



**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA DE GOVERNO FIOCRUZ
GERÊNCIA REGIONAL DE BRASÍLIA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA APLICADA AOS
SERVIÇOS DO SUS – EPISUS INTERMEDIÁRIO**

ELLEN DE CASSIA DUTRA POZZETTI GOUVÊA

**COMPORTAMENTO DE RISCO E PROTEÇÃO PARA A COVID-19 EM
INDIVÍDUOS QUE REFERIRAM DOENÇA CRÔNICA NÃO
TRANSMISSÍVEL**

BRASÍLIA

2020

ELLEN DE CASSIA DUTRA POZZETTI GOUVÊA

**COMPORTAMENTO DE RISCO E PROTEÇÃO PARA A COVID-19 EM
INDIVÍDUOS QUE REFERIRAM DOENÇA CRÔNICA NÃO
TRANSMISSÍVEL**

Produção técnico-científica aplicada como Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EpiSUS Intermediário da Escola de Governo Fiocruz Brasília.

Tutor Orientador: Mestre Dalva Maria Assis

BRASÍLIA

2020

S734c Gouvêa, Ellen de Cassia Dutra Pozzetti
Comportamento de risco e proteção para a Covid-19 em indivíduos que referiram doença crônica não transmissível / Ellen de Cassia Dutra Pozzetti Gouvêa. -- 2020.
23 f. : tab.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EpiSUS Intermediário) -- Escola de Governo Fiocruz Brasília, Brasília, DF, 2020
Tutora Orientadora: Me. Dalva Maria Assis

1. Infecções por coronavírus – Prevenção e controle. 2. Pandemia. 3. Comportamentos de risco à saúde. 4. Doenças crônicas. I. Assis, Dalva Maria. II. Escola de Governo Fiocruz Brasília. III. Título.

CDU 616.98:578.834

Catálogo na fonte:

Sônia Maria Rezende Paolinelli - CRB-6/1191

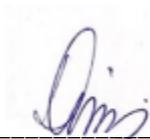
ELLEN DE CASSIA DUTRA POZZETTI GOUVÊA

Comportamento de risco e proteção para a COVID-19 em indivíduos que referiram doença crônica não transmissível

Produção técnico-científica aplicada como Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização em Epidemiologia Aplicada aos Serviços do SUS – EpiSUS Intermediário da Escola Fiocruz de Brasília.

Aprovado em 18/12/2020.

BANCA EXAMINADORA



Dalva Maria de Assis

Luciana Monteiro Vasconcelos Sardinha

Ana Júlia Silva e Alves

RESUMO

Introdução: A Organização Mundial da Saúde declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo Coronavírus, constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional. O Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, buscou identificar e descrever os padrões de comportamentos de risco e proteção para a COVID-19 da população adulta das macrorregiões do país, por meio do Vigitel. **Objetivo:** Descrever o comportamento de risco e proteção para a COVID-19 em indivíduos adultos que referiram doença crônica não transmissível, durante o período inicial da pandemia no Brasil. **Métodos:** O Vigitel COVID-19 baseou-se em amostras probabilísticas da população adulta brasileira com posse de telefone móvel. Este estudo utilizou das questões que se referem ao diagnóstico autorreferido de DCNT e comportamentos associados à pandemia, tais como distanciamento social, prevenção ideal e estado de humor. **Resultados:** Entre os adultos que referiram possuir alguma DCNT as maiores prevalências foram identificadas para o sexo feminino e tenderam a aumentar com a idade, maior prevalência na região Sudeste. Cerca de um quarto da população adulta referiu possuir alguma DCNT e realizou distanciamento social. No que se refere à prática de prevenção ideal, nos indivíduos que referiram possuir alguma DCNT, a frequência foi maior entre as mulheres, indivíduos com mais de 50 anos de idade e moradores da região Sudeste. Aproximadamente um terço da população adulta com DCNT também referiu se sentir deprimido no início da pandemia. **Discussão e conclusão:** Durante o início da pandemia de COVID-19, 24% da população adulta do país referiu possuir alguma DCNT, o distanciamento social foi seguido por um quarto dos adultos brasileiros com doenças crônicas não transmissíveis e a prevalência de depressão alcançou mais de 30% destes indivíduos. Entre os indivíduos que referiram DCNT, a região Sudeste foi a que apresentou a maior prevalência, assim como também maior proporção de indivíduos em distanciamento social e ainda referindo humor deprimido. A OMS aconselha aqueles que apresentam risco aumentado de doença grave pela COVID-19 a serem rigorosos ao seguir medidas de distanciamento social. Tanto os comportamentos de proteção como os de risco apresentaram aumento com a idade, refletindo a preocupação deste grupo de indivíduos que possui o maior risco de gravidade, justificando a adoção de medidas de precaução adotadas, para prevenir ou reduzir o risco dos efeitos da infecção, pelos governos e empresas.

Palavras-Chave: Doença Crônica. Pandemia. Infecções por Coronavírus.

ABSTRACT

Introduction: The World Health Organization declared, on January 30, 2020, that the outbreak of the disease caused by Coronavirus, constitutes a Public Health Emergency of International Importance. The Ministry of Health, in partnership with the Federal University of Minas Gerais, sought to identify and describe the patterns of risk and protective behaviors for COVID-19 of the adult population of the country's macro-regions, through Vigitel. **Objective:** To describe the risk and protective behavior for COVID-19 in adult individuals who reported chronic non-communicable disease, during the initial period of the pandemic in Brazil. **Methodology:** Vigitel COVID-19 was based on probabilistic samples from the Brazilian adult population with a mobile phone. This study used questions that refer to the self-reported diagnosis of NCDs and behaviors associated with the pandemic, such as social distance, ideal prevention and mood. **Results:** Among adults who reported having some NCDs, the highest prevalences were identified for females and tended to increase with age, a higher prevalence in the Southeast region. About a quarter of the adult population reported having some NCD and performed social distance. With regard to the ideal prevention practice, in the individuals who reported having some CNCD, the frequency was higher among women, individuals over 50 years of age and residents of the Southeast region. Approximately one third of the adult population with NCDs also reported feeling depressed at the start of the pandemic. **Discussion and conclusion:** During the beginning of the COVID-19 pandemic, 24% of the country's adult population reported having some NCDs, social distance was followed by a quarter of Brazilian adults with chronic non-communicable diseases and the prevalence of depression reached more than 30% of these individuals. Among the individuals who reported NCD, the Southeast region was the one with the highest prevalence, as well as the highest proportion of individuals in social distance and still reporting depressed mood. The WHO advises those who are at increased risk of serious illness by COVID-19 to be strict when following social distance measures. Both protective and risky behaviors increased with age, reflecting the concern of this group of individuals who have the highest risk of seriousness, justifying the adoption of precautionary measures adopted to prevent or reduce the risk of the effects of infection, by governments and businesses.

Keywords: Chronic Disease. Pandemics. Coronavirus Infections.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO GERAL.....	8
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
3 MÉTODOS.....	9
4 RESULTADOS.....	12
5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	17
REFERÊNCIAS.....	19

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou, em 30 de janeiro de 2020, que o surto da doença causada pelo novo Coronavírus (SARS-CoV-2), a doença de coronavírus (COVID-19), constitui uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPIN), considerada o mais alto nível de alerta, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional.¹ Em 11 de março de 2020, a COVID-19 foi caracterizada pela OMS como uma pandemia.²

Em 03 de fevereiro de 2020, o Brasil, através da Portaria nº 188, declara Emergência em Saúde Pública de importância Nacional (ESPIN) em decorrência da Infecção Humana pelo novo Coronavírus e em 20 de março o Senado aprovou o pedido de reconhecimento de calamidade pública.³

Segundo informações da OMS, foram confirmados no mundo 58.425.681 casos de COVID-19 e 1.385.218 mortes até o dia 23 de novembro de 2020², enquanto que no Brasil, o Ministério da Saúde recebeu a primeira notificação de caso no dia 26 de fevereiro de 2020 e até o dia 23 de novembro, havia 6.087.608 de casos e 169.485 óbitos.⁴

As pessoas idosas e aquelas que têm problemas médicos subjacentes, como hipertensão arterial, problemas cardíacos e respiratórios, diabetes ou câncer, possuem maior risco de desenvolver os tipos graves da doença.⁵⁻⁶ No Brasil, entre os 146.783 óbitos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por COVID-19 notificados entre as semanas epidemiológicas 08 e 41 (16 de fevereiro a 10 de outubro de 2020), 94.503 (64,3%) apresentavam pelo menos uma comorbidade ou fator de risco para a doença. Cardiopatia e diabetes foram às condições mais frequentes, sendo que a maior parte destes indivíduos, que evoluiu a óbito e apresentava alguma comorbidade, possuía 60 anos ou mais de idade.⁷

Considerando o contexto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil, em 2017, estas foram responsáveis por 56,9% do total das mortes ocorridas na faixa etária de 30 a 69 anos e representam a maior carga de morbimortalidade. As DCNT, constituídas principalmente pelas doenças do aparelho circulatório, câncer, respiratórias crônicas e diabetes, foram responsáveis por 81% de todas as mortes nas Américas.⁸⁻¹⁰

A partir de evidências disponíveis, para conter a propagação e interromper as cadeias de transmissão do vírus que causa COVID-19, o distanciamento social, ou seja, a limitação do contato próximo entre as pessoas infectadas é fundamental.⁶ Consequentemente, para o enfrentamento deste grave problema de saúde pública, na tentativa de retardar a disseminação do SARS-CoV-2 e mitigar a carga no sistema de saúde, os governos divulgaram orientações de permanência em casa.

Embora a preocupação quanto à saúde global esteja atualmente focada na pandemia pela COVID-19, não devemos esquecer de outras condições, como as DCNT, visto que, não apenas continuam a existir, mas podem agravar durante uma pandemia de doenças infecciosas, considerando o aumento do sedentarismo, diminuição da prática de atividade física, e ainda as dificuldades de acompanhamento de equipes de saúde devido ao distanciamento social.

O monitoramento sistemático dos riscos em saúde pública visa auxiliar os gestores na adoção de medidas, de modo a reduzir o número de populações afetadas, além de mitigar as consequências sociais e econômicas negativas.¹¹ Levando em conta a não existência até o momento de tratamento específico e eficaz para a COVID-19, a prevenção se torna o principal meio para a proteção da sociedade e para a contenção da mesma,¹² e considerando o maior risco de gravidade para os portadores de DCNT, estes indivíduos estão sendo encorajados a ficar em casa. Contudo, avaliar a proporção de indivíduos com DCNT que estão fazendo o distanciamento social, auxilia os gestores na avaliação da viabilidade das medidas.

Dado o cenário da pandemia, o Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais, buscou identificar e descrever os padrões de comportamentos de risco e proteção para a COVID-19, por meio do sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) para investigação e monitoramento de comportamentos para a prevenção a COVID-19 na população adulta das macrorregiões do país.¹¹

2 OBJETIVO GERAL

Descrever o comportamento de risco e proteção para a COVID-19 em indivíduos adultos que referiram doença crônica não transmissível, durante o período inicial da pandemia no Brasil.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características sociodemográficas da população adulta brasileira estudada no período inicial da pandemia;
- Descrever a prevalência de indivíduos que referiram DCNT segundo características sociodemográficas;
- Descrever os comportamentos de risco e proteção para a COVID-19 dos indivíduos que referiram DCNT.

3 MÉTODOS

Foi realizado um estudo transversal descritivo com dados do inquérito por telefone Vigitel COVID-19. Os dados coletados pelo Vigitel, que compõe o sistema de Vigilância de Fatores de Risco de DCNT do Ministério da Saúde e, conjuntamente a outros inquéritos, como os domiciliares e em populações escolares, vem ampliando o conhecimento sobre as DCNT no País.¹³

Por ser um instrumento de vigilância contínuo, com a urgência e necessidade de informações acerca da COVID-19, o Vigitel realizou dois ciclos de coleta para investigar padrões de comportamentos de risco e proteção para a doença. O primeiro ciclo foi realizado entre os dias 1º e 10 de abril de 2020, no qual foram coletadas 2.115 entrevistas; e o segundo ocorreu do dia 25 de abril até 05 de maio de 2020 e foram realizadas 2.007 entrevistas completas.¹⁴

A metodologia utilizada no Vigitel COVID-19 baseou-se em amostras probabilísticas da população adulta (18 anos ou mais de idade) de, aproximadamente, 2 mil indivíduos, sendo 400 em cada macrorregião geográfica do Brasil, com posse de, pelo menos, uma linha de telefone móvel (celular). Resumidamente, a primeira etapa da amostragem do Vigitel COVID-19 consistiu na geração de números de telefone celular para cada região, por discagem aleatória de dígitos (RDD), seguida pela validação digital dos números sorteados. Tal procedimento tem por objetivo remover da amostra números correspondentes a linhas não ativas ou operando por meio de dispositivos que não transmitam voz (como máquinas de cartão de crédito). Esse procedimento foi repetido sucessivamente até que um total aproximado de 4 mil linhas validadas estivesse disponível para cada região, prevendo a necessidade máxima de 10 números validados para cada entrevista a ser realizada. O inquérito fez uso de fatores de ponderação para que os dados coletados pudessem representar as macrorregiões e o Brasil.¹¹

O questionário do Vigitel COVID-19 abordou perguntas referentes à:

- a) características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos (idade, sexo, estado civil, raça/cor, nível de escolaridade e número de linhas telefônicas);
- b) sintomas da COVID-19;
- c) medidas de prevenção do contágio por Sars-CoV-2;
- d) veículos de informação quanto a prevenção e o contágio por Sars-CoV-2;
- e) motivos de sair de casa;

- f) autoavaliação do estado de saúde do entrevistado,
- g) referência a diagnóstico médico anterior de hipertensão arterial, diabetes, asma e outras doenças crônicas;
- h) vacinação para influenza;
- i) estado de humor; e
- j) posse de plano de saúde ou convênio médico.

As questões do segundo ciclo do Vigitel COVID-19, de interesse do presente estudo, referem-se ao diagnóstico autorreferido de DCNT e comportamentos de risco e proteção associados à pandemia, tais como distanciamento social, prevenção ideal e estado de humor. Entre os comportamentos foram incluídos a prática de distanciamento social, o distanciamento de pessoas com sintomas da doença, a higiene regular das mãos e de objetos de uso frequente, a prática de hábitos complementares de higiene (trocar roupas e sapatos ao chegar em casa e não compartilhar objetos de uso pessoal), evitar tocar olhos, nariz e boca após contato com superfícies e pessoas, a adoção de práticas de etiqueta respiratória (cobrir a boca e o nariz ao tossir e espirrar e uso de lenços descartáveis para a higiene nasal) e a utilização de máscara facial.

Para estimar o percentual de indivíduos com DCNT, foi considerado o número de adultos que responderam “sim” à pergunta “Algum MÉDICO já lhe disse que o(a) sr(a) tem pressão alta, diabetes, asma ou alguma outra doença crônica?”.

O percentual de adultos em distanciamento social foi analisado considerando o número de indivíduos em distanciamento social dividido pelo número de indivíduos entrevistados. Foi considerado em distanciamento social o indivíduo que indicou possuir os seguintes comportamentos na quinzena que antecedeu a entrevista: “Evita sair de casa a menos que seja necessário”, “Evita aglomerações de pessoas ou lugares muito cheios” e “Evita contato próximo com outras pessoas (como em cumprimentos e abraços)”.

O indicador percentual de adultos com prevenção ideal da COVID-19, foi calculado através do número de indivíduos que referiram todas as práticas de prevenção dividido pelo número de indivíduos entrevistados. Foi considerado como indivíduo com prevenção ideal da COVID-19 todos aqueles referindo, na quinzena anterior à entrevista, ter estado em isolamento social, ter mantido o distanciamento de pessoas com sintoma da doença, ter realizado higiene regular das mãos e de objetos de uso frequente (assim como as práticas complementares de higiene), ter evitado tocar olhos, nariz e boca após contato com superfícies e pessoas, ter adotado práticas recomendadas de etiqueta respiratória e ter utilizado máscara quando fora de casa.

Para estimar o percentual de adultos com sentimento de depressão foi considerado o número de indivíduos referindo se sentir “pra baixo” ou deprimido, sem perspectiva pelo número de indivíduos entrevistados. Essa situação foi identificada a partir de resposta “Alguns dias”, “Mais da metade dos dias” e “Quase todos os dias” ao questionamento: “Durante as últimas duas semanas, com que frequência o(a) sr(a) se sentiu sentir “pra baixo” ou deprimido, sem perspectiva?”.

Foram calculadas as prevalências e os respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%) por sexo (feminino e masculino), faixa etária (18 - 34, 35 - 49, 50 anos e mais), escolaridade segundo anos de estudo (de 0 a 11 e 12 e mais) e região geográfica (Sul, Sudeste, Centro-Oeste, Norte e Nordeste). Os dados foram analisados com uso do aplicativo EpiInfo versão 7.2.4.0.

O consentimento livre e esclarecido verbal foi utilizado no momento do contato telefônico com os entrevistados. O projeto Vigitel foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para Seres Humanos do Ministério da Saúde (CAAE: 65610017.1.0000.0008). Ressalta-se que, para a análise dos dados usados neste trabalho não há a identificação dos indivíduos entrevistados (são removidas identificações, nomes de entrevistados e números de telefone).

4 RESULTADOS

A população total estudada no segundo ciclo do Vigitel COVID-19, no período de 25 de abril a 05 de maio de 2020, foi de 2.007 adultos (≥ 18 anos), sendo 1.020 mulheres e 987 homens, 65,8% com idade entre 18 e 49 anos e mais da metade (51,5%) com menos de 11 anos de escolaridade. Quanto à localidade, a região Sudeste apresentou o maior percentual (43,2%) e a Centro Oeste o menor (7,7%) (tabela 1).

Tabela 1. Percentual* da população adulta do Brasil, por sexo, segundo idade, anos de escolaridade e região geográfica. Vigitel COVID-19, 2020.

Variáveis	Total (n= 2.007)		Masculino (n= 987)		Feminino (n= 1.020)	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Idade (anos)						
18 a 34	499	36,6 (33,7-30,6)	236	38,1 (33,7-42,7)	263	35,2 (31,4-39,1)
35 a 49	903	29,2 (27,0-31,6)	430	29,5 (26,2-33,1)	473	29,0 (26,0-32,2)
≥ 50 anos	605	34,2 (31,4-37,0)	321	32,4 (28,6-36,4)	284	35,8 (31,9-40,0)
Anos de escolaridade						
0 a 11	987	51,5 (48,6-54,4)	522	54,2 (49,9-58,5)	455	49 (45,0-53,0)
12 e mais	989	48,5 (45,6-51,4)	465	45,8 (41,5-50,1)	534	51 (47,0-55,0)
Região geográfica						
Sudeste	401	43,2 (40,0-46,3)	175	43,0 (38,5-47,6)	226	43,3 (39,1-47,5)
Sul	400	14,7 (12,9-16,5)	184	14,7 (12,2-17,3)	216	14,6 (12,1-17,1)
Centro Oeste	400	7,7 (6,7-8,6)	208	7,8 (6,5-9,2)	192	7,6 (6,3-8,8)
Nordeste	401	26,4 (23,8-29,0)	195	26,1 (22,4-29,8)	206	26,7 (23,2-30,2)
Norte	405	8,1 (7,1-9,0)	225	8,3 (7,0-9,7)	180	7,8 (6,4-9,1)

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel COVID-19 à distribuição da população adulta projetada para o período de realização do inquérito.

Fonte: Vigitel COVID-19, 2020.

Entre os adultos que referiram possuir alguma DCNT [24,0% (IC 95 % 21,5-26,5) dados não mostrados na tabela], as maiores prevalências foram identificadas para o sexo feminino (56,1%) e tenderam a aumentar com a idade (variando de 18,0% para os indivíduos com idade entre 18 e 34 anos para 57,6% naqueles com idade maior ou igual à 50 anos), mas não houve diferenças estatisticamente significativa entres os níveis de escolaridade. O percentual de indivíduos que referiu possuir DCNT segundo as regiões do país variou de 47,6% na região Sudeste a 6,7% para a região Centro Oeste, sendo que mais de 50,0% dos indivíduos com DCNT estão concentrados nas regiões Sul e Sudeste (tabela 2).

Tabela 2. Percentual* de indivíduos referindo doenças crônicas não transmissíveis e indivíduos que referiram não possuir DCNT, no conjunto da população adulta do país, segundo sexo, idade, anos de escolaridade e região geográfica. Vigitel COVID-19, 2020.

Variáveis	Com DCNT (n=494)	Sem DCNT (n=1.513)
	% (IC 95%)	% (IC 95%)
Sexo		
Masculino	43,9 (37,8-49,9)	49,5 (46,1-52,9)
Feminino	56,1 (50,1-62,2)	50,5 (47,1-53,9)
Idade (anos)		
18 a 34	18,0 (12,8-23,1)	42,5 (39,1-45,8)
35 a 49	24,4 (20,2-28,6)	30,8 (28,1-33,5)
50 anos ou mais	57,6 (51,7-63,5)	26,8 (23,8-29,7)
Anos de escolaridade		
0 a 11	55,1 (49,2-61,0)	50,4 (47,0-53,7)
12 e mais	44,9 (39,0-50,8)	49,6 (46,3-53,0)
Região geográfica		
Sudeste	47,6 (41,4-53,8)	41,8 (38,2-45,4)
Sul	15,1 (11,6-18,6)	14,5 (12,5-16,6)
Centro Oeste	6,7 (5,2-8,3)	8,0 (6,9-9,1)
Nordeste	23,5 (18,7-28,4)	27,3 (24,3-30,3)
Norte	7,1 (5,4-8,7)	8,4 (7,2-9,5)

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel COVID-19 à distribuição da população adulta projetada para o período de realização do inquérito.

Fonte: Vigitel, COVID-19

Cerca de um quarto da população adulta referiu possuir alguma DCNT e realizou distanciamento social, sendo a frequência maior entre as mulheres (58,8%) do que entre os homens (41,2%), tendendo a aumentar com a idade (variando de 16,5% para os indivíduos com idade entre 18 e 34 anos para 59% naqueles com idade maior ou igual a 50 anos), e sendo maior naqueles com menor escolaridade. Quanto à região do país, a Sudeste apresentou a maior prevalência (46,9%) (tabela 3).

Quanto ao distanciamento de pessoas com sintomas da COVID-19 naqueles que referiram possuir alguma DCNT, a maior frequência foi encontrada nas mulheres (56,5%), pessoas com mais de 50 anos (57,9%), e moradores da região Sudeste (48,8%). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à escolaridade (tabela 3).

Tabela 3. Prevalência de indivíduos* que referiram realizar distanciamento social** e distanciamento de pessoas com sintomas de COVID-19, segundo o diagnóstico autorreferido de DCNT, no conjunto da população adulta do país, por sexo, idade, anos de escolaridade e região geográfica. Vigitel COVID-19, 2020.

Variáveis	Distanciamento social		Distanciamento de pessoas com sintomas de COVID-19	
	Com DCNT	Sem DCNT	Com DCNT	Sem DCNT
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)
Sexo				
Masculino	41,2 (34,8-47,6)	49,4 (46,0-52,9)	43,5 (37,4-49,7)	48,3 (44,7-51,8)
Feminino	58,8 (52,4-65,2)	50,6 (47,1-54,0)	56,5 (50,4-62,6)	51,7 (48,2-55,3)
Idade (anos)				
18 a 34	16,5 (11,2-21,8)	41,6 (38,2-45,0)	17,7 (12,4-23,0)	42,1 (38,6-45,6)
35 a 49	24,6 (20,1-29,1)	31,4 (28,5-34,2)	24,4 (20,1-28,7)	31,1 (28,2-34,0)
50 anos ou mais	59,0 (52,8-65,1)	27,0 (24,0-30,0)	57,9 (51,9 - 63,9)	26,8 (23,7-29,9)
Anos de escolaridade				
0 a 11	57,2 (50,9-63,5)	45,8 (41,6-50,1)	55,2 (49,1- 61,3)	48,9 (45,4-52,4)
12 e mais	42,8 (36,5-49,1)	54,2 (50,0-58,4)	44,8 (38,7-50,9)	51,1 (47,6-54,6)
Região geográfica				
Sudeste	46,9 (40,2-53,6)	41,7 (38,0-45,4)	48,8 (42,4-55,1)	41,3 (37,5-45,1)
Sul	16,2 (12,3-20,0)	14,8 (12,8-16,9)	14,5 (11,0-18,0)	15,0 (12,9-17,2)
Centro Oeste	6,8 (5,1-8,5)	8,0 (6,9-9,1)	6,7 (5,1-8,3)	7,9 (6,7-9,0)
Nordeste	23,2 (18,1-28,4)	27,3 (24,3-30,4)	23,3 (18,4-28,3)	28,0 (24,8-31,2)
Norte	6,9 (5,2-8,7)	8,1 (7,0-9,3)	6,7 (5,1-8,4)	7,8 (6,6-8,9)

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel COVID-19 à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de realização do inquérito.

**Inclui a realização simultânea de três comportamentos relacionados ao distanciamento social (“Evita sair de casa a menos que seja necessário”, “Evita aglomerações de pessoas ou lugares muito cheios” e “Evita contato próximo com outras pessoas (como em cumprimentos e abraços)”.

No que se refere à prática de prevenção ideal, nos indivíduos que referiram possuir alguma DCNT, a frequência foi maior entre as mulheres (65%), indivíduos com mais de 50 anos de idade e moradores da região Sudeste. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à escolaridade. No entanto, nos indivíduos que não possuem DCNT a prevenção ideal foi maior nos menos escolarizados (tabela 4).

Tabela 4. Prevalência de indivíduos* que referiram realizar prevenção ideal** segundo o diagnóstico autorreferido de DCNT, no conjunto da população adulta do país, por sexo, idade, anos de escolaridade e região geográfica. Vigitel COVID-, 2020.

Variáveis	Prevenção ideal da COVID-19 19	
	Com DCNT % (IC95%)	Sem DCNT % (IC95%)
Sexo		
Masculino	35,0 (25,6-44,3)	46,1 (40,9-51,4)
Feminino	65,0 (55,7-74,4)	53,9 (48,6-59,1)
Idade (anos)		
18 a 34	13,4 (6,7-20,0)	38,5 (33,2-43,8)
35 a 49	24,5 (17,8-31,2)	31,4 (27,1-35,6)
50 anos ou mais	62,2 (53,2-71,1)	30,2 (25,4-35,0)
Anos de escolaridade		
0 a 11	56,0 (46,4-65,6)	55,3 (50,0-60,5)
12 e mais	44,0 (34,4-53,6)	44,8 (39,6-50,0)
Região geográfica		
Sudeste	44,4 (34,3-54,5)	38,1 (32,6-43,6)
Sul	18,2 (12,2-24,3)	16,0 (12,6-19,4)
Centro Oeste	8,3 (5,2-11,4)	8,7 (6,8-10,5)
Nordeste	22,4 (14,6-30,3)	28,9 (24,0-33,8)
Norte	6,7 (4,0-9,4)	8,3 (6,5-10,1)

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel COVID-19 à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de realização do inquérito.

**Inclui a realização simultânea de isolamento social, distanciamento de pessoas com sintoma da doença, higiene regular das mãos e de objetos de uso frequente (assim como as práticas complementares de higiene), evitar tocar olhos, nariz e boca após contato com superfícies e pessoas, adotar práticas recomendadas de etiqueta respiratória e utilizar máscara facial quando fora de casa.

Aproximadamente um terço da população adulta [31,7% IC 95% (26,8-36,6) dados não mostrados na tabela], que referiu possuir alguma DCNT também referiu se sentir deprimido no início da pandemia. A prevalência foi maior no sexo feminino (68,3%) em relação ao masculino (31,7%), foi três vezes mais prevalente nos indivíduos com 50 anos ou mais (58,5%) quando comparado com a faixa de idade de 18 a 34 anos e nos menos escolarizados (62,3%). Entre as regiões, a Sudeste apresentou maior prevalência (49,2%) seguida da Nordeste (26,8%), e a com menor prevalência a região Centro Oeste (tabela 5).

Tabela 5. Prevalência de indivíduos* se sentindo deprimidos no conjunto da população adulta do país, por sexo, idade, anos de escolaridade e região geográfica. Vigitel COVID-19, 2020.

Variáveis	Estado de humor deprimido	
	Com DCNT % (IC95%)	Sem DCNT % (IC95%)
Sexo		
Masculino	31,7 (23,0-40,4)	39,1 (32,7-45,5)
Feminino	68,3 (59,6-77,0)	60,9 (54,5-67,3)
Idade (anos)		
18 a 34	18,8 (10,6-27,0)	48,3 (42,0-54,6)
35 a 49	22,7 (16,3-29,1)	31,8 (26,6-36,9)
50 anos ou mais	58,5 (49,3-67,7)	19,9 (14,9-24,9)
Anos de escolaridade		
0 a 11	62,3 (53,1-71,6)	49,3 (43,1-55,6)
12 e mais	37,7 (28,4-46,9)	50,7 (44,4-56,9)
Região geográfica		
Sudeste	49,2 (39,6-58,8)	43,3 (35,6-50,0)
Sul	11,9 (7,7-16,2)	12,2 (9,0-15,4)
Centro Oeste	5,6 (3,6-7,6)	8,9 (6,9-11,0)
Nordeste	26,8 (18,9-34,6)	26,8 (21,5-32,2)
Norte	6,6 (4,0-9,1)	8,7 (6,5-11,0)

*Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra Vigitel COVID-19 à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de realização do inquérito.

5 DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Os resultados desta análise destacam que, durante o início da pandemia de COVID-19, 24% da população adulta do país referiu possuir alguma DCNT. O distanciamento social foi seguido por um quarto dos adultos brasileiros com doenças crônicas não transmissíveis e a prevalência de depressão alcançou mais de 30% destes indivíduos. Entre os indivíduos que referiram DCNT, a região Sudeste foi a que apresentou a maior prevalência, assim como também maior proporção de indivíduos em distanciamento social e ainda referindo humor deprimido.

No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte¹⁵, e dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2019 mostram que mais de 50% da população adulta relata pelo menos uma doença crônica.¹⁶

A OMS aconselha aqueles que apresentam risco aumentado de doença grave pela infecção pelo Sars-Cov-2 (COVID-19) a serem particularmente rigorosos ao seguir medidas de distanciamento social. Este grupo de risco aumentado inclui indivíduos com: 60 anos ou mais (independentemente das condições médicas) e menos de 60 anos com alguma comorbidade (doenças crônicas não transmissíveis, doença renal crônica, condições neurológicas crônicas, sistema imunológico enfraquecido, obesidade e gravidez).¹⁷⁻¹⁸ Proteger os grupos de maior risco, abstendo-se ampla e temporariamente de manter contato social é indispensável.¹⁷

Distanciamento social é definido como atitudes que a pessoa pode realizar para reduzir a interação social entre as pessoas, para reduzir a transmissão do Sars-CoV-2. Entre essas, pode-se citar: evitar contato com alguém que esteja apresentando sintomas da COVID-19 (febre e / ou tosse), evitar o uso não essencial de transporte público quando possível, trabalhar em casa, sempre que possível, evitar reuniões em espaços públicos, evitar encontros com amigos e familiares, manter contato usando tecnologia remota, como telefone, internet e mídia social, usar o telefone ou os serviços online para entrar em contato com o seu médico de família ou outros serviços essenciais.¹⁷⁻¹⁸

Ainda, corroborando aos achados desta análise, o estudo de Rezende *et al*¹⁹ estimou que um terço (53 milhões) dos adultos brasileiros apresentam pelo menos um fator de risco para COVID-19 grave. A proporção e o número total de adultos em risco de COVID-19 grave é alto no Brasil, com ampla variação entre os estados e subgrupos de adultos.¹⁹

Sendo assim, o distanciamento social é útil em contextos com transmissão comunitária, nos quais as medidas de restrições impostas, exclusivamente, aos casos

conhecidos ou aos mais vulneráveis são consideradas insuficientes para impedir novas transmissões.²⁰

A OMS e as autoridades de saúde pública em todo o mundo estão agindo para conter o surto de COVID-19, no entanto, esse momento de crise está gerando estresse em toda a população.²¹

A frequência de sentimentos de estado de humor deprimido entre os indivíduos que referiram DCNT, observados nesta análise, foi de 31% sendo maior entre as mulheres, aumentando com o aumento da idade e na menor faixa de escolaridade. Um estudo realizado com questionário aplicado via *web* a adultos e idosos, também encontrou prevalências elevadas de problemas relacionados à saúde mental, verificou que, durante a pandemia, 40,4% dos entrevistados se sentiram frequentemente tristes ou deprimidos, e 52,6% frequentemente ansiosos ou nervosos.²²

Quando comparamos os comportamentos de proteção, segundo o gênero, podemos observar que as mulheres, tanto as que autorreferiram possuir alguma DCNT quanto as que não referiram, são mais aderentes a estas práticas quando comparadas aos homens. Corroborando a este achado, alguns autores referem que os hábitos de prevenção usualmente são mais associados às mulheres do que aos homens.^{23,24}

No entanto, é cabível destacar o papel das mulheres na linha de frente da resposta ao COVID-19 por ser uma característica das profissões da saúde, aumentando o risco de infecção, além disso, as mulheres também enfrentam o ônus desproporcional do trabalho não remunerado, incluindo cuidar da família, bem como sua maior vulnerabilidade à crise econômica e ajustes como consequência dessa crise.²⁵

O fato dos indivíduos que referiram ter DCNT apresentarem aumento das prevalências com o aumento da faixa de idade, chegando a triplicar a prevalência entre 18 a 34 comparada a 50 anos ou mais, é uma característica esperada, visto que as doenças crônicas são mais prevalentes em idosos.²⁶ Observa-se ainda que tanto os comportamentos de proteção como os de risco para COVID-19, também apresentaram aumento com a idade, refletindo a preocupação deste grupo de indivíduos que possui o maior risco de gravidade a COVID-19, justificando a adoção de medidas de precaução adotadas, para prevenir ou reduzir o risco dos efeitos da infecção, pelos governos e empresas.

Os indivíduos com menor escolaridade apresentaram prevalência de comportamentos de proteção e risco maior que os mais escolarizados, com destaque aos sintomas depressivos. A escolaridade, como *proxy* do nível socioeconômico, tem sido relacionada a

diferenças nas práticas saudáveis considerando que indivíduos menos escolarizados estão mais expostos.²⁷ No entanto, os dados desta análise mostraram-se contrário, visto que em todas as variáveis relacionadas a comportamento de proteção as prevalências foram maiores nos indivíduos menos escolarizados, quando comparados ao mais escolarizados. Ainda, para os sintomas depressivos, considerados fator de risco, os menos escolarizados apresentaram prevalência duas vezes maior no início da pandemia. Porém, é necessário considerar que a população idosa, com maior prevalência de DCNT, encontra-se na menor faixa de escolaridade.

No que tange as regiões do país, a Sudeste foi a região que apresentou maior prevalência de todas as variáveis e a Centro Oeste a menor.

A presente análise mostra que apesar dos indivíduos com DCNT apresentarem maior risco de agravamento da infecção por COVID-19, uma parcela destes indivíduos não pratica o distanciamento social e a prevenção ideal.

Algumas limitações devem ser consideradas para a análise dos resultados do presente estudo. A amostra do Vigitel COVID-19 se restringe a indivíduos que possuem telefone celular, podendo suscitar questionamentos acerca da validade desse tipo de coleta, no entanto, considerando que a cobertura de telefonia móvel excede 85% dos adultos em todas as regiões do Brasil e que as estimativas calculadas são ponderadas objetivando corrigir as diferenças dessas estimativas das populações com e sem telefone, considera-se que o modo de coleta não exerceu influência decisiva sobre os resultados. Outras limitações referem-se ao número de entrevistas realizadas (impossibilidade de maiores estratificações da análise) e ao período de coleta restrito a dez dias. Deve-se ter em mente ainda, que frente à situação vivenciada no período de coleta, inquéritos domiciliares não se apresentavam como uma opção válida. Embora esse seja adequado para um diagnóstico inicial das questões de interesse do inquérito, sua não continuidade impediu que se conhecesse a fundo a evolução das condições analisadas com o prolongamento da pandemia no país.

Sendo assim, é imperativo que os governos (federal, estadual ou municipal) reforcem as ações de comunicação sobre a necessidade do distanciamento, principalmente para os grupos de maior risco, assim como garantam que os serviços de atenção as doenças crônicas estejam fortemente previstos no planejamento estratégico, a fim de garantir assistência a população que eventualmente precisar, tanto no período pandêmico como pós pandemia.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Congresso. Senado. Decreto Legislativo nº 395, de 09 de julho de 2009. Aprova o texto revisado do Regulamento Sanitário Internacional, acordado na 58ª Assembléia Geral da Organização Mundial de Saúde, em 23 de maio de 2005. Brasília: DF, 10 jul. 2009. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decleg/2009/decretolegislativo-395-9-julho-2009-589324-norma-pl.html>. Acesso em: 01 set. 2020.
2. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa COVID-19 - Escritório da OPAS e da OMS no Brasil. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em: 01 set. 2020.
3. BRASIL. Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020. Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Brasília, DF, 20 mar. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/dl/decreto-legislativo-2020-coronavirus.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. COVID 19 no Brasil. 2020. Disponível em: https://susanalitico.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html. Acesso em: 01 set. 2020.
5. ORGANIZATION WORLD HEALTH (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. 2020. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-on-smokingand-covid-19>. Acesso em: 24 ago. 2020.
6. ORGANIZATION WORLD HEALTH (WHO). Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions: scientific brief, 09 July 2020. World Health Organization. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333114>. Acesso em: 24 ago. 2020.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico 35: Doença pelo Coronavírus COVID-19. Brasília, 14 outubro 2020. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/15/Boletim-epidemiologico-COVID-35.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2020.
8. ORGANIZATION WORLD HEALTH (WHO). Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Geneva: World

- Health Organization, 2013. 103 p. Disponível em:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1. Acesso em: 24 ago. 2020.
9. SILVA, G. A, Malta, D. C, Moura L, Rosa R. S. Vigilância das doenças crônicas não transmissíveis: prioridade da Saúde Pública no século XXI. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS, UERJ; 2017.
 10. GOUVÊA, Ellen de Cassia Dutra Pozzetti et al. Mortalidade Prematura por Doenças Crônicas Não Transmissíveis. Boletim Epidemiológico: SVS 16 anos, Brasília, p. 99-101, set. 2019. Disponível em:
<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/25/boletim-especial-21ago19-web.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2020.
 11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial 11 – COE-COVID19 – 17 de abril de 2020. Primeiros resultados do Vigitel covid-19. Brasília, 2020. p. 12-16. Disponível em:
<https://www.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/18/2020-04-17---BE11---Boletim-do-COE-21h.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2020.
 12. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Coronavirus (COVID-19). Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://who.sprinklr.com/>. Acessado em: 26 ago.2020.
 13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Vigitel Brasil 2019: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2019 [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2020.
 14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial 18 – 18 de junho de 2020. Brasília, 2020. p. 32-36. Disponível em: <http://saude.gov.br/images/pdf/2020/June/18/Boletim-epidemiologico-COVID-2.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2020.
 15. MALTA, Deborah Carvalho et al. Probabilidade de morte prematura por doenças crônicas não transmissíveis, Brasil e regiões, projeções para 2025. Rev. bras. epidemiol. [online]. 2019, vol.22, e190030. Epub Apr 01, 2019. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>.
 16. IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento, Pesquisa Nacional de Saúde 2019.
 17. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). COVID-19 and NCDs, 2020. Geneva: WHO, 2020. Disponível em:
<https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-ncds>.

18. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Public Health England, 2020. Guidance on shielding and protecting people defined on medical grounds as extremely vulnerable from COVID-19. Geneva: WHO, 2020. Available at: <https://rb.gy/lh5p9s>.
19. REZENDE Leandro F. M., THOME Beatriz, SCHVEITZER Mariana Cabral, SOUZA-JÚNIOR Paulo Roberto Borges de, SZWARCOWALD Célia Landmann. Adults at high-risk of severe coronavirus disease-2019 (Covid-19) in Brazil. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 28]; 54: 50. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102020000100239&lng=en. Epub May 20, 2020. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002596>.
20. WILDER-Smith A, FREEDMAN DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med* 2020; 27:2. Disponível em: <https://academic.oup.com/jtm/article/27/2/taaa020/5735321>. Acesso em: 28 set 2020.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_16. Acessado em: 28 set 2020.
22. BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Relato de tristeza/depressão, nervosismo/ansiedade e problemas de sono na população adulta brasileira durante a pandemia de COVID-19. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2020, vol.29, n.4, e2020427. Epub Aug 24, 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.1590/s1679-49742020000400018>.
23. GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do; ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, Mar. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Nov. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
24. ALVES, Railda Fernandes et al. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. *Psicol. teor. prat.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 nov. 2020.
25. Clare Wenham, Julia Smith, Rosemary Morgan, COVID-19: the gendered impacts of the outbreak, *The Lancet*, Volume 395, Issue 10227, 2020, Pages 846-848, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2). Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673620305262>. Acesso em: 12 nov. 2020.

26. Dos Santos, E., Máximo, R., De Andrade, F., De Oliveira, C., Lima-Costa, M., & Alexandre, T. (2020). Differences in the prevalence of prediabetes, undiagnosed diabetes and diagnosed diabetes and associated factors in cohorts of Brazilian and English older adults. *Public Health Nutrition*, 1-8. doi:10.1017/S1368980020003201. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/differences-in-the-prevalence-of-prediabetes-undiagnosed-diabetes-and-diagnosed-diabetes-and-associated-factors-in-cohorts-of-brazilian-and-english-older-adults/964CD32E314D84BF91A6BBFF4B3B2BEC>.
27. FLOR, Luisa Sorio e CAMPOS, Monica Rodrigues. Prevalência de diabetes mellitus e fatores associados na população adulta brasileira: evidências de um inquérito de base populacional. *Rev. bras. epidemiol.* [online]. 2017, vol.20, n.1, pp.16-29. ISSN 1980-5497. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700010002>.