). Os habitantes destas áreas (pontos frios) possuíam maior nível de escolaridade, eram tendencialmente mais ricos e ocupavam cargos de gestão (64). Já os pontos críticos, ou seja, as áreas com altas taxas de infecção pela COVID-19 de Nova Iorque, podem ser descritos como comunidades de rendimentos médios e classe trabalhadora, incluindo em setores classificados como "serviços essenciais" durante a pandemia (64). Em Chicago, a situação nos pontos críticos é mais grave, já que estes se concentram nos bairros de baixos rendimentos mais vulneráveis da cidade, com taxas excessivamente altas de pobreza, desemprego e residentes negros (64).

Vão surgindo, assim, evidências que expõem a existência de grandes disparidades sociais na prevenção, tratamento, prognóstico e/ou consequências a longo prazo da COVID-19, devido a iniquidades socioeconómicas pré-existentes (4,6,67).

Evidências sugerem a existência de uma ligação entre uma posição socioeconómica desfavorável e o aumento do risco de doenças infecciosas e a diminuição da resposta imunológica, sendo expectável que o mesmo se aplique à COVID-19 (33). Sendo a posição e o contexto socioeconómico determinante para os comportamentos de saúde dos indivíduos, tal será preponderante na incidência, transmissão, gravidade e mortalidade da COVID-19 (12,33).

2.3.1 Teletrabalho

O conceito de teletrabalho existe desde os anos 70 mas num âmbito mais limitado do que é atualmente possível (68,69). O aparecimento e ampla disponibilidade de novas tecnologias revolucionou os padrões de trabalho, permitindo que o tempo e localização dedicados às tarefas profissionais possam ser flexíveis (68).

No entanto, até hoje, não existe uma definição unânime de teletrabalho. A OIT define teletrabalho (*teleworking, telecommuting, work at home, remote work, work from home*) como a utilização de tecnologias de informação e comunicação como *smartphones, tablets* e computadores para desempenhar a atividade profissional fora dos limites físicos da empresa (70). Pode ainda ser definido como um acordo entre a entidade patronal e o funcionário, onde o funcionário desempenha os deveres e as responsabilidades correspondentes ao seu cargo, e atividades associadas, num local de trabalho diferente do local onde o funcionário trabalharia em condições “normais” (71).

Apesar do teletrabalho ter aumentado em muitos contextos e o número de teletrabalhadores representar uma proporção considerável da força de trabalho em alguns países (72), até recentemente, o teletrabalho representava ainda uma forma de trabalho residual, incluindo em Portugal⁴ (70). Em 2017, de acordo com a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho, só 11% dos profissionais portugueses desenvolviam a sua atividade profissional em teletrabalho (70). Destes, apenas 2% o faziam a tempo inteiro (70).

Relativamente ao reconhecimento do teletrabalho, Portugal foi, em 2003, dos primeiros países a enquadrar na sua legislação laboral o regime de trabalho à distância (73). O

⁴ Verifica-se, porém, grandes disparidades na distribuição do teletrabalho, mesmo dentro da Europa (70).

conceito de teletrabalho é definido na Lei n.º 99/2003, de 27 de agosto, no Artigo 233º como “...a prestação laboral realizada com subordinação jurídica, habitualmente fora da empresa e através do recurso a tecnologias de informação e de comunicação.” (59 p.5595).

Desde o início da pandemia, desenvolver a atividade profissional em teletrabalho sempre que possível, tem sido uma norma em todos os países, permitindo, enquanto medida de saúde pública, uma diminuição significativa das interações pessoais (51,68). Em Portugal, com a publicação do Decreto-Lei n.º 10-A/2020, a 13 de março (74), todos os trabalhadores são aconselhados a adotar o teletrabalho, medida posteriormente reforçada pelo Decreto-Lei n.º 79-A/2020, de 01 de outubro (75).

Analisando o teletrabalho, não apenas como fenómeno influenciado pela atual pandemia, mas enquanto DSS (indissociável da ocupação/emprego), este condiciona resultados em saúde positivos ou negativos, dependentes das suas vantagens e desvantagens.

Entre as vantagens é possível identificar a melhor integração familiar e profissional (68,76,77), a redução da fadiga (68) e cansaço (78), o conforto de trabalhar em casa (69), o aumento da produtividade (68,69,76,78–81) (associado à redução do stresse pela ausência de deslocações e menor distração por interrupções pelos colegas) (81,82), a possibilidade de produzir e consumir as refeições em casa (76), a flexibilidade⁵ (77,80,82), a redução do stresse (69), a melhoria da qualidade de vida (69), a redução do tempo (69,72,77) e despesas de deslocação (69,80,81), podendo ser especialmente benéfico para pessoas com mobilidade reduzida (82) e contribuindo para a melhoria do ambiente (77,80). Para trabalhadores com deficiências, o teletrabalho pode ser associado à redução da dor e fadiga relacionadas com as barreiras dos locais de trabalho tradicionais ou aumentar a possibilidade de contratação de pessoas com deficiência, uma vez que os empregadores não terão que investir na criação de condições físicas adequadas no local de trabalho (82).

Porém, à indefinição das fronteiras físicas e organizacionais entre o trabalho e a casa/família, estão também associadas desvantagens (68), nomeadamente, a falta de delimitação clara entre os diferentes papéis desempenhados no trabalho e em casa

⁵ A flexibilidade é particularmente importante para as pessoas com deficiências físicas ou mentais que tornam mais difícil desempenhar funções em ambientes de trabalho tradicionais, bem como para aqueles que cuidam de crianças ou de familiares dependentes (61).

(77,82), com o aumento do conflito família-trabalho e trabalho-família⁶ (68,82,83). Altos níveis de conflito trabalho-família estão associados a resultados em saúde física e mental negativos, sendo plausível que, pelo maior número de tarefas domésticas habitualmente levadas a cabo pelas mulheres comparativamente aos homens, o teletrabalho contribui para níveis mais elevados de exaustão e stresse em algumas mulheres, enquanto que alguns homens referem o aumento da infelicidade (68).

Estudos referem também o impacto negativo na saúde física e mental da pessoa devido ao horário alargado ou pouco definido (68,77,78,80,83), a dificuldade em distinguir o trabalho do descanso/lazer (69,80,84), o apoio limitado das empresas (68), o isolamento social (69,77,80,82,83), a participação nula na vida laboral coletiva (69,83), o risco de desenvolver adição ao trabalho (*workaholic*) (83), a diminuição das oportunidades profissionais (69,78,82,83), a fadiga (83), o stresse (77), a redução do trabalho em equipa (82) e a diminuição da produtividade (82) (associada à falta de motivação). Além disso, um estudo de Nijp et al. (85) demonstrou que o teletrabalho teve um impacto negativo na saúde física, com os participantes a relatarem uma diminuição no nível de saúde auto-reportado.

O carácter involuntário que caracteriza o desenvolvimento da atividade profissional em teletrabalho em contexto pandémico deve também ser tido em consideração. De acordo com o Artigo 29.º do Decreto-Lei n.º 10-A/2020, a 13 de março (74) *“Durante a vigência do presente decreto-lei, o regime de prestação subordinada de teletrabalho pode ser determinado unilateralmente pelo empregador ou requerida pelo trabalhador, sem necessidade de acordo das partes, desde que compatível com as funções exercidas.”* Um estudo transversal americano (86) mostra que o teletrabalho involuntário se encontra associado a maior exaustão emocional do que o teletrabalho voluntário.

Já em cenário pandémico, num estudo qualitativo desenvolvido por Achando (69), os teletrabalhadores involuntários relatam isolamento social, “dificuldade em desligar”, inadequação do local de trabalho em termos de equipamentos e condições físicas (falhas de internet, distrações) e falta de motivação. Delanoeije e Verbruggen (87) mostraram que a imposição de teletrabalho pode desencadear o aparecimento de conflito trabalho-família e reduzir o sucesso da sua implementação.

⁶ O conflito trabalho-família acontece quando as exigências do trabalho interferem com os compromissos domésticos e familiares, enquanto o conflito família-trabalho ocorre quando as obrigações familiares se insinuam nos compromissos laborais (68,87).

Também a rápida e “improvisada” transição para teletrabalho imposta pela pandemia, condiciona negativamente a percepção de muitos trabalhadores previamente sem experiência em teletrabalho e expõem-nos a fatores de risco psicossocial condicionantes de stresse (83). Além disso, muitos dos espaços de trabalho improvisados para o efeito não se adequam ao desempenho deste tipo de trabalho (69,80,83), acarretando riscos para a saúde dos trabalhadores (80) nomeadamente lesões músculo-esqueléticas e dores no pescoço, costas e ombros (77,88).

Os vários estudos não são unânimes na definição das vantagens e desvantagens, já que o desenvolvimento da atividade profissional em teletrabalho depende de vários moderadores sistémicos como as obrigações domésticas, o nível de suporte organizacional e as ligações sociais externas ao trabalho (68). De acordo com a OIT (89) e Sostero et al. (103), verifica-se ainda que, entre outros, os fatores económicos, a estrutura ocupacional, a estrutura organizacional das empresas (tamanho, cultura e gestão), a natureza do trabalho/tarefas a desenvolver, o acesso à internet, a posse de um computador (ou outro dispositivo adequado ao desempenho de teletrabalho) e os marcos regulatórios (legislação, acordos coletivos), são importantes determinantes do teletrabalho.

Em situação oposta aos teletrabalhadores, trabalhadores dos setores considerados essenciais durante a pandemia - serviços de assistência, transporte, negócios de alimentação e restauração – estão mais expostos ao risco de infeção por exposição ao vírus, colocando-os, e às suas famílias ou coabitantes, num maior risco de contágio, uma vez que estes trabalhos são difíceis ou mesmo impossíveis de desempenhar a partir de casa, requerendo frequentemente proximidade com o cliente e colegas e/ou colaboradores (4,6,9,29,33,47). Além disso, muitos destes trabalhadores utilizam transportes públicos para se poderem deslocar, aumentando ainda mais o risco de exposição (29).

Num estudo de caso-controlo levado a cabo nos EUA (90), entre os participantes que relataram estar empregados durante as 2 semanas anteriores ao início da doença por COVID-19, a percentagem que relatou teletrabalho em período integral ou parcial foi significativamente menor entre os pacientes-casos (sintomáticos com teste SARS-CoV-2 positivo) (35%) do que entre os participantes-controlo (sintomáticos com teste SARS-CoV-2 negativo) (53%), revelando assim, o risco de infeção associado à exposição. O mesmo estudo encontrou ainda disparidades socioculturais e desemprego ligados a setores onde as opções de teletrabalho não são viáveis (90). Além deste risco, muitos trabalhadores essenciais inserem-se em categorias economicamente vulneráveis. Nos

EUA, um em cada três trabalhadores essenciais referiu constituir um agregado familiar que ganha menos de 40.000\$ dólares/ano (47).

A proporção de pessoas em empregos com alto risco de exposição (serviços, turismo, saúde) pode determinar a capacidade de disseminação do SARS-CoV-2 dentro de uma comunidade ou mesmo região (3,4). Se se considerar que em muitos países de baixo e médio rendimento, tradicionalmente caracterizados por sistemas de saúde com insuficiente capacidade de resposta, uma parte significativa da população trabalha nestes setores, então populações à partida mais vulneráveis ficarão ainda mais expostas (29). No Brasil, à semelhança de muitos outros países de baixo e médio rendimento, para os 11,4 milhões de pessoas que vivem em favelas é-lhes impossível trabalhar a partir de casa (9). Ademais, quando um único trabalhador representa todo o rendimento familiar, a adesão ao isolamento social voluntário por longos períodos constitui um desafio (91).

Além disso, a natureza de muitos postos de trabalho é tal que não podem ser desempenhados a partir de casa, tornando os cargos redundantes e levando a despedimentos, frequentemente sem direito a qualquer mecanismo de proteção social (9).

Assim, não ter acesso ao teletrabalho pode ser um importante determinante direto da infeção a nível individual e comunitário, e um determinante indireto da gravidade da doença e mortalidade quando a ocupação e as comorbilidades são consideradas (7,33). Algumas mudanças nas práticas de trabalho têm implicações positivas, mas em geral os trabalhadores, empregadores e governos enfrentam grandes desafios a médio e longo prazo (80).

2.3.2 Perda de Rendimento

Vários países manifestam preocupações com o potencial aumento das desigualdades em relação ao rendimento das populações (9). De acordo com informação do *Centre for Monitoring Indian Economy*, em meados de Maio 2020, 44% das famílias indianas mencionava perda de rendimento, um aumento muito significativo quando comparado com os 10% reportados no início de Março (9). Em Deli, um inquérito telefónico levado a cabo pelo *National Council for Applied Economic Research* apurou que cerca de 84% dos inquiridos referia perda de rendimento, sendo que estes se concentravam nas zonas rurais e entre as famílias mais pobres (9). Já na Austrália, o pagamento de subsídios assistiu ao maior aumento da história do sistema de apoio social deste país (9).

Ainda que a economia global tenha contraído cerca de 4,3% em 2020⁷, menos 0,9% que o esperado nas projeções iniciais (59), a OIT estima que a pandemia desencadeará a existência de milhões de novos trabalhadores pobres (na linha de pobreza de 3,20\$ dólares/dia) nos países em desenvolvimento (58). Após a recuperação inicial em meados de 2020, a recuperação económica global desacelerou (59). Apesar da atividade e o comércio no setor das mercadorias ter melhorado, o setor de serviços continua muito aquém dos valores pré-pandémicos, em particular o turismo internacional (59). A queda no investimento global foi pronunciada, particularmente nos mercados emergentes e países em desenvolvimento, verificando-se um aumento das fragilidades financeiras subjacentes (59).

A perda de rendimento resultante da perda de emprego, é um dos efeitos socioeconómicos mais frequentemente relatados, em vários países, como consequência da pandemia (7,56,83). De acordo com a OIT, em 2020, estima-se que o rendimento laboral a nível global (sem considerar as medidas de apoio ao rendimento) tenha diminuído 8,3%, o que equivale a 3,7\$ trilhões de dólares, ou 4,4% do PIB global (92).

No mesmo ano, o desemprego global aumentou com a perda de 33 milhões de postos de trabalho e a taxa de desemprego a subir de 1,1% para 6,5% (92). Entre a redução de horas de trabalho, o desemprego e a passagem para a inatividade, verificou-se uma perda de 8,8% de horas de trabalho em 2020, que representam uma perda de 3,7 trilhões de dólares em rendimento laboral (92). Num cenário pessimista, a mesma organização prevê que as perdas de horas de trabalho em 2021 permanecerão nos 4,6%, ou 130 milhões de empregos, em relação ao quarto trimestre de 2019 (92). Mesmo num cenário otimista, assumindo condições mais favoráveis, ainda se espera uma perda de 1,3% das horas de trabalho globais (ou 36 milhões de empregos), em relação ao quarto trimestre de 2019 (92).

Em Portugal, em 2020, a taxa de desemprego foi de 6,8%, tendo aumentado 0,3% em relação a 2019, enquanto a taxa de subutilização do trabalho foi estimada em 13,9%, 1,2% superior à do ano anterior (93). A taxa de desemprego de jovens (15 a 24 anos) localizou-se nos 22,6%, 4,3% acima do estimado para 2019 (93). A população desempregada, 350.900 pessoas, aumentou 3,4% (11.400) em relação ao ano transato, enquanto a população empregada, estimada em 4.814.100 pessoas, diminuiu 2,0% (99.000) em relação ao ano anterior (93).

⁷ Em 2020, verificou-se em Portugal uma contração de 7,8% no PIB real per capita (154).

Relativamente aos trabalhadores independentes, na maioria dos países não estão previstos subsídios de desemprego ou de doença, o que deixará muitas pessoas em situação económica precária. Existe, por isso, o real risco de muitos destes trabalhadores não se isolarem se tiverem a doença, dado que se vêm obrigados a continuar a trabalhar para obter rendimentos (32).

Adicionalmente, o desemprego é tendenciosamente experienciado de forma desproporcional pelos indivíduos que residem em áreas com mercados de trabalho pouco dinâmicos ou possuem menor nível de qualificações (29,47). Alguns autores referem ainda a dificuldade em encontrar um novo emprego em contexto de crise económica e a capacidade das pessoas para gerir os múltiplos problemas causados pela pandemia da COVID-19, nomeadamente, uma recuperação económica lenta (9,51).

Assim, o potencial impacto da COVID-19 revela-se um verdadeiro desafio para vários Objetivos de Desenvolvimento Sustentável das Nações Unidas, incluindo erradicar a pobreza até 2030 (58,94), uma vez que a pandemia reverteu a tendência de diminuição da pobreza global pela primeira vez em 30 anos (59). É esperado que mais de 100 milhões pessoas sejam empurradas para a pobreza extrema (59). Mais de metade desse aumento deverá ocorrer no sul da Ásia e cerca de um terço na África Subsariana, onde quatro em cada dez pessoas já vivem em pobreza extrema (59).

Analisando a perda de rendimento, não apenas como fenómeno resultante da atual pandemia, mas como DSS, esta pode ser associada a diferentes resultados em saúde (12). Com milhares de trabalhadores despedidos ou colocados em licença temporária e sem vencimento em todo o mundo, a capacidade das pessoas para pagarem alugueres, hipotecas e as várias despesas domésticas fica comprometida, afetando outro DSS de extrema importância numa pandemia com as atuais características (confinamento e isolamento social), a habitação (4,56).

Residir em comunidades mais carenciadas em resultado de possuir rendimentos mais baixos, pode significar condições habitacionais longe do ideal, com casas pequenas ou sobrelotadas, facto que tem sido associado a um aumento do risco de infeção por vários patógenos como o *helicobacter pylori*, a *mycobacterium tuberculosis*, o bacilo de *Koch*, o vírus Epstein–Barr e agora o novo coronavírus (33).

Indivíduos com rendimentos familiares mais baixos relatam pressão psicológica expressivamente maior como resultado da quarentena prolongada quando comparado com aqueles com rendimentos mais elevados, devido ao receio da perda de rendimentos (6).

Num estudo levado a cabo por Irigoyen-Camacho et al. (12), os participantes de nível médio de rendimento tinham mais de três vezes maior probabilidade de ficar em casa em comparação com o grupo de nível baixo de rendimento (12). O estudo relaciona ainda o nível de rendimento dos indivíduos com a percepção de gravidade da COVID-19 e esta por sua vez, foi positivamente associada ao comportamento de ficar em casa (12). Os autores concluíram assim que o nível de rendimento influencia a adoção de comportamentos de proteção face à atual pandemia (12).

Na Filadélfia, EUA, as pessoas que vivem em comunidades consideradas de rendimentos elevados foram testadas para a COVID-19 seis vezes mais do que aquelas que residem em bairros de rendimentos baixos (6).

Ainda nos EUA, um estudo levado a cabo na cidade de Nova Iorque, concluiu que os bairros que apresentavam maior desvantagem em termos socioeconómicos, nomeadamente, educação e pobreza, possuíam as maiores taxas de hospitalização e mortalidade por COVID-19 (95). Investigações anteriores já haviam demonstrado que as taxas de doenças infecciosas tendem a possuir associação com os níveis de pobreza, constituindo uma ligação perigosa, pois estas comunidades caracterizam-se pela falta de meios para gerir as consequências económicas e em saúde das doenças (7).

No Brasil, o estudo de Souza, Machado e Carmo (91) evidenciou a existência de uma maior taxa de incidência da COVID-19 nos municípios com maior vulnerabilidade social. Nestes municípios, a maior proporção dos indivíduos vive em agregados familiares com rendimentos *per capita* inferior a meio salário mínimo (227€) e despendem mais de uma hora em transportes públicos para chegar ao local de trabalho (91).

Além de dificultar o acesso a comida nutritiva e de qualidade, e a habitação segura e a preços acessíveis (9), a perda de rendimento pode ainda acarretar outras consequências para a saúde da população, designadamente, o aumento do consumo de álcool e drogas, a maior ocorrência de doenças mentais e o aumento da violência doméstica (4,94).

A COVID-19 tem, assim, um duplo efeito sobre as populações mais vulneráveis, dado que perpetua a pobreza e é perpetuada pela própria pobreza (91). Considerando a vulnerabilidade destas populações, com baixos rendimentos e dependente de mecanismos de proteção do Estado, a adesão a intervenções não farmacológicas, como o isolamento social, o uso de máscaras ou mesmo a higienização das mãos será difícil, mantendo ativas as cadeias de transmissão da COVID-19 nas comunidades (91).

2.3.3 Perspetivas Futuras

Eventos de saúde pública como a atual pandemia, tendem a não progredir de forma linear, nem o seu impacto é uniformemente distribuído (3). É cada vez mais evidente, que pessoas e comunidades economicamente mais vulneráveis estão a ser obrigados a sacrificar mais em função das medidas de saúde pública adotadas em muitos países, para benefício de toda a sociedade (4,9).

Ao contrário do que se poderia pensar, o atual número de mortes por COVID-19 não consegue apreender os devastadores efeitos colaterais da pandemia sobre a equidade em saúde (9). A perda de rendimento, habitação e desemprego, aumentam indelevelmente o risco de morbilidade física e mental e de mortalidade por todas as causas (9).

Rudolf Virchow afirmou, em 1848, *“Medicine is a social science, and politics nothing but medicine at a larger scale”*, depois de investigar uma epidemia e verificar que os pobres eram muito mais afetos a doenças do que os ricos (23). O médico argumentou então que as epidemias de doenças só poderiam ser eliminadas através do combate às desigualdades sociais (23).

De acordo com Shadmi et al. (9), a economia necessitará de algum tempo para recuperar e a crise associada prosseguirá por muito tempo após o termo da pandemia, sendo expectável que a crise económica e de saúde causada pela COVID-19 tenha efeitos a longo prazo.

Devido à inexistência de dados socioeconómicos de qualidade em vários países, é possível que a verdadeira magnitude das desigualdades e iniquidades em saúde resultantes da pandemia seja largamente subestimada (6).

Torna-se, assim, evidente que mais investigação sobre as causas subjacentes das desigualdades e iniquidades em saúde geradas e/ou exacerbadas em contexto pandémico, e os seus complexos determinantes sociais e estruturais, é premente e necessária para que as comunidades científicas e organizações nacionais e internacionais, em conjunto com os decisores políticos, desenvolvam intervenções que aplaquem a morbilidade e mortalidade excessiva e a crise económica associada ao novo coronavírus (50).

3 OBJETIVOS

A Gestão da Saúde abarca várias áreas de atuação, sendo a eficiência - medida do nível de utilização dos recursos (meios) – e a eficácia - medida do grau de consecução dos objetivos (fins) – preponderante para o sucesso das ações/intervenções desenvolvidas e implementadas (96).

Para tal é necessário possuir um conhecimento adequado da realidade e, na pandemia da COVID-19, das consequências nefastas na saúde e nos contextos socioeconómicos dos indivíduos e populações.

Considerando o impacto socioeconómico da COVID-19 no mundo e em Portugal, assim como a necessidade de compreender a forma como este é sentido e percecionado pela população portuguesa, colocou-se a questão de investigação: “Em contexto de pandemia da COVID-19 em Portugal, quais são os determinantes sociodemográficos e económicos que contribuem para as desigualdades no teletrabalho e na perda de rendimento, reportados pelos inquiridos no questionário “Barómetro Covid-19: Opinião Social?”.

De forma a responder à questão formulada, e utilizando a informação reportada pelos inquiridos no questionário “Barómetro Covid-19: Opinião Social”, foi definido como objetivo geral:

- Analisar a influência de determinantes sociodemográficos e económicos, potenciadores de desigualdades em contexto de pandemia da COVID-19, no teletrabalho e perda de rendimento.

Estabeleceram-se ainda os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o desenvolvimento da atividade profissional em teletrabalho numa população portuguesa, em contexto de pandemia da COVID-19.
- Determinar a perda de rendimento numa população portuguesa, em contexto de pandemia da COVID-19.
- Estudar a associação entre o teletrabalho e o género, idade, escolaridade, situação profissional, rendimento e região de residência, em contexto de pandemia da COVID-19.
- Estudar a associação entre a perda de rendimento e o género, idade, escolaridade, situação profissional, rendimento, região de residência e teletrabalho, em contexto de pandemia da COVID-19.

4 MATERIAL E MÉTODOS

4.1 “BARÓMETRO COVID-19: OPINIÃO SOCIAL”

O projeto “Barómetro Covid-19: Opinião Social – Conhecer, Decidir, Agir. Os Portugueses, a Covid-19 e as Respostas do Serviço Nacional de Saúde”, desenvolvido pela Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa, consiste num questionário estruturado, de resposta fechada, aplicado *online* através do programa de software “Microsoft Forms” (Microsoft Corp) e de preenchimento individual, respondido por mais de 180.000 pessoas (amostra não probabilística), com idade igual ou superior a 16 anos, em Portugal, ao longo da primeira vaga da pandemia (97,98).

Promovido três dias após a declaração do Estado de Emergência, entre março e julho de 2020, o questionário permitiu, não só, a monitorização das perceções e comportamentos da população portuguesa face à pandemia da COVID-19, mas também, a compreensão do seu impacto na saúde, bem-estar e quotidiano dos portugueses, observando indicadores socioeconómicos, de saúde e de efeito das medidas de combate à pandemia, ao longo de 15 semanas (99). A divulgação do questionário foi realizada através das redes de parceiros, redes sociais digitais, correio eletrónico e comunicação social. A colaboração de associações de doentes, médicos de saúde pública e outros grupos de profissionais de saúde, permitiu abranger vários grupos populacionais (98).

O questionário desenvolvido, incluiu perguntas sobre características sociodemográficas, estado de saúde e utilização de cuidados de saúde (baseados nos itens do Inquérito Nacional de Saúde), bem como perguntas específicas sobre a COVID-19 com base na “COVID-19 Rapid Quantitative Assessment Tool” da OMS (97,98).

A cada semana os inquiridos eram incitados a responder ao questionário, que pelo seu carácter dinâmico e adaptável a cada momento da evolução da pandemia, foi sofrendo alterações com a suspensão de algumas perguntas e/ou inclusão de outras em determinado momento de acordo com a sua relevância face às diferentes fases da pandemia que o país vivia (99).

4.2 DESENHO DE ESTUDO

O desenho de estudo da presente investigação foi definido como quantitativo observacional transversal. Quantitativo, dado que se procurou determinar a frequência de eventos, nomeadamente, no desenvolvimento da atividade profissional em teletrabalho e na perda de rendimento, recorrendo à análise estatística para dar resposta aos objetivos definidos (100). Observacional, pois foi feita a análise da realidade sem intervenção do investigador (101). Transversal, uma vez que a análise do teletrabalho e da perda de rendimento, realizou-se recorrendo ao dados do inquérito que reportam para o período temporal de março a julho de 2020, não procurando estabelecer uma relação causa-efeito entre diferentes momentos (101).

4.3 POPULAÇÃO-ALVO

População residente profissionalmente ativa em Portugal, com 16 ou mais anos de idade.

4.4 AMOSTRA DE ESTUDO

Para dar resposta à questão de investigação foram utilizados os dados do questionário *online* “Barómetro Covid-19: Opinião Social”, referentes ao período compreendido entre março e julho de 2020.

A base de dados resultante é constituída por 142.456 questionários validados pela equipa de investigadores do “Barómetro Covid-19: Opinião Social”. Esta contém apenas as últimas respostas de cada participante, pelo que cada linha de observações na base de dados corresponde a um único participante.

4.5 VARIÁVEIS

A identificação e categorização das variáveis consiste numa etapa crucial do processo de investigação. As variáveis podem ser classificadas em categóricas/qualitativas (medidas em escalas nominais ou ordinais) ou numéricas/quantitativas discretas ou contínuas (medidas em escalas de intervalo ou de razão) (101,102).

Tendo em conta a revisão bibliográfica efetuada, os objetivos definidos, assim como os dados fornecidos, as variáveis relevantes para este trabalho foram as seguintes:

Variáveis Dependentes

1. Teletrabalho

Esta variável concretiza-se através da pergunta do questionário “Barómetro Covid-19: Opinião Social” “Como está a desenvolver a atividade profissional?”. As possibilidades de resposta a esta variável, enquanto valores assumidos, encontram-se reunidas no Anexo 1.

2. Perda de rendimento

Esta variável concretiza-se através da pergunta do questionário “Barómetro Covid-19: Opinião Social” “Já perdeu rendimentos devido à atual situação?”. As possibilidades de resposta a esta variável, enquanto valores assumidos, encontram-se reunidas no Anexo 1.

Variáveis Independentes

As variáveis independentes selecionadas encontram-se reunidas na Tabela 1.

As variáveis “Situação profissional”, “Rendimento mensal líquido do agregado familiar”, “Região de residência”, “Teletrabalho” e “Perda de rendimento” foram recodificadas a partir das variáveis originais da base de dados, de modo a facilitar a análise estatística, podendo ser consultadas, assim como às respetivas observações, no Anexo 1.

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O tratamento e análise estatística foram efetuados recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) Statistics Versão 26.

Ao dispor de dados validados e organizados provenientes do questionário “Barómetro Covid-19: Opinião Social”, estes foram analisados de forma a proceder à caracterização da população em estudo atendendo às características sociodemográficas e económicas, nomeadamente, género, idade, escolaridade, situação profissional, rendimento mensal líquido do agregado familiar e região de residência.

Posteriormente, foi executada a análise dos dados para responder aos objetivos específicos. Foi realizada a análise descritiva das variáveis dependentes “Teletrabalho” e “Perda de rendimento”.

Variável	Descrição	Código	Tipo/ Escala	Valores assumidos
Género	Género do inquirido	género	Qualitativa/ Nominal	1 = “Feminino” 2 = “Masculino”
Idade	Escalão etário do inquirido	idade	Qualitativa/ Nominal	1 = “16-25” 2 = “26-45” 3 = “46-65” 4 = “> 65”
Escolaridade	Escolaridade completa pelo inquirido agrupada	escola	Qualitativa/ Ordinal	1 = “Até ao 9º ano” 2 = “Secundário” 3 = “Ensino Superior”
Situação profissional	Situação profissional atual do inquirido	sit_prof	Qualitativa/ Nominal	1 = “Trabalhador por conta de outrem” 2 = “Trabalhador por conta própria”
Rendimento mensal líquido do agregado familiar	Rendimento mensal líquido do agregado familiar do inquirido	rendimento	Qualitativa/ Ordinal	1 = “<650€” 2 = “651-1000€” 3 = “1001-1500€” 4 = “1501-2500€” 5 = “> 2501€”
Região de residência	Região de residência do inquirido	região	Qualitativa/ Nominal	1 = “Lisboa e Vale do Tejo” 2 = “Norte” 3 = “Centro” 4 = “Alentejo” 5 = “Algarve” 6 = “Região Autónoma da Madeira” 7 = “Região Autónoma dos Açores”
Perda de rendimento	Perda de rendimento devido à situação atual	perda_rend	Qualitativa/ Nominal	0 = “Não” 1 = “Sim”
Teletrabalho	Desenvolvimento da atividade profissional em teletrabalho	teletrabalho	Qualitativa/ Nominal	0 = “Não” 1 = “Sim”

Tabela 1. Variáveis em estudo

De seguida foi realizada a análise bivariada com teste de qui-quadrado de Pearson para examinar a independência entre cada variável dependente e respetivas variáveis independentes (102), sendo as hipóteses do teste as seguintes:

- Hipótese Nula (H0) - As variáveis são independentes;
- Hipótese Alternativa (H1) - As variáveis são dependentes.

Partindo das variáveis independentes cuja relação com a variável dependente foi considerada estatisticamente significativa foi efetuada a análise de regressão logística

univariada e multivariada para estimar os *Odds Ratio* (OR) brutos e ajustados para cada variável dependente.

Para todas as associações estudadas, foi considerado um nível de significância de 5% para admitir uma associação estatisticamente significativa. Os intervalos de confiança foram calculados a 95%.

4.7 ASPETOS ÉTICOS

O estudo “Barómetro Covid-19: Opinião Social” foi aprovado pela Comissão de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa (Ref: CE/ENSP/CREE/2/2020).

Os dados disponibilizados no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde só podem ser utilizados para a realização do presente trabalho de mestrado, não podendo ser cedidos ou copiados para qualquer outra finalidade. Para utilização dos dados foi assinada uma declaração de confidencialidade e não cedência ou divulgação da base de dados fornecida (Anexo 2).

A resposta ao questionário foi voluntária, tendo-se obtido o consentimento informado de todos os participantes.

Os dados fornecidos encontravam-se anonimizados, não possibilitando a identificação dos inquiridos e garantindo a confidencialidade.

Nego qualquer conflito de interesses.

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra em análise, caracterizada na Tabela 2, é constituída por 142.456 inquiridos, de ambos os géneros, com idade igual ou superior a 16 anos, profissionalmente ativos e que responderam ao questionário *online* “Barómetro Covid-19: Opinião Social”.

Como evidenciado na Tabela 2, nesta amostra, os indivíduos são maioritariamente do género feminino (64,8%, n= 92.226). Relativamente à idade, a maioria dos inquiridos inclui-se na faixa etária dos 26 aos 45 anos com 55,5% (n=79.045).

Em relação à escolaridade, 72,0% (n=102.312) dos inquiridos referem ter nível escolar de ensino superior, sendo que apenas 4,6% (n=6.547) declara ter escolaridade até ao 9º ano (23,4% dos inquiridos completaram o ensino secundário).

Características sociodemográficas e económicas		Frequência	Percentagem válida
Género (n=142359)	Feminino	92226	64,8%
	Masculino	50133	35,2%
Idade (n=142456)	16 - 25	6148	4,3%
	26 - 45	79045	55,5%
	46 - 65	55731	39,1%
	> 65	1532	1,1%
Escolaridade (n=142116)	Até ao 9º ano	6547	4,6%
	Secundário	33257	23,4%
	Ensino Superior	102312	72,0%
Situação profissional (n=142456)	Trabalhador por conta de outrem	114484	80,4%
	Trabalhador por conta própria	27972	19,6%
Rendimento (n=130215)	<650€	6745	5,2%
	651-1000€	21398	16,4%
	1001-1500€	30419	23,4%
	1501-2500€	44773	34,4%
	> 2501€	26880	20,6%
Região de residência (n=141116)	Lisboa e Vale do Tejo (LVT)	65641	46,5%
	Norte	36612	25,9%
	Centro	20311	14,4%
	Alentejo	5166	3,7%
	Algarve	5561	3,9%
	Região Autónoma dos Açores	5015	3,6%
	Região Autónoma da Madeira	2810	2,0%

Tabela 2. Caracterização da amostra em estudo

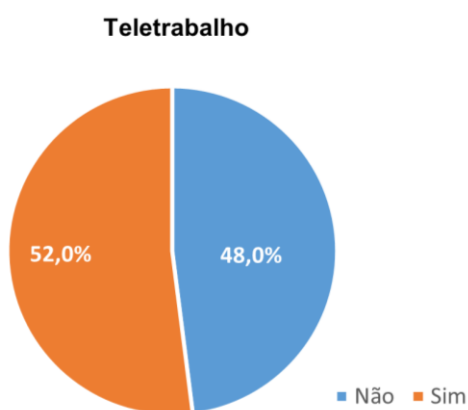
Relativamente à situação profissional, 80,4% (n=114.484) dos indivíduos referem ser trabalhador por conta de outrem, enquanto apenas 19,6% (n=27.972) refere ser trabalhador por conta própria.

Em relação ao rendimento, 34,4% (n=44.773) afirma possuir rendimento médio do agregado familiar entre os 1501€ e os 2500€, com os restantes escalões de rendimento abaixo dos 25%. O escalão de <650€ é o menos representado correspondendo a apenas 5,2% (n=6.745) da amostra em estudo.

No que diz respeito à região de residência, 46,5% dos inquiridos residem na região de LVT (n=65.641). A segunda região com mais respondentes corresponde ao Norte com 25,9% (n=36.612), seguida pelo Centro com 14,4% (n=20.311). As restantes regiões apresentam percentagens inferiores a 4%, com o Algarve a registar 3,9% (n=5.561) das respostas, o Alentejo com 3,7% (n=5.166), a Região Autónoma dos Açores (RAA) com 3,6% (n=5.015) e a Região Autónoma da Madeira (RAM) com 2,0% (n=2.810).

5.2 TELETRABALHO

5.2.1 Teletrabalho na Amostra



Relativamente ao desenvolvimento da atividade profissional em teletrabalho, 52,0% (n=69.886) dos inquiridos refere encontrar-se em teletrabalho, enquanto 48,0% (n=64.529) refere não desenvolver a atividade profissional em teletrabalho (Figura 4) (omissos n=8.041).

Figura 4. Prevalência do teletrabalho na amostra

5.2.2 Determinantes Sociodemográficos e Económicos associados ao Teletrabalho

Da análise da variável dependente “Teletrabalho”, exposta no Anexo 3, relativamente ao género, na população feminina predominante na amostra em estudo, 53,5% refere encontrar-se em teletrabalho. Também no género masculino quase metade dos

inquiridos, 49,3% refere desenvolver a sua atividade profissional em teletrabalho, sendo que a diferença encontrada revelou ser estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Desta forma, rejeita-se a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, tendo em conta que há evidência de associação entre “Teletrabalho” e “género”.

Quanto à idade, na faixa etária dos 46 aos 65 anos, 56,6% dos inquiridos refere desenvolver atividade profissional em teletrabalho, seguida da faixa dos mais de 65 anos com 51,7%. 49,8% dos inquiridos da faixa etária dos 26 aos 45 anos afirma desenvolver teletrabalho, enquanto na faixa etária dos 16 aos 25 anos apenas 36,9% afirma estar em teletrabalho. A diferença constatada mostrou ser estatisticamente significativa ($p > 0,001$). Rejeita-se, assim, a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, dado que existe evidência de associação entre “Teletrabalho” e “idade”.

No que concerne à escolaridade, 61,1% dos inquiridos com nível escolar de ensino superior declaram estar em teletrabalho, enquanto apenas 10,2% dos inquiridos com escolaridade até ao 9º ano referem ser esta a modalidade de trabalho praticada. Com nível de escolaridade de ensino secundário, 30,8% refere estar em teletrabalho. A escolaridade está assim positivamente associada com o teletrabalho, isto é, quanto maior o nível de escolaridade, maior é a percentagem de indivíduos em teletrabalho. Esta diferença demonstrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Assim, rejeita-se a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Teletrabalho” e “escolaridade”.

Em referência à situação profissional, 55,7% de trabalhadores por conta de outrem refere estar em teletrabalho, enquanto apenas 36,7% dos trabalhadores por conta própria o refere fazer. A diferença evidenciada exibiu-se como estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Assim, rejeita-se a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Teletrabalho” e “situação profissional”.

No que se refere ao rendimento, 66,1% dos inquiridos que declaram possuir rendimento mensal líquido do agregado familiar superior a 2501€ afirmam desenvolver a atividade profissional em teletrabalho, seguidos do escalão de rendimento 1501-2500€ com 57,7%. Seguem-se o escalão dos 1001-1500€ com 49,1 % e dos 651-1000€ com 35,3% dos inquiridos a reportarem estar em teletrabalho. Apenas 19,0% dos inquiridos com rendimento familiar mensal <650€ afirmam praticar esta modalidade profissional.

O rendimento mensal líquido do agregado familiar está assim associado positivamente ao teletrabalho, isto é, quanto maior o rendimento, maior é a percentagem de indivíduos em teletrabalho. Esta diferença mostrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,001$).

Rejeita-se, por isso, a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Teletrabalho” e “rendimento mensal líquido do agregado familiar”.

Relativamente à região de residência, com exceção dos Açores (48,9%), em todas as restantes regiões a maioria dos inquiridos refere encontrar-se em teletrabalho, com discretas diferenças percentuais entre regiões, sendo que o Algarve apresenta 53,6%, o Centro 53,4%, LVT 52,2%, Alentejo 51,3%, Norte 51,2% e Madeira 50,1%. A diferença encontrada revelou ser estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Desta forma, rejeita-se a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, tendo em conta que há evidência de associação entre “Teletrabalho” e “região de residência”.

Assim, é possível concluir que a associação entre todos os determinantes sociodemográficos e económicos utilizados e a variável dependente “Teletrabalho”, é estatisticamente significativa, tendo-se obtido valores de $p < 0,001$ (para informação mais pormenorizada consultar o Anexo 4).

Da análise quer dos OR brutos, quer dos ajustados, apresentados no Anexo 5, constatou-se que existe uma relação estatisticamente significativa com todas as variáveis independentes em estudo (com exceção da RAM da variável independente “região de residência”), apresentado valores de $p < 0,05$, pelo que na análise efetuada das variáveis, foram interpretados apenas os OR ajustados.

Assim, a regressão logística multivariada demonstrou que ser mulher está positivamente associado ao desenvolvimento da atividade profissional em teletrabalho ($OR=1,066$; $p < 0,001$). Verificou-se ainda que pertencer à faixa etária entre os 46 e 65 anos aumenta em cerca de 1,9 vezes o *odds* (razão de chances) de estar em teletrabalho ($OR=1,881$; $p < 0,001$, em comparação com a faixa etária dos 16-25 anos). Possuir escolaridade superior mostrou aumentar em mais de 10 vezes o *odds* de desenvolver a atividade profissional em teletrabalho ($OR=10,536$; $p < 0,001$). Além disso, ser trabalhador por conta de outrem ($OR=2,233$; $p < 0,001$), possuir rendimento mensal líquido do agregado familiar superior a 2501€ ($OR=3,741$; $p < 0,001$) e residir no Algarve ($OR=1,275$; $p < 0,001$), está também positivamente associado ao teletrabalho. Na análise dos OR ajustados, verifica-se a ausência de relação estatisticamente significativa para a RAM ($OR=1,108$; $p=0,061$), ausência esta já constatada nos OR brutos.

Em suma, é possível afirmar que ser mulher, pertencer à faixa etária dos 46 aos 65 anos, possuir escolaridade superior, ser trabalhador por conta de outrem, possuir rendimento familiar superior a 2501€ e residir no Algarve está associado a maior

probabilidade de desenvolver atividade profissional em teletrabalho, em comparação com as categorias de referência.

Quanto à análise multivariada, o modelo utilizado foi estatisticamente significativo ($p < 0,001$). A capacidade explicativa do modelo foi de 66,3%, com uma sensibilidade de 77,6% (isto é, o modelo identifica corretamente 77,6% dos indivíduos que estão em teletrabalho) e uma especificidade de 54,0% (isto é, o modelo identifica corretamente 54,0% dos indivíduos que não estão em teletrabalho).

5.3 PERDA DE RENDIMENTO

5.3.1 Perda de Rendimento na Amostra



Figura 5. Prevalência da perda de rendimento na amostra em estudo

Em relação à perda de rendimento, é possível encontrar 9.263 respostas válidas, uma vez que a questão relativa à perda de rendimento apenas foi incluída entre a 4ª e a 9ª semana do inquérito. Desta amostra, 61,7% ($n=5.711$) dos inquiridos referem não terem sofrido qualquer perda de rendimento, enquanto 38,3% ($n=3.552$) referem ter perdido rendimento devido à atual situação pandémica (Figura 5).

5.3.2 Determinantes Sociodemográficos e Económicos associados à Perda de Rendimento

Relativamente à perda de rendimento, tal como exposto no Anexo 6, 38,5% das mulheres e 37,9% dos homens referem perda de rendimento. A diferença encontrada, no entanto, não mostrou ser estatisticamente significativa com valor de $p=0,567$, assim, aceita-se a hipótese alternativa (H_1), uma vez que há evidência de independência entre as variáveis “Perda de rendimento” e “género”.

No que concerne à idade, 53,6% dos indivíduos da faixa etária 16-25 anos declararam perda de rendimento, até um mínimo de 27,5% nos indivíduos da faixa etária dos 46 aos 65 anos (26-45 anos – 40,1%; >65 anos – 34,3%). Esta diferença apresentou-se como estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Rejeita-se, desta forma, a hipótese nula (H_0)

de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Perda de rendimento” e “idade”.

Em referência à escolaridade, é no escalão escolar até ao 9º ano que se encontram mais de 50% dos indivíduos a referir perda de rendimentos (58,2%), seguido de 47,0% dos inquiridos com nível escolar de ensino secundário. No escalão escolar respeitante ao ensino superior, apenas 32,4% dos inquiridos refere ter sofrido perda de rendimento. A escolaridade é assim, inversamente proporcional às percentagens de perda de rendimento, isto é, quanto maior o nível de escolaridade, menor é a percentagem de indivíduos com perda de rendimento. Esta diferença apresentou-se como estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Deste modo, rejeita-se a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Perda de rendimento” e “escolaridade”.

No que diz respeito à situação profissional, a maior percentagem de perda de rendimento observa-se entre os trabalhadores por conta própria com 72,0%, assim como 32,0% dos trabalhadores por conta de outrem. A diferença apresentada revelou ser estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Posto isto, rejeita-se a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Perda de rendimento” e “situação profissional”.

Relativamente ao rendimento mensal líquido do agregado familiar, o escalão $<650€$ apresenta uma percentagem de 64,6%, enquanto o escalão $>2501€$ mostra percentagem de 24,1%, verificando-se uma variância de cerca de 40% entre os extremos. Em valores intermédios é possível encontrar, progressivamente, o escalão de 651-1000€ a referir perda em 50,2% dos casos, 37,5% no escalão dos 1001-1500€ e 30,3% no escalão dos 1501-2500€. O rendimento mensal líquido do agregado familiar é assim, inversamente proporcional às percentagens de perda de rendimento, isto é, quanto maior o rendimento, menor é a prevalência de perda de rendimento. Esta diferença mostrou ser estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Assim sendo, rejeita-se a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Perda de rendimento” e “rendimento mensal líquido do agregado familiar”.

No que se refere à região de residência, é possível verificar que, com exceção dos Açores (43,0%) e Norte (42,6%), as restantes regiões apresentam percentagens de perda de rendimento inferiores a 40% (Madeira 29,9%; LVT 36,0%; Centro 38,7%; Alentejo 36,5%; Algarve 39,5%). A diferença encontrada mostrou-se estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Rejeita-se, assim, a hipótese nula (H_0) de independência entre

as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Perda de rendimento” e “região de residência”.

No desenvolvimento de teletrabalho, 53,1% dos inquiridos a desenvolver atividade profissional que não em teletrabalho afirmam ter sofrido perda de rendimento, enquanto apenas 22,3% daqueles que estão em teletrabalho reportam o mesmo. A diferença evidenciada revelou ser estatisticamente significativa ($p < 0,001$). Rejeita-se, por isso, a hipótese nula (H_0) de independência entre as variáveis, uma vez que há evidência de associação entre “Perda de rendimento” e “teletrabalho”.

É, então, possível concluir que, com exceção do género, a associação dos restantes determinantes sociodemográficos e económicos analisados e a variável dependente “Perda de rendimento”, é estatisticamente significativa, tendo-se obtido valores de $p < 0,05$ (para informação mais pormenorizada consultar o Anexo 7).

Da análise dos OR brutos, apresentados no Anexo 8, é possível afirmar que todas as variáveis independentes testadas apresentam uma relação estatisticamente significativa com a perda de rendimento, apresentando valores de $p < 0,05$ (com exceção de algumas categorias nas variáveis independentes “idade” e “região de residência”). Desta análise, pertencer à faixa etária dos 16 aos 25 anos, possuir escolaridade até ao 9º ano, ser trabalhador por conta própria, possuir rendimento mensal líquido do agregado familiar inferior a 650€ e residir nos Açores, aumenta a probabilidade de perda de rendimento.

Quando observados os OR ajustados, pode-se constatar que existe uma relação estatisticamente significativa com as variáveis independentes em análise, com exceção da escolaridade (até ao 9.º ano OR 1,171 – $p = 0,180$; 12.º ano OR 0,971 – $p = 0,663$), com valor de $p > 0,05$.

Em relação à idade, é possível encontrar associação estatisticamente significativa nas faixas etárias dos 16-25 anos (OR=1,447; $p < 0,001$) e dos 26-45 anos (OR=1,425; $p < 0,001$). Verificando-se que ambas as faixas aumentam a probabilidade de ocorrer perda de rendimento. À semelhança dos OR brutos, a faixa etária >65 anos, não é estatisticamente significativa (OR=0,743; $p = 0,230$).

Quanto à situação profissional, ser trabalhador por conta própria (OR=6,860; $p < 0,001$) representa um aumento em cerca de 7 vezes do *odds* de perda de rendimento, em relação a ser trabalhador por conta de outrem.

Da análise efetuada, é possível constatar evidência de uma relação estatisticamente significativa entre o rendimento mensal líquido do agregado familiar e a perda de

rendimento, sendo que quanto menor é a categoria de rendimento, maior é a probabilidade de perda. Assim, possuir um rendimento familiar mensal inferior a 650€, representa um aumento em cerca de 3 vezes do *odds* da perda de rendimento (OR=2,949; $p<0,001$), em relação ao escalão de rendimento máximo. O rendimento mensal entre os 651 e os 1000€ representa um aumento em cerca de 2 vezes do *odds* da perda de rendimento (OR=1,912; $p<0,001$), enquanto esta probabilidade diminui para os escalões seguintes de rendimento dos 1001-1500€ e 1501-2500€, para cerca de 1,3 vezes (OR=1,384; $p<0,001$) e 1,2 vezes (OR=1,233; $p=0,010$), respetivamente.

Relativamente à região de residência, residir nos Açores representa um aumento em cerca de 2 vezes do *odds* da perda de rendimento (OR=1,916; $p=0,016$), quando comparado com a categoria de referência. Já as restantes categorias deixam de ter uma relação estatisticamente significativa com a perda de rendimento.

O teletrabalho apresenta uma relação estatisticamente significativa com a perda de rendimento, sendo que não estar em teletrabalho corresponde a um aumento em mais de 3 vezes do *odds* da perda de rendimento (OR=3,244; $p<0,001$), em relação a praticar esta modalidade laboral.

Em suma, pertencer à faixa etária entre os 16 e os 25 anos, ser trabalhador por conta própria, possuir rendimento mensal líquido do agregado familiar inferior a 650€, residir nos Açores e não estar em teletrabalho, aumenta a probabilidade da perda de rendimento, em comparação com as categorias de referência.

Quanto à análise multivariada, o modelo utilizado foi estatisticamente significativo ($p<0,001$). A capacidade explicativa do modelo foi de 72,5%, com uma sensibilidade de 48,8% (isto é, o modelo classifica corretamente 48,8% dos indivíduos que perderam rendimento) e uma especificidade de 86,3% (isto é, o modelo identifica corretamente 86,3% dos indivíduos que não perderam rendimento).

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo geral deste trabalho foi o de analisar a influência de determinantes sociodemográficos e económicos no teletrabalho e perda de rendimento, com a finalidade de perceber se estes poderão ser potenciadores de desigualdades em contexto de pandemia da COVID-19, em Portugal.

Para tal, recorreu-se às respostas de 142.456 inquiridos no questionário *online* “Barómetro Covid-19: Opinião Social”, recolhidas de março a julho de 2020.

6.1 TELETRABALHO

Na distribuição de frequências da variável dependente “teletrabalho” na amostra, foi possível verificar que a maioria dos inquiridos se encontrava em teletrabalho (52,0%, n=69.886).

As circunstâncias extraordinárias geradas pela pandemia da COVID-19, levaram ao encerramento temporário de muitos locais de trabalho, forçando milhões de profissionais a desempenharem as suas funções a partir de casa, através do teletrabalho, forma de trabalhar até então limitada ou inexistente em muitas empresas e para muitos trabalhadores (103,104).

Pré-pandemia, existiam na Europa grandes e crescentes diferenças na prevalência do teletrabalho (103). Os países do norte da Europa são aqueles que apresentaram um maior crescimento na prevalência do teletrabalho desde 2009, embora se tenham verificado aumentos consideráveis em outros Estados-Membros, incluindo Portugal (103). Em 2008, 4,1% dos trabalhadores portugueses trabalhava ocasionalmente e apenas 1,1% trabalhava regularmente a partir de casa (103,105). Entre 2008 e 2016, observou-se o crescimento acentuado deste regime de trabalho, com taxas a chegarem aos 15% entre trabalhadores que estavam em teletrabalho ocasionalmente e frequentemente (105).

De acordo com Sostero et al. (103), em 2019, cerca de um em cada vinte trabalhadores⁸ europeus trabalhava regularmente a partir de casa. Nos países do norte da Europa, incluindo Suécia, Finlândia e Holanda, a percentagem de trabalhadores a desempenharem funções a partir de casa, regularmente ou esporadicamente, situava-se acima dos 25%, enquanto em quinze países membros da UE27 esta percentagem

⁸ Dados relativos a trabalhadores por conta de outrem.

ficava abaixo dos 10% (103). Entre estes dois extremos era possível encontrar Portugal, assim como a Bélgica e a França com percentagens de teletrabalho entre os 13% e os 19% (103).

Dados do inquérito online *Living, working and COVID-19*, do Eurofound, com 62.755 respostas, relativos a abril de 2020 (de 7 a 30 de abril), mostram que mais de um terço (39%) dos trabalhadores europeus indicaram trabalhar em casa após o início da pandemia (103,104). Na segunda fase deste inquérito, em junho/julho de 2020 (22 de junho a 27 de julho), com 24.123 respostas, o número de trabalhadores europeus a trabalhar exclusivamente de casa era de 34%, enquanto 14% conjugavam o teletrabalho com deslocações às instalações do empregador (103,104).

Apesar da alta incidência do teletrabalho na Europa, as variações entre os países eram grandes, por exemplo, de 59% na Finlândia a 18% na Roménia, em abril de 2020. As maiores proporções de funcionários em teletrabalho registavam-se nos países nórdicos e Benelux, refletindo a tendência pré-pandémica (103). Estes países caracterizam-se pelo domínio dos setores do conhecimento e serviços de tecnologias de informação, sendo por isso, aqueles onde o teletrabalho está mais disseminado (103).

Segundo o Eurofound (104), em abril de 2020, Portugal registava uma percentagem de cerca de 40% de trabalhadores por conta de outrem em regime de teletrabalho. Já de acordo com Silva et al. (81), cujos dados se baseiam num inquérito online que decorreu entre os dias 25 e 30 de Março de 2020, utilizando uma amostra de conveniência com 11.508 respostas, 72% dos indivíduos ativos respondentes encontravam-se exclusivamente em teletrabalho, a tempo inteiro ou parcial. A estes, aliavam-se mais 17% que conjugavam o teletrabalho com deslocações ao seu local tradicional de trabalho (81). Num estudo levado a cabo pelo CESOP—Universidade Católica Portuguesa, realizado entre os dias 6 e 9 de abril de 2020, composto por uma amostra aleatória de 1.700 inquéritos telefónicos, o teletrabalho passou a ser uma realidade para 23,2% dos inquiridos (106). Já o Instituto Nacional de Estatística (INE) (107) mostrou que no 2º trimestre de 2020, 22,6% da população empregada encontrava-se sempre ou quase sempre em teletrabalho.

Na amostra em estudo, 52% dos inquiridos refere estar em teletrabalho, situando-se o resultado entre os valores anteriormente referidos. Porém, as percentagens divulgadas pelo Eurofound (104) e por Reis (106), referem-se a abril de 2020, enquanto as de Silva et al. (81) remetem para a última semana de março do mesmo ano. Entretanto, a amostra em estudo reúne respostas de toda a primeira fase do inquérito, ou seja, de março a julho de 2020. A extensão do período temporal pode explicar a discrepância

entre os valores apresentados. Além disso, a amostra em estudo inclui trabalhadores por conta própria e conta de outrem, ao contrário dos dados apresentados pelo Eurofound (104), que se cingem aos trabalhadores por conta de outrem. Em relação aos valores do INE (107), a amostra em estudo trata-se de uma amostra de conveniência, com algumas características diferentes da maioria da população portuguesa, o que pode explicar a variação encontrada.

De referir ainda que, de acordo com o Inquérito Rápido e Excecional às Empresas – COVID-19⁹ (108), entre 27 de abril e 1 de maio de 2020, cerca de 58% das empresas inquiridas tinham empregados em teletrabalho e destas, 16% tinham mais de 75% dos trabalhadores nesta situação, encontrando-se o teletrabalho mais generalizado nas grandes empresas (93%) do que nas microempresas (30%). Já na primeira quinzena de julho de 2020, apenas 37% das empresas respondentes tinham pessoas em teletrabalho. Destas somente 7% tinham mais de 75% do pessoal ao serviço efetivamente a desempenhar funções nessa modalidade (109). A estabilidade da situação pandémica, com cerca de 300 casos/dia e com a passagem a situação de alerta a 1 de julho de 2020, foram provavelmente determinantes para a diminuição do número de indivíduos em teletrabalho, reportada pelas empresas em julho de 2020 (107).

Estudos internacionais demonstram a mesma tendência crescente do teletrabalho como modalidade laboral preferencial durante a primeira fase da pandemia. Na Irlanda, através de um inquérito online que decorreu entre 27 de abril e 5 de maio de 2020, com um total de 7.241 respostas, McCarthy et al. (110) constataram que cerca de 87% dos inquiridos afirmaram estarem em teletrabalho desde o início da pandemia, enquanto 11% conjugavam o teletrabalho com o trabalho nas instalações do empregador. O mesmo estudo revela ainda que antes da pandemia, 51% dos inquiridos nunca tinham trabalhado remotamente e apenas 6,5% desempenhavam teletrabalho regularmente (110).

Na Alemanha, informação do *Mannheim Corona survey* mostrou que no final de março de 2020, 26,5% dos trabalhadores alemães se encontravam em teletrabalho (103). Já a 11 de abril esta taxa tinha reduzido para 22,5% (103). Ainda assim, os dados revelam um aumento significativo no desenvolvimento de teletrabalho na Alemanha, quando comparado com os 12% (trabalhadores por conta própria e conta de outrem) de indivíduos que trabalhavam regularmente a partir de casa antes da pandemia (103).

⁹ Este inquérito não abrange empresas do sector financeiro ou organismos da Administração Pública.

Num estudo semelhante levado a cabo nos EUA, China, Japão, Coreia do Sul, Reino Unido e Itália, com dados recolhidos na terceira semana de abril de 2020, Belot et al. (111) verificaram que apesar da importância da indústria de manufaturação na China, esta revelou-se particularmente bem-sucedida em transferir os seus trabalhadores para teletrabalho, sendo que cerca de 62% dos empregados chineses afirmou estar em teletrabalho (103,111). À China, seguem-se os EUA (46%), a Itália (42%) e o Reino Unido (30%), com o Japão e a Coreia do Sul a apresentarem as percentagens mais baixas (103,111).

Ainda nos EUA, em maio de 2020, um estudo desenvolvido por Barrero, Bloom e Davis (112) identificou que cerca de quatro em cada dez trabalhadores (42%) se encontravam a trabalhar a partir de casa, valor bastante superior aos 26% que relataram trabalhar nas instalações dos seus empregadores. Ao ajustar para aqueles que afirmavam não estar a trabalhar, os autores estimam que o teletrabalho representava 62% de todo trabalho desenvolvido em maio de 2020 nos EUA (103,112). Bick, Bladin e Mertens (113), utilizando dados de maio de 2020 do *Real-Time Population Survey*, inquérito online quinzenal, verificaram que 35,2% dos trabalhadores declararam desempenhar teletrabalho, contrastando com os 8,2% de fevereiro de 2020.

Também no Reino Unido, o *Decision Maker Panel*, entidade criada pelo *Bank of England*, conduziu uma pesquisa em tempo real junto de empresas do país e mostra que em abril e maio de 2020, 37% dos funcionários estavam em teletrabalho (123).

A proporção de trabalhadores que relataram estar em teletrabalho nas economias avançadas variou de um em cada cinco trabalhadores até três em cinco em algumas regiões ou países (103). Apesar das variações entre os valores apresentados, verifica-se a tendência mundial da crescente adesão ao teletrabalho como forma de mitigar as consequências da pandemia, permitindo manter alguma atividade económica e, evitando assim, o despedimento de milhões de trabalhadores em todo o mundo. Os resultados apresentados demonstram a escala extraordinária alcançada pelo fenómeno de teletrabalho desencadeado pela pandemia (103). Dada a necessidade de serem realizadas alterações relacionadas com o distanciamento social nos seus escritórios (68), é previsível que muitas empresas mantenham o teletrabalho enquanto modalidade laboral, no futuro (78,82).

Porém, esta forma de trabalho constitui uma alternativa apenas para certas profissões e alguns profissionais (81). Outras ocupações, pela sua natureza, são difíceis ou impossíveis de realizar remotamente, expondo as pessoas não apenas a um maior risco económico, mas também a um maior risco de infeção (103). Além disso, segundo Silva

et al. (81), o padrão de especialização da economia portuguesa, com o predomínio de empresas nos setores do comércio por grosso e a retalho, agricultura e pesca e alojamento e restauração (114), aliado às qualificações da população, restringem o potencial do teletrabalho (81).

É ainda importante ter em consideração, que no atual contexto, o teletrabalho perpetua desigualdades entre os trabalhadores que podem desenvolver o seu trabalho nessa modalidade e aqueles que, por terem profissões de contacto interpessoal ou manuais, não o podem fazer (81).

Ao estudar os fatores associados ao teletrabalho, verificou-se que ser mulher, pertencer à faixa etária dos 46 aos 65 anos, possuir escolaridade superior, ser trabalhador por conta de outrem, possuir rendimento familiar superior a 2501€ e residir no Algarve, aumenta a probabilidade de estar em teletrabalho.

6.1.1 Associação entre os Determinantes Sociodemográficos e Económicos e o Teletrabalho

Género

Este estudo revela que são as mulheres quem mais reporta ter desenvolvido a sua atividade em teletrabalho desde o início da pandemia, o que está em linha com muitos estudos, no entanto há resultados contrastantes na literatura.

De acordo com Sostero et al. (103), através de dados do *Labour Force Survey*, foi possível concluir que a incidência da utilização de teletrabalho na Europa, antes da pandemia da COVID-19 era muito semelhante entre géneros.

Porém, dados do estudo de López-Igual e Rodríguez-Modroño (115), utilizando uma amostra de 21.761 entrevistas presenciais a trabalhadores, realizadas em 2015 pelo Eurofound¹⁰, mostra que ser mulher reduz a probabilidade de estar em teletrabalho. Também dados do inquérito *Living, working, and COVID-19* (103,104) referem valores pré-pandémicos diferentes entre homens e mulheres, quando 21% dos homens trabalhavam a partir de casa pelo menos várias vezes por mês contra 18% das mulheres. O mesmo inquérito refere ainda que a situação se inverteu durante a

¹⁰ 6th European Working Conditions Survey. Inclui uma amostra de trabalhadores por conta de outrem e trabalhadores por conta própria, na área da UE15 (Áustria, Bélgica, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido).

pandemia com o aumento de mulheres a referirem trabalhar a partir de casa (41% versus 37% em abril de 2020 e 50% versus 46% em junho/julho 2020) (103,104).

De acordo com Silva et al. (81), os dados explorados pelos autores apontam uma significativa discrepância entre homens e mulheres na transição para o teletrabalho. Entre os dias 25 e 30 de março de 2020, 77% das mulheres encontravam-se em teletrabalho, contra 65% dos homens (81).

Sostero et al. (103) referem ainda que uma maior percentagem de mulheres possui empregos onde o teletrabalho é exequível (45% versus 30%). De acordo com estes autores, a diferença de género verificada em ocupações que poderiam ser desempenhadas em teletrabalho prende-se com a segregação setorial de género, que leva a que os homens estejam sobrerrepresentados em setores em que o teletrabalho é pouco exequível, como a agricultura, exploração mineira, manufatura e construção. Mesmo considerando estes setores, os empregos neles desempenhados por mulheres tendem a ter a possibilidade de teletrabalho (103). Por exemplo, na construção apenas 6% dos empregados do género masculino podem desenvolver teletrabalho, contrastando com os 69% das mulheres que estão em teletrabalho em áreas como a exploração mineira, transportes e armazenamento, em empregos habitualmente de natureza secretarial ou administrativa (103).

Além disso, dentro dos principais grupos ocupacionais, a participação feminina no teletrabalho tende a ser maior - 86% das gestoras e 89% das trabalhadoras de apoio administrativo estão em empregos com potencial de teletrabalho, em comparação com 75% e 73%, respetivamente, nos homens (103).

Porém, dados alemães do *Mannheim Corona survey* mostram que, em abril de 2020, 24,3% dos homens referia estar em teletrabalho enquanto apenas 20,5% das mulheres referia o mesmo regime de trabalho na Alemanha (103). Também Adams-Prassl et al. (116) ao analisarem dados de inquéritos em tempo real, verificaram que nos EUA e Reino Unido, uma menor percentagem de mulheres referia conseguir desempenhar as suas tarefas a partir de casa, respetivamente 42% e 41%, contrastando com os valores reportados pelos homens de 53% e 46% (116). Uma das potenciais razões apontadas pelos autores para esta diferença prende-se com a perpetuação dos papéis tradicionais dos diferentes géneros no lar, com as mulheres a despendem mais tempo no cuidado e educação dos filhos (116). Este é um dos motivos também apontados pelo Eurofound para o facto de na segunda fase do inquérito *Living, working, and COVID-19*, as mulheres reportarem frequentemente maior dificuldade em conjugar o trabalho com a vida privada (104).

Idade

Este estudo revela que são os indivíduos com idades compreendidas entre os 46 e os 65 anos quem mais reportam ter desenvolvido a sua atividade em teletrabalho desde o início da pandemia, o que está em linha com muitos estudos, no entanto há resultados contraditórios na literatura.

A distribuição encontrada no presente estudo parece ser justificada pela inclusão apenas da população profissionalmente ativa na amostra em análise e consequente exclusão de inquiridos estudantes. A este aspeto acresce o fenómeno de senioridade, em que os profissionais de faixas etárias mais velhas, como dos 46-65 anos, possuem competências e condições de trabalho mais flexíveis que poderão facilitar a transição para o teletrabalho (104,117).

Segundo Sostero et al. (103), antes da pandemia, o teletrabalho estava mais disseminado entre os trabalhadores mais velhos, do que entre os mais novos. Apesar do maior aumento da prevalência do teletrabalho se ter observado entre os empregados mais jovens (15-29 anos), em junho/julho de 2020, a percentagem de trabalhadores da UE27 de faixas etárias superiores encontrava-se muito próximo da faixa etária mais baixa (52% na faixa dos 30-49 anos versus 54% na faixa dos 15-29 anos), de acordo com o inquérito *Living, working and COVID-19* (103).

No estudo de Silva et al. (81), foi na faixa etária dos 18 aos 34 anos que se observou uma maior adesão ao teletrabalho (76%), tendo as pessoas com 55 anos ou mais um valor de 4 pontos percentuais inferiores à média (68%). De acordo com estes autores, esta diferença, com progressão clara ao longo das várias faixas etárias, coloca em evidência a influência das competências digitais na mudança para o teletrabalho, significativamente dominado pelas tecnologias de informação e digitais (81). Segundo Pouliakas e Branka (117) a menor exposição dos mais velhos ao teletrabalho, deve-se apenas à suas menores competências digitais.

Porém, de acordo o *Statistics Canada catalogue*, já em 2016, os trabalhadores canadianos jovens (15-24 anos) estavam empregados em ocupações que exigiam maior proximidade física e como tal tinham menor possibilidade de teletrabalho (118). Também López-Igual e Rodríguez-Modroño (115) mostraram que pertencer a faixas etárias mais elevadas, quando comparadas com a de referência (16 a 25 anos), aumenta a probabilidade de teletrabalho.

De acordo com a OCDE (119), são os grupos mais jovens a apresentar menor incidência de teletrabalho. Na França, os trabalhadores com menos de 25 anos tinham cerca de menos um terço de probabilidade de estar em teletrabalho, de março a maio de 2020,

do que outras faixas etárias (119). Da mesma forma, no Reino Unido, as taxas de teletrabalho eram claramente mais baixas para os trabalhadores com idades compreendidas entre os 16 e os 24 anos, assim como para os trabalhadores americanos com idades entre 16-19 e 20-24 anos (119).

Na UE28, em abril de 2020, na faixa etária dos 15 aos 29 anos, 16% destes estavam empregados no setor essencial, enquanto 14,9% tinham a possibilidade de estar em teletrabalho, portanto maior percentagem de jovem em ocupações sem hipótese de transitarem para o teletrabalho (120). Para o mesmo período e faixa etária, em Portugal, encontravam-se empregados no setor essencial 10,2% dos indivíduos e com possibilidade de teletrabalho 8,4% (6,5% abaixo da média da UE28), revelando uma disparidade ainda maior (120).

Escolaridade

O presente estudo revela que é a população com ensino superior completo quem mais referiu estar em teletrabalho desde o início da pandemia, o que está em linha com os dados encontrados na literatura.

De acordo com os dados do inquérito da UE sobre a utilização de tecnologias de informação e comunicação entre trabalhadores, antes da pandemia, 40% dos trabalhadores que concluíram o ensino superior trabalhavam em casa com alguma frequência, contra uma média de 10% dos que tinham o ensino secundário e cerca de 3% dos que tinham pouca ou nenhuma escolaridade (103). Da mesma forma, em cenário pandémico, entre os que tinham educação superior, a proporção de trabalhadores em teletrabalho era de 40%, contrastando com aqueles com educação secundária ou básica (11% e 6% respetivamente) (105).

De acordo com Silva et al. (81), os inquiridos com escolaridade superior foram aqueles que mais facilmente transitaram para o teletrabalho após ter sido decretado o estado de emergência em março de 2020 (81). Na amostra analisada por estes autores, é entre a população ativa com qualificações superiores, que o teletrabalho é mais comum (76%). Já entre aqueles com escolaridade de nível secundário ou inferior, a proporção era inferior (52%) (81).

De forma similar, Bick, Blandin e Mertens (113) descobriram que em maio de 2020 nos EUA, 50,2% de todos os trabalhadores com educação superior trabalhavam em casa todos os dias úteis, em contraste com apenas 14,6% dos trabalhadores com ensino secundário ou básico. Ainda nos EUA, dados do *U.S. Bureau of Labor Statistics* mostram que, em média, aqueles com maior escolaridade (mestrado ou doutoramento),

tinham quinze vezes mais probabilidade de estar em teletrabalho durante a pandemia, do que os funcionários com menos escolaridade (119).

Trabalhadores em empregos que dificilmente poderão transitar para o teletrabalho têm 40% menos probabilidade de ter escolaridade superior (121). De acordo com Sostero et al. (103), os determinantes mais preditivos de uma ocupação poder transitar para o teletrabalho são o nível de escolaridade do trabalhador e o salário. Dada a forte correlação entre o salário e as qualificações, não é surpreendente ver um acentuado gradiente salarial no teletrabalho refletindo a diferenciação por qualificação educacional (103).

Situação Profissional

O estudo atual demonstra que são os trabalhadores por conta de outrem quem mais mencionou estar em teletrabalho desde o início da pandemia, o que está em linha com a maioria da literatura consultada.

De acordo com Milasi, González-Vázquez e Fernández-Macías (122), antes da pandemia, o teletrabalho era mais comum entre trabalhadores por conta própria do que entre os trabalhadores por conta de outrem, apesar deste ter crescido nas duas categorias de forma similar durante a última década. Em 2019, quase 36% dos trabalhadores por conta própria estavam em teletrabalho ocasionalmente ou frequentemente na UE27, comparado com os 30% de 2009 (122). Também a prevalência do teletrabalho entre trabalhadores por conta de outrem era de cerca 11% em 2019 em contraste com 7,5% em 2009 (122). A discrepância da prevalência do teletrabalho entre trabalhadores por conta própria e por conta de outrem pode ser justificada pelo facto de os primeiros não estarem sujeitos à supervisão do empregador e assim, poderem escolher livremente o seu local de trabalho (104).

No entanto, segundo o Eurofound (123), em 2015, na EU28, apenas 3% de trabalhadores por conta própria estavam em teletrabalho, contabilizando-se 11,3% de trabalhadores por conta de outrem nesta modalidade laboral (regular em casa e ocasional).

Já durante a pandemia, segundo Sostero et al. (103), os empregados por conta de outrem, mais do que aqueles por conta própria, foram os que experimentaram o maior aumento no teletrabalho. Um estudo do CESOP–Universidade Católica Portuguesa (106) mostra que entre 6 e 9 de abril de 2020, em Portugal, 24,4% dos trabalhadores por conta de outrem se encontravam em teletrabalho, contra 19,5% dos trabalhadores por conta própria.

De acordo com Fana et al. (120), em Portugal, durante o grande confinamento na Europa, apenas cerca de 1,5% dos trabalhadores por conta própria estavam empregados em setores com possibilidade de teletrabalho.

Rendimento

O estudo desenvolvido mostra que são os inquiridos que declaram possuir rendimento mensal líquido do agregado familiar superior a 2501€ quem mais afirmou estar em teletrabalho desde o início da pandemia, o que está de acordo com a informação encontrada na literatura consultada.

De acordo com dados italianos pré-pandémicos de 2016 (124), enquanto a distribuição da mediana dos vencimentos dos trabalhadores sem acesso ao teletrabalho se concentrava largamente na faixa dos 500€ aos 1800€ por mês, o teletrabalho registava salários medianos entre os 1000€ e os 2000€ por mês. Dados do Canadá do mesmo ano, mostravam que mais de 95% dos trabalhadores com vencimentos baixos estavam empregados em ocupações caracterizadas pela elevada proximidade física (118). Também, segundo Milasi, González-Vázquez e Fernández-Macías (122), em 2018, cerca de 25% dos trabalhadores no quarto superior da distribuição de rendimento da UE27 trabalhavam à distância. Proporção que cai para menos de 10% entre os trabalhadores da metade inferior, refletindo o acesso desproporcional ao teletrabalho, consideravelmente mais difundido entre os indivíduos mais bem pagos (122).

Esta tendência mantém-se uma vez instalada a crise pandémica. Na Europa, em 2020, 74% das pessoas com empregos no quintil mais bem pago apresentavam maior possibilidade de estar em teletrabalho, enquanto apenas 3% das pessoas no quintil mais baixo estavam em empregos cujas tarefas podiam ser desempenhadas a partir de casa (105).

De acordo com Silva et al. (81), na amostra por eles analisada, os inquiridos com melhores rendimentos foram aqueles que mais facilmente conseguiram trabalhar a partir de casa após decretado o estado de emergência. Segundo Bick, Bladin e Mertens (113), a percentagem de teletrabalho entre os trabalhadores com rendimentos altos aumentou para 45,5% em maio de 2020, enquanto para os trabalhadores com baixos rendimentos esta percentagem se fixava nos 18,4%. Verifica-se, na Europa, um gradiente acentuado de teletrabalho por nível de rendimento quando três quartos dos 20% de trabalhadores com maior rendimento são capazes de trabalhar em casa, mas menos de um em vinte dos 20% que ganham menos, são capazes de o fazer (103).

Na maioria dos países, os trabalhadores dos setores forçados ao encerramento pertenciam aos grupos de percentis com salários médios mais baixos, na maioria dos casos variando entre 25 e 35¹¹ (120). Os setores onde o teletrabalho é possível são claramente aqueles com os níveis salariais mais altos em todos os países, variando de 65 a 75 (120). Em Portugal, os percentis do salário médio variavam entre 44,3 nos setores essenciais, 74,2 nos setores em teletrabalho e 26,7 nos setores encerrados (120), revelando enormes desigualdades.

No estudo do CESOP–Universidade Católica Portuguesa, entre os dias 6 e 9 de abril de 2020, 52,9% dos inquiridos com rendimentos acima dos 2501€ encontravam-se em teletrabalho, contrastando com os 8,4% verificados entre os inquiridos com rendimentos até 1000€ (106).

Segundo Mongey, Pilossoph e Weinberg (121), trabalhadores com ocupações que dificilmente poderão ser desempenhadas a partir de casa, têm 23% mais probabilidade de possuírem salários abaixo da média da população. Além disso, estes trabalhadores são também mais propensos a trabalharem em pequenas empresas que, tal como já foi mencionado anteriormente, tendem a ser as mais afetadas durante a presente crise (121,125).

Segundo Barrero et al. (112), os 42% dos trabalhadores que estavam em teletrabalho nos EUA, em maio de 2020, representavam 50% do valor total dos salários obtidos, refletindo os rendimentos acima da média dos que trabalhavam a partir de casa. No estudo de Holst, Fessler e Niehoff (126), mais de um terço dos participantes que relatou trabalhar no local de trabalho durante o primeiro período de confinamento possuíam menores rendimentos e menor escolaridade (126). Na Alemanha, entre 20 de março e 15 de abril de 2020, os inquiridos com rendimentos mensais líquidos superiores a 2500€ mensais tinham maior probabilidade de estar em teletrabalho (33%) (103).

Região de Residência

Em relação ao teletrabalho, na amostra em estudo, com exceção dos Açores (48,9%), em todas as restantes regiões a maioria dos inquiridos refere encontrar-se em teletrabalho, com discretas diferenças percentuais entre regiões, variando entre os 53,6% no Algarve e os 50,1% na Madeira.

¹¹ Índice normalizado de salários que varia de 1 para o trabalho com pior pagamento a 100 para o mais bem pago.

Na associação entre a região de residência e o teletrabalho, residir no Algarve demonstrou estar positivamente associado ao teletrabalho, na amostra em estudo. Dada a análise dos dados ser efetuada a nível nacional, a evidência da relação entre a região de residência e o teletrabalho, durante a pandemia, é escassa. Todavia, considera-se relevante discutir os resultados obtidos.

Segundo o INE e PORDATA (127), em 2019, no Algarve apenas 0,76% dos 191.215 indivíduos empregados nas várias atividades económicas da região, trabalhavam no setor das atividades de informação e comunicação, setor tradicionalmente com elevadas taxas de teletrabalho. Sendo uma região amplamente conhecida e associada ao setor do turismo e alojamento¹², os resultados em análise não vão de encontro a esta informação. Tal pode ser provavelmente explicado pela amostra de conveniência utilizada neste estudo. Acredita-se que a sobrerrepresentação de pessoas com escolaridade e rendimento superiores, e em ocupações facilmente transitáveis para o teletrabalho, não reflete totalmente as características de cada região em análise.

De acordo com Sostero et al. (103), a distribuição espacial do emprego e a sua natureza são fatores determinantes na relação entre o teletrabalho e a região de residência. Uma vez que as grandes cidades, possuem uma maior percentagem de empregos que não exigem contacto interpessoal, têm maiores taxas de teletrabalho (44%) do que os subúrbios (35%), ou áreas rurais (29%) (103). Dingel e Neiman (128) também verificaram que em todas as áreas metropolitanas, a proporção de empregos que podem ser realizados em casa está positivamente relacionada com o rendimento médio familiar.

Na mesma linha, segundo López-Igual e Rodríguez-Modroño (115) a probabilidade de estar em teletrabalho diminui nas áreas rurais, sendo 11% menos provável de ser uma opção em comparação com as áreas urbanas com maior densidade populacional.

Mais teletrabalho poderia oferecer uma solução parcial para o problema do crescimento regional desproporcional e da desertificação das regiões mais interiores, facilitando a dispersão para fora das grandes cidades dos empregos com capacidade para o teletrabalho. Para tal seria necessária a existência de infraestruturas de apoio iguais quer em áreas rurais, quer em áreas metropolitanas (105), o que se tem revelado um desafio em Portugal (129).

¹² O setor de alojamento, restauração e similares contava, em 2019, com 48.546 trabalhadores (25,3%) (127).

6.2 PERDA DE RENDIMENTO

Apesar de o rendimento dos agregados familiares incluir mais do que os seus salários (27), este representa a maior proporção do rendimento da maioria das famílias. Assim, a sua redução ou perda traduz-se, frequentemente, em perda de rendimento para os agregados familiares.

Na amostra em estudo, 38,3% dos inquiridos refere ter sofrido perda de rendimento devido à pandemia da COVID-19, enquanto 61,7% refere não ter sentido este impacto.

Resultante da implementação de medidas de contingência de saúde pública como isolamentos e confinamentos para evitar a propagação do vírus SARS-CoV-2, a redução da atividade económica levou ao encerramento definitivo ou temporário de muitas empresas em todo o mundo, o que implicou a redução de horas de trabalho ou mesmo o desemprego de muitos trabalhadores. Vagas recorrentes da pandemia fizeram com que as perdas nas horas de trabalho, em todo o mundo, permanecessem persistentemente altas ainda em 2021 (130).

Através do inquérito do Eurofound, *Living, working and COVID-19* (104), os investigadores concluíram que em abril de 2020 (primeira fase do inquérito) cerca de 49% dos respondentes referia estar a trabalhar menos horas que o habitual, enquanto em junho/julho de 2020 (segunda fase do inquérito) esta percentagem decresceu para os 37%. O mesmo inquérito mostra ainda que a redução de horas de trabalho foi mais elevada para os inquiridos do Sul da Europa, com exceção de Portugal, onde o aumento e a diminuição foram relatados numa proporção semelhante (104). Também dados do *Labour Force Survey* (EU-LFS) mostram que na maioria dos estados-membros se confirmou uma queda no índice de número total de horas trabalhadas no emprego principal entre o último trimestre de 2019 e o primeiro de 2020 (104).

De acordo com a OIT (92,130), em 2020, foram perdidas cerca de 8,8% do total de horas de trabalho, o equivalente às horas trabalhadas durante um ano por 255 milhões de trabalhadores a tempo inteiro¹³. No primeiro trimestre de 2020 verificou-se a perda de 5,2% de horas de trabalho (equivalente às horas de trabalho de 150 milhões de trabalhadores a tempo inteiro), enquanto no segundo semestre se registou um aumento drástico até aos 18,2% (525 milhões de trabalhadores a tempo inteiro) (92). Cerca de metade das perdas em horas de trabalho deveram-se à redução de horas de trabalho daqueles que permaneceram empregados, quer tenham sofrido redução de horário ou

¹³ Assumindo 48 horas de trabalho semanal.

não estivessem a trabalhar ao abrigo dos esquemas de *lay-off*, enquanto a outra metade se deveu à perda de emprego (130).

As perdas totais de horas de trabalho converteram-se em perdas de rendimento e no aumento da pobreza (130). O rendimento laboral, que não inclui transferências e benefícios dos governos, foi 3,7\$ trilhões (8,3%) de dólares mais baixo em 2020 do que teria sido na ausência da pandemia (130). Para os primeiros dois trimestres de 2021, esse déficit equivale a uma redução do rendimento global do trabalho de 5,3%, ou 1,3\$ trilhões (130).

Relativamente a 2019, o emprego total sofreu uma queda de 114 milhões como resultado dos trabalhadores passarem ao desemprego ou abandonarem a força de trabalho (130). Não tivesse ocorrido pandemia, e mundialmente teriam sido criados cerca de 30 milhões de novos empregos em 2020 (130). Em conjunto, estas perdas significam que o déficit global de empregos aumentou em 144 milhões em 2020, exacerbando drasticamente a escassez de oportunidades de emprego pré-existente à pandemia (130). Em relação a 2019, cerca de mais 108 milhões de trabalhadores são agora extremamente ou moderadamente pobres, o que representa um retrocesso às taxas de pobreza observadas em 2015 (130).

Segundo Silva et al. (81), cerca de 40% dos inquiridos neste estudo reconheceu (entre os dias 25 e 30 de Março de 2020) já ter perdido ou perspetivava uma perda de rendimentos em breve. De acordo com Reis (106), 36,8% dos inquiridos referiu ter registado uma quebra no rendimento do agregado familiar. Estes dados vão de encontro aos apurados para a amostra em análise.

De acordo com dados do INE (107), em 2020, verificou-se uma redução significativa das horas trabalhadas na economia em 14,9%, que contrasta com os +1,8% registados nos 12 meses anteriores à pandemia, e superior aos dados fornecidos pela OIT e pelo Eurofound. Verificou-se ainda o aumento da taxa de desemprego e da taxa de subutilização do trabalho (107). No início da pandemia (março de 2020) a taxa de desemprego era de 6,3% e a taxa de subutilização de 12,7% (107). Em julho de 2020, a população empregada aumentou 0,5% relativamente ao mês anterior, mas diminuiu 1,2% em relação aos três meses anteriores e 3,1% em relação ao mesmo mês de 2019 (131). Já a população desempregada aumentou 9,0% em relação ao mês precedente e 26,6% relativamente a abril de 2020 (131). A taxa de desemprego situou-se em 7,9%, mais 0,6% do que em junho, mais 1,6% do que há três meses e mais 1,4% do que um ano antes (131). Também a taxa de subutilização de trabalho manteve uma tendência crescente em relação ao mês anterior, situando-se nos 15,6% (+ 0,1%), + 2,2% do que

há 3 meses e +2,7% do que em 2019 (131). Em 2020, constatou-se ainda uma variação da remuneração média por trabalhador de +3,2%, de 982€ para 1014€, o que de acordo com o INE, reflete sobretudo a destruição de empregos com remunerações mais baixas (107).

Ainda de acordo com a mesma entidade, embora os números sejam expressivos, estes ficam muito aquém dos atingidos durante o programa de ajustamento da economia portuguesa, refletindo o impacto de medidas de proteção do emprego como o *lay-off* simplificado (107). No entanto, segundo o Eurostat, enquanto o efeito da pandemia da COVID-19 no emprego foi mitigado através dos esquemas de apoio governamentais, o impacto nas horas trabalhadas é muito mais pronunciado (104). Em Portugal, no primeiro ano da pandemia, a remuneração bruta mensal média por trabalhador nas empresas com trabalhadores em *lay-off* foi sempre inferior, em termos médios, à das empresas que não tinham trabalhadores neste regime (891€ e 1192€, respetivamente) (107,132).

Também dados internacionais refletem a tendência da perda de rendimento durante o período em análise. No *University College London COVID-19 Social Study* (estudo com colheita de dados semanais online de uma amostra representativa da população inglesa durante a pandemia da COVID-19), Wright, Steptoe e Fancourt (133) analisaram os dados colhidos entre 25 de março e 14 de abril de 2020 de 12.527 participantes e descobriram que nas três semanas analisadas, um em cada seis inquiridos (16,7%) reportava uma diminuição significativa no rendimento do agregado familiar e a perda de emprego do próprio ou do companheiro.

De acordo com Adams-Prassl et al. (116), através da análise de inquéritos em tempo real levados a cabo nos EUA, Reino Unido e Alemanha, em março e abril de 2020, com um total de 20.910 respondentes, os autores constataram que no início de abril de 2020, 18% e 15% dos indivíduos da amostra afirmaram ter perdido os seus empregos nas últimas quatro semanas devido ao surto de coronavírus, nos EUA e no Reino Unido, respetivamente, em comparação com 5% na Alemanha.

Em julho de 2020, 10% dos respondentes profissionalmente ativos (média da UE27) acreditavam na possibilidade de virem a perder o emprego nos 3 meses seguintes, situando-se os inquiridos portugueses um pouco acima dos 15% (104). Nos EUA, entre março e abril de 2020, o emprego caiu em 22,4 milhões, enquanto o desemprego aumentou em 15,9 milhões (134).

Observaram-se ainda, um pouco por todo o mundo, a queda nos valores dos salários. Na Austrália, o salário médio nominal dos trabalhadores com idades compreendidas

entre os 50 e os 59 anos caiu 3,2% entre 14 de março e 13 de junho de 2020 (134). No Reino Unido, o salário médio real diminuiu 1,2% em abril de 2020 (134).

De referir ainda que de acordo com os dados do Inquérito Rápido e Excepcional às Empresas – COVID-19 (109), na primeira quinzena de julho de 2020, 58% das empresas reportaram uma redução do volume de negócios (66% na quinzena anterior e 80% em abril). No mesmo período, 24% das empresas assinalaram uma redução dos empregados ao serviço efetivamente a trabalhar (36% na quinzena anterior e 59% em abril) e 17% das empresas afirmaram ter diminuído o número de postos de trabalho desde o início da pandemia (109). O alojamento e restauração foi o setor onde mais empresas mencionaram uma redução no pessoal na primeira quinzena de julho (58%) (109).

De acordo com o Eurostat (135), a crise da COVID-19 e o *lay-off* têm uma forte dimensão setorial. À semelhança do que se observou em Portugal, o maior risco de um trabalhador estar em *lay-off* temporário na UE está diretamente relacionado com os setores de alojamento e alimentação. A natureza assimétrica do impacto material da atual pandemia concretiza-se na constatação clara de que diferentes grupos da sociedade foram afetados de forma distinta, perpetuando desigualdades e iniquidades pré-existentes (81).

No estudo dos fatores associados à perda de rendimento, constatou-se que ter idade entre os 16 e os 25 anos, ser trabalhador por conta própria, possuir rendimento mensal líquido do agregado familiar inferior a 650€, residir nos Açores e não estar em teletrabalho, aumenta a probabilidade da perda de rendimento.

6.2.1 Associação entre os Determinantes Sociodemográficos e Económicos e a Perda de Rendimento

Género

Este estudo revela que apesar de serem as mulheres quem mais reporta ter sofrido perda de rendimento desde o início da pandemia, a diferença de género encontrada revelou não ser estatisticamente significativa na perda de rendimento. Conquanto, alguma da literatura consultada mostra que, devido à pandemia da COVID-19, as mulheres sofreram, na generalidade, perdas de rendimento significativas, quando comparadas com os homens.

Uma das possíveis razões para o resultado encontrado no presente estudo poderá ser o facto de, apesar de um número significativo de mulheres possuir ocupações que

exigem o contacto com os outros, como professoras, enfermeiras, médicas ou trabalhadoras do comércio a retalho (33,120), alguns destes empregos foram considerados essenciais durante os confinamentos, mantendo a sua atividade, quando outros setores foram obrigados a encerrar (120). Além disso, a amostra em análise tem uma sub-representação dos escalões sociais mais baixos e uma sobrerrepresentação de setores com grande potencial de transição para o teletrabalho, o que asseguraria o rendimento das mulheres inquiridas.

Segundo Fana et al. (120), no relatório *The COVID confinement measures and EU labour markets*, na generalidade da Europa, o género não parece um fator particularmente importante na avaliação das implicações socioeconómicas resultantes da crise de COVID-19. Em termos percentuais, Portugal apresenta 63% de mulheres nos setores que encerraram, durante o primeiro grande confinamento, mas 53,9% e 56,9% nos setores essenciais e com possibilidade de teletrabalho, respetivamente, atuando como forças compensatórias do encerramento de serviços com maior representatividade feminina (120).

Dang e Nguyen (136), utilizando dados de um inquérito implementado entre 15 a 23 de abril de 2020, em 6 países¹⁴, com uma amostra de 6.089 respondentes, verificaram que na perda temporária de emprego, não se verificavam diferenças de género no impacto provocado pela pandemia. Porém, quando analisada a perda permanente de trabalho, as mulheres possuem uma probabilidade superior (24%) à dos homens. Adicionalmente, em situação de crise, as mulheres tendem a reduzir os seus consumos e aumentar as poupanças (136), o que poderá explicar a ausência de impacto na perda de rendimento a curto prazo.

Da mesma forma, as medidas prontamente criadas de combate à perda de emprego, podem ter contribuído para a diminuição da influência do género na perda de rendimento na amostra analisada, no entanto, de acordo com a OIT (137), as desigualdades entre mulheres e homens no mercado de trabalho, que se agravaram durante a pandemia, persistirão num futuro próximo. Segundo o relatório de julho de 2021, embora o crescimento projetado do emprego, em 2021, para as mulheres exceda o dos homens, será, porém, insuficiente para trazer o género feminino de volta aos níveis de emprego anteriores à pandemia (137). Entre 2019 e 2020, em todo o mundo, o emprego das mulheres diminuiu 4,2% (54 milhões de empregos), enquanto o emprego dos homens diminuiu apenas 3% (60 milhões de empregos) (137). Em 2021, apenas 43,2% das

¹⁴ China, Coreia do Sul, Japão, Itália, Reino Unido e nos quatro maiores estados dos EUA (Califórnia, Flórida, Nova Iorque e Texas).

mulheres em idade ativa do mundo estarão empregadas em comparação com 68,6% dos homens em idade ativa (137).

A diminuição das horas de trabalho durante a pandemia na UE27 foi mais perceptível nas mulheres (-5,2%) do que nos homens (-4,9%), verificando-se em Portugal uma diminuição de 6,3% de horas trabalhadas pelas mulheres (104). Durante as duas rondas do inquérito *Living, working and COVID-19*, do Eurofound, a fragilidade financeira verificada foi maior entre as mulheres comparativamente com os homens (104).

Relativamente ao desemprego, a diferença de género é menos acentuada, constatando-se que 9% das mulheres e 8% dos homens perderam o seu emprego, desde o início da pandemia, na Europa (104). De acordo com a OIT (130), em 2020, o emprego diminuiu 5% para as mulheres e 3,9% para os homens. Além disso, 90% das mulheres que perderam o emprego em 2020 saíram da força de trabalho.

O estudo desenvolvido por Adams-Prassl et al. (116) demonstrou a associação entre o género e a perda de emprego, durante a pandemia, nos EUA e Reino Unido, com as mulheres a apresentarem maior probabilidade de perda de emprego. Mesmo após ajustarem as características da amostra em estudo para a ocupação e percentagem de tarefas que os inquiridos podiam desempenhar a partir de casa, a diferença entre géneros manteve-se estatisticamente significativa, com as mulheres nos EUA e Reino Unido a terem uma probabilidade em 7 e 5 pontos percentuais, respetivamente, superiores de perder o emprego (comparado com os homens da amostra) (116). Estes resultados contrastam com a Alemanha, onde o género não se apresenta como um preditor da perda de emprego (116). Ao analisar os dados relativos à utilização do tempo reportados pelos inquiridos em teletrabalho, nos EUA e Reino Unido, os autores verificaram que as mulheres gastavam mais tempo na educação e cuidado às crianças (116).

Segundo vários autores (81,130,138,139), devido ao confinamento e encerramento de creches e escolas, as mulheres já previamente responsáveis pela maioria do cuidado e tarefas domésticas, estão a acumular ainda mais trabalho não pago. Tal resultou numa diminuição da taxa de participação feminina na força de trabalho em alguns países, aumentando o risco de desemprego e a perda de competências, e dificultando o seu regresso ao mercado de trabalho, a longo prazo (139).

Adicionalmente, um estudo que explora as operacionalizações multidimensionais do emprego precário na Suécia (140), mostra que o género feminino é mais propenso à precariedade laboral, quando comparado com o masculino. De acordo com o Eurofound (104), as mulheres (13,2%) têm maior probabilidade de possuir contratos temporários

que os homens (11,2%). 47,1% das mulheres entre os 15 e os 24 anos, no início de 2020, possuíam um contrato de trabalho temporário, comparando com os 44,1% dos homens na mesma faixa etária (140).

Em Portugal, em julho de 2020, a taxa de desemprego entre as mulheres (faixa etária 15-74 anos) registava-se nos 8,1% e a dos homens nos 7,7%, enquanto a taxa de emprego, para o mesmo período, se localizava nos 57,5% e 63,6%, para mulheres e homens, respetivamente (131). Também a taxa de inatividade era superior entre as mulheres (37,7%), quando comparada com os homens (31%). Apesar de os dados de desemprego irem ao encontro dos dados da amostra em análise, as taxas de emprego e inatividade refletem, muito provavelmente, as desigualdades de género anteriormente descritas.

A crise do COVID-19 representa um potencial risco de décadas de retrocesso de vitórias alcançadas em igualdade de género. As consequências das medidas postas em prática pelos governos no início de 2020 na tentativa de controlar a propagação da pandemia implicaram o aumento considerável da participação das mulheres no trabalho doméstico não remunerado (81,104). Neste sentido, o teletrabalho também provou ser gravoso para muitas mães que trabalham, uma vez que se viram obrigadas a conciliar trabalho, educação e cuidados no mesmo espaço (104). Embora alguns dos impactos desiguais de género da atual crise possam ser temporários e revertidos posteriormente, outros podem ter consequências a longo prazo (104). É essencial, portanto, que a inclusão económica e social das mulheres esteja no centro das medidas e estratégias de recuperação (104).

Idade

O presente estudo revela que são os indivíduos com idades compreendidas entre os 16 e os 25 anos quem mais reportam perda de rendimento desde o início da pandemia, o que está em linha com a literatura consultada.

Adams-Prassl et al. (116) ao analisarem dados de inquéritos em tempo real, verificaram a existência da associação entre a idade e perda de rendimento. Nos EUA e Reino Unido, os jovens tinham uma maior probabilidade de sofrer uma redução nos seus rendimentos, tendo os autores encontrado evidência de que, em abril de 2020, na Alemanha, os indivíduos com menos de 30 anos tinham maior probabilidade de perder o emprego. De acordo com o Eurofound (104), os inquiridos do grupo etário dos 18 aos 34 anos eram os que apresentavam maior probabilidade de vir a perder o emprego durante a pandemia da COVID-19.

Segundo o Eurostat o risco de perda de emprego na UE27 (sem a Alemanha) era, no segundo trimestre de 2020, mais elevado entre os trabalhadores jovens (faixa etária entre os 16 e os 24 anos), sendo esse risco mais elevado em países como Portugal (0,14 numa probabilidade de 0 a 1), Irlanda, Espanha, França e Itália (135). De facto, em julho de 2020, o aumento do desemprego afetou mais os trabalhadores com idade inferior a 25 anos com uma variação de 58% em relação ao mês homólogo de 2019 (141).

Fana et al. (120) afirmam que durante o primeiro grande confinamento, na UE28 cerca de 28% da força de trabalho dos setores encerrados era maioritariamente constituída por pessoas com menos de 30 anos, comparado com 15% a 16% nos setores considerados essenciais durante a pandemia. Em Portugal, 23% dos indivíduos na faixa etária dos 15 aos 29 anos trabalhavam nos setores encerrados, contrastando com 8,4% nos setores essenciais (120).

Silva et al. (81) afirmam ainda que são os jovens e os jovens adultos quem se mostra mais materialmente destituídos. Numa posição análoga encontram-se os indivíduos com mais de 55 anos e, particularmente, com mais de 65 anos. Inquiridos pelos autores estes posicionam-se numa situação de menor fragilidade económica (81).

A precariedade laboral é também outro dos fenómenos a que os jovens são mais propensos, de acordo com Jonsson et al. (140). No primeiro trimestre de 2020, 12,1% de todas as pessoas em idade ativa (15 aos 64 anos) tinham um contrato de trabalho temporário, na UE27 (104). Estes eram mais comuns entre jovens na faixa etária dos 15 aos 24 anos (45,6%) e menos frequentes na faixa etária igual ou superior aos 55 anos (5,1%) (104).

O facto de a precariedade laboral poder ser mais frequentemente encontrada nos grupos etários mais jovens pode ajudar a compreender a maior probabilidade de estes perderem rendimentos. Com contratos e condições laborais mais desprotegidas, precárias e incertas, estes foram dos primeiros a serem afetados pelos efeitos económicos da pandemia (81). Simultaneamente, os mais velhos, com rendimentos predominantemente dependentes de pensões, posicionam-se numa situação menos propensa a essa perda (81).

A presente crise tem afetado muitos jovens numa fase essencial das suas vidas, interrompendo a transição da escola ou universidade para o mercado de trabalho (130). Evidência de crises anteriores mostra que entrar no mercado de trabalho durante um período de recessão económica reduz as probabilidades de emprego a longo prazo, de auferir salários elevados e o desenvolvimento de competências em contexto de trabalho

(103,130). Isto porque estão disponíveis menos empregos, as taxas de desemprego são mais elevadas e aqueles que conseguem trabalho, fazem-no frequentemente através de contratos de trabalho a termo (130).

Apesar de a crise económica gerada pela pandemia da COVID-19 se estar a revelar menos grave do que o inicialmente antecipado, existindo já claros sinais de recuperação, vários setores da economia como o turismo e hotelaria tardam em recuperar, precisamente aqueles setores que habitualmente absorvem mais trabalhadores jovens.

Escolaridade

Este estudo revela que são as pessoas que possuem escolaridade até ao 9.º ano a apresentarem uma maior probabilidade de perda de rendimento, comparando com aqueles com ensino superior, embora apenas na análise univariada se ter verificado a existência de uma relação entre a escolaridade e a perda de rendimento. Conquanto, a relação entre a escolaridade e a perda de rendimento tem mostrado resultados claros na literatura, com os indivíduos com menor escolaridade a sofrerem as maiores perdas em situações de crise.

Em 2019, a taxa de risco de pobreza (após transferências sociais), em Portugal, variava entre os 5,1% para os indivíduos com escolaridade superior e uns impressionantes 23,9% para as pessoas com escolaridade até ao ensino básico (142).

De acordo com o Eurofound (104), os inquiridos no *Living, working and COVID-19* com educação primária e secundária tinham maior probabilidade de perderem o emprego durante o pandemia e, conseqüentemente, os seus rendimentos. Dados do Instituto de Emprego e Formação Profissional (IEFP) mostram que em julho de 2020, o maior aumento do desemprego afetou os trabalhadores com o ensino secundário (32,2%, + 62% em relação ao mês homólogo de 2019) e com o 3.º ciclo do ensino (20,3%, + 45,2% em relação ao mês homólogo de 2019) (141).

Segundo Fana et al. (120), em Portugal, a percentagem de trabalhadores com ensino primário ou secundário a desempenharem cargos caracterizados por competências básicas, durante o primeiro grande confinamento, distribuía-se da seguinte forma: setores essenciais 60%; setores com possibilidade de teletrabalho 18%; setores encerrados 64,2%; conjunto de todos os setores 53% (superior à média da UE28) (120). Já a percentagem de trabalhadores com escolaridade superior a desempenharem cargos caracterizados por competências complexas, distribuía-se da seguinte forma: setores essenciais 24%; setores com possibilidade de teletrabalho 54,8%; setores

encerrados 3,3%; conjunto de todos os setores 23,6% (inferior à média da UE28) (120). A disparidade das percentagens apresentadas evidencia as desigualdades do mercado de trabalho, onde os trabalhadores com ensino superior têm acesso a cargos não apenas mais bem remunerados, mas também como menor risco económico associado. De acordo com os dados analisados por Adams-Prassl et al. (116), os indivíduos com escolaridade superior, nos EUA e Reino Unido, tinham 8% e 6% menos probabilidade, respetivamente, de perder o emprego, em comparação com trabalhadores com níveis de escolaridade mais baixos (116). Já o estudo de Bick, Bladin e Mertens (113) mostra que, em maio de 2020, nos EUA, o desemprego durante a pandemia atingiu de forma mais incisiva os trabalhadores com baixos níveis de escolaridade (33,9% para trabalhadores com escolaridade secundária ou básica versus 20,2% dos trabalhadores com escolaridade superior).

De acordo com dados da OCDE, adultos com baixa escolaridade na Europa e nos EUA correm um maior risco de desemprego em comparação com os indivíduos com nível de escolaridade mais elevado (132). Segundo Mongey, Pilossoph e Weinberg (121), a taxa de desemprego entre trabalhadores sem educação superior aumentou 21% entre fevereiro e abril de 2020, nos EUA, enquanto os trabalhadores com ensino superior (associados a ocupações em teletrabalho) sofreram apenas um decréscimo de 7%. Além disso, Jonsson et al. (140) mostraram que os indivíduos com baixa escolaridade eram mais propensos à precariedade.

Situação Profissional

Na amostra em estudo, são os trabalhadores por conta própria quem mais mencionou perda de rendimento desde o início da pandemia, o que vai de encontro à literatura consultada.

Durante o grande confinamento na Europa, os setores encerrados destacam-se dos restantes pela prevalência de trabalhadores por conta própria em cerca de 22%, comparado com os 11% em setores com possibilidade de teletrabalho ou os 15% a trabalharem nos setores considerados essenciais (120). Em Portugal, durante o mesmo período, apenas cerca de 1,5% dos trabalhadores por conta própria estavam em setores com possibilidade de teletrabalho e 20,6% estavam alocados aos setores encerrados pela pandemia, ainda que existissem 21,8% a trabalharem nos setores essenciais (12,6% em todos os setores de atividade) (120).

De acordo com o Eurofound (104), em julho de 2020, 8% dos trabalhadores por conta de outrem na UE27 ficaram desempregados desde o início da pandemia, enquanto a

taxa de desemprego para os trabalhadores por conta própria era de 10%. Além disso, foram estes últimos quem mais indicaram que a sua situação financeira piorou de abril a julho de 2020 (54%) (104). Foram também os trabalhadores por conta própria que mais beneficiaram das medidas financeiras implementadas pelos governos e parceiros sociais durante a pandemia (104).

Adicionalmente, os trabalhadores por conta própria consistem, frequentemente, em micro e pequenos empresários empregadores, cujas empresas possuem baixa capacidade de liquidez face a uma situação de crise (81). Num estudo levado a cabo por Holst, Fessler e Niehoff (126) (questionário com 9.737 respostas e 27 entrevistas qualitativas), entre abril e maio de 2020, na Alemanha, o trabalho independente estava associado a uma maior probabilidade de perda de rendimentos e incerteza quanto ao futuro laboral. Os proprietários de pequenas empresas apresentavam um risco oito vezes maior de perda de rendimentos e cinco vezes maior de incerteza laboral (comparado com gestores e administradores) (126).

Ainda segundo o Inquérito Rápido e Excepcional às Empresas - COVID-19 (109), na primeira quinzena de julho de 2020, cerca de 20% das micro e pequenas empresas referiram não conseguir manter atividade por mais de dois meses, o que contrasta com cerca de 11% no caso das médias e grandes empresas. Por setor, é possível encontrar os valores mais expressivos no alojamento e restauração com 30% das empresas a afirmarem não conseguir manter atividade além de dois meses (109). Se se considerar que, em 2019, as micro empresas representavam 96% do total de empresas em Portugal (143), a conjugação destes dois fatores (micro empresas do setor do alojamento e restauração) torna-se ainda mais preocupante na perda de rendimento dos trabalhadores por conta própria.

A manutenção de atividade através do teletrabalho e a perda de rendimento constituem um enorme desafio para os trabalhadores por conta própria que frequentemente suportam inserções mais precárias no mercado de trabalho (81). A 13 de abril de 2020, cerca de 145 mil destes trabalhadores tinham solicitado acesso à medida extraordinária de redução da atividade económica (81).

Rendimento

O atual estudo demonstra que são os inquiridos que afirmaram possuir rendimento mensal líquido do agregado familiar inferior a 650€ quem mais reportou perda de rendimento desde o início da pandemia, o que vai de encontro à literatura consultada,

com os mais pobres a sofrerem maiores perdas de rendimento, frequentemente vinculadas à perda de emprego (92).

O estudo de Bick, Bladin e Mertens (113) mostra que, em maio de 2020, nos EUA, a transição para o desemprego atingiu de forma mais acutilante os trabalhadores com baixos rendimentos, do que aqueles com rendimentos elevados (39,9% e 19,4%, respetivamente).

Segundo Holst, Fessler e Niehoff (126), as perdas de rendimento (135) e o aumento da incerteza no emprego são mais comuns entre as ocupações pertencentes às classes mais baixas e, portanto, com menores rendimentos. Na Alemanha, entre abril e maio de 2020, vencimentos baixos estavam associados a uma maior probabilidade de perda de rendimento (126). De acordo com o estudo de Wright, Steptoe e Fancourt (133), pessoas de posições socioeconómicas mais baixas tinham a probabilidade aumentada em 1,5 vezes de perder o trabalho em comparação com pessoas com posição socioeconómica mais alta, ao mesmo tempo que os seus parceiros tinham duas vezes mais hipóteses de perder o trabalho.

Em julho de 2020, na Europa, mais do dobro dos inquiridos desempregados afirmava que as suas famílias sofriam sérias dificuldades económicas, quando comparados com os inquiridos empregados (104). Segundo o Eurostat, no segundo semestre de 2020, trabalhadores com vencimentos mais baixos possuíam maior risco de passar a regime de *lay-off* ou de sofrerem redução de horas e, consequentemente, de rendimento, colocando Portugal como o quinto país de maior risco entre 24 da UE (135). Em ambas as situações, os riscos laborais são extremamente desiguais entre os extremos dos rendimentos identificados (135).

Os dados apresentados comprovam a natureza assimétrica da atual pandemia. Aqueles que já se encontravam numa situação material e financeiramente mais difícil são os que demonstram estar numa posição mais frágil (81,126).

Região de Residência

O presente estudo mostra que são os inquiridos que residem nos Açores quem mais refere perda de rendimento durante a pandemia, sendo que residir nesta região demonstrou estar positivamente associado à perda de rendimento, na amostra em estudo. Tal como acontece com o teletrabalho, uma vez que a análise dos dados é efetuada a nível nacional, a evidência da relação entre a região de residência e a perda de rendimento, durante a pandemia, é escassa. Não obstante, considera-se relevante discutir os resultados obtidos.

Segundo dados do PORDATA (144), em 2019, a diferença entre o salário mínimo nacional e a remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem apresentava grandes variações entre as várias regiões portuguesas, variando entre os -622 na Área Metropolitana de Lisboa e os -261 no Algarve. Nos Açores esta diferença localizava-se nos -288. Apesar de não ser possível fazer inferências diretas sobre o risco da perda de rendimento nesta região, já foi anteriormente mencionado que as pessoas com rendimentos mais baixos antes da pandemia são aquelas que estão a sentir o maior impacto económico da mesma (45,126,133). A diferença observada pode representar um potencial aumento do risco de perda de rendimento para a população desta região.

É importante notar que é também nos Açores que menos inquiridos reportaram estarem em teletrabalho (48,9%), sendo mesmo a única região analisada com resultados inferiores a 50%. Como constatado neste estudo e na literatura consultada, não estar em teletrabalho está indelevelmente associado à perda de rendimento (103,104,116), sendo por isso um preditor significativo da perda de rendimento numa determinada região.

Dados publicados pelo IEFP em julho de 2020, mostram também que, apesar de a taxa de desemprego nos Açores, no referido mês, se encontrar abaixo da média nacional, verificou-se um aumento de 2,1% dos desempregados inscritos no IEFP em relação ao mês de junho e +11,3% que no mês homólogo de 2019 (141).

É sabido que áreas caracterizadas por populações ou comunidades com maior concentração de determinantes sociodemográficos e económicos menos favoráveis, como baixa escolaridade¹⁵ e rendimentos, constituem áreas de maior risco de perda de rendimento para os seus residentes (7).

Teletrabalho

Este estudo demonstra que foram os indivíduos que não estavam em teletrabalho quem mais reportou perda de rendimento desde o início da pandemia, o que está de acordo com o encontrado na literatura consultada.

Já antes da pandemia, aqueles que indicavam estar em teletrabalho pelo menos várias vezes por mês tinham menos probabilidade de perder o emprego de forma permanente (1%, em comparação com 2%) ou temporariamente (11%, em comparação para 20%)

¹⁵ Dados do PORDATA mostram que, em 2011, nos Açores, a escolaridade distribuía-se da seguinte forma: até ao 9º ano – 19,1%; ensino secundário – 12,3%; ensino superior – 10,0% (156).

(103,104), além de possuírem, tendencialmente, rendimentos superiores (70,120,128), quando comparado com aqueles com nenhuma ou muito limitada experiência em teletrabalho (103,104).

De acordo com o Eurofound, os inquiridos em teletrabalho durante a pandemia foram menos propensos a referir redução de horas de trabalho (28%), em comparação com aqueles que trabalharam no local de trabalho (38%), chegando mesmo a referirem um aumento das horas de trabalho (35% contra 21%) (104).

Setores que se caracterizam por ocupações facilmente transitáveis para teletrabalho, são habitualmente setores em que os trabalhadores gozam de várias vantagens no mercado de trabalho, nomeadamente, condições de trabalho fisicamente menos árduas, salários mais altos e maior segurança no emprego (116). Adicionalmente, aqueles que estavam em teletrabalho relataram uma maior segurança económica, afirmando serem capazes de viver sem dificuldades (75% em abril de 2020 e 76% em junho/julho, em comparação com 49% em abril de 2020 e 56% em junho/julho de funcionários que não estavam em teletrabalho) ou de ter um orçamento familiar não pior do que nos três meses anteriores (75% em comparação com 58% dos empregados que não estavam em teletrabalho em abril de 2020)¹⁶ (103,104).

No estudo de Adams-Prassl et al. (116), os autores descobriram que a capacidade auto-relatada de trabalhar a partir de casa está associada ao desemprego, oferecendo proteção contra o mesmo (isto é, maior capacidade de trabalhar em casa traduz-se em menor perda de emprego), principalmente nos EUA e no Reino Unido, além de apresentar efeito protetor noutras dimensões como as horas trabalhadas, o rendimento ou a segurança no emprego. Mongey, Pilossoph e Weinberg (121) constataram que os trabalhadores cujos trabalhos são mais facilmente realizados em casa (128) e envolvem menos proximidade física eram mais propensos a permanecer empregados. As perdas de emprego para os trabalhadores em ocupações com baixa capacidade de teletrabalho foram 9,1% maiores do que para os trabalhadores em teletrabalho (121).

O teletrabalho oferece, portanto, alguma proteção contra a perda de emprego e rendimento, através de dois mecanismos: por um lado, o teletrabalho contribuiu para a resiliência do emprego, facilitando a sua continuidade mesmo em contexto de confinamento, ao mesmo tempo que os tipos de empregos nos quais o teletrabalho é mais prevalente tendem a ser aqueles com relações de trabalho mais seguras (103,104,120); por outro lado, o teletrabalho parece ter mitigado os efeitos negativos

¹⁶ Esse diferencial diminuiu na segunda onda da pesquisa em junho/julho (78% versus 70%), mas permaneceu significativo.

sobre o emprego, não apenas a nível individual, mas também a nível nacional e internacional (103,104).

Uma exceção importante a esta associação são os empregos considerados essenciais pelas políticas públicas, durante a pandemia (121). É improvável que essas ocupações essenciais tenham sofrido perdas de emprego relacionadas com a capacidade de teletrabalho. Porém, envolvem maioritariamente grande proximidade física com outras pessoas, aumentando o risco ocupacional de infeção (121).

A necessidade de trabalhar em casa induzida pela pandemia removeu, pelo menos temporariamente, muitas das barreiras que podem ter limitado a adoção do teletrabalho na última década, entre as quais, legislação, normas de trabalho e a relutância de muitos empregadores e gestores em concederem autonomia sem supervisão, motivada pela falta de confiança (103). Em contexto de pandemia o teletrabalho funciona simultaneamente como equalizador e como discriminador. Se por um lado, se abriram portas para que muitos trabalhadores pudessem trabalhar a partir de casa (103), por outro lado, aumentaram o fosso entre aqueles que desempenham trabalhos que podem ser desenvolvidos em teletrabalho e aqueles que não o podem fazer (128).

6.3 REINVENTAR O FUTURO

A pandemia da COVID-19 causou disrupções sem paralelo em todo o mundo através do seu impacto devastador na saúde pública, no emprego e no quotidiano (130). Governos e empregadores do mundo inteiro tomaram medidas imediatas para enfrentar a crise, preservar empregos e proteger os rendimentos (130). Conquanto cruciais para mitigar a crise, as medidas de saúde pública implementadas condicionaram forte deterioração no emprego e no rendimento pessoal e nacional, agravando as desigualdades existentes e os riscos socioeconómicos e em saúde a longo prazo das populações (130). À combinação da pandemia com o distanciamento social estão associados diversos riscos: riscos de saúde (a exposição a contactos sociais é maior para ocupações de baixos rendimentos; condições precárias de trabalho dificultam o distanciamento social e a possibilidade de confinamento; pessoas com baixos rendimentos têm maior probabilidade de viver em comunidades desfavorecidas, em moradias sobrelotadas e com falta de condições de saneamento adequadas), riscos de rendimento (a exposição à perda de emprego é maior para ocupações de baixo rendimento) e riscos laborais (a viabilidade de teletrabalho é menor para ocupações de baixos rendimentos e escolaridade) (124).

Tal como verificado, os DSS são dinâmicos e interativos. A concentração de DSS desfavoráveis num determinado grupo populacional, tem mostrado ter efeitos nefastos na saúde das populações (6,135). Na maioria dos países, verifica-se a agregação de fatores de risco, com subgrupos semelhantes afetados de forma semelhante: mulheres (104,116,130,139), trabalhadores jovens¹⁷ (81,104,116,120,135), com baixa escolaridade (104,113,116,120,121,140,145), com situação profissional instável ou trabalhador por conta própria (81,104,120,126), baixos rendimentos (104,113,126,133,135) e com difícil acesso ao teletrabalho (103,104,116,121,128).

No início da atual pandemia, um dos grandes desafios consistiu na falta de informações adequadas sobre elementos importantes que deveriam orientar a formulação de políticas. Não só houve dificuldades em avaliar a prevalência da doença e a sua propagação na população, mas também dificuldade em avaliar os custos e benefícios associados às medidas preventivas colocadas em ação, assim como, o impacto das medidas de apoio disponibilizadas à população (111). Epidemiologistas e economistas tiveram que fazer previsões e recomendações de políticas usando informações muito limitadas (111).

Na preparação para futuras pandemias, é essencial perceber esses impactos (104). O reforço de sistemas de vigilância epidemiológica em relação aos DSS com maior impacto em ganhos de saúde com equidade é primordial e depende, intrinsecamente, da colaboração intersectorial (42). Suportado pela evidência de que ações e políticas de setores fora da saúde têm repercussões positivas ou negativas na saúde e na equidade (42), são necessárias medidas ainda mais ambiciosas no início de uma crise desta natureza para reduzir choques financeiros imediatos e evitar o aumento das desigualdades económicas e em saúde (116).

Apesar da mitigação dos efeitos da crise gerada pela pandemia da COVID-19, em 2020, a população portuguesa sofreu um impacto significativo. No ano compreendido entre o 2º trimestre de 2020 e o 1º trimestre de 2021, o PIB contraiu 8,4% em volume (+1,3% nos 12 meses anteriores), sendo que o maior decréscimo se registou no 2º trimestre de 2020, correspondente a uma variação de -16,4% (107).

Uma das medidas implementadas pelo governo português, o teletrabalho obrigatório, constitui um importante fator de mitigação dos riscos de infeção e económicos desta pandemia, permitindo aos trabalhadores evitarem deslocações, reduzir o número de pessoas com quem interagem e preservar os seus salários por completo (81). Outras

¹⁷ Com exceção do género e idade, em que os dados são contraditórios para o teletrabalho em contexto de pandemia.

alternativas, como o *lay-off*, conduzem, pelo contrário, a perdas de rendimento consideráveis (81). Porém, o teletrabalho não é isento de riscos para a saúde com diversos trabalhadores a relatarem trabalhar no seu tempo livre (104), identificando como desafios a solidão/isolamento, a desmotivação e o espaço de trabalho físico deficiente (146), o que levanta preocupações sobre o equilíbrio trabalho-vida familiar, saúde mental e bem-estar dos teletrabalhadores (68,130,147).

Uma resposta política resoluta é necessária para lidar com a fragilidade e desigualdade das condições sociais e económicas e permitir uma recuperação centrada nas pessoas (113). Em antecipação ao aumento da incidência de teletrabalho no pós-pandemia, insinua-se a possibilidade de adequar este regime de trabalho às exigências atuais, nomeadamente, esclarecimentos sobre o processo de solicitação e concessão de teletrabalho, duração e reversibilidade, apoio às despesas dos trabalhadores, meios de monitorização pelo empregador, direito a desligar¹⁸ (148), acesso a formação e definição dos modelos híbridos que conjugam teletrabalho com trabalho presencial nas instalações do empregador (68,104). Esta disseminação do teletrabalho pode também representar a oportunidade de uma transferência significativa da atividade económica dos grandes centros urbanos para áreas residenciais e possivelmente rurais, permitindo uma distribuição territorial mais equitativa da mesma (104).

A crise gerada pela COVID-19 representa uma oportunidade para os governos, em conjunto com os parceiros sociais, desenvolver políticas de trabalho mais justas, procurando: promover o crescimento económico e a criação de empregos produtivos; apoiar o rendimento familiar e as transições no mercado de trabalho, especialmente para aqueles mais afetados pela crise; robustecer as bases institucionais do crescimento económico sustentável e resiliente, da inclusão e do desenvolvimento; desenvolver e assegurar a implementação efetiva de estratégias de recuperação centradas nas pessoas (130).

A pandemia constitui também a oportunidade de desenvolvimento de um sistema de saúde ainda mais equitativo (149). Monitorizar as desigualdades em saúde, através da seleção de áreas de saúde relevantes e da identificação de indicadores e dimensões de desigualdades relevantes para essas áreas, permite mudanças que podem ser implementadas e que irão ter um impacto real na melhoria da saúde das populações (149). Sem um esforço abrangente e concertado dos governos e sociedade, as desigualdades socioeconómicas e na saúde persistirão em várias dimensões (130). Isto

¹⁸ O direito a desligar pode ser definido como o direito dos trabalhadores a não se envolverem em atividades relacionadas com o trabalho ou comunicações por meios de ferramentas digitais fora do horário de trabalho.

destaca a necessidade de uma resposta política sustentada para proteger os indivíduos mais vulneráveis contra o impacto negativo de futuras crises de saúde pública (117).

6.4 LIMITAÇÕES

Tal como já foi anteriormente mencionado, a amostra em estudo não é representativa da população portuguesa, o que limita a generalização dos resultados aqui encontrados. É possível verificar uma sub-representação dos escalões sociais mais baixos e uma sobrerrepresentação da população com escolaridade superior e de setores com grande potencial de transição para o teletrabalho e com baixa probabilidade de perda de rendimento¹⁹.

Esta limitação deve-se ao viés de seleção (102), condicionado pelo método de amostragem não-probabilística e pelo recrutamento de participantes através do método “bola de neve”, com divulgação do questionário *online* através das redes sociais. Ao se considerar um questionário *online*, apenas a população com acesso a equipamentos eletrónicos como computadores, *tablets* ou *smartphones* e ligação à internet, tem a possibilidade de participar.

Deve também ser considerada a literacia digital da população. Em 2018, apenas cerca de 53% dos portugueses possuíam conhecimentos básicos de literacia digital (150). Dados da Estratégia Nacional para a Inclusão e Literacia Digitais (2015 – 2020) (ENILD) mostram que 30% dos portugueses nunca utilizaram a internet (4ª maior taxa na UE28) e a adesão à banda larga móvel (38/100 habitantes) e fixa (53%) fica abaixo dos valores registados na Europa (129). Ao verificar o custo da conexão em banda larga, encontra-se para Portugal o 3º maior entre os países comunitários, colocando-o na 26ª posição (129). Além disso, a evidência mostra que a capacidade de utilização da internet é menor em alguns segmentos da população, nomeadamente idosos, pessoas que vivem em áreas remotas e pessoas com baixa escolaridade, não sendo possível corrigir o viés que é introduzido por esses fatores (104).

Assim, a própria amostra utilizada neste estudo espelha as assimetrias na população portuguesa, potenciando a maior participação daqueles que possuem maior literacia digital, e provavelmente, maior literacia em saúde e oportunidades.

¹⁹ De acordo com dados da PORDATA (155), em 2019, a população portuguesa possuía maioritariamente escolaridade até ao ensino secundário (23,9%, dados de 2020) e com rendimentos brutos mensais por agregado familiar abaixo dos 900€ (26,7%).

7 CONCLUSÃO

A Constituição da OMS declara, em 1948, que *“The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition”* (39, p1). Esta declaração é uma poderosa afirmação no sentido de todas as nações avançarem em direção à equidade em saúde como um direito humano (151).

Preponderantes na definição da saúde das populações, entender os DSS através da evidência científica oferece um conhecimento valioso e um poderoso instrumento, aquando do desenvolvimento e implementação de estratégias e políticas em saúde, na persecução de uma sociedade e sistema de saúde mais equitativo e justo (9).

É já claro que a crise gerada pela pandemia da COVID-19 tem tido e continuará a ter amplas consequências em vários aspetos da vida contemporânea (152). Os efeitos da pandemia não se resumem ao número de mortes e infeções por COVID-19 mas envolvem efeitos colaterais avassaladores, como a perda de rendimento ou de habitação, que aumentam o risco de morbilidade física e mental e mortalidade por todas as causas (9).

No presente estudo foi analisada a influência de determinantes sociodemográficos e económicos no teletrabalho e perda de rendimento, com a finalidade de perceber se estes poderão ser potenciadores de desigualdades em contexto de pandemia da COVID-19, em Portugal. Do observado, é possível afirmar que os DSS estudados contribuíram para o agravamento das desigualdades e iniquidades em Portugal, com o aumento das disparidades entre diferentes grupos populacionais. Os resultados encontrados neste trabalho são, na grande generalidade, suportados pela bibliografia consultada, reforçando o conhecimento existente da tendência de DSS desfavoráveis se concentrarem em populações vulneráveis (7,120,126).

Em contexto pandémico, verifica-se que as desigualdades e iniquidades em saúde previamente existentes estão rapidamente a aumentar, potencialmente estendendo-se muito além do ciclo de vida da pandemia devido às desigualdades socioeconómicas e demográficas ao nível global, nacional e local (64). O trabalho desenvolvido contribuiu para evidenciar que os DSS, não apenas enquanto fatores de risco socioeconómico e na exposição à infeção, mas sendo fortemente influenciados pela pandemia, são essenciais para identificar desigualdades e auxiliar o desenvolvimento de intervenções direcionadas que efetivamente previnam a disseminação do vírus (91), mitiguem os efeitos da pandemia e reduzam as desigualdades sociais e em saúde.

Salientando-se o dinamismo, flexibilidade e complexidade das sociedades e dos seus determinantes, é fundamental o estudo contínuo dos mesmos, para o desenvolvimento sustentado das populações.

Ainda que todos os resultados baseados nesta amostra tenham um valor estritamente exploratório, é possível verificar a preservação de relações entre as variáveis, semelhante à que acontece em outros dos estudos consultados (111,113,116,133,136).

Recomenda-se a realização de mais investigação que permita compreender melhor os fenómenos de evolução das desigualdades aqui exibidas, examinando melhor a sua causalidade (estudos longitudinais e/ou qualitativos, por exemplo). Tal informação poderá ser preponderante para um conhecimento mais aprofundado destes fenómenos e, conseqüentemente, permitir o desenvolvimento de políticas mais adequadas. A continuação da análise dos dados obtidos do inquérito “Barómetro Covid-19: Opinião Social” é, também, uma mais-valia, uma vez que fornece informação primordial e o valioso ponto de vista dos portugueses sobre a pandemia.

À semelhança da evidência encontrada em outros estudos, é possível concluir que na preparação de futuras crises é essencial que cada país avalie continuamente quais são os membros mais vulneráveis da sociedade de forma a desenvolver medidas e estratégias rápidas e adequadas para apoiar aqueles em maior risco, na tentativa de reduzir experiências desproporcionais de adversidade entre os grupos socioeconómicos mais desfavorecidos (7,116,133).

A crise atual pode consistir numa oportunidade importante na mobilização do apoio público para reduzir as lacunas e fortalecer as políticas nacionais para abordar os DSS. É da maior pertinência que os decisores políticos ofereçam a todas as classes sociais condições de vida digna, assegurando a sua saúde e a das futuras gerações e, conseqüentemente, reduzir os custos relacionados com o tratamento e a incapacidade gerada pelas doenças agudas e crónicas. Os DSS são, então, essenciais para políticas de saúde mais integradoras, sendo aspetos facilitadores de um melhor futuro para todos.

A conceção deste trabalho permitiu a identificação de DSS com impacto no teletrabalho e na perda de rendimento pela população portuguesa participante, contribuindo de forma original para a Gestão em Saúde, através do reconhecimento da importância de intervir sobre os DSS e os seus impactos. Por tudo isto, considera-se que os objetivos propostos com a elaboração deste documento foram atingidos na íntegra.

8 BIBLIOGRAFIA

1. U.S. Department of Health and Human Services. Poverty [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources/poverty>
2. Gray II DM, Anyane-Yeboah A, Balzora S, Issaka RB, May FP. COVID-19 and the other pandemic: populations made vulnerable by systemic inequity. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*. 2020;17(9):520–2.
3. Snyder BF, Parks V. Spatial variation in socio-ecological vulnerability to Covid-19 in the contiguous United States. *Heal Place*. 2020;66(Nov):102471.
4. Valentine N. Overview - COVID-19 impacts. In: WHO Webinar - Inequities in COVID-19 infection and mortality: socioeconomic risk factors and populations at risk [Internet]. 2020 [cited 2020 Dez 12]. WHO; Available from: <https://www.who.int/news-room/events/detail/2020/11/04/default-calendar/who-webinar---inequities-in-covid-19-infection-and-mortality-socioeconomic-risk-factors-and-populations-at-risk>
5. McNeely CL, Schintler LA, Stabile B. Social Determinants and COVID-19 Disparities: Differential Pandemic Effects and Dynamics. *World Med Heal Policy*. 2020;12(3):206–17.
6. Calderón-Larrañaga A, Dekhtyar S, Vetrano DL, Bellander T, Fratiglioni L. COVID-19: risk accumulation among biologically and socially vulnerable older populations. *Ageing Res Rev*. 2020;63(July).
7. Hawkins D. Social determinants of COVID-19 in Massachusetts, United States: An ecological study. *J Prev Med Public Heal*. 2020;53(4):220–7.
8. Saunders MJ, Evans CA. COVID-19, tuberculosis and poverty: Preventing a perfect storm. *Eur Respir J [Internet]*. 2020;56(2001348):1–5.
9. Shadmi E, Chen Y, Dourado I, Faran-Perach I, Furler J, Hangoma P, et al. Health equity and COVID-19: global perspectives. *Int J Equity Health*. 2020;19(104):1–16.
10. George F. Sobre Determinantes da Saúde. Texto adaptado e resumido baseado num capítulo da publicação intitulada “Histórias de Saúde Pública” escrito pelo Autor e editado pelos Livros Horizonte (2004) [Internet]. Lisboa; 2011 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/publicacoes-de-francisco-george-sobre-determinantes-da-saude-pdf.aspx>

11. Dayrell A, Cristina A, Andrade DS, Machado EL, Lúcia A, Magalhães AS, et al. Observando por meio da lupa da COVID-19: um exame das disparidades nas capitais brasileiras. *Scielo Prepr*.
12. Irigoyen-Camacho ME, Velazquez-Alva MC, Zepeda-Zepeda MA, Cabrer-Rosales MF, Lazarevich I, Castaño-Seiquer A. Effect of Income Level and Perception of Susceptibility and Severity of COVID-19 on Stay-at-Home Preventive Behavior in a Group of Older Adults in Mexico City. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7418):1–16.
13. Payne J. The consequences of pandemic-driven inequality. *Econ Outlook*. 2020;44(4):22–5.
14. Barreto ML. Health inequalities: A global perspective. *Cienc e Saude Coletiva*. 2017;22(7):2097–108.
15. Graham H. Social determinants and their unequal distribution: Clarifying policy understandings. *Milbank Q*. 2004;82(1):101–24.
16. OECD. Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems. OECD Health Policy Studies, editor. Paris: OECD Publishing; 2019.
17. Kawachi I, Subramanian S V., Almeida-Filho N. A glossary for health inequalities. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. 2002;56(9):647–52.
18. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. *Am J Public Health*. 2014;104(S4):517–9.
19. WHO. Health inequities and their causes [Internet]. 2018 [cited 2020 Nov 30]. Available from: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
20. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372:1661–9.
21. WHO. Closing the health equity gap: policy options and opportunities for action. [Internet]. Geneva; 2013. [cited 2020 Nov 10]. Available from: <http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-11-59.pdf>
22. WHO. Health promotion glossary [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; [Internet]. 1998. [cited 2020 Out 29]. Available from: [https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR Glossary 1998.pdf?ua=1](https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf?ua=1)
23. Riley M. Health inequality and COVID-19: the culmination of two centuries of

- social murder. *Br J Gen Pract.* 2020;70(697):397.
24. Marmot M, Atkinson T, Bell J, Black C, Broadfoot P, Cumberlege J, et al. Fair society, healthy lives: Timing is everything. The Marmot Review. Executive Summary. [Internet]. Vol. 340. 2010 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <http://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-exec-summary-pdf.pdf>
 25. Comission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva; 2008.
 26. Braveman P, Gottlieb L. The Social Determinants of Health: It ' s Time to Consider the Causes of the Causes. *Public Health Rep.* 2014;129 (Suppl(Jan-Feb):19–31.
 27. Solar O, Irwin A. A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization; 2010.
 28. Loureiro I, Miranda N. Promover a saúde. Dos fundamentos à acção. Coimbra: 3.^a edição. Almedina, editor. 2018.
 29. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *J Epidemiol Community Health.* 2020;74:964–8.
 30. WHO. The determinants of health [Internet]. 2012. 1–9. [cited 2020 Nov 20]. Available from: <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/>
 31. Marmot M, Wilkinson R. Social Determinants of Health. Second Edi. Oxford: Oxford University Press; 2006. 376 p.
 32. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Institute for Future Studies; 2007.
 33. Khalatbari-Soltani S, Cumming RC, Delpierre C, Kelly-Irving M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. *J Epidemiol Community Health.* 2020;74:620–3.
 34. U.S. Department of Health and Human Services. Employment. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 16]. Available from: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-health/interventions-resources/employment>
 35. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Smith GD. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Heal.* 2006;60:7–12.

36. Macinko JA, Shi L, Starfield B, Wulu Jr JT. Income Inequality and Health: A Critical Review of the Literature. *Med Care Res Rev.* 2003;60(4):407–52.
37. WHO. Health systems. Equity. [Internet]. 2021. Available from: <https://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/>
38. Simões J de A, Augusto, Gonçalo Figueiredo Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health Systems Review 2017. *Health Syst Transit.* 2017;19(2):1–184.
39. WHO. Constitution of the World Health Organization. 2005;(April 1948):1–18.
40. LEI nº 56/79, de 15 de setembro. D.R. 1.^a Série. 214 (1979-09-15). 2357–63. Criação do Serviço Nacional de Saúde (SNS). [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 15]. Available from: https://dre.pt/web/guest/pesquisa/-/search/369864/details/normal?p_p_auth=JqNc3epD
41. LEI nº 95/2019. D.R. 1.^a Série. 169 (2019-09-04). 55-66. Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei nº 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei nº 185/2002, de 20 de agosto. [Internet]. 2019. [cited 2020 Nov 17]. Available from: <https://dre.pt/home/-/dre/124417108/details/maximized>
42. PORTUGAL. Ministério da Saúde. DGS. Plano nacional de saúde: Revisão e extensão a 2020. Direção-Geral da Saúde. 2015;38.
43. Alves N, Monteiro N, Cardoso F. Uma caracterização da desigualdade do rendimento e do consumo em Portugal. *Rev Estud Económicos Banco Port.* 2020;(Janeiro).
44. PORDATA. Gini index (%). Measures the inequality of income distribution. [Internet]. 2021 [cited 2020 Dez 15]. Available from: [https://www.pordata.pt/en/Portugal/Gini+index+\(percentage\)-2166](https://www.pordata.pt/en/Portugal/Gini+index+(percentage)-2166)
45. Eurostat. Gini coefficient of equivalised disposable income - EU-SILC survey [Internet]. 2021 [cited 2020 Dez 15]. Available from: http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?lang=en&dataset=ilc_di12
46. Campos-Matos I, Russo G, Perelman J. Connecting the dots on health inequalities - A systematic review on the social determinants of health in Portugal. *Int J Equity Health* [Internet]. 2016;15(26):1–10.
47. Roberts JD, Tehrani SO. Environments, behaviors, and inequalities: Reflecting on the impacts of the influenza and coronavirus pandemics in the United States. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(4484):1–27.
48. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-

19. [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 15]. Available from: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
49. Abrams EM, Szeffler SJ. COVID-19 and the impact of social determinants of health. *Lancet*. 2020;8(7 (July 01)):659–61.
50. Wollenstein-Betech S, Silva AAB, Fleck JL, Cassandras CG, Paschalidis IC. Physiological and socioeconomic characteristics predict COVID-19 mortality and resource utilization in Brazil. *PLoS One*. 2020;15(10):1–15.
51. Hevia C, Neumeyer A. A Conceptual Framework for Analyzing the Economic Impact of COVID-19 and its Policy Implications. COVID19 Policy Doc Ser [Internet]. 2020;1(March 20):1–18. [cited 2020 Jan 15]. Available from: [https://www.undp.org/content/dam/rblac/Policy Papers COVID 19/UNDP-RBLAC-CD19-PDS-Number1-EN-F2.pdf](https://www.undp.org/content/dam/rblac/Policy%20Papers/COVID%2019/UNDP-RBLAC-CD19-PDS-Number1-EN-F2.pdf)
52. Center for Economic Policy Research. Economics in the Time of COVID-19 [Internet]. CEPR Press. Baldwin R, di Mauro BW, editors. 2020. 113 p. Available from: www.cepr.org
53. Gloster A, Lamnisos D, Lubenko J, Presti G, Squatrito V, Constantinou M, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health: An international study. *PLoS One*. 2020;15(12):1–20.
54. CDC. CDC COVID-19 Response Health Equity Strategy: Accelerating Progress Towards Reducing COVID-19 Disparities and Achieving Health Equity [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/health-equity/cdc-strategy.html>
55. Ahmad T, Haroon, Baig M, Hui J. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and economic impact. *Pakistan J Med Sci* [Internet]. 2020;36(COVID19-S4):S73–8. [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2638>
56. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, Al-jabir A, Iosifidis C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus pandemic (COVI-19): A review. *Int J Surg J* [Internet]. 2020;78(January):185–93. [cited 2020 Oct 20]. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2020.04.018>
57. International Monetary Fund. World Economic Outlook: A Long and Difficult Ascent. Washington, DC; 2020.
58. Sumner A, Hoy C, Ortiz-Juarez E. Estimates of the impact of COVID-19 on global

- poverty (WIDER Working Paper 2020/43). United Nations Univ [Internet]. 2020;(April):1–9.
59. World Bank. Global Economic Prospects, January 2021 Global Economic Prospects. Washington, DC: World Bank; [Internet]. 2021. 37–62. [cited 2020 Oct 30]. Available from: <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34710/9781464816123.pdf?sequence=15&isAllowed=y%0Ahttp://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-1612-3>
 60. INE. Contas Nacionais Trimestrais por Setor Institucional (Base 2016). 1º Trimestre de 2020. [Internet]. 2020. [cited 2020 Oct 31]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=414393776&DESTAQUESmodo=2
 61. INE. Contas Nacionais Trimestrais Por Setor Institucional (Base 2016) 4º Trimestre de 2020 [Internet]. 2021 [cited 2020 Oct 20]. Available from: [file:///C:/Users/Luisa Solinho/Downloads/26CNT_Setor_Institucional_4T2020.pdf](file:///C:/Users/Luisa%20Solinho/Downloads/26CNT_Setor_Institucional_4T2020.pdf)
 62. INE. Produto interno bruto dados encadeados em volume (B.1*g) (Taxa de variação homóloga - Base 2016 - %) por Localização geográfica [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 2]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&contecto=pi&indOcorrCod=0009887&selTab=tab0
 63. Goodell JW. COVID-19 and finance: Agendas for future research. *Financ Res Lett*. 2020;35(March):1–5.
 64. Maroko AR, Nash D, Pavidonis BT. COVID-19 and Inequity: a Comparative Spatial Analysis of New York City and Chicago Hot Spots. *J Urban Heal*. 2020;97(4):461–70.
 65. Chen J, Krieger N. Revealing the Unequal Burden of COVID-19 by Income, Race/Ethnicity, and Household Crowding: US County Versus Zip Code Analyses. *J Public Heal Manag Pr*. 2021;Jan/Feb(27 Suppl 1):S43–56.
 66. Office for National Statistics. Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation: deaths occurring between 1 March and 31 July 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvingcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand31july2020>

67. Rozenfeld Y, Beam J, Maier H, Haggerson W, Boudreau K, Carlson J, et al. A model of disparities: Risk factors associated with COVID-19 infection. *Int J Equity Health*. 2020;19(126):1–10.
68. Oakman J, Kinsman N, Stuckey R, Graham M, Weale V. A rapid review of mental and physical health effects of working at home: how do we optimise health? *BMC Public Health*. 2020;20(1825):1–13.
69. Achando C. Um estudo comparativo entre os teletrabalhadores habituais e os novos teletrabalhadores, associados à pandemia gerada pela Covid-19 [Internet]. Lisboa: Departamento de Economia Política. Instituto Universitário de Lisboa; [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/21859>
70. Eurofound and the International Labour Office. Working anytime, anywhere: The effects on the world of work. Geneva: Publications Office of the European Union, Luxembourg, and the International Labour Office; 2017.
71. National Center for Biotechnology Information. U.S. National Library of Medicine. Teleworking [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=teleworking>
72. Ellmér E. Telework and daily travel: New evidence from Sweden. *J Transp Geogr*. 2020;86(102777).
73. LEI n.º 99/2003. D.R. I Série-A.197 (2003.08.27). 5558-5656. Aprova o Código do Trabalho.
74. DECRETO-LEI n.º 10-A/2020. D.R. I Série. 52 (2020-03-13) 1º Suplemento. 22-(2) a 22-(13). Estabelece medidas excecionais e temporárias relativas à situação epidemiológica do novo Coronavírus - COVID 19.
75. DECRETO-LEI n.º 79-A/2020. D.R. 1.ª série. 192 (2020.10.01) 18-(5). Estabelece um regime excecional e transitório de reorganização do trabalho e de minimização de riscos de transmissão da infeção da doença COVID -19 no âmbito das relações laborais.
76. Restrepo BJ, Zeballos E. The effect of working from home on major time allocations with a focus on food-related activities. *Rev Econ Househ* [Internet]. 2020;18:1165–1187.
77. Government of Ireland. Remote Work in Ireland. Future Jobs 2019. 2019.
78. Baert S, Lippens L, Moens E, Sterkens P, Lippens L, Weytjens J. The COVID-19

- Crisis and Telework: A Research Survey on Experiences, Expectations and Hopes. Discussion Paper Series. 2020.
79. Liao JM, Navathe AS, Werner RM. The Impact of Medicare's Alternative Payment Models on the Value of Care. *Annu Rev Public Health*. 2020;41:551–65.
 80. Markey R. The impact of the COVID-19 virus on industrial relations. *J Aust Polit Econ*. 2020;(85):147–54.
 81. Silva PA e, Carmo RM do, Cantante F, Cruz C, Estêvão P, Manso L, et al. Trabalho e desigualdades no Grande Confinamento. *Estud CoLABOR* [Internet]. 2020;2:1–38. [cited 2021 Apr 7]. Available from: <https://colabor.pt/wp-content/uploads/2020/04/Estudos-CoLABOR-2.pdf>
 82. Schur LA, Ameri M, Kruse D. Telework After COVID: A “Silver Lining” for Workers with Disabilities? *J Occup Rehabil*. 2020;30(October).
 83. Tresierra C, Pozo A. La fatiga y la carga mental en los teletrabajadores: A propósito del distanciamiento social. *Rev Esp Salud Pública*. 2020;94(9 de octubre):1–17.
 84. Sousa D. O enquadramento legal do teletrabalho em Portugal. *Rev Derecho Soc Y Empres*. 2016;6(diciembre):1–18.
 85. Nijp HH, Beckers DG, Voorde K Van De, Geurts SA, Kompier MA, Nijp HH, et al. Effects of new ways of working on work hours and work location, health and job-related outcomes. *Chronobiol Int*. 2016;33(6):604–18.
 86. Kaduk A, Genadek K, Kelly EL, Moen P. Involuntary vs. voluntary flexible work: insights for scholars and stakeholders. *Community Work Fam*. 2019;22(4):412–42.
 87. Delanoeije J, Verbruggen M. The Use of Work-Home Practices and Work-Home Conflict: Examining the Role of Volition and Perceived Pressure in a Multi-Method Study. *Front Psychol*. 2019;10(October):1–18.
 88. Radulović AH, Žaja R, Milošević M, Radulović B, Luketić I, Božić T. Work from home and musculoskeletal pain in telecommunications workers during COVID-19 pandemic: a pilot study. *Arch Ind Hyg Toxicol*. 2021;72(3):232–9.
 89. OIT. Teleworking during the COVID-19 pandemic and beyond. A Practical Guide. Switzerland: International Labour Office; 2020.
 90. Fisher KA, Olson SM, Tenforde MW, Feldstein LR, Lindsell CJ, Saphiro N, et al. Morbidity and Mortality Weekly Report. Telework Before Illness Onset Among

- Symptomatic Adults Aged ≥ 18 Years With and Without COVID-19 in 11 Outpatient Health Care Facilities — United States, July 2020. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(44):1648–53.
91. De Souza CDF, Machado MF, Do Carmo RF. Human development, social vulnerability and COVID-19 in Brazil: A study of the social determinants of health. *Infect Dis Poverty.* 2020;9(124):4–13.
 92. ILO. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. Seventh edition. Updated estimates and analysis. *Int Labour Organ [Internet].* 2021;(January):1–35. [cited 2021 Mar 7]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_740877.pdf
 93. INE. Estatísticas do Emprego. 4.º trimestre de 2020. [Internet]. 2021 [cited 2021 Mar 7]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES_dest_boui=415270523&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
 94. United Nations. Make the SDGS a reality [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 20]. Available from: <https://sdgs.un.org/>
 95. Wadhera RK, Wadhera P, Gaba P, Figueroa J, Maddox K, Yeh R, et al. Variation in COVID-19 Hospitalizations and Deaths Across New York City Boroughs. *JAMA.* 2020;323(21):2192–2195.
 96. Santos AJ. Gestão estratégica conceitos, modelos e instrumentos. Coimbra: Coimbra Escolar Editora; 2008.
 97. Pedro AR, Gama A, Soares P, Moniz M, Laires PA, Dias S. COVID-19 Barometer: Social Opinion - What Do the Portuguese Think in This Time of COVID-19? *Port J Public Heal.* 2021;
 98. Laires PA, Dias S, Gama A, Moniz M, Pedro AR, Soares P, et al. The association between chronic disease and serious COVID-19 outcomes and its influence on risk perception: Survey study and database analysis. *JMIR Public Heal Surveill.* 2021;7(1):1–12.
 99. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública. 15 semanas a par-e-passo com os portugueses [Internet]. 2020. Available from: <https://barometro-covid-19.ensp.unl.pt/15-semanas-a-par-e-passo-com-os-portugueses/>
 100. Creswell JW. Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods

Approaches. 4th Editio. London: SAGE Publications Ltd.; 2014.

101. Bonita R, Beaglehole R, Kjellstrom T. Basic Epidemiology. 2nd editio. Geneva: World Health Organization; 2006.
102. Aguiar P. Estatística em Investigação Epidemiológica: SPSS. Guia Prático de Medicina. Climepsi Editores; 2007. 238 p.
103. Sostero M, Milasi S, Hurley J, Fernández-Macías E, Bisello M. Labour market change. Teleworkability and the COVID-19 crisis: a new digital divide ? Living, working and COVID-19. Luvxembourg; 2020.
104. Eurofound. Living, working and COVID-19, COVID-19 series. Luxembourg; 2020.
105. Sanz de Miguel P. Final report DeepView. Exploring the contribution of social dialogue and collective bargaining in the promotion of decent and productive virtual world. 2020.
106. Reis RF. COVID-19 e os Portugueses – A vida em tempo de quarentena. In: Knowledge @Católica-Lisbon Digital_ Conferences [Internet]. Lisboa: CESOP- Universidade Católica; 2020 [cited 2021 Jun 20]. Available from: <https://www.clsbe.lisboa.ucp.pt/pt-pt/knowledge-digital-series-covid-19-and-the-portuguese>
107. INE. Um ano de pandemia: uma breve síntese - 2020-2021. Lisboa: INE [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 10]. Available from: 2021. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=436991959&PUBLICACOESmodo=2
108. INE. COVID-19: monitoring the impact of the pandemic on enterprises. Fast Except Enterp Surv – COVID-19 Week from 27 April to 1 May 2020 [Internet]. 2020:1–18. [cited 2021 Jun 20]. Available from: https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/documentos-relacionados/iree_20200729.pdf
109. Banco de Portugal e INE. COVID-19: acompanhamento do impacto da pandemia nas empresas. Inquérito Rápido e Excecional às Empres - COVID-19 1ª quinzena julho 2020 [Internet]. 2020;29 de julh:1–23 [cited 2021 May 20]. Available from: https://www.bportugal.pt/sites/default/files/anexos/documentos-relacionados/iree_20200729.pdf
110. McCarthy A, Ahearne A, Bohle-Carbonell K, Síocháin TÓ, Frost D. Remote working during COVID-19: Ireland's National Survey Initial Report. Galway, Ireland: NUI Galway Whitaker Institute & Western Development Commission;

2020.

111. Belot M, Choi S, Jamison JC, Papageorge NW, Tripodi E, van den Broek-Altenburg E. Six-Country Survey on COVID-19. Vol. May, Discussion Paper Series. Bonn, Germany; 2020.
112. Barrero J, Bloom N, Davis S. COVID-19 and labour reallocation: Evidence from the US [Internet]. VoxEU.org, 14 July. 2020 [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://voxeu.org/article/covid-19-and-labour-reallocation-evidence-us>
113. Bick A, Blandin A, Mertens K. Work from Home After the COVID-19 Outbreak. Fed Reserv Bank Dallas. 2020;(July).
114. PORDATA. Empresas: total e por sector de actividade económica. Quantas são as empresas na agricultura, indústria, comércio ou noutros serviços? [Internet]. 2021-03-29. 2021 [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Empresas+total+e+por+sector+de+actividade+e+conómica-2856>
115. López-Igual P, Rodríguez-Modroño P. Who is teleworking and where from? Exploring the main determinants of telework in Europe. Sustainability. 2020;12(8797):1–15.
116. Adams-Prassl A, Boneva T, Golin M, Rauh C. Inequality in the Impact of the Coronavirus Shock: Evidence from Real Time Surveys. Vol. April, Discussion Paper Series. Bonn, Germany; 2020.
117. Pouliakas K, Branka J. EU Jobs at Highest Risk of COVID-19 Social Distancing: Will the Pandemic Exacerbate Labour Market Divide? Vol. IZA DP No., Discussion Paper Series. 2020.
118. St-Denis X. Sociodemographic Determinants of Occupational Risks of Exposure to COVID-19 in Canada. Can Rev Sociol Can Sociol. 2020;57(3):399–452.
119. OECD. Measuring Telework in the COVID-19 Pandemic. OECD Digit Econ Pap [Internet]. 2021;July(314). [cited 2021 Sep 16]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/0a76109f-en.pdf?expires=1636105682&id=id&accname=guest&checksum=7E4850F74DC A24AD6B84018BBB968DAC>
120. Fana M, Tolan S, Torrejón S, Urzi Brancati C, Fernández-Macías E. The COVID confinement measures and EU labour markets, EUR 30190 EN. Luxembourg; 2020.

121. Mongey S, Pilossoph L, Weinberg A. Which workers bear the burden of social distancing? *J Econ Inequal*. 2021;(August).
122. Milasi S, González-Vázquez, Ignacio Fernández-Macías E. Telework in the EU before and after the COVID-19: where we were, where we head to. *Science for Policy Briefs*. 2020.
123. Eurofound. Telework and ICT-based mobile work: Flexible working in the digital age. New forms of employment series. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
124. Cetrulo A, Guarascio D, Virgilito M enrica. The Privilege of Working From Home at the Time of Social Distancing. *Intereconomics*. 2020;Volume 55(Number 3):142–7.
125. Banco de Portugal e INE. COVID-19: acompanhamento do impacto da pandemia nas empresas. Inquérito Rápido e Excecional às Empres - COVID-19. *Semana de(14 de abril de 2020):1–19*.
126. Holst H, Fessler A, Niehoff S. Covid-19, social class and work experience in Germany: inequalities in work-related health and economic risks. *Eur Soc* [Internet]. 2021;23(S1):S495–512. [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://doi.org/10.1080/14616696.2020.1828979>
127. INE e PORDATA. Pessoal ao serviço nas empresas não financeiras: total e por sector de actividade económica [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Pessoal+ao+serviço+nas+empresas+não+fin+anceiras+total+e+por+sector+de+actividade+económica-353>
128. Dingel JI, Neiman B. How Many Jobs Can be Done at Home? *Covid Economics: Vetted and Real-Time Papers 1*. Chicago; 2020.
129. Rede TIC e Sociedade. Estratégia Nacional para a Inclusão e Literacia Digitais (2015 – 2020) [Internet]. Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), I.P. 2014. Available from: <http://www.ticsociedade.pt/enild>
130. International Labour Organization. World Employment and Social Outlook. Trends 2021. Geneva, Switzerland; 2021.
131. INE. Estimativas Mensais de Emprego e Desemprego. Agosto de 2020. [Internet]. Destaque. Informação à comunicação social. [cited 2021 Sep 20]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=415271578&DESTAQUESmodo=2

132. Mamede RP, Pereira M, Simões A. Portugal: Uma análise rápida do impacto da COVID-19 na economia e no mercado de trabalho. *Organ Int do Trab.* 2020;Junho:1–26.
133. Wright L, Steptoe A, Fancourt D. Are we all in this together? Longitudinal assessment of cumulative adversities by socioeconomic position in the first 3 weeks of lockdown in the UK. *J Epidemiol Community Heal.* 2020;(74):683–8.
134. ILO, OECD. The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes in G20 economies. G20 Saudi Arab 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Sep 30]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---cabinet/documents/publication/wcms_756331.pdf
135. Eurostat. COVID-19 labour effects across the income distribution [Internet]. 2020 [cited 2021 May 7]. Available from: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=COVID-19_labour_effects_across_the_income_distribution
136. Dang HH, Nguyen CV. Gender Inequality during the COVID-19 Pandemic: Income, Expenditure, Savings, and Job Loss. *IZA Discuss Pap* [Internet]. 2020;13824.
137. ILO. Building Forward Fairer: Women’s rights to work and at work at the core of the COVID-19 recovery. *ILO Br.* 2021;(July):1–9.
138. Alon T, Doepke M, Olmstead-Rumsey J, Tertilt M. The Impact of COVID-19 on Gender Equality. *Natl Bur Econ Res.* 2020;April(NBER Working Paper No. 26947).
139. Tang V, Santiago A, Khan Z, Amaglobeli D, Dugarova E, Gifford K, et al. Gender Equality and COVID-19: Policies and Institutions for Mitigating the Crisis. *Special Series on COVID-19.* 2021.
140. Jonsson J, Matilla-Santander N, Kreshpaj B, Orellana C, Johansson G, Alderling M, et al. Exploring multidimensional operationalizations of precarious employment in Swedish register data – a typological approach and a summative score approach by. 2021;47(2):117–26.
141. IEFPP. Informação Mensal. Mercado de Emprego. [Internet]. 2020;Julho 2020. [cited 2021 May 20]. Available from: <https://www.iefp.pt/documents/10181/9766505/Informação+Mensal+julho+2020.pdf/8c9dede0-213c-4f4d-a803-b11029e13f33>
142. PORDATA. Taxa de risco de pobreza após transferências sociais: por nível de

- escolaridade [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Taxa+de+risco+de+pobreza+após+transferências+sociais+por+nível+de+escolaridade-2417-2483>
143. PORDATA. Pequenas e médias empresas em % do total de empresas: total e por dimensão [Internet]. 2021 [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal/Pequenas+e+médias+empresas+em+percentagem+do+total+de+empresas+total+e+por+dimensão-2859>
 144. PORDATA. Diferença entre o salário mínimo nacional e a remuneração base média mensal dos trabalhadores por conta de outrem [Internet]. 2021. [cited 2021 Sep 20]. Available from: <https://www.pordata.pt/Municipios/Diferença+entre+o+salário+mínimo+nacional+e+a+remuneração+base+média+mensal+dos+trabalhadores+por+conta+de+outrem-477>
 145. van der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The Relationship Between Health, Education, and Health Literacy: Results From the Dutch Adult. *J Health Commun.* 2013;18:172–84.
 146. McCarthy A, Bohle-Carbonell K, Ó Síocháin T, Frost D. Remote Working during COVID-19: Ireland's National Survey - Phase II Report. Galway, Ireland: NUI Galway Whitaker Institute & Western Development Commission; 2020.
 147. Eurofound. Regulations to address work–life balance in digital flexible working arrangements. New forms. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.
 148. European Parliament. Right to disconnect. European Parliament resolution of 21 January 2021 with recommendations to the Commission on the right to disconnect (2019/2181(INL)). [Internet]. 2021 [cited 2021 Jun 20]. Available from: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0021_EN.pdf
 149. WHO. National health inequality monitoring: a step-by-step manual. Geneva: World Health Organization; 2017.
 150. Governo da República Portuguesa. Governo quer 80% dos portugueses com literacia digital até 2030 [Internet]. [cited 2021 Jan 20]. Available from: <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc21/comunicacao/noticia?i=governo-quer-80-dos-portugueses-com-literacia-digital-ate-2030>
 151. Lee H, Kim D, Lee S, Fawcett J. The concepts of health inequality, disparities and equity in the era of population health. *Appl Nurs Res.* 2020;56(151367):1–5.

152. Fadinger H, Schymik J. The costs and benefits of home office during the Covid-19 pandemic: Evidence from infections and an input-output model for Germany. Covid Econ Vettedand Real-time Pap. 2020;24 April(9):117–34.
153. Albrecht C, Rosa R, Bordin R. O conceito de equidade na produção científica: uma revisão. Saúde Soc São Paulo. 2017;26(1):115–28.
154. INE. Produto interno bruto real per capita (Taxa de variação anual - Base 2016 - %); Anual [Internet]. [cited 2021 Apr 1]. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0009888&contexto=bd&selTab=tab2
155. PORDATA. Portugal [Internet]. 2021 [cited 2021 May 2]. Available from: <https://www.pordata.pt/Portugal>
156. PORDATA. População residente com 15 e mais anos por nível de escolaridade completo mais elevado segundo os Censos (%). [Internet]. 2015-06-26 [cited 2021 Sep 15]. Available from: [https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%c3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+\(percentagem\)-380](https://www.pordata.pt/Municipios/Popula%c3%a7%c3%a3o+residente+com+15+e+mais+anos+por+n%c3%advel+de+escolaridade+completo+mais+elevado+segundo+os+Censos+(percentagem)-380)

9 ANEXOS

9.1 ANEXO 1

Recodificação de variáveis

Variáveis	Hipóteses originais de resposta da base de dados	Recodificação
Situação profissional	1 = “Estudante” 2 = “Trabalhador por conta de outrem” 3 = “Trabalhador por conta própria” 4 = “Doméstica(o)” 5 = “Reformado” 6 = “Desempregado” 7 = “Bolseiro de Investigação” 8 = “Desempregado com subsídio de desemprego” 9 = “Desempregado sem subsídio de desemprego” 10 = “Não trabalho, mas recebo algum tipo de apoio social” 11 = “Trabalhador a recibos-verdes” 12 = “Trabalhador por conta de outrem com contrato com termo certo” 13 = “Trabalhador por conta de outrem com contrato com sem termo ou termo incerto” 14 = “Outro”	1 = “Trabalhador por conta de outrem” - inclui “Trabalhador por conta de outrem”, “Trabalhador por conta de outrem com contrato com termo certo”, “Trabalhador por conta de outrem com contrato sem termo ou termo incerto” e “Bolseiro de Investigação” 2 = “Trabalhador por conta própria” - inclui “Trabalhador por conta própria” e “Trabalhador a recibos-verdes”
Rendimento mensal líquido do agregado familiar	1 = “<650€” 2 = “651-1000€” 3 = “1001-1500€” 4 = “1501-2000€” 5 = “2001-2500€” 6 = “> 2501€” 7 = “Não sei”	1 = “<650€” 2 = “651-1000€” 3 = “1001-1500€” 4 = “1501-2500€” inclui “1501-2000€” e “2001-2500€” 5 = “> 2501€”
Região de residência	1 = “Lisboa e Vale do Tejo” 2 = “Norte” 3 = “Centro” 4 = “Alentejo” 5 = “Algarve” 6 = “Região Autónoma dos Açores” 7 = “Região autónoma da Madeira” 8 = “Fora de Portugal”	1 = “Lisboa e Vale do Tejo” 2 = “Norte” 3 = “Centro” 4 = “Alentejo” 5 = “Algarve” 6 = “Região autónoma da Madeira” 7 = “Região Autónoma dos Açores”
Teletrabalho	1 = “Teletrabalho” 2 = “Teletrabalho a tempo inteiro” 3 = “Teletrabalho a tempo parcial e tempo restante no local de trabalho” 4 = “No local de trabalho com contacto com o público ou colegas” 5 = “No local de trabalho sem contacto com o público ou colegas” 6 = “Suspendi a atividade profissional” 7 = “Não se aplica”	0 = “Não” – inclui “No local de trabalho com contacto com o público ou colegas”, “No local de trabalho sem contacto com o público ou colegas” e “Suspendi a atividade profissional” 1 = “Teletrabalho” - inclui “Teletrabalho”, “Teletrabalho a tempo inteiro” e “Teletrabalho a tempo parcial e tempo restante no local de trabalho”
Perda de Rendimento	1 = “Não” 2 = “Perdi parcialmente” 3 = “Perdi totalmente”	0 = “Não” 1 = “Sim” inclui “Perdi parcialmente” e “Perdi totalmente”
Observações: As categorias de resposta “Estudante”, “Doméstica(o)”, “Reformado”, “Desempregado”, “Não trabalho, mas recebo algum tipo de apoio social” e “Outro”, da variável independente “Situação profissional”, foram excluídos da análise por não se incluírem na população-alvo em estudo, isto é, população residente profissionalmente ativa.		

A categoria de resposta “Não sei” da variável independente “Rendimento mensal líquido do agregado familiar” foi equiparada a resposta omissa por não responder à questão em causa e não existir interesse na persecução da influência, desta categoria, nos fenómenos em estudo.

A categoria de resposta “Fora de Portugal” da variável independente “Região de residência” foi equiparada a resposta omissa dado não ir ao encontro dos objetivos geral e específicos definidos para este trabalho, isto é, a análise do contexto nacional.

Por não se adequar à variável “Teletrabalho”, a categoria de resposta “Não se aplica” foi equiparada a resposta omissa. Além de constituir uma potencial fonte de viés, não existe interesse na persecução da influência desta categoria nos fenómenos em estudo, enquanto variável independente, e dos determinantes sociodemográficos e económicos em estudo nesta categoria, enquanto variável dependente.

9.2 ANEXO 2

Condições para a cedência da base de dados Barómetro COVID-19 - Opinião Social



Condições para a cedência da base de dados Barómetro COVID-19 - Opinião Social

No âmbito do Barómetro COVID-19 da ENSP, base de dados da Opinião Social é disponibilizada para fins de investigação aplicada. Os dados disponibilizados no âmbito do Curso de Mestrado em Gestão da Saúde só podem ser utilizados para a realização do trabalho de projeto /mestrado do mesmo curso. Não podem ser cedidos ou copiados para qualquer outro fim. Caso necessite de utilizar estes dados para outros fins deve solicitar a devida autorização à coordenação do projeto.

Os dados agora disponibilizados constituem informação anonimizada, não sendo possível identificar o utente, considerando que:

- a) O aluno garantirá o tratamento leal e seguro dos dados, devendo respeitar o princípio da minimização dos dados pessoais, consultando e tratando apenas os dados estritamente necessários para a sua investigação;
- b) Os dados serão utilizados única e exclusivamente para os fins de investigação delimitados por cada aluno;
- c) A utilização dos dados para outros fins além dos que se enquadrem nas respetivas competências deverá ser objeto de pedido de autorização à coordenação do projeto;
- d) O aluno não procederá ao encaminhamento dos dados a terceiros, devendo os alunos a quem forem cedidos os dados conservá-los sobre estrita confidencialidade;
- e) No final da sua investigação, e quando os dados constantes da base de dados deixarem de ser necessários, os alunos deverão proceder ao apagamento do seu exemplar da base de dados, garantindo que não conservarão a mesma quando ela já não seja necessária;
- f) O aluno indicará a ENSP/CISP na sua afiliação em todos os trabalhos e publicações desenvolvidas que façam uso dos dados fornecidos;
- g) A produção de publicações que façam uso dos dados fornecidos deverá incluir membros da equipa do Opinião Social e ser objeto de pedido de autorização à coordenação do projeto;

- h) As publicações científicas, ou de outro âmbito, produzidas que façam uso dos dados fornecidos deverão ter sempre como último autor a equipa do Opinião Social- Barómetro COVID-19*
- i) O aluno remeterá à ENSP cópia das publicações e documentos que façam uso dos dados fornecidos.

Breve Resumo do projeto: Analisar as desigualdade sociais em contexto de pandemia, observando o impacto da pandemia COVID-19 em alguns determinantes sociais da saúde, nomeadamente, “emprego” e “rendimento”. Perceber a expressão deste impacto atendendo ao género e faixas etárias da população portuguesa, na perspetiva dos inquiridos no questionário Barómetro Covid-19: Opinião Social.

Orientadores: Professora Doutora Sónia Dias

Professora Doutora Ana Gama (co-orientadora)

Declaro que li e aceito as condições acima descritas para a utilização da referida base de dados.

Lisboa, 20 de Outubro de 2020

Nome do aluno – Luísa Catarina Palmeira Solinho

Assinatura – 

Nome do Orientador –

Assinatura –

* Equipa Opinião Social - Barómetro COVID-19 - Sónia Dias (Coordenação Científica); Ana Rita Pedro (Coordenação Executiva); Alexandre Abrantes; Ana Gama; Ana Marta Moniz; Carla Nunes; Patrícia Soares; Pedro Aguiar; Pedro Lares; Rui Santana.

9.3 ANEXO 3

Associação da variável dependente “Teletrabalho” com os determinantes sociodemográficos e económicos

Determinantes sociodemográficos e económicos		Teletrabalho				Valor de p
		Não (n=64529)		Sim (n=69886)		
		Frequência	% válida	Frequência	% válida	
Género (n=134328)	Feminino	40141	46,5%	46133	53,5%	<0,001
	Masculino	24341	50,7%	23713	49,3%	
Idade (n=134415)	16-25	3625	63,1%	2123	36,9%	<0,001
	26-45	37241	50,2%	37013	49,8%	
	46-65	22967	43,3%	30004	56,6%	
	>65	696	48,3%	746	51,7%	
Escolaridade (n=134128)	Até ao 9º ano	5248	89,8%	596	10,2%	<0,001
	Secundário	21102	69,2%	9393	30,8%	
	Ensino Superior	38003	38,9%	59786	61,1%	
Situação profissional (n=134415)	Trabalhador por conta de outrem	47902	44,3%	60230	55,7%	<0,001
	Trabalhador por conta própria	16627	63,3%	9656	36,7%	
Rendimento mensal líquido do agregado familiar (n=123247)	<650€	4796	81,0%	1122	19,0%	<0,001
	651-1000€	12844	64,7%	6996	35,3%	
	1001-1500€	14581	50,9%	14070	49,1%	
	1501-2500€	18111	42,3%	24685	57,7%	
	> 2501€	8841	33,9%	17201	66,1%	
Região de residência (n=133140)	LVT	29669	47,8%	32462	52,2%	<0,001
	Norte	16711	48,8%	17551	51,2%	
	Centro	8974	46,6%	10289	53,4%	
	Alentejo	2324	48,7%	2444	51,3%	
	Algarve	2466	46,4%	2853	53,6%	
	RAM	1267	49,9%	1274	50,1%	
	RAA	2483	51,1%	2373	48,9%	

9.4 ANEXO 4

Associação entre os Determinantes Sociodemográficos e Económicos e o Teletrabalho – Qui-Quadrado de Pearson

Determinantes sociodemográficos e económicos	Teletrabalho		
	Qui-Quadrado de Pearson	Graus de liberdade	Valor de p
Género	210,510 ^a	1	<0,001
Idade	1118,035 ^a	3	<0,001
Escolaridade	12853,072 ^a	2	<0,001
Situação profissional	3045,747 ^a	1	<0,001
Rendimento mensal líquido do agregado familiar	7524,325 ^a	4	<0,001
Região de residência	54,554 ^a	6	<0,001
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5.			

9.5 ANEXO 5

Regressão logística do teletrabalho

Determinantes sociodemográficos e económicos		Teletrabalho					
		OR Brutos			OR Ajustados		
		Valor OR Bruto	IC95%	Valor de p	Valor OR Ajustado	IC95%	Valor de p
Género	Feminino	1,180	1,154 – 1,206	p <0,001	1,066	1,038 – 1,094	p <0,001
	Masculino ¹	1			1		
Idade	16-25 ¹	1			1		
	26-45	1,697	1,605 – 1,794	p <0,001	1,380	1,294 – 1,472	p <0,001
	46-65	2,231	2,109 – 2,360	p <0,001	1,881	1,761 – 2,009	p <0,001
	>65	1,830	1,629 – 2,056	p <0,001	1,595	1,395 – 1,824	p <0,001
Escolaridade	Até ao 9º ano ¹	1			1		
	Secundário	3,919	3,589 – 4,281	p <0,001	3,519	3,201 – 3,867	p <0,001
	Ensino Superior	13,853	12,715 – 15,092	p <0,001	10,536	9,602 – 11,560	p <0,001
Situação profissional	Trabalhador por conta de outrem	2,165	2,106 – 2,226	p <0,001	2,233	2,163 – 2,305	p <0,001
	Trabalhador por conta própria ¹	1			1		
Rendimento mensal líquido do agregado familiar	<650€ ¹	1			1		
	651-1000€	2,328	2,168 – 2,500	p <0,001	1,764	1,636 – 1,901	p <0,001
	1001-1500€	4,125	3,850 – 4,419	p <0,001	2,403	2,233 – 2,585	p <0,001
	1501-2500€	5,826	5,444 – 6,235	p <0,001	3,011	2,801 – 3,236	p <0,001
	> 2501€	8,316	7,755 – 8,918	p <0,001	3,741	3,470 – 4,033	p <0,001
Região de residência	LVT	1,145	1,080 – 1,214	p <0,001	1,231	1,153 – 1,314	p <0,001
	Norte	1,099	1,035 – 1,167	p=0,002	1,243	1,162 – 1,330	p <0,001
	Centro	1,200	1,126 – 1,278	p <0,001	1,260	1,174 – 1,352	p <0,001
	Alentejo	1,100	1,016 – 1,192	p=0,019	1,143	1,045 – 1,251	p=0,003
	Algarve	1,211	1,120 – 1,309	p <0,001	1,275	1,168 – 1,391	p <0,001
	RAM	1,052	0,956 – 1,158	p=0,299	1,108	0,995 – 1,234	p=0,061
	RAA ¹	1			1		

¹categoria de referência. A negrito encontram-se os resultados considerados estatisticamente significativos (p<0,05).

9.6 ANEXO 6

Associação da variável dependente “Perda de rendimento” com os determinantes sociodemográficos e económicos

Determinantes sociodemográficos e económicos		Perda de rendimento				Valor de p
		Não (n=5711)		Sim (n=3552)		
		Frequência	% válida	Frequência	% válida	
Género (n=9255)	Feminino	4026	61,5%	2525	38,5%	0,567
	Masculino	1679	62,1%	1025	37,9%	
Idade (n=9263)	16-25	755	46,4%	871	53,6%	<0,001
	26-45	2735	59,9%	1828	40,1%	
	46-65	2150	72,5%	816	27,5%	
	>65	71	65,7%	37	34,3%	
Escolaridade (n=9228)	Até ao 9º ano	243	41,8%	338	58,2%	<0,001
	Secundário	1446	53,0%	1281	47,0%	
	Ensino Superior	4000	67,6%	1920	32,4%	
Situação profissional (n=9263)	Trabalhador por conta de outrem	5301	68,0%	2500	32,0%	<0,001
	Trabalhador por conta própria	410	28,0%	1052	72,0%	
Rendimento mensal líquido do agregado familiar (n=8516)	<650€	341	35,4%	621	64,6%	<0,001
	651-1000€	793	49,8%	798	50,2%	
	1001-1500€	1094	62,5%	656	37,5%	
	1501-2500€	1698	69,7%	737	30,3%	
	> 2501€	1349	75,9%	429	24,1%	
Região de residência (n=9189)	LVT	2785	64,0%	1564	36,0%	<0,001
	Norte	1339	57,4%	994	42,6%	
	Centro	860	61,3%	542	38,7%	
	Alentejo	200	63,5%	115	36,5%	
	Algarve	225	60,5%	147	39,5%	
	RAM	94	70,1%	40	29,9%	
	RAA	162	57,0%	122	43,0%	
Teletrabalho (n=8662)	Não	1924	46,9%	2178	53,1%	<0,001
	Sim	3542	77,7%	1018	22,3%	

9.7 ANEXO 7

Associação entre os determinantes sociodemográficos e económicos e a Perda de Rendimento - Qui-Quadrado de Pearson

Determinantes Sociodemográficos e Económicos	Perda de rendimento		
	Qui-Quadrado de Pearson	Graus de liberdade	Valor de p
Género	0,328 ^a	1	0,567
Idade	313,042 ^a	3	<0,001
Escolaridade	270,067 ^a	2	<0,001
Situação profissional	829,482 ^a	1	<0,001
Rendimento mensal líquido do agregado familiar	594,555 ^a	4	<0,001
Região de residência	35,729 ^a	6	<0,001
Teletrabalho	878,212 ^a	1	<0,001
a. 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5.			

9.8 ANEXO 8

Regressão logística da perda de rendimento

Determinantes sociodemográficos e económicos		Perda de rendimento					
		OR Brutos			OR Ajustados		
		Valor OR Bruto	IC95%	Valor de p	Valor OR Ajustado	IC95%	Valor de p
Idade	16-25	3,040	2,679 – 3,449	p <0,001	1,447	1,219 – 1,718	p <0,001
	26-45	1,761	1,593 – 1,946	p <0,001	1,425	1,258 – 1,614	p <0,001
	46-65 ¹	1			1		
	>65	1,373	0,915 – 2,060	p=0,125	0,743	0,457 – 1,208	p=0,230
Escolaridade	Até ao 9º ano	2,898	2,436 – 3,447	p <0,001	1,171	0,929 – 1,476	p=0,180
	Secundário	1,846	1,682 – 2,025	p <0,001	0,971	0,851 – 1,108	p=0,663
	Ensino Superior ¹	1			1		
Situação profissional	Trabalhador por conta de outrem ¹	1			1		
	Trabalhador por conta própria	5,441	4,808 – 6,157	p <0,001	6,860	5,904 – 7,971	p <0,001
Rendimento mensal líquido do agregado familiar	<650€	5,727	4,826 – 6,795	p <0,001	2,949	2,360 – 3,684	p <0,001
	651-1000€	3,164	2,733 – 3,664	p <0,001	1,912	1,591 – 2,296	p <0,001
	1001-1500€	1,886	1,630 – 2,181	p <0,001	1,384	1,165 – 1,645	p <0,001
	1501-2500€	1,365	1,188 – 1,568	p <0,001	1,233	1,052 – 1,444	p=0,010
	> 2501€ ¹	1			1		
Região de residência	LVT	1,320	0,907 – 1,920	p=0,147	1,178	0,746 – 1,860	p=0,483
	Norte	1,745	1,194 – 2,548	p=0,004	1,448	0,913 – 2,298	p=0,116
	Centro	1,481	1,007 – 2,177	p=0,046	1,515	0,948 – 2,423	p=0,083
	Alentejo	1,351	0,874 – 2,088	p=0,175	1,164	0,684 – 1,981	p=0,575
	Algarve	1,535	1,004 – 2,347	p=0,048	1,484	0,886 – 2,485	p=0,133
	RAM ¹	1			1		
	RAA	1,770	1,142 – 2,743	p=0,011	1,916	1,128 – 3,254	p=0,016
Teletrabalho	Não	3,939	3,590 – 4,322	p <0,001	3,244	2,890 – 3,642	p <0,001
	Sim ¹	1			1		

¹categoria de referência. A negrito encontram-se os resultados considerados estatisticamente significativos (p<0,05).

9.9 ANEXO 9

Autorização para a utilização da Figura 1 do manuscrito

Master's Dissertation on Social Determinants of Health - Portuguese Student's Request

← ⏪ ⏩ →
Marcar como não lida



Goran Dahlgren <dahlgrengoran@hotmail.com>
sex 09-04-2021 18:24

Dear Palmeira Solinho,

You are most welcome to include our rainbow model in your thesis given usual reference to the publication you mentioned in your mail.

Best regards
Göran Dahlgren

Skickat från min iPhone



Luísa Catarina Palmeira Solinho
sex 09-04-2021 09:59
Itens Enviados

← RESPONDER ⏪ RESPONDER A TODOS → REENCAMINHAR ***
Marcar como não lida

Para: dahlgrengoran@hotmail.com;

Cc: Sónia Dias; Ana Gama <anafgama@gmail.com>;

Good morning dear Professor PhD Göran Dahlgren,

I'm writing to know if it is possible for you to give me the permission to use the "Figure 1: The main determinants of health", of the paper "Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe" originally published in September 1991, and republished in 2007 by the Institute for Future Studies, ISBN 9789185619184.

I'm requesting it to include it as an important complement of information in my Master's Dissertation on the matter "Inequalities in Portugal in the context of the pandemic COVID-19: Analysis of Social Determinants of Health".

Thank you for all the attention and kindness in advance. I hope this is not an inappropriate request.

Best regards,
Luísa Solinho
XV Master Course in Health Management of the Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa

Figura do artigo original de Dahlgren G e Whitehead M - "Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe". Institute for Future Studies; 2007 (Figura 1, p.11).

9.10 ANEXO 10

Autorização para a utilização da Figura 2 do manuscrito

378452 Permission authorization for WHO copyrighted material

← RESPONDER

↩ RESPONDER A TODOS

→ REENCAMINHAR



Marcar como não lida



permissions@who.int

seg 12-04-2021 15:02

Para: Luísa Catarina Palmeira Solinho;

Cc: permissions@who.int;

Dear Ms Solinho

Thank you for your request for permission to reproduce, reprint or translate certain WHO copyrighted material.

On behalf of the World Health Organization, we are pleased to authorize your request to reproduce the WHO materials as detailed in the form below, subject to the terms and conditions of the non-exclusive licence below.

If you have questions regarding this authorization, please contact permissions@who.int.

We thank you for your interest in WHO published materials.

Kind regards,
WHO Permissions team

Figura do documento original de Solar O e Irwin A – “A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)”. Geneva: World Health Organization; 2010 (Figura 5, p. 48).