
Avaliação rápida do impacto socioeconómico da crise de COVID-19 na comunidade

Lacunas e respostas em Guiné-Bissau



Elaborado por el Projeto Saúde
Bandim, Guiné-Bissau

Em parceria e com el apoio financeiro
do Programa das Nações Unidas para
o desenvolvimento em Guiné-Bissau

Agosto 2020



Título do projecto	Avaliação rápida do impacto socioeconómico da crise de COVID-19 na comunidade: lacunas e respostas
Desenho	Transversal, inquérito nos domicílios
Local do Estudo	Regiões de Bafata, Biombo, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara, SAB e Tombali, Guiné-Bissau
Investigadores Principais	<p>CESÁRIO MARTINS Médico, PhD c.martins@bandim.org (245) 96660411 9/ 955900303 Projecto Saúde Bandim, Guiné-Bissau</p> <p>AMABÉLIA RODRIGUES Epidemiologista, PhD a.rodrigues@bandim.org (245) 966078659 / 956098322</p>
Análise e gestão de dados	Projecto Saúde Bandim, Guiné-Bissau
Financiamento	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), Guiné-Bissau
Duração e Período	Maió a Julho, 2020

Índice

1	Introdução	7	4.3	Conhecimentos, atitudes e práticas	25
2	Objetivo	8	4.3.1	Informação e comunicação	25
3	Método	8	4.3.2	Conhecimento das causas e sintomas da COVID-19	27
4	Resultados	9	4.3.3	Atitudes relacionadas à procura de cuidados e tratamento	28
4.1	Caraterística dos participantes	9	4.3.4	Práticas de prevenção	29
4.2	Dados sobre saúde e segurança doméstica	11	4.3.5	Práticas relacionadas à procura de cuidados e tratamento	31
4.2.1	Presença de grupos vulneráveis	11	5	Conclusões e recomendações	32
4.2.2	Acesso a cuidados de saúde	11			
4.2.3	Emprego e renda familiar	13			
4.2.4	Acesso a alimentos e serviços básicos	21			

Acrónimos

CNES	Comité Nacional de Ética em Pesquisa em Saúde
COVID-19	Doença provocada pelo SARS-CoV-2
INASA	Instituto Nacional de Saúde Pública
MINSAP	Ministério de Saúde Pública
PSB	Projecto de Saúde de Bandim
SARS-CoV-2	Coronavírus descoberto em 2019 que provoca síndrome respiratória aguda severa
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

Resumo

A Guiné-Bissau declarou os primeiros casos de COVID-19 em finais de Março de 2020. O Estado de Emergência foi declarado ainda em meados do mesmo mês com as consequentes medidas de restrição da circulação nas fronteiras e internamente, bem como a limitação de todas as atividades ao essencial.

O atual estudo pretendia avaliar o impacto socioeconómico da crise da COVID-19 na comunidade, identificando as lacunas e respostas. Este inquérito transversal foi realizado em 34 conglomerados através de entrevistas aos chefes de 340 agregados familiares nas regiões de Bafatá, Biombo, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara, Sector Autónomo de Bissau (SAB) e Tombali na Guiné-Bissau.

Observou-se um impacto socioeconómico imediato da pandemia. Em todas as regiões verificou-se um declínio no rendimento em 72% das famílias, perda de emprego temporariamente e até mesmo permanentemente.

A ocupação de 62% dos membros da família considerados como a principal fonte de renda foi trabalhador por conta própria, tendo os pequenos negócios sido afetados. Cerca de 72% fecharam ou diminuíram o funcionamento temporariamente e 12% fecharam permanentemente. Estas foram as razões para a perda ou diminuição de rendimento das famílias (22%), para além da falta de transporte (14%). Os mercados ou

lojas de alimentos ou de produtos de primeira necessidade também foram afetados, tendo em cerca de um terço aumentado os preços, diminuído a quantidade de oferta (15%) ou pararam de funcionar (8,6%).

Desde o início da pandemia, 67% dos agregados familiares declaram não ter recebido nenhum apoio de alguma, tendo sido apenas 11% a receber apoio proveniente do Governo, 5,9% de ONGs e Agências das Nações Unidas e 4,4% de organizações comunitárias. Para sobreviver à crise, um quarto dos agregados familiares recebeu remessas de familiares, outros da doação de vizinhos (7,0%) ou ainda contraíram empréstimo (6,5%). Cerca de 61% teve necessidade de mudar os hábitos alimentares devido à falta de acesso aos alimentos, ao alto preço ou à falta de meios financeiros em geral. Por isso, alguns optaram por consumir alimentos mais baratos, reduzir a quantidade ou a frequência das refeições, a venda de sementes para a próxima campanha agrícola, o que augura um impacto a longo termo e perspectiva de fome.

Cerca de 37% dos residentes não conseguiram ter acesso a cuidados de saúde ou a medicamentos, 7,1% das mulheres grávidas a não conseguiram realizar uma consulta regular e 5,8% das crianças não conseguiram cumprir com o calendário vacinal. As razões incluem a falta de meios financeiros, de transporte e receio de contaminar-se na estrutura sanitária.

A consciência dos riscos e certos conhecimentos sobre a doença ainda são relativamente baixos, mas a grande maioria considerou que a COVID-19 deve ser tratada em estruturas sanitárias e afirmou ter tomado providências para proteger a família, tais como o lavar as mãos, uso de máscara e redução das saídas de casa.

As principais fontes de informações foram a rádio ou televisão (91%), que também foram indicadas como a fonte de preferência e de confiança, incluindo também o pessoal de saúde.

Assim, medidas de redução do impacto socioeconómico imediato e a longo termo, nas famílias devem ser tomadas, bem como para aumentar o acesso aos cuidados de saúde utilizando as tecnologias existentes.

1 Introdução

A pandemia da doença de COVID-19 provocada pelo coronavírus SARS-CoV-2 detetado em finais de 2019 e que já provocou mais de 16 milhões de casos e meio milhão de óbitos no mundo, observando-se um aumento na África.

O Centro Africano de Controlo de Doenças que reportou um total de 844 542 casos e 17 682 óbitos no continente, tendo-se registado na África do Oeste 120 508 casos e 1 845 óbitos (<https://africacdc.org/covid-19/>; consultado no dia 27 de Julho de 2020).

Na Guiné-Bissau, os dois primeiros casos importados da doença foram declarados no dia 24 de Março de 2020. De acordo com o Centro de Operações de Emergências em Saúde (COES) foram registados 1985 casos e 26 óbitos até ao dia 27 de Julho. Todas as regiões já registaram casos de COVID-19 à exceção de Quínara, Bijagós e Bolama. Mais de 90% dos casos são do Sector Autónomo de Bissau (SAB), seguido de Biombo (6%) e Cacheu (2%). Aproximadamente 66% dos casos foram registados no sexo masculino e as idades dos 25 aos 44 anos foram os mais afetados com 47% de todos os casos.

A coordenação da epidemia é assegurada tecnicamente pelo COES e os aspetos políticos e de decisão pela Comissão Interministerial para a COVID-19, esta última extinta com a criação a 5 de Junho de 2020 do Alto Comissariado para a Luta contra a COVID-19 com a principal atribuição de

reformular o plano e estratégia, coordenar as parcerias e redinamizar o combate à epidemia.

Avaliando o risco de importação de casos como alto, o país tomou medidas radicais muito cedo, nomeadamente o encerramento da fronteira aérea e limitação de circulação nas fronteiras terrestres desde 16 de Março, a declaração de Estado de Emergência no dia 24 de Março e sucessivas renovações, no âmbito das quais as atividades e circulação das pessoas foram limitadas a certas horas durante o dia. Nas últimas renovações do estado de emergência em Julho, as limitações de circulação foram sendo aliviadas.

A crise provocada pela COVID-19, incluindo as medidas radicais necessárias, estende-se não apenas ao setor sanitário, mas também à situação social e económica, por conseguinte torna-se necessário conhecer o impacto.

2 Objetivo

O objetivo geral deste estudo é de avaliar o impacto socioeconómico da crise da COVID-19 na comunidade, identificando as lacunas e respostas.

3 Método

Trata-se de um inquérito transversal por conglomerado através de entrevistas presenciais nos domicílios. Um questionário padrão desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) foi utilizado e aplicado aos participantes.

A entrevista foi realizada com um dos chefes do agregado familiar (AF), homem ou mulher, que foi o respondente principal, mas na sua ausência outro residente adulto pôde responder. Para as questões gerais, rendimento familiar e alterações verificadas após o início da epidemia outros membros com conhecimento ajudaram nas respostas.

O inquérito foi realizado em oito regiões: de Bafatá, Biombo, Cacheu, Gabu, Oio, Quinara, SAB e Tombali na Guiné-Bissau. Para o efeito, foram



Mapa da Guiné-Bissau

Regiões do estudo

selecionados aleatoriamente 34 conglomerados a partir da lista de localidades do Censo do INE de 2009, dois urbanos e dois rurais, sendo 6 no SAB (lista de conglomerados selecionados em Anexo 1). Em cada conglomerado foram incluídos 10 agregados familiares, totalizando 340.

Para selecionar os agregados familiares utilizou-se o método do PAV melhorado através de um procedimento sistemático, pois por razões de segurança e para o cumprimento do distanciamento físico, não se realizou um censo preliminar.

Os dados foram coletados diretamente em aparelhos android usando Open Data Kit (ODK) e diariamente enviados para uma cópia de ODK (ODK Aggregate) instalado numa plataforma cloud na internet. Os dados em formato csv foram analisados em Stata.

O estudo foi aprovado pelo Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde e antes da inclusão tomou-se o consentimento informado.

4 Resultados

4.1 Caraterística dos participantes

Os dados foram colhidos em meados de Junho de 2020 nas comunidades num total de 34 conglomerados, nos quais 338 chefes de agregados familiares concordaram em participar da entrevista e registou-se recusa em dois de Biombo. Dos inquiridos, 182 (54%) eram do sexo masculino, 41% pertenciam à faixa etária de 26 a 40 anos de idade e 35% à faixa etária de 41 a 60 anos.

CATEGORIA		REGIÃO								Total
		Tombali	Quinara	Oio	Biombo	Bafata	Gabu	Cacheu	SAB	
Participantes		40	40	40	39	39	40	40	60	338
Sexo	Masculino	24	19	26	16	18	21	10	22	156
	Feminino	16	21	14	23	21	19	30	38	182
Faixa etária	18 a 25 anos	2	9	3	5	12	4	5	10	50
	26 a 40 anos	19	17	11	14	12	17	21	26	137
	41 a 60 anos	13	11	20	15	13	9	13	23	117
	> 60 anos	6	3	6	5	2	6	1	1	30
Não sabe		0	0	0	0	4	0	0	0	4

Tabela 1. Descrição demográfica dos participantes.

No momento da visita, 13 (3,9%) dos 338 agregados familiares incluídos disseram ter alguém em quarentena obrigatória ou voluntária. No que respeita à ocorrência de óbitos desde o início da pandemia, 16 (4,7%) dos AF disseram ter havido óbito no seio familiar. A região de Cacheu foi a que apresentou maior proporção de AF com óbitos (10%), seguidos de Gabú (7,5%) e Quínara (7,5%)

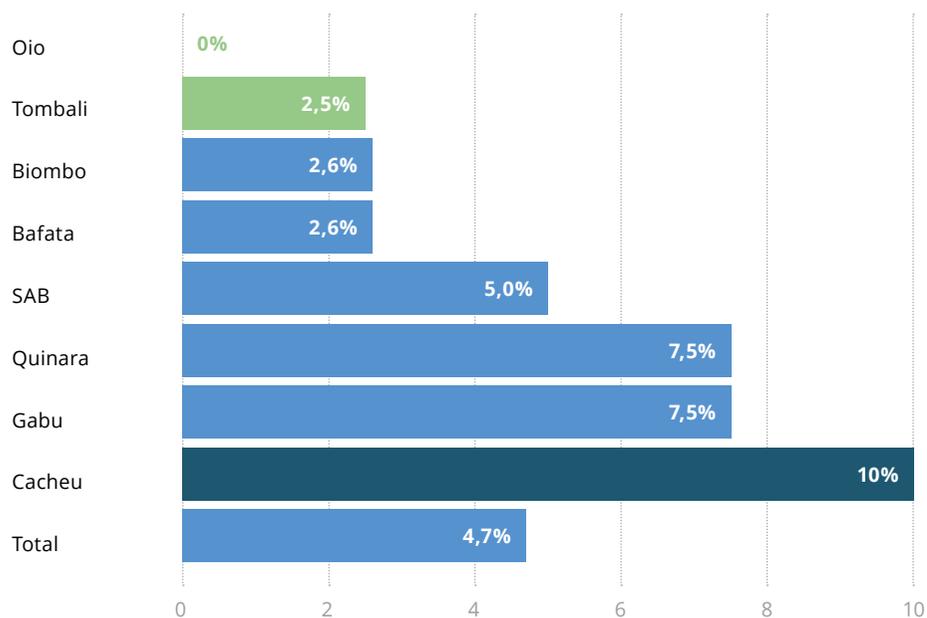


Figura 1. Proporção de agregados familiares por região que registaram óbito no decorrer da epidemia.

Em todas as regiões foi declarado apenas um óbito por agregado familiar, à exceção de SAB onde num único agregado de Bandim-1 foram registados 4 óbitos (uma mulher e três homens na idade dos 18 aos 59) e em Gabú um AF declarou dois óbitos (uma mulher e um homem na idade dos 18 aos 59).

Do total de vinte óbitos declarados, todos ocorreram em adultos, 15 (75%) ocorreram dentre adultos do sexo masculino, sendo 10 (50%) nos homens dos 18 aos 59 anos de idade e apenas 25% nas mulheres dos 18 aos 59 anos de idade.

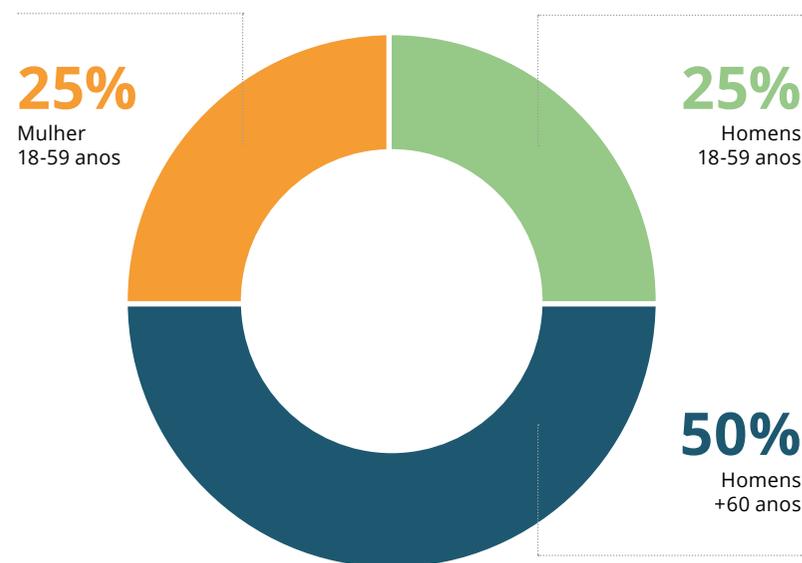


Figura 2. Descrição demográfica dos participantes.

4.2 Dados sobre saúde e segurança doméstica

4.2.1 Presença de grupos vulneráveis

Aos agregados familiares questionou-se a presença de alguns grupos vulneráveis da população, tendo sido indicado a existência de mulheres grávidas ou amamentando em 82 (24%) AFs, de pessoas com deficiência (PcD) física em 42 (12%), com deficiência mental em 6 (1,8%) e em 23 (6,8%) de pessoas com doença crônica (Figura 3).

Em 11 (3,3%) agregados familiares existiam pessoas com deficiência física e em 3 (0,9%) com deficiência mental na faixa etária de 0 a 17 anos.

4.2.2 Acesso a cuidados de saúde

Questionou-se se algum membro dos agregados familiares tiveram necessidade de cuidados de saúde nas últimas duas semanas e se tiveram acesso ou não. Dos 105 AF que necessitaram de realizar uma consulta médica regular ou ter acesso aos serviços de saúde e medicamentos, 39 (37%) não tiveram acesso a tais cuidados.

Em 41 agregados familiares houve doentes graves que precisaram de cuidados de urgência (Figura 4), dos quais 6 (15%) não tiveram acesso aos cuidados de saúde e as principais razões foram a falta de meios financeiros em três casos, falta de meios de transporte em dois e receio de contaminar-se na estrutura sanitária em dois casos.

Em 86 (25%) agregados familiares referiram que pelo menos um membro da família adoeceu uma vez nas últimas duas semanas, 15 (4,4%) adoeceram duas vezes, 3 (0,9%) três vezes e 1 (0,3%) quatro vezes.

No que respeita a cuidados preventivos, das 310 mulheres grávidas que deveriam realizar uma consulta regular, 22 (7,1%) ficaram sem conseguir realizá-las, e das 312 crianças que deveriam ser vacinadas, 18 (5,8%) não conseguiram cumprir com o calendário vacinal (Figura 4).

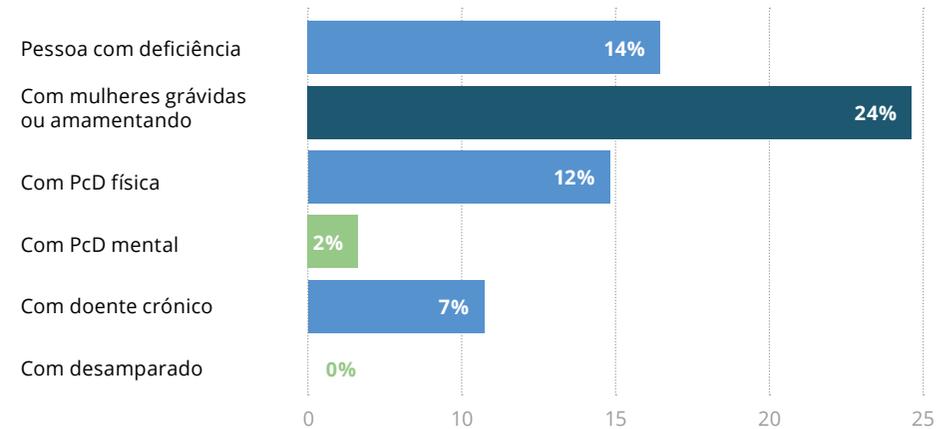


Figura 3. Proporção de agregados familiares com grupos vulneráveis.

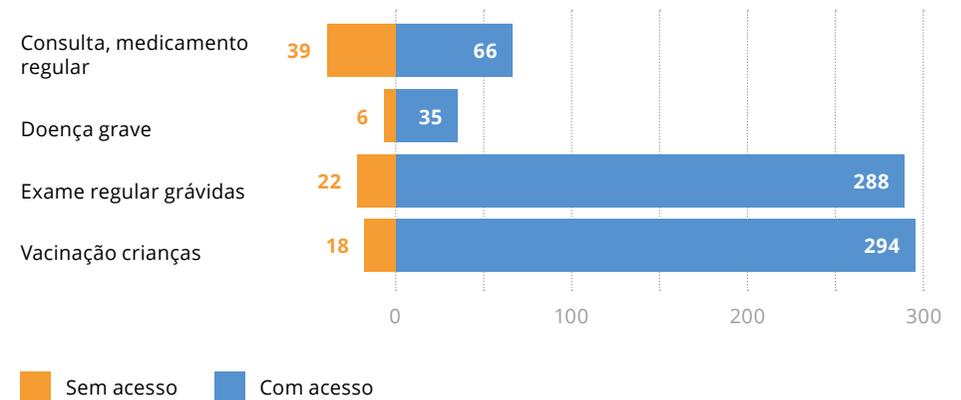


Figura 4. Proporção de agregados familiares com residentes sem acesso a cuidados de saúde nas últimas duas semanas.

A falta de acesso aos cuidados de saúde aparentou ser diferente entre as regiões e depender do tipo de necessidade de cuidados sanitários. As regiões com maior proporção de residentes sem acesso a uma consulta médica regular e a medicamentos foram Bafatá (60%) e Gabú (63%) contra 18% no SAB. No que concerne a doentes graves que precisaram de cuidados de urgência e não os conseguiram, sendo a pior situação nas regiões de Oio (33%) e Tombali (29%).

Os níveis de falta de acesso aos cuidados preventivos foram menores, destacando-se a região de Gabú com 23% de grávidas ou mulheres amamentando sem terem conseguido uma consulta e em Quinara (12%) e Oio (10%) onde maior proporção das crianças não conseguiu cumprir com o calendário vacinal.

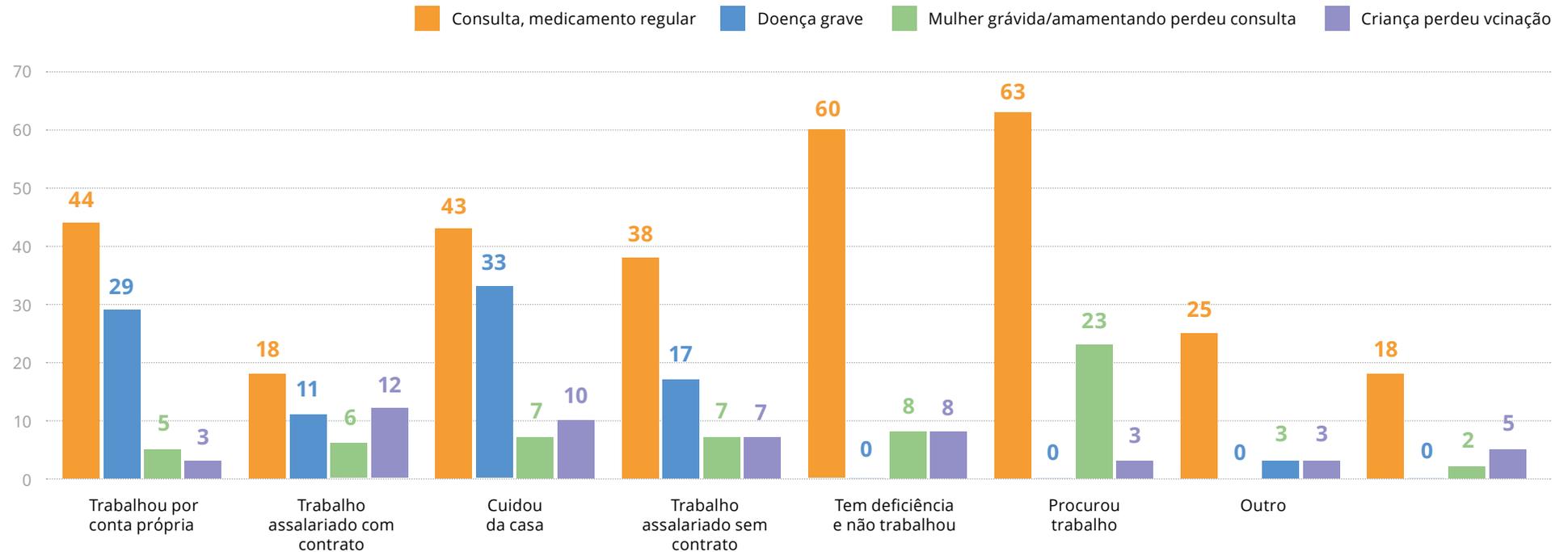


Figura 5. Proporção de agregados familiares com residentes sem acesso a cuidados de saúde nas últimas duas semanas por região.

4.2.3 Emprego e renda familiar

No que concerne ao rendimento familiar e o seu consequente declínio por causa da pandemia da COVID-19 nas últimas duas semanas, 261 (77%) disseram que o seu rendimento familiar diminuiu comparado ao período anterior à pandemia, para 21% manteve-se e cerca de 2% não soube dizer.

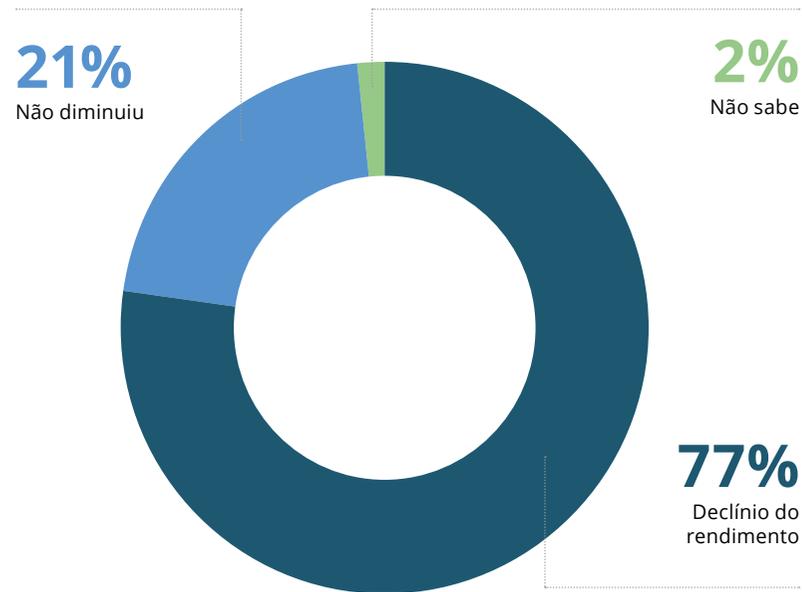


Figura 6. Comportamento do rendimento familiar geral dos agregados familiares devido à pandemia da COVID-19 nas últimas duas semanas.

A baixa do rendimento familiar foi observada em mais de metade dos agregados familiares em todas as regiões, embora mais acentuada na região de Tombali (95%), Oio (85%), SAB (80%) e Quinara (80%); a relativamente menos afetada foi Gabú com 60%

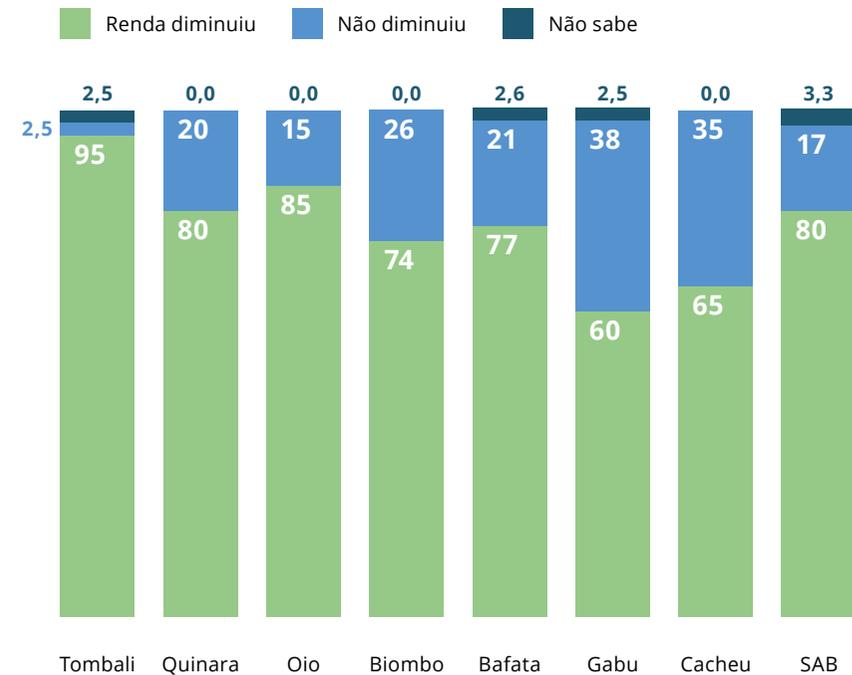


Figura 7. Comportamento do rendimento familiar dos agregados familiares nas últimas duas semanas por região.

A ocupação da principal fonte de renda do agregado nas últimas duas semanas, ou seja, a pessoa cujos rendimentos são a principal fonte de apoio à família e seus dependentes, era na sua maioria (62%) trabalhador por conta própria (comércio e pequenos negócios, lavoura, entre outros), seguido de trabalhador assalariado com contrato e cuidados com a casa.

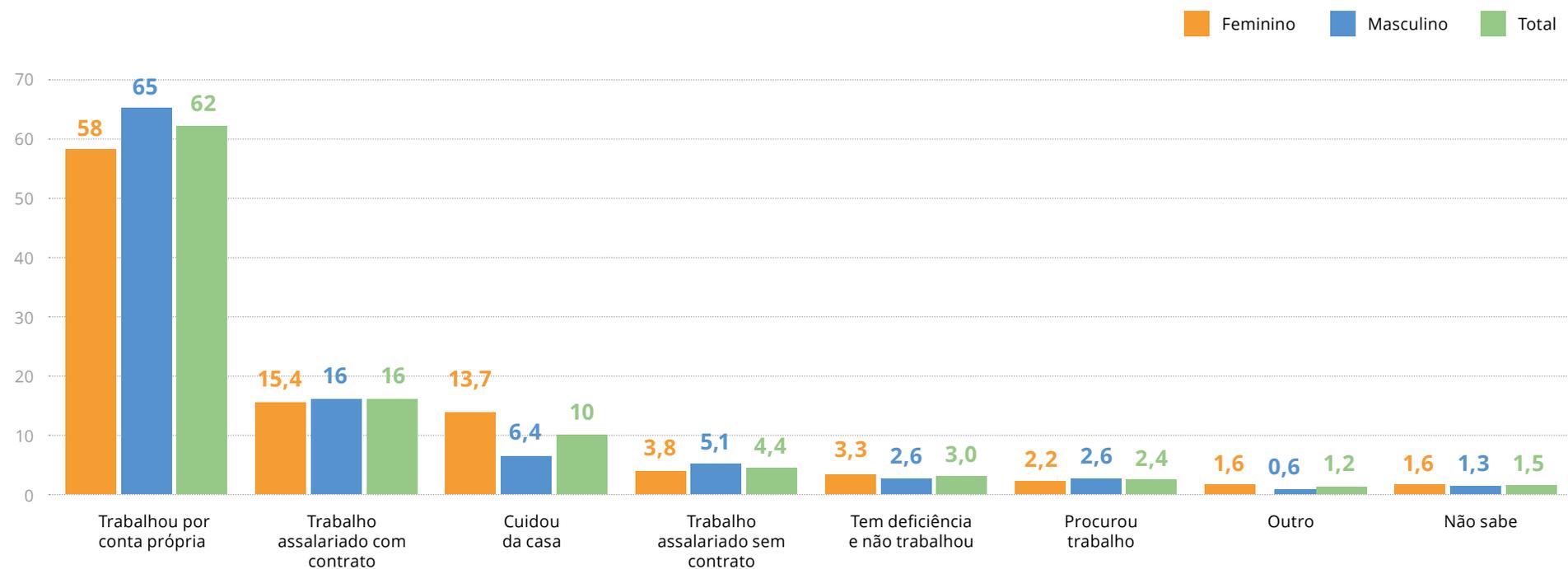


Figura 8. Ocupação do principal provedor da renda familiar.

Daqueles que observaram declínio na renda, cerca de 50% não souberam indicar o valor em dinheiro, mas sim em percentagem. O valor mediano na baixa de renda foi de 15 000 XOF (intervalo interquartil [IQR]: 6 000-30 000 XOF), ou ainda para os que indicaram a diferença em percentagem foi de 49% (IQR: 20-70%) de baixa de rendimento. Em termos de valores em dinheiro, as regiões de Biombo e SAB reportaram os mais altos, mas em proporção do valor, as maiores percentagens foram observadas em Oio, Gabú e Biombo.

Região	Valor mediano em XOF (IQR)	Em percentagem (IQR)
Tombali	15 000 (10 000-22 000)	13 (7,0-13)
Quinara	10 000 (5 000-20 000)	20 (15-80)
Oio	5 000 (3 250-17 500)	72 (65-78)
Biombo	30 000 (15 000-30 000)	50 (45-99)
Bafata	-	30 (18-48)
Gabu	15 000 (5 000-30 000)	60 (45-75)
Cacheu	21 750 (15 000-50 000)	40 (25-69)
SAB	30 000 (20 000-59 500)	28 (6-49)
Total	15 000 (6 000-30 000)	49 (20-70)

Tabela 2. Quantificação do declínio do rendimento familiar.

Não se observou diferença significativa entre os sexos, salvo para a atividade relacionada ao cuidar da casa onde se registou predominância do sexo feminino e uma ligeira predominância dos homens no trabalho por conta própria

Além do principal provedor da renda familiar, em 158 (47%) dos agregados familiares mais outra pessoa contribuía para o rendimento familiar, sendo uma mediana de mais duas pessoas, variando de uma a cinco.

Para além da principal ocupação, 49 (15%) dos agregados familiares afirmaram não ter mais nenhuma outra fonte; para 84 (25%) dos AF a outra fonte de renda é proveniente de remessas de familiares, 56 (16%) do uso de recursos naturais, 24 (7,0%) da doação de vizinhos ou da comunidade e ainda 22 (6,5%) precisaram contrair empréstimo para a sua sobrevivência. As outras fontes (3,8%) incluem venda de castanha de caju, venda de animais, pequeno comércio, renda de casa, entre outros (**Figura 9**).

Com a crise provocada pela pandemia da COVID-19, verificou-se que em 133 (39%) dos agregados familiares pelo menos um membro perdeu o emprego devido à pandemia, sendo que 29 (8,6%) perderam o emprego permanentemente e 117 (35%) o temporariamente (**Figura 10**).

A proporção de AFs com pelo menos um membro do sexo masculino com perda de emprego temporariamente foi de 24% e do sexo feminino de 18%, sendo para a perda de emprego permanentemente no seio dos membros do sexo masculino de 5,9% e do sexo feminino de 3,0% (**Figura 11**).

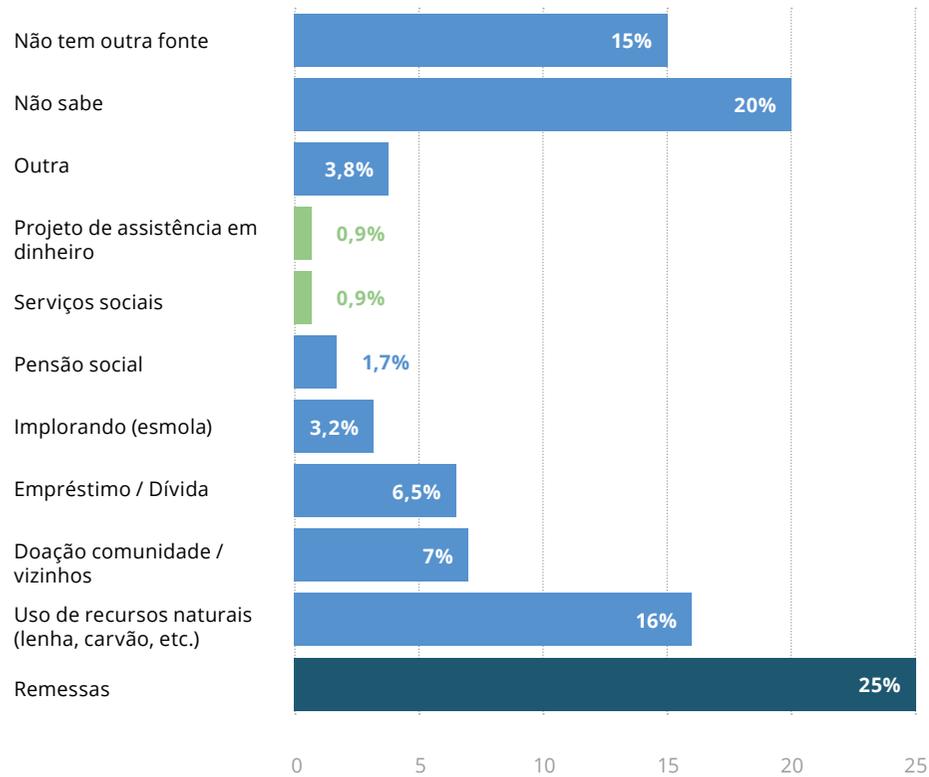


Figura 9. Distribuição dos AF cerca de outras fontes da renda familiar.



Figura 10. Proporção de agregados familiares com membro que perdeu o emprego devido à pandemia da COVID-19.

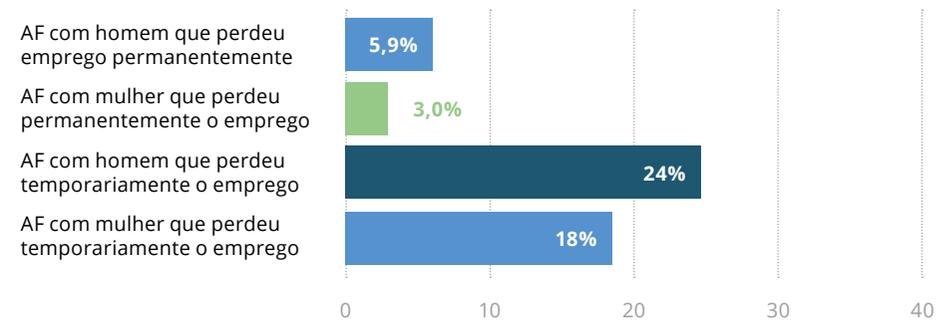


Figura 11. Proporção de agregados familiares com perda de emprego devido à pandemia conforme o sexo.

Na **Tabela 3** abaixo pode-se constatar que houve agregados familiares onde mais de dois membros perderam o emprego.

Nº de pessoas no AF	Nº de agregados familiares com a característica			
	Permanentemente		Temporariamente	
	Homem perdeu	Mulher perdeu	Homem perdeu	Mulher perdeu
0 pessoa	318	328	257	276
1 pessoa	14	9	62	52
2 pessoas	4	0	10	7
3 pessoas	0	1	7	3
4 pessoas	1	0	1	0
5 pessoas	0	0	1	0
6 pessoas	1	0	0	0

Tabela 3. Número de membros dos agregados familiares com perda de emprego devido à pandemia conforme o sexo.

Quando questionados sobre quantos membros da família receberam salários ou ganhos mais baixos como resultado da pandemia em 120 (36%) AFs pelo menos um membro do sexo masculino e em 112 (33%) pelo menos um do sexo feminino tiveram rendimento mais baixo.

Nº de pessoas no AF	Nº de agregados familiares com	
	Homem com baixa de salário	Mulher com baixa de salário
0 pessoa	176	194
1 pessoa	85	90
2 pessoas	24	15
3 pessoas	9	3
4 pessoas	1	2
5 pessoas	0	1
6 pessoas	1	1
Não sabe	36	31
Prefere não responder	6	1

Tabela 4. Número de membros dos agregados familiares com baixa de rendimento devido à pandemia conforme o sexo.

Os motivos que levaram à perda de emprego ou salário mais baixo de algum membro da família foram em primeiro lugar pelo facto do empregador ter encerrado o negócio temporariamente ou reduzido o horário de trabalho (22%), ter que ficar em casa devido a doença (18%), não conseguir deslocar-se para o trabalho devido à falta de transporte (14%) e o negócio ter sido encerrado permanentemente (10%).

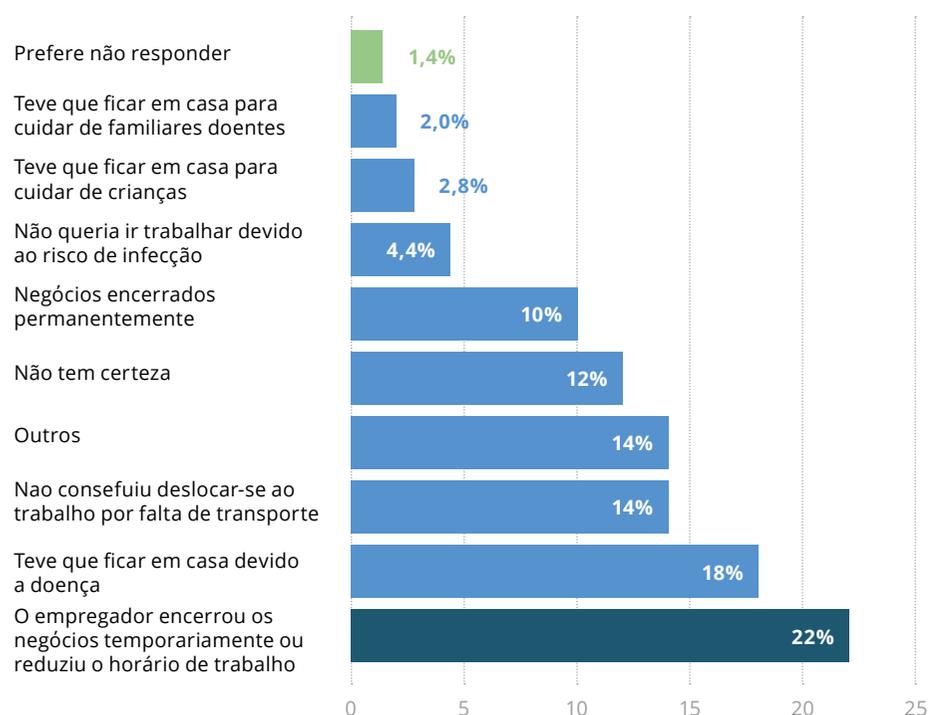


Figura 12. Número de membros dos agregados familiares com baixa de rendimento devido à pandemia conforme o sexo.

Foram 49 (15%) os AF que declararam haver alguém na casa que possua ou faça a gerência de uma empresa ou negócio que estava operacional antes do surto de COVID-19. A maioria era comércio por atacado ou a retalho (31%), seguido de agricultura e pesca (17%) e transporte e armazenamento (12%).

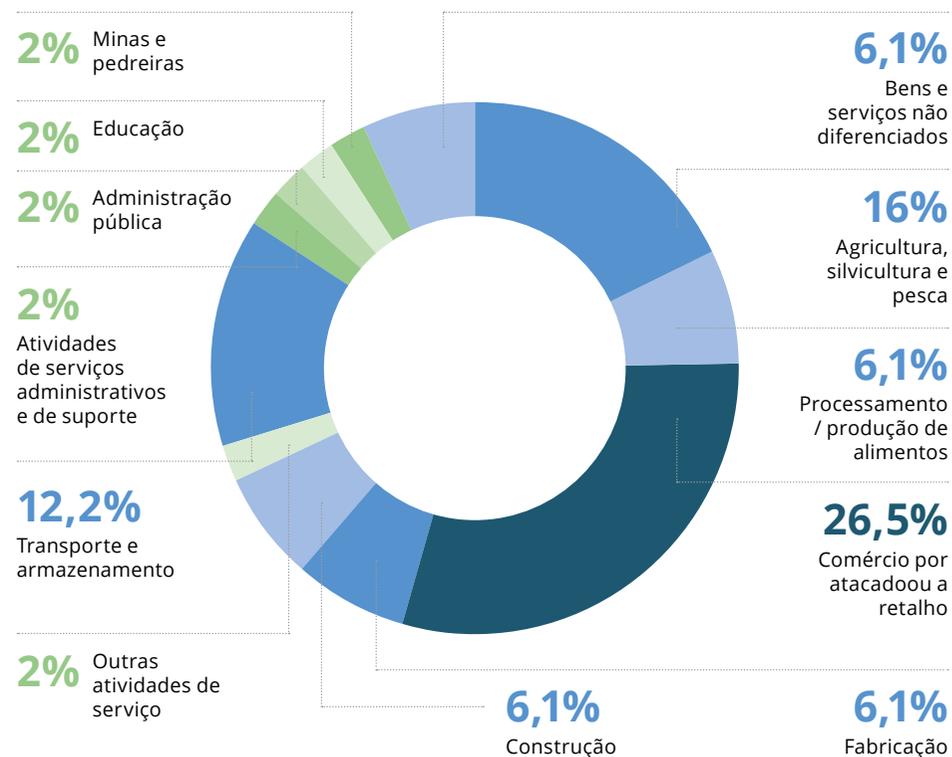


Figura 13. Número de membros dos agregados familiares com baixa de rendimento devido à pandemia conforme o sexo.

Incluindo o próprio, uma mediana de 3 empregados (IQR: 1-5), havendo 5 negócios com um número de 10 a 20 empregados.

Destes 49 membros que possuem ou gerenciam empresas ou negócios, em 42 (86%) casos a demanda pelos produtos ou os serviços da empresa/negócio diminuiu, em 1 (2,0%) aumentou, em 4 (8,2%) não houve alteração e em 2 (4,1%) não souberam dizer. A grande maioria (72%) das empresas ou negócios fecharam ou reduziram o funcionamento temporariamente, mas 12% fechou permanentemente.

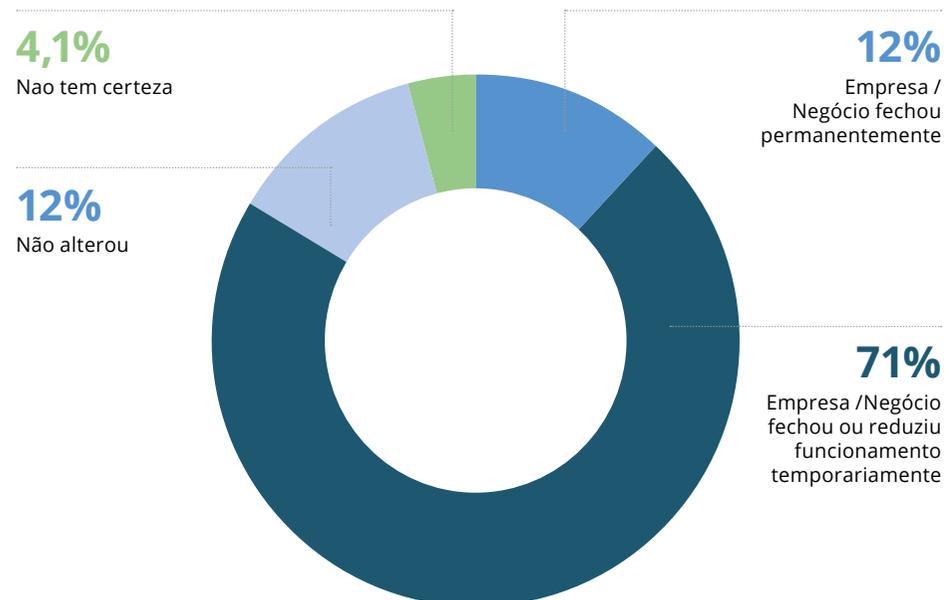


Figura 14. Distribuição do sector de negócio gerido ou possuído por membro dos agregados familiares.

Desde o início da epidemia de COVID-19, a maioria dos agregados familiares não recebeu nenhum (67%) apoio financeiro de alguma entidade; contudo, cerca de 11% dos AF recebeu apoio proveniente do Governo, 6,2% de amigos e parentes, 5,9% de ONGs e 4,4% de organizações comunitárias.

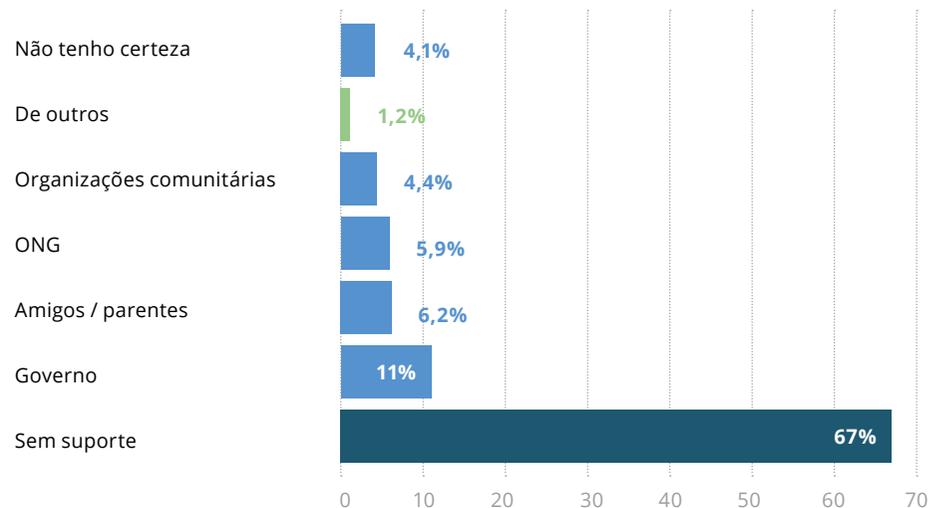


Figura 15. Apoio financeiro ou outros aos agregados familiares durante a epidemia de COVID-19.

Nas últimas duas semanas, os agregados familiares procuraram encontrar soluções para fazer para compensar uma perda de rendimento ou em preparação para uma potencial perda de rendimento. Para tal, optaram principalmente por consumir alimentos menos preferidos e mais baratos

(28%), reduzir a quantidade (19%) ou frequência (17%) das refeições, alguns ainda precisaram vender a colheita, gado ou outro pertence, nomeadamente das sementes para a próxima campanha agrícola.

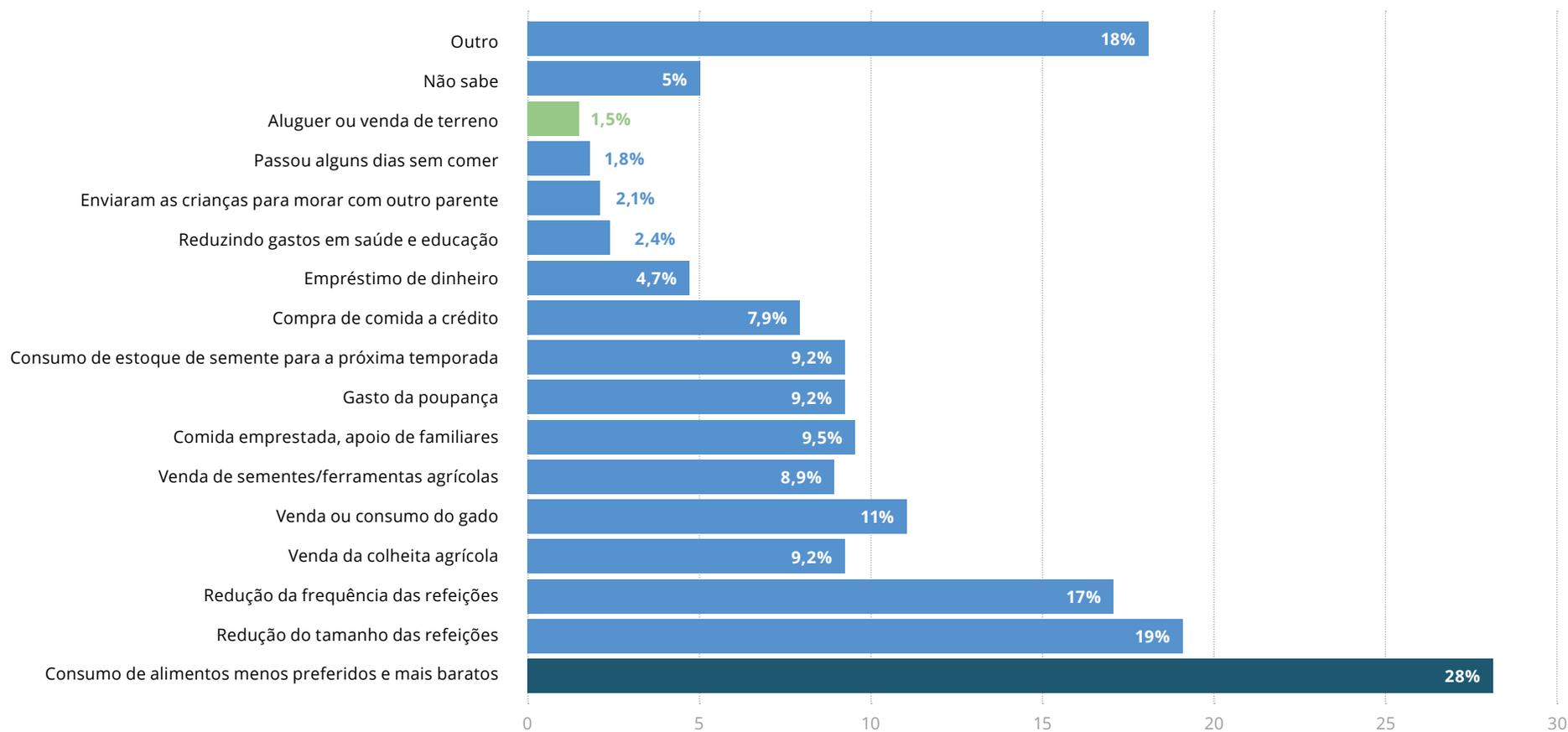


Figura 16. Distribuição de AF sobre o sector de negócio realizado por um dos membros da família.

Relativamente à dieta alimentar dos agregados familiares, 206 (61%) afirmou ter tido necessidade de mudar os hábitos alimentares durante a epidemia. As razões dessas mudanças foram a falta de acesso aos alimentos (63%), preço alto dos alimentos (47%) e a falta de meios financeiros em geral (23%)

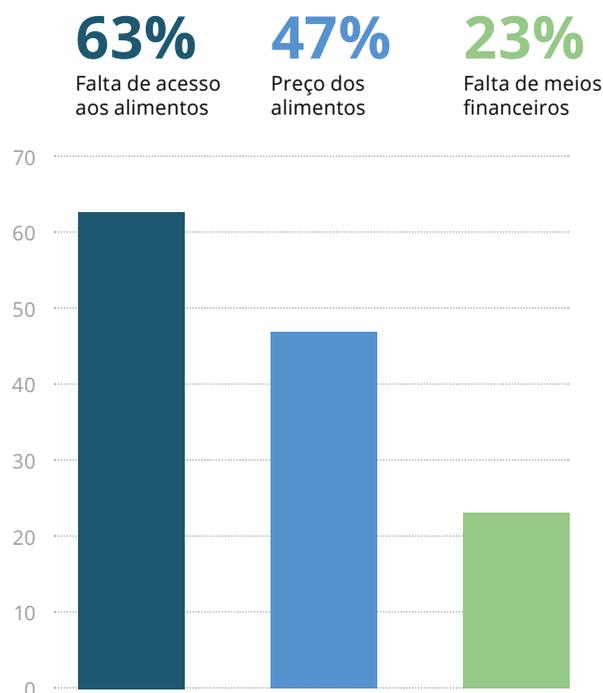


Figura 17. Apoio financeiro ou outros aos agregados familiares durante a epidemia de COVID-19.

4.2.4 Acesso a alimentos e serviços básicos

A proporção dos gastos dos agregados familiares com a alimentação antes da epidemia para metade dos participantes era de 41% ou mais (170/338) (Tabela 5). Entretanto, o percentual utilizado para alimentação antes da pandemia sofreu alteração sendo que em 41 (52%) dos 338 AF disseram ter havido uma diminuição destes gastos, 66 (20%) disseram ter permanecido igual, 41 (12%) referiram ter havido um aumento de gastos e em 54 (16%) AF não souberam dizer. Durante a epidemia, apenas 57 (26%) dos 217 cujos gastos sofreram alteração disseram ter gasto 41% ou mais dos seus rendimentos.

Parte da renda gasto em alimentos	Antes da epidemia		Durante a epidemia para os que tiveram alteração	
	Nº AF	%	Nº AF	%
0-20%	20	5,9	63	29
21-40%	67	20	73	34
41-60%	103	30	26	12
>60%	67	20	31	14
Não tenho certeza	80	24	23	11
Prefere não responder	1	0,3	1	0,4
Total	338	100	217	100

Tabela 5. Proporção da renda gasta com a alimentação antes da epidemia e durante para os que sofreram alteração.

Para 290 (86%) dos AF houve uma preocupação com uma possível falta de alimentos devido à pandemia. Destes, 39% disseram ter frequentemente saltado as refeições, 15% algumas vezes e 16% raramente, ainda assim 28% nunca saltou alguma refeição.

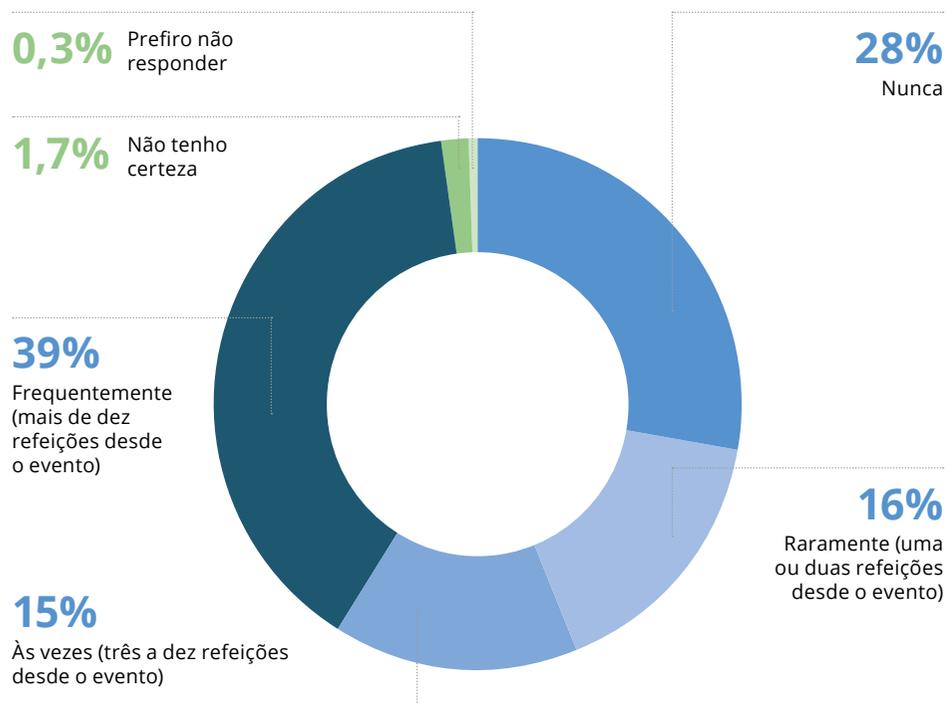


Figura 18. Distribuição de AF acerca da frequência com a qual a família pulava as refeições.

Questionados sobre as três principais fontes de alimentos para o agregado familiar antes da epidemia, foram citados por ordem de importância compras de alimentos em mercados ou lojas (85%), produção e agrícola própria (14%), caça/coleta/captura (17%) e utilização de estoques de produtos (11%). Daqueles que utilizaram produção agrícola própria, 50 dos 122 (41%) aumentaram a sua produção, enquanto 51 (42%) diminuíram-na devido a falta de materiais agrícolas e energia para os trabalhos.

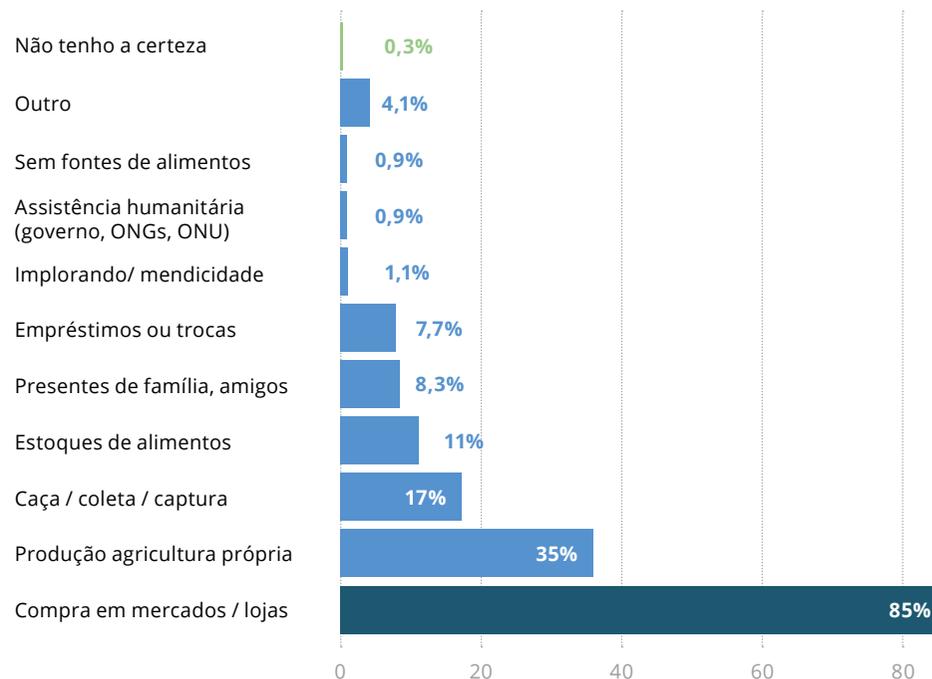


Figura 19. Principais fontes de alimentos antes pandemia.

Contudo, 158 (47%) disseram ter alterado a fonte de alimentos devido à pandemia. As principais fontes de alimentos durante a epidemia foram os seguintes por ordem de importância: a compra em mercados ou loja passou para 28%, produção agrícola própria para 14%, apoios de parentes e familiares (8,3%) e empréstimos (7,7%)

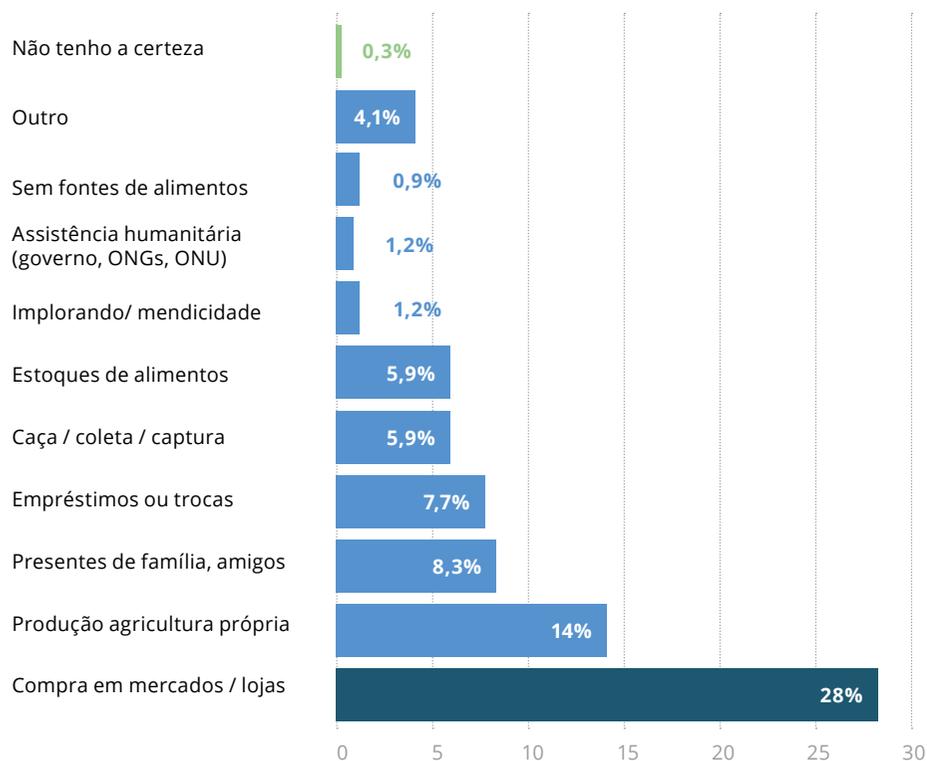


Figura 20. Principais fontes de alimentos durante a pandemia.

De acordo com os entrevistados, os mercados ou lojas de alimentos próximos da sua residência em 24% dos casos não foram afetados durante a pandemia, 36% os preços dos produtos alimentares aumentaram, em 15% diminuiu a quantidade de oferta e em 8,6% os mercados ou lojas pararam de funcionar.

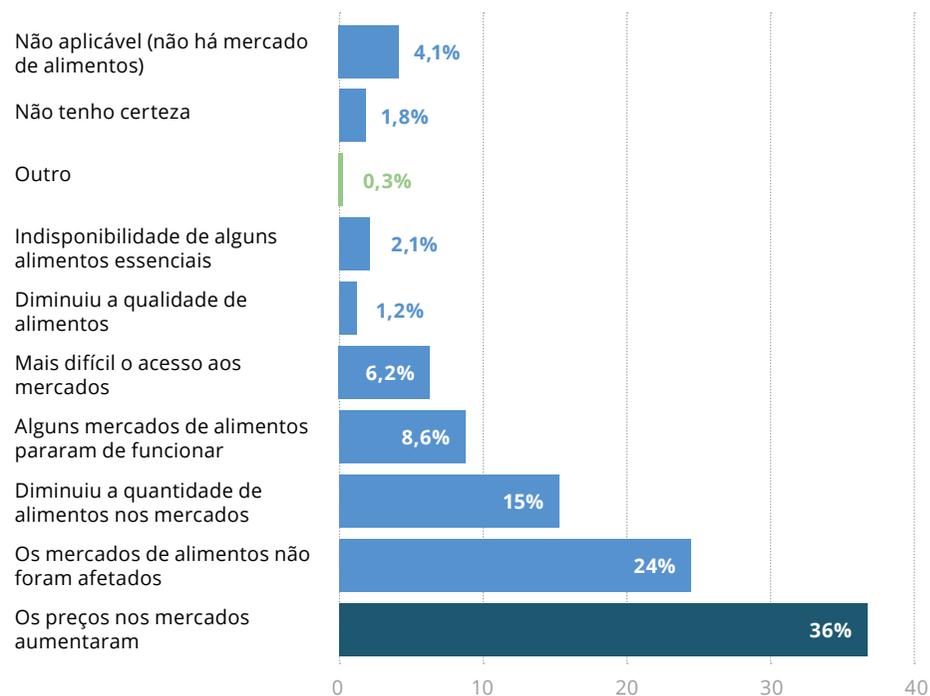


Figura 21. Impacto da pandemia de COVID-19 no funcionamento dos mercados ou lojas de alimentos.

No que concerne à afetação do funcionamento dos mercados ou lojas de produtos alimentares de primeira necessidade próximos da residência, em 24% dos casos não foram afetados durante a pandemia, 33% os preços dos produtos alimentares aumentaram, em 18% diminuiu a quantidade de oferta e em 9,5% tornou-se mais difícil o acesso.

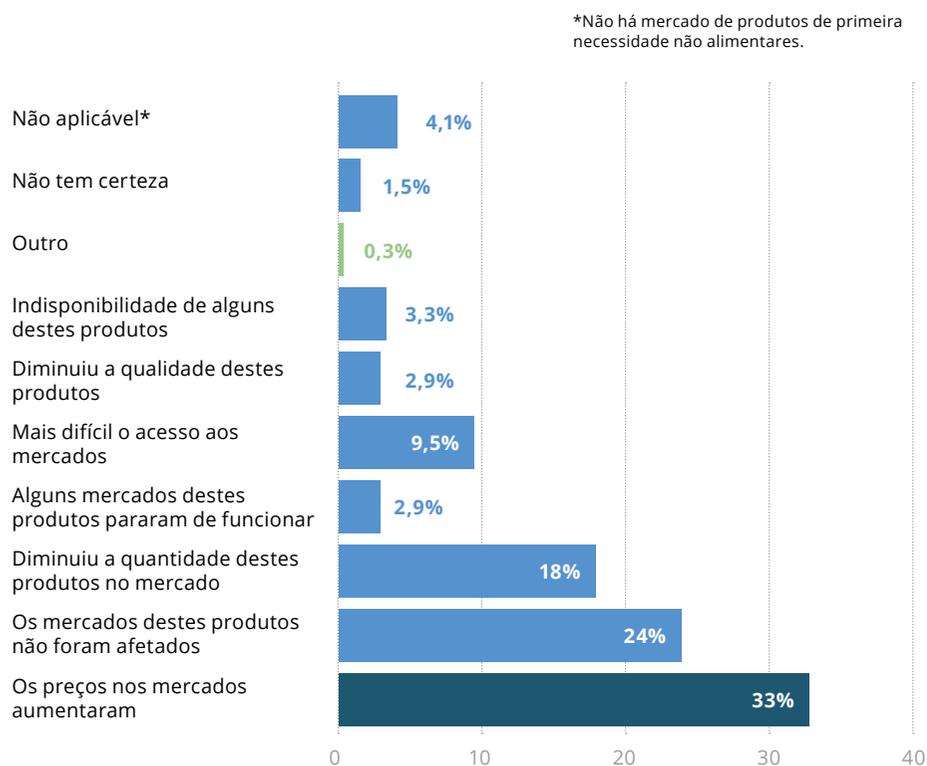


Figura 22. Impacto da pandemia de COVID-19 no funcionamento dos mercados ou lojas de produtos não alimentares de primeira necessidade.

Quanto a certos itens de primeira necessidade na prevenção do coronavírus ou a medicamentos, 47% disse ter tido dificuldades de acesso a medicamentos para aliviar a dor, 45% a desinfetante de mãos entre outros, sendo que apenas 28% disse não ter sentido nenhuma dificuldade.

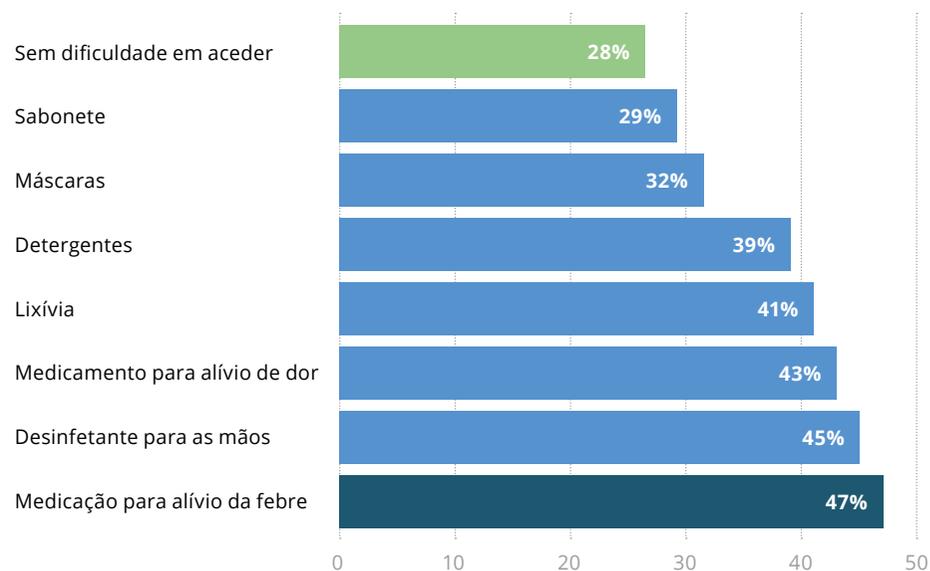


Figura 23. Impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a certos itens de primeira necessidade.

Relativamente à frequência escolar, em 33 (10%) dos agregados familiares existiam crianças na idade escolar, mas que não frequentavam a escola nos primeiros três meses do ano de 2020. Nos restantes 304 AFs uma mediana de 4 crianças (IQR: 2-6) frequentavam a escola nesse período. Durante a pandemia, a mesma mediana de 4 (IQR: 2-6) crianças deixaram de frequentar a escola nos 303 AFs respondentes, significando que todas pararam de ir à escola devido à pandemia.

Quanto aos motivos de não frequentarem a escola, a maioria tinha a ver com o encerramento destas (93%) devido à pandemia (Figura 24). A maioria destas crianças ficam simplesmente em casa (74%), mas 22% estão ocupadas em trabalhos no campo e 11% a vender produtos.

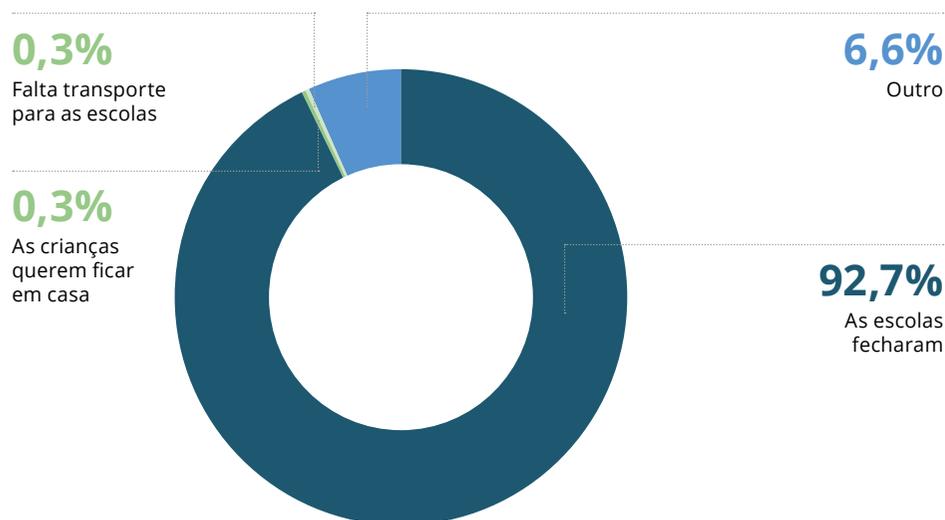


Figura 24. Razão de não frequência da escola pelas crianças durante a pandemia.

4.3 Conhecimentos, atitudes e práticas

4.3.1 Informação e comunicação

As principais fontes de informações sobre a COVID-19 indicadas pelos AF foram a rádio ou televisão (91%), seguida de informação boca a boca (45%) e média social (16%)

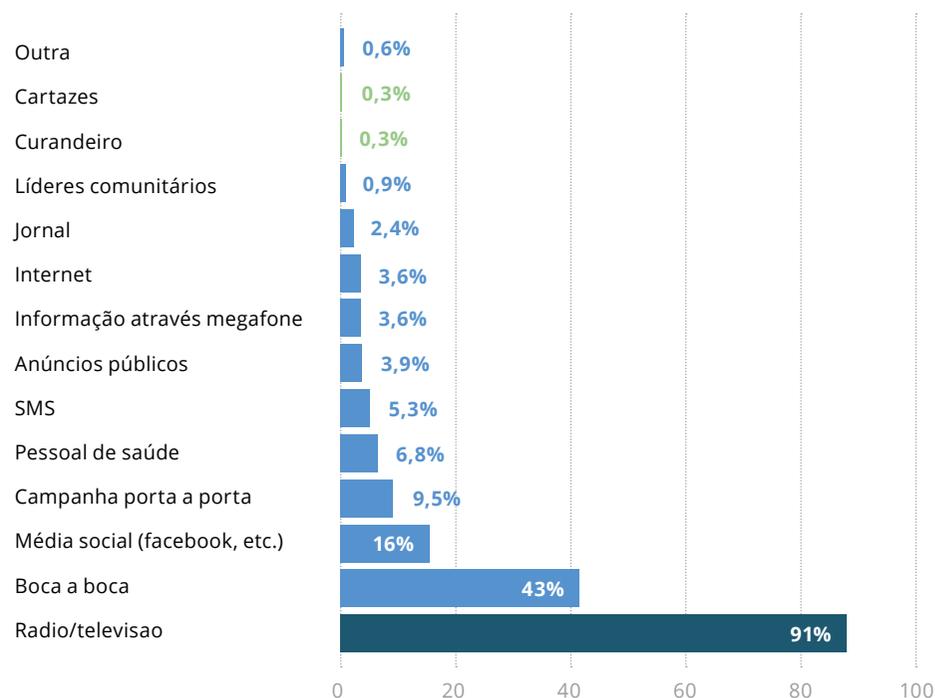


Figura 25. Principais fontes de informação utilizadas para a COVID-19.

Contudo, as fontes nas quais têm maior confiança foram ainda a rádio ou televisão (86%), seguido de pessoal de saúde (11%)

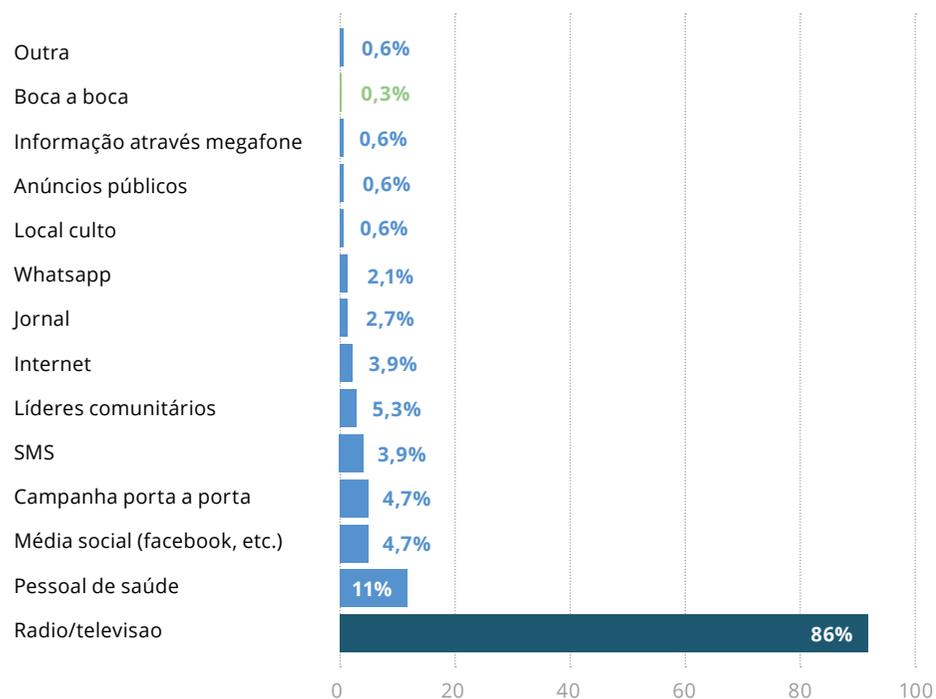


Figura 26. Fontes de informação sobre a COVID-19 consideradas mais confiáveis pelos entrevistados.

E nessa mesma linha de pensamento, 86% citou a rádio ou televisão como sendo a fonte ou meio de informação preferida e 17% o pessoal de saúde.

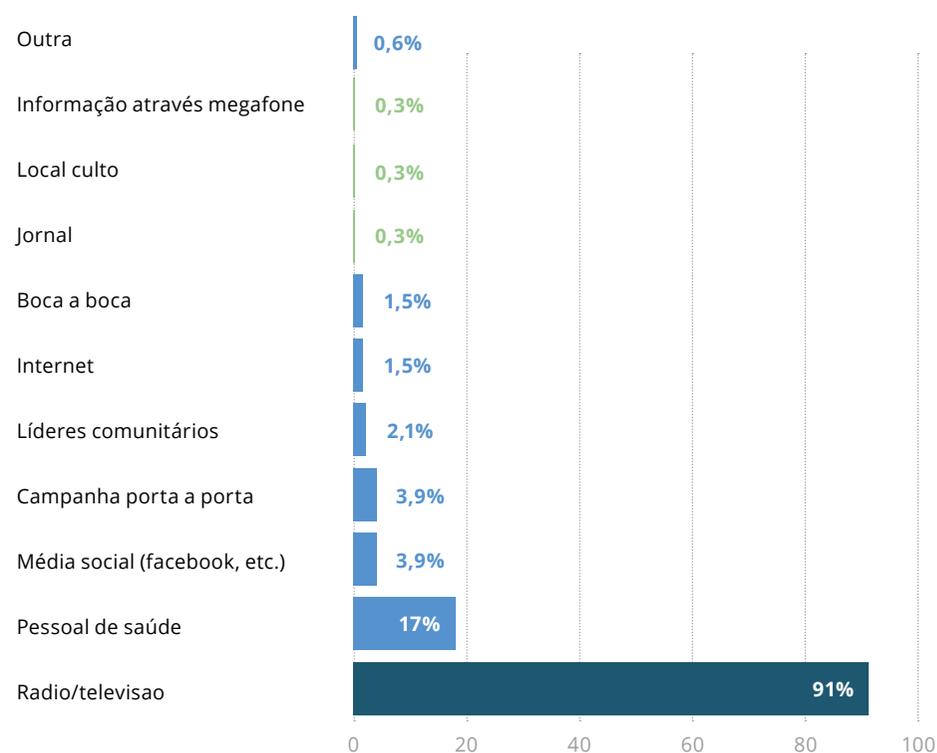


Figura 27. Fontes e canais preferidos para receber informações sobre a COVID-19.

A grande maioria disse precisar de mais informação sobre a COVID-19, tendo as informações mais solicitadas as relativas às medidas de prevenção (49%), os sinais e sintomas (35%), causas (33%) e tratamento (25%).

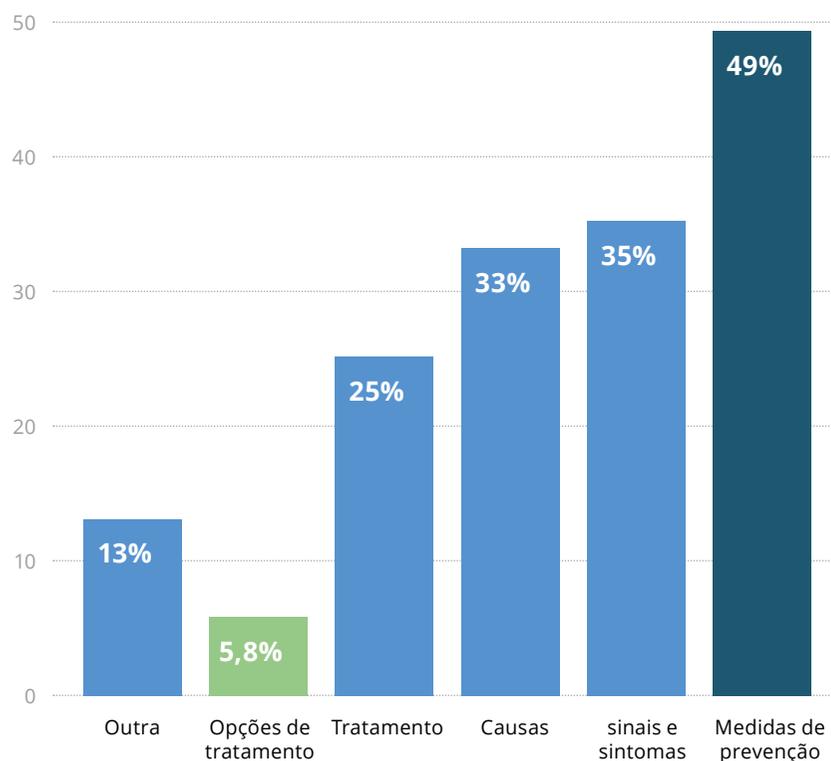


Figura 28. Informações sobre a COVID-19 mais solicitadas pelos entrevistados.

4.3.2 Conhecimento das causas e sintomas da COVID-19

Dos 338 AFs, 198 (55%) considerou que é possível contrair a COVID-19 na sua comunidade ou área de residência e 22% acharam que não (Figura 29). Ainda 171 (51%) afirmaram que todos os infectados pelo vírus SARS-CoV-2 apresentam sinais e sintomas de COVID-19, enquanto 21% não tinham certeza.

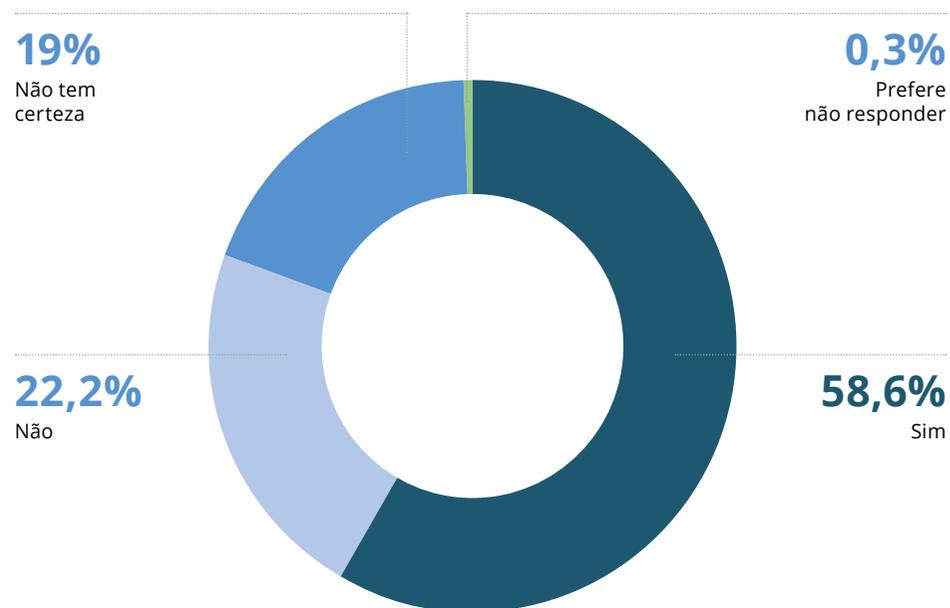


Figura 29. Percepção do risco de infecção pelo coronavírus na comunidade.

Os sintomas da COVID-19 citados foram a tosse por 62% dos entrevistados, febre (46%), dor de cabeça (43%), dor articular (21%) e espirro (19%).

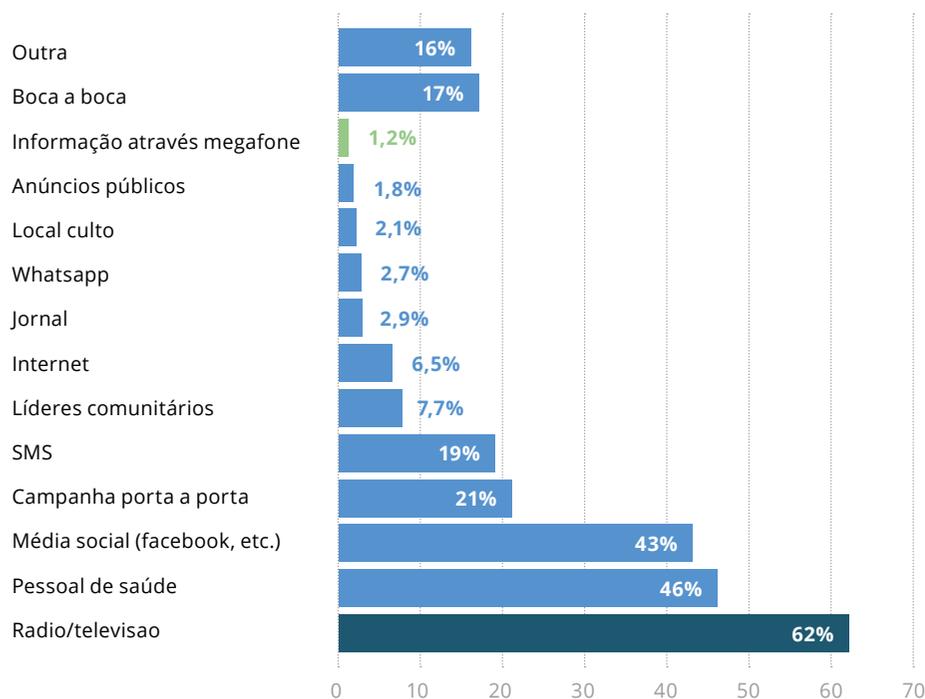


Figura 30. Percepção do risco de infecção pelo coronavírus na comunidade.

4.3.3 Atitudes relacionadas à procura de cuidados e tratamento

Acerca dos possíveis lugares onde se pode tratar a COVID-19, 64% indicou os hospitais públicos, 36% os centros de saúde e 27% médico particular, notando-se que 7,7% acharam que pode ser tratado no curandeiro tradicional.

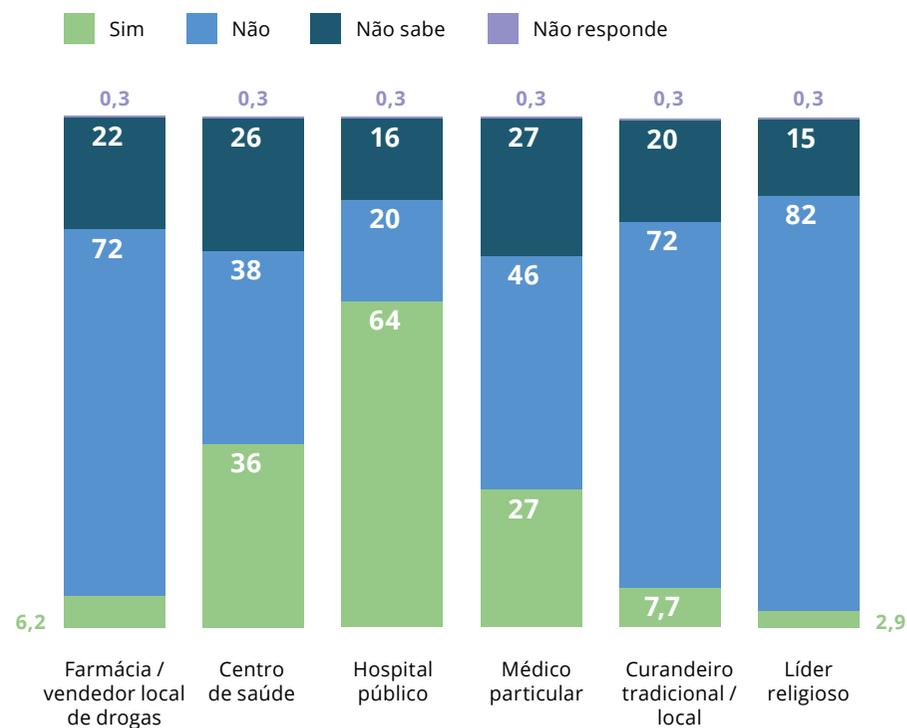


Figura 31. Identificação de locais onde consideram tratar-se a COVID-19.

4.3.4 Práticas de prevenção

Relativamente às práticas, 318 (94%) afirmou que desde que ouviu falar sobre a COVID-19 tomou algumas providências para impedir a sua família de apanhar a doença. Essas medidas consistiram principalmente em lavar as mãos (44%) e usar máscara (39%), seguindo-se ainda redução de saídas de casa (13%).



Figura 32. Medidas de prevenção do coronavírus praticadas.

As principais justificativas para a não tomada de medidas de prevenção foram: a falta de recursos para tomar medidas preventivas (37%), não considerar ser da sua responsabilidade impedir a COVID-19 (21%), pelo facto de não ser prevalente na sua área de residência (16%).

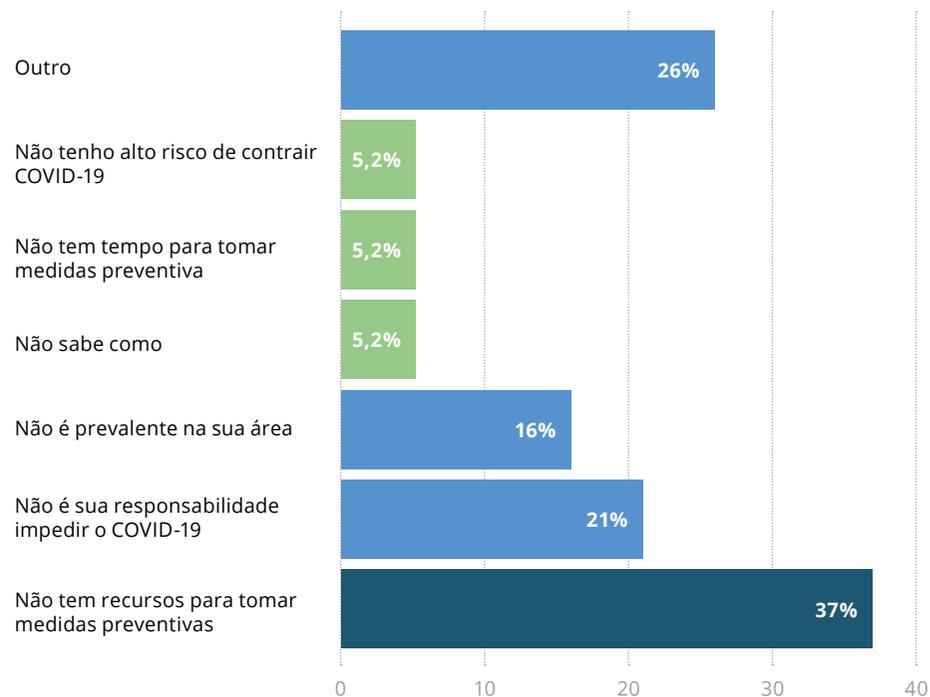


Figura 33. Razões de não tomada de medidas de prevenção da COVID-19.

Relativamente ao tipo de dispositivos para a lavagem das mãos, 30,8 % (104) dos AF referiram que possuíam “Bidão adaptado”; 29,3 % (99) “Baldes com torneiras”; 28,1 % (95) “Nenhum dispositivo específico de lavagem das mãos”; 10,1 % (34) “Outro”.

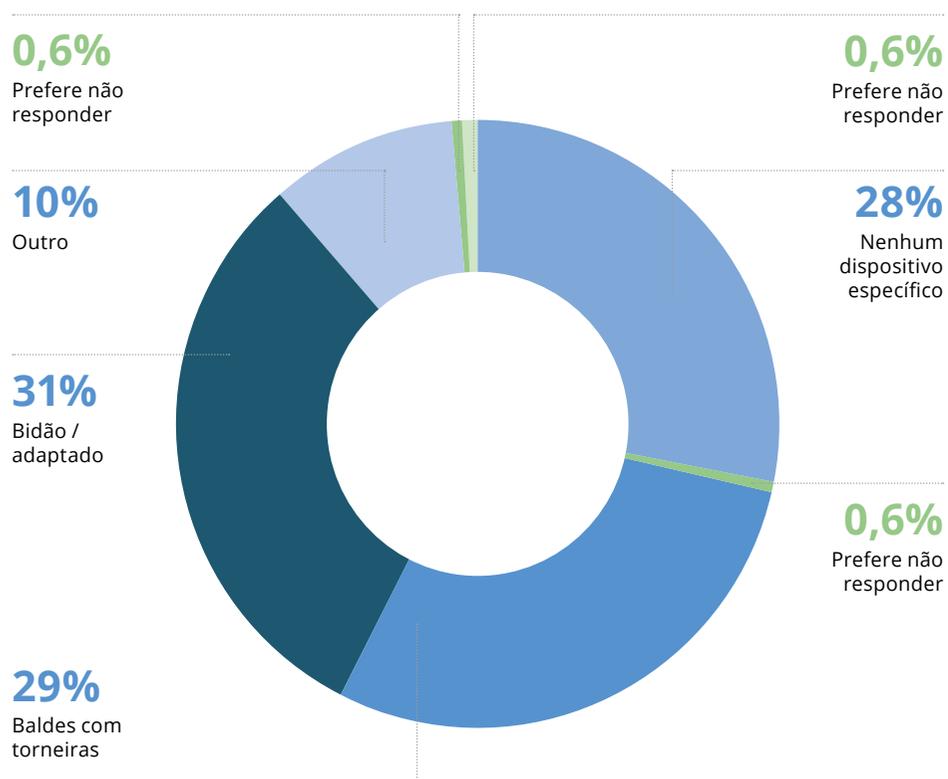


Figura 34. Distribuição de AF relativamente a tipo de dispositivos para a lavagem das mãos no domicílio.

Mais de 80% dos AF referiram que o sabão está disponível em todos os locais para a lavagem das mãos. Daqueles que não o tinham, 52% declarou que o sabão não estava disponível porque ficaram sem sabão e 29% por ser caro e não terem condições financeiras, 11% que era desnecessário (alguns por usarem lixívia).

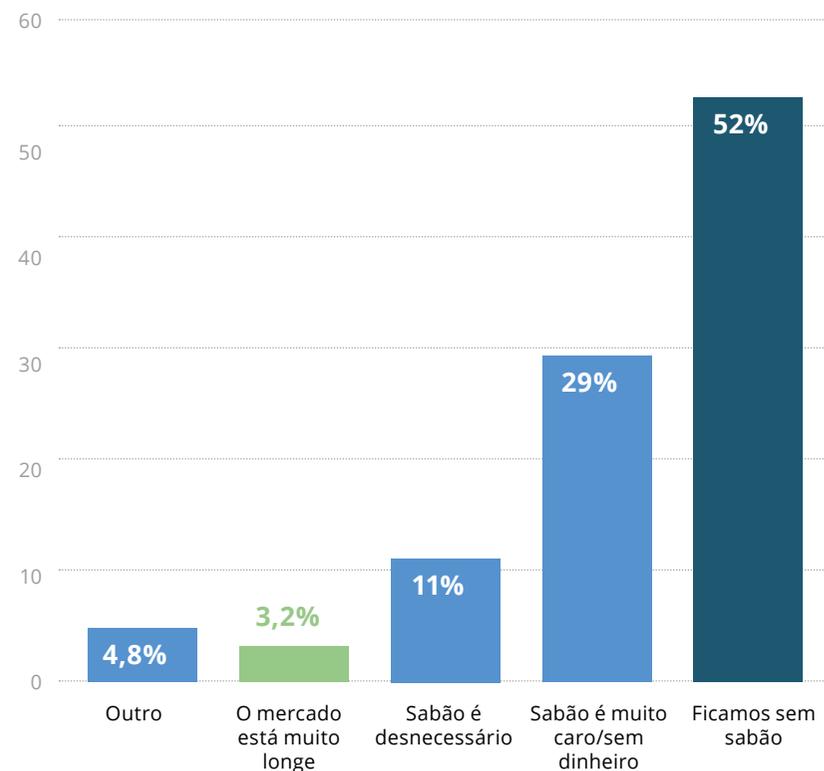


Figura 35. Motivo pelo qual o sabão não estava disponível.

Relativamente ao momento ou quando se realizada a lavagem das mãos, 84% indicou antes de comer, antes de preparar a comida (57%), depois de comer (54%), depois de usar a casa de banho/latrina (43%).

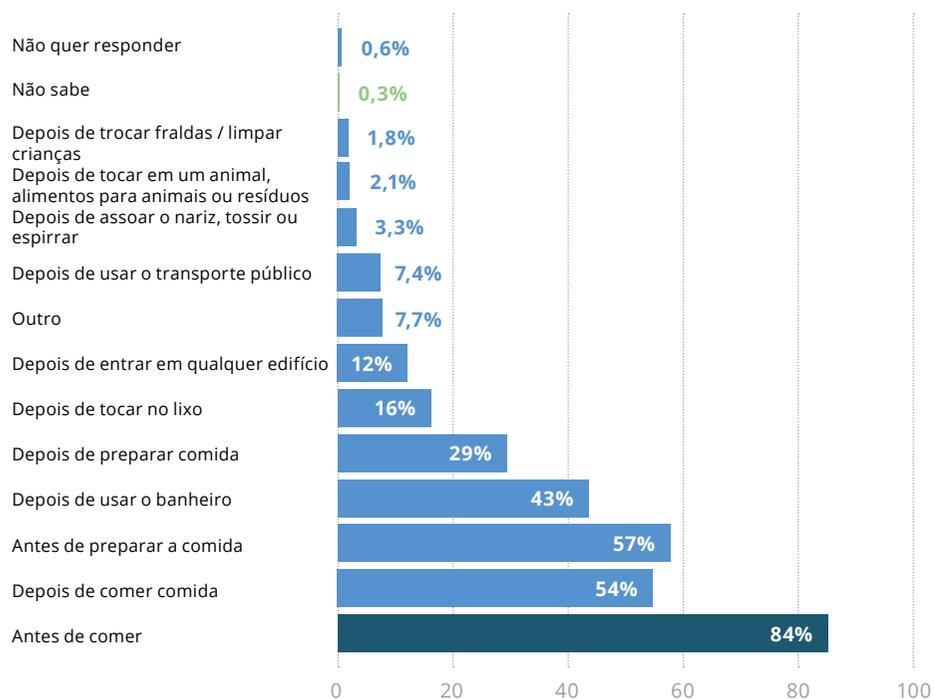


Figura 36. Em que momento lavam as mãos.

4.3.5 Práticas relacionadas à procura de cuidados e tratamento

Cerca de 50 % dos AF declarou que para o caso de alguém em casa ou o próprio chefe de família ficarem doente com COVID-19, eles procurariam um hospital, centro de saúde (29%) ou ligariam para serviços de emergência. Quanto à questão se tomariam a vacina contra o coronavírus causador de COVID-19 caso seja desenvolvida, apenas 61% disse que sim.

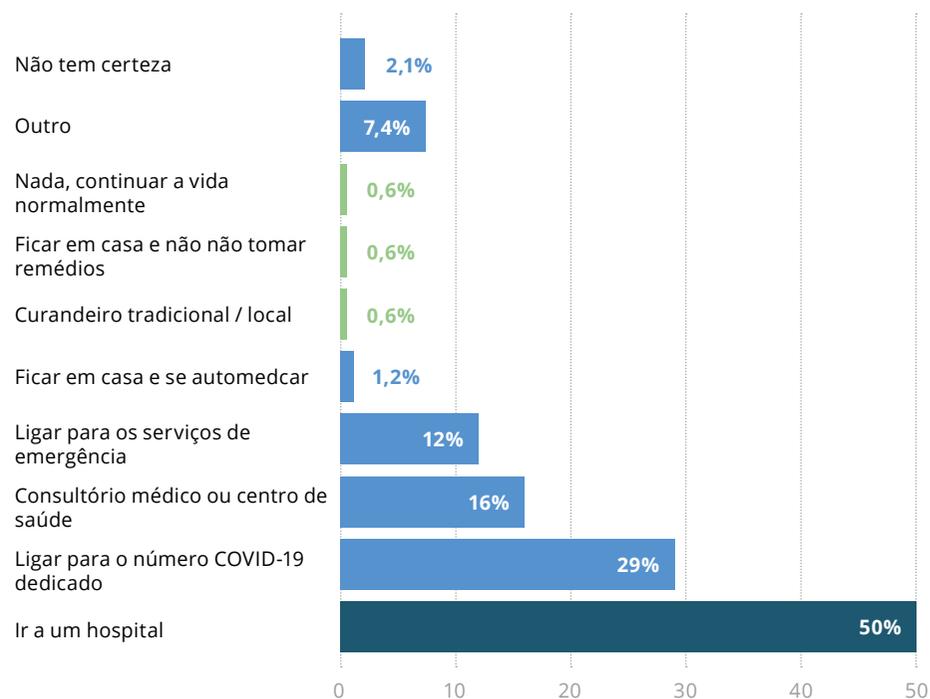


Figura 37. Distribuição de AF segundo ações para o tratamento da COVID-19.

5 Conclusões e recomendações

A crise provocada pela pandemia da COVID-19 que tem afetado o mundo e na Guiné-Bissau observou-se um impacto social e económico na população a nível nacional já nos três primeiros meses da crise, embora a capital Bissau e arredores fosse afetada pelo coronavírus.

O estado de emergência declarado logo em Março e suas sucessivas renovações acarretaram medidas práticas que consistiram na limitação da circulação das pessoas apenas durante escassas horas do dia, cancelamento da circulação de transportes públicos, por conseguinte à limitação das atividades laborais e económicas ao mínimo essencial. As fronteiras foram encerradas limitando o abastecimento do país em mercadorias de primeira necessidade e as trocas entre as populações fronteiriças.

O impacto socioeconómico da pandemia fez-se logo sentir no rendimento das famílias com mais de dois terços a reportarem declínio do rendimento, um terço das famílias com perda de emprego temporariamente pelo menos um membro do agregado familiar e alguns permanentemente. Ainda no âmbito social, as escolas foram encerradas devido à pandemia agravando ainda mais a crise que o frágil sistema educacional vinha enfrentando com as escolas públicas a não funcionar na sua plenitude há dois anos.

No contexto da Guiné-Bissau, grande parte da população sobrevive de pequenas atividades económicas em que muitas famílias se sustentam com base no rendimento gerado diariamente, portanto a dimensão do impacto do confinamento era expectável. Efetivamente, nas últimas duas semanas a ocupação de 62% dos membros da família considerados como a principal fonte de renda foi trabalhador por conta própria, tais como comércio e pequenos negócios, lavoura, entre outros e apenas 16% trabalhador assalariado com contrato.

Por outro lado, a crise provocada pela COVID-19 ocorreu em plena época de produção e comercialização da castanha de caju na Guiné-Bissau, período em que normalmente se assiste a uma migração sazonal das áreas urbanas para a rural à procura de fontes adicionais de rendimento, envolvendo empresários, trabalhadores sazonais, apanha da castanha de caju e confeção do vinho de caju. A comercialização desses produtos constitui uma importante fonte de rendimento dos agricultores e não só.

Desde o início da pandemia, 67% dos agregados familiares não recebeu nenhum apoio de alguma instituição e para sobreviver à crise, um quarto dos agregados familiares recebeu remessas de familiares, outros da doação de vizinhos ou contraíram empréstimo. Outras estratégias de resiliência passaram ainda por alteração de hábitos alimentares devido à falta de acesso aos alimentos ou à escassez de meios financeiros em geral. Por isso, alguns optaram por consumir alimentos mais baratos, reduzir a quantidade ou a frequência das refeições, a venda de sementes para a próxima campanha agrícola, o que augura um impacto a longo termo e perspectiva de fome.

A pandemia teve também um efeito em empresas ou negócios geridos pelos membros dos agregados familiares fazendo com que mais de dois terços tivessem fechado ou reduzido o funcionamento temporariamente e em alguns casos permanentemente. Este facto e a falta de transporte foram as razões para a perda ou diminuição de rendimento das famílias. Os mercados ou lojas de alimentos ou de produtos de primeira necessidade também foram afetados, tendo em cerca de um terço aumentado os preços, diminuído a quantidade de oferta.

O efeito no acesso a cuidados de saúde curativos, medicamentos e cuidados preventivos, nomeadamente para as consultas das grávidas e vacinação das crianças, também se fez sentir devido à falta de meios financeiros, transporte e receio de contaminação nas estruturas sanitárias.

Apesar da consciência e conhecimentos sobre a doença ainda serem relativamente baixos, pois apenas metade dos inquiridos consideraram existir risco de contrair a COVID-19 na sua comunidade e acharam que todos os infetados apresentam sinais e sintomas, foram observados alguns sinais positivos. A grande maioria considerou que a COVID-19 deve ser tratada em estruturas sanitárias e ainda afirmou ter tomado providências para proteger a família, tais como o lavar as mãos, uso de máscara e redução das saídas de casa. Não foi mencionado especificamente o distanciamento físico e podem existir dúvidas se essas medidas listadas foram efetivamente tomadas, ou quantos membros do agregado aderiram às medidas e a manutenção com o passar do tempo, contudo é encorajador o facto de os citarem.

As principais fontes de informação sobre a COVID-19 foram a rádio ou televisão, meio de informação preferido e no qual têm maior confiança, para além do pessoal de saúde que também foi citado por alguns. Estas opções são promissoras por permitirem algum controlo do fenómeno da infodemia.

Os resultados deste estudo confirmam que as consequências da pandemia da COVID-19 não se limitam apenas aos efeitos da própria doença ou ao impacto no sistema de saúde, mas também as medidas radicais tomadas para o seu controlo que podem ter efeito direto imediato na situação socioeconómica da população. Estes efeitos podem ter consequências a longo termo numa população que já enfrenta a pobreza.

Com base nos resultados do estudo recomenda-se:

- Que os especialistas no assunto considerem as possibilidades e modalidades de apoios diretos ao rendimento das famílias numa primeira fase, mas também a pequenas atividades geradoras de rendimento, suporte na campanha agrícola, aos pequenos negócios e empresas afetados pela pandemia;
- Promover atividades de extensão de cuidados de saúde às famílias através dos agentes de saúde comunitária ou da possibilidade de consultas e orientações à distância por telefone e no caso de necessidade organizar o transporte para uma estrutura sanitária;
- Reforçar as atividades de recuperação das atividades preventivas de consulta pré-natal e vacinação das crianças que sofreram atrasos devido à pandemia;
- Utilizar as rádios e o pessoal de saúde para a transmissão de informações corretas e úteis para a população, enfatizando o essencial para a compreensão dos riscos, medidas de controlo e atitudes a tomar;
- As medidas abrangentes necessárias preconizam investimentos que deverão ser baseados em seguimento contínuo da dinâmica da situação real.

Lista de figuras e tabelas

Figura 1.	Proporção de agregados familiares por região que registaram óbito no decorrer da epidemia.	10	Figura 11.	Proporção de agregados familiares com perda de emprego devido à pandemia conforme o sexo.	16
Figura 2.	Descrição demográfica dos participantes.	10	Figura 12.	Número de membros dos agregados familiares com baixa de rendimento devido à pandemia conforme o sexo.	18
Figura 3.	Proporção de agregados familiares com grupos vulneráveis.	11	Figura 13.	Número de membros dos agregados familiares com baixa de rendimento devido à pandemia conforme o sexo.	18
Figura 4.	Proporção de agregados familiares com residentes sem acesso a cuidados de saúde nas últimas duas semanas.	11	Figura 14.	Distribuição do sector de negócio gerido ou possuído por membro dos agregados familiares.	19
Figura 5.	Proporção de agregados familiares com residentes sem acesso a cuidados de saúde nas últimas duas semanas por região.	12	Figura 15.	Apoio financeiro ou outros aos agregados familiares durante a epidemia de COVID-19.	19
Figura 6.	Comportamento do rendimento familiar geral dos agregados familiares devido à pandemia da COVID-19 nas últimas duas semanas.	13	Figura 16.	Distribuição de AF sobre o sector de negócio realizado por um dos membros da família.	20
Figura 7.	Comportamento do rendimento familiar dos agregados familiares nas últimas duas semanas por região.	13	Figura 17.	Apoio financeiro ou outros aos agregados familiares durante a epidemia de COVID-19.	21
Figura 8.	Ocupação do principal provedor da renda familiar.	14	Figura 18.	Distribuição de AF acerca da frequência com a qual a família pulava as refeições.	22
Figura 9.	Distribuição dos AF cerca de outras fontes da renda familiar.	16	Figura 19.	Principais fontes de alimentos antes pandemia.	22
Figura 10.	Proporção de agregados familiares com membro que perdeu o emprego devido à pandemia da COVID-19.	16	Figura 20.	Principais fontes de alimentos durante a pandemia.	23

Figura 21.	Impacto da pandemia de COVID-19 no funcionamento dos mercados ou lojas de alimentos.	23	Figura 32.	Medidas de prevenção do coronavírus praticadas.	29
Figura 22.	Impacto da pandemia de COVID-19 no funcionamento dos mercados ou lojas de produtos não alimentares de primeira necessidade.	24	Figura 33.	Razões de não tomada de medidas de prevenção da COVID-19.	29
Figura 23.	Impacto da pandemia de COVID-19 no acesso a certos itens de primeira necessidade.	24	Figura 34.	Distribuição de AF relativamente a tipo de dispositivos para a lavagem das mãos no domicílio.	30
Figura 24.	Razão de não frequência da escola pelas crianças durante a pandemia.	25	Figura 35.	Motivo pelo qual o sabão não estava disponível.	30
Figura 25.	Principais fontes de informação utilizadas para a COVID-19.	25	Figura 36.	Em que momento lavam as mãos.	31
Figura 26.	Fontes de informação sobre a COVID-19 consideradas mais confiáveis pelos entrevistados.	26	Figura 37.	Distribuição de AF segundo ações para o tratamento da COVID-19.	31
Figura 27.	Fontes e canais preferidos para receber informações sobre a COVID-19.	26	Tabela 1.	Descrição demográfica dos participantes.	9
Figura 28.	Informações sobre a COVID-19 mais solicitadas pelos entrevistados.	27	Tabela 2.	Quantificação do declínio do rendimento familiar.	15
Figura 29.	Perceção do risco de infeção pelo coronavírus na comunidade.	27	Tabela 3.	Número de membros dos agregados familiares com perda de emprego devido à pandemia conforme o sexo.	17
Figura 30.	Perceção do risco de infeção pelo coronavírus na comunidade.	28	Tabela 4.	Número de membros dos agregados familiares com baixa de rendimento devido à pandemia conforme o sexo.	17
Figura 31.	Identificação de locais onde consideram tratar-se a COVID-19.	28	Tabela 5.	Proporção da renda gasta com a alimentação antes da epidemia e durante para os que sofreram alteração.	21



REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA



BANDIM

Programa das Nações Unidas
para o Desenvolvimento
Guinea-Bissau

