



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Marta Sofia Sousa Carvalho

COVID-19 E OS PROFISSIONAIS
ESSENCIAIS

Alteração do quotidiano e a perceção de informação
durante a pandemia

Dissertação no âmbito do Mestrado em Antropologia Médica e
Saúde Global orientada pela Professora Doutora Ana Luísa Santos
e pela Professora Doutora Filipa Alvim e apresentada ao
Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e
Tecnologia da Universidade de Coimbra.

julho de 2023

*“Mother's latitude loosens,
she shakes out her hair,
gets down to the business
of repair—*

*of tidying up the mess
we've left in her living room.”*

— Jenny Noble Anderson, *But Still She Flies: Poems and Paintings*

Agradecimentos

Em primeiro lugar cabe-me deixar um agradecimento a todos os docentes que fizeram parte do meu percurso académico, em especial à Professora Doutora Ana Luísa Santos e à Professora Doutora Filipa Alvim por terem aceitado orientar este projeto e por toda a paciência e apoio durante este percurso.

Ao Departamento de Ciências da Vida pela formação académica e pessoal.

A todos os intervenientes deste projeto pela prontidão na sua resposta e pela partilha das suas experiências.

Aos meus pais e à minha irmã, pelo amor incondicional, por acreditarem quando eu não consegui e por todos os sacrifícios para que eu pudesse aqui chegar.

Aos meus avós maternos que foram o um enorme pilar na minha vida, obrigada pelo amor e pelo carinho.

Ao Pedro por ter feito parte deste percurso desde o primeiro dia e pela presença constante nos bons e nos maus momentos.

Aos meus Power Rangers, por serem o meu porto seguro, os meus maiores apoiantes e os primeiros a aceitar qualquer aventura.

Aos meus padrinhos e afilhados, de faculdade e de tuna, pelo companheirismo e por terem crescido comigo.

Deixar, também, um agradecimento às três casas que tão bem me acolheram durante o meu percurso académico, o Núcleo de Estudantes de Antropologia, a Associação Académica de Coimbra e a Quantunna- Tuna Mista da FCTUC.

Índice

Siglas/abreviaturas	5
Índice de tabelas	6
Resumo	7
Abstract.....	8
Introdução	9
Enquadramento Teórico	17
Papel da Antropologia no estudo de epidemias	17
A pandemia em Portugal: perspetiva antropológica	20
Metodologia.....	25
Entrevistas.....	29
Noções sobre o COVID-19: caracterização do vírus, modos de transmissão, cuidados a tomar e alteração de comportamento.....	29
Informação: fontes e confiança.....	31
Conhecimento de casos.....	33
Alterações na vida profissional, familiar e lazer.....	33
Receios face à pandemia.....	37
Melhorias para o estilo de vida.....	38
Considerações Finais	41
Bibliografia.....	43
Apendice A	51
Apendice B	52

Siglas/abreviaturas

OMS- Organização Mundial da Saúde

CoV- Coronavírus

SARS- Síndrome Respiratória Aguda Severa

SARS-CoV-2- Síndrome Respiratória Aguda Severa Coronavírus 2

ECA 2- Enzima Conversora de Angiotensina 2

RNA- Ácido Ribonucleico

PCR- *Polimerase Chain Reaction*/ Reação de Polimerase em Cadeia

EPI- Equipamento de Proteção Individual

SNS- Sistema Nacional de Saúde

Índice de tabelas

Tabela 1- Progressão epidemiológica da pandemia de COVID-19 no mundo, na europa e em Portugal	14
---	----

Resumo

A pandemia de COVID-19 foi um fenómeno que marcou a história recente, entre 2020 e 2023 o mundo foi assoberbado com a rápida emergência e transmissão deste vírus, bem como com o surgimento de novas medidas para a colmatar. Este fenómeno realçou a necessidade de associar as ciências sociais ao estudo da pandemia e à criação de medidas para a combater, na medida em que não se revelaram apenas repercussões a nível da saúde, mas também a nível social, cultural e económico.

Com a introdução de medidas preventivas surgiu a necessidade de categorizar os profissionais que saíram das suas casas para trabalhar como profissionais essenciais. Sendo que os profissionais essenciais são o tema central desta dissertação, pretende-se perceber de que forma foram afetados pela pandemia, assim sendo, os tópicos a abordar serão a escolha e confiança em diferentes fontes de informação e as alterações no seu quotidiano, bem como, a sua perceção do COVID-19 e dos seus modos de transmissão.

A existência de algumas lacunas na investigação científica sobre estes profissionais torna as conclusões retiradas deste estudo centrais à discussão sobre a pandemia.

Palavras-Chave: COVID-19, profissionais essenciais, fontes de informação, alterações do quotidiano

Abstract

The COVID-19 pandemic was a phenomenon that has marked recent history, between the years of 2020 and 2023 the world was burdened with quick emergence and transmission of this virus, as well as, with the creation of new measures to stop its spreading. This phenomenon highlighted the necessity for the association of social sciences to the study of the pandemic and to the creation of new measures to fight it, insofar as, the repercussions of the disease were not only noted in the population's health, but at the social, cultural, and economic levels as well.

With the introduction of preventive measures came the need to categorize the people that left their homes to work as essential workers. Being the essential workers the center of this dissertation, we aim to understand the ways in which they were affected by the pandemic, that being said, the topics to study will be the choice and reliability of different information sources and the changes in their day-to-day life, as well as their perception of COVID-19 and its transmission modes.

The existence of some gaps in the scientific investigation regarding these workers makes the conclusions drawn from this study central to the discussion of the pandemic.

Key Words: COVID-19, essential workers, information sources, day to day life disruption

Introdução

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, OMS, o COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo vírus SARS-CoV-2. O Coronavírus (CoV) pertence a uma família de vírus com uma cadeia única de ácido ribonucleico ou RNA (Hadi et al., 2020). Foi assim denominado devido ao facto de Corona representar os picos em forma de coroa na sua superfície mais exterior (Shereen et al., 2020). Inicialmente, pensava-se que estes vírus infetavam apenas animais, porém, em 2002 dá-se um surto de Síndrome Respiratória Aguda Severa (SARS) na região de Guangdong, China (Zhong et al., 2003). Após o seu surgimento súbito na China, a SARS espalhou-se por 29 países, causando uma epidemia e tendo morto 813 dos 8809 sujeitos infetados antes de ser controlada com recurso a medidas de saúde pública agressivas (Morens et al., 2020). Uma década depois, em 2012, surge outro coronavírus patogénico, conhecido como Coronavírus da Síndrome Respiratória do Médio Oriente (MERS-CoV) que causou uma endemia nos países do Médio Oriente (Wang et al., 2013). Contudo, este vírus, apesar de estar relacionado com o SARS-CoV, não apresenta fácil transmissão entre humanos, fazendo com que os casos ficassem limitados apenas a uma região do mundo (Morens et al., 2020).

O COVID-19 emergiu como a pandemia de doenças respiratórias mais mortífera desde 1918, quando a pandemia de gripe pneumónica ou “gripe espanhola”, causada pelo vírus H1N1 influenza A, matou cerca de cinquenta milhões de pessoas (Morens et al., 2020). Os primeiros casos de COVID-19 na China foram introduzidos como casos de pneumonia cujas causas não eram conhecidas, no entanto, após investigação em laboratório foi possível concluir que se tratava de uma nova estirpe de coronavírus (Hadi et al., 2020). Foi no final do ano de 2019 que Wuhan, China, presenciou um surto deste vírus que matou mais de 1800 indivíduos e infetou mais de 70 000 no espaço de cinquenta dias após a sua deteção (Shereen et al., 2020).

Em dezembro de 2019, em Wuhan, vários adultos deslocaram-se aos hospitais locais com síndrome respiratória severa de causas desconhecidas, a 31 de dezembro o Governo Chinês informou a OMS acerca do surto (Hadi et al., 2020). Pensava-se que, inicialmente, a infeção teria tido origem no consumo de marisco, sendo a sua transmissão apenas feita entre animais e o humano (Hadi et al., 2020), levando ao encerramento dos mercados de marisco em Wuhan, bem como à análise de todo o material e bens

alimentares lá vendidos, no entanto, com o aumento constante dos casos surge a hipótese de transmissão entre indivíduos (Hadi et al., 2020).

Ficou comprovado que a sequência genómica da SARS-CoV-2 é 96.2% semelhante ao CoV RaTG13 encontrado no morcego e 79.5% idêntica à SARS-CoV, portanto, com base nesta comparação e na análise evolutiva, o morcego seria o hospedeiro animal na origem do vírus, sendo que, a transmissão é feita através de hospedeiros intermédios para humanos (Guo et al., 2020). Assim, pode concluir-se que a SARS-CoV-2 poderá utilizar a enzima conversora de angiotensina 2 (ECA 2), o mesmo recetor da SARS-CoV, para infetar humanos (Zhou et al., 2020). A transmissão entre humanos ocorre diretamente através de contacto íntimo com pacientes ou portadores com o vírus em incubação (Guo et al., 2020). Suspeitou-se que o contacto direto com intermédio de animais hospedeiros ou devido ao seu consumo poderá ter sido a rota principal de transmissão, contudo, as fontes e formatos da transmissão continuam indefinidos (Guo et al., 2020).

A transmissão de COVID-19 pode ocorrer de diversas formas, segundo a informação disponibilizada pela OMS (2020c). A transmissão pode acontecer de forma direta ou indireta, sempre derivada do contacto com indivíduos infetados ou das suas secreções, tais como a saliva, secreções respiratórias ou gotículas, que são expelidas aquando de tosse, espirros ou no ato de conversar (World Health Organization, 2020c).

A transmissão por gotículas respiratórias pode ocorrer quando um indivíduo se encontra em contacto próximo, de cerca de 1 metro, com o indivíduo infetado que apresente sintomas respiratórios (World Health Organization, 2020c). Nestas circunstâncias, as gotículas respiratórias que incluem partículas virais podem atingir a boca, nariz ou olhos do indivíduo suscetível, podendo constituir infeção (World Health Organization, 2020c). É, também, possível que se dê transmissão por contacto indireto envolvendo o contacto do indivíduo suscetível com um objeto ou superfície contaminada (World Health Organization, 2020c).

A transmissão aérea é definida como a dispersão de um agente infeccioso através da disseminação de aerossóis que se mantêm infecciosos quando suspensos no ar em longas distâncias e com o passar do tempo (World Health Organization, 2014). A transmissão aérea da SARS-CoV-2 pode ocorrer também durante procedimentos médicos que possam gerar aerossóis (World Health Organization, 2020a) tais como intubação de

doentes ou suporte básico de vida. A transmissão por aerossóis, combinada com a transmissão por gotículas está associada, também, a surtos originados em espaços interiores com grande afluência de indivíduos (World Health Organization, 2020c). Neste tipo de eventos, a transmissão por aerossóis facilita o crescimento de casos, especialmente em espaços pequenos, com má ventilação e em casos em que a higiene das mãos não foi bem executada ou nos quais não se procedeu à utilização de máscara ou à manutenção do distanciamento físico entre indivíduos (World Health Organization, 2020c).

A transmissão por fómites, ou materiais suscetíveis a alojar e transmitir um agente infeccioso, dá-se quando secreções ou gotículas respiratórias expelidas por indivíduos infetados contaminam superfícies ou objetos (World Health Organization, 2020c). Esta transmissão acontece de forma indireta quando um indivíduo suscetível toca em superfícies no ambiente imediato ou em objetos que foram contaminados pela pessoa infetada, seguindo-se do contacto das mãos com o nariz, boca ou olhos do indivíduo suscetível (World Health Organization, 2020c).

O RNA da SRAS-CoV-2 pode ser detetado em indivíduos infetados cerca de 1 a 3 dias após surgirem sintomas, sendo que as maiores cargas virais são encontradas no primeiro dia de sintomas e seguidas de um decréscimo gradual ao longo do tempo (World Health Organization, 2020c). Para se proceder ao diagnóstico do COVID-19, o método de eleição é a deteção de ácido nucleico através de esfreganços nasais e da garganta, ou da recolha de outras amostras do trato respiratório, através de um teste PCR (*Polimerase Chain Reaction* ou Reação de Polimerase em Cadeia) (Guo et al., 2020). Os sintomas do COVID-19, tal como os da SARS, são semelhantes a sintomas de uma gripe (Hadi et al., 2020), apesar de poderem mudar de pessoa para pessoa, a maioria comunica febre, fadiga e tosse seca (Hafeez et al., 2020). Alguns indivíduos podem sentir também dores corporais, congestão nasal, dor de garganta, dispneia e/ou diarreia (Hadi et al., 2020). Em termos de complicações dos sintomas, o COVID-19 pode levar a pneumonia ou síndrome do desconforto pulmonar agudo (Hafeez et al., 2020).

Os termos surto, epidemia e pandemia, já acima referidos, são de uma enorme importância para perceber a evolução do COVID-19. São termos utilizados para descrever infeções, sendo que estas categorias são baseadas na quantidade de casos associados a uma doença em comparação com aqueles que seriam expectáveis num dado período de tempo, bem como na sua expansão geográfica (Grennan, 2019). Um surto é caracterizado por um aumento súbito no número de casos, podem existir mais casos do

que o que seria expectável ou a infeção pode ter sido encontrada numa nova região, contudo, os surtos estão limitados a áreas relativamente pequenas (Grennan, 2019). Uma epidemia trata-se de uma grande disseminação generalizada de uma doença numa população durante um certo período de tempo (Varanda et al., 2020). Existem muitos fatores que influenciam a propagação de uma infeção, dois dos mais importantes são a facilidade com que há transmissão entre indivíduos e o movimento dos indivíduos, especialmente por transporte aéreo, uma vez que as infeções podem ser levadas para novas partes do mundo no espaço de horas (Grennan, 2019).

Para que uma doença infecciosa possa emergir é necessário cumprir três condições, a primeira, de natureza biológica, está relacionada com a compatibilidade do agente infeccioso com os humanos, ou seja, a sua capacidade de infetar e de se reproduzir em humanos, a segunda e a terceira, de natureza antropogénica, implicam que haja contacto entre humanos e o reservatório do agente infecciosos, bem como um ciclo urbano de contacto entre humanos, o COVID-19 exemplifica todas estas condições (Frutos et al., 2020). Após o relato dos primeiros casos de COVID-19 na China durante o final do ano de 2019, a OMS declarou, a 30 de janeiro de 2020, o surto de COVID-19 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (Güner et al., 2020). Desde então o COVID-19 tornou-se uma pandemia devido ao seu longo período de incubação, grande número de casos assintomáticos e grande mobilidade internacional (Frutos et al., 2020). Foi assim que, em março de 2020, a OMS começou a caracterizar o COVID-19 como uma pandemia de forma a enfatizar a sua gravidade e incitar todos os países a tomar ação na deteção da infeção e na criação de medidas preventivas (Güner et al., 2020).

Em fevereiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde confirma a existência de 11953 casos a nível mundial, dos quais 11821 na China e 132 em 23 países mundiais, tendo falecido 259 indivíduos devido à doença (World Health Organization, 2020b). A 16 de março de 2020, mais de 150 países e territórios estavam afetados pelo COVID-19, confirmando-se grandes surtos na China Central, Coreia do Sul, Itália, Irão, França e Alemanha, podendo observar-se que os casos globais sofreram um incremento drástico num curto período de tempo (Helmy et al., 2020). Devido ao crescimento rápido do número de casos positivos e do número de países com casos positivos, a OMS declarou a SARS-CoV-2 como uma pandemia a 11 de março de 2020, sendo que a Europa se tornou o novo centro da mesma a 13 de março de 2020 devido ao grande número de casos positivos identificados (Helmy et al., 2020)

A 9 de fevereiro de 2020, o COVID-19 já tinha ultrapassado a taxa de mortalidade da SARS, nos dias que se seguiram, foram reportados múltiplos casos na europa, contudo, não se considerou nenhuma epidemia regional (Mavragani, 2020). Após este período, os casos de COVID-19 na Europa aumentaram rapidamente, particularmente em países como Espanha, Itália, França, Alemanha, Reino Unido e Turquia, levando a que os dois primeiros ocupassem o segundo e terceiro lugares, respetivamente, no ranking de países com maior número de casos de COVID-19 a nível mundial (Karadag, 2020).

Em Portugal, os primeiros casos diagnosticados foram reportados a 2 de março de 2020 e a primeira morte ocorreu a 16 de março (Shaaban et al., 2020). A 3 de junho o número de casos confirmados por cada 10 000 habitantes era de 32.6, contudo, olhando a nível municipal, o número de casos por cada 10 000 habitantes era superior à média nacional em 50 municípios, não obstante, 34 destes 50 municípios apresentam uma densidade populacional superior à média nacional, realçando o facto de a densidade populacional afetar a propagação da doença (Shaaban et al., 2020).

Ilustrando a evolução epidemiológica da pandemia acima descrita, a tabela 1 mostra o aumento significativo de casos ao longo de um ano de pandemia, desde março de 2020 a março 2021, em termos mundiais, europeus e nacionais.

Tabela 1- Progressão epidemiológica da pandemia de COVID-19 no mundo, na europa e em Portugal (dados recolhidos de (World Health Organization, n.d.-a); (World Health Organization, n.d.-b); (Direção-Geral da Saúde, n.d.).

Localização Datas	Casos no Mundo	Casos na Europa	Casos em Portugal
março 2020	153517	54785	245
agosto 2020	21026758	3787390	53981
dezembro 2020	70476836	23765789	67805
janeiro 2021	98280844	34457310	172893
março 2021	122536880	42516762	32332

Para o combate à pandemia, no seu plano estratégico para o COVID-19 lançado em fevereiro de 2020, a OMS (2020b) definiu como objetivos estratégicos a limitação de transmissão entre indivíduos, incluindo a redução de infeções secundárias entre contactos de risco e profissionais de saúde; identificação, isolamento e cuidado de pacientes com COVID-19 o mais cedo possível; identificação e redução de transmissão por fonte animal; abordar os pontos ainda não estudados relacionados com a severidade clínica, extensão da transmissibilidade e infeção, opções de tratamento, bem como a aceleração do desenvolvimento de meios de diagnóstico, métodos terapêuticos e vacinas; comunicação

do risco crítico e informar as comunidades de forma a combater a desinformação; minimização dos impactos sociais e económicos através de parcerias multissetoriais. Pretendia-se atingir estes objetivos através do estabelecimento de coordenação internacional; aumentar a preparação e operações de resposta a nível nacional; acelerar a investigação e inovação prioritárias de modo a sustentar um processo global claro e transparente de forma a acelerar este processo (World Health Organization, 2020b).

No decorrer da pandemia as medidas sofreram alterações conforme a criação de mais conhecimento e com o avanço da investigação sobre a doença. As medidas adotadas inicialmente passavam pelo isolamento de casos positivos ou prováveis, sendo o uso de máscara obrigatório para o indivíduo infetado e para quem lhe fornece cuidados, tendo sido esta medida decretada em Portugal a 17 de abril de 2020 no Decreto n.º 2-C/2020 em Diário da República, lavagem das mãos frequente e/ou uso de desinfetante (Hadi et al., 2020). Ao nível da comunidade recomendou-se o distanciamento social e físico, evitar lugares com ajuntamentos de pessoas, adiamento ou cancelamento de viagens desnecessárias, etiqueta respiratória, lavagem e desinfeção das mãos e uso de máscara para pacientes com sintomas respiratórios (Hadi et al., 2020). As estratégias mais importantes a nível comunitário, e que se mantiveram durante toda a duração da pandemia, são a lavagem e desinfeção recorrente das mãos e a distanciamento social e físico, de forma a garantir a mitigação da progressão do vírus, muitos governos adotaram medidas de confinamento, nestes casos as medidas podem incluir o encerramento parcial ou total de instituições de educação e locais de trabalho, priorizando o teletrabalho; a limitação do número de visitantes e limitação dos contactos entre residentes em locais como lares ou prisões; cancelamento, proibição e restrição de grandes ajuntamentos ou aglomerações familiares; quarentenas obrigatórias em edifícios ou áreas residenciais; encerramento de fronteiras internas ou externas; restrições de circulação (Güner et al., 2020).

Em Portugal, para além destas medidas, foi decretado a 18 de março de 2020 pelo Presidente da República o primeiro estado de emergência no decreto-lei nº 14-A/2020, que impôs medidas urgentes extraordinárias sob a forma de restrições nos movimentos domésticos e internacionais e a aplicação de regras distanciamento social (Shaaban et al., 2020). Este estado de emergência foi renovado a cada 15 dias conforme a progressão da doença no país (Assembleia da República, n.d.). Relativamente à capacidade de vigilância de casos, a partir de 3 de junho de 2020, o governo criou uma rede de centros de testagem

que consistia num total de 205 laboratórios distribuídos por todo o país (Shaaban et al., 2020).

Os resultados iniciais da pandemia revelaram-se sob a forma de uma grande embargo económico em certas indústrias e nas suas forças laborais, sendo que esta crise económica surge em parilha com a emergência médica causada pelo COVID-19 (Kane & Tomer, 2021). Com o crescimento da pandemia, muitos negócios foram forçados a encerrar, o que levou ao desemprego de inúmeros profissionais, contudo, os indivíduos que continuaram a trabalhar foram forçados a confrontar-se com novos desafios que se foram diferenciando conforme a sua classe social e económica, alguns destes tiveram que transferir o trabalho feito num escritório para as suas casas, trabalhando remotamente, os restantes, que integram as chamadas indústrias essenciais, não receberam esta oportunidade, colocando-se em maior risco de contração de COVID-19 devido à necessidade de apenas ser possível desempenhar as suas funções presencialmente no local de trabalho (Gaitens et al., 2021).

Sendo esta dissertação focada nos profissionais essenciais, torna-se imperativo explicar quem são estes indivíduos. Os profissionais essenciais, ou seja, os indivíduos que integram indústrias em que não se permitiram fenómenos de *lay-off* ou trabalho remoto, são responsáveis por garantir que a restante comunidade, que se encontra a cumprir regras de isolamento ou distanciamento social, consegue manter alguma normalidade nas suas vidas, desde a reposição de comida nos supermercados, à manutenção da eletricidade, à recolha do lixo produzido, até aos profissionais que continuam a fornecer cuidados médicos (Kane & Tomer, 2021). Em Portugal foram definidos como profissionais de saúde, das forças e serviços de segurança e socorro, trabalhadores dos serviços públicos essenciais e de instituições como lares ou apoio a idosos, gestão e manutenção de infraestruturas e outros serviços essenciais, como descrito no Decreto-Lei nº 22/2020 de 16 de maio de 2020.

Durante os primeiros meses de pandemia, o termo “profissionais essenciais” estava associado apenas a profissionais de saúde, estes profissionais salvaram vidas e foram integrais na resposta ao COVID-19, muitas vezes exercendo as suas profissões em condições de perigo e exaustão e com recurso a equipamento de proteção individual (EPI) inadequado (Roberts et al., 2020; The Lancet, 2020). Apesar de estes profissionais terem sido aplaudidos pelos seus atos de heroísmo, existe menos reconhecimento para os profissionais essenciais que estão empregados em áreas e indústrias que se estendem para

além do setor da saúde, estes profissionais incluem colaboradores de supermercado, profissionais dos transportes públicos, profissionais hospitalares, profissionais das indústrias alimentares, agricultores, operários fabris, profissionais das forças de segurança, entre outros (Roberts et al., 2020).

O rótulo de profissional essencial, reflete as necessidades da sociedade, contudo, não implica que a sociedade tenha compensado estes profissionais pelos riscos adicionais sofridos durante a pandemia (McCormack et al., 2020). Observando as características do trabalho destes profissionais, pode ver-se que estes estão em constante contacto com os seus colegas, utentes, clientes e outras pessoas que se tornam inevitáveis no seu local de trabalho (Tilly, 2020). Pode também perceber-se que o local de trabalho destes profissionais foi um dos maiores canais de contágio, ameaçando os efeitos do confinamento decretado, principalmente devido ao facto de, inicialmente, não ter havido capacidade monetária e de distribuição para fornecer quantidades adequadas de Equipamento de Proteção Individual, EPI, mesmo em setores críticos, como o da saúde (Aloisi & De Stefano, 2022). A combinação destes fatores levou a que os profissionais sentissem uma intensificação e extensão do seu trabalho (Hodder, 2020). Principalmente durante a primeira vaga da pandemia, pôde observar-se a sobrecarga dos sistemas de saúde, fazendo com que os profissionais de saúde sentissem dificuldade em lidar com os longos horários, fadiga e stress psicológico extremo (Karlsson & Fraenkel, 2020). Não tendo acesso ao EPI necessário para realizar o seu trabalho, os profissionais de saúde tiveram que lidar com pacientes COVID-19 positivos com EPI inadequado, o que contribuiu para um incremento do risco de contágio (Kua et al., 2020).

Esta dissertação foca-se num trabalho etnográfico desenvolvido em relação aos profissionais essenciais, abordando temas como a sua perceção da pandemia, o tipo e qualidade de informação que lhes é fornecida e como foi alterada a sua vida profissional, familiar e de lazer. Em termos de organização, esta dissertação divide-se em: enquadramento teórico, metodologia, entrevistas e sua análise e considerações finais.

Enquadramento Teórico

Papel da Antropologia no estudo de epidemias

Singer (2014) afirma que, associado ao fenómeno da Antropologia de Doenças Infeciosas, está uma conceptualização biossocial e biocultural, ou seja, perceber que os fatores sociais e culturais têm um papel central no contexto em que se encontra a doença, mediando o impacto dos agentes infecciosos nos humanos. O ponto central desta conceptualização advém do facto de a infeção nem sempre ser só biológica, não negando que parte constituinte é biológica, mas sim que, a avaliação cultural e social da infeção pode explicar porque é que a doença surge em determinado momento ou local e tem determinada finalidade (Singer, 2015). As epidemias não se disseminam uniformemente, mas são fatores fulcrais na ampliação das falhas inerentes às sociedades, alimentando-as, sejam elas a classe, o género, emprego, idade, área de residência, nacionalidade ou estatuto legal, isto significa que as determinantes culturais, sociais, políticas e económicas devem ser tidas em consideração aquando da criação de uma resposta a uma epidemia, auxiliando-se das disciplinas das ciências sociais (Varanda et al., 2020).

Os fatores patogénicos encontram-se em constante fluxo, alterando-se conforme o ambiente que habitam, podendo ainda ser afirmado que as ações humanas estão no cerne destas transformações, uma vez que, as alterações do ambiente e das interações humanas com o mesmo são um fator contributivo para as alterações dos microrganismos, alguns dos quais representam repercussões significativas para a saúde humana (Singer, 2015). O método ecologista/evolutivo da Antropologia Médica dita que as sociedades humanas estão em constante mutação e recriação do ambiente físico e biológico, ao qual depois se adaptam através de processos de evolução conjuntos entre a biologia e cultura humanas, sendo que, se tornou claro que a pobreza e falta de poder são fatores que impedem a capacidade de adaptação humana (Townsend, 2011). Se observarmos sociedades com pouca presença de doenças infecciosas, é fácil perceber como se subestima a forma como as doenças moldam a biologia, o comportamento e a experiência humanas, tornando-se importante estudar a forma como certas doenças afetam diferentes populações para observar a sua variabilidade entre sociedades (Brown et al., 2011).

Com o final do século XX, era esperada a erradicação de todas as doenças infecciosas do planeta, associada à proteção conferida por antibióticos no combate a determinadas doenças, contudo, foi-se verificando que os reservatórios animais

desempenham uma função na sustentação de múltiplos agentes infecciosos que causam doenças em humanos, bem como, o contributo que o comportamento humano tem na exposição a novos fatores patogénicos, na renovação de agentes infecciosos antigos e no reforço da virulência de alguns micróbios (Singer, 2015). Até recentemente, a mudança ambiental mais dramática esteve associada com a evolução cultural para a agricultura, incluindo a mudança na utilização dos terrenos e nos padrões de povoação, bem como a criação de relações com animais domesticados, levando à aquisição de algumas das suas doenças (Townsend, 2011). Atualmente, a globalização é o principal agente na alteração dos contextos sociais e de saúde na vida humana, fazendo com que a extensão das doenças infecciosas aumente devido ao rápido movimento de bens e serviços no mundo (Singer et al., 2011). Assim, compreender as interações entre doença, cultura, iniquidade social e ecologia é a forma mais produtiva de compreender a condição humana (Brown et al., 2011). É, então, importante utilizar um olhar crítico associado à Antropologia Médica de forma a ser possível criar questões como a compreensão da forma como o capitalismo como ordem social e económica da globalização, aumenta o risco das sociedades humanas de contração de zoonoses devido à destruição de habitats (Gamlin et al., 2021).

A Antropologia é vital no decorrer da pandemia, uma vez que, a atividade antropológica, apesar de se diferenciar na forma como é levada a cabo, se mantém, no seu cerne, intacta, é possível continuar a observar, experienciar e participar no contexto atual e escrever sobre ele, criando-se formas de incluir conhecimento crítico em situações que parecem óbvias e comuns, num mundo político em que a emergência e a urgência se sobrepõe à crítica e reflexão dos temas (Adams & Nading, 2020). É possível afirmar que o COVID-19 é provavelmente a mais recente de muitas pandemias ao longo do século XXI e, portanto, é importante que se recorram a perspetivas que sejam capazes de identificar a ecologia capitalista mundial, com premissa na exploração e extração de recursos, como o principal determinante da distribuição de doenças, que atualmente se encontra excluído dos discursos globais de saúde associados à pandemia (Gamlin et al., 2021). Torna-se também importante observar a pandemia como sendo uma crise global que gera impactos locais diferentes, sendo este fenómeno central ao estudo do COVID-19 à luz da Antropologia, este impacto na sociedade tanto varia conforme o país, como entre cidades, nações, indivíduos e os territórios em que estes coexistem (Castro et al., 2022).

Assim, é importante pensar em saúde global através da perspectiva da antropologia, esta fixa-se em três pontos, a economia política da desigualdade, a desigualdade surge como um dos obstáculos mais críticos ao desenvolvimento da saúde global, que é mais do que um fenómeno biológico; a diversidade cultural e adaptação à cultura, um sistema global de saúde deve ser estabelecido tendo por base as considerações culturais locais, as suas realidades e valores; e a etnografia de diferentes espécies, a etnografia apresenta grandes vantagens no estudo a longo prazo do quotidiano dos indivíduos, contudo é, toda ela, antropocêntrica, assim, torna-se importante introduzir o estudo dos restantes seres vivos na saúde global (Ji & Cheng, 2021). Dar importância ao estudo da saúde global com base nestes três alicerces surge de acordo com o que já tem vindo a ser reiterado pelos antropólogos, que as doenças não respeitam fronteiras geopolíticas, principalmente no contexto de crescente globalização e conectividade entre indivíduos a que se assiste atualmente e que molda o potencial modo de transmissão das doenças. Contudo, é necessário ter em atenção que este problema não surge apenas do comércio e viagens, uma vez que, as disparidades políticas, económicas e sociais também influenciam a forma como um vírus se dissemina, determinando quem é mais afetado pelas potenciais consequências (Gray et al., 2020).

Deparamo-nos com um vírus em constante mutação genética, com casos que se dão de forma aleatória e com diferentes impactos na sociedade, se por um lado temos países que apresentam políticas progressistas na sua esfera estrutural, por outro, temos países mais periféricos e com menos estrutura nas suas políticas, assim, nos primeiros, as consequências da pandemia terão uma resolução mais rápida, enquanto que nos segundos, os efeitos podem ser desastrosos (Castro et al., 2022). Assim, a rápida disseminação do COVID-19 gerou grandes preocupações ao público e aos sistemas de saúde, apesar da geração de conhecimento acerca da transmissão da doença, existiram problemas com a assimilação da mesma por diferentes grupos da população (Sonekar & Ponnaiah, 2020). Este fenómeno pode estar relacionado com o facto de a linguagem usada ser de natureza técnica e, portanto, não seria de fácil compreensão para a população em geral, além disso, não existiram oportunidades para procurar e obter clarificação dos termos científicos (Sonekar & Ponnaiah, 2020). Para ser possível endereçar estas preocupações é útil juntar à conversa profissionais da Antropologia e ciências sociais, especialistas em etnografia, de forma a ser possível receber uma resposta coletiva dos indivíduos afetados e criar estratégias futuras (Sonekar & Ponnaiah, 2020). Assim, a adoção de uma perspectiva

multidisciplinar, incluindo conhecimento sociocultural histórico, produz um melhor entendimento do processo longo e complexo da criação de uma pandemia, onde as visões biomédicas são apenas uma pequena porção de um todo altamente articulado (Varanda et al., 2020).

A adesão do público a restrições, semelhantes às vistas para colmatar a pandemia de COVID-19, podem influenciar o sucesso da implementação das regras restritivas (Fridman et al., 2020). Uma vez que, durante uma crise de saúde, múltiplas subpopulações do público terão interesses e questões específicas que deverão ser abordadas nas comunicações relacionadas com a saúde, bem como por parte dos profissionais e organizações de saúde que irão usar a comunicação e outras estratégias para fomentar mudanças de comportamento (Henrich & Holmes, 2011). Esta adesão depende do quão informada está a população acerca das consequências da infeção (Brug et al., 2004). As falhas de comunicação foram uma grande preocupação durante a pandemia, uma comunicação menos eficaz pode gerar pânico e medo nos indivíduos em qualquer camada social, uma vez que, durante este tipo de crise, as caras importantes, como os líderes a vários níveis, são procurados para informar a população, é, então, necessário que estas pessoas apresentem a informação acerca da transmissão da doença e das formas corretas de aplicar as medidas de controlo e prevenção com clareza, de modo que a mensagem seja transmitida de forma adequada à população (Sonekar & Ponnaiah, 2020). Deste modo, o estudo e consequente elaboração de um plano estratégico de uma epidemia exige que se crie espaço para as ciências sociais, ou seja, as disciplinas de estudos focados na sociedade, nas instituições e nas culturas (Varanda et al., 2020).

A pandemia em Portugal: perspetiva antropológica

O combate à pandemia na Europa foi abordado de duas formas distintas, por um lado, houve países a aumentar drasticamente a testagem dos seus cidadãos, identificando e isolando cadeias de transmissão conhecidas através da testagem, por outro lado, outros países apostaram na implementação de estados de emergência de forma a poder utilizar medidas de isolamento social e confinamento da maioria da população (Freitas & Santos, 2020). No caso português vimos medidas semelhantes às do segundo grupo, contudo, os fatores relevantes para esta decisão foram o conhecimento do caso de Itália e a ameaça

crecente que a pandemia traria ao Sistema Nacional de Saúde, SNS, (Freitas & Santos, 2020).

A população portuguesa demonstrou um incremento na sua confiança no SNS, nos seus profissionais e nas autoridades de saúde nacionais durante a pandemia (Varanda et al., 2020). Esta confiança nos sistemas de saúde é importante na sua relação com a legitimidade das autoridades de saúde pública e, conseqüentemente, com a cooperação da população. A confiança é central a qualquer epidemia, já que a comunidade tem de concordar com as medidas impostas, esta crença no SNS, deve também ser extrapolada para o grande esquema, na medida em que, se trata de um fator de extrema importância na comunicação entre entidades de saúde globais e locais (Varanda et al., 2020).

A pandemia de COVID-19 trouxe consigo medidas de controlo da transmissão do vírus, entre elas a do distanciamento social, desta forma, os indivíduos, apesar de viverem num mundo onde os avanços tecnológicos permitem uma aproximação maior entre si, depararam-se com as dificuldades do isolamento social no sentido da restrição da interação humana (Gerônimo et al., 2022). Sendo a pandemia geradora de enormes impactos no relacionamento social derivado do confinamento, este afetou as relações sociais a nível interpessoal, dos eventos festivos onde é identificável a relação entre grupos ou dos eventos reivindicativos, como por exemplo, as manifestações (Leal, 2020).

Outro ponto importante relacionado com as medidas preventivas de combate à pandemia é o da perda da capacidade de afeto, associado à priorização da saúde, estabelecendo-se uma mudança de paradigma no pensamento humano, uma vez que, o afeto é uma das formas de expressão do corpo humano, proporcionando interações entre indivíduos (Gerônimo et al., 2022). O suspender dos eventos fez com que a capacidade de corporalidade social associada ao afeto ficasse em suspenso, uma vez que, a manutenção de relações sociais passou para a esfera tecnológica (Leal, 2020). Ao longo da pandemia, as relações de intimidade entre indivíduos viram-se alteradas, ou seja, as relações que já existiam em contexto *off-line* passam a ser complementadas e fortalecidas pela utilização de meios de comunicação digital (Ricarte, 2020). Neste caso em concreto, faz sentido concluir que, devido à privação de relações sociais no contexto tradicional, o recurso às redes sociais e plataformas de videochamada aumentou, na medida em que se potencia comunicação à distância de forma mais simples (Ricarte, 2020).

Nos primeiros meses de pandemia, os efeitos sociais, pessoais, políticos e económicos fruto do confinamento total dos indivíduos foram inéditos, como exemplo temos a recessão, instabilidade política, aumento drástico do desemprego e ajuda alimentar, da obesidade, da violência doméstica, bem como, da carga de trabalho doméstico e stress associados a uma distribuição de tarefas desigual dentro das habitações (Castro et al., 2022). O fenómeno pandémico não só trouxe grandes mudanças devido à forma como as políticas impostas protegiam a população, através da proibição de mobilidade, mas também pela forma como estas normas perturbaram o direito fundamental ao lazer, sendo esta uma necessidade intrínseca dos indivíduos durante períodos como o que vivemos (Castro et al., 2022). O distanciamento social e consequentemente o confinamento, que surgem de forma a evitar a concentração de pessoas nas ruas e, consigo, a transmissão acentuada de COVID-19, fez com que fosse possível observar-se um aumento na utilização de meios de comunicação digitais, tendo sido eles utilizados para a manutenção de interações sociais, educação ou trabalho (Ricarte, 2020). Com a pandemia a tecnologia tornou-se central ao quotidiano dos indivíduos, tornando-se a sua utilização constante e sem pausas, o que culminou na implementação de um novo paradigma, o facto de o exercício físico, o teletrabalho, as aulas, a vida familiar e o trabalho doméstico acontecerem todos no mesmo local, a casa, fez com que as mentes e os corpos sentissem um maior cansaço, não apenas associado ao confinamento, mas também a esta dependência tecnológica (Castro et al., 2022).

Num contexto de opressão de liberdades individuais, observando-se que o corpo se torna temporariamente desprovido da capacidade de exercer movimento, é possível verificar que as pessoas reconhecem a necessidade de lazer nas suas vidas e a importância que este tem nos seus corpos, assim, foi necessário que as restrições de mobilidade entrassem em vigor para que se desse valor e se entendesse a necessidade do lazer no quotidiano (Castro et al., 2022). Ao falar de opressão de liberdade, é também importante referir os receios associados à pandemia, que estão associados à perda ou contágio de familiares próximos, perda de liberdade e autonomia individual resultante da constante vigilância e higienização dos corpos e locais, relacionados também com a crescente taxa de desemprego, falta de consistência da informação transmitida aos cidadãos e falta de cumprimento das normas do governo, especialmente por elementos do agregado familiar (Silva et al., 2022). Sendo, também, importante referir que os sentimentos de medo e incerteza associados à dubiedade do COVID-19 e do contexto pandémico são

significativos, na medida em que, a pandemia se apresenta de formas distintas a cada indivíduo, tendo como fator comum, a insegurança do futuro e da saúde (Gerônimo et al., 2022). É importante referir que a forma como o corpo passou a ser percebido durante a pandemia mudou, inicialmente com o medo de dor e sofrimento, associado à ideia de adoecimento, e mais tarde relacionado com a angústia, desespero e sentimento de abandono vinculados aos diversos confinamentos (Gerônimo et al., 2022).

A repressão de liberdades e a consequente geração de medos e ansiedades associadas à pandemia fez com que os indivíduos se vissem obrigados a criar estratégias de superação e a repensar a forma como vivem. Relativamente às estratégias de superação é de realçar a mudança de práticas do quotidiano, procurando realizar atividades de lazer em casa, usar as redes sociais para comunicar com a família e amigos e a manifestação de esperança baseada em exemplos de solidariedade e resiliência (Silva et al., 2022). As restrições do movimento fazem com que as pessoas se vejam obrigadas a questionar a forma como vivem em grandes centros urbanos, na medida em que, existe um protocolo sanitário necessário à contenção de casos de COVID-19, que inclui o controlo dos espaços de lazer e a proibição do seu uso, levando a que se viva em constante tensão entre a ideia de adoção das regras ou a resistência às mesmas (Castro et al., 2022).

Finalmente, é importante referir os profissionais essenciais, reforçando o ambiente dos profissionais de saúde e de segurança, e as alterações que sentiram durante a pandemia. O contexto em que estes exercem a sua atividade é um contexto de crise e emergência, na medida em que, estes profissionais lidam com situações de caráter imprevisível geradores de sofrimento humano e que exigem uma resposta rápida e eficaz, cuja aplicação pode revelar-se difícil (Rolão, 2021). Torna-se, então, crucial falar do impacto do COVID-19, a médio e a longo prazo, nos profissionais essenciais, visto que este trouxe um grande impacto a nível social e económico associado ao comprometimento da produtividade dos mesmos no seu local de trabalho e no seu quotidiano (Gerônimo et al., 2022). Salientando que os profissionais essenciais não foram capazes de separar a esfera pessoal da esfera profissional durante a pandemia, na medida em que, não foram sujeitos apenas às alterações que todos os cidadãos sentiram aquando da pandemia, como também sentiram alterações profundas na forma como exercem a sua profissão (Rolão, 2021), reforçando que a forma como lidaram com esta situação de crise não dependeu de treino formal, já que o não tiveram, dependeu sim da experiência e do facto de lidarem

com diversas situações deste género, sendo capazes de criar ferramentas de superação e sentido de resiliência (Rolão, 2021).

Metodologia

Para a investigação desta dissertação, foram utilizados métodos qualitativos sob a forma de entrevistas com a finalidade de criar um estudo etnográfico sobre o COVID-19 e os profissionais essenciais, nomeadamente tópicos como a perceção e obtenção de informação e as alterações nas suas vidas pessoais e profissionais. Disciplinas como a antropologia médica têm um papel central no estudo da disseminação de COVID-19 e na documentação e análise de teorias sobre o vírus e como estas se propagam (Ali, 2020). O papel da antropologia no estudo das doenças infecciosas foca-se em aspetos como a criação de estudos formativos, interpretação, investigação e resposta e análise dos eventos e dados (Stellmach et al., 2018).

A antropologia apresenta uma abordagem distinta à recolha e interpretação de dados e que pode gerar perspetivas produtivas, estas perspetivas derivam de pressupostos estruturais sobre a natureza da realidade social e da ação humana, conjugando-se com o uso de observação participante (Lambert & McKevitt, 2002). Deste modo, a pesquisa antropológica implica a partilha de experiências e a promulgação de ambientes únicos, portanto, não se deve considerar um fenómeno pandémico apenas através de dados numéricos, deve-se sim, considerar este um fenómeno de sensibilidades, uma vez que, uma pandemia é uma experiência incorporada (Segata, 2020). Consequentemente, os métodos qualitativos são de extrema importância para compreender as respostas sociais à pandemia (Teti et al., 2020).

Tal como visto noutras situações epidémicas, este tipo de metodologia permite capturar e perceber como é que os indivíduos criam sentido e significado de saúde e doença (Schatz et al., 2013; Teti et al., 2020), assim, é necessário ter em conta as respostas sociais dos indivíduos à doença e as suas interações com os outros (Leach et al., 2020)

As entrevistas permitem explorar e adotar diferentes pontos de vista, significados e motivações (Teti et al., 2020), uma vez que, a prática antropológica garante que as distinções entre declarações normativas, reconstruções narrativas e práticas utilizadas são reconhecidas através da situação das declarações dos indivíduos entrevistados e das circunstâncias da entrevista no contexto vasto da vida da pessoa (Lambert & McKevitt, 2002) Em suma, os métodos qualitativos tornam-se centrais ao estudo da pandemia,

através da compreensão do papel das pessoas que estão envolvidas e podendo ajudar a criar soluções e estratégias mais eficazes (Teti et al., 2020).

O desenvolvimento da investigação para esta dissertação ocorreu em duas fases: i) primeira fase de entrevistas e ii) segunda fase de entrevistas. Inicialmente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas a três sujeitos de diferentes faixas etárias, utilizando as suas respostas para perceber se o guião criado estava em conformidade com o tema de investigação e se seria ou não necessário editar o conteúdo e formato das questões. Na segunda fase de entrevistas o foco tornou-se o quotidiano dos profissionais essenciais, tendo sido entrevistados profissionais que tenham desempenhado funções indispensáveis desde o início da pandemia de COVID-19 em março de 2020, utilizando o mesmo guião das entrevistas iniciais.

Através da aplicação de um método qualitativo no desenvolvimento da investigação, no caso recorrendo ao uso de entrevistas, foi possível escolher a utilização da amostra recorrendo à amostragem deliberada (*deliberate sampling*), que permitiu uma seleção de indivíduos ponderada e seletiva (Kothary, 2004), de forma a que os indivíduos entrevistados fossem ao encontro dos pré-requisitos que surgiram das hipóteses criadas para o estudo do tema.

As entrevistas decorreram de acordo com o formato de entrevista semiestruturada (Apêndice B), tendo sido o conteúdo definido previamente, contudo, este formato fornece uma margem para o aprofundamento de alguma questão que possa surgir durante o processo, podendo, também, ser alterada a linguagem usada de modo a facilitar a compreensão do entrevistado (Cohen et al., 2007), sendo que, é o modelo mais semelhante com uma conversa informal (Burgess, 2002), oferecendo também mais conforto ao entrevistado. Para a realização das entrevistas foi feito um contacto inicial para a breve explicação dos objetivos das mesmas e marcação de um horário conveniente, deste modo, foram feitos dois contactos por cada entrevistado.

Antes da realização de cada entrevista, o entrevistado assinou um formulário de consentimento informado (Apêndice A), após a explicação do procedimento, do destino do seu depoimento e do consentimento para a gravação do áudio. Desta forma, o entrevistado soube, *a priori*, quais os objetivos desta dissertação, possibilitando, também, uma maior confiança no método (Cohen et al., 2007).

As entrevistas, tal como referido acima, foram realizadas em duas fases, com três e cinco entrevistados, respetivamente, todos com mais de 18 anos. O procedimento começou com a elaboração de um guião (Apêndice B) com questões relativas ao comportamento face à pandemia, à obtenção e compreensão de informação relativa à COVID-19 e às alterações no estilo de vida devido à situação atual.

Aquando das primeiras entrevistas, foram selecionados dois homens, com 49 e 21 anos, e uma mulher, com 29 anos, tendo sido a primeira entrevista presencial em Paredes de Coura a 4 de janeiro de 2021, e as seguintes a 21 e 25 de janeiro de 2021, respetivamente, através da plataforma *Facebook Messenger*, de forma a respeitar as regras impostas pelo Decreto-Lei nº 8-A/2021 de 22 de janeiro de 2021. Relativamente à profissão e escolaridade, os indivíduos entrevistados exerciam as profissões de polícia, cuja escolaridade é Doutoramento em Desporto e Saúde, operário fabril, com escolaridade do 3º ciclo do Ensino Básico, e que à data da entrevista estava desempregado, e psicóloga, cujo grau de escolaridade é Mestrado, respetivamente, foram escolhidos para serem entrevistados por serem pessoas que residem na minha área de residência e com as quais já tinha algum contacto prévio. Para estas entrevistas foi usada uma metodologia de escolha dos indivíduos mais alargada, uma vez que a aproximação ao tema da dissertação permitia que fossem entrevistados indivíduos de várias faixas etárias e com diferentes graus de escolaridade. Contudo, um dos três indivíduos entrevistados nesta fase é profissional essencial, desta forma, as respostas da sua entrevista serão necessárias à análise de resultados desta dissertação. As entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente analisadas.

Mais tarde, após análise da informação recolhida nas primeiras entrevistas, avançamos para a realização de novas entrevistas, foram entrevistados dois homens, de 30 e 25 anos, a 16 de junho e 6 de julho de 2021, respetivamente, sendo que a primeira entrevista foi presencial em Paredes de Coura e a segunda recorrendo à plataforma *Facebook Messenger*, e três mulheres, de 23, 31 e 27 anos, a 19 de maio, 25 de maio e 8 de junho de 2021, respetivamente, tendo sido a primeira realizada presencialmente em Paredes de Coura, a segunda através da plataforma *Zoom* e a terceira recorrendo ao *Facebook Messenger*, devido a constrangimentos de disponibilidade e distância dos entrevistados. Relativamente à profissão e escolaridade, os indivíduos entrevistados eram todos profissionais essenciais exercendo profissões de enfermeiro, cuja escolaridade é Licenciatura, farmacêutico, cujo grau de escolaridade é Mestrado, operadora de

supermercado, cuja escolaridade era Ensino Secundário, médica, cuja escolaridade é Mestrado, e técnica auxiliar de saúde, cujo grau escolaridade é Curso Técnico Superior Profissional, tendo sido escolhidos para serem entrevistados por serem pessoas que residem na minha área de residência e com as quais já tinha algum contacto prévio, com a exceção da operadora de supermercado, com a qual trabalhei durante seis meses. Estas entrevistas foram realizadas apenas a profissionais essenciais de forma a garantir que a investigação estava de acordo com o tema da dissertação, tendo sido transcritas na íntegra e analisadas posteriormente de forma a obter a informação relevante para a análise dos resultados desta dissertação.

As entrevistas seguiram a mesma estrutura, começando com a identificação do indivíduo através de dados como o nome, idade, escolaridade, profissão, naturalidade e local de residência, de seguida foram questionados sobre o que conheciam sobre o COVID-19, como o definiam, que cuidados tomavam e como se alterou o comportamento desde o início da pandemia até ao momento da entrevista, posteriormente, foram questionados sobre a obtenção e qualidade da informação sobre a doença, bem como do conhecimento de indivíduos infetados, finalmente foram colocadas questões sobre como é que a pandemia veio alterar as suas vidas, quais os seus receios e se houve alguma nota positiva. Foram entrevistados no total oito indivíduos dos quais seis têm profissões consideradas essenciais, assim sendo, apenas estas serão incluídas no capítulo “Entrevistas” desta dissertação.

Entrevistas

Tal como referido na secção de metodologia desta dissertação, as entrevistas foram realizadas em 2021 e seguiram um guião pré-definido (Apêndice B) antes do início da investigação, guiando-se pelas normas de uma entrevista semiestruturada. Assim, a análise das mesmas seguirá a estrutura do guião.

Noções sobre o COVID-19: caracterização do vírus, modos de transmissão, cuidados a tomar e alteração de comportamento

O farmacêutico entrevistado diz que *“a COVID-19 é a doença provocada pelo vírus SARS-CoV-2 que consiste numa doença do foro respiratório que se propaga por aerossóis sobretudo, mas também pelo contacto direto entre indivíduos e com superfícies contaminadas”* (06/07/2021).

No decorrer das entrevistas foi possível averiguar que os entrevistados descrevem o COVID-19 e os seus modos de transmissão de forma semelhante à descrição da OMS, dizendo que se trata de uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2, que afeta diferentes indivíduos de forma distinta em termos de sintomatologia e, cuja transmissão, ocorre através de gotículas expelidas pelas vias aéreas de pessoas infetadas.

Consegui, também, verificar que a informação fornecida pelos diferentes indivíduos diferiu na sua completude, sendo que alguns indivíduos definiram o COVID-19 de forma mais simples que outros. Como exemplo podemos observar o testemunho da operadora de supermercado, *“o COVID-19 é um vírus e transmite-se pelo ar e é bastante infeccioso”* (19/05/2021), justapondo-o com o do polícia, *“doença provocada por um vírus denominado como SARS-COV-2, a doença tem o número que corresponde ao ano em que foi descoberto o vírus, que é 19, é um vírus respiratório que se transmite por gotículas expelidas pelas pessoas e transmite-se por via aérea. É uma doença que tem uma taxa de mortalidade muito elevada em pessoas com uma idade já bastante avançada e principalmente em pessoas que tenham já alguns problemas”* (04/01/2021). Esta discrepância nos testemunhos poderá estar relacionada com as fontes utilizadas para obter informação sobre a doença e com a sua assimilação, bem como, possivelmente, com os diferentes níveis de escolaridade dos indivíduos, uma vez que, aquando das entrevistas,

a operadora de supermercado estava a estudar no ensino superior enquanto o polícia já possuía um Doutoramento em Desporto e Saúde.

Quanto aos cuidados a tomar face à doença, todos os entrevistados concordaram com a necessidade de manter distanciamento, o uso de máscara fora da residência e lavagem e desinfecção das mãos. Podendo ser comprovado através do testemunho da técnica auxiliar de saúde, “*em casa tinha sempre o cuidado de não entrar com o calçado, desinfetava tudo antes de entrar, tinha sempre álcool gel para desinfetar as mãos logo à entrada de casa, a roupa ia sempre para lavar mal chegasse e evitava convívios, estar com outras pessoas, mesmo aqui nos bombeiros reduzi a quantidade de serviços que fazia*”, bem como no do enfermeiro “*uso de máscara, desinfecção das mãos e manutenção do distanciamento*” (16/06/2021). Podendo concluir-se que todos os entrevistados estavam bem informados relativamente às medidas de proteção contra o COVID-19, pondo em prática as medidas recomendadas pelas entidades de saúde, apesar de haver algumas discordâncias. Relativamente ao tópico do distanciamento como medida preventiva da propagação da pandemia, o polícia defende que “*cuidados que costumo ter é essencialmente manter alguma distância, distanciamento físico, não distanciamento social, contrariamente aquilo que tem sido divulgado, porque o distanciamento exigido é o físico, não é o social, nós socialmente podemos estar próximos na mesma, principalmente agora na era das tecnologias*” (04/01/2021), podendo, assim, verificar-se alguma disparidade na consonância da definição das medidas de prevenção.

Abordando a questão da alteração dos comportamentos, verificou-se que, de uma forma geral, todos os entrevistados sentiram alteração no seu comportamento face à doença entre março de 2020 e março de 2021, contudo, é aqui que se verifica alguma disparidade entre entrevistados, uma vez que, nem todos alteraram o comportamento da mesma forma, podendo constatar-se que a profissão está associada a esta diferença, visto que, nem todos os profissionais essenciais exercem as suas tarefas na mesma área profissional. Assim, o testemunho da médica é o de que “*até posso dizer que alterei muito o meu comportamento face ao que as coisas eram antes de março de 2020, isto hoje parece uma coisa longínqua, mas eu ainda me lembro de quando atendíamos os doentes sem qualquer tipo de proteção, nós ou eles, isto era o comum, ou seja, atendíamos doentes com sintomas de infeção respiratória, com gripes, muitas vezes com suspeitas de pneumonia por H1N1, e nós estávamos a atender os doentes dentro do consultório, sem proteção, muitas vezes a aspirar ou entubar doentes sem proteção. Eu trabalho na*

urgência e no INEM e nós entubávamos doentes sem qualquer tipo de proteção, e não é que fosse por sermos descuidados, era porque isso não se fazia [...] porque os riscos que conhecíamos até março de 2020 não justificavam esse tipo de cuidados. Entretanto mudou tudo, atualmente é completamente impensável uma coisa dessas e completamente impensável líder com doentes em qualquer tipo de contexto sem termos as devidas precauções, ou eles connosco” (25/05/2021), enquanto a operadora de supermercado afirma “alterei o meu comportamento porque no início não tinha muita noção da gravidade da situação, pelo menos relativamente à questão da lavagem e desinfeção das mãos eu era um pouco descuidada. Entretanto, as coisas começaram a piorar e principalmente em 2021, quando houve o segundo confinamento, comecei a ter muito mais cuidado” (19/05/2021). É possível ser vista aqui a discrepância na alteração de comportamento face à doença, este fenómeno está ligado à profissão e às diferentes necessidades que cada profissional essencial se vê obrigado a dar resposta durante o seu horário de trabalho, bem como o contacto direto com a doença em cada um dos seus contextos profissionais. Pode ser inferido que, um profissional essencial que trabalhe numa unidade de saúde, em comparação com os restantes, correrá um risco maior na aproximação a este tipo de doentes, na medida em que, as medidas de isolamento acabam por não conseguir colmatar o contacto entre doentes e profissionais de saúde.

Informação: fontes e confiança

Quanto às fontes de informação, nem todos os entrevistados utilizam os mesmos métodos, pôde ver-se que as fontes utilizadas pelos profissionais entrevistados são os artigos científicos, o site ou página da Direção Geral da Saúde, os noticiários, as redes sociais e os locais de trabalho. É possível verificar uma variedade de fontes de informação neste pequeno grupo, que vai de acordo com o que foi referido no enquadramento teórico desta dissertação. Para exemplificar temos o caso do polícia que diz que “*a informação sobre a doença procuro obtê-la essencialmente nas bases de dados científicas, procuro estar minimamente atualizado, tenho algumas limitações para chegar a alguns estudos porque maior parte deles tem só o resumo disponível, não tem o estudo completo*” (04/01/2021), com este testemunho fomos capazes de verificar que, apesar de a fonte de informação preferencial serem os artigos científicos, nem sempre é possível obtê-los de forma gratuita de modo a obter a informação mais fidedigna possível. No caso da médica, podemos verificar que existe uma maior facilidade em aceder a este tipo de conteúdo, “[...] *enquanto profissional de saúde, obtenho muita da informação através de fontes*

científicas, através de publicações, revistas ou artigos científicos, é daí que obtenho a maior parte da informação” (25/05/2021), acrescentando que, utiliza também a comunicação social “[...] tal como toda a gente, se bem que aí é apresentada muita informação que não é nada correta” (25/05/2021).

Para ilustrar mais fontes de informação podemos observar o caso da operadora de supermercado, que utiliza diferentes fontes de informação conforme o contexto em que se encontra, *“através do noticiário quando vou a casa, quando estou em Coimbra é pela Internet, através do Facebook, sigo a página da DGS onde vão colocando as notícias mais atuais” (19/05/2021), já o enfermeiro afirma que “no quotidiano através do meu local de trabalho e da informação que nos é transmitida” (16/06/2021).* Podemos concluir que as fontes de informação utilizadas são variadas e que cada indivíduo recorre à que lhe é mais conveniente de forma a obter o tipo de informação que considera suficiente para estar ao corrente da evolução do estado da pandemia. É possível perceber, também, que certas fontes de informação são mais facilmente acessíveis do que outras, temos o exemplo dos artigos científicos, ilustrado acima, cujo acesso é limitado a muitos dos profissionais essenciais, fazendo com que estes tendam a recorrer a outros tipos de fonte de informação ou que tenham acesso apenas a dados parciais.

Falando agora da confiança na informação adquirida e na sua suficiência para entendimento do assunto, foi possível verificar respostas díspares, parte dos entrevistados considera que sim, outra parte considera que não, apresentando razões diferentes para explicar a sua resposta. Este é um fator importante na medida do que já foi referido na secção de enquadramento teórico, em tempos de pandemia a informação deve ser clara e de confiança de modo a não gerar receio e desconhecimento na população (Sonekar & Ponnaiah, 2020).

Relativamente a esta questão, o enfermeiro, a operadora de supermercado e a técnica auxiliar de saúde responderam de forma afirmativa, descrevendo, a última, *“penso que sim, principalmente as normas, estão todas bem explícitas. Também no trabalho, tanto por parte da direção, como por parte da equipa de enfermagem, tentam que as normas e procedimentos sejam o mais claro possível” (08/06/2021).* Já a médica considera que *“sim, na minha vertente profissional sim, quem não tem a vertente profissional acho que não, por aquilo que ouço na comunicação social sinto que isso não é o suficiente para as pessoas estarem informadas” (25/05/2021),* obtendo-se assim uma resposta positiva para o caso dos profissionais de saúde, mas negativa no que à população

geral diz respeito. Quer o polícia quer o farmacêutico, consideram que a informação obtida não é suficiente para compreender o assunto, contudo, as suas razões são diferentes, o primeiro afirma que *“não é, não é suficiente porque aquilo que vamos assistindo também é que hoje em dia, a investigação científica também está a ser muito manipulada, e então levanta muitas dúvidas também e se não soubermos filtrar a informação, acabamos também por ser ludibriados nessas bases de dados que têm investigação disponível [...]”* (04/01/2021), já o segundo considera que não existe informação suficiente e que ainda é necessário realizar muita investigação no âmbito da pandemia, *“no entanto, nem a comunidade científica tem essa informação para poder prever como tratar o assunto futuramente e poder haver uma reflexão no conhecimento”* (06/07/2021).

Conhecimento de casos

Em termos de conhecimento de casos, apenas o farmacêutico declarou que não conhecia ninguém que tivesse testado positivo à COVID-19, todos os restantes tiveram conhecimento de casos positivos.

O polícia afirma que apenas teve conhecimento de casos em que a doença não manifestou sintomas, já a operadora de supermercado teve conhecimento de dois casos, *“duas colegas de trabalho, uma apresentou sintomas ligeiros, a outra apresentou mais sequelas, nomeadamente, uma diminuição da capacidade física”* (19/05/2021). Quer a técnica auxiliar de saúde, quer o enfermeiro assistiram a casos positivos no seu seio familiar e entre os seus amigos, já a médica diz não ter visto casos positivos no âmbito familiar, mas que *“muita gente com quem me vou cruzando, muitos pacientes no hospital, pessoas conhecidas”* (25/05/2021). Estas afirmações demonstram a generalidade dos casos de COVID-19 e a sua fácil transmissão pela sociedade.

Alterações na vida profissional, familiar e lazer

De um modo geral, todos os profissionais entrevistados declaram alterações no seu quotidiano, fossem elas positivas ou negativas para a sua vida. Todos afirmaram ter visto alterações a nível familiar, profissional e de lazer, uma vez que, com a utilização das normas de proteção contra o COVID-19 deixou de ser possível realizar certos tipos de atividades, que, até então, eram comuns no dia-a-dia.

A nível profissional, as maiores alterações que puderam ser notadas, de acordo com as entrevistas, foram o aumento da carga horária e a forma como se processa o atendimento e tratamento dos utentes.

Para ilustrar o aumento da carga horária podemos olhar para o testemunho da técnica auxiliar de saúde, *“houve um aumento da carga horária, sem dúvida. Trabalhei o dobro ou o triplo do que trabalhava antes, fazia turnos de 12 horas, sete dias por semana em horário espelho”* (08/06/2021), e da operadora de supermercado, que, para além de ver a sua carga de trabalho alterada, teve que deixar o local de residência de forma a poder continuar a trabalhar, acrescentando às horas de trabalho as viagens entre Coimbra e Aveiro, *“A minha vida profissional alterou bastante por causa dos horários de trabalho por causa da alteração nos horários de funcionamento do supermercado. O que me afetou mais neste caso foi o facto de deixar de poder morar na residência universitária em Coimbra, porque fomos obrigados a sair porque as únicas pessoas que podiam ficar eram alunos internacionais ou alunos que não tivessem residência do agregado familiar, contudo, se decidissem ficar na residência tinham que ficar em completo isolamento. Isto alterou a minha vida porque tive que fazer viagens de ida e volta para Aveiro todos os dias, fiz isto porque não queria desistir do curso e o ordenado do trabalho era essencial para pagar despesas da Universidade”* (19/05/2021).

Para exemplificar as mudanças na forma como se atende e se tratam os utentes na área da saúde podemos observar os casos da médica e do farmacêutico, que relatam, relativamente a cada uma das suas áreas de atividade, alterações profundas na maneira como interagem com os utentes no seu local de trabalho. A médica refere alterações na organização da urgência hospitalar e um diferente planeamento aquando da interação com doentes no hospital, *“mudou tudo para nós, ou seja, em termos físicos a organização da urgência hospitalar mudou, foi dividida em duas áreas para doentes respiratórios e para doentes não respiratórios. A nossa forma de interagir com os doentes mudou por completo, porque nós temos que ter alguns cuidados com a aproximação e contacto direto com o doente, nunca nos restringimos porque não podemos não estar em contacto direto, mas sempre com muito mais cuidado e colocando-nos em situações de alto risco para o fazer. Basicamente mudou tudo porque o processo para avaliar o doente agora requer um planeamento antecipado”* (25/05/2021). O farmacêutico afirma que a manutenção do distanciamento físico alterou o formato de interação com o utente, *“como sou profissional de saúde e trabalho num espaço de atendimento ao público alterou desde logo a dinâmica*

do quotidiano, através da manutenção de distanciamento físico, da impossibilidade de realizar certas tarefas de maior proximidade com o utente como se faria até então e a inserção dos hábitos de rotineiramente lavar e desinfetar as mãos” (06/07/2021).

Em termos profissionais, apenas o polícia refere que o facto de terem ocorrido alterações na sua vida trouxe um efeito positivo associado, uma vez que a carga de trabalho diminuiu com o cancelamento de eventos com grandes multidões, “[...] fazia principalmente muitas manifestações e muitos jogos de futebol, tudo o que implicasse muita gente junta, e como isso foi proibido eu deixei de ter tanto trabalho. Nesse sentido, melhorou a minha vida [...]” (04/01/2021).

Relativamente à vida familiar, esta foi mais uma das áreas em que houve alterações face à pandemia, estas alterações surgem devido à linha de trabalho destes profissionais e à necessidade de redobramos os cuidados de forma a reduzir o risco de transmissão da doença para os seus familiares.

Na generalidade, os profissionais entrevistados relataram alterações neste ambiente, com a exceção do polícia, devido ao facto de coabitar na mesma residência que o seu núcleo familiar mais próximo, “[...]coabitamos todos na mesma residência e isso não há nada que eu pudesse fazer para alterar, a não ser que tivesse dado positivo e aí sim teria que optar por um isolamento e aí iria sofrer alterações, mas como nenhum de nós deu positivo manteve-se inalterada” (04/01/2021), do enfermeiro que, com a diminuição dos casos de COVID-19 ao longo da pandemia, retomou algumas rotinas com a família, “[...]inicialmente, por estar bastante exposto à doença fiquei completamente isolado em casa, como os casos diminuíram e apesar de ser um risco ligeiro, voltei a ter rotinas com a minha família” (16/06/2021), e da operadora de supermercado que, por residir com os pais durante a pandemia, apenas relata menos contacto com a irmã e sobrinhos, “[...] menos contacto com a minha irmã e com os meus sobrinhos, para precaução de contágios eles deixaram de visitar a casa dos meus pais” (19/05/2021).

Ilustrando, agora, os profissionais que sentiram alterações significativas na sua vida familiar, temos o caso da médica, que afirma ter sido esta a parte mais complicada da pandemia, inicialmente quebrou o contacto pessoal com todos os membros do núcleo familiar e, com o início da vacinação, aumentou ligeiramente esse contacto, utilizando sempre máscara nas visitas, “[...] foi a parte mais difícil para todos e sem dúvida para mim. Os meus pais, o meu tio e os meus sogros representam o meu núcleo familiar mais

próximo e apresentam alguns fatores de risco, para além da idade, têm uma ou outra patologia associada. Portanto por eles serem pessoas de risco e por eu ser uma pessoa muito exposta a pacientes com COVID-19 por causa do meu trabalho, isso alterou completamente a nossa convivência, em primeiro lugar, nas fases de maior incidência de COVID-19 eu nem ia a casa deles, e nas fases de menor incidência de COVID-19, tal como agora, eu vou a casa deles, mesmo estando já vacinados com a primeira dose, eu uso sempre máscara cirúrgica eles também. Para além disto, todos os convívios mais próximos, tais como jantares, não aconteceram mais desde que a pandemia começou, muito por minha culpa por ser a pessoa mais exposta ao COVID-19, inclusive o Natal, que passamos todos separados, porque realmente essa foi uma altura de grande contágio para toda a gente [...]” (25/05/2021). Os restantes declaram alterações apenas a nível de comportamento face ao vírus, de forma a proteger quem com eles coabita, temos o caso do farmacêutico que alterou o seu comportamento em casa de forma a reduzir o risco de transmissão, “[...] dado viver com os meus avós que têm a idade como fator de risco isso tornou-me desde logo mais consciente para o perigo de eu transportar o vírus para casa, e isso desde logo fez com que ficasse em alerta mais cedo e procedesse à aplicação de medidas preventivas” (06/07/2021).

“A nível de lazer, deixou de haver qualquer tipo de atividade que pudesse ser feita nesse sentido” (16/06/2021), diz o testemunho do enfermeiro, assim, face ao lazer, foi possível verificar também muitas alterações no quotidiano, uma vez que, todos os eventos e viagens foram cancelados de forma a prevenir o contágio, e os profissionais foram obrigados a adaptar-se a novas formas de lazer dentro da sua residência. Esta foi a única área em que todos os entrevistados concordaram nas alterações. Este ponto pode ser comprovado pelo testemunho do farmacêutico “não existiu porque ficou tudo fechado. O lazer foi mais à base de eventos à distância, de videochamadas em grupo com os amigos, ou coisas desse género, porque tudo o que foram eventos culturais ou desportivos foram cancelados” (06/07/2021). O lazer foi a esfera do quotidiano em que estes profissionais sentiram alterações mais profundas, vivendo em situações de crise e emergência constante (Rolão, 2021), o lazer torna-se uma parte importante na sua vivência, contudo, com a diminuição das liberdades individuais estes foram obrigados a criar novas formas de exercer atividades de lazer no interior da sua residência.

Relativamente às alternativas às práticas de lazer realizadas até março de 2020 pelos profissionais, foi possível ver que as caminhadas, a atualização de conhecimento e

a leitura, foram atividades que os entrevistados mencionaram. Tal como pode ser comprovado pela técnica auxiliar de saúde, “*no fundo a única atividade que mantive foram caminhadas que fazia sozinha ou com pessoas do meu agregado familiar*” (08/06/2021), e pelo polícia, “*A alternativa foi ficar à lareira, [...] ler mais livros, atualizar algum conhecimento a nível de investigação, desenvolver alguns estudos que estavam pendentes, publicar um [...], substituí o lazer pelo trabalho*” (04/01/2021).

Foi possível também observar consequências associadas a esta perda das atividades de lazer, a operadora de supermercado afirma que o facto de não ser possível haver atividades fora de casa “*veio prejudicar um pouco as relações e as dinâmicas com amigos e familiares*” (19/05/2021). O testemunho da médica refere que, à data da entrevista, ainda condicionava as atividades fora de casa face à situação da pandemia.

Apesar de todos os profissionais concordarem na existência de alterações nas suas vidas, foi possível verificar que nem todas aconteceram da mesma forma, ou surtiram o mesmo efeito nos mesmos. O caso mais evidente e de maior conformidade entre entrevistados foi o do lazer, onde, apesar de se encontrarem alternativas às restrições impostas, nem todos os profissionais reagiram ou se comportaram da mesma maneira face às mesmas.

Receios face à pandemia

No desenvolvimento da investigação para dissertação, tornou-se clara a necessidade de explorar os receios dos profissionais essenciais face à pandemia. Após as entrevistas foi possível perceber que o ponto comum era o de transmitir a doença aos coabitantes, tal como pode ser comprovado pelos testemunhos da técnica auxiliar de saúde, “*o meu maior medo sempre foi esse, ter COVID-19 e transmitir a alguém*” (08/06/2021), e do farmacêutico, “*a possibilidade que existe de lhes, inadvertidamente, transmitir esta condição*” (06/07/2021), ou que algum familiar poder ter a doença, como é comprovado pelas palavras da operadora de supermercado, “*O meu principal receio era relativamente ao meu pai [...], é uma pessoa que não é muito cuidadosa [...]. Muitas vezes dava por mim mesmo preocupada que ele pudesse apanhar o vírus e imaginava o pior cenário da situação[...]nunca tive muito receio de apanhar COVID-19, contudo, não queria transmitir a nenhum dos meus pais*” (19/05/2021).

Apesar deste ter sido o ponto de maior convergência, foi possível verificar que receios ligados ao tratamento de pacientes, no caso da médica, “*o maior receio [...] era*

lidar com pessoas em situações críticas e haver uma limitação nas formas em como as podia ajudar” (25/05/2021), ligados também às consequências sociais da pandemia, referidos pela técnica auxiliar de saúde e pelo farmacêutico, ilustrados aqui pelas palavras da primeira na sua entrevista, “[...] *a nível social, nos desempregos, no facto de as pessoas estarem mais em baixo, porque ao fim ao cabo, a pandemia veio alterar a vida de toda a gente*” (08/06/2021), e também relacionados com a alteração quotidiana que as medidas tomadas para prevenção da transmissão de COVID-19 pudessem trazer à população, tal como foi possível perceber nas entrevistas do polícia, “[...] *que estejamos também, e essa é a minha maior preocupação, a perder direitos, liberdades e garantias*” (04/01/2021), e do enfermeiro, “*o meu maior receio é que as medidas que tomamos para combater o vírus possam trazer problemas futuros*” (16/06/2021), apesar destes últimos se referirem a aspetos diferentes do quotidiano, o primeiro à vida social e o segundo à saúde, é importante perceber que ambos estão interligados e assim torna-se importante referi-los juntos.

Em termos dos receios dos profissionais essenciais face à pandemia, pode concluir-se que vão de encontro ao que já é referido na pesquisa bibliográfica, como por exemplo o receio do contágio de familiares e perda da liberdade e autonomia individual (Silva et al., 2022).

Melhorias para o estilo de vida

Aquando da criação do guião da entrevista, surgiu a necessidade de terminar a mesma num ponto mais positivo, uma vez que, até este ponto foram exploradas as vivências dos profissionais essenciais e as alterações que foram sentidas ao longo da pandemia, devido ao grande impacto que veio trazer a nível social, económico e do local de trabalho (Gerônimo et al., 2022). Portanto, assim surge a questão “Esta pandemia trouxe melhorias ao seu estilo de vida? Se sim, quais?” (Apêndice B). Contudo, este foi mais um dos pontos da entrevista em que nem todos os entrevistados concordaram, negativamente, devido à profissão e devido à sua vida social e atividades de lazer, positivamente, vemos também associada a profissão, alterações do estilo de vida e relacionadas com o contexto em que se encontram.

Em termos profissionais é possível observar a diferença de opiniões nas entrevistas da médica, que menciona não conseguir encontrar melhorias no estilo de vida, “*poderia ter trazido, mas não sei. Acho que tive algumas melhorias no meu estilo de vida*”

no meu último ano, mas não teve que ver diretamente com a pandemia [...]. Eu nunca estive em confinamento, portanto as mudanças de estilo de vida que a maioria das pessoas sentiu devido ao confinamento não se aplicaram, pelo contrário, acho que houve muitas mais pressões de termos que lidar com muitos doentes COVID-19 e com a quantidade de pessoas que se dirigiam à urgência, portanto acho que houve muito mais stress. Acho que os profissionais de saúde foram os que menos mudaram o seu estilo de vida” (25/05/2021), e da operadora de supermercado, onde foi possível observar que as alterações na sua profissão foram positivas, “o facto de o supermercado ter começado a fechar mais cedo foi uma nota positiva, como estou sempre a fazer os fechos chegava a casa muito tarde, com a antecipação do horário de fecho consegui orientar melhor a minha vida depois do trabalho, não é tão desgastante” (19/05/2021).

Relativamente à vida social e alteração do estilo de vida conseguimos também encontrar dissonâncias, sendo estas evidentes nos testemunhos do enfermeiro, “*esta pandemia não trouxe nenhuma melhoria, acho que comprometeu muito o meu estilo de vida porque sou uma pessoa que gosta de estar na rua e isso deixou de ser possível”* (16/06/2021), e da técnica auxiliar de saúde, “[...] *houve mais exercício físico envolvido nas rotinas diárias. Pensávamos que não tínhamos tempo para nada e a pandemia veio trazer-nos tempo para tudo. Finalmente, para mim o maior aspeto positivo foi dar valor ao que tínhamos, tínhamos a liberdade toda e de um momento para o outro ficamos sem ela”* (08/06/2021).

Observando agora a questão pelo prisma do contexto social em que estes profissionais se encontravam aquando da pandemia, foi evidente que as opiniões também foram diferentes, o polícia considerou que as medidas de controlo da pandemia foram prejudiciais para a população e a falta de informação foi um fator essencial para a justificação desta opinião, “*estas restrições vieram trazer muitos aspetos negativos, não só a mim, mas eu acho que de uma forma geral, e essencialmente para mim um aspeto muito negativo foi vir incutir o medo à população [...]. Há pessoas que se estão a deixar levar pela comunicação social e pelos nossos políticos, não tentam esclarecer-se, não se tentam informar [...] eu sei que a doença existe e sei que a doença é grave, mas, quanto a mim, não estamos a lidar da melhor forma com ela, estamos a deixar-nos levar por pessoas que não são sérias”* (04/01/2021). Contrariamente, o farmacêutico refere o facto de a pandemia ter trazido uma maior noção de empatia e de cooperação entre a população, como pode ser visto no seu comentário, “*Tornou-me desde logo mais empático no sentido*

em que dado isto nos afetar a todos de uma forma semelhante, conseguiu fazer com que eu transportasse esse tipo de pensamentos para outras condições que afetam apenas indivíduos em particular. Esta pandemia conseguiu também, de forma mais teórica do que prática, que a sociedade no geral soubesse o que era verdadeiramente trabalhar em conjunto para um bem comum, temos o exemplo da cooperação para que haja livre acesso à vacina no mundo inteiro” (06/07/2021).

Considerações Finais

Ao longo desta dissertação foi-se discorrendo sobre os profissionais essenciais e a forma como a pandemia trouxe alterações à sua vida, bem como as fontes de informação que foram utilizadas pelos mesmos durante o período de dominância do COVID-19 na sociedade. Resta agora retirar conclusões sobre a informação que estes deram ao longo do processo da investigação.

É possível concluir que todos os profissionais entrevistados apresentam uma ideia clara do que é o COVID-19, bem como os seus modos de transmissão, estando em conformidade com o que foi definido pela OMS, contudo, identificaram-se algumas discrepâncias nas definições que cada um forneceu, sendo que em algumas entrevistas esta resposta surge de forma mais completa. Conclui-se que esta divergência pode estar associada à escolha de fonte de informação, que, conseqüentemente, poderá estar associada aos diferentes ciclos de estudos que cada um frequentou e à facilidade de acesso que estes profissionais têm a informação científica.

Conclui-se, também, que as medidas mais utilizadas pelos profissionais entrevistados aquando das entrevistas foram o distanciamento social, a utilização de máscara em locais públicos e a lavagem e desinfeção das mãos. Relativamente à alteração de comportamentos entre março de 2020 e março de 2021, verificou-se plena acordo, no entanto, as alterações foram diferentes para cada um dos entrevistados, associamos, assim, este facto às diferentes áreas de intervenção de cada um dos profissionais essenciais, uma vez que, apesar de todos assim o serem considerandos, exercem a sua atividade em setores diferentes, sejam estes a saúde, a proteção civil ou o atendimento ao público.

No sentido das fontes de informação consultadas apurou-se alguma variedade, tendo sido referidos artigos científicos, o site ou página da Direção Geral da Saúde, os noticiários, as redes sociais e os locais de trabalho. Esta variedade está associada à conveniência e facilidade de acesso, uma vez que, fontes como os artigos científicos não estão disponíveis de forma gratuita ao público geral. No que diz respeito à confiança nas diferentes fontes de informação e ao facto de a informação ser suficiente para compreender o assunto, houve, novamente, disparidades nas respostas, sendo que três dos entrevistados consideram que sim, dois consideram que não e um considera que a informação disponível para profissionais de saúde é suficiente.

Analisando as entrevistas é, também, possível verificar que a pandemia trouxe alterações significativas para todos os profissionais, tenham elas ocorrido a nível familiar, associado à necessidade de haver um maior cuidado aquando do contacto para prevenir o contágio, profissional, sob a forma de aumento da carga de trabalho ou dos horários, ou de lazer, devido à mudança do paradigma social e das atividades que deixaram poder ser realizadas, ou nas três categorias. É importante ressaltar que, na área do lazer, foram encontradas algumas alternativas para preencher este tempo com atividades que não envolviam contacto social.

No que concerne os receios associados à pandemia, depreende-se que o ponto comum foi o receio da transmissão da doença ou o de algum familiar ser infetado, porém, identificaram-se outros receios relacionados com o tratamento de pacientes, às consequências sociais da pandemia, bem como, aos efeitos das medidas preventivas no quotidiano e saúde dos indivíduos.

Falando das melhorias no estilo de vida, nem todos os entrevistados concordaram que a pandemia trouxe pontos positivos à sua vida, associando-se este fator, negativamente e positivamente, à profissão, a atividade social e de lazer.

Após a revisão das conclusões extraídas das entrevistas, cabe fazer um balanço do processo de investigação para esta dissertação. De uma forma geral, as entrevistas foram desenvolvidas de forma simples, os profissionais entrevistados foram acessíveis e forneceram informação clara, desenvolvendo bem os temas que foram propostos, no entanto, uma das entrevistas ficou menos completa, podendo isto estar associado a algum desconforto por parte do entrevistado.

Aquando da pesquisa e leitura de artigos para integrar o enquadramento teórico desta dissertação constatou-se a falta de informação que fosse de encontro aos temas abordados durante a investigação, notou-se alguma dificuldade em encontrar uma definição clara de quem são os profissionais essenciais e que alterações sentiram no seu quotidiano durante a duração da pandemia. É neste sentido que surge a importância desta dissertação, sob a forma de tentar colmatar estas falhas na investigação científica e dar a conhecer os relatos dos profissionais essenciais.

Bibliografia

- Adams, V., & Nading, A. (2020). Medical Anthropology in the Time of COVID-19. *Medical Anthropology Quarterly*, 34(4), 461–466. <https://doi.org/10.1111/maq.12624>
- Ali, I. (2020). The COVID-19 Pandemic: Making Sense of Rumor and Fear: Op-Ed. *Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness*, 39(5), 376–379. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1745481>
- Aloisi, A., & De Stefano, V. (2022). Essential jobs, remote work and digital surveillance: Addressing the COVID-19 pandemic panopticon. *International Labour Review*, 161(2), 289–314. <https://doi.org/10.1111/ilr.12219>
- Assembleia da República. (n.d.). *Estado de emergência*. Retrieved January 5, 2022, from <https://www.parlamento.pt/Paginas/covid19/estado-de-emergencia.aspx>
- Brown, P. J., Armelagos, G. J., & Maes, K. C. (2011). Humans in a World of Microbes: The Anthropology of Infectious Disease. In M. Singer & P. I. Erickson (Eds.), *A Companion to Medical Anthropology* (1st ed., pp. 253–270). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444395303.ch12>
- Brug, J., Aro, A. R., Oenema, A., De Zwart, O., Richardus, J. H., & Bishop, G. D. (2004). SARS Risk Perception, Knowledge, Precautions, and Information Sources, the Netherlands - Volume 10, Number 8—August 2004 - Emerging Infectious Diseases journal - CDC. *Emerging Infectious Diseases*, 10(8), 1486–1489. <https://doi.org/10.3201/EID1008.040283>
- Burgess, R. G. (2002). In the Field: An Introduction to Field Research. In *Contemporary social research series* (Issue 8).
- Castro, F., Baptista, M. M., & Rechia, S. (2022). Lazer & COVID-19: Corpos Proibidos e Alterações nas Dinâmicas de Lazer nas Cidades da Maia (Portugal) e Curitiba (Brasil). *Revista Lusófona de Estudos Culturais*, 9(2), 165–195. <https://doi.org/10.21814/rlec.3989>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2007). Research Methods in Education. In *Research Methods in Education* (6th ed.). Routledge, Taylor & Francis Group.

<https://doi.org/10.4324/9781315456539>

- Freitas, H., & Santos, G. D. (2020, April 3). Há um modelo português de resposta à pandemia de covid-19? *Público*. <https://www.publico.pt/2020/04/03/sociedade/opiniao/ha-modelo-portugues-resposta-pandemia-covid19-1910533>
- Fridman, I., Lucas, N., Henke, D., & Zigler, C. K. (2020). Association between public knowledge about COVID-19, trust in information sources, and adherence to social distancing: Cross-sectional survey. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(3), 1–17. <https://doi.org/10.2196/22060>
- Frutos, R., Lopez Roig, M., Serra-Cobo, J., & Devaux, C. A. (2020). COVID-19: The Conjunction of Events Leading to the Coronavirus Pandemic and Lessons to Learn for Future Threats. *Frontiers in Medicine*, 7, 223. <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00223>
- Gaitens, J., Condon, M., Fernandes, E., & McDiarmid, M. (2021). Covid-19 and essential workers: A narrative review of health outcomes and moral injury. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–16. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041446>
- Gamlin, J., Segata, J., Berrio, L., Gibbon, S., & Ortega, F. (2021). Centring a critical medical anthropology of COVID-19 in global health discourse. *BMJ Global Health*, 6(6), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006132>
- Gerônimo, A. M. M., Comassetto, I., Santos, A. A. P. dos, Pereira, J. F., Silva, J. M. de O. e, Souza, E. M. S. de, Silva, R. R. S. M. da, Lima, B. R. S., Ferro, P. M. M., Paes, N. C., Machado, M. L. de A. P., Silva, K. J. de A., & Silva, L. H. S. (2022). O vivido da pessoa com sequelas da COVID-19 e a percepção do corpo segundo a ótica merleauPontyana. *Research, Society and Development*, 11(1), e24611124874. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24874>
- Gray, D., Himmelgreen, D., & Romero-Daza, N. (2020). Anthropological engagement with COVID-19. *Human Organization*, 79(4), 247–249. <https://doi.org/10.17730/1938-3525-79.4.247>
- Grennan, D. (2019). What is a pandemic? *Journal of the American Medical Association*, 321(9), 910. <https://doi.org/10.1086/644537>

- Güner, R., Hasanoğlu, İ., & Aktaş, F. (2020). Covid-19: Prevention and control measures in community. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 50(SI-1), 571–577. <https://doi.org/10.3906/sag-2004-146>
- Guo, Y.-R., Cao, Q.-D., Hong, Z.-S., Tan, Y.-Y., Chen, S.-D., Jin, H.-J., Tan, K., Wang, D.-Y., & Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Military Medical Research*, 7(11). <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa396>
- Hadi, A. G., Kadhom, M., Hairunisa, N., Yousif, E., & Mohammed, S. A. (2020). A review on COVID-19: Origin, spread, symptoms, treatment, and prevention. *Biointerface Research in Applied Chemistry*, 10(6), 7234–7242. <https://doi.org/10.33263/BRIAC106.72347242>
- Hafeez, A., Ahmad, S., Siddqui, S. A., Ahmad, M., & Mishra, S. (2020). A Review of COVID-19 (Coronavirus Disease-2019) Diagnosis, Treatments and Prevention. *Eurasian Journal of Medicine and Oncology*, 4, 116–125. <https://doi.org/10.14744/ejmo.2020.90853>
- Helmy, Y. A., Fawzy, M., Elaswad, A., Sobieh, A., Kenney, S. P., & Shehata, A. A. (2020). The COVID-19 pandemic: A comprehensive review of taxonomy, genetics, epidemiology, diagnosis, treatment, and control. *Journal of Clinical Medicine*, 9(4). <https://doi.org/10.3390/jcm9041225>
- Henrich, N., & Holmes, B. (2011). Communicating During a Pandemic: Information the Public Wants About the Disease and New Vaccines and Drugs. *Health Promotion Practice*, 12(4), 610–619. <https://doi.org/10.1177/1524839910363536>
- Hodder, A. (2020). New Technology, Work and Employment in the era of COVID-19: reflecting on legacies of research. *New Technology, Work and Employment*, 35(3), 262–275.
- Ji, R., & Cheng, Y. (2021). Thinking global health from the perspective of anthropology. *Global Health Research and Policy*, 6(1), 6–8. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00233-z>
- Kane, J. W., & Tomer, A. (2021). Valuing Human Infrastructure: Protecting and Investing in Essential Workers during the COVID-19 Era. *Public Works Management and Policy*, 26(1), 34–46. <https://doi.org/10.1177/1087724X20969181>

- Karadag, E. (2020). Increase in COVID-19 cases and case-fatality and case-recovery rates in Europe: A cross-temporal meta-analysis. *Journal of Medical Virology*, 92(9), 1511–1517. <https://doi.org/10.1002/jmv.26035>
- Karlsson, U., & Fraenkel, C.-J. (2020). Covid-19: risks to healthcare workers and their families Mistakes made in the first wave must not be repeated in the second. *BMJ*, 371. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3582>
- Kothary, C. R. (2004). *Research Methodology; Methods and Techniques* (2nd ed.). New Age International Publishers. [https://doi.org/10.1016/0022-460X\(82\)90541-7](https://doi.org/10.1016/0022-460X(82)90541-7)
- Kua, J., Patel, R., Nurmi, E., Tian, S., Gill, H., Wong, D., Moorley, C., Nepogodiev, D., Ahmad, I., & El-Boghdady, K. (2020). healthcareCOVID: A national cross-sectional observational study identifying risk factors for developing suspected or confirmed COVID-19 in UK healthcare workers. *MedRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2020.08.28.20182295>
- Lambert, H., & McKeivitt, C. (2002). Anthropology in health research: From qualitative methods to multidisciplinary. *British Medical Journal*, 325(7357), 210–213. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7357.210>
- Leach, M., Parker, M., MacGregor, H., & Wilkinson, A. (2020, March 20). *Covid-19 - a social phenomenon requiring diverse expertise - Institute of Development Studies*. Institute of Development Studies. <https://www.ids.ac.uk/opinions/covid-19-a-social-phenomenon-requiring-diverse-expertise/>
- Leal, J. (2020). *Máscaras Covid 19 e Outras Máscaras*. BVPS- Blog Da Biblioteca Virtual Do Pensamento Social. <https://blogbvps.wordpress.com/2020/06/30/mascaras-covid-19-e-outras-mascaras-por-joao-leal/>
- Mavragani, A. (2020). Tracking COVID-19 in Europe: Infodemiology approach. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), 1–13. <https://doi.org/10.2196/18941>
- McCormack, G., Avery, C., Spitzer, A. K. L., & Chandra, A. (2020). Economic Vulnerability of Households with Essential Workers. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 324(4), 388–390. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.11366>

- Morens, D. M., Breman, J. G., Calisher, C. H., Doherty, P. C., Hahn, B. H., Keusch, G. T., Kramer, L. D., LeDuc, J. W., Monath, T. P., & Taubenberger, J. K. (2020). The Origin of COVID-19 and Why It Matters. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, *103*(3), 955–959. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0849>
- Ricarte, É. (2020). Digitalization Process Expansion During the Covid-19 Pandemic. *Finisterra*, *55*(115), 53–60. <https://doi.org/10.18055/Finis20350>
- Roberts, J. D., Dickinson, K. L., Koebele, E., Neuberger, L., Banacos, N., Blanch-Hartigan, D., Welton-Mitchell, C., & Birkland, T. A. (2020). Clinicians, cooks, and cashiers: Examining health equity and the COVID-19 risks to essential workers. *Toxicology and Industrial Health*, *36*(9), 689–702. <https://doi.org/10.1177/0748233720970439>
- Rolão, D. J. N. (2021). *Na (Entre) Linha da Frente: Estudo antropológico sobre a experiência do trauma nos profissionais de saúde que intervêm em contextos de crise*. Universidade de Lisboa.
- Schatz, E., Gilbert, L., & McDonald, C. (2013). If the doctors see that they don't know how to cure the disease, they say it's AIDS: How older women in rural South Africa make sense of the HIV/AIDS epidemic. *African Journal of AIDS Research*, *12*(2), 95–104. <https://doi.org/10.2989/16085906.2013.851719>
- Segata, J. (2020). Covid-19: scales of pandemics and scales of anthropology. *Somatosphere*, 2–4. <http://somatosphere.net/2020/covid-19-scales-of-pandemics-and-scales-of-anthropology.html/>
- Shaaban, A. N., Peleteiro, B., & Martins, M. R. O. (2020). COVID-19: What Is Next for Portugal? *Frontiers in Public Health*, *8*(August), 1–8. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00392>
- Shereen, M. A., Khan, S., Kazmi, A., Bashir, N., & Siddique, R. (2020). COVID-19 infection: Origin, transmission, and characteristics of human coronaviruses. *Journal of Advanced Research*, *24*, 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.jare.2020.03.005>
- Silva, S., Machado, H., de Freitas, C., & Lucas, R. (2022). Concerns and coping mechanisms during the first national COVID-19 lockdown: an online prospective study in Portugal. *Public Health*, *207*, 24–27. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.03.014>

- Singer, M. (2015). *The Anthropology of Infectious Disease* (1st ed.). Left Coast Press, Inc.
- Singer, M., Herring, D. A., Littleton, J., & Rock, M. (2011). Syndemics in Global Health. In M. Singer & P. I. Erickson (Eds.), *A Companion To Medical Anthropology* (1st ed., pp. 181–195). Wiley-Blackwell.
- Sonekar, H. B., & Ponnaiah, M. (2020). Emergence of Coronavirus (COVID-19) outbreak: Anthropological and social science perspectives. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6–8. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.203>
- Stellmach, D., Beshar, I., Bedford, J., Du Cros, P., & Stringer, B. (2018). Anthropology in public health emergencies: What is anthropology good for? *BMJ Global Health*, 3(2), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000534>
- Teti, M., Schatz, E., & Liebenberg, L. (2020). Methods in the Time of COVID-19: The Vital Role of Qualitative Inquiries. *International Journal of Qualitative Methods*, 19, 1–5. <https://doi.org/10.1177/1609406920920962>
- The Lancet. (2020). The plight of essential workers during the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 395(10237), 1587. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31200-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31200-9)
- Tilly, C. B. S. M. F. C. C. (2020). Delivering Insecurity: E-commerce and the Future of Work in Food Retail. In *UC Berkeley Labor Center*. UC Berkeley Labor Center. <https://policycommons.net/artifacts/2187640/delivering-insecurity/2943617/>
- Townsend, P. K. (2011). The Ecology of Disease and Health. In M. Singer & P. I. Erickson (Eds.), *A Companion to Medical Anthropology* (1st ed., pp. 181–195). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444395303.ch9>
- Varanda, J., Gonçalves, L., & Craveiro, I. (2020). The Unlikely Saviour: Portugal's National Health System and the Initial Impact of the COVID-19 Pandemic? *Development (Basingstoke)*, 63(2–4), 291–297. <https://doi.org/10.1057/s41301-020-00268-8>
- Wang, N., Shi, X., Jiang, L., Zhang, S., Wang, D., Tong, P., Guo, D., Fu, L., Cui, Y., Liu, X., Arledge, K. C., Chen, Y. H., Zhang, L., & Wang, X. (2013). Structure of MERS-CoV spike receptor-binding domain complexed with human receptor DPP4. *Cell Research*, 23(8), 986–993. <https://doi.org/10.1038/cr.2013.92>

- World Health Organization. (2014). Infection Prevention and Control of Epidemic-and Pandemic-prone Acute Respiratory Infections in Health Care. Geneva: World Health Organization. In *WHO Guidelines*. <https://doi.org/10.1002/9781118584538.ieba0303>
- World Health Organization. (2020a). Mask use in the context of COVID-19. *World Health Organization*, December, 1–10. [https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)
- World Health Organization. (2020b). Strategic Preparedness and Response Plan. *World Health Organisation (WHO)*, February, 28. <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>
- World Health Organization. (2020c). *Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions*. July, 1–10. <https://www.who.int/publications/i/item/modes-of-transmission-of-virus-causing-covid-19-implications-for-ipc-precaution-recommendations>
- Zhong, N. S., Zheng, B. J., Li, Y. M., Poon, L. L. M., Xie, Z. H., Chan, K. H., Li, P. H., Tan, S. Y., Chang, Q., Xie, J. P., Liu, X. Q., Xu, J., Li, D. X., Yuen, K. Y., Peiris, J. S. M., & Guan, Y. (2003). Epidemiology and cause of severe acute respiratory syndrome (SARS) in Guangdong, People's Republic of China, in February, 2003. *Lancet*, 362(9393), 1353–1358. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14630-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14630-2)
- Zhou, P., Yang, X. Lou, Wang, X. G., Hu, B., Zhang, L., Zhang, W., Si, H. R., Zhu, Y., Li, B., Huang, C. L., Chen, H. D., Chen, J., Luo, Y., Guo, H., Jiang, R. Di, Liu, M. Q., Chen, Y., Shen, X. R., Wang, X., ... Shi, Z. L. (2020). A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. *Nature*, 579(7798), 270–273. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2012-7>

Apendice A

Consentimento Informado



FACULDADE DE CIÊNCIAS E TECNOLOGIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Consentimento Informado

Esta entrevista visa uma investigação em Antropologia Médica, cuja finalidade é compreender os impactos da Pandemia de COVID-19, nomeadamente relativos às formas como o [pandemia](#) moldou a vida dos indivíduos e obtenção e compreensão de informação sobre a doença.

A investigação está a ser realizada por Marta Carvalho (martata.carvalho@gmail.com) sob a orientação da Professora Doutora Ana Luísa Santos (alsantos@antrop.uc.pt) e da Professora Doutora Filipa Alvim (filipa.alvim@gmail.com) no âmbito da unidade curricular de Dissertação em Antropologia Médica inserida no plano de estudos do Mestrado em Antropologia Médica e Saúde Global do Departamento de Ciências da Vida da Faculdade de Ciências e Tecnologia da Universidade de Coimbra.

Os dados obtidos nesta entrevista serão divulgados e publicados cientificamente, sob total confidencialidade, sendo o nome do participante alterado de forma a garantir anonimato, e sem quaisquer fins lucrativos ou comerciais.

Após ter sido esclarecido/a, concordo participar voluntariamente neste estudo através da resposta às questões referidas na entrevista.

_____, ____ de _____ de 2021

Assinatura

Apendice B

Guião da Entrevista realizada aos profissionais essenciais

- Dados biográficos: Nome, idade, escolaridade, profissão, naturalidade e localidade de residência
- O que sabe sobre o COVID-19?
 - O que é?
 - Como se transmite?
 - Que cuidados costuma ter?
 - Alterou o seu comportamento face à doença desde março?
- Onde obtém a informação sobre a doença?
- Considera que a informação que obtém sobre a pandemia é suficiente para compreender o assunto?
- Conhece alguém que tenha tido a doença?
- Como é que a pandemia alterou a sua vida?
 - Familiar
 - Profissional
 - Lazer
- Quais os seus receios face à pandemia?
- Esta pandemia trouxe melhorias ao seu estilo de vida? Se sim, quais?