

Diários de uma Pandemia
(ISPUP e INESC TEC, com o apoio do jornal PÚBLICO)

**REALIZAÇÃO DO TESTE PARA PESQUISA DE INFEÇÃO POR SARS-CoV-2
(COVID-19)**

Nota introdutória

O presente relatório tem como objetivo responder a uma pergunta central:

Quem, onde e porquê está a realizar um teste para saber se está com infeção pelo novo coronavírus, SARS-CoV-2?

A mensagem do Diretor-Geral da Organização Mundial da Saúde, a 16 de março de 2020, foi clara na sua recomendação aos países: teste, teste, teste. Mas, também foi matizada, fazendo entender que o fundamental era testar perante indicações claras. Daí que, como quase sempre em saúde, o mais importante seja não perder oportunidades e garantir que se realizam os exames a quem inequivocamente deles precisa.

Percebe-se que a realização do teste (e por teste aqui ainda estamos a falar dos exames com zaragatoa que procuram o material genético do vírus) pode ser crucial para a resposta à pandemia de COVID-19 – a quebra das cadeias de transmissão começa com a identificação, o mais precocemente possível, dos casos e o seu isolamento, seja no domicílio seja numa estrutura hospitalar perante um quadro clínico que o justifique. Iniciam-se assim os processos de acompanhamento médico adequado ao estado de saúde das pessoas com COVID-19 para garantir a melhor resposta com a perspetiva de assegurar o melhor prognóstico, e desencadear os mecanismos de identificação e rastreio de contactos para interromper a propagação da doença. A realização dos testes contribui também para a melhor gestão dos recursos em saúde, por exemplo, pela exclusão da infeção em pessoas que apresentam sintomas sugestivos de COVID-19. No entanto, o resultado – positivo ou negativo – de um teste não significa a presença ou ausência inequívoca de infeção. Os testes têm um desempenho que, infelizmente, traz consigo uma componente de erro. E essa dimensão tem de ser estudada e conhecida de um ponto de vista quantitativo para se poder informar cada pessoa sobre a sua real possibilidade (ou seja, a probabilidade) de estar ou não infetada.

Os testes são também muito importantes para a compreensão da dinâmica da epidemia e do efeito das medidas tomadas, tendo em conta, para uma correta interpretação, a variação da capacidade e da política de teste ao longo do tempo, assim como as características do seu desempenho técnico.

Como já afirmámos, quando se fala em testes referimo-nos à pesquisa de material genético do vírus SARS-CoV-2, e esses são os testes que se utilizam para a realização do diagnóstico da COVID-19. Mas também os que se utilizam para saber, por exemplo, se um contacto eventual com uma pessoa infetada pode ter resultado num novo caso de infeção. É desses testes que vamos falar neste relatório. Não existem ainda informações, a partir dos participantes nos Diários de uma Pandemia, sobre terem sido testados para pesquisar a presença de contacto passado com o vírus através de testes serológicos que detetam anticorpos, ou seja, a resposta à presença do material genético do vírus e não esse material. Existe e continua a ser desenvolvido um largo conjunto de testes que se baseiam nessa pesquisa de anticorpos que começam a estar disponíveis entre nós. Esses testes serológicos têm interesse para a identificação de pessoas cuja infeção decorreu de forma assintomática, nas quais a pesquisa do vírus só resultaria perante uma suspeita de contacto e durante uma janela temporal relativamente curta, e, espera-se, para medir a imunidade na população.

Em Portugal, a Direção-Geral da Saúde deu indicações para proceder à realização do teste a pessoas com suspeita de COVID-19, ou seja, que desenvolvem um quadro respiratório agudo de tosse persistente ou agravamento da tosse habitual, febre definida como temperatura igual ou superior a 38°C, ou dificuldade respiratória, após a avaliação clínica pelos profissionais de saúde. Desde o início de março até ao dia 24 de abril, tinham sido feitos 317 mil testes em Portugal correspondendo a uma cobertura de 3,1 testes por 100 habitantes. No entanto, foi e continua a ser possível realizar o teste na ausência das regras estritas inicialmente impostas – como, por exemplo, em laboratórios particulares – e também o conjunto dos sintomas relevantes foi mudando, passando a valorizar-se clinicamente outras manifestações como as perturbações do paladar ou do olfato.

Fomos, por isso, conhecer como e quais as características dos participantes dos Diários de uma Pandemia que acederam aos testes, quais as condições que levaram à sua realização e com que frequência foram positivos.

Nota Metodológica

Os “Diários de uma pandemia” são uma recolha longitudinal de informações fornecidas diariamente por uma amostra dinâmica de pessoas com idade igual ou superior a 16 anos. Os participantes são convidados a todos os dias preencher um questionário *online* (<https://diariosdeumapandemia.inesctec.pt/>) que guarda a sua vivência e atitudes referidas às 24 horas anteriores, cobrindo um conjunto variado de situações e experiências, que vão desde a manifestação de sintomas, o tipo e local de trabalho, os contactos com casos confirmados ou suspeitos de infeção pelo novo coronavírus e a realização do teste. Semanalmente, também se convidam os participantes a preencher um questionário adicional que permite cruzar a sequência do quotidiano com alguma reflexão retrospectiva.

Neste relatório, debruçamo-nos sobre a realização do teste para a infeção por SARS-CoV-2, um aspeto central para o conhecimento e a resposta à pandemia, tanto em relação com cada indivíduo como numa perspetiva social. Para captar as diferentes circunstâncias sobre as quais se pode manifestar a decisão de fazer um teste ou obter o seu resultado, utilizámos uma combinação de respostas a várias perguntas realizadas ao longo do tempo. Assim, considerou-se que foi feito um teste perante:

1. ter alguma vez respondido “sim” durante o período de seguimento à pergunta do questionário diário: “Nas últimas 24 horas, fez um teste ou análise para saber se tinha infeção pelo novo coronavírus?”;
2. ou ter respondido que “sim e consegui fazê-lo” à pergunta do questionário semanal “Desde o dia 1 de março de 2020, alguma vez tentou por sua iniciativa fazer um teste para a infeção pelo novo coronavírus (COVID-19)?”, desde que tenha pelo menos uma avaliação anterior semanal em que respondeu “não” à mesma pergunta de forma a garantir que o teste foi feito no período em estudo;
3. ter tido diagnóstico de COVID-19, independentemente de ter reportado ter feito o teste, dado que o participante pode não ter respondido ao questionário nas 24 horas em que fez o teste.

Os resultados apresentarão a proporção de participantes que foram testados para a infeção por SARS-CoV-2, durante o período de seguimento, e de acordo com:

- a. características sociais e demográficas: género, idade, região do país onde reside, nível de escolaridade, setor de atividade profissional, ter saído de casa para

trabalhar em cada 24 horas anteriores ao preenchimento do questionário, e percepção sobre os rendimentos;

- b. Características clínicas e epidemiológicas: presença de tosse ou febre ou dificuldade respiratória, independentemente de outros sintomas (condições indicadoras para o teste) e só outros sintomas (cefaleias, mialgias, odinofagia, dor torácica, corrimento nasal, diarreia, mais cansaço que o habitual), a cada 24 horas anteriores, e contactos pessoais com casos confirmados ou contactos com casos suspeitos de infeção pelo novo coronavírus, a cada 24 horas anteriores.

Resultados

FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO TESTE

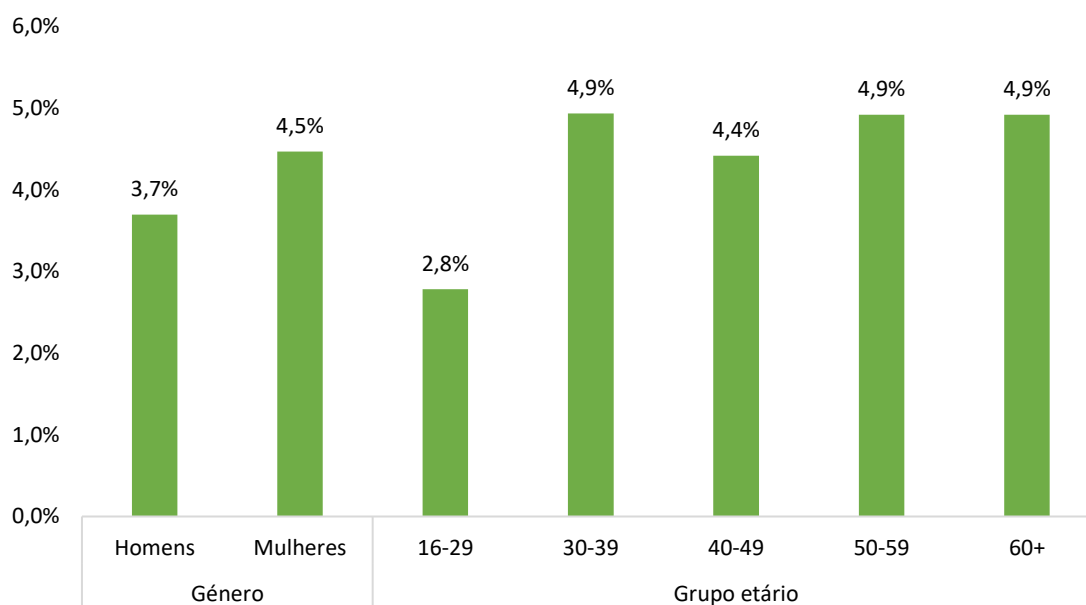
Durante o período em análise, 469 participantes fizeram pelo menos um teste para a infeção por SARS-CoV-2. Este valor corresponde a uma proporção de 4,2% (Intervalo de Confiança a 95%: 3,8-4,6), um valor semelhante ao de 3,1%, até agora descrito para a população total portuguesa, que engloba indivíduos com menos de 16 anos, muito pouco testados. A frequência semanal de realização do teste foi semelhante ao longo do período do estudo, variando entre um máximo de 1,8% na semana 14 (30 de março a 5 de abril) e um mínimo de 1,4% na semana 16 (13 a 19 de abril).

Na comunidade dos diaristas da Pandemia a incidência acumulada de infeção por SARS-CoV-2 foi de 1,6%, naturalmente mais elevada que a encontrada em Portugal (0,24%), porque se trata de uma amostra com uma idade mais elevada, uma proporção mais alta de mulheres e uma localização mais urbana que a correspondente à distribuição do país.

REALIZAÇÃO DO TESTE DE ACORDO COM CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

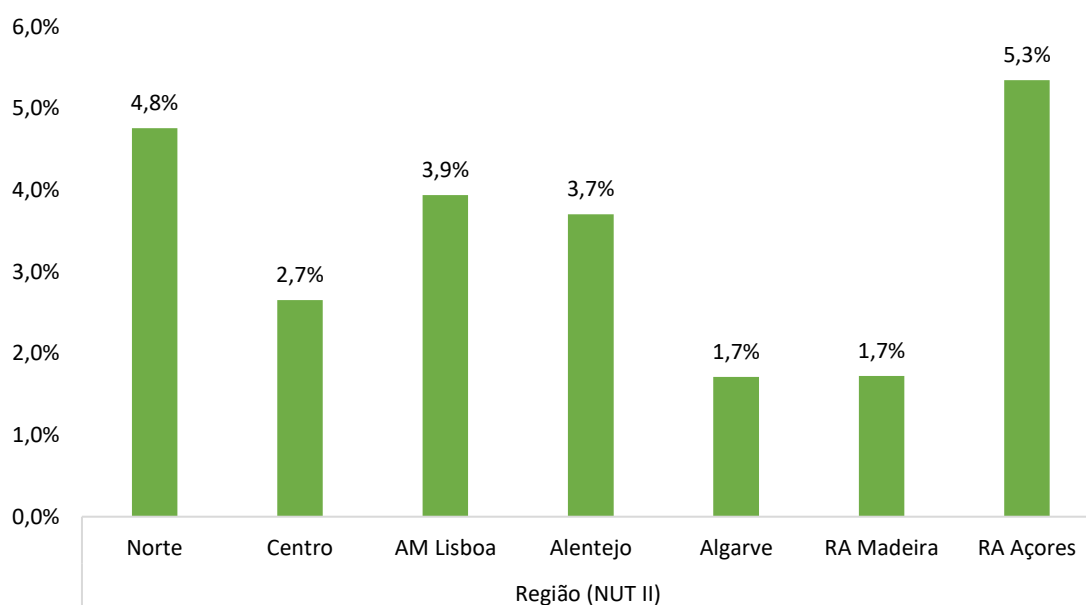
A realização do teste foi mais frequente nas mulheres (4,5%) do que nos homens (3,7%). Os mais jovens (16-29 anos) foram os menos testados (2,8%), enquanto que a proporção foi de 4,9% nos participantes entre os 30-39, 4,4% entre os 40-49, e 4,9% nos participantes entre os 50-59 e os 60 anos ou mais.

% de indivíduos testados de acordo com o género e idade



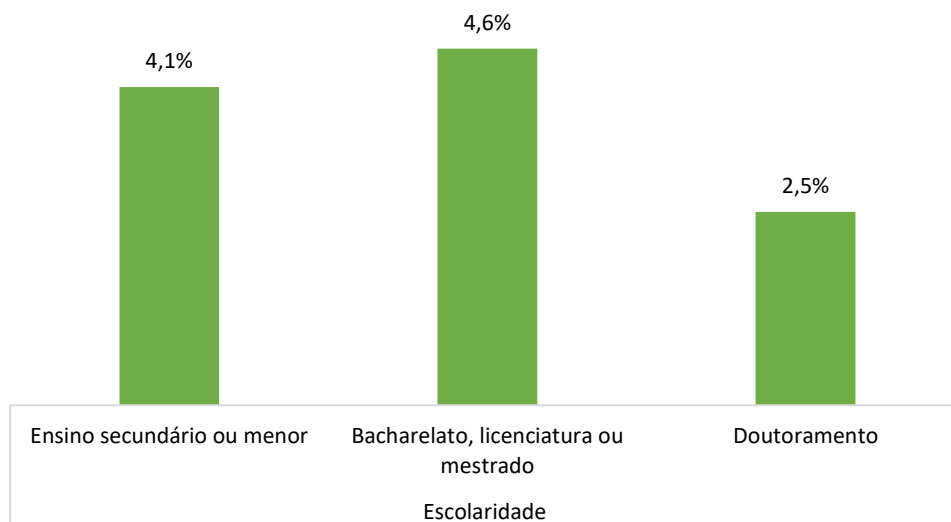
Os residentes da região autónoma (RA) dos Açores (7/131; 5,3%) e da região Norte (319/6708; 4,8%) fizeram mais frequentemente o teste, seguidos dos residentes na Área Metropolitana (AM) de Lisboa (82/2083; 3,9%). Os residentes na RA Madeira (1/58; 1,7%) e no Algarve (4/234; 1,7%) foram os que menos fizeram o teste.

% de indivíduos testados de acordo com a região de residência



A proporção de pessoas que efetuaram um teste para a infeção variou com o nível de escolaridade. Os participantes com doutoramento foram os que menos frequentemente realizaram o teste (24/973; 2,5%); já entre os participantes com o ensino secundário ou menos, essa proporção foi de 4,1% (100/2462) e de 4,6% (337/7405) entre os participantes com bacharelato, licenciatura ou mestrado.

% de indivíduos testados de acordo com a escolaridade



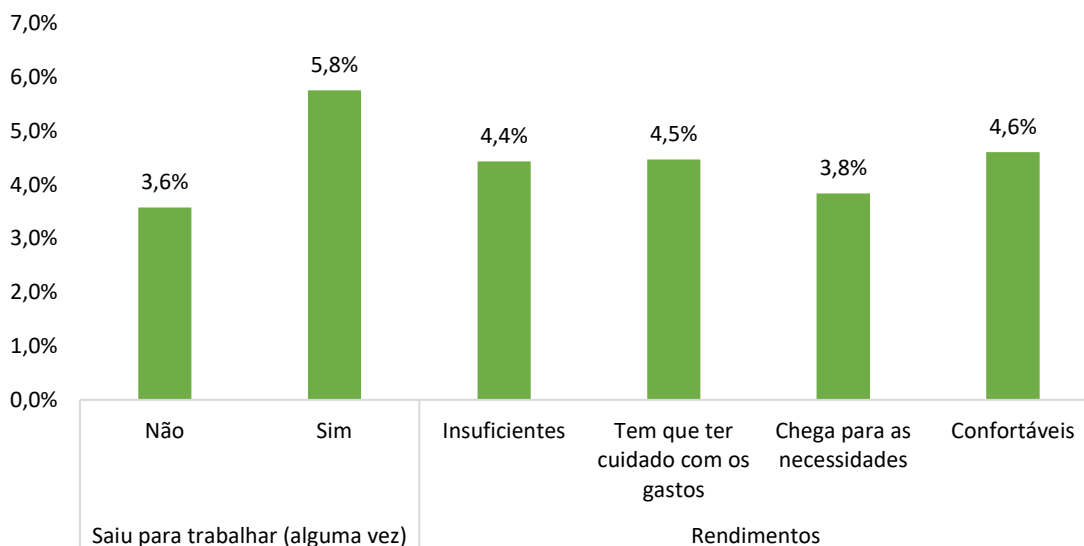
O setor de atividades profissionais associou-se com uma diferente frequência de realização do teste. Os participantes com trabalho relacionado com a saúde humana e o apoio social foram os que mais frequentemente realizaram o teste (8,8%), seguidos dos profissionais das atividades imobiliárias (4/64; 6,3%), dos profissionais das indústrias transformadoras (20/352; 5,7%) e do setor dos transportes e armazenagem (5/97; 5,2%). Os participantes com atividades profissionais ligadas aos setores do alojamento, restauração e similares, captação, tratamento e distribuição de água; saneamento, gestão de resíduos e despoluição e indústrias extrativas, foram os que menos frequentemente fizeram o teste.

Poderá haver uma relação entre o tipo de atividade e a perceção e a exposição ao risco. Assim, considerando o facto de ter saído de casa como indicador de uma maior probabilidade de contactos e de exposição mais alta a situações potencialmente contagiosas, verificou-se que, entre os participantes que alguma vez saíram de casa para trabalhar, a proporção dos que fizeram o teste foi maior do que entre os participantes que não saíram (5,8% vs. 3,6%) quer porque estavam em teletrabalho ou porque não estavam empregados. Não se verificaram diferenças na proporção de indivíduos testados em função da perceção subjetiva do conforto com os seus rendimentos.

% de indivíduos testados de acordo com o setor de atividade



% de indivíduos testados de acordo com ter alguma vez saído para trabalhar e percepção dos rendimentos



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS ASSOCIADAS À REALIZAÇÃO DO TESTE

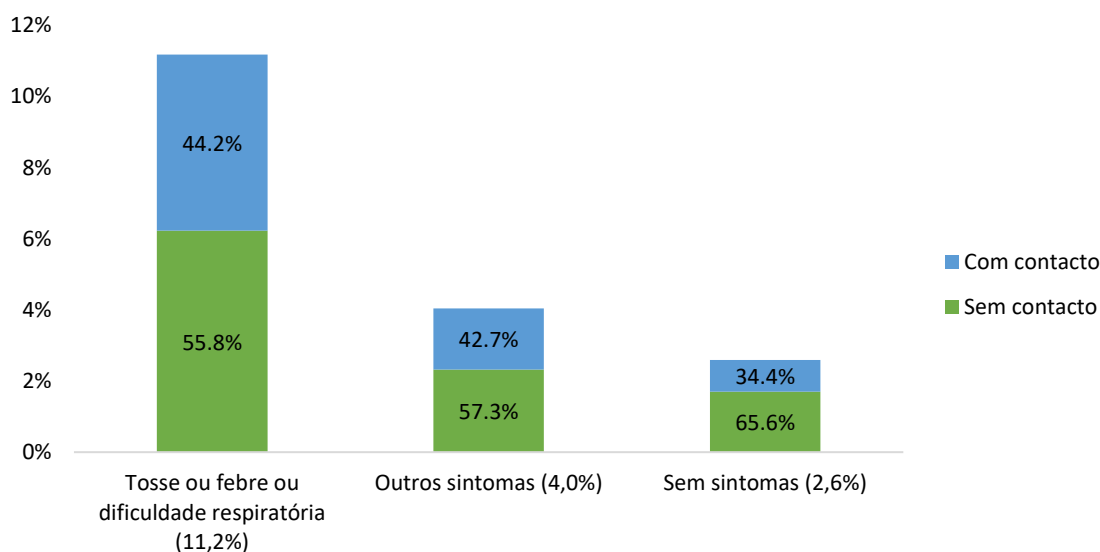
A presença de sintomas associou-se a uma frequência maior de realização do teste.

Os participantes que reportaram tosse ou febre ou dificuldades respiratórias foram os que mais frequentemente realizaram um teste (11,2%); destes casos sintomáticos, quase metade (44,2%) tinham tido também contactos com casos confirmados ou suspeitos de COVID-19.

Dos participantes que referiram outro tipo de sintomas (mialgias, cefaleias, odinofagia, etc.) 4,0% fizeram o teste, tendo 42,7% deles também referido contactos potencialmente de risco (com suspeitos ou casos confirmados).

Dos 5941 participantes que, ao longo do período em observação, nunca registaram sintomas, 2,6% fizeram um teste. Desses, só 34,4% tinha tido também contactos potencialmente de risco.

% de indivíduos testados de acordo com os sintomas por contactos com casos confirmados ou suspeitos



As condições que mais levaram a realizar um teste foram, como seria de esperar, a conjugação da presença de sintomas, em particular, a tosse ou febre ou dificuldade respiratória (independentemente de outros), e o contacto com casos suspeitos ou confirmados de infeção pelo novo coronavírus.

No entanto, só 73 (24,7%) das 295 pessoas com sintomas (tosse ou febre ou dificuldade respiratória) e contacto de risco reconhecido fizeram um teste, quando seria de esperar que todas o tivessem realizado!

É certo que só 27 (37,0%) tiveram um diagnóstico de infeção pelo SARS-CoV-2, podendo indiciar que a definição de risco é muito sensível (o que se espera numa situação de pandemia) ou, pelo contrário, que a sensibilidade do próprio teste não seja tão elevada como se desejaria. Pelo contrário, de entre os 8613 participantes que não tiveram tosse ou febre ou dificuldade respiratória, nem contactos com casos suspeitos ou confirmados de infeção, 187 fizeram um teste e 91 tiveram o diagnóstico de infeção, correspondendo a uma proporção de positividade nestas circunstâncias em que se esperaria um risco mínimo de estar infetado de 48,7%, maior que entre os participantes *a priori* com risco mais elevado. Neste caso, seremos obrigados a pensar que a perceção individual do risco possa não ser boa conselheira (para decidir fazer o teste ou para identificar uma infeção!) ou então o teste tenha uma frequência de falsos positivos superior ao desejado. Estes factos estão a ser cada vez mais reconhecidos na literatura científica, existindo uma distância ainda demasiado larga entre o desempenho dos testes de diagnóstico em situações ideais de laboratório ou nas condições da vida real.

Entre os 1181 participantes com tosse ou febre e ou dificuldade respiratória, mas sem contactos de risco, 92 (7,8%) realizaram o teste, e 19 deles (20,7%) tiveram um diagnóstico de infeção.

Entre os 1036 participantes que tiveram contactos com casos suspeitos ou confirmados de infeção, mas não referiram tosse ou febre ou dificuldade respiratória, 117 fizeram o teste e 38 (32,5%) foram diagnosticados com infeção (ver Tabela 1)

Tabela 1. Realização do teste e diagnóstico de infeção, de acordo com características clínicas e epidemiológicas dos participantes.

Caraterísticas clínicas e epidemiológicas dos participantes	N	Teste para SARS-CoV-2 N (% da condição indicadora)	Diagnóstico de infeção N (% positivo)
Com sintomas^a e contactos^b	295	73 (24,7)	27 (37,0)
Só com sintomas^a	1181	92 (7,8)	19 (20,7)
Só com contactos^b	1036	117 (11,3)	38 (32,5)
Sem sintomas^a nem contactos^b	8613	187 (2,2)	91 (48,7)

^a tosse ou febre ou dificuldade respiratória

^b contacto pessoal com casos suspeitos ou confirmados de COVID-19

Não sabemos quais as razões que podem ter levado estes participantes a não ter realizado um teste quando aparentemente ele estaria indicado, nem, pelo contrário, o que os levou a decidir fazer esse teste ou a ter-lhes sido prescrito perante um quadro de sintomas ou ligação epidemiológica não sugestiva de risco.

Na Tabela 2, apresenta-se um conjunto de características que poderia determinar essa decisão, de acordo com os sintomas ou os contactos de risco. Só uma situação em que o teste tivesse sido feito a todos nos daria a verdadeira dimensão da importância relativa das indicações que avaliámos. Contudo, e de acordo com a Tabela seguinte, parece que apenas a idade, a atividade profissional, ter ligado para o SNS 24, e a pontuação na escala de medo e ansiedade diferenciavam aqueles que perante condições semelhantes de exposição (sintomas ou contactos) decidiram fazer ou não um teste.

Tabela 2. Realização do teste de acordo com as características dos participantes e a presença ou ausência de sintomas (tosse ou febre ou dificuldade respiratória) ou contactos de risco.

	Contactos e sintomas		Só sintomas		Só contactos		Sem sintomas nem contactos	
	Fez teste?		Fez teste?		Fez teste?		Fez teste?	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Total	222 (75,3)	73 (24,7)	1089 (92,2)	92 (7,8)	919 (88,7)	117 (11,3)	8426 (97,8)	187 (2,2)
Género								
Homens	46 (78,0)	13 (22,0)	243 (92,7)	19 (7,3)	256 (89,2)	31 (10,8)	2398 (98,0)	50 (2,0)
Mulheres	171 (74,3)	59 (25,7)	819 (91,9)	72 (8,1)	641 (88,4)	84 (11,6)	5808 (97,8)	133 (2,2)
Outro	0 (0,0)	1 (100,0)	4 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (100,0)	0 (0,0)
	<i>p=0,191</i>		<i>p=0,765</i>		<i>p=0,723</i>		<i>p=0,827</i>	
Grupo etário								
0-29	59 (84,3)	11 (15,7)	313 (94,6)	18 (5,4)	219 (94,4)	13 (5,6)	2097 (98,4)	35 (1,6)
30-39	67 (72,8)	25 (27,2)	291 (91,2)	28 (8,8)	225 (86,2)	36 (13,8)	1805 (98,1)	35 (1,9)
40-49	52 (71,2)	21 (28,8)	262 (90,3)	28 (9,7)	239 (89,5)	28 (10,5)	2065 (97,9)	44 (2,1)
50-59	20 (66,7)	10 (33,3)	117 (95,1)	6 (4,9)	137 (83,0)	28 (17,0)	1272 (97,2)	36 (2,8)
60+	19 (76,0)	6 (24,0)	84 (89,4)	10 (10,6)	74 (88,1)	10 (11,9)	963 (96,7)	33 (3,3)
	<i>p=0,277</i>		<i>p=0,141</i>		<i>p=0,006</i>		<i>p=0,020</i>	
Região (NUT II)								
Norte	150 (72,5)	57 (27,5)	690 (91,5)	64 (8,5)	607 (88,9)	76 (11,1)	4942 (97,6)	122 (2,4)
Centro	19 (86,4)	3 (13,6)	95 (93,1)	7 (6,9)	86 (90,5)	9 (9,5)	974 (98,7)	13 (1,3)
AM Lisboa	37 (77,1)	11 (22,9)	197 (91,6)	18 (8,4)	163 (89,1)	20 (10,9)	1604 (98,0)	33 (2,0)
Alentejo	4 (100,0)	0 (0,0)	28 (100)	0 (0)	15 (71,4)	6 (28,6)	265 (97,8)	6 (2,2)
Algarve	3 (100)	0 (0,0)	24 (92,3)	2 (7,7)	14 (93,3)	1 (6,7)	189 (99,5)	1 (0,5)
RA Madeira	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (100,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	50 (98,0)	1 (2,0)
RA Açores	2 (66,7)	1 (33,3)	13 (100)	0 (0,0)	3 (75,0)	1 (25,0)	106 (95,5)	5 (4,5)
	<i>p=0,445</i>		<i>p=0,599</i>		<i>p=0,251</i>		<i>p=0,118</i>	
Escolaridade								
Ensino secundário ou menor	39 (70,9)	16 (29,1)	223 (92,9)	17 (7,1)	182 (91,5)	17 (8,5)	1918 (97,5)	50 (2,5)
Bacharelato / Licenciatura	92 (78,6)	25 (21,4)	465 (92,8)	36 (7,2)	399 (87,5)	57 (12,5)	3435 (97,5)	89 (2,5)
Mestrado	65 (69,9)	28 (30,1)	282 (90,4)	30 (9,6)	255 (87,3)	37 (12,7)	2075 (98,3)	35 (1,7)
Doutoramento	20 (83,3)	4 (16,7)	94 (92,2)	8 (7,8)	61 (93,8)	4 (6,2)	774 (99,0)	8 (1,0)
	<i>p=0,326</i>		<i>p=0,607</i>		<i>p=0,221</i>		<i>p=0,013</i>	
Atividade profissional na área da saúde								
Não	154 (79,4)	40 (20,6)	892 (93,2)	65 (6,8)	584 (91,5)	54 (8,5)	6725 (98,1)	128 (1,9)

Sim	62 (66,0)	32 (34,0)	153 (86,4)	24 (13,6)	295 (83,3)	59 (16,7)	1232 (95,8)	54 (4,2)
	<i>p=0,014</i>		<i>p=0,002</i>		<i>p<0,001</i>		<i>p<0,001</i>	
Contactou o SNS 24								
Não	193 (81,4)	44 (18,6)	1047 (95,1)	54 (4,9)	863 (90,2)	94 (9,8)	8348 (97,9)	177 (2,1)
Sim	29 (50,0)	29 (50,0)	42 (52,5)	38 (47,5)	56 (70,9)	23 (29,1)	78 (88,6)	10 (11,4)
	<i>p<0,001</i>		<i>p<0,001</i>		<i>p<0,001</i>		<i>p<0,001</i>	
Score Medo e Ansiedade, média (sd)	50,2 (24,4)	45,6 (25,6)	45,9 (22,4)	41,2 (23,5)	43,5 (22,2)	43,9 (26,8)	39,3 (22,2)	47,6 (21,8)
	<i>p=0,443</i>		<i>p=0,417</i>		<i>p=0,935</i>		<i>p=0,002</i>	

No entanto, pudemos verificar que aqueles que não apresentaram os sintomas, sugerindo indicação clássica para realização do teste, mas referiram outros sintomas considerados inespecíficos, quando fizeram o teste a proporção de positivos foi maior (50%) que entre aqueles onde se esperaria a mais alta frequência de casos. Chama-se também à atenção que a frequência de testes positivos foi significativamente mais baixa entre os profissionais dos setores de atividade relacionados com a saúde humana e o apoio social, mostrando que mesmo perante situações de maior exposição a risco, o conhecimento e a aplicação das medidas de prevenção levam a um risco menor de adquirir a infeção.

Tabela 3. Características dos participantes e probabilidade de ter um teste positivo.

	Resultado do teste para pesquisa de SARS-CoV-2		Valor p
	Negativo	Positivo	
Total	294 (62,7)	175 (37,3)	
Género			0.607
Homens	68 (60,2)	45 (39,8)	
Mulheres	221 (63,5)	127 (36,5)	
Outro	1 (100,0)	0 (0,0)	
Grupo etário			0.002
0-29	54 (70,1)	23 (29,9)	
30-39	88 (71,0)	36 (29,0)	
40-49	78 (64,5)	43 (35,5)	
50-59	43 (53,8)	37 (46,3)	
60+	26 (44,1)	33 (55,9)	
Região (NUT II)			0.546
Norte	206 (64,6)	113 (35,4)	
Centro	16 (50,0)	16 (50,0)	
AM Lisboa	51 (62,2)	31 (37,8)	
Alentejo	7 (58,3)	5 (41,7)	
Algarve	2 (50,0)	2 (50,0)	
RA Madeira	0 (0,0)	1 (100,0)	
RA Açores	5 (71,4)	2 (28,6)	
Escolaridade			0.123
Ensino secundário ou menor	53 (53,0)	47 (47,0)	
Bacharelato / Licenciatura	135 (65,2)	72 (34,8)	
Mestrado	87 (66,9)	43 (33,1)	
Doutoramento	14 (58,3)	10 (41,7)	
Atividade profissional na área da saúde			<0.001
Não	157 (54,7)	130 (45,3)	
Sim	130 (76,9)	39 (23,1)	
Características clínicas e epidemiológicas			<0.001
Sem sintomas, sem contactos	53 (52,5)	48 (47,5)	
Sem sintomas, com contactos	35 (66,0)	18 (34,0)	
Com outros sintomas, sem contactos	43 (50,0)	43 (50,0)	
Com outros sintomas, com contactos	44 (68,8)	20 (31,3)	
Com tosse ou febre ou dificuldade respiratória, sem contactos	73 (79,3)	19 (20,7)	
Com tosse ou febre ou dificuldade respiratória, com contactos	46 (63,0)	27 (37,0)	

BREVE DESCRIÇÃO DOS PARTICIPANTES

Entre os dias 23 de março e 21 de abril de 2020, participaram no estudo 11.125 indivíduos, correspondendo a 127.744 questionários. Dos participantes, 7787 (71,8%) eram mulheres. Quase três quartos (73,9%) tinham menos de 50 anos de idade. A região mais representada nesta amostra foi o Norte, correspondendo a 62,4% dos participantes, seguida da AM de Lisboa (19,4%), do Centro (11,2%), do Alentejo (3,0%), Algarve (2,2%), RA dos Açores (1,2%), e da Madeira (0,5%). A maioria dos participantes tinha completado um nível superior de escolaridade (Bacharelato/Licenciatura 42,4%; Mestrado 25,9%, e Doutoramento 9,0%). Pouco mais de dois terços (66,2%) estavam, em fevereiro de 2020, empregados a tempo inteiro ou parcial. Os setores de atividade profissional mais representados são a educação (18,8%) e as atividades de saúde humana e apoio social (18,1%). Em relação aos seus rendimentos, 3,7% consideram serem insuficientes e 24,9% refere ter de ter cuidados com os gastos.