

Repositório ISCTE-IUL

Deposited in *Repositório ISCTE-IUL*:

2023-03-13

Deposited version:

Publisher Version

Peer-review status of attached file:

Peer-reviewed

Citation for published item:

Godinho, S., Calheiros, M. M., Garrido, M. V., Ferreira, M., Graça, J. & Sarroeira, A. (2022). A COVID-19 e a sociedade portuguesa: avaliação, estratégias e políticas públicas baseadas na resiliência para responder ao risco sistémico da COVID-19. In Nuno Monteiro, Carlos Jalali (Ed.), *Um novo normal?: impactos e lições de dois anos de pandemia em Portugal*. (pp. 111-173). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Further information on publisher's website:

<https://www.ffms.pt/pt-pt/estudos/um-novo-normal-impactos-e-licoes-de-dois-anos-de-pandemia-em-portugal>

Publisher's copyright statement:

This is the peer reviewed version of the following article: Godinho, S., Calheiros, M. M., Garrido, M. V., Ferreira, M., Graça, J. & Sarroeira, A. (2022). A COVID-19 e a sociedade portuguesa: avaliação, estratégias e políticas públicas baseadas na resiliência para responder ao risco sistémico da COVID-19. In Nuno Monteiro, Carlos Jalali (Ed.), *Um novo normal?: impactos e lições de dois anos de pandemia em Portugal*. (pp. 111-173). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.. This article may be used for non-commercial purposes in accordance with the Publisher's Terms and Conditions for self-archiving.

Use policy

Creative Commons CC BY 4.0

The full-text may be used and/or reproduced, and given to third parties in any format or medium, without prior permission or charge, for personal research or study, educational, or not-for-profit purposes provided that:

- a full bibliographic reference is made to the original source
- a link is made to the metadata record in the Repository
- the full-text is not changed in any way

The full-text must not be sold in any format or medium without the formal permission of the copyright holders.

Nuno Monteiro e Carlos Jalali, coord.

A pandemia entrou rapidamente nas nossas vidas. A 2 de março de 2020, Portugal anunciava os seus primeiros casos de contágio de COVID-19. Apenas 16 dias depois, e já com a declaração de pandemia por parte da Organização Mundial da Saúde, era decretado o primeiro de vários estados de emergência no país.

Desde então, há poucas esferas das nossas vidas que não tenham sido afetadas pela pandemia: da forma como trabalhamos à forma como convivemos e como estudamos,

do ensino ao lazer e às relações familiares. Tornou-se um lugar-comum declarar que nada será como antes.

Este lugar-comum convida a uma reflexão fundamental: como será a nova realidade pós-pandemia? E o que podemos fazer para torná-la melhor? Para responder a estas questões, o presente estudo avalia os impactos e as lições da pandemia de forma multidimensional, refletindo sobre os efeitos e os desafios — económicos, sociais e políticos — que Portugal enfrenta neste «novo normal».

Um Novo Normal?

Impactos e lições de dois anos de pandemia em Portugal



Largo Monterroio Mascarenhas, n.º 1, 7.º piso
1099 -081 Lisboa
Telf: 21 001 58 00
ffms@ffms.pt

Director de publicações: António Araújo

Director da colecção Estudos da Fundação: Gonçalo Saraiva Matias

Título: Um Novo Normal? Impactos e lições de dois anos de pandemia em Portugal

Coordenação: Nuno Monteiro e Carlos Jalali

Autores: Ana Bárbara Sarroeira, Ana Maria Belchior (PhD, IEP-UCP), António Martins, Bernardo, Pinto da Cruz, Bruno Cardoso Reis, Carlos Jalali, Conceição Pequito Teixeira (PhD, ISCSP-UL), Hugo Figueiredo, Inês Marques Ribeiro, João Graça, João Moniz, José Santana Pereira (PhD, EUI), Marcos Gabriel Andrade, Margarida Sá de Vaz Garrido, Maria Manuela De Amorim Calheiros, Mário Augusto Boto Ferreira, Miguel Portela, Nuno Martins, Pedro Mazedo Gil, Pedro Seabra, Sandra Godinho, Tiago Brás e Tiago Sequeira

Revisão de texto: GoodSpell

Paginação: Finepaper

Impressão e acabamento: Guide Artes Gráficas

© Fundação Francisco Manuel dos Santos

Maio de 2022

ISBN: 978-989-9118-02-7

Depósito Legal n.º 500059/22

As opiniões expressas nesta edição são da exclusiva responsabilidade dos autores e não vinculam a Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Os autores desta publicação adotam o novo Acordo Ortográfico.

A autorização para reprodução total ou parcial dos conteúdos desta obra deve ser solicitada aos autores e ao editor.

Capítulo 3

A COVID-19 e a sociedade portuguesa: avaliação, estratégias e políticas públicas baseadas na resiliência para responder ao risco sistémico da COVID-19

Sandra Godinho, Maria Manuela Calheiros, Margarida Garrido, Mário Boto Ferreira, João Graça, e Ana Sarroeira

3.1. Preâmbulo

3.1.1 Sinopse de uma sindemia

A doença COVID-19, causada pelo novo coronavírus SARS-CoV-2 e pelas suas variantes, ganhou notoriedade como uma doença infecciosa com consequências potencialmente graves depois de se ter propagado em Wuhan (República Popular da China) no final de 2019. Rapidamente se passou do reconhecimento da existência do vírus no início de 2020 para a declaração pela OMS de uma pandemia mundial, iniciando-se um longo ensaio de medidas para conter a sua propagação. Perante a inexistência de tratamentos médicos eficazes, as medidas de saúde pública que têm sido implementadas afetam os processos sociais, causando novos problemas e crises. Por exemplo, as primeiras medidas de combate à pandemia que incluíram restrições à movimentação e à utilização de muitos espaços públicos, assim como os períodos de confinamento da população por períodos de várias semanas, poderão ter acentuado e/ou feito emergir dificuldades de

coabitação em espaços domésticos pouco adequados, potenciadores, por um lado, de isolamento social e, por outro, de conflitualidade familiar e até mesmo violência doméstica com efeitos negativos em áreas como a saúde mental (Gloster *et al.*, 2020) e o bem-estar familiar (Piquero *et al.*, 2021).

A cronologia dos acontecimentos relacionados com a gestão da crise sanitária ilustra duas linhas de ação inter-relacionadas. A primeira reporta-se diretamente à crise sanitária e ao esforço de cientistas e profissionais de saúde em tentar compreender e agir sobre o conjunto de desafios clínicos que este novo vírus nos trouxe. Com efeito, a produção científica nas áreas da bioquímica, virologia, imunologia e epidemiologia, ou da deteção e do diagnóstico, aumentou de forma exponencial (Wang e Tian, 2021). Através de esforços combinados

entre os setores público e privado, foi possível desenvolver com uma brevidade extraordinária uma nova tecnologia para a profilaxia de formas graves da infeção pela COVID-19.

A segunda linha de ação integra uma cascata de acontecimentos referentes a uma dimensão transversal, a da interação entre os subsistemas sociais. Com efeito, para além de afetar o setor da saúde, a pandemia e as medidas implementadas para conter a propagação do SARS-CoV-2 evoluíram, em termos mais alargados, para uma sindemia (Dosi e Soete, 2022). Este conceito integra as noções de pandemia com a de sinergia, reportando-se à forma como a crise sanitária interage e contagia outros subsistemas sociais, acentuando assimetrias prévias e gerando novos problemas. O presente trabalho centra-se nesta segunda linha de ação, com o objetivo de avaliar e compreender o impacto da pandemia no risco sistémico causado pela COVID-19.

Com efeito, embora numa fase inicial a maioria das intervenções se tenha focado no corte das cadeias de transmissão viral de forma a controlar a disseminação do SARS-CoV-2, rapidamente se percebeu que a história da COVID-19 não é assim tão simples. Desde logo, porque interage com uma variedade de outras doenças não transmissíveis num contexto social e ambiental de marcada desigualdade. Tais condições não só exacerbaram os impactos diretos destas doenças, causando danos muito maiores do que a mera soma dos seus efeitos, como acentuaram as consequências negativas das desigualdades sociais existentes, tornando-as mais visíveis e amplificando-as.

Por estas razões, devemos considerar a COVID-19 uma sindemia e não apenas uma pandemia. Não se trata apenas de um jogo de palavras.

Uma perspetiva sindémica implica abandonar uma visão puramente epidemiológica, focada no risco de transmissão, a favor de uma visão das pessoas em contexto social. Só assim é possível abordar a presente crise de saúde pública de forma inclusiva e representativa da realidade que vivemos nas suas diversas dimensões. Só assim se abrem caminhos para encontrar soluções de sistema. Como refere Richard Horton (editor da revista *Lancet*), a busca por uma solução puramente biomédica contra a COVID-19 está condenada a falhar, a menos que os governos elaborem políticas e programas para reverter profundas disparidades sociais.

3.1.2 Modelo de abordagem conceptual

A extensa interconetividade económico-social das sociedades contemporâneas, pautada por redes complexas e dinâmicas de subsistemas individuais e sociais, tem vindo a potenciar o desenvolvimento de sinergias entre diferentes atores individuais e coletivos e a possibilitar o desenvolvimento económico. Contudo, esta complexidade e esta variedade dos subsistemas societais (*e.g.*, indivíduos, famílias, empresas, instituições) são simultaneamente geradoras de vulnerabilidade a riscos sistémicos que desencadeiam processos de propagação do erro, onde falhas funcionais podem não só afetar componentes específicas, mas também disseminar-se pelo sistema social como um todo. Acresce que a dinâmica económico-social tende a originar perceções desajustadas quanto aos riscos sistémicos que este tipo de redes complexas envolve. A assunção, por parte dos decisores políticos e da sociedade em geral, de que os eventos disruptivos têm uma baixa probabilidade de ocorrência no curto prazo conduz a baixos níveis de preparação, o que, por sua

vez, minimiza seriamente a capacidade de resposta a tais eventos disruptivos de fácil propagação. A situação pandémica, em que um contágio de larga escala tem a capacidade de transformar uma ameaça localizada numa ameaça global, configura um desses eventos. Um fenómeno histórico relativamente raro mas que, quando ocorre, tem consequências potencialmente dramáticas (Sobral *et al.*, 2009).

Recentemente, as análises de acontecimentos disruptivos têm vindo a ser teorizadas com base no conceito de resiliência, possibilitando uma avaliação dinâmica, em diferentes fases, da capacidade de cada sistema para conter ameaças e antecipar futuros eventos disruptivos.

O modelo de **resiliência do sistema social** (Linkov *et al.*, 2019) que propomos utilizar (figura 3.1) contempla a identificação das características e capacidades de resiliência das sociedades, que exploramos na primeira secção fazendo uma análise comparativa no universo da OCDE. O modelo integra também os processos de absorção, adaptação e recuperação durante e após fenómenos disruptivos como a situação sindémica causada pela COVID-19. Estes processos serão abordados na segunda secção deste capítulo, dedicada exclusivamente ao caso português.

Figura 3.1 Modelo de resiliência social

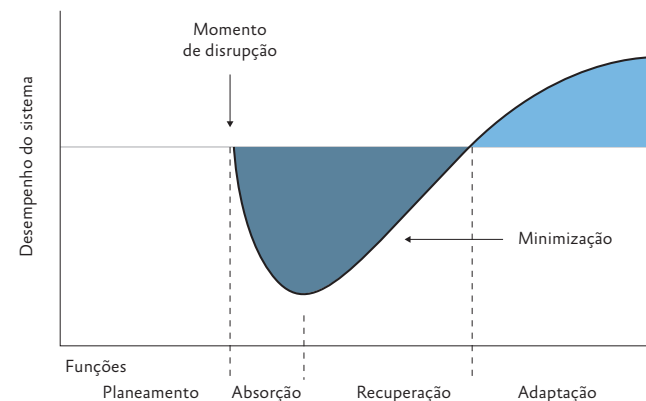


Figura: Elaboração própria.

Os principais domínios de resiliência social que foram incluídos neste trabalho podem ser identificados e hierarquizados da seguinte maneira:

Cognitivo — Diz respeito à forma como os subsistemas (pessoas, famílias, grupos, instituições e setores da sociedade) dão significado à informação e ao ambiente social que os rodeiam, incluindo os modelos mentais e as representações da realidade, os enviesamentos de julgamento e os valores dominantes (por exemplo, o risco percebido de desenvolver doenças graves, de perda de rendimento e dificuldades financeiras graves; perceções face às medidas de confinamento/desconfinamento e ao comportamento dos outros; a interpretação da informação veiculada pelo governo; entre outras variáveis).

Socioemocional — Contempla as emoções e os sentimentos decorrentes dos processos de construção de significado tanto do evento disruptivo (*i.e.*, pandemia) como das suas consequências, mas também a forma como a sociedade reage. Ou seja, a colaboração que ocorre entre indivíduos, grupos e entidades sociais, bem como a forma como a percepção individual e as diversas interações e relações vão afetar a aceitação das regras de confinamento, das medidas de regulação e apoio à economia e à educação; entre outras variáveis.

Comportamental — Refere-se às respostas comportamentais decorrentes das informações, cognições e emoções acima referidas, incluindo comportamentos de adaptação/inadaptação ao longo do tempo nos vários domínios de vida (individual, familiar, ensino/ /aprendizagem, amizades, relações sociais, entre outras variáveis).

A resiliência é aqui entendida como a capacidade do sistema social para desempenhar quatro funções perante acontecimentos adversos: (1) planeamento e preparação, (2) absorção (do impacto negativo do acontecimento), (3) recuperação e (4) adaptação. As duas primeiras funções (planeamento e preparação, absorção) centram-se na capacidade de monitorizar e identificar sinais de ameaça ao sistema, de delinear estratégias para o funcionamento do sistema face a eventuais acontecimentos disruptivos, e de mitigar o impacto negativo da disrupção. A função de recuperação visa restabelecer a funcionalidade do sistema de forma tão rápida, eficiente e eficaz quanto possível. Por sua vez, a fase de adaptação diz respeito à capacidade do sistema para evoluir face às novas circunstâncias, tornando-se mais resiliente face a futuros eventos potencialmente disruptivos. Além de delimitar de forma objetiva as quatro funções, este modelo é diferenciador por integrar as respostas do sistema social antes e durante a ocorrência

do evento disruptivo, com as respostas efetivas e a capacidade de mudança (evolução) após o mesmo evento.

Perante a natureza dinâmica de um sistema complexo como a sociedade atual, este modelo assume que (a) o sistema está em evolução constante, pelo que (b) estão e irão ocorrer transições para novas fases, resultando em novos equilíbrios pós-evento, onde (c) o sistema não voltará a pontos de equilíbrio anteriores, mas evoluirá para novos equilíbrios (o «novo normal»). Metodologicamente, o modelo fundamenta assim a integração de dados secundários, que refletem as funções iniciais de planeamento/preparação (prévias à disrupção causada pela COVID-19) e uma primeira fase de absorção (prévia ao início do presente trabalho de investigação), com dados primários, que oferecem uma avaliação dinâmica da resiliência e capacidade da sociedade portuguesa de resposta à pandemia nas funções de absorção e recuperação. Ou seja, uma avaliação que contempla sucessivas disrupções resultantes da evolução do sistema e do contágio dos vários subsistemas, que desencadeia novos ciclos de absorção e recuperação, até que se criem condições para operacionalizar a fase de adaptação.

3.1.3 Modelo de abordagem metodológico

Para proceder a uma avaliação da disrupção sistémica causada pela COVID-19 que possibilite, por um lado, analisar a capacidade de cada sistema a cada momento e, por outro, avaliar como os vários sistemas têm vindo a responder às ameaças, desenvolveu-se uma metodologia mista, assente na integração de dados de diversas fontes. Reunimos, assim, dados secundários fornecidos por instituições internacionais (OCDE — oecd.org; Eurofound — eurofound.europa.eu; UNESCO — unesco.org; Global Change Data Lab — ourworldindata.org) e

nacionais (INE — ine.pt; DGS — evm.min-saude.pt, transparencia.sns.gov.pt e github.com/dssg-pt/covid19pt-data), assim como dados primários, recolhidos especificamente para esta investigação.

Os dados primários reportam-se ao Inquérito sobre a Pandemia de COVID-19 em Portugal em painel, detalhado no capítulo 1, mais concretamente nos seus inquéritos A e B. A primeira vaga de recolha de dados analisados neste capítulo decorreu de março a maio de 2021, com entrevistas telefónicas ou *online* a 2307 residentes em Portugal com 15 ou mais anos (1161 no inquérito A e 1146 no inquérito B), selecionados aleatoriamente e estratificados por forma a garantir a representatividade nacional por sexo (52,6% fem.), idade ($M=49$, $DP=18.5$; até 30 anos: 18,1%, 31 a 50 anos: 40,1%, 51 a 70: 24,8%, 71 ou mais anos: 16,9%), classe social (classe baixa: 13,2%, classe média-baixa: 40,7%, classe média: 40,5%, classe média-alta: 4,2%, classe alta: 0,3%) e região do país (Norte: 35,4%, Centro: 21,8%, AML: 28,1%, Alentejo: 5,9%, Algarve: 4,5%, R. Aut. Açores: 2,0%, R. Aut. Madeira: 2,3%). A segunda vaga do Inquérito sobre a Pandemia de COVID-19 em Portugal decorreu entre setembro e outubro do mesmo ano, integrando 48% da amostra anterior. A amostra da segunda vaga respeita os mesmos critérios amostrais, pelo que apresenta uma distribuição semelhante.

A integração destes dados foi realizada de forma seletiva.

A primeira parte do trabalho, relativa ao planeamento e à absorção no contexto da OCDE, foi construída exclusivamente a partir dos dados secundários. A segunda parte, relativa à absorção e recuperação da disrupção sistémica especificamente em Portugal, integra os dados primários recolhidos com as duas amostras nas duas vagas e inclui, de forma pontual, informação específica de fontes secundárias. Todos os

materiais utilizados no processo de inquirição, bem como informação detalhada sobre as escalas de medidas das variáveis utilizadas, podem ser consultados no anexo 2.1 (disponível *online*).

Os dados foram analisados com recurso a estatística descritiva e inferencial (qui-quadrado, teste t de Student, análise de variância com medidas repetidas e regressão linear). Optámos por inserir os valores dos testes estatísticos no texto, retendo apenas dados e gráficos relativos a resultados significativos.

Partindo do objetivo geral de compreender de que forma a crise sanitária poderá estar a afetar diferentes grupos sociais, sobretudo numa perspetiva de vulnerabilidade social, avaliámos se os dados recolhidos variam de forma estatisticamente significativa em função do escalão etário, do género e da classe social autorreportada pelos inquiridos. Desta forma pretendemos dar um especial enfoque à evolução de desigualdades de género e de rendimento, assim como à possível emergência de novas situações de exclusão social e pobreza.

Para finalizar estas notas metodológicas, gostaríamos de assinalar potenciais limitações da presente avaliação. Em relação aos dados secundários, não existiam, em alguns casos, dados disponíveis sobre certos indicadores ou países contemplados nas análises, o que pontualmente compromete a comparação exaustiva de Portugal com todos os outros países. Disponibilizam-se no anexo 2.1 (disponível *online*) mais detalhes sobre a metodologia.

Adicionalmente, face ao volume de dados (primários e secundários) e à extensão das respetivas análises, o corpo de texto apresenta uma leitura sumária e crítica dos dados, sendo a maioria dos gráficos e das tabelas de suporte remetida para os anexos 2.2 e 2.3 (disponíveis

online). O volume de informação recolhida não permite também descrever exaustivamente todas as análises realizadas no presente capítulo, pelo que privilegiamos a apresentação dos resultados das análises que considerámos mais relevantes para os objetivos do estudo.

3.2 Introdução

A disrupção causada pela transmissão comunitária do SARS-CoV-2 rapidamente se tornou uma ameaça global. Para tal contribuiu a complexa rede de relações entre os diferentes sistemas sociais, mas também o potencial particularmente disruptivo das crises classificadas como sanitárias. Com efeito, a classificação como «crise de saúde pública» traduz-se num conjunto de medidas que, apesar de serem destinadas a conter a propagação do vírus e a salvaguardar a capacidade dos sistemas de saúde nacionais, afetam direta e indiretamente os outros sistemas sociais, como a economia ou a vida social. Este contágio horizontal acrescenta-se ao impacto da crise sanitária, que se alastra tanto nacional como internacionalmente, e afetou áreas consideradas distantes da saúde, como as redes de distribuição internacionais ou os gastos dos consumidores em lazer ou hotelaria (Hynes *et al.*, 2020).

À data do presente capítulo, decorreram cerca de dois anos desde o anúncio da crise pandémica. Por um lado, verifica-se que algumas das mudanças sociais e económicas introduzidas de forma temporária para responder ao risco sistémico da crise sanitária, como o teletrabalho, parecem ter sido incorporadas nas funções e nos comportamentos sociais, existindo um elevado grau de probabilidade de virem a traduzir-se em novas formas de funcionamento social. Por outro lado, é possível constatar que a evolução da pandemia não tem sido linear.

Os avanços e recuos nas medidas de contenção são uma consequência direta da instabilidade do sistema e das sucessivas disrupções que se têm vindo a replicar nas suas partes. Em Portugal, por exemplo, após um primeiro confinamento, decretado sob a expectativa de que seriam necessárias duas semanas para «achatar a curva» de contágios e permitir o reforço da capacidade e organização do Serviço Nacional de Saúde, foi necessário, já em 2021, implementar um segundo confinamento — com uma duração superior ao primeiro — e vive-se ainda atualmente uma situação de incerteza quanto ao futuro, tanto pela evolução da pandemia como pela constante atualização das medidas em curso.

Como acima referido, a presente avaliação integra tanto dados secundários relativos a uma fase pré-disrupção como dados primários recolhidos em dois momentos particulares da pandemia no contexto português. O primeiro momento de recolha de dados primários reporta-se ao final do segundo confinamento (março a maio de 2021). O segundo momento (setembro e outubro do mesmo ano) reporta-se a um período de retorno pós-época balnear, quando uma baixa carga de restrições coexistia com uma comemoração nacional das altas taxas de vacinação contra a COVID-19 que o país alcançou. Estes contextos terão influenciado os dados e merecem, portanto, reconhecimento.

Do ponto de vista estrutural, este trabalho desenvolve-se em três partes, adotando-se na primeira («Do evento pandémico à sindemia») uma perspetiva comparativa de indicadores entre Portugal e os outros países da OCDE; na segunda («Do indivíduo à sociedade»), uma descrição da realidade portuguesa em várias dimensões de análise psicossociais; e uma terceira parte, onde se ensaiam, ainda que a título ilustrativo, modelos explicativos para os fenómenos. Procedemos de

seguida a uma apresentação mais detalhada do conteúdo de cada uma destas partes para guiar o leitor pelos resultados da avaliação sobre a resiliência de indivíduos, grupos e sociedade face ao risco sistémico causado pela COVID-19.

Começa-se por traçar aquele que era o perfil de Portugal na fase pré-disrupção, avaliando em que medida o país e o seu governo estavam preparados para cumprir a função de planeamento e até que ponto se conseguiu cumprir, após a disrupção, as funções de absorção. Para ampliar a utilidade desta primeira análise e sustentar futuros debates sobre a forma como estratégias de atuação distintas poderão afetar o desempenho comparativo dos países, integrámos dados secundários dos vários países da OCDE, organizados em torno dos seguintes objetivos específicos:

Inventariação do risco — Caracterizar o estado de saúde e bem-estar da população e o seu perfil socioeconómico (dimensão populacional do risco), bem como a capacidade de resposta estrutural, natural ou instalada, do sistema de saúde português comparativamente com a OCDE, integrando indicadores relativos à estabilidade económica (dimensão estrutural) que poderão ter funcionado como elementos atenuantes ou agravantes da crise sanitária.

Medidas de contenção e mitigação — Identificar e comparar as principais políticas de saúde, as medidas não farmacológicas e farmacológicas, e as medidas de suporte socioeconómico implementadas em cada país.

Desempenho e contágio entre sistemas — Estimar o impacto direto e indireto da crise sanitária, avaliando a mortalidade

por COVID-19, por não-COVID-19, o excesso de mortalidade, a evolução do número de consultas médicas, assim como a satisfação com a vida, o bem-estar físico e socioeconómico, e a coesão social.

Na segunda parte, detalhamos aquela que foi a realidade portuguesa até outubro de 2021, desenvolvendo um retrato multidimensional a partir de três dimensões psicossociais analíticas:

Ao nível dos indivíduos, onde quantificamos a população diretamente afetada pelo vírus e avaliamos mudanças comportamentais reportadas como decorrentes da crise sanitária, assim como o impacto ao nível do bem-estar social e da saúde mental, integrando para tal quatro medidas: depressão, ansiedade, stresse e medo.

Ao nível social (grupal ou situacional), que se debruça sobre as dinâmicas do agregado familiar, onde inventariamos os acontecimentos de vida inesperados que a crise sistémica poderá ter precipitado, bem como mudanças nas dinâmicas de funcionamento familiar ligadas à educação, ao trabalho e à digitalização da sociedade.

Ao nível societal, tratando questões ideológicas e socioculturais mais transversais, onde se mede a evolução da coesão social vertical e horizontal e onde se analisam questões relacionadas com a gestão e a partilha de informação que podem ser importantes para o desenvolvimento sustentável da sociedade pós-COVID-19.

Por fim, reconhecendo que um retrato é sempre um processo circunscrito no tempo e no espaço, abrimos um campo de reflexão

sobre possíveis fatores explicativos e recomendações para uma monitorização ativa do impacto da COVID-19 na sociedade portuguesa que, não se esgotando nos factos e números aqui reportados, é informada pela evidência empírica que emergiu do presente estudo. Esta monitorização é da maior importância porque a pandemia e a crise sindémica desencadeada poderão ter acentuado desigualdades sociais ou estar a gerar desequilíbrios entre os direitos e as garantias emblemáticas do Estado de direito e as políticas públicas consideradas necessárias para o controlo da propagação de um vírus que pode vir a tornar-se endémico, potencialmente gerando novas formas de organização e funcionamento social que se vão perpetuar além da COVID-19.

3.3. Planeamento e absorção na OCDE — do evento pandémico à sindemia

Na génese da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) está a ambição de apoiar os governos, os legisladores e os cidadãos de cada país-membro a desenvolver soluções fundamentadas para os desafios sociais, económicos e ambientais. Contudo, apesar desta ambição de unificação em torno de políticas congruentes que possam fomentar igualdade, bem-estar, oportunidades e prosperidade para todos, a atuação dos países que a integram tem vindo a ser díspar tanto ao nível do que cada país priorizou na sua intervenção, como na forma mais ou menos estratégica como se ensaiaram avanços e recuos nas medidas de contenção e, em alguns casos, já nas medidas de mitigação do impacto da crise sanitária.

As explicações para a heterogeneidade do impacto direto da COVID-19 na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida da população dependerão certamente de como os sistemas estavam apetrechados/preparados (dimensão estrutural do risco), da forma como estes conseguiram mitigar ou capitalizar critérios objetivos relativos à saúde e ao bem-estar da população (risco da população) e, por fim, das medidas selecionadas para combater a propagação do SARS-CoV-2 (medidas não farmacológicas e farmacológicas, políticas de saúde pública e medidas de suporte socioeconómico), do modo como foram implementadas e dos seus efeitos imediatos. Esta secção inicia-se, portanto, com um retrato sumário daquele que é o perfil de risco de Portugal do ponto de vista estrutural e da população, para depois se debruçar de forma mais detalhada sobre a articulação estratégica das diferentes medidas de combate à disseminação do vírus, de mitigação do impacto da COVID-19 na sociedade e dos possíveis efeitos de contágio entre os sistemas.

3.3.1 Inventariação do risco sanitário

Para avaliar o nível comparativo de **risco estrutural**⁴⁶, integrámos dados relativos aos recursos humanos especializados disponíveis em cada país antes da crise sanitária, mas também à forma como esses recursos conseguiam, antes desta crise sanitária, mobilizar as populações, avaliando como exemplo as campanhas de vacinação contra a gripe, que podem ser encaradas como uma demonstração da capacidade operacional efetiva instalada.

Portugal demonstrava antes da pandemia uma capacidade de resposta a um risco sistémico no subsistema da saúde inferior à média dos restantes países da OCDE em vários dos parâmetros analisados.

Apresentava uma média de três médicos ($M^{OCDE}=3.4$ $DP=0.8$), cinco enfermeiros ($M^{OCDE}=9.2$ $DP=3.8$), três camas ($M^{OCDE}=4.0$ $DP=1.8$) e quatro consultas por cada mil habitantes ($M^{OCDE}=6.4$ $DP=3.2$).

No que concerne à forma como a estrutura consegue ser capitalizada, verificámos que 60% da população acima dos 65 anos tinha sido vacinada contra a gripe nos dois anos anteriores ($M^{OCDE}=48.4\%$ $DP=22.4$).

Para avaliar a dimensão do **risco da população**, apresentamos indicadores relativos ao envelhecimento da população e a condições particulares de saúde (como a obesidade, a diabetes e patologias crónicas cardiovasculares⁴⁷, que constituem os principais fatores de risco para desenvolver um quadro clínico agravado perante uma infeção com o vírus SARS-CoV-2 [Chow *et al.*, 2020; Clark *et al.*, 2020]), integrados com medidas subjetivas⁴⁸ de autoavaliação do estado de saúde e da satisfação com a vida, o otimismo com a vida, bem como dois indicadores de resiliência⁴⁹. Concluimos que o nível de risco da população antes da disrupção sanitária também seria considerável.

Enquanto em 2020, no universo OCDE, cerca de 11% ($DP=3.4$) da população tinha 70 ou mais anos, 15% dos Portugueses pertenciam a esta faixa etária. Relativamente ao excesso de peso, apesar de 52,6% da população nacional se classificar como tendo excesso de peso, os dados apontam para que 68% da população acima dos 15 anos esteja nessa condição⁵⁰. Nos restantes países da OCDE, 49% da população classifica-se como tendo excesso de peso ($DP=6.5$) e 57% ($DP=10.9$) efetivamente o tem. A taxa de mortalidade cardiovascular média em Portugal foi de 128 mortos por cada cem mil habitantes em 2017 ($M_{OCDE}=153$, $DP=65.4$), e a prevalência de diabetes foi de 10% ($M_{OCDE}=7\%$, $DP=2.3$). No que diz respeito a comportamentos de risco,

não estávamos entre os países com mais fumadores ativos no contexto da OCDE ($M=24.8$, $DP=7.8$), mas tínhamos ainda assim uma parcela relevante da população tabagista (23%). A esperança média de vida da população portuguesa era de 82 anos, ligeiramente acima da média da OCDE ($M=81$, $DP=2.5$). Ainda que a percentagem de portugueses com alguma condição crónica diagnosticada (25%) seja inferior à média da OCDE ($M_{OCDE}=28.5$, $DP=7.8$), a parcela da população que classifica a sua saúde como má é superior, ascendendo aos 37% ($M_{OCDE}=32.8$, $DP=10.6$). Por fim, embora os Portugueses se posicionem acima do meio da escala⁵¹ quanto à satisfação com a vida ($M_{Portugal}=6.9$, $M_{OCDE}=7.1$, $DP=0.7$), apenas 18,5% se classificam como resilientes ($M_{OCDE}=23.2\%$, $DP=5.9$) e 46,2% declaram-se pessimistas face ao futuro ($M_{OCDE}=33.2\%$, $DP=12.2$).

3.3.2 Inventariação do risco socioeconómico

Para avaliar o nível comparativo de **risco estrutural**⁵², integrámos indicadores socioeconómicos como a taxa de desemprego, o produto interno bruto (PIB) e o índice de desenvolvimento humano. Em 2018 e 2019, Portugal apresentava uma taxa de desemprego média de 6,9%, em declínio ($M_{Dif}=-.5$, $M_{OCDE}=6.3$, $DP=3.6$, $M_{OCDE\ DIFERENÇA}=-0.2$, $DP=0.8$), o 26.º posicionamento no PIB (27937,9, $M_{OCDE}=37973.7$, $DP=15236.2$), e o 29.º lugar no índice de desenvolvimento humano no mesmo universo ($M_{Portugal}=.86$, $M_{OCDE}=.92$, $DP=0.0$). Os dados revelam que 15% dos Portugueses admitiam dificuldades de sustentabilidade ($M_{OCDE}=14.0$, $DP=10.7$), e 24% faziam um balanço negativo da evolução da sua situação financeira ($M_{OCDE}=20.8$, $DP=11.1$).

Para avaliar a dimensão de **risco da população**⁵³, integrámos indicadores relativos à satisfação com a vida e aos recursos de

que os indivíduos dispõem, nomeadamente digitais, intelectuais e temporais. Estes últimos são operacionalizados pela taxa de cobertura de Internet; pelas habilitações académicas das populações; e pelas horas de trabalho e o conflito entre as responsabilidades familiares e domésticas, respetivamente. Portugal apresentava níveis de satisfação acima da média⁵⁴, especialmente no que concerne à vida familiar ($M=8.2$; $M_{OCDE}=8.1$, $DP=0.4$), à habitação ($M=7.8$; $M_{OCDE}=7.7$, $DP=0.5$) e, em particular, à educação ($M=8.7$; $M_{OCDE}=7.3$, $DP=0.5$). Quanto à capacidade de equilibrar as obrigações laborais com a vida doméstica, os Portugueses declararam trabalhar mais três horas do que as 40 horas semanais previstas na lei laboral nacional ($M=43$, $M_{OCDE}=41$, $DP=3.0$). Aliás, os entrevistados referem trabalhar em média mais nove horas do que aquelas que consideram adequadas ($M_{PORTUGAL}=34$, $M_{OCDE}=32$, $DP=3.1$), ainda assim um total de horas superior ao declarado pelas populações dos países do Norte da Europa, onde a média semanal de tempo no trabalho é inferior a 30 horas. A carga horária foi considerada por 36% dos Portugueses como um fator que os impossibilitava, várias vezes por mês, de cumprir responsabilidades domésticas ($M_{OCDE}=38.7$, $DP=10.9$). Por fim, integrámos informação relativa ao quão vulneráveis face ao vírus se sentem os indivíduos por causa do seu trabalho. Os portugueses são a população que mais sente que o seu trabalho aumenta o risco pessoal de contrair a COVID-19 (71,2%, $M_{OCDE}=41.0$, $DP=10.3$).

3.3.3 Medidas de contenção e mitigação

A partir do retrato de risco sanitário pré-disrupção, é possível inferir o grau de planeamento em Portugal, mas importa acrescentar informação para avaliar como foram instrumentalizados tais recursos e condições

prévias. Com efeito, enquanto as teorias mais tradicionais de resiliência organizacional ressalvam a importância da fase do planeamento para que se consiga responder de forma adequada às crises, algumas delas apresentam graus de incerteza e imprevisibilidade tão significativos que se impõe a necessidade de planear e agir em simultâneo e de forma imediata (Wells *et al.*, 2021). Perante a impossibilidade de esperar que a crise sanitária fosse solucionada exclusivamente com processos rápidos de testagem e protocolos farmacológicos eficazes, revelou-se necessário desenvolver um conjunto de medidas políticas e institucionais para ajudar a controlar a curva das infeções, hospitalizações e mortes resultantes da propagação do SARS-CoV-2. Sistematizámos esta informação em quatro tipologias: medidas não farmacológicas, políticas de saúde, farmacológicas, de suporte socioeconómico. Enquanto as duas primeiras se referem a uma necessidade imediata de combater a propagação do vírus, as duas últimas ambicionam mitigar o impacto do evento disruptivo, reportando-se todas ao desempenho da função de absorção no modelo de resiliência social. Descrevemos de seguida cada tipologia e especificamos como foram operacionalizadas nesta secção:

- Medidas não farmacológicas. Baseiam-se em medidas de proteção individual como a utilização de máscaras ou a higienização das mãos, e em restrições individuais e/ou coletivas como a limitação de deslocações pessoais ou a determinação do fecho de escolas. Foram as medidas instauradas mais rapidamente, e aquelas que têm sido implementadas de forma contínua, mas vigorando com diferentes composições e intensidades. Para a sua operacionalização, optámos por utilizar o Índice de Rigidez

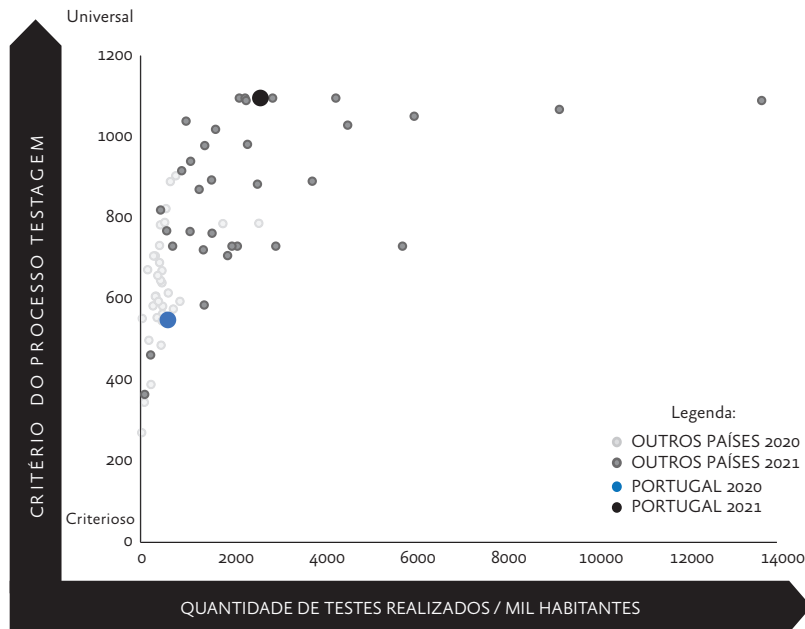
Sanitária criado pela Universidade de Oxford⁵⁵, que consiste numa medida compósita que integra dados sobre o fecho de locais de trabalho, de escolas ou proibições de viajar, e que nos permite avaliar os países de forma isolada, mas também compará-los entre si.

- Políticas de saúde pública. Materializadas em protocolos de rastreio de contactos para o controlo de cadeias de transmissão ou, por exemplo, em critérios de testagem. Incluímos dois indicadores, «Critério do Processo de Testagem», uma medida que hierarquiza os critérios mais ou menos inclusivos de testagem utilizados em cada país, e um segundo, o «Volume de Testes», que quantifica os testes de diagnóstico efetuados.
- Medidas farmacológicas. Centram-se em protocolos de tratamento para os infetados e, no último ano, em sistemas de vacinação da população. Seleccionámos como medida a Taxa de Vacinação, que indica a proporção da população com o esquema vacinal considerado completo na data da análise.
- Medidas de suporte socioeconómico. Constituídas por apoios ou subvenções financeiras com diferentes características.

3.3.3.1 Políticas de saúde pública e medidas não farmacológicas

Para avaliar as **políticas de saúde**, analisámos a quantidade de testes feitos por milhar de habitantes e os critérios utilizados para esse processo⁵⁶ (figura 3.2). Realizaram-se em Portugal 559 testes por cada mil habitantes em 2020 ($M_{OCDE}=520$, $DP=473$); esse número ascendeu aos 2636 em 2021 ($M_{OCDE}=2647$, $DP=2662$) — o que corresponde, respetivamente, à nona e à décima posição no *ranking* dos países que mais testaram⁵⁷. Relativamente aos critérios utilizados para o processo de testagem, Portugal teve maioritariamente uma política definida como testagem aberta ao público (*e.g.*, *drive through*, testagem disponível para pessoas assintomáticas). Ou seja, enquanto alguns países seleccionaram as pessoas a testar com critérios específicos (trabalhadores essenciais, doentes internados, contactos de alto risco, provenientes de outros países), em Portugal os testes foram aplicados de forma menos seletiva.

Figura 3.2 Volume e universalidade do processo de testagem — comparação entre 2020 e 2021



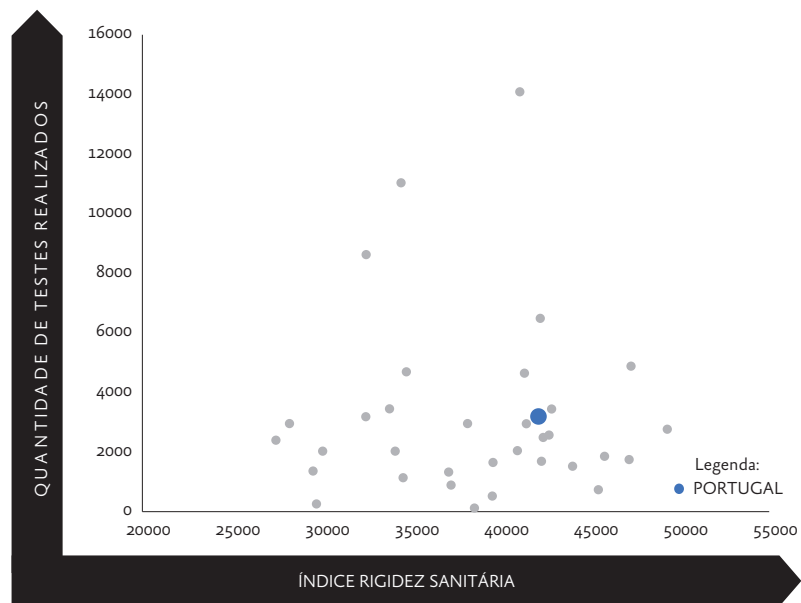
Fonte: Elaboração Própria. Dados: Our World in Data ⁵⁸.

As **medidas não farmacológicas** incluem a imposição do teletrabalho, o encerramento ou a digitalização das atividades letivas, e outras restrições que medimos através do Índice de Rigidez Sanitária ⁵⁹, porque permite uma homogeneização das medidas tão díspares adotadas por cada país. Analisando especificamente o confinamento português, podemos resumir as restrições da seguinte forma: iniciou-se o primeiro confinamento total da população a 19 de março de 2020 com a duração de 45 dias, foi decretado um estado de calamidade

e iniciou-se um processo faseado de desconfinamento. Durante o remanescente de 2020, mantiveram-se sempre algumas restrições, que se foram alterando até ser imposto o segundo confinamento geral da população a 15 de janeiro de 2021. Este segundo confinamento teve uma duração superior ao primeiro (139 dias) e terminou também faseadamente.

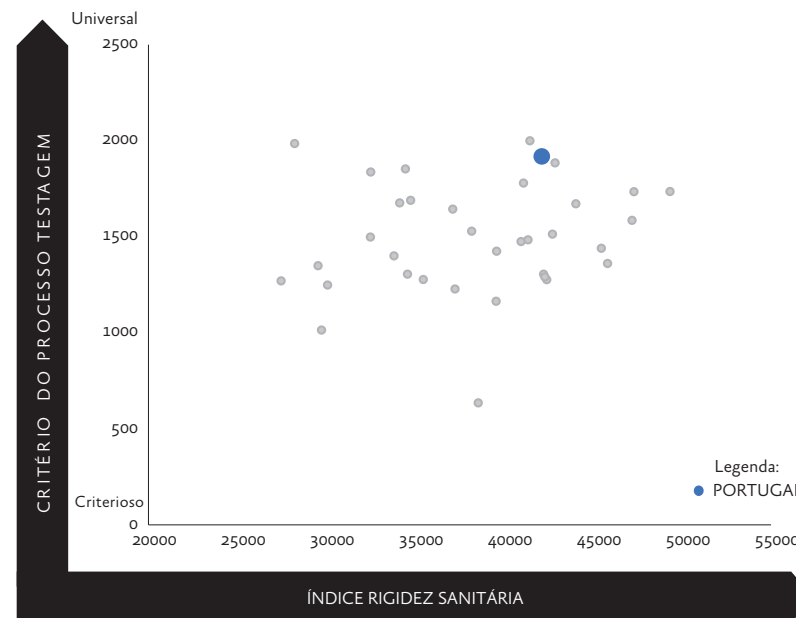
Outra das medidas implementadas de forma simultânea foi a imposição total, ou parcial, do teletrabalho. Cerca de metade (51%) dos Portugueses entrevistados afirma que passou a trabalhar a partir de casa diariamente, ou várias vezes por semana, durante a pandemia ($M_{OCDE}=45.4, DP=8.3$) ⁶⁰, quando antes apenas 18,4% o faziam ($M_{OCDE}=21.2, DP=6.1$) ⁶¹. Os dados relativos aos países da OCDE evidenciam que, entre abril e julho de 2020, houve alguma variação no volume de pessoas em regime de teletrabalho. Em Portugal, esse valor parece ter-se mantido relativamente estável durante o período em análise. Outra das medidas com impacto na rotina de uma parte da população foi o fecho das escolas ⁶². Tal como com as anteriores medidas de restrição, as limitações às atividades letivas foram sendo pautadas por avanços e retrocessos, por fechos totais ou parciais, onde se recorreu a alternativas como o ensino à distância. Ao todo, durante o período em análise, Portugal limitou as atividades letivas durante 24 semanas ($M_{OCDE}=35, DP=15.9$), o que equivale sensivelmente a seis meses. As figuras 3.3 e 3.4 ilustram o desempenho comparativo de Portugal nas políticas de saúde e nas medidas não farmacológicas.

Figura 3.3 Índice de Rigidez Sanitária e volume da testagem à COVID-19 — resultados agregados 2020 e 2021



Fonte dos dados: Our World in Data. Figura: Elaboração própria ⁶³.

Figura 3.4 Índice de Rigidez Sanitária e universalidade do processo de testagem à COVID-19 — resultados agregados 2020 e 2021



Fonte dos dados: Our World in Data. Figura: Elaboração própria ⁶⁴.

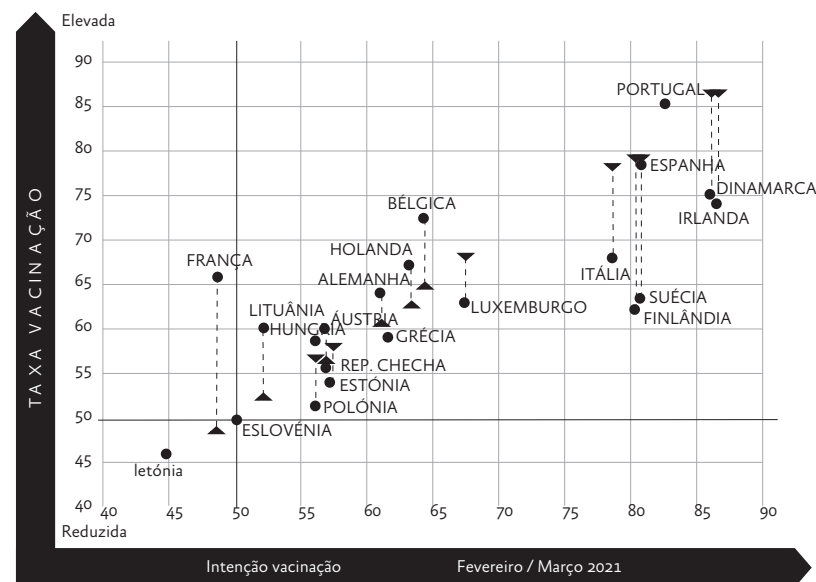
3.3.3.2 Medidas farmacológicas

Atendendo aos fatores de risco estruturais identificados, não seria expectável que Portugal fosse um dos países na liderança da **cobertura vacinal**⁶⁵. Não obstante, Portugal privilegiou a estratégia farmacológica para diminuir a transmissão do vírus e conseguiu alcançar, em setembro de 2021, a liderança ao nível mundial com a maior parcela da população (85,3%, $M_{OCDE}=60.2$, $DP=12.4$) com o esquema vacinal considerado, à data, completo⁶⁶. Estes indicadores sugerem assim um investimento significativo e eficaz do governo português na profilaxia, que permitiu

contrariar a relativa situação de escassez de recursos na área da saúde, reportada na avaliação do perfil de risco sanitário (1.1).

Face à relevância que tem vindo a ser atribuída à profilaxia no contexto do combate da crise sanitária, analisámos de forma mais detalhada as intenções e atitudes face à vacinação nos países da OCDE⁶⁷ (figura 5). Verificámos que, apesar de em alguns países existirem desfasamentos entre as intenções de vacinação e a realidade, havia uma elevada correlação entre a intenção de vacinação em fevereiro/ /março de 2021 e a taxa de vacinação efetiva em setembro de 2021 [$r(21)=-.766$, $p<.01$]. Portugal é disso um bom exemplo, onde a intenção da população em aderir à campanha vacinal (82,6%, $M_{OCDE}=65.3$, $DP=13.0$) e a sua concretização (85,3%, $M_{OCDE}=60.2$, $DP=12.4$) revelam valores quase idênticos. Os dados globais do conjunto de países da OCDE demonstram que a principal motivação inerente à recusa da toma da vacina contra a COVID-19 reportada neste primeiro período foi a desconfiança quanto à sua segurança (62,5%). Surgem também como justificações para a não-adesão a opinião de que o risco de infeção por COVID-19 tem sido exagerado (42,7%) e o receio quanto à possibilidade de o tratamento poder vir a agravar doenças pré-existentes (26,8%). A motivação menos expressiva de todas para justificar a não-adesão à vacina é a de que a COVID-19 não existe (8,3%)⁶⁸.

Figura 3.5 Intenção e taxa de vacinação contra a COVID-19



Fonte dos dados: European Social Survey (ESS) 2021. Figura: Elaboração própria.

3.3.3.3 Medidas de suporte socioeconómico

A disponibilização de apoios, abonos ou outras medidas, por sua vez, destina-se a estimular e apoiar indivíduos e organizações na disrupção causada pelas medidas não farmacológicas excecionais, tentando mitigar as consequências indiretas da crise sanitária. Perante um contexto em que a crise sanitária ainda não está controlada e os subsistemas sociais ainda estão em dinâmicas de contágio, não é possível proceder a uma avaliação do grau de efetividade dessas medidas. Os dados permitem-nos, contudo, compreender que o suporte poderá não estar a alcançar a totalidade da população com

necessidades financeiras. Efetivamente, quando cerca de 40% da população portuguesa acusa falta de capacidade para se sustentar financeiramente em 2020 ($M_{OCDE}=44.0, DP=13.3$), apenas uma minoria (13%, $M_{OCDE}=10.0, DP=4.6$) admite ter solicitado apoio financeiro em junho/julho de 2020. Note-se que, destes 13% ($M_{OCDE}=11.0, DP=5.1$), apenas 61% ($M_{OCDE}=56.5, DP=13.9$) referem que esse pedido foi, até à mesma data, concretizado. Este valor corresponde, no universo da população portuguesa, a 8% de portugueses subvencionados⁶⁹.

3.3.4. Desempenho e contaminação entre sistemas

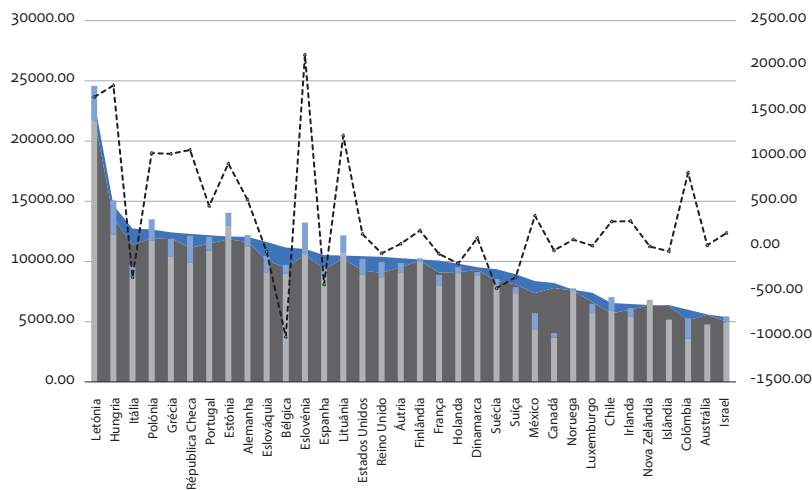
Analisámos efeitos diretos da crise sanitária causada pela propagação do SARS-CoV-2, como a mortalidade pela COVID-19, e efeitos indiretos, que incluem a redução de consultas médicas, o prejuízo do bem-estar físico e psicológico ou mesmo o excesso de mortalidade não-COVID-19. A mortalidade foi avaliada com dois indicadores específicos, a mortalidade absoluta COVID-19 e não-COVID-19, porque permite compreender a magnitude da crise sanitária no contexto demográfico de cada país, bem como a evolução da sua taxa de mortalidade. O excesso de mortalidade indica a mortalidade em função daquele que é o «normal» em cada país, permitindo comparar o sucesso das medidas e políticas em função daquela que já era a taxa de sobrevivência em anos anteriores.

Tratando em primeira instância a **mortalidade absoluta**⁷⁰, a figura 3.6 reúne informação sobre o número de mortes atribuídas à COVID-19 ou a outras causas, por milhão de habitantes em cada país, desde o início da pandemia até 31 de dezembro de 2021.

Existe uma diferença de magnitude entre a mortalidade pela COVID-19 e a mortalidade por todas as outras causas ao longo dos dois anos em análise. Enquanto em 2020 a mortalidade com diagnóstico COVID-19 representou 7,2% da mortalidade global, em 2021 representou 10,5%. Assim, apesar de a mortalidade global ter diminuído, a proporção desta que foi atribuída à COVID-19 aumentou. Em Portugal, a mortalidade atribuída à COVID-19 aumentou 4% de um ano para o outro, representando em 2021 cerca de 10% da mortalidade total verificada no país. Portanto, mesmo que o número de mortos por todas as causas tenha diminuído entre 2020 e 2021⁷¹, tivemos aproximadamente mais 4600 mortos pela COVID-19 em 2021 do que em 2020.

O indicador relativo ao **excesso de mortalidade** revela que a crise pandémica terá provocado um aumento significativo da mortalidade por outras causas em praticamente todos os países. Contudo, se o acréscimo do excesso de mortalidade foi transversal no primeiro ano pandémico, os dados revelam que existem alguns países a inverter esse balanço. Analisando o excesso de mortalidade já em 2021, Portugal surge em 16.º lugar entre os países com maior mortalidade em excesso. A mortalidade em excesso nacional foi em 2020 de 12 354 ($M_{OCDE}=50\ 569, DP=117\ 341$) e aumentou em 2021 para 13 644 óbitos ($M_{OCDE}=47\ 378, DP=107\ 887$).

Figura 3.6 Mortalidade global e pela COVID-19 por milhão de habitantes em 2020 e 2021; variação mortalidade pela COVID-19 entre 2020 e 2021



Legenda: Eixo da esquerda — área coberta a cinzento: mortalidade total 2020 todas as causas (excluindo COVID-19) por milhão de habitantes; área coberta a azul: mortalidade COVID-19 2020; barra cinzento-claro: mortalidade total 2021 todas as causas (excluindo COVID-19); barra azul-claro: mortalidade COVID-19 2021. Eixo secundário à direita — linha a tracejado, variação mortalidade COVID-19 entre 2020 e 2021.

Fonte dos dados: OCDE⁷². Figura: Elaboração própria.

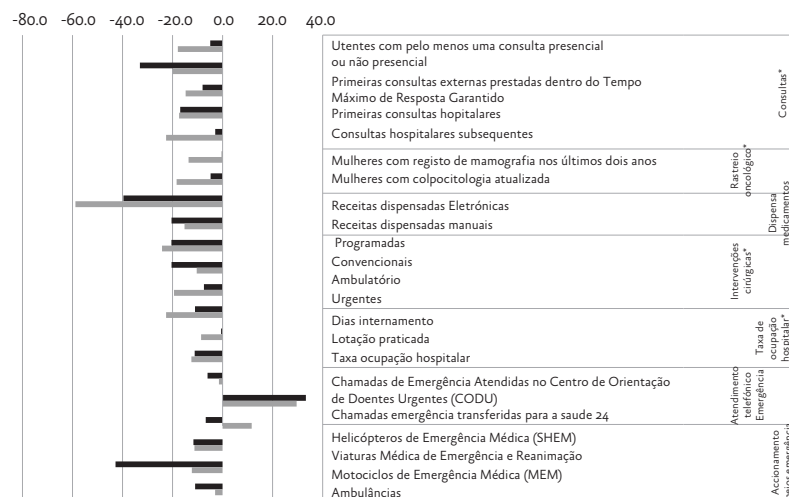
Dado que as consequências da crise sanitária não se esgotam no seu efeito direto na mortalidade, propomos uma análise de efeitos indiretos, como a redução de consultas médicas, ou mesmo o declínio do bem-estar físico e psicológico. Com efeito, as mortes por COVID-19 terão certamente tido o seu efeito, mas não explicam de forma integral o excesso de mortalidade verificado, sobretudo no ano de 2020, quando a mortalidade pela COVID-19 foi menos expressiva na mortalidade total. Terão contribuído para esta mortalidade vários

fatores, entre os quais a capacidade que cada país teve para prestar os serviços básicos de saúde à população.

Os portugueses encontram-se entre os que mais referem **necessidades médicas extra-COVID-19 que ficaram por satisfazer**, quer em 2020 (36%; $M_{OCDE}=22.8$, $DP=8.2$), quer no ano seguinte (34%; $M_{OCDE}=21.6$, $DP=6.7$). Embora parte destas necessidades médicas por satisfazer durante a pandemia possam ter resultado de comportamentos de autoexclusão por parte das populações (que teriam evitado deslocar-se a unidades de saúde com medo de contrair o vírus), os dados relativos a 2021 revelam que, ainda que essa retração na procura de serviços médicos tenha sido real, poderá também explicar este resultado o reporte de que as consultas e os tratamentos estiveram indisponíveis. Em 2020, mais de 75% dos Portugueses acusa a (in)capacidade dos serviços de saúde como a causa das suas necessidades médicas por satisfazer ($M_{OCDE}=76.7$, $DP=3.5$), e 52% já em 2021 ($M_{OCDE}=65.3$, $DP=7.9$). Foram ensaiadas desde logo soluções alternativas, sendo a mais expressiva a da digitalização da prática clínica.

A figura 3.7 permite analisar especificamente a prestação de cuidados de saúde de rotina, em doenças não urgentes, e perante situações de emergência em Portugal. Verifica-se uma redução em todos os indicadores analisados, com exceção das ativações do helicóptero de emergência médica (11,6%). O outro indicador que apresenta níveis superiores ao período pré-pandémico respeita às chamadas de emergência transferidas para a linha Saúde 24, que aumentou em ambos os anos. Esta transferência significa que cerca de 30% das chamadas para a linha de emergência foram triadas telefonicamente, consideradas não emergentes e reencaminhadas para a linha Saúde 24, que presta um aconselhamento telefónico especializado.

Figura 3.7 Evolução dos serviços de saúde de rotina, ou não urgentes, e emergentes — 2020, 2021



Fonte dos dados: DGS⁷³. Figura: Elaboração própria.

A COVID-19 poderá ter acelerado o processo de transição da medicina tradicional, presencial, para a telemedicina. Apesar de não existirem dados disponíveis sobre os valores pré-pandemia que nos permitam comparar os países do universo OCDE, é possível, com base na variação entre 2020 e 2021, confirmar que as consultas e prescrições *online* ou pelo telefone aumentaram. Com o início da crise sanitária, houve em média mais 12% ($DP=5.6$) de consultas e prescrições no conjunto dos países da OCDE. Em Portugal este acréscimo situou-se nos 10% para as consultas e nos 17% para as prescrições *online*. Não obstante, verifica-se que os Portugueses sentem que a evolução do seu estado de saúde está a piorar com o desenrolar da sindemia; no início

de 2021, apenas 48% classificam a sua saúde pessoal como boa ou muito boa ($M_{OCDE}=57.6, DP=9.0$).

Para uma análise sindémica da crise sanitária, nomeadamente no que diz respeito ao seu **impacto ao nível socioeconómico**, é necessário analisar os efeitos económicos da pandemia, abordados no capítulo anterior. Do ponto de vista psicossocial, verificamos que as mudanças no mercado laboral são relevantes, já que mesmo os indivíduos que mantiveram a sua fonte de rendimento relatam alterações no tipo de vínculo laboral e na carga horária semanal⁷⁴. Em Portugal, observou-se uma quebra entre junho de 2020 e março de 2021 na contratação a termo incerto (-6% , $M_{OCDE}=0.0, DP=4.2$), aumentando em contrapartida (3% , $M_{OCDE}=-0.7, DP=3.9$) as pessoas que passaram a ter um contrato a termo certo ou temporário, bem como aqueles que se classificam como estagiários (2.4% , $M_{OCDE}=0.4, DP=0.8$). Entre maio e julho de 2020, a carga horária relacionada com o trabalho aumentou em Portugal (15%) e na globalidade dos países da OCDE ($M_{OCDE}=8.4, DP=3.9$). Já em julho, 35% dos Portugueses relatavam um aumento do seu horário de trabalho ($M_{OCDE}=27.6, DP=4.6$); em qualquer dos períodos, há portugueses a referir que trabalharam diariamente, ou várias vezes por semana, nas horas vagas, a fim de conseguir realizar as suas tarefas profissionais⁷⁵ (Portugal — $M_{Abr/mai2020}=24, M_{Jun/jul2020}=21.3, M_{Fev/mar2021}=26$; OCDE — $M_{Abr/mai2020}=18.0, DP=3.3, M_{Jun/jul2020}=15.7, DP=3.4, M_{Fev/mar2021}=26.4, DP=5.0$).

Por outro lado, se o trabalho formal relacionado com a atividade profissional aumentou com a pandemia e se manteve mais elevado, o trabalho informal relacionado com as tarefas domésticas e relacionais não demonstra um padrão linear. Os dados comparativos entre junho/julho de 2020 e fevereiro/março de 2021⁷⁶ permitem constatar que

o tempo semanal dedicado a atividades não remuneradas se reduziu após o primeiro confinamento, altura em que se começaram a retomar algumas atividades. O tempo despendido pelos Portugueses a cuidar de filhos ou netos ($M=-1.4$, $M_{OCDE}=-2.0$, $DP=1.9$), com atividades de voluntariado ($M=-0.3$, $M_{OCDE}=-0.5$, $DP=0.3$) e de prestação de cuidados a idosos ou outros parentes com necessidades especiais ($M=-0.8$, $M_{OCDE}=-0.8$, $DP=0.9$) reduziu-se em média em uma hora ou menos por semana. O tempo empregado a cuidar das tarefas domésticas reduziu-se sensivelmente de 17 para 14 horas semanais ($M_{OCDE}=-2.1$, $DP=1.1$) e o utilizado com atividades desportivas, culturais ou de lazer de sete para uma média de cinco horas por semana ($M_{OCDE}=-2.1$, $DP=1.1$). Uma análise por género⁷⁷ permite constatar que estas reduções foram assimétricas. As mulheres não referem nenhuma alteração no tempo gasto na prestação de cuidados a descendentes ($M=-0.3$, $M_{OCDE}=-2.6$, $DP=3.5$), enquanto os homens referem uma redução de 12 para dez horas semanais ($M=-2.2$, $M_{OCDE}=1.0$, $DP=4.3$). Existem diferenças semelhantes na prestação de assistência a familiares idosos. Os homens portugueses reportam que passaram a poupar mais de duas horas semanais neste tipo de tarefas ($M=-2.2$, $M_{OCDE}=0.4$, $DP=1.5$), mas as mulheres portuguesas não ($M=0.4$, $M_{OCDE}=-1.0$, $DP=1.4$).

De acordo com os dados recolhidos pela Eurofound, o avançar da situação pandémica agravou o conflito entre as responsabilidades laborais e as pessoais e familiares. Se no início de 2020 23,4% referiam já que o trabalho afetou o cumprimento de responsabilidades familiares ($M_{OCDE}=18.4$, $DP=3.7$), em 2021 o número ascendia aos 37,2% ($M_{OCDE}=27.1$, $DP=6.6$)⁷⁸. O impacto na direção inversa — trabalho-família — é referido por uma parcela relativamente constante de 9,4% da população portuguesa ($M_{OCDE}=12.4$, $DP=1.8$)⁷⁹. Em junho/julho de 2020, 17,8% dos Portugueses assumiam-se insatisfeitos

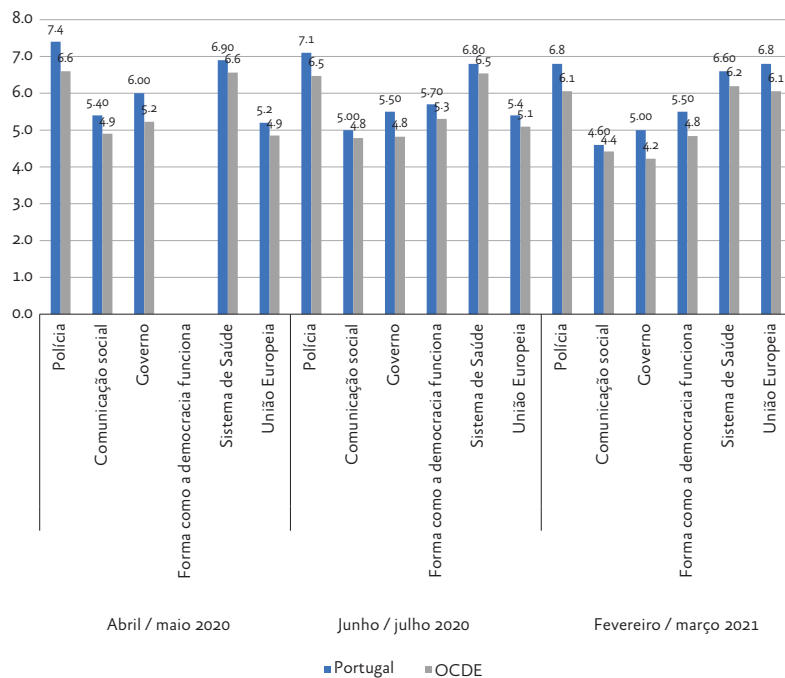
com o teletrabalho ($M_{OCDE}=18.7$, $DP=4.7$), 25,7% não se posicionavam ($M_{OCDE}=21.8$, $DP=5.4$) e 56,5% sentiam-se satisfeitos ($M_{OCDE}=59.5$, $DP=8.0$)⁸⁰.

O decretar da pandemia e a instauração dos primeiros confinamentos afetaram negativamente a **satisfação das populações**⁸¹. No início da crise sanitária, a população portuguesa reportava uma satisfação ligeiramente acima do ponto médio da escala ($M_{Abr/mai2020}=5.8$; $M_{OCDE}=6.4$, $DP=0.5$), que se manteve em 2021 ($M_{Fev/mar2021}=5.9$, $M_{OCDE}=5.9$, $DP=0.6$)⁸². Logo após o decretar da pandemia, 40,1% da população estava otimista quanto ao futuro ($M_{OCDE}=51.3\%$, $DP=11.5$); no verão de 2020, 36,9% ($M_{OCDE}=52.2$, $DP=9.0$); e no início de 2021, 38% ($M_{OCDE}=47.2$, $DP=10.3$)⁸³. A percentagem de portugueses a relatar dificuldades em sustentar o seu agregado familiar aumentou⁸⁴ ($M_{Abr/mai2020}=39.9$; $M_{OCDE}=44.0$, $DP=13.0$; $M_{Jun/jul2020}=39.7$; $M_{OCDE}=42.3$, $DP=12.1$; ($M_{Fev/mar2021}=49.2$; $M_{OCDE}=43.1$, $DP=12.9$). Aumentou também o número de portugueses que referem ter dificuldade em resolver problemas⁸⁵ (resiliência — $M_{Abr/mai2020}=22.4$; $M_{OCDE}=24.2\%$, $DP=4.5$; $M_{Jun/jul2020}=22.7$; $M_{OCDE}=23.5$, $DP=4.5$; ($M_{Fev/mar2021}=30.2$; $M_{OCDE}=29.1$, $DP=5.4$).

Terminamos esta secção relativa a impactos indiretos com a análise de indicadores relativos à **coesão social**, ou seja, os níveis de confiança da população nas instituições⁸⁶. Durante o primeiro ano pandémico, o nível de confiança na ciência em Portugal manteve-se para 51,3% dos Portugueses ($M_{OCDE}=55.4$, $DP=5.3$), aumentou para 43% ($M_{OCDE}=25.0$, $DP=8.1$) e diminuiu para 5,6% ($M_{OCDE}=18.1$, $DP=8.6$).

A figura 3.8 apresenta um comparativo da evolução da confiança nas instituições entre Portugal e os outros países da OCDE, verificando-se que a confiança dos Portugueses tende a ser, em termos médios, superior à confiança reportada pelas populações dos outros países.

Figura 3.8 Confiança nas instituições entre abril de 2020 e março de 2021 (média)



Fonte dos dados: Eurofound. Figura: Elaboração própria.

Globalmente, apesar de não ser possível apresentar uma confirmação estatística, os dados secundários reportados nesta secção relativos à fase de absorção sugerem o contágio entre os vários sistemas sociais, promovendo alterações nas dinâmicas sociais instituídas, como o trabalho, a educação e o equilíbrio das tarefas domésticas, cujas consequências estamos ainda longe de conseguir medir ou compreender. Assim, tal como o vírus exacerbou problemas de

saúde pré-existentes nos indivíduos, a crise pandémica contaminou os sistemas e subsistemas de forma desequilibrada, explorando, agravando e reproduzindo as vulnerabilidades anteriores dos países.

3.4. Absorção e recuperação em Portugal — do indivíduo à sociedade

O esboço do retrato da atuação de Portugal neste contexto pandémico começou a ser desenhado na secção anterior, para revelar uma situação de potencial vulnerabilidade, ditada por circunstâncias históricas, culturais e geográficas, mas também por acontecimentos disruptivos como a crise económica de 2009. Reconhecer que existe uma relação de dependência entre os diferentes recursos (social, intelectual, financeiro, etc.), tanto na sua presença como na sua ausência, ajuda a explicar os diferentes graus de desempenho na gestão da crise sanitária e a capacidade de minimizar o seu potencial disruptivo, mas não esclarece sobre dinâmicas mais complexas que estão na origem da cascata de contágio entre subsistemas sociais.

Esta secção integra os dados primários que recolhemos em Portugal durante o ano de 2021 e pretende retratar os temas Saúde Mental, Família, Virtual e Coesão Social, estando dividida em três dimensões de análise. A primeira, respeitante a um **nível individual**, começa por retomar indicadores gerais da evolução do contágio, das infeções e da mortalidade pela COVID-19, para detalhar o impacto direto da crise sanitária no nosso país. Abordamos a partir daí os comportamentos da população, não só no sentido da proteção pessoal face ao vírus, mas também outros aspetos comportamentais, relacionados com os hábitos de sono ou de consumo de tabaco e álcool, e que podem ser potencialmente disruptivos para a saúde física, para o bem-estar

e para a saúde mental da população. Nesta secção, as principais variáveis em análise são a adoção de comportamentos de proteção da saúde e outras alterações de comportamento relevantes. Ao nível do bem-estar e da satisfação, medimos o índice de bem-estar (WHO-5) (WHO, 1998), uma escala internacional de autorreporte do bem-estar subjetivo corrente e uma escala de satisfação (Cantril, 1965) com a vida, que integra julgamentos de avaliação da satisfação global atuais e prospetivos e a avaliação das relações pessoais. Por fim, a saúde mental foi operacionalizada através de três medidas standardizadas e amplamente aplicadas no contexto da COVID-19 — depressão (Kroenke *et al.*, 2003), ansiedade (Kroenke *et al.*, 2007) e stresse (Cohen, 1988) —, mas também através da avaliação da evolução do medo da COVID-19 (Ahorsu, 2020) e das atividades desenvolvidas pelos indivíduos para lidar com o impacto da crise sanitária na sua vida.

A segunda secção respeita a um **nível social** que integra questões grupais e contextuais, onde inventariámos acontecimentos de vida (Jean-Baptiste *et al.*, 2020; Rossi, 2020) que decorreram de forma simultânea com o primeiro embate pandémico — nomeadamente, mudanças ao nível das famílias (*e.g.*, composição do agregado) e mudanças no plano profissional e financeiro (*e.g.*, desemprego, estabilidade financeira). Integrámos ainda informação sobre o trabalho informal, quanto à apropriação de tarefas domésticas e relacionais (Chen *et al.*, 2014) por parte dos diferentes elementos do agregado familiar e ao eventual desequilíbrio na sua distribuição, e avaliamos o ambiente familiar, operacionalizado através de uma escala de coesão e conflito familiares (Moos e Moos, 1986). Apresentámos dados preliminares sobre o impacto diferencial deste contexto em homens e mulheres, na evolução de visões estereotípicas dos papéis

de género (Leaper e Valin, 1996). Além disso, para objetivar episódios anedóticos que foram relatados um pouco por todo o mundo e sugeriram dificuldades em conciliar no mesmo espaço a vida familiar e a profissional, medimos o impacto nestas duas esferas através de uma escala que mede o conflito na direção trabalho-família, mas também na direção família-trabalho (Haslam *et al.*, 2014). Por fim, analisámos a dimensão virtual, quantificando a digitalização do trabalho, e descrevemos a forma como os Portugueses utilizam a Internet, identificando onde acedem à rede, as atividades que realizam *online* e as dificuldades que sentem ao fazê-lo (Chang *et al.*, 2015).

A terceira secção adota um nível de análise **societal** e procura compreender de que forma a crise sanitária poderá ter afetado a coesão social. Analisa-se a coesão horizontal que se reporta às relações entre os pares, ou seja, grupos sociais como a vizinhança (Dupuis *et al.*, 2016), avaliando as atribuições causais feitas sobre a responsabilidade do desenrolar da crise sanitária e sobre a proteção de grupos particulares da população. Mas também o impacto na coesão social vertical, nomeadamente na forma como evoluiu a confiança nas instituições, e, por fim, de que modo os padrões de consumo de informação se relacionam com as teorias da conspiração e a desinformação.

3.4.1. Dimensão individual — saúde, bem-estar, satisfação e saúde mental

3.4.1.1. Saúde física — acontecimentos de vida e comportamentos

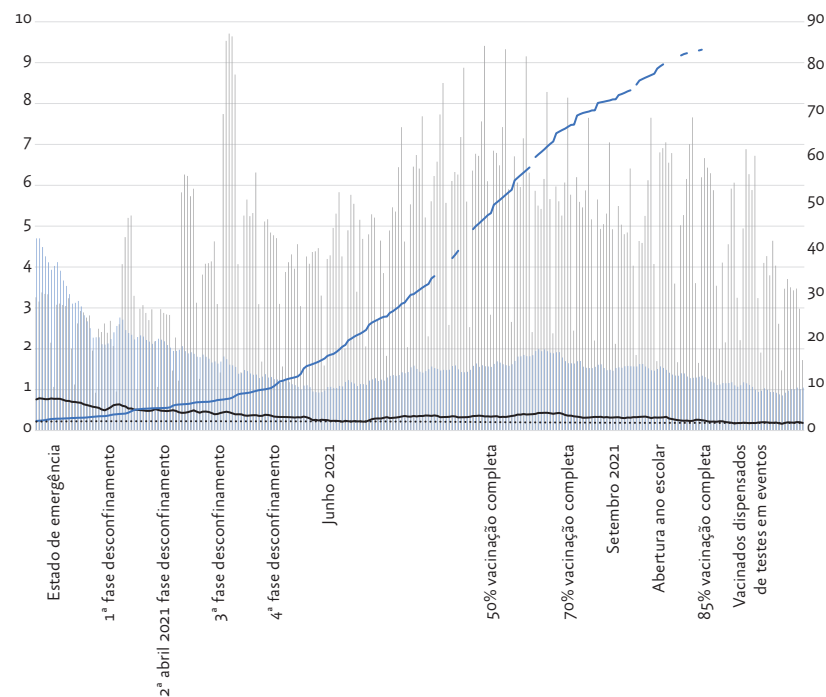
O impacto direto da crise sanitária reporta-se estatisticamente a 10,5% da população, com 1 090 651 casos diagnosticados e 18 157

mortos até ao final de outubro de 2021 (DGS, 31 de outubro de 2021). No conjunto das amostras recolhidas no âmbito do presente trabalho, a prevalência de portugueses infetados é semelhante (10%), salientando-se que apenas 1,8% reportam quadros sintomatológicos acentuados ou internamentos no decurso da infeção. Apesar de existirem proporcionalmente mais pessoas infetadas a referir que sofreram versões graves da doença entre setembro e outubro de 2021 (24%) do que entre março e abril de 2021 (17%), os dados epidemiológicos disponíveis não validam esta situação. Considerando apenas o período em análise (março a outubro), existiu efetivamente um ligeiro aumento na taxa de hospitalização (figura 3.9), mas foi transitório, demonstrando uma curva com tendência decrescente já em outubro. Comparando com o período homólogo do ano anterior, os dados sugerem um abrandamento de quadros clínicos mais graves. A par de um aumento significativo da média diária de novos casos [$M_{Abr/out2020}=625.4$, $M_{Abr/out2021}=1256.7$; $t(405)=-7.329$, $p<.001$], a taxa de hospitalização diminuiu [$M_{Abr/out2020}=3.7$, $M_{Abr/out2021}=1.4$; $t(225)=18.585$, $p<.001$] e a taxa de letalidade também [$M_{Abr/out2020}=2.7$, $M_{Abr/out2021}=0.7$; $t(227)=9.504$, $p<.001$]. Isto significa que enquanto havia, entre abril e outubro de 2020, quatro pessoas internadas por cada cem casos ativos e quatro mortes por cada cem pessoas com um teste positivo, no mesmo período de 2021 o rácio desceu para 1,4 internados e um óbito. Há várias explicações possíveis para esta evolução positiva, talvez até complementares entre si. Para além da possibilidade de o vírus vir a tornar-se menos agressivo e da melhoria dos protocolos de tratamento hospitalares, estes indicadores poderão refletir a eficácia da profilaxia farmacológica. Os dados recolhidos permitem observar as duas últimas hipóteses. Confirma-se uma taxa de sucesso maior dos tratamentos hospitalares. Enquanto em 2020 se registaram em média

dez óbitos por cada cem internados em UCI, no período homólogo de 2021 registaram-se seis [$t(402)=10.118$, $p<.001$]. O aumento de pessoas com o esquema vacinal completo está correlacionado negativa e significativamente com a necessidade de internamento em cuidados intensivos ($r(240)=-.562$, $p<.001$).

A confirmar-se uma relação causal entre a profilaxia farmacológica e a redução de quadros clínicos graves, podemos estimar que a campanha de vacinação que envolveu 8 887 758⁸⁷ portugueses terá contribuído para que existissem, em média, menos cinco pessoas em internamento numa UCI em cada dia⁸⁸ entre abril e outubro de 2021.

Figura 3.9 Dados epidemiológicos de Portugal de 21 de fevereiro a 31 de outubro 2021.



Fonte dos dados: DGS. Figura: Elaboração própria.

Este impacto direto da COVID-19 na saúde dos Portugueses não foi transversal e variou em função da idade. Enquanto as infeções foram mais prevalentes entre os 20 e os 60 anos [$F(8,5040)=245.221$, $p<.001$], a mortalidade foi estatisticamente nula até aos 50 anos, acentuando-se a partir dos 60 anos [$F(8,5032)=181.321$, $p<.001$]. Este padrão assimétrico revela-se também na evolução dos indicadores

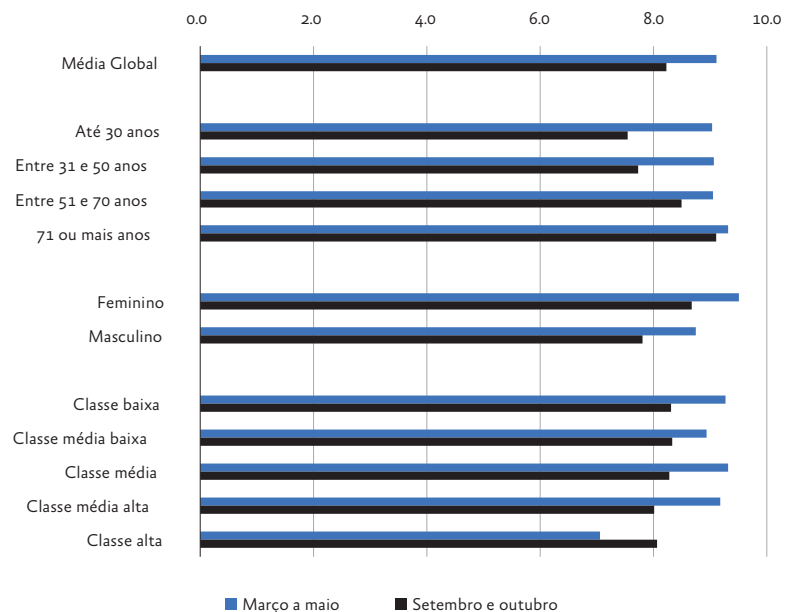
de transmissão e de mortalidade. Os contágios têm vindo a ser mais altos, sobretudo quanto mais jovens os indivíduos são; e a mortalidade tem vindo a decrescer, mas ainda assim continua a ser maior entre os seniores. Comparando o mesmo período entre 2020 e 2021, o aumento do número de infeções diagnosticadas é significativamente superior em todas as faixas etárias, confirmando-se, contudo, o maior contágio entre os mais jovens. Dada a não significância estatística da mortalidade nas faixas etárias mais jovens, a diminuição da mortalidade ocorreu exclusivamente entre as faixas etárias mais velhas. Assim, por cada dez dias decorridos entre abril e setembro de 2021, registaram-se, em média, menos três mortos com 60 a 69 anos, menos oito com 70 a 79 anos, e menos 40 com 80 ou mais anos.

Avaliámos o grau de cumprimento das medidas de contenção através do autorreporte de comportamentos pessoais de proteção, como higienizar as mãos ou utilizar máscara na via pública, nos recintos fechados e nos locais de trabalho⁸⁹. Em média, os Portugueses afirmavam-se muito cumpridores das medidas em qualquer uma das vagas ($M=8.6$, $EP=.10$)⁹⁰, classificando, em média, em 9.0 ($EP=.10$) o seu grau de cumprimento na primeira vaga e em 8.2 ($EP=.13$) na segunda. Entre a primeira e a segunda vaga do inquérito, a descida no reporte de cumprimento das medidas foi estatisticamente significativa [$M_{Dif}=-.88$, $EP=.14$, $F(1,494)=14.008$, $p<.001$]. O grau de cumprimento reportado varia em função do escalão etário [$F(3,494)=5.852$, $p=.001$], sendo o cumprimento dos jovens inferior ao reportado pelos seniores ($M_{<30}=8.2$, $EP=.02$, $M_{>70}=9.1$, $EP=.02$). Acresce que a mudança de comportamento entre o primeiro e o segundo momento de recolha também varia em função da idade [$F(3,494)=4.521$, $p=.004$], existindo evoluções assimétricas no cumprimento consoante a faixa etária (figura 3.10).

Os seniores mantêm o nível de cumprimento de uma vaga para a outra ($M_{Abr/mai}=9.1, EP=1.2, M_{Set/out}=9.2, EP=1.2$) mas há reduções em todos os outros escalões (até 30 anos: $M_{Abr/mai}=8.7, EP=1.4, M_{Set/out}=7.6, EP=1.8$; entre 31 e 50 anos: $M_{Abr/mai}=9.0, EP=1.4, M_{Set/out}=7.9, EP=1.8$; entre 51 e 70 anos: $M_{Abr/mai}=9.1, EP=1.3, M_{Set/out}=8.5, EP=1.6$).

O cruzamento por género permite constatar que as mulheres se afirmam mais cumpridoras, independentemente do momento em que os dados foram recolhidos [$M_{Dif}=.809, EP=.188, F(3,494)=4.521, p=.004$].

Figura 3.10 Cumprimento autorreportado das medidas de contenção por escalão etário, género e classe social — 2021

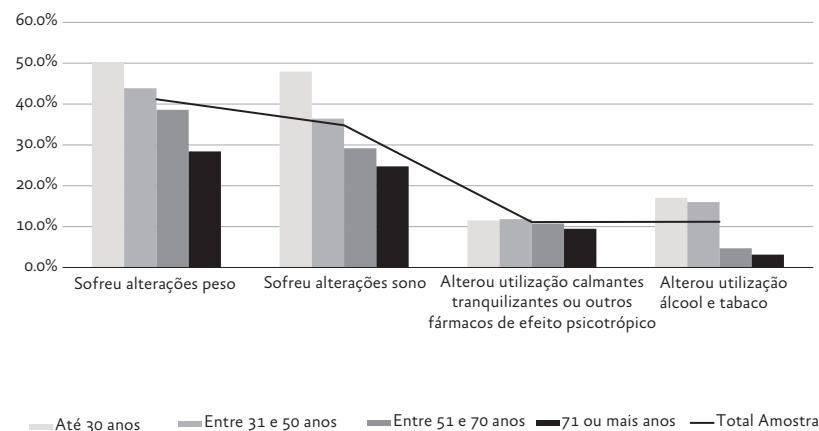


Como tem vindo a ser debatido, a disrupção causada pela disseminação comunitária do vírus, pelas restrições que foram impostas com as medidas de contenção, ou pelas mudanças ocorridas noutras partes do sistema teve diretamente impacto na mortalidade da população, mas alterou também os hábitos e comportamentos da população portuguesa. Assim, para além da população infetada (10%) ou que relatou sintomas acentuados ou um internamento no decurso da infeção (2%), 41,2% acusam alterações do seu peso habitual; 34,8%, distúrbios nos padrões de sono; 11,2%, alterações no consumo habitual de álcool e tabaco; e 11,1%, no consumo de calmantes, tranquilizantes ou outros fármacos com efeitos psicotrópicos⁹¹.

Detalhando os padrões de mudança, verificamos que 31% reporta situações de aumento de peso; menos de 1%, oscilações de peso; e aproximadamente 10%, reduções de peso. Cerca de 30% reduziram o período de sono, menos de 1% varia entre períodos de maior e menor tempo despendido a dormir, e 5% passaram a dormir mais desde o início da pandemia. As alterações no consumo de psicofármacos correspondem maioritariamente a situações de aumento de consumo (9,4%, redução 1,6%). As alterações no consumo de tabaco e álcool representam um aumento para 8,1%, uma manutenção para 0,3% e uma redução para 2,8%.

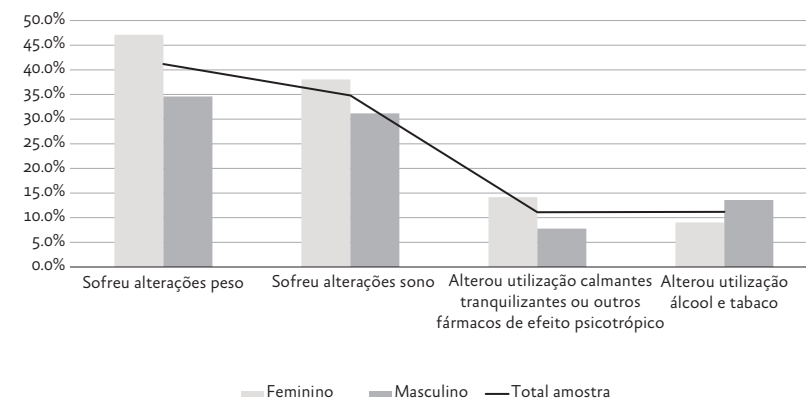
Estes padrões não são estatisticamente idênticos entre todas as faixas etárias, por género ou classe social. Como revela a análise das figuras seguintes, existem resultados diferentes entre os grupos⁹². São os jovens⁹³ quem mais alterações reporta a todos os níveis (figura 3.11), excluindo a utilização de calmantes, tranquilizantes ou outros fármacos de efeito psicotrópico. Da mesma forma, os jovens com menos de 30 anos são o grupo que reporta ter sofrido mais alterações no seu peso (50,2%, $\chi^2=22.286$, $p<.001$), sendo essas alterações relativas na sua maioria a um aumento de peso (37%). O mesmo grupo também reporta mais alterações nos padrões do sono (47,9%, $\chi^2=29.603$, $p<.001$), sobretudo no sentido da sua diminuição (32,9%). As alterações de consumo de tabaco e álcool neste grupo (17,1%, $\chi^2=43.103$, $p<.001$) dividem-se entre situações de aumento (7,8%) e de redução do consumo (8,3%).

Figura 3.11 Alterações autorreportadas de comportamento, por escalão etário — 2021



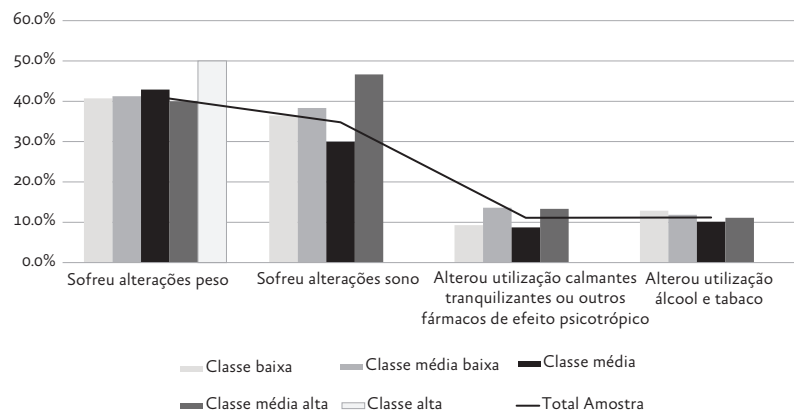
A análise das variáveis sociodemográficas sugere também uma maior vulnerabilidade feminina (figura 3.12). As mulheres reconhecem mais alterações a todos os níveis, excluindo alterações no padrão de consumo de álcool e tabaco. As alterações de peso (47,1%, $\chi^2=18.698$, $p<.001$) correspondem maioritariamente a situações de aumento de peso (35,4%), as alterações do sono (38,1%, $\chi^2=6.063$, $p=.014$) correspondem a menos horas dormidas (32%), e a utilização de psicotrópicos (14,2%, $\chi^2=11.89$, $p<.001$) traduz-se num aumento do consumo (11,9%).

Figura 3.12 Alterações autorreportadas de comportamento, por género — 2021



Por fim, o cruzamento dos dados por classe social (figura 13) revela que os indivíduos que se classificam como pertencentes à classe média-alta poderão ter sofrido mais alterações nos seus padrões de sono (46,7%, $\chi^2=11.094$, $p=.026$) e que estas alterações traduzem sobretudo situações de redução das horas dormidas (37,8%).

Figura 3.13 Alterações autorreportadas de comportamento, por classe social autorreportada — 2021



3.4.1.2 Bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e avaliação das relações pessoais

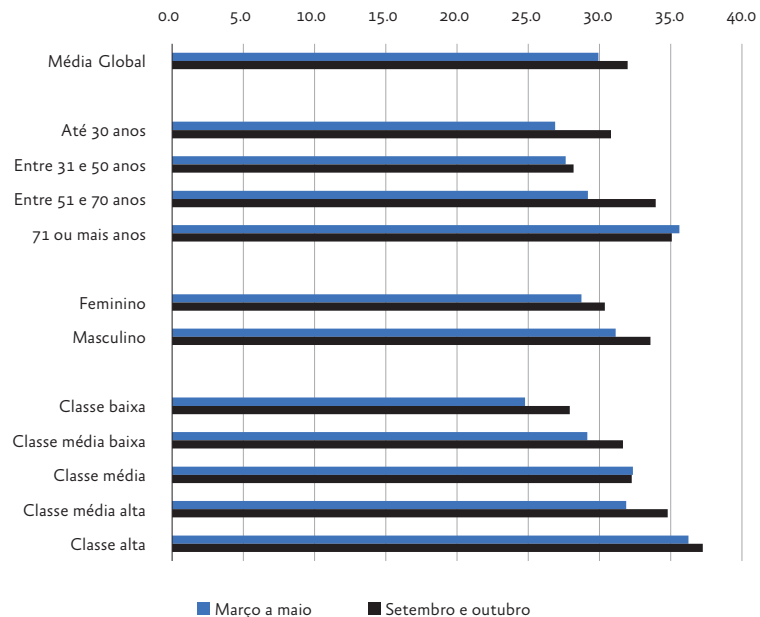
A integração dos dados que recolhemos em Portugal, com dados secundários provenientes de outras fontes e países⁹⁴, revela que o **bem-estar subjetivo** (Cantril, 1965)⁹⁵ reportado pelos Portugueses variou ao longo do tempo⁹⁶. Entre abril e o verão de 2020, altura em que terminou o primeiro período de confinamento em Portugal, poderá ter existido um aumento do bem-estar reportado pelos Portugueses ($M_{Abr/mai2020}=45.9$, $M_{Junho/julho2020}=48.7$ ⁹⁷), para imediatamente a seguir, com a imposição de um segundo período de confinamento, ocorrer uma redução ($M_{Abr/mai2020}=43.5$ ⁴⁹).

Os dados que recolhemos sobre o bem-estar subjetivo no presente trabalho utilizam a mesma escala de medida que os anteriores recolhidos no âmbito do European Social Survey, mas dão conta de uma média de satisfação mais baixa. Não obstante, verificámos

durante o nosso estudo que os Portugueses reportaram um nível de satisfação acima do ponto médio da escala ($M=30.8$, $EP=.71$). Acresce que as diferenças entre as duas vagas do Inquérito sobre a Pandemia de COVID-19 em Portugal não são estatisticamente significativas [$M_{Dif}=2.037$, $F(1,491)=2.808$, $p=.094$]. O bem-estar subjetivo geral, medido no conjunto dos dois momentos, varia significativamente em função do escalão etário [$F(3,491)=7.976$, $p<.000$], sendo os escalões mais jovens ($M_{<30}=28.7$, $EP=1.5$, $M_{30-50anos}=27.7$, $EP=1.5$) quem reporta um menor bem-estar ($M_{51-70anos}=31.4$, $EP=1.3$, $M_{>70}=35.1$, $EP=1.5$). Existe também uma interação entre o bem-estar e o primeiro e o segundo momento de recolha de dados [$F(3,491)=2.859$, $p=.037$]. Como se pode observar na figura 3.14, o aumento do bem-estar entre as duas vagas é menos expressivo entre os escalões etários superiores⁹⁸.

Ao nível de género, existe uma tendência para as mulheres reportarem um menor bem-estar subjetivo [$M_{Fem}=29.4$, $EP=1.1$, $M_{Mas}=32.2$, $EP=1.0$, $F(1,491)=3.916$, $p=.048$]. Observaram-se ainda diferenças entre os indivíduos em função da classe social a que dizem pertencer [$F(1,491)=5.614$, $p<.000$], verificando-se que a média do bem-estar nas classes sociais superiores é mais elevada ($M_{baixa}=26.2$, $EP=1.2$, $M_{média-baixa}=30.2$, $EP=.63$, $M_{média}=32.1$, $EP=.58$, $M_{médiaalta}=33.1$, $EP=2.3$, $M_{alta}=36.5$, $EP=5.7$).

Figura 3.14 Bem-estar subjetivo (WHO-5) por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021

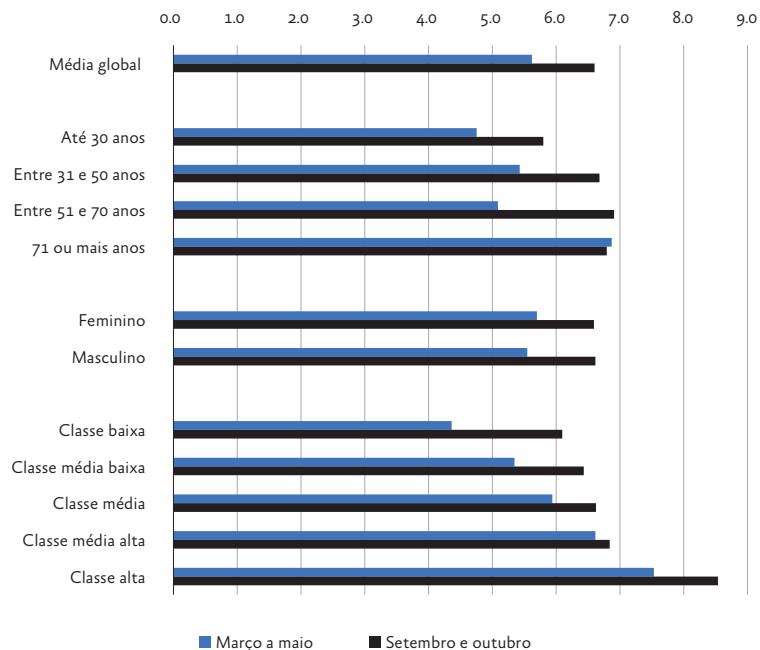


A **satisfação com a vida**⁹⁹, em cada um dos momentos de recolha, subiu de forma estatisticamente significativa [$M_{Dif}=9.77$, $F(1,401)=9.660$, $p<.001$], passando de uma média de 5.6 na primeira vaga de recolha de dados para 6.6 na segunda.

O nível de satisfação com a vida medido durante o período em estudo está também ligeiramente acima do ponto médio da escala ($M=6.1$, $EP=.13$), aumentando de forma estatisticamente significativa em função da idade dos inquiridos [$F(3,401)=5.428$, $p=.001$, $M_{<30}=5.3$, $EP=.24$, $M_{30-50anos}=6.0$, $EP=.26$, $M_{51-70anos}=6.0$, $EP=.23$, $M_{>70}=6.8$, $EP=.27$]

e da classe social [$F(4,401)=6.014$, $p=.001$, $M_{baixa}=5.2$, $EP=.22$, $M_{média-baixa}=5.9$, $EP=.19$, $M_{média}=6.3$, $EP=.11$, $M_{médi-alta}=6.7$, $EP=.47$, $M_{alta}=8.0$, $EP=1.0$]. Não existem diferenças estatisticamente significativas entre géneros. A evolução da satisfação entre as duas vagas de recolha de dados não é homogénea nos diferentes grupos etários [$F(3,408)=4.984$, $p=.002$], verificando-se que o aumento da satisfação com a vida no momento em que os dados foram recolhidos é menos intenso no escalão etário superior¹⁰⁰ (figura 15).

Figura 3.15 Satisfação com a vida atual por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021

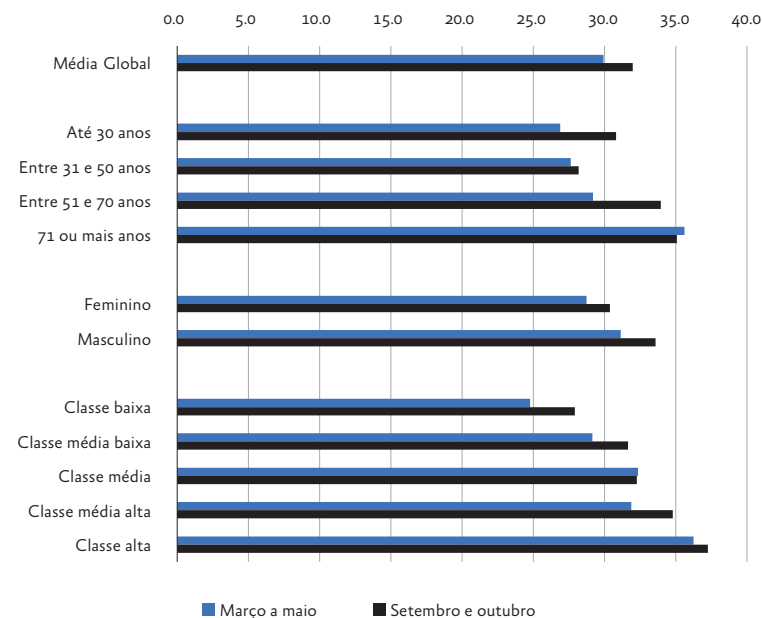


Nota: A interação visível no gráfico com a classe social alta não é estatisticamente significativa, devido à representatividade deste grupo na amostra. Não devem, por isso, ser interpretados esses valores.

Solicitámos ainda aos inquiridos que estimassem a sua satisfação com a vida cinco anos após o momento de inquirição^{101,102}. Os indivíduos estimam, em média, que serão mais felizes no futuro ($M=7.6$, $EP=.16$). A estimacão da satisfação futura não varia entre a primeira vaga de recolha de dados, que ocorreu no fim do segundo confinamento em Portugal (março/maio de 2021) e a segunda vaga (setembro/outubro

de 2021), nem existem interações estatisticamente significativas a assinalar com qualquer variável em análise. Podemos relatar apenas uma tendência marginal [$F(3,365)=2.489$, $p=.06$] para a satisfação futura estimada evoluir de forma diferente entre os escalões etários, com os mais velhos a reduzir as suas estimativas de satisfação futura da primeira para a segunda vaga.

Figura 3.16 Satisfação com a vida passados cinco anos, por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021

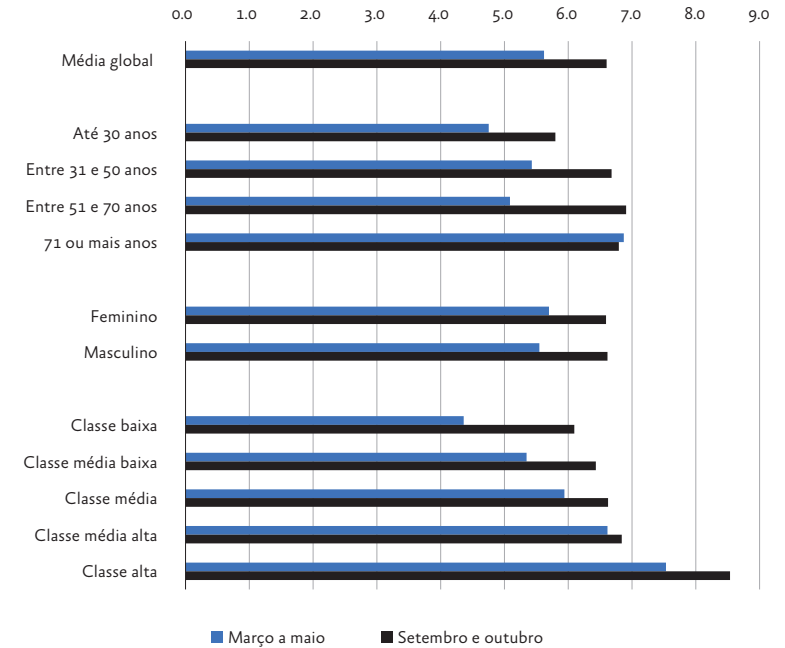


Nota: A interação visível no gráfico com a classe social alta não é estatisticamente significativa, devido à representatividade deste grupo na amostra. Não devem, por isso, ser interpretados esses valores.

A análise dos dados relativos à avaliação que os inquiridos fazem das suas **relações pessoais** permite constatar que as avaliações são, em média, positivas ($M=6.8$, $EP=.13$) e estão estruturadas em duas dimensões fundamentais. Uma primeira, referente à qualidade das relações pessoais¹⁰³, reportando-se à avaliação que cada indivíduo faz das relações de proximidade, mais íntimas, e uma segunda, sobre a conexão social¹⁰⁴, integrando relações sociais mais alargadas e públicas¹⁰⁵. Os dados mostram que as avaliações da qualidade das relações aumentaram da primeira para a segunda vaga [$M_{Dif}=.73$, $F(1,485)=14.305$, $p<.001$] e não variam em função das duas dimensões relacionais [$M_{Dif}=.166$, $F(1,485)=.586$, $p=.444$]. Ou seja, os indivíduos avaliam de forma semelhante a evolução da qualidade das suas relações pessoais e da conexão social sentida.

No conjunto das duas vagas, existe um efeito principal da idade [$F(3,485)=10.150$, $p<.001$]: os dois escalões etários mais jovens ($M_{<30}=6.0$, $EP=.27$, $M_{30-50anos}=6.3$, $EP=.26$) avaliam menos favoravelmente as suas relações, em ambas as dimensões, comparativamente com os dois escalões etários mais seniores ($M_{51-70anos}=7.4$, $EP=.23$, $M_{>70anos}=7.4$, $EP=.27$)¹⁰⁶.

Figura 3.17 Relações pessoais por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



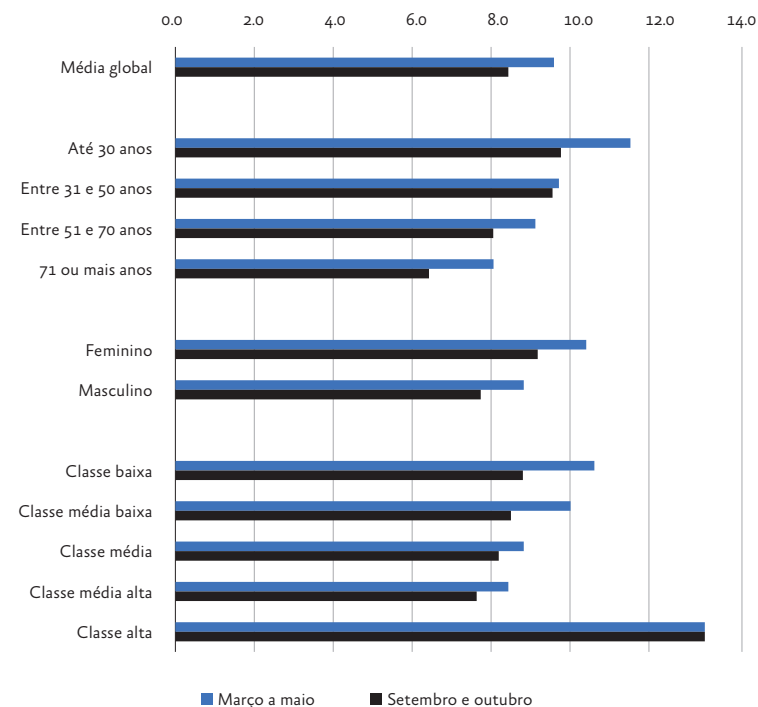
3.4.1.3 Saúde mental, medo e estratégias para lidar com a COVID-19

Os efeitos da sindemia na saúde mental têm sido evidenciados em vários países, existindo dados internacionais que estimam um acréscimo de cerca de 30% de **depressão, ansiedade ou stresse** (Salari *et al.*, 2020). Apesar de não termos dados disponíveis para quantificar a prevalência e a evolução destas condições de saúde mental e psicológica em Portugal, verificamos que o número total

de ocorrências pré-hospitalares relacionadas com a saúde mental subiu e permanece em ascensão. Comparando os anos pandémicos com a média dos três anos anteriores, aumentaram as ocorrências relacionadas com problemas psiquiátricos e suicídio (2020, +7%; 2021, +18%), as ocorrências gerais do Centro de Apoio Psicológico e Intervenção em Crise (2020, +9%; 2021, +20%), bem como as relativas ao acionamento de unidades móveis de intervenção psicológica de emergência (2020, +46%; 2021, +156%). Metodologicamente, a aferição direta da evolução da saúde mental da população é um desafio que tentamos ultrapassar através da utilização de escalas pré-testadas e validadas. Não obstante, as escalas apresentam limitações óbvias, como o facto de se basearem exclusivamente no autorreporte. Para diagnosticar qualquer patologia, seria necessária uma avaliação clínica integrada por parte de um profissional.

A **depressão**^{107,108} reportada ($M=8.7$, $EP=.34$) não variou de forma estatisticamente significativa entre os dois momentos de recolha de dados [$M_{Abr/Mai2020}=9.3$, $EP=.40$, $M_{Set/out2020}=8.2$, $EP=.40$, $F(1,491)=3.116$, $p=0.78$]. Os níveis de depressão relatados variam de forma estatisticamente significativa em função do escalão etário [$F(3,491)=4.937$, $p=.002$] e do género [$F(1,491)=7.627$, $p=.006$] dos inquiridos, mas não da classe social autorreportada. Quanto maior é a idade dos indivíduos, menor é o nível de depressão reportado ($M_{<30}=10.3$, $EP=.84$, $M_{30-50anos}=9.3$, $EP=.45$, $M_{51-70anos}=8.3$, $EP=.65$, $M_{>70}=7.0$, $EP=.69$). Da mesma forma, são as mulheres quem reporta níveis de depressão mais elevados ($M_{Fem}=9.5$, $EP=.43$, $M_{Masc}=8.0$, $EP=.51$).

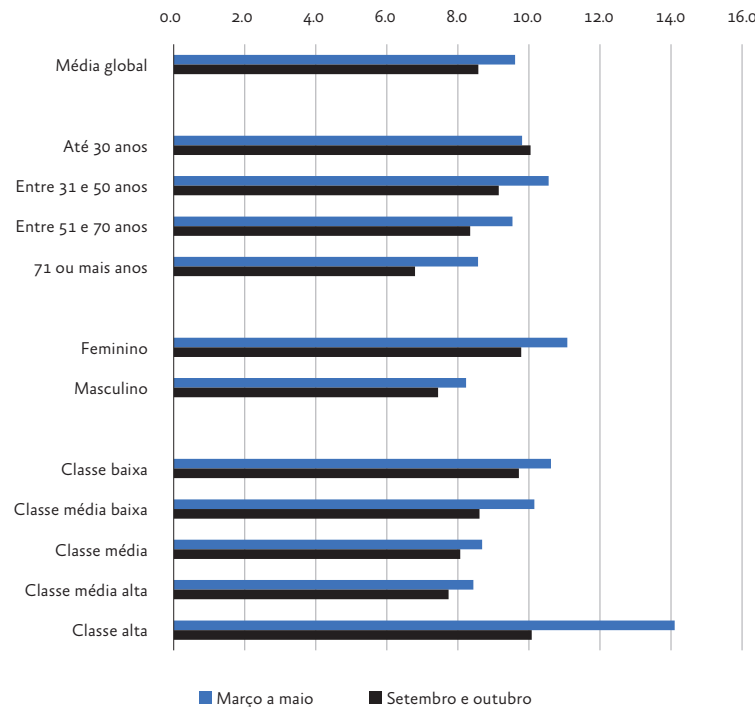
Figura 3.18 Depressão por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



A **ansiedade**^{109,110} ($M=9.0$, $EP=.35$) reportada não variou de forma estatisticamente significativa entre os dois momentos de recolha de dados [$M_{Abr/mai2020}=9.5$, $EP=.43$, $M_{Set/out2020}=8.5$, $EP=.41$, $F(1,490)=3.373$, $p=0.67$]. Os níveis de ansiedade relatados variam de forma estatisticamente significativa em função do escalão etário do respondente [$F(3,490)=2.719$, $p=.044$], do género [$F(1,490)=17.682$, $p<.001$] e da classe social autorreportada [$F(4,490)=2.517$, $p=.041$].

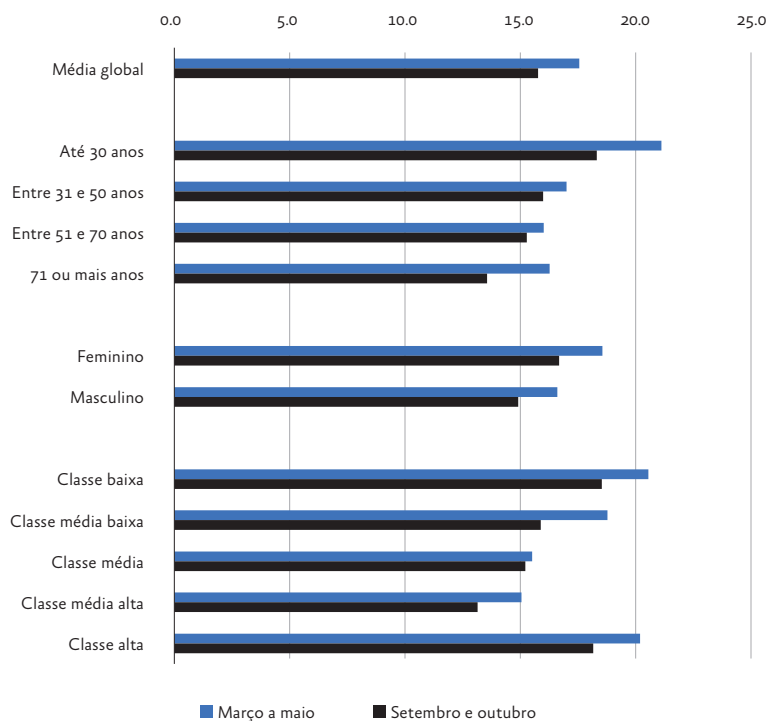
A variação é idêntica à descrita para a depressão: quanto maior é a idade dos indivíduos, menor é o nível de ansiedade reportado ($M_{<30} = 9.9, EP = .88, M_{30-50anos} = 9.8, EP = .47, M_{51-70anos} = 8.9, EP = .68, M_{>70} = 7.6, EP = .72$); as mulheres declaram níveis de ansiedade também superiores ($M_{Fem} = 10.4, EP = .45, M_{Mas} = 7.8, EP = .53$). Quanto à classe social autorreportada, o efeito não é linear, e os níveis de ansiedade reportados são maiores para as classes sociais mais baixas, mas também para a mais alta ($M_{Baixa} = 10.1, EP = .72, M_{Média-baixa} = 9.3, EP = .32, M_{Média} = 8.3, EP = .31, M_{Média-alta} = 9.0, EP = 1.1, M_{Alta} = 12.0, EP = 4.22$).

Figura 3.19 Ansiedade por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



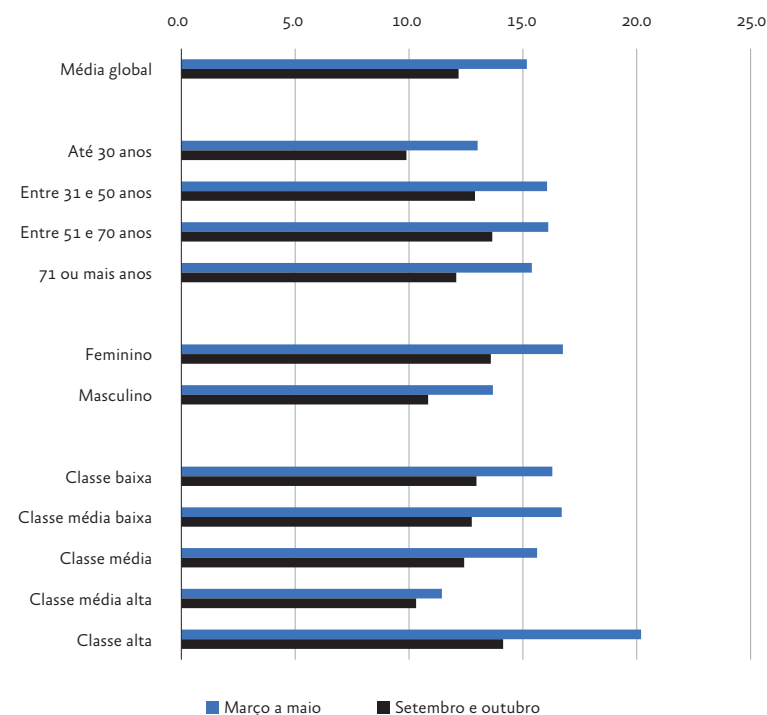
O nível de **stress**^{111,112} ($M = 16.5, EP = .50$) reportado diminuiu de forma estatisticamente significativa entre os dois momentos de recolha de dados [$M_{Abr/mai2020} = 17.4, EP = .59, M_{Set/out2020} = 15.6, EP = .58, F(1,476) = 4.389, p = .037$]. Acresce que o stress varia também em função do escalão etário do respondente [$F(3,476) = 3.700, p = .012$], do género [$F(1,476) = 4.650, p = .032$] e da classe social autorreportada [$F(4,476) = 5.612, p < .001$]. A variação é idêntica à descrita para as duas variáveis anteriores: quanto maior é a idade dos indivíduos, menor é o nível de stress reportado ($M_{<30} = 19.5, EP = 1.3, M_{30-50anos} = 16.3, EP = .68, M_{51-70anos} = 15.5, EP = .94, M_{>70} = 14.8, EP = 1.0$); as mulheres reportam níveis de stress superiores ($M_{Fem} = 17.5, EP = .64, M_{Mas} = 15.6, EP = .75$). Ao nível da classe social autorreportada, o efeito é idêntico ao reportado para a ansiedade. Os níveis de stress reportados são maiores para as classes sociais mais baixas, mas também para a mais alta ($M_{Baixa} = 19.4, EP = 1.0, M_{Média-baixa} = 17.2, EP = .44, M_{Média} = 15.2, EP = .44, M_{Média-alta} = 14.0, EP = 1.5, M_{Alta} = 19.0, EP = 5.8$). A forma como os níveis de stress variam entre os dois momentos é estatisticamente significativa em função da classe social autorreportada [$F(3,476) = 2.826, p = .024$], sendo as melhorias reportadas da primeira para a segunda vaga apenas estatisticamente significantes na classe média-baixa ($M_{Dif} = -2.866, EP = .54, p < .001$).

Figura 3.20 Stresse por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



O reporte de **medo** da COVID-19^{113,114} ($M=13.6, EP=.53$) diminuiu entre o primeiro e o segundo momento de recolha de dados [$M_{Abr/mai2020}=15.0, EP=.63, M_{Set/out2020}=12.1, EP=.62, F(1,484)=12.521, p<.001$]. As mulheres são quem reporta níveis de medo superiores, independentemente do momento da recolha de dados [$M_{Fem}=15.0, EP=.69, M_{Masc}=12.2, EP=.80, F(1,484)=9.899, p=.002$]. Não existem quaisquer outros efeitos estatisticamente significativos.

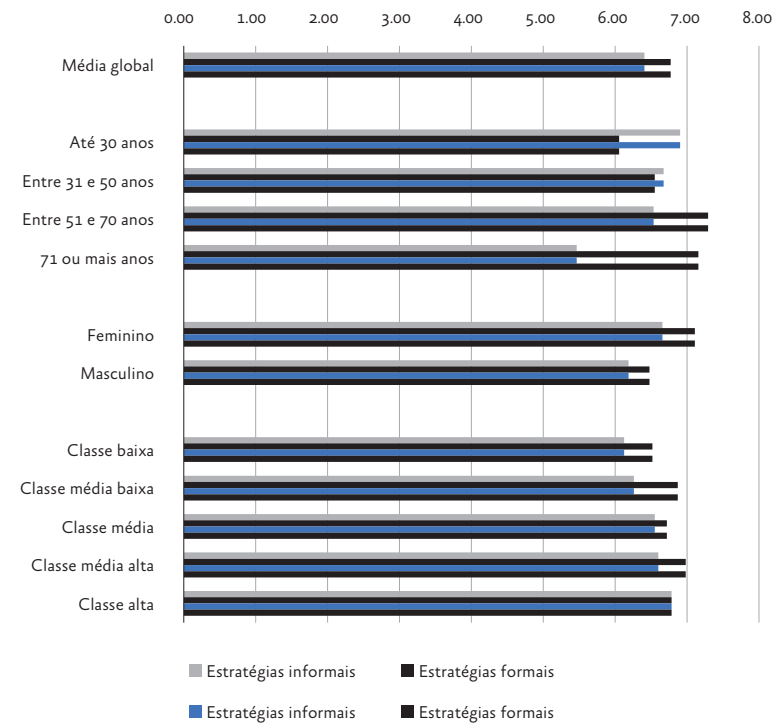
Figura 3.21 Medo da COVID-19 por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



Ao analisar as **atividades para lidar com a COVID-19 no dia a dia**^{115,116} consideradas mais úteis pela população durante o segundo confinamento, verificámos que os Portugueses tiveram dois perfis de atuação. Um primeiro, mais centrado em atividades individuais e informais, como comunicar com os outros, utilizar as redes sociais, estudar, jogar ou trabalhar. Um segundo, que se refere sobretudo a

atividades mais formais de cumprimento de normas e recomendações. A utilidade dos dois tipos de estratégias ($M=6.6$, $EP=.11$) foi avaliada de forma semelhante pelos inquiridos. Não obstante, a sua classificação foi diferente em função do género [$F(1,1028)=12.066$, $p=.001$], com as mulheres a classificarem a utilidade de ambos os tipos de atividades de forma superior aos homens ($M_{Fem}=6.8$, $EP=.12$, $M_{Masc}=6.3$, $EP=.17$). Existem ainda dois efeitos de interação: a classificação da utilidade dos dois tipos de estratégias é diferente em função dos escalões etários [$F(3,1028)=14.580$, $p<.001$], com a utilidade percebida das atividades formais a ser mais intensa junto dos mais seniores e, de forma inversa, a utilidade das atividades informais a ser maior junto dos mais jovens (figura 3.22). O segundo efeito de interação diz respeito à valorização diferencial que é feita de ambos os tipos de atividades por homens e mulheres. Verifica-se que mulheres mais jovens ($M_{<30}=7.1$, $EP=.22$, $M_{30-50anos}=7.1$, $EP=.19$) avaliam as estratégias como mais úteis do que os homens das mesmas idades ($M_{<30}=5.8$, $EP=.28$, $p<.001$, $M_{30-50anos}=6.2$, $EP=.35$, $p=.03$), não existindo diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nos outros escalões etários.

Figura 3.22 Atividades para lidar com o impacto da COVID-19 por escalão etário, género e classe social autorreportada — março a maio de 2021



3.4.2. Dimensão grupal ou situacional — acontecimentos de vida e funcionamento familiar

Acontecimentos de vida como o casamento, o nascimento de filhos ou a reforma estão relacionados com o ciclo de vida natural e são, portanto, expectáveis, enquanto outros, como o desemprego ou

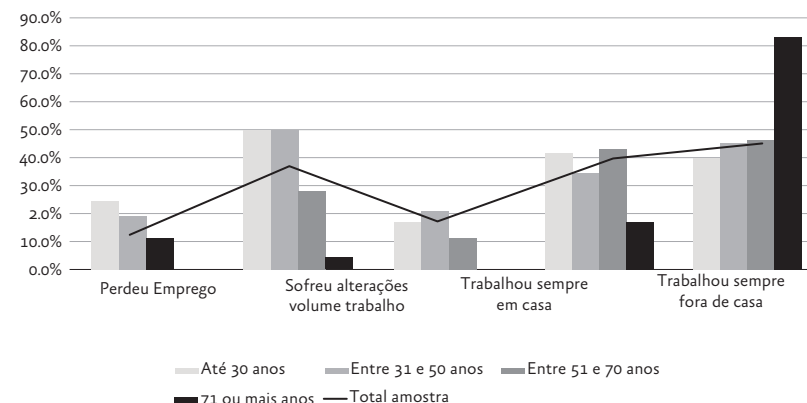
a crise sanitária da magnitude da atual, são imprevisíveis e podem provocar disrupções críticas. Quando têm lugar na vida dos indivíduos, estes acontecimentos provocam mudanças fisiológicas e psicológicas individuais, mas também podem alterar o funcionamento dos agregados familiares, conceptualizados neste trabalho como a unidade fundamental da vida social.

Ao nível do trabalho, as medidas implementadas de restrição da atividade económica afetaram mais de 46% da população. Contabilizamos para esta estimativa 15% dos entrevistados por terem perdido o seu emprego e 37% por terem sofrido alterações no volume de trabalho durante 2020. Praticamente metade dos indivíduos que perderam o seu emprego em algum momento não conseguiu arranjar outro emprego ou, apesar de o terem feito, voltaram a perdê-lo durante o período em análise. Um terço de quem teve alterações de volume de trabalho refere que passou a trabalhar menos (20,3%); uma parcela menor (14,3%) refere que passou a trabalhar mais; e um grupo ainda menor (2,7%) refere oscilações no volume de trabalho entre os diferentes momentos de recolha de dados. A adoção do teletrabalho tem sido gradual, com pelo menos 25% dos entrevistados a relatar que passou a trabalhar a partir de casa logo em abril de 2021. No conjunto deste período, conseguimos estimar que 45% da população nunca esteve em teletrabalho, 17% manteve-se sempre em regime de teletrabalho e cerca de 38% alternou entre locais de trabalho.

As figuras 3.23 a 3.24 ilustram o cruzamento destes acontecimentos de vida em função dos escalões etários e da classe social autorreportada. Em comparação com os outros grupos etários, os mais jovens (*i.e.*, até 30 anos) foram mais afetados por situações de desemprego

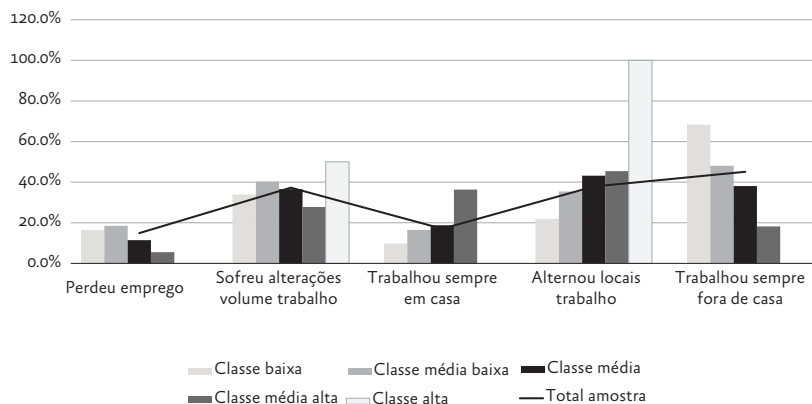
(25%, $\chi^2=24.149$, $p<.001$) e alterações do volume de trabalho (50%, $\chi^2=65.233$, $p<.001$).

Figura 3.23 Acontecimentos de vida profissionais por escalão etário — 2021



Por outro lado, os indivíduos de classe social baixa/média-baixa mantiveram, na sua maioria, o local de trabalho presencial (68,3% e 48%, respetivamente), enquanto os indivíduos de classe social média-alta passaram a trabalhar integralmente à distância (36,4%) ou em modo misto (45,5%)¹¹⁷. Não foram encontradas diferenças significativas em função do género¹¹⁸.

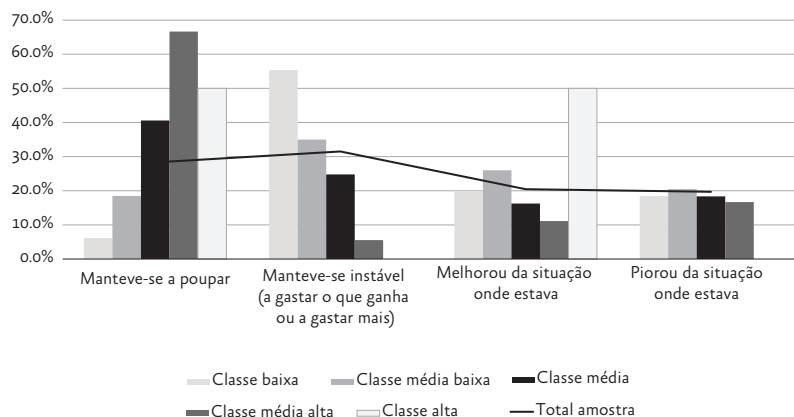
Figura 3.24 Acontecimentos de vida profissionais por classe social autorreportada — 2021



Ainda ao nível dos acontecimentos de vida, importa avaliar as **mudanças na composição do agregado familiar**. Os dados da PORDATA revelam que assistimos a uma queda abrupta da taxa de nupcialidade, com 1,84 casamentos por cada mil habitantes em 2020 (menos 1,6 do que nos três anos anteriores), e a uma taxa de divórcio significativa, já que no mesmo ano por cada cem casamentos houve 92 divórcios (mais 31 do que nos três anos anteriores). Na amostra em estudo, 3,6% dos entrevistados reportaram um aumento no tamanho do agregado familiar, com o estabelecimento de novas relações ou o nascimento de novos elementos, e 3% uma diminuição, com situações de término de relações ou mortes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis de cruzamento¹¹⁹.

Inquirimos também os participantes sobre a sua **estabilidade financeira** e a forma como geriram o orçamento familiar durante 2021. Por um lado, relativamente ao primeiro indicador, verificamos que 61,5% dos inquiridos afirma no final do segundo período de confinamento (primeira vaga de recolha de dados) viver numa situação financeira instável, caracterizada por gastar tudo o que ganhava (40,1%), por ter de recorrer a poupanças (16,7%) ou por estar a acumular dívidas (4,6%). Em contrapartida, quase 39% dos inquiridos estava numa situação confortável em que conseguia fazer poupanças. A análise da evolução da situação financeira entre o primeiro e o segundo momento de recolha de dados permite compreender que 31,5% manteve a situação de instabilidade que vivia anteriormente, fosse a gastar tudo o que ganhava ou a gastar mais do que ganhava. Já 28,3% mantiveram uma situação confortável, com um balanço positivo entre ganhos e gastos. Dos restantes, 20,5% melhoraram face ao primeiro momento de recolha de dados e 19,7% pioraram¹²⁰. Apesar de não se encontrarem diferenças estatisticamente significativas em função da idade e do género, os indivíduos de classe social média ou média-alta reportam, na sua maioria, ter sido possível poupar (40,6% e 66,7%, respetivamente, $\chi^2=67.222$, $p<.001$), verificando-se, inversamente, um percentual mais acentuado de instabilidade financeira para indivíduos de classe baixa ou média-baixa (55,4% e 35%, respetivamente)¹²¹.

Figura 3.25 Evolução da estabilidade financeira por classe social reportada — 2021



Não obstante, o número de pessoas em situações de instabilidade financeira — a parcela de inquiridos que referem que sentiram necessidade de rever o orçamento familiar, de recorrer a créditos ou de pedir apoio a instituições de solidariedade social — manteve-se abaixo dos 12%. Já 4,2% reportaram a necessidade de rever o orçamento familiar logo entre março e maio de 2021, 3,8% entre setembro e outubro e 3,1% em ambos os momentos. Não se observam diferenças estatisticamente significativas em função das variáveis de cruzamento.

Importa ainda sublinhar que, durante os primeiros 19 meses da pandemia, apesar de apenas 28,3% dos inquiridos beneficiar de forma continuada de uma situação de estabilidade financeira, 89% referem não ter revisto nem implementado mudanças no seu orçamento familiar.

3.4.2.1 Contexto privado — trabalho informal e ambiente familiar

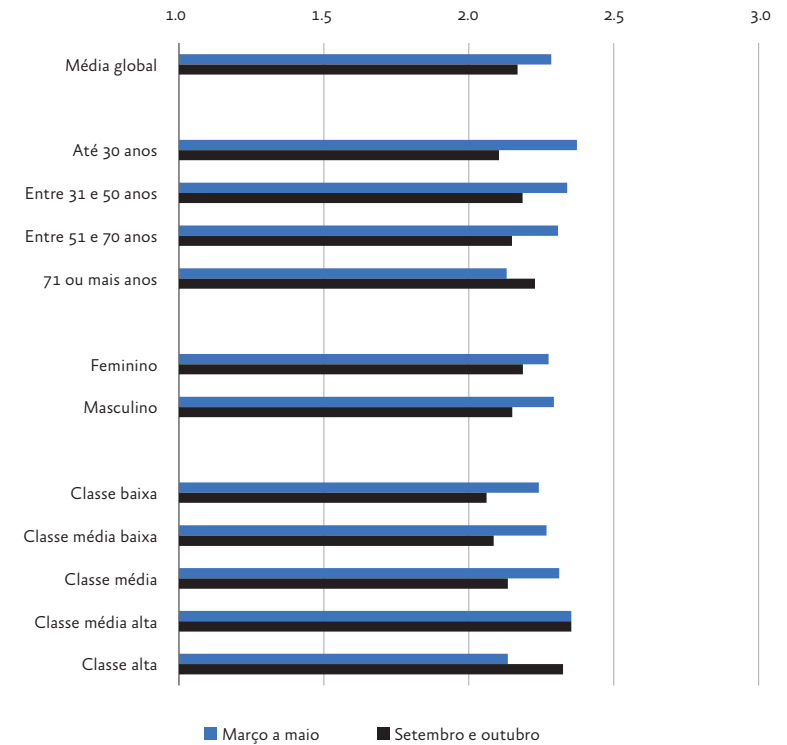
O rápido estabelecimento de um conjunto de medidas de contenção nacionais, como o fecho das escolas e o teletrabalho obrigatório, incrementou o período de permanência da população em casa. Na nossa amostra, quase 50% dos agregados tiveram os filhos em casa pelo menos durante alguns períodos nos primeiros dois anos de pandemia; entre estes podemos isolar quase metade, 22% da amostra global, cujos filhos têm idades que ainda não lhes permitem integrar alternativas *online* como a telescola ou que, mesmo tendo essa opção, precisam de muito apoio para o fazer.

Sendo expectável que a coexistência na habitação dos múltiplos membros tenha resultado num acréscimo do volume de **trabalho informal**, ou seja, do trabalho que se refere a uma esfera doméstica, privada, pedimos aos inquiridos para avaliar em que medida tinha mudado a sua participação num conjunto diversificado de tarefas. É possível estruturar o trabalho informal em duas dimensões fundamentais. A primeira, ligada a tarefas domésticas como cozinhar ou limpar; a segunda, relativa a uma dimensão relacional que inclui tarefas como a prestação de apoio emocional aos outros elementos da família, por exemplo. Em média, os inquiridos afirmam, em ambos os momentos de recolha de dados, que passaram a realizar mais tarefas¹²² de qualquer uma das dimensões (tarefas domésticas — abril a maio: $t(1115)=21.253$, $p<.001$, setembro a outubro: $t(530)=5.316$, $p<.001$; tarefas relacionais — abril a maio: $t(1121)=20.616$, $p<.001$, setembro a outubro: $t(542)=7.556$, $p<.001$). Comparando ambas as dimensões do trabalho informal, verificamos que este aumento foi particularmente

intenso ao nível das tarefas relacionais [$M=2.3$, $EP=.03$, $F(1,466)=7.885$, $p=.005$], independentemente do momento da recolha de dados.

A evolução do balanço feito do aumento do trabalho informal entre os dois momentos de recolha de dados variou ainda com a idade dos inquiridos, verificando-se que são os inquiridos com menos de 30 anos ($M_{Dif}=-.27$, $EP=.09$, $p=.003$) e os que têm entre 51 e 70 anos ($M_{Dif}=-.16$, $EP=.07$, $p=.030$) quem relata menos trabalho doméstico na segunda vaga¹²³.

Figura 3.26 Evolução do trabalho informal por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021

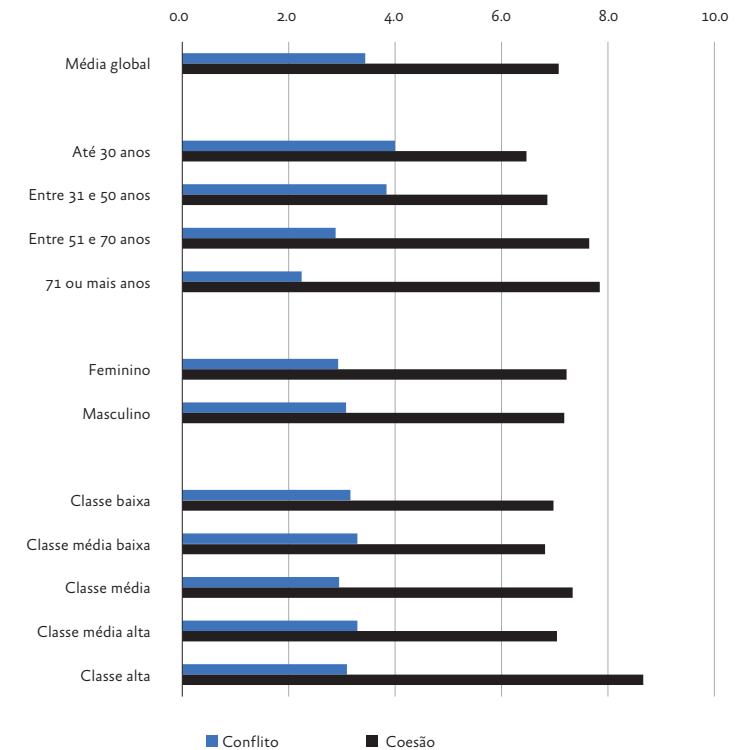


Pedimos ainda aos inquiridos para avaliarem o grau de equidade na distribuição destas tarefas de trabalho informal entre os membros do agregado familiar antes e depois do início da crise sanitária. Os inquiridos afirmam que, em média, realizam muito mais atividades do que os seus familiares, tanto antes como depois de a crise sanitária ter começado [tarefas domésticas — antes: $t(491)=8.225$, $p<.001$, depois da crise sanitária: $t(490)=10.775$, $p<.001$; tarefas relacionais —

antes: $t(495)=2.658$, $p=.004$, depois da crise sanitária: $t(491)=3.168$, $p=.001$ ¹²⁴. Esta crença de que se desempenha mais tarefas do que os outros não varia de forma estatisticamente significativa com a idade, o género ou a classe social¹²⁵.

Por fim, para aferir o **ambiente familiar**, avaliámos o grau de conflito e de coesão. Verificámos que o nível de coesão entre os agregados familiares dos inquiridos é significativamente superior aos níveis de conflito [$F(1,426)=145.760$, $p<.001$; figura 3.27], que este efeito varia em função da idade [$F(3,426)=7.595$, $p<.001$], com os mais seniores (>70) a demonstrar níveis de conflito inferiores aos restantes escalões etários ($M_{<30}=3.9$, $EP=.30$, $M_{30-50anos}=3.9$, $EP=.23$, $M_{51-70anos}=3.3$, $EP=.25$, $M_{>70}=2.6$, $EP=.26$), e também uma tendência para maiores níveis de coesão quanto maior é a faixa etária ($M_{<30}=6.8$, $EP=.29$, $M_{30-50anos}=7.3$, $EP=.28$, $M_{51-70anos}=7.9$, $EP=.25$, $M_{>70}=8.0$, $EP=.26$)¹²⁶.

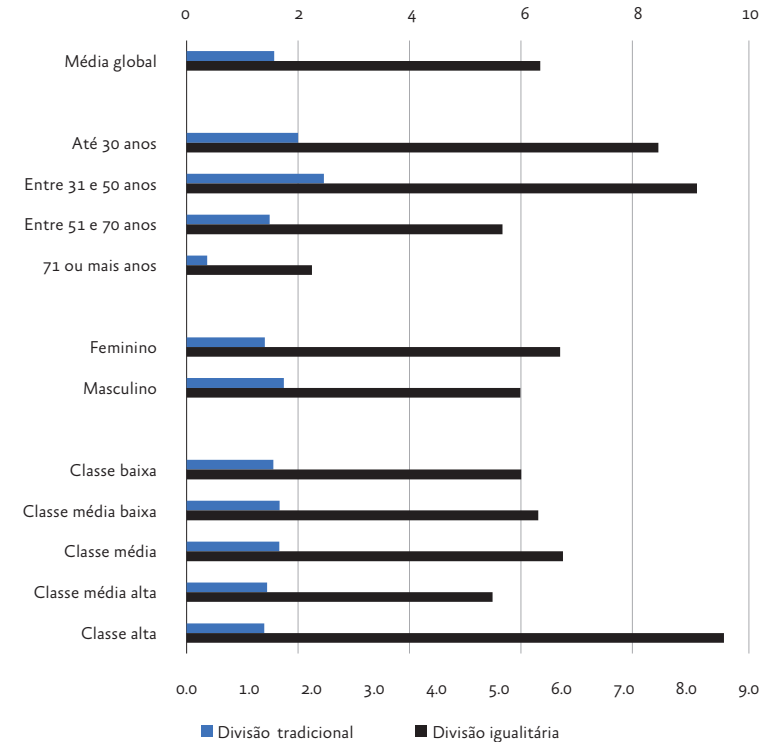
Figura 3.27 Conflito e coesão familiares por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



Por fim, medimos concepções estereotipadas sobre os papéis de género na divisão do trabalho informal, pontuando os indivíduos em ambas as divisões, tradicionalista e igualitária. Constatámos que os Portugueses [$F(1,483)=122.970$, $p<.001$] poderão ter concepções menos tradicionais sobre a divisão do trabalho doméstico ($M=1.6$, $EP=.18$)¹²⁷ do que igualitárias ($M=6.3$, $EP=.27$)¹²⁸. Os inquiridos mais jovens concordaram mais com concepções mais igualitárias da divisão do trabalho informal entre os géneros ($M_{<30}=8.4$, $EP=.58$, $M_{30-50anos}=9.0$, $EP=.55$,

$F(3,483)=17.669, p<.001]$, enquanto os que têm entre 51 e 70 anos apresentaram, em termos médios, posições neutras ($M=5.6, EP=.49$), ou mesmo discordantes a partir dos 70 anos ($M=2.2, EP=.57$). Apesar de todos os inquiridos discordarem em média da visão tradicional sobre a divisão do trabalho doméstico ($M=1.6, EP=.18$), verificámos que essa discordância varia em função da idade. Assim, são os mais novos quem discorda menos ($M_{<30}=2.0, EP=.38, M_{30-50\text{anos}}=2.4, EP=.37$) e os mais velhos quem discorda mais ($M_{51-70\text{anos}}=1.5, EP=.32, M_{>70}=0.4, EP=.38$)¹²⁹.

Figura 3.28 Conceção da divisão do trabalho doméstico por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



3.4.2.2 Contexto público — digitalização do trabalho formal e da vida social

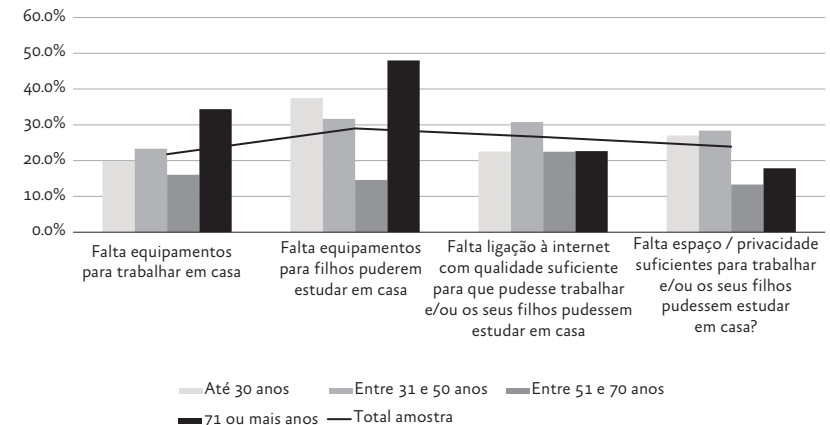
Atividades anteriormente públicas como o trabalho ou as interações sociais com pessoas fora do agregado familiar sofreram alterações significativas no decorrer da pandemia. Perante o decreto de medidas que tornaram o teletrabalho recomendado em alguns momentos

e obrigatório noutros, o local de trabalho formal foi relegado para uma posição secundária e as atividades profissionais anteriormente exclusivas de um domínio público passaram a decorrer num contexto diverso. Empresas e indivíduos tiveram de inovar e mudar o modo como trabalhavam, transformando a necessidade de distanciamento físico e social em novas formas de encarar o local de trabalho, a comunicação entre os colegas e, mais globalmente, até mesmo modelos de gestão e supervisão do trabalho. Os dados relativos às condições dos vários países da OCDE antes da crise sanitária informam que Portugal apresentava 40% da população com Internet fixa e pelo menos 80% com Internet móvel. Não obstante, no estudo que desenvolvemos houve sempre pelo menos um quinto da população a referir que não dispunha de equipamentos para poder trabalhar (21,8%) ou para os seus filhos estudarem em casa (29%), ou que não tinha uma ligação à Internet com qualidade suficiente para trabalhar e/ou os seus filhos poderem estudar em casa (26,6%), ou que não dispunha de espaço/privacidade suficientes para trabalhar e/ou os seus filhos pudessem estudar em casa (23,9%). A figura 3.29 ilustra a variação da disponibilidade de equipamentos e meios para a vida digital em função da idade.

Indivíduos com idades entre os 31 e os 50 anos apresentam consistentemente maiores constrangimentos tecnológicos do que indivíduos entre os 51 e os 70 anos; em específico, 23,3% tem falta de equipamentos para trabalhar ($\%_{51-70}=16.1, x^2=41.32, p<.001$), 31,7% tem falta de equipamentos para os filhos estudarem ($\%_{51-70}=14.6, x^2=10.93, p<.027$), 30,8% apresenta problemas de qualidade da Internet ($\%_{51-70}=22.5, x^2=20.62, p<.001$) e 28,4% apresenta restrições espaciais ou de privacidade ao exercício profissional ou ao estudo dos

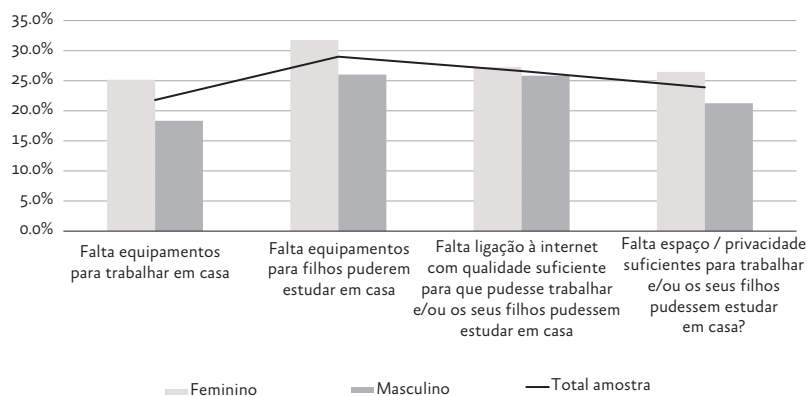
filhos em casa ($\%_{51-70}=13.3, x^2=36.55, p<.027$). Apesar de não serem particularmente penalizados em termos de acesso a equipamentos e Internet suficientes para trabalhar, 37,5% dos indivíduos de idade inferior a 30 anos têm falta de equipamentos para os filhos estudarem e 27% reportam ter falta de espaço ou privacidade para trabalhar ou para que os filhos estudem em casa. São os mais idosos os que apresentam a menor disponibilidade de material tecnológico¹³⁰.

Figura 3.29 Disponibilidade de equipamentos/meios para a digitalização do trabalho por escalão etário — 2021



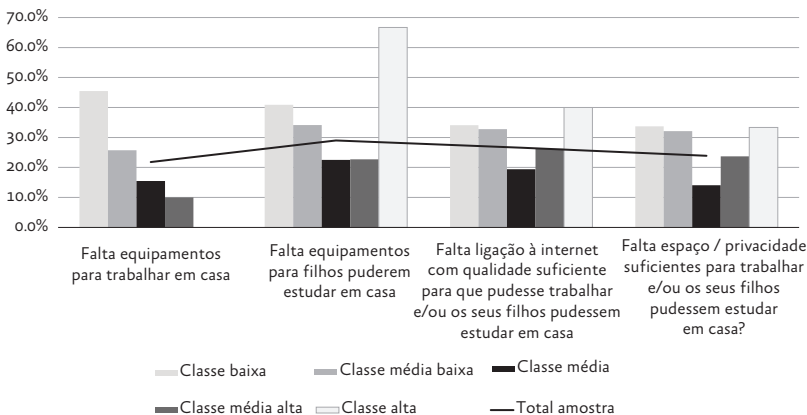
Adicionalmente, são as mulheres ($x^2=5.87, p=.015$) quem parece ser mais vulnerável em termos tecnológicos, com 25,2% a referir ter tido equipamento insuficiente para trabalhar em casa, por comparação a 18,4% dos homens¹³¹.

Figura 3.30 Disponibilidade de equipamentos/meios para a digitalização do trabalho por género — 2021



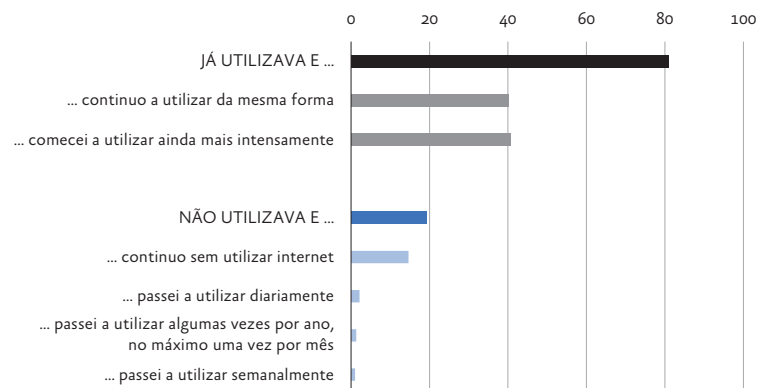
Por último, 45,5% dos indivíduos pertencentes à classe baixa reportam ter falta de equipamento para trabalhar em casa, ficando mais penalizados num cenário de digitalização do trabalho do que indivíduos pertencentes a outras classes sociais ($\chi^2=33.43, p =.006$)¹³².

Figura 3.31 Disponibilidade de equipamentos/meios para a digitalização do trabalho por classe social autorreportada — 2021



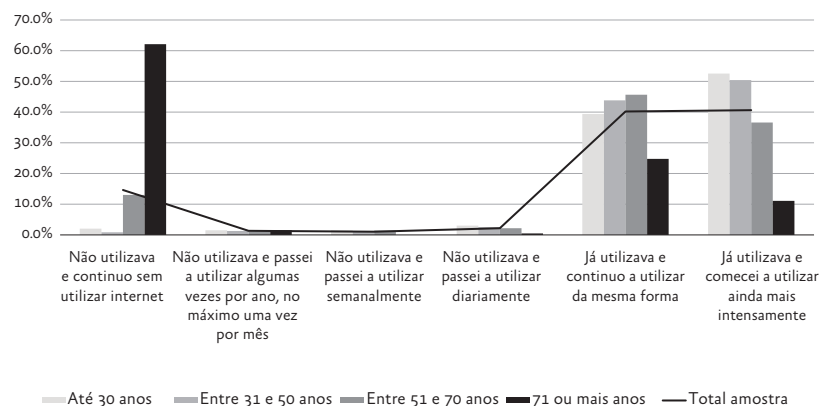
Para além dos regimes de teletrabalho ou de telescola, a digitalização de serviços administrativos, e, em larga medida, a necessidade de manter a comunicação com familiares e outros pares num contexto de isolamento social também terão certamente contribuído para a mudança de padrões de utilização da Internet. Do total de 80,8% que se classificavam como utilizadores da Internet antes da COVID-19, cerca de metade afirma que manteve o mesmo nível de utilização e a outra metade que aumentou a frequência com que o fazia (figura 3.32). Entre os 19,2% de entrevistados que referem não utilizar a Internet antes da crise sanitária, a maioria continua sem utilizar. Permanecem assim praticamente 15% de portugueses que se classificam como não-utilizadores da Internet.

Figura 3.32 Alterações relatadas na utilização da Internet



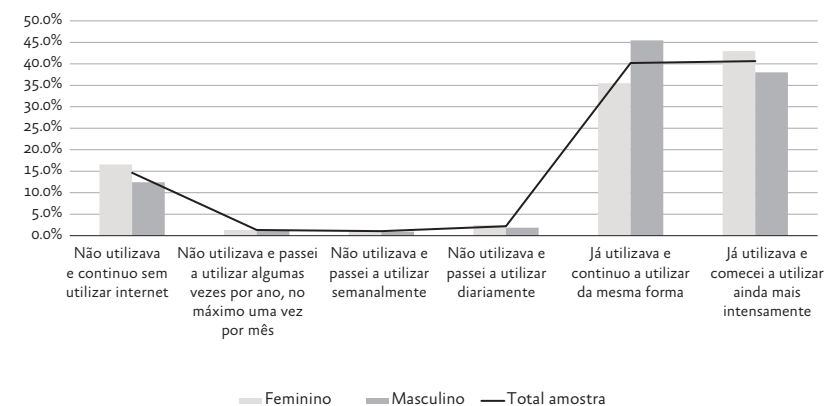
Nas figuras 3.33 a 3.35, apresentamos as alterações na utilização da Internet em função da idade, do género e da classe social¹³³. Os indivíduos que não utilizavam a Internet e assim permanecem são maioritariamente os seniores (73,7%). Os participantes que já utilizavam a Internet e apresentam um aumento de consumo mais expressivo pertencem sobretudo às faixas etárias mais jovens (até 30 anos: 52,5%; 31–50 anos: 51,1%).

Figura 3.33 Alterações relatadas na utilização da Internet por escalão etário — 2021



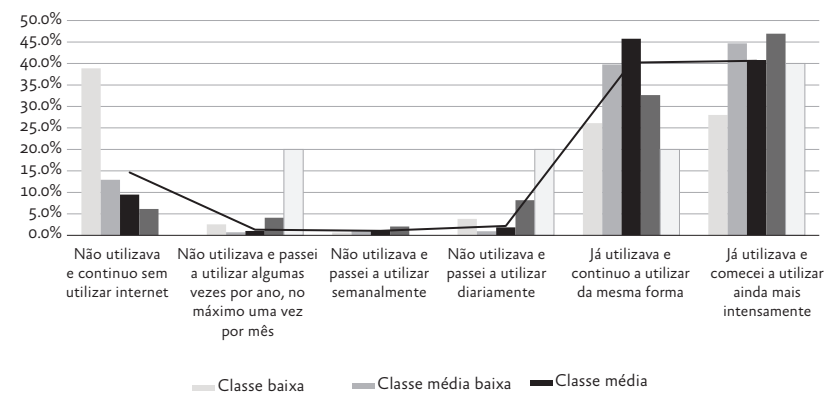
Apesar de existirem mais mulheres (16,6%) do que homens (12,4%) que continuam a não utilizar a Internet, foi possível verificar que, entre aqueles que já usavam, a utilização acrescida foi mais acentuada para as mulheres (43%; homens: 38%).

Figura 3.34 Alterações relatadas na utilização da Internet por género — 2021



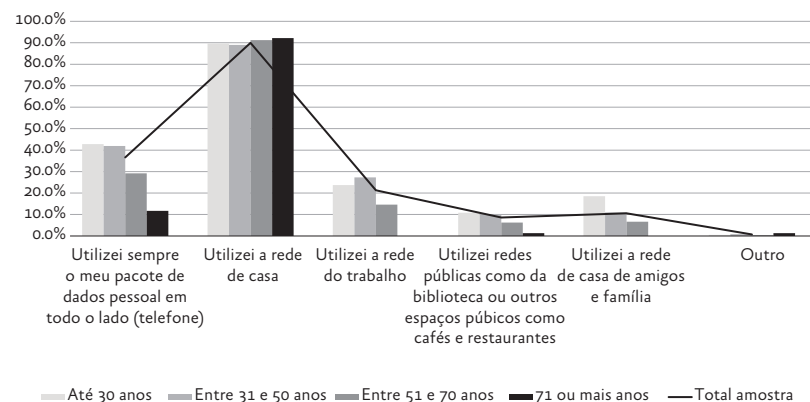
Por último, os indivíduos que se classificam como pertencentes à classe baixa relatam uma menor utilização da Internet, com 38,9% a referir que não utilizam a Internet, 26,1% a declarar que utilizam e mantiveram o consumo, e 28% a assumir um aumento no consumo de Internet.

Figura 3.35 Alterações relatadas na utilização da Internet por classe social autorreportada — 2021



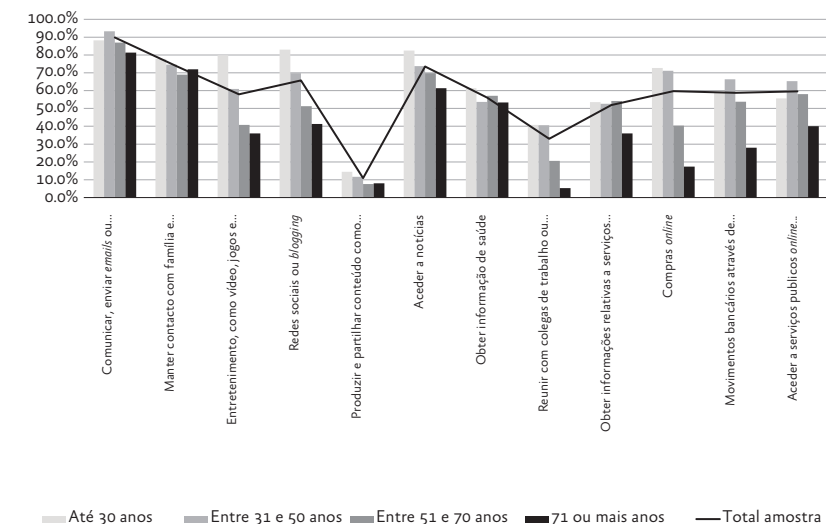
Com vista a tipificar os padrões de utilização, analisámos os locais onde a população acedeu à rede, mas também as funcionalidades que privilegiava. Durante a pandemia, a esmagadora maioria da população acedeu à Internet através de redes domésticas (90%), cerca de 37% com recurso ao seu pacote de dados móveis, 21% no trabalho e, de forma menos expressiva, uma média de 10% através de redes em casa de amigos e familiares ou em locais públicos como bibliotecas¹³⁴. A figura 3.36 ilustra que a população com idades mais avançadas utiliza a Internet quase exclusivamente através da rede de casa e apresenta uma variabilidade das redes utilizadas muito menor do que os outros grupos (dados móveis: $\chi^2=33.51$, $p<.001$; rede do trabalho: $\chi^2=37.24$, $p<.001$; espaços públicos: $\chi^2=9.24$, $p=.026$; casa de amigos: $\chi^2=24.46$, $p<.001$).

Figura 3.36 Redes utilizadas para aceder à Internet por escalão etário — 2021



A quantidade de **atividades realizadas online**¹³⁵ depende naturalmente dos perfis dos utilizadores. Entre as mais comuns estão comunicar, enviar *e-mails* ou mensagens (89,8%), manter contacto com família e amigos através de videochamadas (73,6%) e aceder a notícias (73,5%). As figuras 3.37 a 3.39 revelam que existe uma utilização mais variada da Internet em grupos etários¹³⁶ mais jovens e uma adoção mais reduzida por parte dos seniores (>70%), que a utilizam maioritariamente para comunicar (81,3%) e manter o contacto com próximos através de videochamadas (72%) ou aceder a notícias (61,4%).

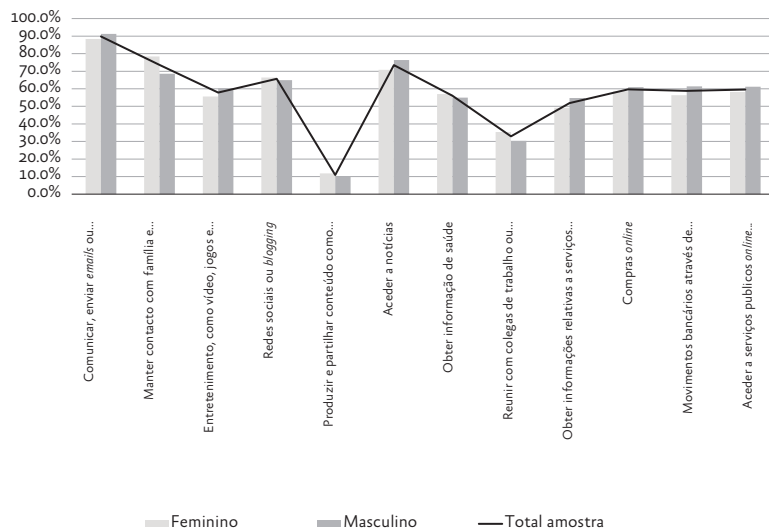
Figura 3.37 Atividades realizadas online por escalão etário — 2021



Relativamente ao género¹³⁷, verifica-se que as mulheres (77,7%), em comparação com os homens (68,4%), utilizam mais a Internet para manter contacto com familiares ou amigos através de videochamadas.

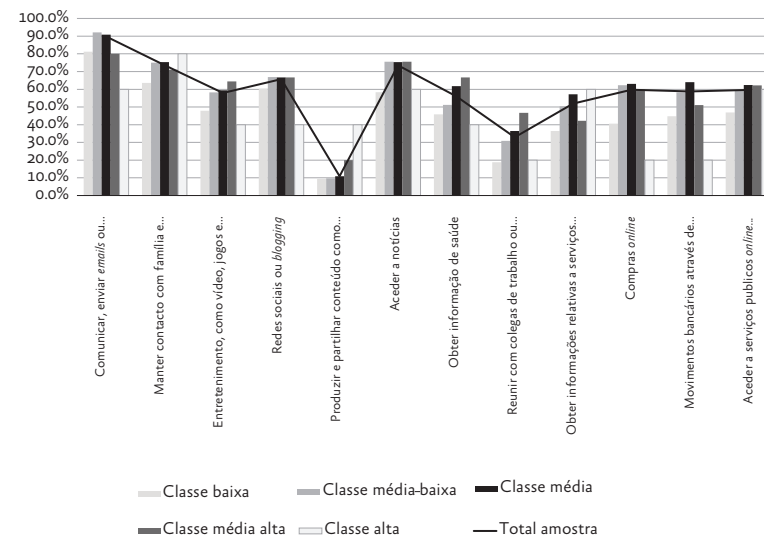
Os homens (76,3%), por sua vez, utilizam mais a Internet para aceder a notícias do que as mulheres (70,2%).

Figura 3.38 Atividades realizadas *online* por género — 2021



Acresce que os indivíduos de classe¹³⁸ média-baixa e média reportam utilizar mais a Internet para comunicar através de mensagens ou *e-mails* (figura 3.39). Apesar de não existirem variações relevantes no grau de utilização da Internet no que concerne às atividades de entretenimento e de navegação e partilha de conteúdo nas redes sociais, os indivíduos de classe baixa referem consistentemente utilizar menos a Internet para propósitos informativos (*e.g.*, notícias, saúde, serviços). Em particular, apenas 58,3% deste grupo utiliza a Internet para aceder a notícias e 45,8% para obter informações relativas a saúde.

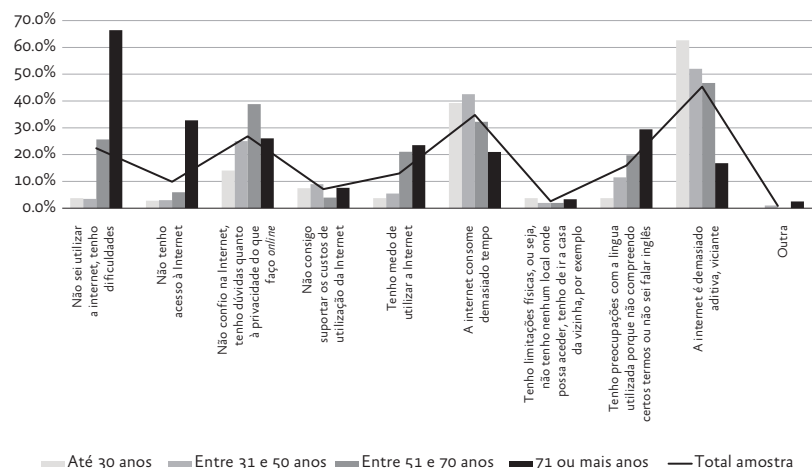
Figura 3.39 Atividades realizadas *online* por classe social reportada — 2021



Questionámos ainda os Portugueses sobre as **principais dificuldades** que sentem quando utilizam a Internet¹³⁹. O maior entrave à utilização da Internet é a noção de que é demasiado viciante (45,3%). De forma semelhante, 35% afirmam que a Internet consome demasiado tempo e 26,8% têm desconfiança quanto à privacidade da sua atividade *online*; já 22,3% declaram que não sabem utilizar a Internet ou que têm dificuldades ao fazê-lo. Nas figuras 3.44 a 3.46 é possível observar o cruzamento entre as barreiras à utilização de Internet e a idade¹⁴⁰, o género¹⁴¹ e a classe social¹⁴². De modo geral, são os idosos os que apresentam maiores dificuldades na utilização da Internet. Enquanto para os participantes seniores (>71) a utilização da Internet é limitada pela baixa literacia digital (39,5%), pela falta de acesso à Internet (19,5%), pelo receio face à sua utilização (14%) e pelo tipo de linguagem

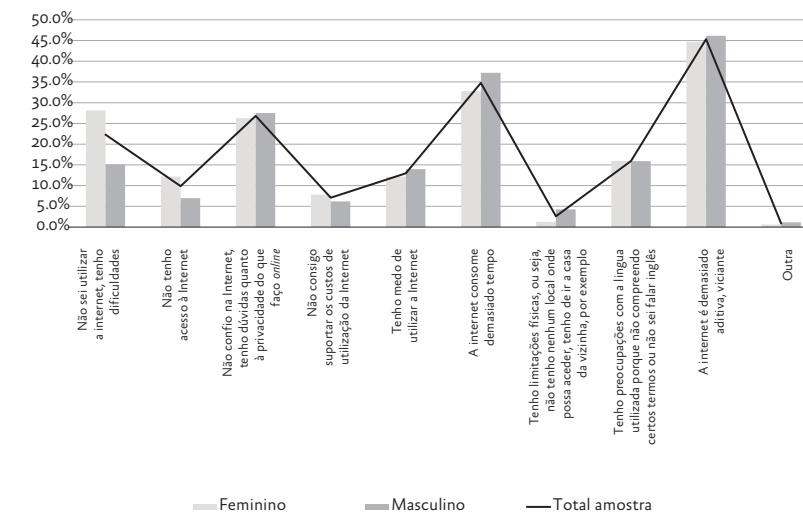
utilizada nesse meio (17,5%), a principal barreira percebida dentro dos grupos mais jovens é ocupar demasiado tempo (menos de 30 anos: 21%; entre 30 e 50 anos: 18,8%) e ter um carácter adictivo (menos de 30 anos: 33,5%; entre 30 e 50 anos: 22,1%). Entre os participantes de idades compreendidas entre os 51 e 70 anos, a maior das limitações é não terem confiança relativamente à sua privacidade (21,4%).

Figura 3.40 Dificuldades reportadas na utilização da Internet por escalão etário — 2021



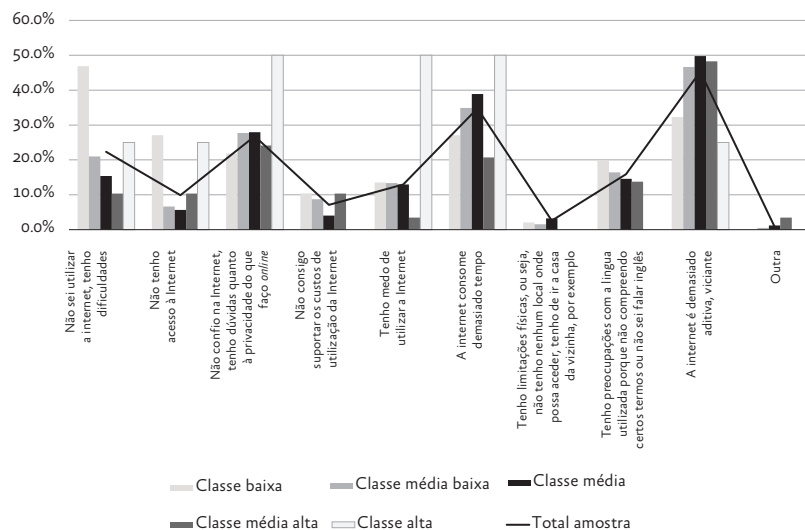
Relativamente ao género, são as mulheres quem relata maior dificuldade em utilizar a Internet (14,9%) e falta de acesso à Internet (6,4%; homens — dificuldade: 6,4%, falta de acesso: 3,3%).

Figura 3.41 Dificuldades reportadas na utilização da Internet por género — 2021



São ainda os indivíduos de classe baixa quem apresenta a maior vulnerabilidade tecnológica, com 28,5% a referir dificuldade em utilizar a Internet, 16,5% falta de acesso e 8,2% medo de navegar online.

Figura 3.42 Dificuldades reportadas na utilização da Internet por classe social reportada — 2021



O incremento do trabalho informal e a sobreposição entre os locais de lazer, trabalho e estudo geraram níveis acrescidos de **conflito direto entre a vida profissional e a pessoal**. O conflito entre a esfera pessoal e a profissional dos Portugueses tem-se vindo a alterar durante a crise sanitária e foi especialmente prejudicial para as famílias se avaliarmos de forma conjunta os dados das duas vagas [$M_{\text{Trabalho-família}}=12.1, EP=.69, M_{\text{Família-trabalho}}=7.2, EP=.69, F(1,269)=18.089, p<.001$]. Não obstante, a evolução dos tipos de conflito entre as duas vagas não foi igual [$F(1,268)=9.094$]. Enquanto da primeira para a segunda vaga houve um acréscimo de conflito na direção trabalho-família ($M_{\text{Dif}}=2.2, EP=.80, p=.008$)¹⁴³, na direção oposta família-trabalho houve até uma redução marginalmente significativa do conflito ($M_{\text{Dif}}=-1.7, EP=.90, p=.054$)¹⁴⁴. Verifica-se assim que a diferença entre os dois tipos de conflito foi muito

maior na primeira vaga ($M_{\text{Família-trabalho}}=13.0, EP=.90, M_{\text{Trabalho-família}}=6.1$), do que na segunda ($M_{\text{Família-trabalho}}=11.3, EP=.74, M_{\text{Trabalho-família}}=8.3$).

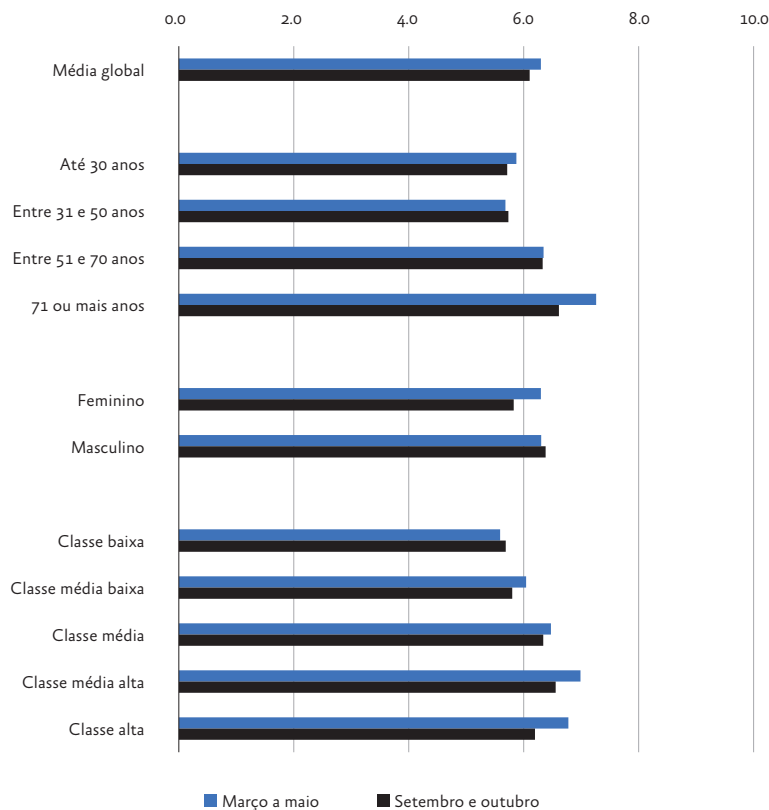
3.4.3 Dimensão societal — coesão social e desenvolvimento sustentável

3.4.3.1 Coesão social — confiança nos pares e nas instituições

Se o primeiro confinamento parece ter exacerbado um sentimento de pertença, ilustrado, por exemplo, pelo movimento SOS Vizinho, que no lapso de uma semana conquistou mil voluntários, ou pelo reconhecimento dos profissionais de saúde com saudações concertadas ao nível nacional, assistimos também ao longo deste primeiro ano e meio pandémico a alguns sinais de potenciais fraturas comunitárias, com casos de violência contra indivíduos de fenótipo asiático resultantes da associação inicial do novo coronavírus à China (Marques, 2020), ou contendas em transportes públicos a propósito da não-utilização de máscaras.

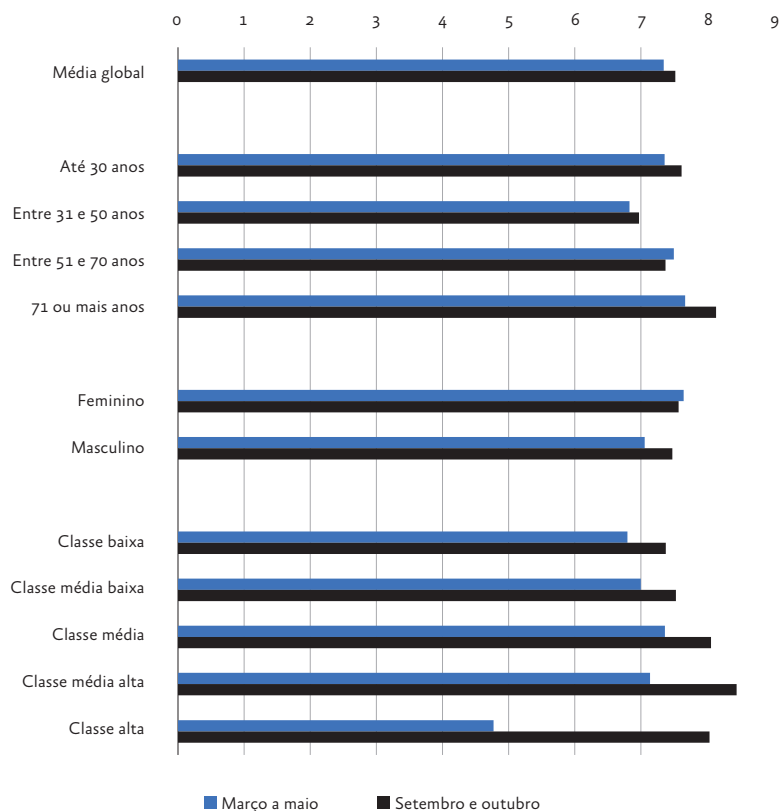
A **coesão social horizontal** percebida¹⁴⁵, operacionalizada através da perceção individual sobre os recursos sociais disponíveis no bairro de residência e a relação com as redes sociais próximas ($M=6.2, EP=.14$), manteve-se durante o período em estudo [$M_{\text{Mar/maio}}=6.3, EP=.16, M_{\text{Set/out}}=6.1, EP=.17$]¹⁴⁶. Verificamos, contudo, que o nível de coesão social nestes círculos mais próximos varia de forma estatisticamente significativa com a idade [$F(3,456)=5.652, p=.001$] e a classe social reportada pelos inquiridos [$F(4,456)=3.608, p=.007$]. Assim, a coesão social é particularmente percecionada como sendo mais baixa entre os mais jovens ($M_{<30}=5.7, EP=.29, M_{30-50\text{anos}}=5.7, EP=.27, M_{51-70\text{anos}}=6.3, EP=.24, M_{>70\text{anos}}=6.9, EP=.30$) e entre os indivíduos de classe social mais baixa ($M_{\text{Baixa}}=5.6, EP=.25, M_{\text{Média-baixa}}=5.9, EP=.13, M_{\text{Média}}=6.3, EP=.11, M_{\text{Média-alta}}=6.7, EP=.43, M_{\text{Alta}}=6.4, EP=1.1$).

Figura 3.43 Confiança nos recursos sociais disponíveis no bairro de residência e relação com as redes sociais próximas, por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



No que concerne à **coesão social vertical**, medimos os níveis de confiança da população nas instituições¹⁴⁷ ($M=7.4$, $EP=.12$) para descobrir se existe uma confiança maior no papel da ciência ($M=7.8$, $EP=.12$)¹⁴⁸ do que no papel do governo [$M=7.0$, $EP=.15$, $F(1,436)=29.023$, $p<.001$]¹⁴⁹. Se recordarmos os dados secundários relativos aos vários países da OCDE, verificamos que se confirma a tendência para os Portugueses confiarem cada vez mais na ciência, que existia sobretudo no Sul da Europa. A confiança nas instituições varia ainda de forma significativa com a idade [$F(1,436)=29.023$, $p<.001$, $M_{<30}=7.5$, $EP=.28$, $M_{30-50anos}=6.9$, $EP=.16$, $M_{51-70anos}=7.4$, $EP=.21$, $M_{>70}=7.9$, $EP=.26$] e com a classe social [$F(4,436)=3.468$, $p=.008$, $M_{Baixa}=7.1$, $EP=.23$, $M_{Média-baixa}=7.2$, $EP=.10$, $M_{Média}=7.7$, $EP=.10$, $M_{Média-alta}=7.8$, $EP=.35$, $M_{Alta}=6.4$, $EP=1.3$].

Figura 3.44 Confiança nas instituições por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



Medimos ainda o nível de coesão social vertical do ponto de vista dos inquiridos, ou seja, pedindo aos indivíduos para estimarem o grau de confiança do resto da população¹⁵⁰. Os itens incluídos estão estruturados em duas dimensões: uma relativa à atuação do governo, que inclui o cumprimento das medidas («Não seguem as orientações do governo e da DGS»), a confiança nos dados («Desconfiam dos

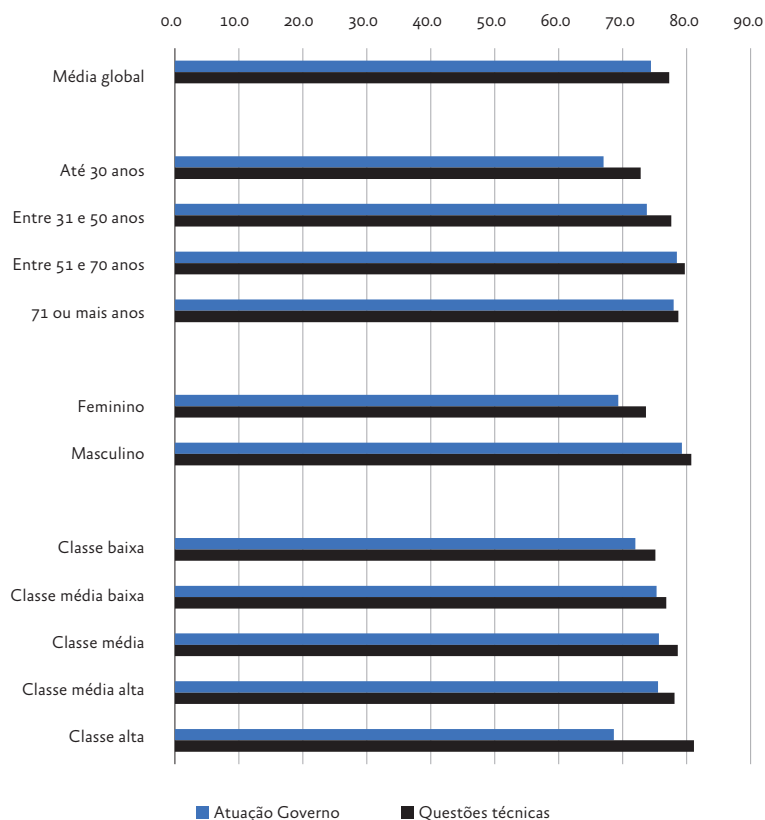
dados sobre a evolução da COVID-19 apresentados pela DGS») e a intenção de toma da vacina contra a COVID-19; a outra dimensão comporta questões técnicas, como a precisão dos testes, a segurança e a eficácia das vacinas.

Observa-se uma perceção partilhada de que a confiança está a crescer [$F(1,402)=11.668, p=.001$], estimando-se que 72% da população estava confiante em abril/maio ($EP=1.3$) e 79% em setembro/outubro ($EP=1.3$). A perceção do nível de confiança da restante população, independentemente da dimensão, varia ainda em função da idade [$F(3,402)=3.851, p<.001$] e do género [$F(1,402)=19.955, p<.001$]; os inquiridos mais seniores e do género masculino têm tendência para estimar maiores níveis de confiança na restante população ($M_{<30}=69.6, EP=2.4, M_{30-50anos}=75.4, EP=1.4, M_{51-70anos}=78.8, EP=2.0, M_{>70}=78.0, EP=2.2; M_{Fem}=71.2, EP=1.3, M_{Mas}=79.7, EP=1.5$).

Os níveis de confiança percebida variam ainda consoante a dimensão em análise. Desta forma, os Portugueses acreditam que 77% ($EP=1.0$) da população residente no país confia na dimensão relativa às questões técnicas e 74,1% [$EP=1.2, F(1, 402)=10.120, p=.002$]¹⁵¹ na dimensão relativa à atuação do governo, mimetizando os resultados anteriores sobre a confiança na ciência vs. A confiança no governo. Acresce que a perceção diferencial entre os níveis de confiança da população nestas duas dimensões varia de forma estatisticamente significativa em função da idade [$F(3,402)=2.972, p=0.32$] e do género [$F(1,402)=4.882, p=.028$]. Enquanto a população mais jovem faz estimativas de confiança da restante população diferentes para as duas dimensões (atuação do governo: $M_{<30}=66.7, EP=2.9, M_{30-50anos}=73.5, EP=1.6$; questões técnicas: $M_{<30}=72.5, EP=2.4, M_{30-50anos}=77.3, EP=1.3$), as estimativas dos mais seniores não diferem estatisticamente. Da mesma

forma, são as mulheres quem faz estimativas de confiança para o resto da população diferentes para cada dimensão, acreditando que há mais confiança em questões técnicas ($M=73.3$, $EP=1.3$) do que na atuação do governo ($M=69.1$, $EP=1.5$).

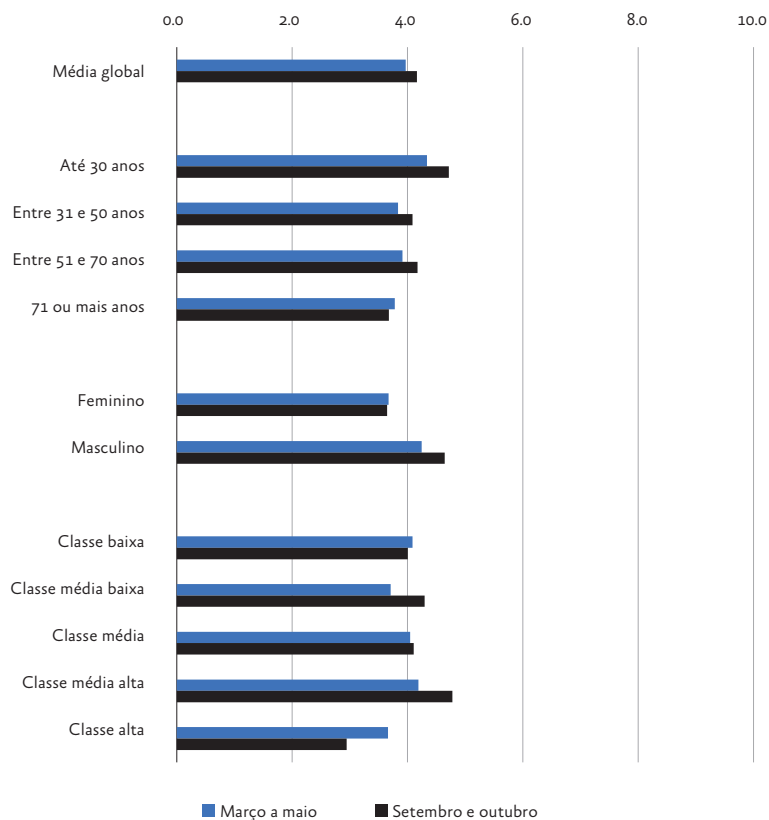
Figura 3.45 Perceção da confiança social por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



Ainda quanto à coesão vertical, avaliámos se os inquiridos validam a atuação do governo em relação a grupos particulares da população¹⁵², nomeadamente crianças e adolescentes, população ativa (25–64 anos), mulheres, idosos, pobres, imigrantes e pessoas com doenças crónicas. Há sempre avaliações negativas da atuação do governo em relação a qualquer grupo ($M=4.04$, $EP=.14$). Existe ainda um efeito principal do grupo sob escrutínio [$F(6,373)=6.920$, $p<.001$]. Assim, o grupo que se acredita ter sido mais cuidado pelo governo foram as crianças e os adolescentes ($M=4.6$, $EP=.16$), depois os imigrantes ($M=4.1$, $EP=.17$), os idosos ($M=4.1$, $EP=.18$), as mulheres ($M=4.1$, $EP=.15$), os trabalhadores em idade ativa $M=4.0$, $EP=.16$), os doentes crónicos $M=3.7$, $EP=.17$) e, por fim, aqueles sobre os quais se acredita que, em média, o governo pior atuou: os pobres ($M=3.3$, $EP=.18$)¹⁵³.

De uma forma geral, ou seja, independentemente do grupo em questão, as mulheres ($M=3.6$, $EP=.20$) fazem avaliações menos positivas da atuação do governo do que os homens ($M=4.4$, $EP=.19$, $F(1,378)=5.367$, $p=.021$], e especialmente em relação à atuação do governo para com as mulheres ($M_{Dif}=-1.0$, $p<.001$), os imigrantes ($M_{Dif}=-.97$, $p=.004$) e os doentes crónicos ($M_{Dif}=-1.2$, $p<.001$). Os indivíduos que se classificam como pertencentes à classe social baixa, por sua vez, avaliam pior a atuação do governo em relação aos pobres [$F(24,1504)=1.604$, $p=.032$], especificamente quando comparados com a classe média-alta ($M_{Dif}=-1.5$, $p=.041$).

Figura 3.46 Perceção da atuação do governo em relação a determinados grupos por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



Por fim, medimos de que forma estes níveis de coesão horizontal e vertical poderão ser mais ou menos prementes do ponto de vista de gestão da crise sanitária. Em cada momento da inquirição, pedimos aos participantes para dizer em que medida acreditavam que a evolução da pandemia teria sido causada por fatores situacionais (*e.g.*, «O governo

não tomou todas as medidas que devia para prevenir a disseminação da COVID-19») ou individuais (*e.g.*, «As pessoas não seguem as medidas públicas de proteção e combate à pandemia»). Encontrámos uma tendência maior para atribuições externas horizontais (a população) do que verticais (o governo ou outras instituições). Assim, as **atribuições causais** a propósito das causas da evolução da contenção da propagação do SARS-CoV-2 (Weiner, 2005) referiram-se de forma mais significativa aos «outros» que não cumprem ou violam as medidas públicas de proteção e combate à pandemia do que a falhas na atuação do governo ou à falta de eficácia das próprias medidas [$F(1,482)=25.075, p<.001$]. Verificámos ainda que o avançar da pandemia contribuiu para extremar essas atribuições; os inquiridos demonstram uma maior convicção nas suas atribuições relativas às causas da evolução da crise sanitária [$F(1,482)=5.550, p=.019$]. Não se observaram outras diferenças estatisticamente significativas a reportar¹⁵⁴.

3.4.3.2 Desenvolvimento social sustentável — gestão da informação e teorias da conspiração

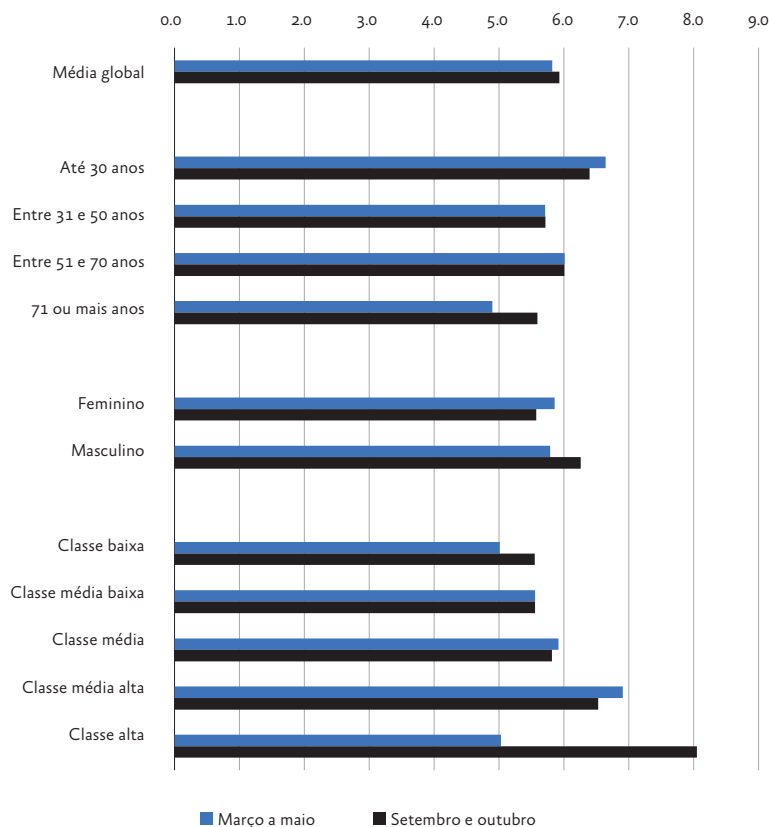
Para reforçar a coesão social, afirmou-se a necessidade de regular a gestão e partilha da informação. Em Portugal, esta iniciativa materializou-se na Lei n.º 27/2021, de 17 de maio de 2021, que aprovou a Carta Portuguesa de Direitos Humanos na Era Digital. Efetivamente, apesar de poderem existir em todos os canais notícias geradoras de desconfiança entre a população (Jamieson e Albarracín, 2020), tal medida parece partir da crença de que o domínio digital, onde a informação é partilhada sem controlo, é a principal plataforma de circulação de informações falsas.

Em Portugal, de acordo com os dados secundários recolhidos, a maioria da população usa como **principal fonte de notícias** a televisão (Portugal: 58%; OCDE: 29%) e não canais digitais. A nossa amostra confirma esta tendência, existindo uma diferença estatisticamente significativa entre a intensidade com que cada meio é utilizado para obter informação sobre a COVID-19 [$F(3,486)=41.549, p<.001$]. Assim, os *media* tradicionais, como a televisão, a rádio ou os jornais, são aqueles que surgem como os mais referenciados para aceder a informação sobre a COVID-19 ($M=7.0; EP=.17$)¹⁵⁵; em segundo lugar surgem como fonte preferencial de informação os contactos pessoais, com o cônjuge, o parceiro, outros membros da família, amigos ou colegas ($M=5.5, EP=.18$). Como menos utilizados para obter informação sobre a COVID-19 surgem os canais digitais, nomeadamente as redes sociais ($M=4.8; EP=.19$) e os jornais digitais ou outros *websites* ($M=3.2; EP=.21$). Este padrão, que se mantém estável durante o período em estudo, varia ainda em função da idade dos inquiridos [$F(9,488)=14.726, p<.001$]. Assim, o recurso à televisão para aceder a informação é significativamente superior por parte do grupo com 70 ou mais anos do que do grupo com menos de 30 anos ($M_{Dif}=-1.3, p=.02$). Os mais jovens (até 30 anos) tem tendência para utilizar menos contactos pessoais ($M_{Dif30-50anos}=-1.0, p=.044, M_{Dif51-70anos}=-1.5, p=.007, M_{Dif>anos}=-1.1, p=.061$). Os mais seniores (>70) recorrem menos a redes sociais do que os restantes grupos ($M_{DifMenos30anos}=-3.5, p<.001, M_{Dif30-50anos}=-3.0, p<.001, M_{Dif51-70anos}=-1.6, p=.006$) e também consultam menos meios de comunicação social *online*, como o Google, jornais *online*, a Wikipédia ou outros *websites* ($M_{DifMenos30anos}=-3.8, p<.001, M_{Dif30-50anos}=-2.8, p<.001, M_{Dif51-70anos}=-2.8, p<.001$).

Avaliámos ainda a **confiança na informação** disponível^{156,157}.

Os inquiridos confiam na informação de forma pouco expressiva ($M=5.8, EP=.18$), e esse nível de confiança não evolui de forma estatisticamente significativa durante o período em análise. Apenas existem efeitos significativos entre o género e a idade. A confiança que as mulheres têm na informação é menor conforme a sua idade é maior ($M_{<30} = 7.2, EP=.61, M_{30-50anos} = 5.7, EP=.33, M_{51-70anos} = 5.3, EP=.41, M_{>anos} = 4.5, EP=.43$), enquanto os níveis de confiança dos homens se mantêm idênticos independentemente da idade ($M_{<30} = 5.8, EP=.65, M_{30-50anos} = 5.6, EP=.34, M_{51-70anos} = 6.5, EP=.52, M_{Mais70anos} = 5.9, EP=.59$).

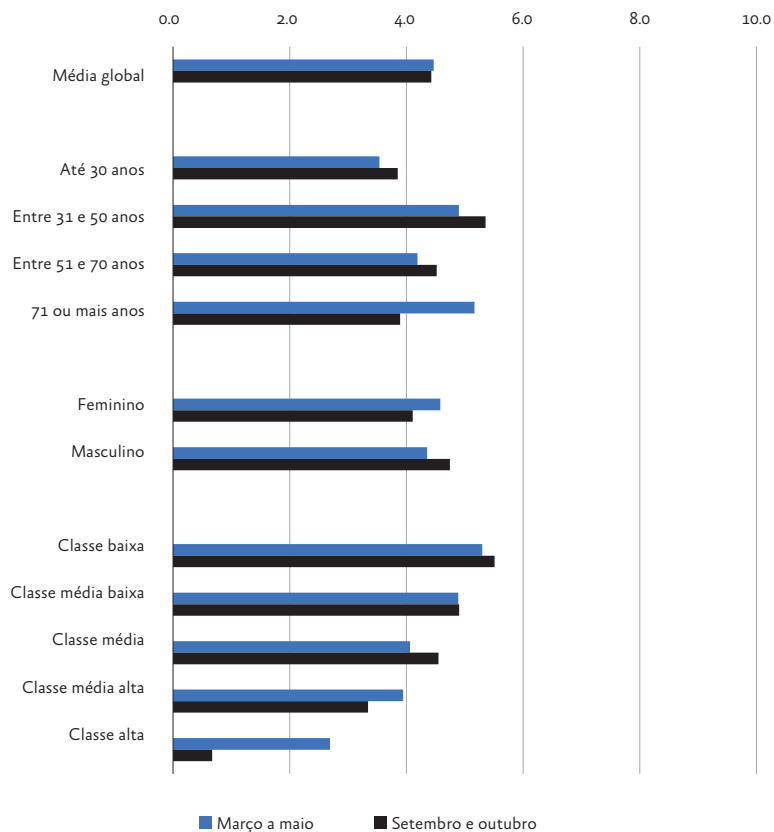
Figura 3.47 Confiança na informação por escalão etário, género e classe social declarada — 2021



As teorias da conspiração¹⁵⁸, ou seja, as crenças de que eventos casuísticos resultam de um movimento conspiratório ao nível individual ou coletivo, estão longe de ser um fenómeno recente ou exclusivo da Internet. Assistimos, contudo, a uma franca expansão da investigação nas ciências sociais (Goreis e Voracek, 2019) que tenta

compreender porque prolifera este tipo de narrativas conspiratórias, qual o seu público preferencial e qual a melhor forma de ultrapassar os seus perigos. No período em análise, a crença em teorias da conspiração¹⁵⁹ em Portugal é pouco expressiva ($M=4.4$, $EP=.19$) e permanece estável durante o período em estudo, sendo prevalente sobretudo entre indivíduos que se autorreportam como pertencentes a classes sociais mais baixas [$F(4,369)=3.788$, $p=.005$, $M_{Baixa}=5.4$, $EP=.04$, $M_{Média-baixa}=4.9$, $EP=.02$, $M_{Média}=4.3$, $EP=.02$, $M_{Média-alta}=3.6$, $EP=.06$, $M_{Alta}=1.7$, $EP=2.2$]¹⁶⁰. A crença em teorias da conspiração parece ainda estar a evoluir de forma diferente em função da idade [$F(3,369)=4.487$, $p=.004$] e do género [$F(1,369)=6.183$, $p=.013$]. Conforme sugere a figura 3.48, o aumento da crença em teorias da conspiração apenas foi estatisticamente significativo entre os indivíduos com 31 a 50 anos ($M_{Mar/maio}=4.9$, $EP=.29$, $M_{Set/out}=5.3$, $EP=.30$). Em relação ao género, o efeito variou no sentido inverso, significando que houve um decréscimo na crença em teorias da conspiração entre as mulheres ($M_{Fem}=4.5$, $EP=.30$, $M_{Mas}=4.1$, $EP=.31$).

Figura 3.48 Crença em teorias da conspiração por escalão etário, género e classe social autorreportada — 2021



3.5. Fatores explicativos e relações entre variáveis

Retratar a realidade entre março e outubro de 2021 em Portugal suscitou o interesse em explorar modelos explicativos que pudessem ajudar a construir significado sobre essa mesma realidade. Apresentamos de seguida exemplos destes modelos para cada um dos três níveis de análise anteriormente identificados. Por a natureza correlacional dos dados limitar necessariamente o seu valor explicativo, estes modelos devem ser entendidos como hipóteses de trabalho a confirmar com estudos futuros.

Na dimensão individual, contrastámos as percepções de risco da população portuguesa com aquela que foi a realidade epidemiológica no país durante o período em estudo, bem como de que forma essas percepções podem ter contribuído para o cumprimento das medidas de contenção recomendadas pelo governo. Explorámos ainda se os acontecimentos de vida individuais afetaram a saúde mental da mesma forma entre períodos com diferentes níveis de restrição de contacto social. Depois, ainda em relação ao período do confinamento, quando os elementos do agregado passaram mais tempo no espaço doméstico, tentámos compreender a forma como o incremento das tarefas domésticas poderá ter afetado o funcionamento familiar, na forma de coesão e conflito, e, em última instância, o bem-estar individual. Sendo expectável que a necessidade de realizar *online* atividades diárias (como trabalhar, estudar ou conviver) tenha tido consequências cognitivas e emocionais, mas também mudanças comportamentais e atitudinais, analisámos na dimensão grupal/situacional a forma como os perfis de digitalização individuais poderão ter contribuído para novas formas de funcionamento social, ao nível do

bem-estar individual e de satisfação com a vida, das relações pessoais e da atividade profissional. Para terminar esta secção de ensaio de hipóteses, exploramos ao nível societal de que forma as cognições dos participantes potenciam a adoção de teorias da conspiração e a sua ligação com a coesão social.

3.5.1. Dimensão individual

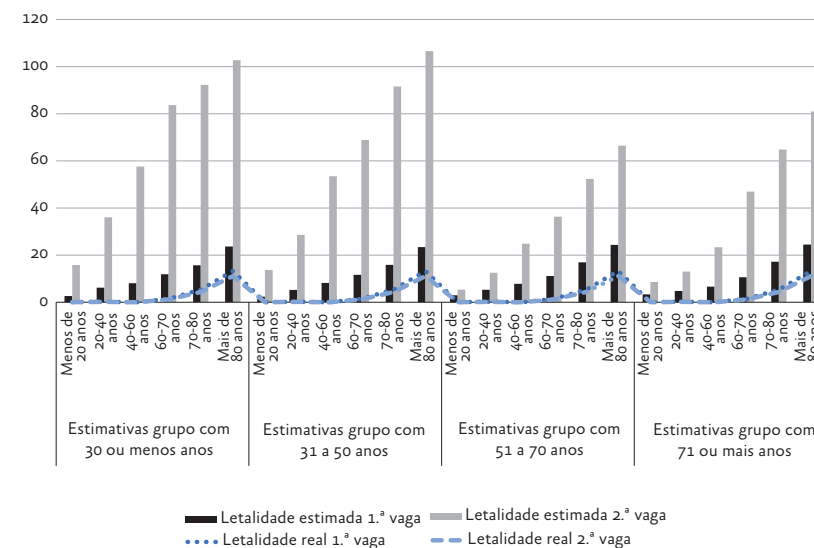
3.5.1.1 Perceção de risco e comportamentos de proteção

A **perceção de risco** tem vindo a ser conceptualizada de forma multidimensional com uma componente deliberativa, respeitante a estimativas hipotéticas, racionais; com uma componente experiencial, integrando uma dimensão pessoal das estimativas; e com uma terceira componente afetiva, referente a uma dimensão mais subjetiva de preocupação (Weinstein *et al.*, 2007; Reyna, 2012; Janssen *et al.*, 2011).

Fazer estimativas de risco deliberativas exige capacidade de produzir, compreender e utilizar informação numérica (Reyna *et al.*, 2009). Ao integrarmos a perceção de risco deliberativa dos inquiridos, pedindo-lhes para estimar o número de mortos de COVID-19 por milhar de infetados, com os dados epidemiológicos disponibilizados pela DGS, verificámos que a letalidade estimada é significativamente superior à realidade [$F(1,351)=3.732, p=.012$]. Até ao início do primeiro momento de inquirição¹⁶¹, houve uma média de 20 mortos por cada milhar de infetados (diagnosticados) e os entrevistados estimavam que morressem 19 pessoas por milhar de infetados. Ao contemplarmos o número de infetados e mortos até ao início do segundo momento de inquirição¹⁶², verificámos que a letalidade real desceu para 17, enquanto as estimativas de letalidade aumentaram: 96 mortos por milhar de infetados.

Se cruzarmos estas estimativas com a própria idade do inquirido, verificamos que os mais jovens demonstraram perceções de risco mais enviesadas. Os entrevistados com 50 ou menos anos acreditavam que morriam em média 125¹⁶³ pessoas por cada mil infetados, enquanto os mais velhos (com mais de 50 anos) estimavam cerca de 70 mortes. Acresce que, apesar de a letalidade ser estatisticamente próxima de zero até aos 60 anos (figura 3.49), quanto mais novos os inquiridos, maior a letalidade que acreditavam existir abaixo dos 60 anos. Com efeito, os indivíduos com idades até aos 30 anos estimavam, em média, que a letalidade para a população abaixo dos 60 anos variava entre 17 (primeira vaga) e 109 pessoas (segunda vaga) por cada mil infetados.

Figura 3.49 Letalidade real e estimada para cada faixa etária por idade



As estimativas baseadas na experiência pessoal, por sua vez, dependem da informação a que os indivíduos têm acesso através da comunicação social, por exemplo (Slovic, 1987), ou da saliência pessoal dessa informação (Tversky e Kahneman, 1973). Seria, portanto, expectável que quem esteve pessoalmente ou teve alguém próximo doente possa estimar o risco pessoal de infeção como maior (Chen e Kaphingst, 2011). Efetivamente, os nossos dados confirmam essa hipótese, verificando-se que quem contraiu a COVID-19 antes de qualquer um dos momentos de recolha de dados estimava a sua probabilidade pessoal de voltar a ficar infetado de forma significativamente superior [primeira vaga: $F(1,1138)=4.439, p=.035$; segunda vaga: $F(1,517)=3.947, p=.047$]. Para a restante amostra que não esteve infetada, a perceção de risco pessoal de ficar infetado com COVID-19, ou mesmo de sofrer um quadro clínico mais grave em caso de infeção, não variou de forma significativa entre as duas vagas.

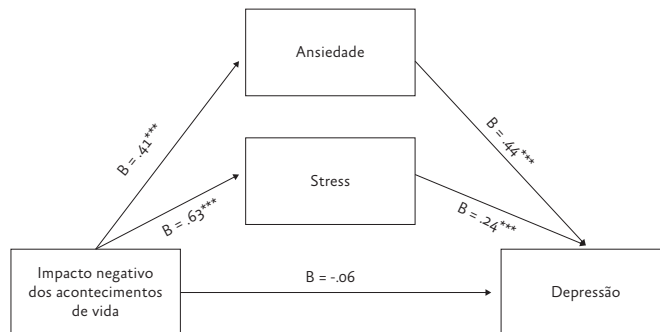
Por fim, reconhecendo que experiências subjetivas como o estado de espírito, as emoções e as experiências metacognitivas servem para informar julgamentos, tais como as estimativas de risco, avaliamos a dimensão afetiva do risco. Esta dimensão é operacionalizada com o nível de preocupação sentida face à infeção pessoal e ao impacto da doença em pessoas próximas, mas também com a COVID-19 enquanto ameaça à saúde pública. Ainda que não tenha um correlato direto com o qual se possa estimar a acuidade do julgamento, conforme demonstrado com o risco real de morte e de contágio, a dimensão afetiva do risco é apontada na literatura como preditora do comportamento (Hay *et al.*, 2006; Ferrer *et al.*, 2013). Assim, ao regredir o risco real de morte para a faixa etária de cada indivíduo paralelamente com as três dimensões do risco em análise — deliberativo, experiencial e afetivo — no grau de **cumprimento das**

recomendações da DGS, verificámos que apenas o risco afetivo tem um valor preditivo no modelo [$F(5,415)=11.258, p<.001$]. Quanto mais preocupados se sentiam, maior era o grau de cumprimento das medidas ($B=.311, t=6.906, p<.001$).

3.5.1.2 Acontecimentos de vida e saúde mental

O impacto de **acontecimentos de vida** negativos na saúde mental está amplamente descrito na literatura (Brown *et al.*, 1973). Durante o período em estudo, os indivíduos relataram acontecimentos de vida negativos que poderão ter sido agudizados pela crise em geral e pelo contexto de restrição dos contactos sociais. Para compreender de que forma os confinamentos da população poderão ter agudizado esta relação entre acontecimentos de vida negativos e o decréscimo da **saúde mental**, repetimos a análise do mesmo modelo teórico com os dados de cada vaga do Inquérito sobre a Pandemia de COVID-19 em Portugal. Depois de inventariar os acontecimentos de vida que ocorreram durante cada período em estudo, solicitámos aos inquiridos que avaliassem o impacto desses acontecimentos na sua vida. Assim, a partir do índice criado com essas avaliações, foi possível verificar que a relação entre os acontecimentos negativos com a ansiedade, o stresse e, em última instância, a depressão é reforçada por circunstâncias adversas, como a restrição de contactos sociais [$r^2=.52, F(3,735)=260.11, p<.001$]. Acresce que esta relação é totalmente explicada por um incremento dos níveis de ansiedade e stresse. A ausência de efeito na segunda vaga, altura em que não estava em vigor nenhum confinamento e as medidas de restrição eram menos intensas, sugere um efeito protetor do contacto social, possivelmente capacitando os indivíduos para lidar (melhor) com os acontecimentos de vida negativos.

Figura 3.50 Modelo de mediação sobre o impacto negativo dos acontecimentos de vida na saúde mental



Nota: * $p < 0.05$; *** $p < 0.001$.

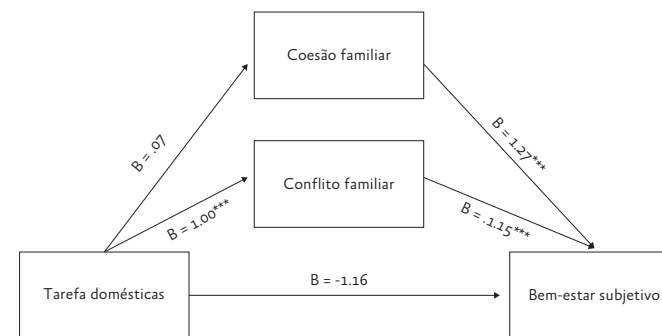
3.5.2 Dimensão grupal ou situacional

3.5.2.1 Tarefas domésticas, funcionamento familiar e bem-estar subjetivo

Com os períodos de confinamento houve um aumento generalizado da percepção de que o trabalho informal no agregado familiar aumentou. Apesar de não ter sido possível avaliar se os níveis de conflito familiar também aumentaram durante este período face a momentos anteriores, é teoricamente expectável que a maior exigência das tarefas domésticas tenha tido um efeito incremental no conflito familiar e detrimental na coesão em cada agregado, e tenha afetado também o bem-estar individual. Tal como no ponto anterior, aferimos o mesmo modelo explicativo em dois momentos distintos (março/maio de 2020 e setembro/outubro do mesmo ano) para avaliar se fatores contextuais como os confinamentos poderão afetar estas relações. Verificámos que

a percepção de que as tarefas domésticas aumentaram tem uma relação negativa com o bem-estar subjetivo reportado e que esta relação é mediada pelo conflito familiar [$r^2 = .16$, $F(3,969) = 63.28$, $p < .001$]. Ou seja, a percepção de que foram assumidas mais tarefas domésticas aumenta em conjunto com a percepção de conflito familiar, e isso reflete-se também no bem-estar individual. Notoriamente, estas relações ocorrem (novamente) de forma mais acentuada com os dados da primeira vaga. A inexistência do efeito na segunda vaga reforça a possibilidade de o isolamento social ter um papel moderador nestes modelos.

Figura 3.51 Modelo de mediação sobre o aumento das tarefas domésticas no conflito e na coesão familiares e no bem-estar subjetivo



Nota: * $p < 0.05$; *** $p < 0.001$.

3.5.2.2 Perfis digitais e novos modelos de funcionamento social

Durante a crise pandémica, as novas tecnologias foram utilizadas para tentar minimizar o impacto das restrições de movimentação na vida

profissional e como ferramentas para compensar o isolamento social resultante da necessidade de distanciamento físico. Neste contexto, considerámos relevante observar a relação entre as competências digitais e os recursos digitais, o bem-estar pessoal, as relações familiares e o trabalho formal.

A partir da análise conjunta das variáveis de caracterização digital, ou seja, das atividades que realizam *online*, da frequência com que o fazem e das dificuldades e dos receios referidos, foi-nos possível tipificar **quatro grupos de utilizadores de novas tecnologias** durante a pandemia.

O primeiro grupo não utiliza a Internet porque não o sabe fazer ou porque diz não ter equipamentos nem ligações para tal. Apesar da dimensão reduzida face ao total da amostra (12%), é um grupo particularmente relevante para a nossa análise devido à transição de muitas atividades (*e.g.*, socioeconómicas, letivas, sociais) para a esfera digital. Este grupo, que designaremos como revelador de um uso «com dificuldades», não utiliza ou utiliza muito pouco a Internet e integra cidadãos com mais idade, maioritariamente mulheres, sem a escolaridade obrigatória. As principais dificuldades e os principais receios reportados por este primeiro grupo são a falta de conhecimento, a dificuldade, a falta de acesso e as preocupações quanto à linguagem utilizada, que afirmam não compreender.

O segundo grupo, que designamos como tendo um perfil de utilização «básica», representa 28% da nossa amostra. Integra pessoas que demonstram uma utilização muito incipiente e, em alguns casos, praticamente nula das novas tecnologias e da Internet. Não é possível diferenciar este grupo através de variáveis sociodemográficas,

já que inclui pessoas de ambos os sexos e de todas as idades e níveis de escolaridade. Podemos, contudo, afirmar que este grupo integra pessoas que utilizam a Internet maioritariamente em casa, isto é, pouco usa dados móveis e acede à Internet sobretudo para comunicar, enviando mensagens ou *e-mails*. Os potenciais entraves que apresentam para a sua fraca utilização são a falta de confiança quanto à privacidade das atividades realizadas *online* e o facto de sentirem que a Internet pode causar adicção e consumir demasiado tempo.

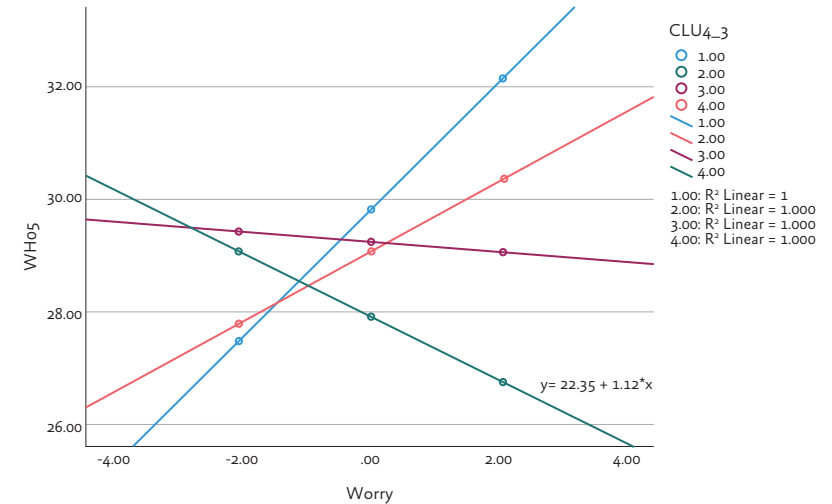
O terceiro grupo, que classificamos como sendo aqueles com um uso «utilitário», representa 39% da amostra e agrega sobretudo pessoas com o ensino secundário completo ou superior que acedem à Internet através de todas as ligações possíveis (rede de casa, dados móveis, trabalho, casa de familiares ou amigos, redes públicas). Realizam diversas atividades *online*, incluindo *online banking*, compras ou aceder a serviços públicos. Um dos entraves que identificam para não utilizar ainda mais a Internet são os custos.

Por fim, temos um grupo que intitulamos como de utilização «frequente» (21%). Apesar de revelar uma utilização intensa como o grupo anterior, integra elementos ligeiramente mais velhos, que não acedem tanto à Internet através da rede do local de trabalho. Este grupo identifica como entraves a uma maior utilização o facto de sentirem que é uma atividade viciante, que consome demasiado tempo e na qual sentem que a sua privacidade pode ser ameaçada. Este foi o grupo que relatou de forma mais expressiva (60%) que a crise sanitária causou um aumento na frequência com que acede à Internet.

Quando analisámos a relação entre a **perceção afetiva de risco** (preocupação com a COVID-19) e o **bem-estar subjetivo**, observámos

um conjunto de associações significativas com os perfis de utilização das tecnologias [$r^2=.02$, $F(7,117)=2.55$, $p=.013$]. Durante o segundo confinamento (primeira vaga do Inquérito sobre a Pandemia de COVID-19 em Portugal), o grupo com uma utilização de novas tecnologias «frequente» demonstra uma relação negativa entre a preocupação e o bem-estar (figura 3.52). Quanto maior a sua **preocupação com a COVID-19**, menor é o seu bem-estar. No grupo com um uso «utilitário», a preocupação não se relacionava com diferentes níveis de bem-estar; e para os restantes perfis (utilização «básica» e com «dificuldades») a relação era positiva — maiores níveis de preocupação com a COVID-19 coexistiam com um maior bem-estar pessoal. Na segunda vaga de recolha de dados, os diferentes tipos de utilização das novas tecnologias não demonstravam qualquer capacidade de modelar esta relação direta entre a preocupação com a COVID-19 e o bem-estar pessoal.

Figura 3.52 Modelo de moderação sobre a relação entre a preocupação com a COVID-19 e o bem-estar para cada perfil de utilização digital



O cruzamento destes perfis com a **satisfação com a vida reportada** durante o segundo confinamento (primeira vaga) sugere que o perfil de utilização com maior intensidade tende a manifestar níveis mais reduzidos de satisfação [$F(3,440)=3.002$, $p=.030$].

3.5.3 Dimensão societal

3.5.3.1 Cognições, teorias da conspiração e coesão social

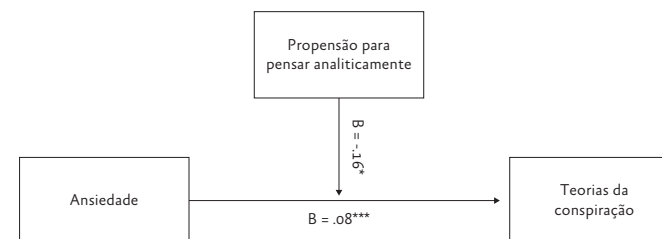
Ao investigar o aparecimento e a proliferação das **teorias da conspiração**, os resultados de estudos anteriores sugerem que a crença em narrativas alternativas tem tendência para se exacerbar em contextos sociais turbulentos (Prooijen e Douglas, 2017). Abundam ao longo da história exemplos da forma como os acontecimentos

disruptivos, por ameaçarem as estruturas de poder estabelecidas ou as normas de conduta, podem estimular o surgimento de teorias da conspiração (Prooijen e Dijk, 2014). Alguns autores defendem que este processo tem vantagens cognitivo-emocionais, na medida em que possibilita e motiva os indivíduos a processar eventos complexos e difíceis de compreender (Bos, 2009), aumentando a percepção de controlo dessas situações de elevada imprevisibilidade e contribuindo para minimizar sentimentos e emoções negativos. A análise desta hipótese sugere que a crença em teorias alternativas poderá estar relacionada com uma necessidade maior de regulação emocional. Apesar de o modelo estatístico ter uma capacidade explicativa reduzida, verificámos que uma maior adesão a crenças conspirativas, medidas na primeira vaga do Inquérito sobre a Pandemia de COVID-19 em Portugal, não está significativamente associada a maiores níveis de depressão ou stresse, mas sim com maiores níveis de medo [$r^2=.039$, $F(4,1005)=10.197$, $p<.001$; $B=.021$, $t=1.905$, $p=.057$] e sobretudo com maiores níveis de ansiedade ($B=.096$, $t=4.283$, $p<.001$). Não é possível confirmar uma relação de causalidade, permanecendo por esclarecer se são estas crenças que espoletam mais medo e ansiedade, se são maiores níveis de medo e ansiedade que conduzem a crenças em teorias da conspiração, ou se estamos perante uma relação espúria entre estas variáveis.

Reconhecer que as teorias da conspiração florescem em situações de instabilidade como aquela que estamos a viver, permitindo compensar emoções negativas passageiras ou mesmo percepções mais estáveis, como a falta de poder social (Abalakina *et al.*, 1999; Imhoff e Bruder, 2014), permite contextualizar psicologicamente a origem do fenómeno. Contudo, importa compreender também qual o seu público preferencial. Por forma a identificar se existem e quais são as

características pessoais que podem determinar a suscetibilidade dos indivíduos para adotar determinadas narrativas, testámos um conjunto de modelos explicativos com base em variáveis afetivas e cognitivas. Face à hipótese de que as teorias da conspiração resultam da necessidade de os indivíduos controlarem a ansiedade decorrente de situações disruptivas, aferimos em que medida o **estilo de processamento de informação** utilizado poderia associar-se à suscetibilidade para acreditar em teorias da conspiração. Partindo de evidências anteriores que sugerem que o incremento na atividade cognitiva é uma estratégia para compreender melhor situações difíceis (Park, 2010), confirmámos que o estilo de processamento cognitivo da informação, enquanto diferença individual, modera a relação entre a ansiedade e a crença em teorias da conspiração. Ou seja, os indivíduos com pouca propensão para pensar analiticamente (Cacioppo e Petty, 1982) manifestam maior propensão para que o seu nível de ansiedade esteja associado à maior crença em teorias da conspiração. Esta associação não se observou em indivíduos com estilos cognitivos mais analíticos.

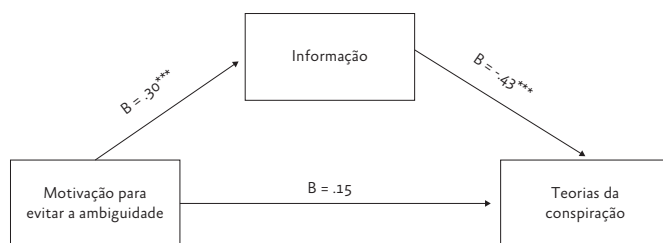
Figura 3.53 Modelo de moderação sobre o papel da ansiedade e estilo de processamento de informação nas crenças em teorias da conspiração



Nota: * $p<0.05$; *** $p<0.001$.

Avaliámos igualmente outro estilo cognitivo: a **motivação para evitar a ambiguidade** (Roets e Hiel, 2011). De acordo com a literatura, indivíduos intolerantes à incerteza demonstram uma tendência para se socorrer de explicações conspiratórias para eventos ambíguos quando este tipo de explicações está disponível (Marchlewska *et al.*, 2017). Os dados recolhidos demonstram que os indivíduos com maior aversão à ambiguidade e à incerteza tendem a acreditar mais em teorias da conspiração, e esta relação é em parte explicada por se sentirem confusos ou com pouca informação.

Figura 3.54 Modelo de mediação sobre a motivação para evitar a ambiguidade e informação nas crenças em teorias de conspiração



Nota: *** $p < 0.001$.

3.6. Conclusão

Este capítulo avaliou o impacto da crise sanitária na sociedade portuguesa, particularmente nos domínios da saúde mental, da família, da digitalização da sociedade e da coesão social. Ainda que incidindo sobre uma fase crítica, a avaliação refere-se naturalmente a um

período circunscrito. Não é possível compreender plenamente como os indicadores vão evoluir comparativamente com o antes e o depois desta crise, pois este é um processo que ainda está longe de terminar.

Os resultados indicam que a crise sanitária causada pelo SARS-CoV-2 tem vindo a afetar a sociedade de forma transversal, atingindo mais pessoas de forma indireta do que de forma direta.

Ao nível da saúde, os resultados indicam que, durante o período em análise, em cada dez pessoas uma esteve infetada com COVID-19, quatro sofreram alterações de peso, quatro de padrões de sono, uma alterou o consumo de álcool e tabaco, e uma o consumo de psicotrópicos.

Três em cada dez portugueses dizem que, tanto em 2020 como em 2021, tiveram necessidades médicas extra-COVID-19 por satisfazer. Esta quebra na prestação de serviços de saúde à população foi transversal a serviços de rotina, como consultas e rastreios específicos, serviços para tratar doenças não urgentes, nomeadamente ao nível de intervenções cirúrgicas ou outras consultas da especialidade, e situações de emergência, com taxas de utilização significativamente inferiores desses serviços.

Há indicadores indiretos de que a saúde mental da população poderá ter piorado com a crise sanitária. Não obstante, durante o período em estudo os níveis de ansiedade e depressão mantiveram-se estáveis. O stresse e o medo da COVID-19, por sua vez, diminuíram da primeira para a segunda vaga.

No plano socioeconómico, em cada dez pessoas, cinco sofreram alterações significativas no seu trabalho, duas acabaram por perder

o emprego, seis viveram situações financeiramente instáveis, três permaneceram nessa situação de instabilidade financeira durante 2021 e apenas uma pessoa, em média, conseguiu implementar mudanças no seu orçamento familiar de forma a minimizar a instabilidade financeira do agregado familiar.

Houve uma quebra nas atividades letivas com a duração de 24 semanas; durante esse período, em cada dez inquiridos com filhos, três afirmam que não dispunham de equipamentos para os filhos estudarem, três que a sua ligação à Internet não era adequada e dois que faltava espaço ou privacidade no espaço doméstico para acomodar estas diferentes pessoas/necessidades.

A sindemia tem vindo a aumentar desequilíbrios anteriores, designadamente quanto aos grupos sociais que já eram considerados vulneráveis antes da COVID-19.

A coexistência no espaço doméstico dos vários elementos do agregado a cumprir diferentes papéis sociais incrementou o trabalho doméstico, sobretudo nos agregados com crianças, com implicações no conflito e na coesão familiares.

Os níveis de bem-estar reportados são piores entre as mulheres e os indivíduos que consideram pertencer a classes socioeconómicas desfavorecidas.

Embora a distribuição do trabalho informal entre os dois géneros tenha sido reportada de forma equiparada, as mulheres mantiveram mais responsabilidades de gestão relacional dos elementos familiares. As mulheres referem maiores alterações de peso, de sono e de consumo de psicotrópicos e, no âmbito da saúde mental, maiores níveis de depressão, ansiedade, stresse e medo.

Perante os recursos de que os participantes dispunham à altura do estudo, a digitalização do trabalho pode ter acentuado dinâmicas de exclusão. Em cada dez portugueses, dois afirmam não dispor de equipamentos adequados para o teletrabalho, três consideram a qualidade da sua ligação à Internet insuficiente, e dois referem falta de espaço e de privacidade em casa para conseguirem desempenhar a sua atividade profissional *online*.

Na díade trabalho-família, deve sublinhar-se a crescente dificuldade que os inquiridos sentiram em equilibrar as exigências das responsabilidades familiares e profissionais. Durante o período em análise, a esfera familiar foi a mais penalizada neste conflito.

A aparente estabilidade dos níveis de coesão social durante os primeiros dois anos da sindemia não é transversal a todos os grupos sociais. Quem afirma pertencer a classes sociais mais baixas revelou uma menor confiança nas instituições e uma menor perceção de coesão social em geral durante este período de absorção do choque da crise sanitária.

Apesar de não ser expectável do ponto de vista sanitário, **os resultados sugerem que os jovens são um dos grupos mais afetados pelo contexto sindémico e que devem ser encarados como um grupo de risco no futuro.**

Um em cada dez jovens refere que passou a consumir calmantes, tranquilizantes ou outros fármacos com efeito psicotrópico. Da mesma forma, um em cada dez diz que sofreu alterações no consumo de tabaco e álcool. Estas últimas poderão, contudo, não ter sido tão perniciosas, já que, por cada jovem que reportou aumentos no consumo, existe outro que reportou diminuições.

Durante o período em análise, foram os jovens abaixo de 30 anos quem acusou um menor bem-estar, uma menor satisfação atual com a vida e mais indicadores de depressão, ansiedade e stresse.

O grupo dos mais jovens também avaliou pior a qualidade das suas relações pessoais e a conexão social que sentiam, e socorreram-se de estratégias mais informais, como assistir televisão ou jogar jogos, em oposição a estratégias formais, como seguir as normas e recomendações para lidar com a COVID-19 no dia a dia.

É entre a faixa etária mais jovem que se verificam maiores níveis de desemprego e de alterações no volume de trabalho.

Embora não tenham indicado um aumento significativo no aumento do trabalho informal (tarefas domésticas ou relacionais), são os jovens quem reporta um maior conflito familiar com os outros elementos do agregado.

São ainda os jovens quem apresenta menores níveis de coesão social, com menos confiança nas redes sociais próximas, no governo ou na ciência.

A centralidade dos *media* tradicionais e a importância da gestão da informação foram reforçadas. Verificámos que os *media* tradicionais continuam a ser o meio preferencial para obter informação sobre a COVID-19, com destaque para a televisão. Contudo, os dados indiciam também que os níveis de confiança na informação recebida não são elevados.

A crença em teorias da conspiração parece ser residual, existindo uma tendência pouco expressiva de aumento entre a população entre os 31 e 50 anos.

3.7. Recomendações

A presente investigação examinou um momento específico na fase de absorção da disrupção causada pela COVID-19 na sociedade portuguesa. Reconhecendo que, para desenvolver, implementar e avaliar um plano de recuperação, poderá ser determinante continuar a monitorizar o estado de saúde da população, a capacidade de resposta do sistema de saúde português e as principais políticas para combater e mitigar esta crise, mas também antever e planejar outras possíveis crises, apresentamos de seguida um conjunto de recomendações. Estas baseiam-se nos resultados descritos e no modelo teórico de base, reforçando a importância de que, para a avaliação do impacto deste tipo de fenómenos, é necessário adotar uma perspetiva sistémica da sociedade que inclua as dimensões de vulnerabilidade social, particularmente diferenciadora neste estudo. Assim, para fundamentar no futuro uma capacitação efetiva da sociedade nos principais domínios de resiliência social, consideramos determinante que se desenvolvam estudos e políticas capazes de:

- Integrar uma perspetiva multidimensional no que diz respeito à análise da forma como as pessoas, as famílias e os diferentes grupos sociais dão significado à informação e ao ambiente social que os rodeia, aos sentimentos decorrentes dos processos de construção de significado tanto de eventos disruptivos (*i.e.*, pandemias) como das suas consequências, e também à forma como a sociedade reage. Ou seja, a colaboração que ocorre entre os indivíduos, os diversos grupos e entidades sociais, mas igualmente a forma como a perceção individual e as diversas interações e relações afetam a aceitação das políticas públicas para a recuperação e das medidas de regulação e apoio à economia,

à educação e aos restantes domínios de atuação prioritária. É durante este processo de construção de significado a partir das informações, cognições e emoções acima referidas que os indivíduos definem as respostas comportamentais de adaptação/ /inadaptação ao longo do tempo nos vários domínios de vida.

- Monitorizar a implementação e o impacto do programa de recuperação e resiliência, que deverá ocorrer ao longo dos próximos anos, complementando a avaliação das medidas de autorrelato retrospectivo com observações diretas. Essa aferição poderá incluir o conjunto de indicadores disponíveis neste estudo, utilizando esta primeira avaliação intercalar, com dois momentos, num único ano, para reforçar a capacidade de avaliação.
- Criar indicadores integrados de risco, resiliência e sucesso com base em diferentes variáveis conforme as áreas sociais a monitorizar, por forma a permitir avaliações de risco e resiliência locais e globais, mas garantindo também a possibilidade de realizar análises longitudinais dos percursos de desenvolvimento social nos seus diversos níveis.
- Adotar uma perspetiva participativa, auscultando de forma representativa comunidades específicas, a fim de antever impactos diferenciais das medidas nas diferentes fases de recuperação e ir testando, caso necessário, a adaptação dessas medidas. Estas comunidades ou estes grupos específicos devem incluir crianças e adolescentes até aos 15 anos, grupos profissionais como professores e profissionais de saúde, e outros grupos vulneráveis, como a população sem-abrigo ou em situação de precariedade habitacional, migrantes, crianças e agregados em risco social, familiar e emocional.

- Explorar, ao nível qualitativo, casos de programas de resiliência e recuperação em que tenha havido um particular sucesso ou insucesso, para identificar e compreender em detalhe os fatores de sucesso e melhor preparar futuras intervenções.
- Avaliar as associações causais entre a atribuição de financiamentos específicos a programas de desenvolvimento social e os resultados obtidos nos diversos indicadores de sucesso desses programas. Apenas desta forma será possível comparar a eficácia de diversas tipologias de intervenção e recuperação nos diversos contextos de implementação.

Importa também notar que Portugal apresentava debilidades ao nível do **planeamento** antes da disrupção causada pelo SARS-CoV-2.

O conjunto de medidas que foram sendo implementadas ao longo da fase de absorção terão contribuído para minimizar o papel destas fragilidades no desenrolar da crise sanitária, mas esta não deixou de funcionar como uma alavanca de disseminação do risco por todos os sistemas e subsistemas sociais. A crise sanitária apresentou, assim, consequências transversais a toda a sociedade portuguesa.

3.8. Considerações finais sobre as fases do modelo de resiliência social

Este estudo, que decorreu durante a fase de **absorção**, permitiu medir o impacto dessas mudanças, mas sobretudo avaliar de que forma esse impacto tem evoluído. O potencial disruptivo das medidas aos diversos níveis, aferido a partir de diferenças entre os resultados da primeira e da segunda vagas do Inquérito sobre a Pandemia de COVID-19 em Portugal, surge assim como um primeiro ponto de reflexão.

As melhorias sentidas em muitos dos indicadores após o final do segundo confinamento devem ser encaradas como um fator demonstrativo de que as restrições afetaram de forma imediata a população. Acresce que este impacto na vida de cada indivíduo foi, naturalmente, diferente em função dos grupos sociais a que pertence, acentuando-se dinâmicas de vulnerabilidades anteriores à crise sanitária, mas também em função do seu estágio de desenvolvimento pessoal. A avaliação do risco sanitário para a população nas faixas etárias mais jovens e a noção partilhada de que os jovens costumam ser mais resilientes perante adversidades poderão ter contribuído para a não-classificação dos jovens como um grupo de risco no contexto da COVID-19, o que, na realidade, são. Tal classificação deve ser feita a partir de uma perspetiva sistémica que reconhece que a disrupção causada pela COVID-19 provocou uma crise sindémica, não apenas pandémica.

Como sugerem os nossos dados, alguns destes impactos serão transitórios na vida da população, mas outros não. A realidade dos números de propagação do vírus SARS-CoV-2 e de letalidade pela COVID-19, difundida e partilhada diariamente, não reflete a multiplicidade de perceções sobre este(s) acontecimento(s), nem a forma distinta como o sucedido ao longo deste período foi experienciado pelos Portugueses. A crise sanitária, as diferentes restrições e as medidas implementadas foram sentidas e construídas de forma díspar em função da pertença a diferentes grupos sociais. Convém, portanto, assegurar o reforço do sistema de saúde ou de medidas de mitigação do impacto indireto da crise sanitária, garantindo que essas medidas são universais e realmente inclusivas para os grupos vulneráveis e de risco. Numa fase de **recuperação**, é

fundamental reconhecer esta diversidade, apresentando mecanismos de suporte diferenciados em função de faixas etárias, género ou para outros grupos sociais em situação de desvantagem. A crise causada pela COVID-19 começou com uma ameaça à saúde pública, mas rapidamente se transformou numa crise sistémica que requer soluções integradas — mas diferenciadas — para responder a necessidades já existentes ou emergentes em diversos domínios, incluindo a saúde e o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, das famílias e de outros grupos sociais na esfera pública e privada, bem como a coesão social.