



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Keila Pereira da Silva

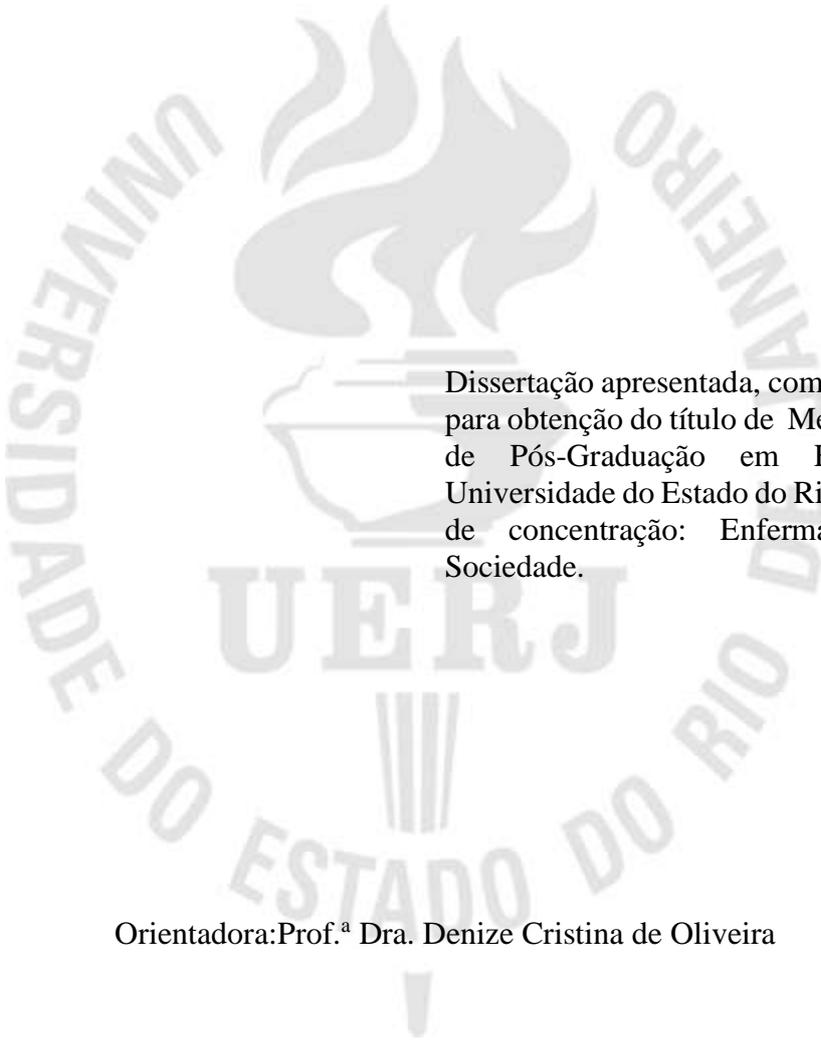
**As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com  
coronavírus para a população geral**

Rio de Janeiro

2023

Keila Pereira da Silva

**As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para a população geral**



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

S586 Silva, Keila Pereira.  
As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com  
coronavírus para a população geral / Keila Pereira da Silva. – 2023.  
195 f.

Orientadora: Denize Cristina de Oliveira

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,  
Faculdade de Enfermagem.

1. COVID-19 (Doença) – Teses. 2. Representação social - Teses. 3.  
Cuidados de saúde - Teses. I. Oliveira, Denize Cristina de. II. Universidade  
do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU  
614.253.5

Bibliotecária: Adriana Caamaño CRB7/5235

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta  
Dissertação, desde que citada a fonte.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Data

Keila Pereira da Silva

**As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para a população geral**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 12 de junho de 2023.

Banca Examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Denize Cristina de Oliveira(Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ana Paula Munhen de Pontes

Centro Universitário de Valença

---

Prof. Dr. Sérgio Corrêa Marques

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2023

## DEDICATÓRIA

A Deus, aos meus familiares e amigos que estiveram ao meu lado em todos os momentos e me impulsionaram a chegar até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pelo dom da vida e por mais uma oportunidade existencial de imenso aprendizado.

Aos meus pais Rozana e Carlos Roberto, por me fazerem acreditar na importância dos estudos, me dando todo apoio, se preocupando comigo e se fazendo presente em todos os momentos da minha vida. Nunca se esqueçam que faço tudo isso por vocês e que essa conquista é de vocês! Meu amor por vocês é imensurável e inexplicável. Amo vocês!

A minha irmã Karin gratidão por cada detalhe, cada ajuda e por todo apoio sempre, sem você minha existência com certeza não seria a mesma! Eu te amo.

Ao meu sobrinho João Miguel e minha sobrinha Maria Júlia por serem seres iluminados que me fortalecem para seguir em frente e me ensinam que os obstáculos são impostos somente para o nosso aprendizado. Eu te amo vocês mais que tudo no mundo!

A minha madrinha Ângela por me dar apoio todos os dias e me fortalecer para que eu não desistisse nos momentos de fragilidade. Te amo dinda.

A minha avó Maria das Graças por ser uma pessoa tão especial, que está ao meu lado em todos os momentos e por todas as orações feitas para mim.

A Ana Paula Munhen, por estar ao meu lado em todos os momentos, pela compreensão e paciência sempre, por todos os ensinamentos na área da pesquisa e por ser uma amiga especial que sempre me apoiou, se preocupou e me orientou a não desistir. Sem você esse sonho jamais teria se realizado. Eu agradeço a Deus todos os dias pelo nosso reencontro, você é a minha inspiração! Gratidão por tudo! Amo você!

Ao Márcio Martins por todos os ensinamentos, apoio e por estar ao meu lado em todos os momentos. Você é um exemplo de profissional de excelência, e é o motivo para eu estar onde estou hoje.

Aos amigos Douglas Miranda e Thalita Maia, pela amizade, por compartilhar minhas angústias, pelos conselhos, pelos incentivos e pela compreensão da minha ausência.

Ao Ricardo, Valquíria, Dayse e Maria, por serem pessoas tão especiais que estiveram comigo nesse momento e me deram todo apoio para que esse sonho se tornasse realidade. Gratidão por tudo!

Ao José Carlos (Arura) e Márcia, pessoas especiais na minha vida, que sempre se preocuparam comigo e me deram todo apoio para que chegasse até aqui.

A todos os meus familiares e amigos, pelo apoio, pelo carinho e pela torcida para que

tudo desse certo.

A professora Denize Cristina de Oliveira, minha orientadora, exemplo de pesquisadora, pela qual eu tenho grande admiração, que com muita sabedoria transmite os seus conhecimentos. Agradeço pela oportunidade de ser a sua orientanda, por todos os ensinamentos que eu recebi na área de pesquisa. Estes foram fundamentais para meu conhecimento, contribuindo para o meu amadurecimento nessa área que tanto admiro e gosto. Gratidão por tudo!

Ao professor Sergio Corrêa Marques, por estar sempre disposto a me ajudar, sempre com um sorriso amigo. Aprendi muito com o senhor! Muito obrigada, professor! A professora Thelma Spindola, por agregar mais conhecimentos para a minha jornada acadêmica.

À professora Mercedes de Oliveira Neto, coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UERJ, pela simpatia, pelo carinho e solicitude sempre.

Aos colegas da turma de mestrado (2021), pelo convívio, pela troca de conhecimentos e por estarem sempre presentes divulgando informações sobre o mestrado e tirando as dúvidas dos colegas da turma.

As minhas maravilhosas amigas Fernanda Feijó e Milena Presley, pessoas especiais que conheci no grupo de pesquisa, que me acolheram e que sempre estiveram presentes ao longo dessa jornada, ajudando-me com muita paciência e carinho, nossa amizade ficará pra sempre, gratidão pelos momentos de descontração. Amo vocês!

A todos os colegas do grupo de pesquisa Processos sociocognitivos do cuidado de saúde e enfermagem de grupos populacionais (Psicuiden), pelo convívio nas reuniões do grupo, pelas trocas de conhecimentos, pelo diálogo e pelos momentos de descontração.

Às secretárias do PPGENF/UERJ Fabíola, Adriana, Ana Louise e Débora, por toda paciência, gentileza e disposição para ajudar.

Aos pacientes da instituição de saúde desta pesquisa, que disponibilizaram um tempo para participar das etapas desta pesquisa. A participação de vocês foi muito enriquecedora!

Às diretoras das instituições de saúde onde foi realizada esta pesquisa, por permitirem a realização deste estudo em seus locais de trabalho. Muito obrigada!

Às bibliotecárias, pela paciência e dedicação ao trabalho de revisão da dissertação, que realiza com tanta satisfação.

A maior recompensa pelo nosso trabalho não é o que nos pagam por ele, mas aquilo em que ele nos transforma.

*John Ruskin*

## RESUMO

**SILVA K. P. As representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para a população geral.** 2023. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Este estudo teve como objetivo geral analisar as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para a população. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado na Teoria das Representações Sociais, utilizando as abordagens estrutural e processual. O estudo foi desenvolvido em serviços das Estratégias de Saúde da Família, localizadas na região do Médio Paraíba, do estado do Rio de Janeiro. Participaram do estudo 100 pessoas, escolhidas nos serviços participantes do estudo. A coleta de dados ocorreu através da aplicação de questionário socioeconômico, da técnica das evocações livres de palavras aos termos indutores “COVID-19” e “cuidado à pessoa com coronavírus” e da realização de entrevistas semiestruturadas. A análise dos dados obtidos a partir da aplicação da técnica de evocações livres de palavras foi realizada por meio da construção do quadro de quatro casas, sendo instrumentalizada pelo software EVOC 2005. A análise dos dados obtidos através das entrevistas foi realizada por meio da análise de conteúdo temático-categorial, buscando identificar uma melhor compreensão em profundidade dos conteúdos representacionais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. Na análise da estrutura da representação da “COVID-19” identificou-se, no possível núcleo central, os elementos afetivos negativos morte, sofrimento, ansiedade- angústia, e positivos cuidados e vacina. Estes sugerem que a pandemia de COVID-19 gerou sentimentos positivos e negativos frente à pandemia e a importância da adoção de cuidados e da prevenção na pandemia. Na análise da estrutura da representação do “cuidado à pessoa com coronavírus” identificou-se, no possível núcleo central, os elementos cuidados, medo, amor, higiene, máscara, precaução, indicando a importância de prevenir-se e cuidar do outro. Os elementos comuns aos dois quadros de quatro casas refletem os cuidados de saúde importantes no cotidiano para a manutenção da saúde. Conclui-se que as representações sociais, tanto da COVID-19, quanto do cuidado de saúde à pessoa com COVID-19 estão orientadas para a adoção de cuidado de saúde de si próprio e do outro, em um movimento de duplo enfoque voltado à prevenção da doença.

Palavras-chave: COVID-19. Cuidado de saúde. Representações sociais.

## ABSTRACT

SILVA, K. P. **The social representation of COVID-19 and care for people with coronavirus for the population.** 2023. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

This study had the general objective of analyzing the social representation of COVID-19 and care for people with coronavirus for the population. This is a descriptive, exploratory study, with a qualitative approach, based on the Theory of Social Representations, using a structural and procedural approach. The study was developed in the ESF located in the Middle Paraíba region of the state of Rio de Janeiro. The study included 100 people chosen at random from the participating services. Data collection took place through the application of a socioeconomic questionnaire, the technique of Free Evocations of Words to the inducing terms "COVID-19" and "care for the person with COVID-19" and the performance of semi-structured interviews. The analysis of the data obtained from the application of the Free Evocations of Words technique was carried out through the construction of the four-house chart, being instrumented by the EVOC 2005 software. The analysis of the data obtained through the interviews were treated through the analysis of thematic-categorical content, seeking to identify registration units to contextualize the representational contents identified in the structural analysis. In the analysis of the structure of the representation of "COVID-19", the possible central core identified the negative elements death, suffering, anxiety-anguish, and positive elements such as care and vaccine, these suggest that the COVID-19 pandemic generated positive and negative feelings towards the pandemic and the importance of care and prevention in the pandemic. In the analysis of the structure of the representation of "care for the person with COVID-19", the possible central core identified the elements care, fear, love, hygiene, mask, precaution, indicating the importance of preventing oneself and taking care of others. The elements common to the two four-house charts reflect health care that is important in everyday life for maintaining health. It is concluded that the social representations, both of COVID-19 and of health care for people with COVID-19, are based on the adoption of health care related to self-care and care for others, in a movement of dual focus on disease prevention.

Keywords: COVID-19. Health care. Social representations.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 –	Quadro de quatro casas ao termo indutor “COVID-19”. Valença, RJ, 2023.....	88
Quadro 2 –	Quadro de quatro casas ao termo indutor “Cuidado à pessoa com coronavírus” Valença, RJ, 2023.....	99
Figura 1 –	Comparação dos quadros de quatro casas da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. Valença, RJ, 2023.....	127
Figura 2 –	Comparação das dimensões dos quadros de quatro casas da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. Valença, RJ,2023.....	128
Quadro 3 –	Quadro de categorização das entrevistas.....	169
Quadro 4 –	Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19”.....	178
Quadro 5 –	Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “Cuidar da pessoa com coronavírus”.....	182

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes de acordo com a idade. Valença, RJ, 2023.....	80
Tabela 2 – Distribuição dos participantes de acordo com o gênero. Valença, RJ, 2023.....	81
Tabela 3 – Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade. Valença, RJ, 2023.....	82
Tabela 4 – Distribuição dos participantes de acordo com a atividade que exercem. Valença, RJ, 2023.....	83
Tabela 5 – Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Valença, RJ, 2023.....	84
Tabela 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a política. Valença, RJ, 2023.....	85
Tabela 7 – Distribuição dos participantes de acordo com a renda. Valença, RJ, 2023.....	86
Tabela 8 – Distribuição dos participantes de acordo com a infecção por COVID-19. Valença, RJ, 2023.....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
COE	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Coronavírus Disease 2019
EPI	Equipamento de proteção individual
ESPII	Emergência de saúde pública de interesse internacional
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
EVOC	<i>Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Evocations</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RS	Representações Sociais
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações sociais
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	14
1	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	21
1.1	<b>A pandemia de COVID-19</b> .....	21
1.1.1	<u>A trajetória da pandemia da COVID-19: contextos epidemiológico, biomédico e social</u> .....	21
1.1.2	<u>Desenvolvimento das políticas de atenção à COVID-19 no Brasil</u> .....	29
1.2.	<b>O cuidado de saúde na pandemia da COVID-19</b> .....	37
1.2.1	<u>Proposições teóricas do cuidado de si e do cuidado do outro</u> .....	37
1.2.2	<u>O cuidado de saúde à COVID-19</u> .....	44
1.3	<b>A Teoria de Representações Sociais</b> .....	49
1.3.1	<u>Teoria Geral de Representações Sociais</u> .....	49
1.3.2	<u>A interação entre representações sociais e práticas sociais</u> .....	58
1.3.3	<u>Representações sociais da COVID-19 e sua relação com o cuidado às pessoas com COVID-19</u> .....	62
2.	<b>METODOLOGIA</b> .....	68
2.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	68
2.2	<b>Cenário do estudo</b> .....	69
2.3	<b>Participantes do estudo</b> .....	70
2.4	<b>Aspectos éticos da pesquisa</b> .....	71
2.5	<b>Coleta de dados</b> .....	71
2.5.1	<u>Dados socioeconômicos e clínicos</u> .....	72
2.5.2	<u>Técnica de Evocações Livres de Palavras</u> .....	72
2.5.3	<u>Entrevistas semiestruturadas</u> .....	74
2.6	<b>Análise de dados</b> .....	76
2.6.1	<u>Análise dos dados socioeconômicos e clínicos</u> .....	76
2.6.2	<u>Análise das Evocações Livres de Palavras</u> .....	76
2.6.3	<u>Análise das entrevistas semiestruturadas</u> .....	77
3	<b>RESULTADOS</b> .....	79
3.1	<b>Caracterização sócio-demográfica do grupo social estudado</b> .....	79

3.2	<b>Representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus</b>	87
3.2.1	<u>Conteúdos e estrutura da representação social da COVID-19</u> .....	87
3.2.2	<u>Conteúdos e estrutura da representação social do cuidado à pessoa com coronavírus</u> .....	99
3.2.3	<u>Conteúdos da representação social da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus a partir dos dados discursivos</u> .....	109
3.3	<b>Relações estabelecidas entre as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus e as práticas de cuidado desenvolvidas.....</b>	127
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	134
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	138
	<b>APÊNDICE A</b> - Termo anuência institucional – ESF.....	164
	<b>APÊNDICE B</b> - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	165
	<b>APÊNDICE C</b> - Roteiro de entrevista semiestruturada .....	167
	<b>APÊNDICE D</b> - Quadro de categorização das entrevistas .....	169
	<b>APÊNDICE E</b> – Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19” .....	178
	<b>APÊNDICE F</b> – Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “cuidado à pessoa com coronavírus” .....	182
	<b>APÊNDICE G</b> – Relatório Rangmot da análise EVOC do termo “COVID-19”	185
	<b>APÊNDICE H</b> – Relatório Rangmot da análise EVOC do termo “Cuidado à pessoa com coronavírus” .....	189
	<b>ANEXO A</b> - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa .....	193
	<b>ANEXO B</b> - Instrumento de dados socioeconômicos, clínicos e formulário de evocações livres.....	194

## INTRODUÇÃO

A Coronavírus Disease 2019 (COVID-19) é uma doença causada pelo novo coronavírus (SARS-COV 2), que foi identificado pela primeira vez na cidade de Wuhan, na China, em novembro de 2019, apresentando-se, inicialmente, como surto de doença respiratória. O vírus ganhou o status de pandemia em 11 de março de 2020, pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Esta declarou a epidemia como uma emergência de saúde pública de importância internacional, marcada pela rapidez de disseminação, uma vez que, em apenas dois meses, milhões de casos foram confirmados e sua severidade acarretou milhões de óbitos, afetando especialmente gestantes, idosos, imunodeprimidos, entre outros (BRASIL, 2020).

Salienta-se que o termo pandemia se refere à incidência de uma doença que é identificada numa determinada região e começa a se disseminar pelo continente, com transmissão de uma pessoa para outra, adquirindo assim grande proporção e se alastrando rapidamente pelo mundo (SCHUELER, 2020).

A pandemia de COVID-19 é uma temática polêmica e atual, muito discutida nas mídias e na literatura científica (CORREIA; RAMOS; BAHTEN, 2020). Representa hoje, uma importante crise sanitária, um grave problema de saúde pública que assola o planeta, influenciando no cotidiano das pessoas e causando importantes consequências, além das médicas e epidemiológicas, como por exemplo, os impactos sociais, políticos e econômicos. Esses impactos têm provocado um aprofundamento das precariedades sociais já existentes, como a miséria, a vulnerabilidade dos direitos fundamentais, a insalubridade das habitações, dentre outras. Somando-se a tudo isto a carência de intervenções do Estado ou de investimentos privados, trouxe com o término do auxílio emergencial no país, inúmeros desafios para as lideranças políticas e comunitárias (YAGYU, 2021).

Desta forma, observa-se que diversos desafios, com implicações presentes e futuras como as mudanças relacionadas aos hábitos sociais e de saúde da população são observados. Com o isolamento social observou-se o aumento de transtornos da saúde mental da população, o consumo excessivo de álcool e outras drogas, o aumento da violência doméstica contra mulheres e crianças, dando sinais de que haverá grandes sequelas deste delicado momento pelo qual a população mundial enfrenta (ODEH, 2021).

A pandemia fez com que os governos nacionais adotassem medidas e estratégias de prevenção e enfrentamento da COVID-19, como o *lockdown*, visando conter a contaminação de outras pessoas, reduzir a sobrecarga social causada pela doença, a mortalidade e a gravidade, considerando o cenário e a proporção que a doença tomou (SARTI et al., 2020). Ao longo do tempo tornou-se um grande desafio para a sociedade e um evento altamente estressante, levando em conta as medidas de prevenção para contenção da doença (GUINANCIO et al., 2020). Além disso, gerou uma radical mudança nos cenários social, político, geográfico e científico.

Destaca-se a situação epidemiológica da COVID-19 no Brasil e no mundo. Até o dia 02 de janeiro de 2023 foram confirmados 660.607.091 casos, 6.690.853 óbitos e 12.830.378.906 de doses de vacina aplicadas no mundo. No Brasil foram confirmados 36.331.381 casos, 693.853 óbitos e 174.887.956 doses de vacina aplicadas (OMS, 2023). No estado do Rio de Janeiro foram confirmados 2.701.378 casos, 76.508 óbitos e 27.798.989 vacinados (BRASIL, 2023). Vale ressaltar, também, o perfil epidemiológico do município estudado na região do Médio Paraíba, com 10.127 casos confirmados, 241 óbitos e 67.438 pessoas vacinadas (BRASIL, 2022).

Cabe ressaltar que a COVID-19 evidenciou uma situação crítica no sistema de saúde para atender a demanda gerada pela pandemia, o que resultou no aumento da mortalidade, onde os serviços de saúde superlotados estavam despreparados para atender a demanda, causando agravamento dos casos mais severos. Percebeu-se, também, o esgotamento do sistema de saúde, principalmente, pela falta de leitos de UTI (NORONHA et al., 2020).

Diante disso, medidas de controle social foram tomadas para contenção dos casos. Além dessas, outra medida de prevenção da COVID-19 teve seu início no Brasil em 17 de janeiro de 2021, a vacinação, com o objetivo principal de evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento (BRASIL, 2019).

Nessa perspectiva de compreensão do contexto pandêmico, o cuidado colocou-se como fundamental para a sobrevivência durante a pandemia, desta forma, refletir sobre o cuidado remete a análise do que ele é, quem cuida e por que cuida. O cuidado apresenta diversos significados que, por vezes, são complexos e sem uma concepção definida. Está inserido na humanidade desde o início da história do ser humano, acompanha a evolução dos tempos, convive com as mais variadas formas de sociedade e está no interior das discussões nos diferentes contextos coletivos (SILVA et.al, 2009).

Referindo-se ao termo cuidado humano, Waldow (1997, p.61) refere que ele:

Consiste em uma forma de ser, de viver, de se expressar. [...] É um compromisso com o estar no mundo e em contribuir com o bem-estar geral, na preservação da natureza, da dignidade humana e da nossa espiritualidade; é contribuir para a construção da história, do conhecimento, da vida.

A mesma autora afirma que o cuidar sempre esteve presente na história humana como forma de viver e de se relacionar (WALDOW, 1997).

A pandemia da COVID-19 exigiu a adoção de práticas e de cuidado de si e de cuidado do outro, uma vez que impôs restrições para as pessoas em razão da sua alta transmissibilidade. Dessa maneira, novas regras de convívio social foram estabelecidas, afastando as pessoas e exigindo a auto responsabilização pela prevenção pessoal e comunitária.

Sendo assim, o conhecimento da população se revela de extrema importância para identificar seus hábitos e verificar as reais necessidades desta no período de pandemia. Leva-se em consideração que a compreensão desse contexto possibilita desvelar normas, valores e atitudes, que dão sustentação aos sentidos que orientam os comportamentos frente a COVID-19. A partir destes pressupostos, entende-se ser fundamental a compreensão da COVID-19 para a população e do cuidado à pessoa com coronavírus.

Segundo Oliveira (2004), a Teoria das Representações Sociais (TRS) permite analisar o impacto do conhecimento do senso comum nas práticas sociais, ou seja, como as pessoas transmitem suas ideias para a prática e como esse fenômeno constrói a identidade de um grupo a partir do objeto social analisado. Silva, Camargo e Padilha (2011), de forma complementar, expõem a existência de estudos na área da Enfermagem baseados na TRS, que permitem realizar intervenções específicas para a sociedade, uma vez que os conhecimentos sobre determinado fato são expressos em comportamentos.

A Teoria das Representações Sociais é empregada na enfermagem, devido à possibilidade que traz ao pesquisador de captar a interpretação dos próprios sujeitos sobre a realidade que se almeja pesquisar, possibilitando a compreensão das atitudes e comportamentos de um determinado grupo social frente a um objeto psicossocial. Neste sentido, preconizam Silva, Camargo e Padilha (2011, p. 948) que “a representação social favorece o conhecimento sobre a prática de um determinado grupo, e permite à enfermagem realizar intervenções respeitando as características específicas de cada segmento social”.

Segundo Ferreira (2016), a aplicação da TRS nas pesquisas de enfermagem propicia a compressão das representações construídas sobre o cuidado, além de permitir conhecer os sentidos que a eles atribuem. Também proporciona entender os comportamentos, as atitudes e a escolha do caminho tomado pelas pessoas no seu cotidiano. Para a autora, as representações sociais unem o sujeito ao objeto. A vista disso, estudar o cuidado por meio das representações sociais permite a possibilidade de compreensão, não somente das ações dos sujeitos no âmbito da saúde, mas também dos sentidos que eles atribuem a essas ações face aos contextos em que elas são produzidas, justificando suas opções frente às realidades que lhes apresentam. Por esse motivo, entende-se que as representações alimentam as práticas que, por sua vez, expressam as representações e conduzem a sua formação, numa relação de reciprocidade (FERREIRA, 2016).

O campo de pesquisa das representações sociais estuda fenômenos complexos e possui diversos elementos organizados para representar um objeto. Segundo Almeida et al (2021, spp.) “o entendimento da COVID-19 como fenômeno de representação se baseia nos critérios de identificação das representações sociais os quais são propostos para garantir a validade dos estudos como consenso funcional, relevância, prática, holomorfose e afiliação”.

Almeida et.al (2021) afirma ainda que

A COVID-19 se trata de um novo objeto, que resultou numa comunicação em massa cotidiana, novas regras sociais, mortes e efeitos devastadores. Assim, não é apenas um objeto médico e científico, mas social. Portanto, é um fenômeno revelador da sociedade, e as RS permitem compreender como essa dinâmica social é apropriada pelo sujeito e se manifesta em sistemas de pensamento e práticas sociais (ALMEIDA et.al, 2021, spp.).

Diante disso, pode-se mencionar Jodelet que propôs uma definição sintética para a representação social “[...] são uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concreta para construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET, 2001, p.22).

Neste sentido, compreende-se que a COVID-19 se revelou como um fenômeno que vem produzindo conhecimento psicossocial, o que fomenta a elaboração da representação social pela população, as quais orientam e organizam as práticas sociais em tempos de pandemia, como também o cuidado à pessoa com coronavírus.

Tal entendimento dá suporte a este estudo, que tem como objeto de estudo as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. O interesse pelo objeto surgiu a partir da inserção da autora no projeto integrado de pesquisa intitulado “A construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado

peçoal, profissional e social”, coordenado pela orientadora professora Doutora Denize Cristina de Oliveira. Considera-se que a COVID-19 é uma doença recente, que teve início em dezembro de 2019, que tem gerado grande impacto na sociedade e interfere na vida cotidiana das pessoas. Entender o pensamento social frente a essa realidade é de extrema importância, visto que este repercute no cotidiano das mesmas o que também motivou a autora para o desenvolvimento desta pesquisa.

A partir destas considerações, delimitou-se as seguintes questões norteadoras para o estudo: Como se constitui a representação social da COVID-19? Quais são as práticas de cuidado pessoal e do outro desenvolvidas pelas pessoas expostas ao coronavírus? Como se constitui a representação social do cuidado à pessoa coronavírus? De que forma as representações constituídas influenciaram as práticas de cuidado pessoal e do outro?

O conhecimento é a única maneira para combater a pandemia, bem como de enfrentar os problemas por ela gerados. Diante do exposto, definiu-se como problema de pesquisa: Quais as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus em tempos de pandemia para a população?

Nesse contexto, a realização do estudo é justificada pela influência da COVID-19 no cotidiano das pessoas de uma dada comunidade, principalmente no que diz respeito ao cuidado à pessoa com coronavírus. Pois, além do pânico desencadeado pela possibilidade de morte, o vírus tem implicações em outras esferas, ocasionado pelo isolamento social, o que levou as pessoas a terem diversificadas mudanças de rotinas pessoais, sendo elas: uma nova organização familiar, fechamento de escolas, empresas e locais públicos. Mudanças estas que tem provocado sentimentos de desamparo, abandono e insegurança devido aos impactos gerados em numerosa escala (ORNELL et al., 2020).

Acrescenta-se a isso a COVID-19 ser um fenômeno recente que está em expansão, com poucos estudos científicos publicados sobre a temática, não havendo, inclusive, tratamento específico para a doença. Sabe-se, portanto, que a população enfrenta um período delicado e catastrófico, revelando-se o conhecimento como a única maneira de combater a pandemia, bem como os problemas por ela gerados. A sociedade em geral expressa um conjunto de aspirações, que emanam das opiniões de indivíduos, grupos, entidades e instituições sobre as questões suscitadas pela pandemia do COVID-19.

Na esfera de prevenção da doença, algumas medidas foram tomadas para proteger a comunidade, visando não expor a mesma aos riscos de contaminação, como: quarentena e isolamento social. Sendo essas uma das únicas medidas que reduzem o número de

contaminados e casos graves, os quais as pessoas necessitam de internação hospitalar. Tais medidas de saúde pública ocasionam efeitos benéficos, como a diminuição das taxas de transmissão da doença. Porém, alguns efeitos negativos associados à restrição podem surgir a médio e longo prazo. Por essa razão, a sabedoria é um elemento fundamental para que as pessoas saibam lidar com as implicações futuras geradas pelo isolamento social (MALTA et al., 2020).

Devido ao alto potencial de disseminação e destruição trágica, a COVID-19 fragilizou não somente a sociedade, mas também os sistemas de saúde. O enfrentamento desta pandemia requer comportamentos e atitudes colaborativas e solidárias, com o intuito de encontrar uma resposta unificada (BARBOSA, 2020).

A sociedade deve se empenhar para a adoção consciente das medidas de precaução para a COVID-19, o que requer mudanças de comportamentos individual e coletivo, sendo que estas devem ser tomadas de maneira imediata e rigorosa. No cenário atual é possível que o desenvolvimento da doença e os impactos no Brasil necessitam do esforço de todos, principalmente do poder público, das famílias e da sociedade civil (OLIVEIRA, 2020). Neste sentido, torna-se fundamental compreender a percepção destes atores sociais, uma vez que a falta de conhecimento permite que a doença se propague mais rapidamente e as consequências futuras irão afetar a qualidade de vida de toda sociedade.

Os danos causados pela pandemia trarão danos sociais, físicos e psíquicos à longo prazo. A paralisação dos serviços causou um alto índice de desemprego e impacto econômico, afetando inclusive o meio privado, como as empresas. Diante deste cenário foi preciso adaptar recursos visando dar continuidade às atividades e à busca por uma fonte de renda. Tanto os seres humanos, como o sistema de saúde, a educação, a economia e o meio político, não têm infraestrutura para lidar com essa adversidade, tornando o povo suscetível a danos, até mesmo irreversíveis em diversos aspectos.

A partir da problematização explicitada, este estudo tem como objetivo geral analisar as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus para a população geral.

E como objetivos específicos:

- a) Descrever os conteúdos e a estrutura da representação social da COVID-19;
- b) descrever os conteúdos e a estrutura da representação social do cuidado às pessoas com COVID-19;
- c) descrever as práticas de cuidado desenvolvidas pela população em geral durante a

pandemia;

d) discutir as relações estabelecidas entre as representações e as práticas de cuidado desenvolvidas.

Este estudo é relevante devido ao impacto da pandemia da COVID-19 para a população, nos diferentes contextos sociais, além das diversas transformações que a mesma trouxe na vida cotidiana. Além disso, justifica-se à medida que a existência da pandemia de COVID-19 ocasionou diversas mudanças, tanto nas condutas da sociedade, quanto no conhecimento científico, aproximando aquela deste, uma vez que, para o controle da doença, são indispensáveis as mudanças comportamentais (HAMMERSCHMIDT, 2020).

Pretende-se, portanto, neste estudo contribuir para a formulação e implementação de ações de educação em saúde e políticas públicas para o enfrentamento da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus, visando a compressão do conhecimento acerca da pandemia e sua relação com o cuidado, valorizando as suas representações, através da escuta atenta. Desse modo, auxiliar na definição de estratégias de enfrentamento da doença e de formas de cuidar da saúde, bem como das práticas de cuidado de acordo com as necessidades individuais e coletivas.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### 1.1 A pandemia da COVID-19

#### 1.1.1 A trajetória da pandemia da COVID-19: contextos epidemiológico, biomédico e social

Em novembro de 2019 o surto de doença respiratória, causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), foi detectado na cidade de Wuhan, na China. Em dois meses o novo coronavírus disseminou-se para mais países, em que foram confirmados milhares de casos de COVID-19, que resultaram inúmeros óbitos especialmente em grupos de risco como idosos, gestantes, imunodeprimidos e outros. O novo coronavírus, doença infecciosa altamente contagiosa que afeta principalmente o trato respiratório inferior, desde o seu surgimento se espalhou por todo o mundo, causando uma pandemia que trouxe não só inúmeros sintomas físicos, como também diversas consequências catastróficas para a saúde, milhares de mortes e sequelas permanentes em muitos sobreviventes (KHALIL, 2020).

A COVID-19 é uma doença respiratória aguda, grave, causada pelo novo coronavírus (2019-Ncov ou SARS-CoV-2), que teve o seu surgimento em Wuhan, na China, no final de 2019. Os primeiros casos de infecção em humanos foram identificados em 1937, no entanto, foi em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus, em decorrência do seu formato, parecendo uma coroa (OMS, 2020).

Salienta-se que o termo coronavírus ou COVID-19 é utilizado para a doença, enquanto para nomeação do vírus utiliza-se síndrome respiratória aguda grave coronavírus (SARS- CoV-2) (WHO, 2020).

No final de dezembro de 2019, várias unidades de saúde relataram aglomerados de pacientes com pneumonia, de causa desconhecida, que estavam epidemiologicamente ligados a um mercado atacadista de frutos do mar e animais úmidos em Wuhan. A maioria dos primeiros infectados coincidiu com uma estadia naquele local (ZHU, 2020). No dia 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre vários casos de pneumonia na cidade. Tratava-se de uma nova cepa de coronavírus, que não havia sido identificada antes em seres humanos. Nessa situação, o Centro de controle e prevenção de doenças da China enviou uma equipe para o estudo epidemiológico e etiológico do patógeno causador da pneumonia atípica (ZHU, 2020).

Uma semana depois, em 7 de janeiro de 2020, as autoridades chinesas confirmaram que haviam identificado um novo tipo de coronavírus, que inicialmente denominaram 2019-nCoV. No entanto, a OMS renomeou o agente etiológico para SARS-CoV-2 visando refletir os sintomas associados (OMS, 2021). A doença, até então de caráter local, disseminou-se por várias partes do mundo, tornando-se uma pandemia.

Diante desse cenário, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constituía, assim, uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII). Sendo este o mais alto nível de alerta da Organização, conforme previsto no Regulamento Sanitário Internacional, o que ocasionou a busca por uma forma de interromper a propagação do vírus (OPAS, 2020).

O surto dessa doença trouxe uma grande inquietação global, pois trata-se de um problema de saúde pública jamais visto pela humanidade. Sabe-se que o SARS-CoV-2 provoca a COVID-19, que consiste em uma doença causada por uma grande família de coronavírus, microrganismo que afeta humanos e atua como agente infeccioso com alto índice de contágio e mortalidade (WHO, 2020).

Sua transmissão ocorre de pessoa para pessoa de forma rápida, por isso seu controle vem representando um grande desafio. O SARS-CoV-2, da mesma forma que outros vírus respiratórios, é transmitido principalmente por três modos: contato, gotículas ou por aerossol (WHO, 2020).

A transmissão por contato ocorre de forma direta com uma pessoa infectada (por exemplo, durante um aperto de mão seguido do toque nos olhos, nariz ou boca), ou com objetos e superfícies contaminados (fômites). Já a transmissão por gotículas ocorre por meio da exposição às gotículas respiratórias expelidas por uma pessoa infectada quando ela tosse ou espirra, principalmente quando ela se encontra a menos de 1 metro de distância da outra. E, por fim, a transmissão por aerossol, que é feita por meio de gotículas respiratórias menores (aerossóis), contendo o vírus e que podem permanecer suspensas no ar e serem levadas por distâncias maiores que 1 metro, por períodos mais longos (geralmente horas) (WHO, 2020).

Os sintomas iniciais podem aparecer entre 2 e 14 dias após a exposição ao vírus, porque a incubação do vírus no corpo pode levar até 14 dias. Tem como principais sintomas: febre, cansaço e tosse seca. Mas alguns pacientes podem apresentar dores, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés (OPAS, 2020). Geralmente esses sintomas são leves e começa gradualmente, podendo ser assintomáticas.

Cerca de 80% dos pacientes que apresentam sintomas se recuperam da doença sem

precisar de tratamento hospitalar, 15% ficam gravemente doentes e precisam de oxigênio e 5% ficam gravemente doentes e precisam de cuidados intensivos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022). Quanto aos idosos, que possuem outras condições de saúde pregressas, como pressão alta, problemas cardíacos e do pulmão, diabetes ou câncer, têm maior risco de ficarem gravemente doentes (OPAS, 2020).

O diagnóstico pode ser realizado de forma laboratorial, tanto por testes de biologia molecular, sorologia, testes rápidos e, também, por imagem, através da tomografia computadorizada de alta resolução (OPAS, 2020).

Predominantemente, as pessoas com diagnóstico de COVID-19 desenvolvem uma síndrome respiratória aguda, classificada em leve, moderada ou grave (OPAS, 2020). No caso leve identifica-se a partir da presença de sintomas, como tosse, dor de garganta e coriza, seguido ou não de anosmia, ageusia, diarreia, dor abdominal, febre, calafrios, mialgia, fadiga e/ou cefaleia. Já o caso moderado possui sintomas mais frequentes e pode incluir desde tosse e febre persistente diária, até sinais de piora progressiva de outros sintomas relacionados à COVID-19, como adinamia, prostração, hiporexia, diarreia, além da presença de pneumonia sem sinais ou sintomas de gravidade (OPAS, 2020).

No caso grave, também chamado de síndrome respiratória aguda grave, observa-se dispnéia/desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de O<sub>2</sub> menor que 95% em ar ambiente, coloração azulada de lábios ou rosto. Por fim, o caso crítico possui como principais sintomas a sepse, síndrome do desconforto respiratório agudo, insuficiência respiratória grave, disfunção de múltiplos órgãos, pneumonia grave que geram necessidade de suporte respiratório e internações em unidades de terapia intensiva (OPAS, 2020).

Destaca-se a existência, ainda, do caso assintomático, em que a identificação do vírus ocorre por teste laboratorial positivo para COVID-19. Deve-se salientar a existência de fatores de risco para a agudização dos casos, que são: doenças cardiovasculares, metabólicas, pulmonares, hepáticas e renais pregressas (VILLEGAS-CHIROQUE, 2020).

Em relação ao número de casos notificados e à taxa de mortalidade por COVID-19, até 02/01/2023 o mundo apresentou 626.090.018 casos confirmados e 6.564.556 mortes. No Brasil, na mesma data, 34.799.324 casos foram confirmados e 687.710 óbitos notificados.

Dentre os países mais afetados pela COVID-19 até 28/11/2022 estão: o Brasil; os Estados Unidos da América, com 95.946.824 casos confirmados e 1.059.255 óbitos; a França com 35.660.785 casos confirmados 153.112 óbitos; e o Reino Unido, com 23.855.526 casos confirmados e 192.682 óbitos, de acordo com dados divulgados pela OMS (OMS, 2022).

Cabe ressaltar a situação epidemiológica do Rio de Janeiro, estado onde o estudo foi

realizado, foram confirmados 2.534.326 casos, 75.850 óbitos e 14.237.288 pessoas vacinadas. Já no município estudado localizado no médio paraíba, foram observados 10.127 casos confirmados, 241 óbitos e 67.438 pessoas vacinadas (BRASIL, 2022).

Segundo Cavalcante e Abreu (2020), a cidade do Rio de Janeiro é um dos maiores centros urbanos do país e foi considerada a segunda cidade com maior número de casos da doença, tendo o primeiro caso registrado em 6 de março de 2020, apenas 11 dias após o primeiro caso do Brasil, sendo o primeiro óbito no dia 20 de março de 2020. Vale destacar que a cidade do Rio de Janeiro possui uma dinâmica econômica e social de alta conectividade com outros centros urbanos, o que favorece sua transformação num polo de disseminação da doença para outros territórios.

Cabe ressaltar o perfil demográfico e epidemiológico da cidade de Valença, essa possui área urbana e rural, tendo sua economia voltada especialmente para a agropecuária e para o polo universitário existente na sede municipal. Segundo a Secretária Municipal de Saúde de Valença (2020), o primeiro caso confirmado de COVID-19 foi no dia 25 de março de 2020, tendo o primeiro óbito no dia 4 de abril de 2020.

Vale destacar que em um estudo realizado por Sá et al (2020) a cidade de Valença apresentou menor risco relativo de contaminação pela COVID-19, em relação a todos os outros municípios e também quando comparado com o Estado do Rio de Janeiro. Ainda segundo os autores, a ocorrência desta redução de risco pode ser justificada visto que houve medidas precoces de distanciamento social e de uso de máscaras, associadas com políticas de organização hospitalar e ambulatorial planejadas visando o controle do vírus. No entanto, os índices de letalidade não apresentaram padrão uniforme, o que pode ser explicado pelo atendimento hospitalar de casos de maior gravidade e à população rural.

Além das questões epidemiológicas, faz-se importante pontuar os aspectos relacionados às medidas profiláticas para a prevenção e o controle da velocidade de contágio do novo coronavírus em nível nacional. Sendo que, as medidas de mitigação são reconhecidas como decisivas para que o país tenha uma evolução favorável da situação epidemiológica, com desaceleração do quantitativo de casos e óbitos (CAVALCANTE e ABREU, 2020).

Diante da falta de tratamento e visando não impactar e comprometer o sistema de saúde, passou a ser recomendado o distanciamento físico e social, o confinamento domiciliar, a prática de higiene das mãos, o uso de máscaras e a detecção precoce de pessoas infectadas. Essas medidas não foram adotadas de maneira uniforme nos municípios, estados e regiões do país. Entretanto, de forma geral, muitas escolas, igrejas, lojas, teatros, estádios de futebol foram fechados (COMBI, 2020).

Cabe destacar que o Ministério da saúde diante desse cenário atuou imediatamente, acionando o Centro de Operações de Emergência visando o planejamento e organização de atividades. A partir disso foram implementadas diversas ações, incluindo o plano de contingência e a disseminação de informações para a população por meio da imprensa. Este disponibilizou também novos meios de atendimento e orientação para a população no sentido de reforçar a importância das medidas de prevenção da transmissão do coronavírus (OLIVEIRA et al., 2020).

Já as secretarias estaduais de saúde em parceria com as secretarias municipais de saúde criaram um guia orientador para enfrentamento da pandemia a fim de sistematizar ações para apoio aos gestores que trouxe a descrição da doença, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como o atendimento, além das campanhas de conscientização da população sobre medidas de prevenção e controle do vírus (BRASIL, 2020).

Ademais, para o combate a pandemia suscitou-se o desenvolvimento de vacinas, seguras e eficazes, em tempo recorde, com o uso de diversas plataformas de pesquisa e diferentes tecnologias para conter o avanço da COVID-19. Em diferentes países, laboratórios e instituições de pesquisa passaram meses em processo acelerado de estudo, a fim de desenvolver um imunizante apropriado para minimizar o impacto de saúde causado pelo SARS-CoV-2 (ANTENOR, 2022).

A vacinação contra a COVID-19 foi aprovada no Brasil, para uso emergencial em todo o território nacional, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), no dia 17 de janeiro de 2021. As vacinas autorizadas inicialmente foram duas: (1) Coronavac (Butantan / Sinovac), que é uma vacina com tecnologia de vírus inativado; (2) Astrazeneca Covishild (Oxford / Fiocruz) que é uma vacina com tecnologia biomolecular baseada no chamado “vetor viral”, que consiste na utilização de um vírus modificado (BRASIL, 2021). Essas vacinas tiveram o objetivo principal de evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento (BRASIL, 2022).

Atualmente, as vacinas disponibilizadas pelo SUS são: Astrazeneca/Oxford (Fiocruz), Pfizer (BioNTech), Janssen (Johnson & Johnson) e CoronaVac (Butantan) (BRASIL, 2021). Os imunizantes são destinados para pessoas acima de 3 anos, vale ressaltar que a vacina possui especificidades de acordo com o grupo populacional. Já foram aplicadas no Brasil 169.407.663 até o dia 11/07/2022, com 458.522.879 doses aplicadas (OMS, 2022).

Diante disso, foram registradas quedas das mortes por COVID-19 no Brasil. De acordo com o estudo de Araújo (2022 p. 1) realizado no Sul do Brasil, “as populações vacinadas apresentam taxas de mortalidade 40,4% menores do que as não vacinadas”. Com resultados

semelhantes, um estudo realizado pelo Instituto Butantan (2021), no interior paulista, constatou que a imunização causou uma redução de 80% no número de casos sintomáticos de COVID-19, de 86% nas internações e de 95% dos óbitos.

Porém, em várias partes do mundo, houve mudanças drásticas no cotidiano das pessoas, as quais foram acompanhadas por um crescimento vertiginoso de informações, nem sempre precisas, divulgadas todos os dias pelos meios de comunicação oficiais ou pelas redes sociais. Em consequência disto, uma crescente circulação de boatos acerca do contágio produziu uma segunda mazela pandêmica: a propagação de notícias falsas relacionadas à COVID-19, cujas fontes principais eram as redes sociais (CALIL, 2021).

No setor político, governadores brasileiros expressavam posições distintas, mesmo em um contexto em que a pandemia seguia fora de controle. A militarização do Ministério da Saúde logrou oficializar uma política negacionista, que ao longo desse processo repetiu sistematicamente afirmações insustentáveis. O Presidente da República Federativa do Brasil conseguiu eliminar do horizonte a possibilidade de contenção efetiva da epidemia, apresentando-se e em inúmeras aparições em público sem máscara, estimulando aglomerações, mais preocupado com a economia e atribuindo a responsabilidade pela crise aos defensores do isolamento social, ainda que sua política tenha agravado a crise ao prolongar a vigência da pandemia (CALIL, 2021).

No Brasil, as informações oficialmente disseminadas foram, com frequência, contraditórias e antagônicas. Alguns meios de comunicação seguiram a ciência e as orientações da OMS, outros seguiram o posicionamento da Presidência da República, que subestimou a gravidade da pandemia e incentivou aglomerações, numa posição “negacionista”. colocando a população frente a duas posições distintas: uma da Organização Mundial da Saúde e a outra do Presidente da República, sem um plano nacional de enfrentamento da pandemia (PACHECO et al., 2021).

Uma vez que a falta de um comando único e de planejamento, com base na ciência, para combater a COVID-19 e a proliferação de notícias falsas pode ter contribuído para dividir a população no momento que exigia unidade. O Brasil se transformou no segundo país com maior número de mortes no mundo, ficando atrás apenas dos Estados Unidos. Os efeitos da pandemia atingem toda a sociedade, porém com mais intensidade a população carente, por falta de condições dignas de sobrevivência preexistentes (GOMES, 2021).

Quanto ao tratamento para a COVID-19, não se dispõe de um tratamento farmacológico com eficácia terapêutica e evidências científicas comprovadas em larga escala. Até o momento são adotados planos terapêuticos de suporte para a sintomatologia provocada pela doença, com

cuidados realizados pela equipe de saúde de acordo com a gravidade do caso (BRASIL, 2021).

Cabe ressaltar que a vacinação é a forma mais eficaz de prevenção da COVID-19, pois desde o início de sua aplicação até os dias atuais teve queda no número de casos e, principalmente, de óbitos por COVID-19. Por isso, é de extrema importância a vacinação para o enfrentamento da pandemia, sendo estas completamente seguras, licenciadas e testadas rigorosamente, além do acesso gratuito às doses pelo Sistema Único de Saúde.

Diante desse cenário, a pandemia de COVID-19 vem sendo o assunto mais discutido desde o seu aparecimento em 2019. Tanto nos veículos de comunicação de massa, nas páginas da literatura científica, quanto no senso comum, nas conversações cotidianas. Esta realidade é decorrente do medo, da incerteza e, principalmente, do desconhecimento sobre o comportamento da doença (CORREIA, 2020).

Esta influenciou no cotidiano das pessoas de forma contundente, e sem precedentes. Desde as regras de isolamento social estritas e obrigatórias, com concomitante fechamento de fronteiras, até ao planejamento e a adoção de medidas de saúde para o seu enfrentamento (CORREIA, 2020).

Estudar a COVID-19 como objeto de representação social (RS) implica estudá-la como conhecimento do senso comum, que se produz socialmente por um grupo social ou cultural, considerando a importância do saber do senso comum na compreensão dos temas em saúde (OLIVEIRA, 2001). As representações sociais de um determinado fenômeno encontram-se ancoradas em processos psicológicos e sociais próprios (JEOFFRION, et al., 2016). Enquanto um sistema socialmente aceito de significação, mostra como o conhecimento científico é transformado em conhecimento leigo, e se assume como uma dimensão de conhecimento que permite o conseso, organiza o sentido e o significado sobre uma realidade (MOSCOVICI, 2000).

A COVID-19 colocou-se como um novo objeto de representação social, considerado estranho, do qual resultou uma comunicação em massa e cotidiana. Além disso, impôs novas regras sociais, acarretou mortes e efeitos devastadores. Desta forma, a doença não é apenas um objeto médico e científico, mas também social. Nesse entendimento, considera-se que as reações a essa ameaça mostram não apenas sobre o vírus e os riscos que ele representa, mas sobre as pessoas, seus sistemas de pensamento, as relações com os outros, os valores e princípios que regem o funcionamento social (APOSTOLIDIS, 2020).

Portanto, o coronavírus é um fenômeno revelador da sociedade, e as RS permitem compreender como essa dinâmica social é apropriada pelo sujeito e se manifesta em sistemas de pensamento e práticas sociais (APOSTOLIDIS, 2020).

Salienta-se que uma pandemia, como a COVID-19, implica também em uma perturbação psicossocial, que pode ultrapassar a capacidade de enfrentamento da população afetada. Pode-se considerar, inclusive, que a população total do país sofreu um impacto psicossocial em diferentes níveis de intensidade e gravidade (NOAL et al., 2020).

Ainda segundo Noal (2020), a maior parte dos problemas psicossociais são considerados reações e sintomas normais para uma situação anormal, estima-se um aumento da incidência de transtornos psíquicos (entre um terço e metade da população) de acordo com a magnitude do evento, o grau de vulnerabilidade psicossocial, o tempo e a qualidade das ações psicossociais na primeira fase da resposta à pandemia (NOAL et al., 2020).

Chama atenção, a preocupação com as *Fake News*, que gera um conjunto de desinformações sobre objetos sociais, como o novo coronavírus. Pode-se ainda destacar, as implicações psicológicas associadas à nova dinâmica social. Consoante a isso, a gravidade e as incertezas relativas a esse fenômeno social provocam emoções e estados psicológicos como o medo, o desespero e até mesmo o pavor (DO BU, 2020).

Ao longo do período da quarentena, com a adoção de isolamento e distanciamento social, o excesso de informações equivocadas, a falta de informações consistentes e a insegurança, acarretam diferentes consequências para a sociedade, incluindo aumento da violência doméstica, perda de empregos, rotinas escolares alteradas, entre outros (SOARES, 2021).

De acordo com Soares (2021), os fatores de risco psicossociais mais citados nos estudos foram o medo de contrair a doença e a dificuldade financeira. Havendo a necessidade de uma atenção maior aos grupos mais vulneráveis, sendo eles: idosos, crianças e pessoas com doença mental.

Diante desta circunstância no país, é conhecido que fatores de estresse referente a danos financeiros que sucedem a riscos psicossociais comumente presentes em momentos de crises econômicas, podem perdurar por meses, durante e após a quarentena, o mesmo se aplica aos casos de desemprego e pobreza (SILVA, 2021).

Um estudo realizado por Silva (2021), quanto às representações do grupo de participantes afetados pela pandemia, aponta o maior peso semântico obtido nas palavras: medo, morte, insegurança, tristeza e cuidado. Outro estímulo apresentado foi desemprego, para este, a palavra fome aparece com o maior peso semântico. Tal realidade demonstra a existência de um problema social, uma vez que inúmeras famílias têm enfrentado dificuldades, a exemplo, de não ter o que comer, além de acarretar efeitos negativos na saúde mental da população.

Ribeiro-Silva (2020) complementa que com a pandemia, as famílias que se encontravam

em um contexto de vulnerabilidade social, possivelmente apresentaram vulnerabilidade à pandemia da COVID-19, pela desigualdade social em maior escala. Foram mais afetadas as pessoas de menor renda, aqueles que estavam desempregados e os que trabalhavam na informalidade.

O acesso à saúde para a população de baixa renda, em circunstâncias normais, apresenta problemas, que em tempo de crise se agravavam ainda mais, gerando maior vulnerabilidade. Além disso, a desinformação e a má comunicação afetam desproporcionalmente os indivíduos com menos acesso aos canais de informação, que se encontravam, portanto, mais propensos a ignorar as medidas de prevenção e de autocuidado necessárias (AHMED, 2020).

A desigualdade social e a ausência de acesso a saneamento básico revelam-se como dos principais problemas enfrentados quando se busca o combate à doença. Sabe-se que a expectativa de vida saudável e as taxas de mortalidade têm sido historicamente desproporcionais entre as populações mais ricas e mais pobres, o que ficou ainda mais evidente com o advento da COVID-19. Considerando que a população mais pobre é mais propensa a doenças crônicas, isto as coloca numa posição de maior risco de mortalidade associada a COVID-19 (DOURADO et al., 2021).

É sabido que a COVID-19 trouxe diversos desafios em nível social, econômico e político. Contudo, a insegurança com relação à esfera econômica ocorreu em larga escala, causando preocupação com os desdobramentos desta no futuro (ORNELL et al., 2020).

### 1.1.2 Desenvolvimento das políticas de atenção a COVID-19 no Brasil

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) atuou imediatamente a partir da detecção dos rumores sobre a doença emergente, respondendo aos alertas da Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio da criação do Grupo de Emergência em Saúde Pública que definiu medidas preventivas e de monitoramento dos casos no país, antes mesmo da entidade declarar Emergência em Saúde Pública de Interesse Internacional devido ao novo coronavírus (COVID-19) (SOUZA, 2021).

Em 22 de janeiro de 2020 foi ativado o Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública para o novo coronavírus (COE COVID-19), para harmonização, planejamento e organização das atividades e monitoramento da situação epidemiológica, estratégia prevista no Plano Nacional de Resposta às Emergências em Saúde Pública do MS (BRASIL, 2020).

O primeiro caso confirmado de pessoa com o novo coronavírus no país ocorreu em 26 de fevereiro de 2020 em São Paulo- SP, tratava-se de um homem idoso, que havia retornado de viagem à Itália. A partir disso, em 3 de fevereiro de 2020, foram publicadas tanto a Portaria nº 188/2020 pela Presidência da República, declarando Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), e a Lei nº 13.979/2020, recomendando às autoridades impor o isolamento e a quarentena de casos como ações estratégicas para impedir a propagação do vírus (SOUZA, 2021).

Além disso, recomendações também foram pautadas no Consenso de Especialistas para o Manejo Clínico da COVID-19, realizado nos dias 10 e 11 de março de 2020, na sede da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) em Brasília, quando estiveram reunidos especialistas nacionais e internacionais para discussão e aprofundamento sobre o assunto (BRASIL, 2020).

Mundialmente, os países empenharam esforços e adotaram várias estratégias, tais como testes na comunidade, rastreamento de contato, isolamento e outras medidas de saúde pública e sociais para enfrentar e controlar a pandemia da COVID-19, visando conter o surto e reduzir a letalidade. Após a declaração da OMS da situação pandêmica as respostas foram intensificadas, com a preocupação voltada para o achatamento da curva, o aumento da capacidade do sistema de saúde e a adoção da mitigação (CIMINI; JULIÃO; SOUZA, 2020), evidenciando ainda mais as divergências então existentes.

No Brasil, o primeiro óbito por COVID-19 ocorreu em 17 de março de 2020, era outro homem idoso residente em São Paulo-SP, que apresentava diabetes e hipertensão, sem histórico de viagem ao exterior. E em 20 de março de 2020 foi declarado que a transmissão do novo coronavírus passou a ser considerada comunitária em todo o território nacional (BRASÍLIA, 2020).

Com o crescimento da pandemia observou-se a incapacidade de detecção e rastreamento da COVID-19 e dos contatos visando a contenção da doença. A vigilância em saúde pública constitui-se uma estratégia para garantir o apoio técnico, operacional e logístico, com a provisão de recursos necessários para a implementação e desenvolvimento de um modo de atuação, favorecendo maior participação social e a otimização do uso de equipamentos social e um processo eficaz de contenção da transmissão comunitária da COVID-19 (PRADO, 2021).

Neste contexto, segundo Prado et al. (2021, p.2844), “a vigilância em saúde robusta foi fundamental para controlar a disseminação e orientar a implementação contínua de medidas de prevenção”. Tendo essa como função essencial em um sistema de saúde pública, para coleta, análise e interpretação sistemática contínua de dados aos tomadores de decisão, para

planejamento e intervenção, em local adequado e tempo oportuno que visava atender às necessidades e às dinâmicas cultural e populacional de cada país (PRADO et al., 2021), de extrema importância na pandemia da COVID-19.

Desde então, foram registrados milhões de casos e de óbitos que ocasionaram uma corrida para a reorganização dos serviços de saúde, que viu a necessidade de articulação para oferecer uma resposta à situação. Frente a este cenário, em março de 2020, sem nenhuma intervenção farmacológica eficaz ou vacinas disponíveis para tratar ou prevenir a COVID-19, começaram a ser adotadas medidas de saúde pública preventivas não farmacológicas, como isolamento, distanciamento físico e quarentena (NUSSBAUMER-STREIT et al., 2020). Sendo essas as únicas maneiras eficazes de responder a epidemia visando a diminuição do contágio, uma vez que não havia tratamento para a doença (ALMEIDA et al., 2021).

A OMS então, emitiu várias orientações técnicas relacionadas à resposta à COVID-19, incluindo coordenação, planejamento e monitoramento no âmbito nacional, vigilância, equipes de pronta resposta e investigação de casos, laboratórios nacionais, tratamento de casos (cuidados hospitalares e domiciliares), prevenção e controle de infecções, protocolos de investigação precoce, comunicação de risco e engajamento da comunidade, suporte operacional e logístico, redução da transmissão de animais para seres humanos e pontos de entrada e aglomerações (OPAS, 2020).

Por se tratar de uma doença nova e desconhecida, a COVID-19 trouxe diversos desafios para os serviços de saúde. Desde o início da pandemia, o esforço da ciência na identificação e desenvolvimento de esquemas terapêuticos e preventivos eficazes e seguros ocorreu numa velocidade e intensidade nunca vistos (TRAVASSOS, 2020).

O Governo brasileiro, porém, “deu mais importância a redução da tributação dos bancos e a destinação de mais de 1 (um) trilhão de reais ao sistema financeiro, do que para pesquisas e políticas diretas para o combate à COVID-19” (ABRANTES, 2020, p. 80). Atrelado a isso, recomendou o uso de medicamentos que não possuíam comprovação de eficácia e segurança (hidroxicloroquina combinado com azitromicina). Neste contexto, a constante recomendação do combinado de medicamentos mencionados fez com que o cargo de ministro da saúde fosse ocupado por duas pessoas diferentes em menos de 30 dias. Frente a este cenário “a evolução da pandemia da COVID-19 gerou um padrão de interação relacional na esfera pública amplamente conflitivo, repercutindo no aumento de tensões internacionais e na ruptura de princípios do multilateralismo da política externa (...)” (SENHORAS, 2020, p.108).

No mês de março de 2020, conforme identificado em um importante veículo de mídia com o aumento exponencial de vítimas fatais, o Presidente da República, em um

pronunciamento televisivo, pediu o fim do confinamento, apontando que a pandemia de COVID-19 era uma “gripezinha” (G1, 2020). O mês termina com o MS aprovando o uso da cloroquina como um dos protocolos de enfrentamento da epidemia no Brasil.

Como forma de enfrentamento desse cenário, uma parceria do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), foi criado em maio de 2020, o Guia Orientador para Enfrentamento da Pandemia na Rede de Atenção à Saúde (RAS), a fim de sistematizar ações para apoio aos gestores estaduais, municipais e trabalhadores do SUS no enfrentamento a pandemia de COVID-19. Este discute a importância das redes de atenção à saúde e traz a descrição da doença, medidas de prevenção, diagnóstico e tratamento, bem como roteiro para realização de atendimento virtual (telemedicina) através de veículos de comunicação, tendo sido um importante documento de orientação das ações desenvolvidas a partir daí nos serviços de saúde de todo o Brasil (BRASIL, 2020).

Embora negadas pelo governo federal, os governos regionais e estaduais avançaram de forma coordenada e, juntamente com os municípios, procurou formas de enfrentamento da pandemia com base no conhecimento científico, investindo em estratégias de vigilância em saúde para identificar e isolar rapidamente sintomáticos e contatos de COVID-19. Além das campanhas de conscientização da população sobre uso de máscaras, evitar aglomerações, distanciamento social e físico (ABRANTES, 2020).

O MS, por sua vez, pautado ainda, no fortalecimento da assistência à saúde, direcionou ações para a capacitação de recursos humanos e ampliação da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da contratação de profissionais de saúde temporários, especialmente médicos (OLIVEIRA et al., 2020).

O MS (2020) também propôs que todas as Redes de atenção à saúde, se tornassem responsáveis pelas demandas de atendimento à Síndrome Respiratória, cada uma no seu nível de complexidade com o intuito de atender a demanda que passou a ocorrer nos serviços. A organização da RAS ocorreu com a integração dos diversos pontos de atenção de um território micro e macrorregional de saúde, em todos os níveis de atenção à saúde, incluindo hospitais, ambulatórios, atenção primária e os demais setores envolvidos no cuidado à saúde (BRASIL, 2020).

Nos grandes centros metropolitanos, para garantia do acesso à saúde com o avanço da crise, foram criados hospitais temporários, denominados hospitais de campanha, e estruturadas unidades sentinela. Com o objetivo de atender exclusivamente pessoas suspeitas ou confirmadas com o SARS-CoV 2, com o intuito de evitar a contaminação de todos os hospitais,

reduzir a sobrecarga nos hospitais já existentes e reduzir gastos com transporte de pacientes (BRASIL, 2020).

Em periferias e cidades com menor quantitativo populacional, os setores de saúde tais como hospitais e Estratégias de saúde da família foram direcionados a terem suas atividades voltadas para o atendimento às pessoas acometidas pela COVID-19. Diante disso, o processo de trabalho foi reorganizado, com adoção de medidas nunca estabelecidas. Os serviços de saúde então, adotaram medidas para garantir que todos os casos suspeitos ou confirmados de infecção pelo SARS-CoV-2 ou outra infecção respiratória, seguissem procedimentos de etiqueta respiratória e higiene das mãos durante o período de permanência dos pacientes na unidade. Para isso, utilizou-se alertas visuais (cartazes, placas, pôsteres) na entrada dos serviços e em locais estratégicos. As identificações dos pacientes suspeitos foram feitas no primeiro ponto de contato do serviço de atenção especializada (UPA 24h, emergências hospitalares ou ambulatórios/clínicas) (SOUZA, 2021).

Cabe ressaltar que a resposta sanitária em todos os países foi centrada nos serviços hospitalares, com ações para a ampliação do número de leitos, especialmente de unidades de tratamento intensivo com respiradores pulmonares. E diante do momento pandêmico, estratégias para gerenciar espaço, equipe e suprimentos também foram feitas, a fim de proporcionar o melhor atendimento aos usuários.

O enfrentamento da pandemia convocou, inicialmente, a RAS de urgência e emergência, incluindo as ações de prevenção (distanciamento social, higienização), o atendimento de síndromes gripais nas unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) e o fluxo de assistência à Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), até a internação em leitos de UTI para as situações mais críticas, com todos os recursos logísticos, de apoio laboratorial e terapêutico necessários. No entanto, mesmo com o esforço nacional realizado, a magnitude e velocidade da pandemia no Brasil resultou em muitas dificuldades de atendimento e falta de acesso, especialmente com a falta de recursos diagnósticos, falta de leitos de UTI e de respiradores em situações que o exigiam, resultando em mortes sem o atendimento devido (BRASIL; CONASS; CONASEMS, 2020).

Além disso, houve a implantação de medidas de prevenção da transmissão hospitalar. Também foram instaladas tendas de triagem, com monitoramento para a presença de sinais e sintomas respiratórios indicativos de casos suspeitos de COVID-19. Nesse local, frente à suspeita da infecção e à presença de sinais de gravidade, os usuários eram encaminhados para a Unidade Referenciada (unidade de entrada de urgência e emergência). Os casos que fossem considerados leves, eram encaminhados para isolamento domiciliar, com orientação de retorno

se houvesse sinais de piora clínica (BERNARDINO et al., 2021).

A Atenção Primária à Saúde (APS) considerada a principal porta de entrada de uma pessoa no sistema de saúde, frente à pandemia, objetivou suas ações para a disponibilização de instrumentos, orientações, manejo e controle das condições de saúde de cada Rede de Atenção à Saúde, observando a coordenação do cuidado exigindo um trabalho sistemático, organizado e uniforme.

Doenças infecciosas emergentes e reemergentes são constantes desafios para a saúde pública mundial. E a pandemia corroborou para a necessidade das autoridades sanitárias estaduais e a cooperação regional entre os municípios de se fortalecerem e, também, demonstrou a importância do acesso universal e gratuito, assegurado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, para realização dos serviços pelo território nacional para lidar com a pandemia (GIOVANELLA et.al, 2020).

Porém, os problemas já existentes no SUS se intensificaram com o surgimento e agravamento da pandemia, além de prejudicar que a garantia do acesso fosse cumprida. Dentre os problemas, vale destacar a falta de investimentos na saúde de forma geral, a falta de recursos materiais e recursos humanos, a superlotação de hospitais, uma demanda de assistência maior que a quantidade de vagas e, ainda, uma tecnologia de baixa qualidade. Tudo isso atrelado a um modelo de gestão que não atendeu às necessidades de respostas do momento pandêmico. (ABRASCO et al., 2020).

Segundo Teixeira et al. (2020, p.3469), houve mais problemas decorrentes do subfinanciamento do SUS, como “os congelamentos dos gastos no setor, a deterioração dos serviços e a precarização da força de trabalho”. Estes causaram efeitos negativos na prestação de serviços de atenção saúde, trazendo um grande desafio para o enfrentamento e controle da pandemia da COVID-19 no Brasil, principalmente no contexto de extrema desigualdade social que causou uma tragédia, o qual potencializou a contaminação e disseminação da COVID-19 no país.

Em um contexto de crise sanitária, verificou-se que o país não dispunha de recursos suficientes para atender aos pacientes diagnosticados com a COVID-19. A falta de equipamento de proteção, como máscaras, luvas, avental e óculos de proteção, além da falta de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e de respiradores foram insuficientes para atender a toda a população (COSTA, 2020).

O agravamento da pandemia e o colapso do sistema de saúde ocorreram em várias cidades, em todo o território nacional. No início de junho de 2020, o Brasil apresentava o segundo maior número de casos e de óbitos por COVID-19 do mundo. Os embates entre o

Presidente da República, governadores e prefeitos tornaram-se progressivamente mais evidentes e acirrados, prejudicando a capacidade de resposta do Estado, gerando descrédito e insegurança na população (LIMA, 2020).

As dificuldades de coordenação no âmbito do governo federal se acentuaram entre áreas da política, a Presidência e o MS culminando em duas trocas do titular do MS, com repercussões sobre a composição das equipes técnicas federais. Da mesma forma, foram intensificadas as diferenças de posições entre os governos federal, estaduais e municipais em torno das medidas de enfrentamento, bem como entre governos e grupos da sociedade (comunidade científica, movimentos sociais), o que dificultou a coordenação de esforços no enfrentamento da pandemia (LIMA, 2020).

As divergências de ações e dos discursos levaram o Supremo Tribunal Federal a decidir por unanimidade que estados e municípios tivessem a autonomia para determinar medidas de isolamento social. Porém, mesmo iniciativas inovadoras como a implantação de um comitê científico de enfrentamento da COVID-19, vinculado ao Consórcio dos Governadores do Nordeste, e a adoção de medidas pelos Conselhos de Representação de Secretarias Estaduais e Municipais para orientar gestores e trabalhadores do SUS, foram insuficientes, sem uma articulação efetiva com o governo federal (LIMA, 2020).

Lima (2020) propôs dois argumentos em seu artigo visando extrair reflexões da crise do Estado federativo brasileiro, com intuito de contribuir para a compreensão dos condicionantes e desafios da coordenação de políticas públicas e do SUS no contexto da COVID-19. Primeiramente, foram os fatores que constroem a atuação do estado de origem anterior ao surgimento da pandemia, que embora tenha ocorrido tensões políticas agudizadas com a COVID-19, outros aspectos de natureza político-institucional (características do arranjo federativo) e histórico-estrutural (desigualdades socioespaciais), também limitaram a articulação e o desempenho dos governos.

E o segundo relaciona-se com a necessidade de integração entre áreas da política pública e da articulação entre governos para o desenvolvimento de medidas mais efetivas de mitigação dos danos sociais, econômicos e sanitários decorrentes da COVID-19. Que ditou ser essencial, frente à pandemia, estratégias e instrumentos de coordenação, envolvendo múltiplas dimensões, atores e escalas de decisão e ação, para a implantação de políticas e ações mais abrangentes e integradas (LIMA, 2020).

Diante disso, iniciou a busca por vacina ou tratamento contra a COVID-19, com vista a vencer a pandemia, desde então, o MS, governos, cientistas, indústrias farmacêuticas e instituições não governamentais fizeram um movimento de arrecadação de fundo para o

desenvolvimento e produção da mesma para ser disponibilizada a população global (COUTO, BARBIERI E MATOS, 2020).

Segundo Serpa et al. (2022 p.127) “diante da pandemia da COVID-19 existe a necessidade de vacinação de toda a população contra o SARS-CoV-2, com vacinas seguras e eficazes. A vacinação é a principal estratégia de saúde pública para conter a propagação da doença”.

Nesse contexto, foi desencadeada uma corrida pelo desenvolvimento de uma vacina e muitos países começaram a se articular em diversos eixos, com uma alternativa para combater a maior propagação da COVID-19. E diversos países realizaram em conjunto com a OMS o financiamento universal da vacina. Esta mobilização existente no mundo em torno do desenvolvimento de diversas propostas vacinais para combater à COVID-19 possibilitou à humanidade chegar em 2021 com o processo de vacinação iniciado em 50 países, o que não aconteceu no Brasil (SOUZA, 2021).

Após a realização de inúmeras pesquisas, foram desenvolvidas as seguintes vacinas: CoronaVac (Butantan) fabricada no Brasil, aprovada em 17/01/20; Astrazeneca/Oxford (Fiocruz), fabricada no Brasil aprovada em 17/01/2021; Pfizer (BioNTech) nos Estados Unidos, aprovada em 23/02/2022; Janssen (Johnson & Johnson), fabricada na Holanda aprovada em 31 de março de 2021.

Segundo Chade (2020) o Brasil não aderiu a essa estratégia de ação global. Mesmo sendo um país com um sistema de saúde que possui o Programa Nacional de Imunização (PNI), com larga trajetória e reconhecido internacionalmente que deveria ter definido uma estratégia nacional prioritária de combate à pandemia através da vacinação de toda a população contra a COVID-19.

Contudo, a vacinação contra a COVID-19 foi aprovada no Brasil para uso emergencial em todo o território nacional pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no dia 17 de janeiro de 2021 (Brasil, 2021).

O posicionamento do governo brasileiro em relação à imunização da população não foi diferente da adotada em relação à outras medidas de enfrentamento da disseminação da pandemia. O negacionismo, a declaração do presidente de que não tomaria a vacina e não a tornaria obrigatória, contribuiu para a expansão dos movimentos antivacina (UOL, 2020). Esse posicionamento governamental em relação à pandemia fez com que partidos de oposição impetrassem ação de obrigatoriedade de apresentação de um Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 junto ao Supremo Tribunal Federal (STF) (TEIXEIRA, 2020). Cabe destacar que o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19 foi apresentado em 16 de

dezembro de 2020, e em 17 de janeiro de 2021 no Brasil, foi autorizada a vacinação contra a COVID-19 com o objetivo de evitar internações e óbitos pela doença, principalmente para os grupos de risco (BRASIL, 2021).

Até o momento, as vacinas estão sendo aplicadas e vêm demonstrando boa eficácia, principalmente na prevenção de casos graves de COVID-19, hospitalizações e óbitos (SERPA et.al, 2021). E apesar de todas as dificuldades no processo de fabricação da vacina contra COVID- 19 e os posicionamentos contraditórios do governo a campanha teve êxito e a COVID-19 encontra-se mais controlada.

## **1.2 O CUIDADO DE SAÚDE NA PANDEMIA DA COVID-19**

### 1.2.1 Proposições teóricas do cuidado de si e do cuidado do outro

O termo cuidado provém do latim *coera* com o mesmo sentido de cura. De origem etiológica *cagitatus*, refletido, pensado, imaginado e meditado. Se refere a “dedicação, cujo comportamento, aparência, formação moral e intelectual são primorosos (falando de pessoa); atenção especial, comportamento precavido, zelo, desvelo que se dedica a alguém ou algo” (HOUAISS, 2011, p. 885). O cuidado também significa “desvelo, solícitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade” (SOUZA et al., 2005, p. 267). No qual implica em colocar no lugar do outro tanto na dimensão pessoal, quanto social em diversas situações, dentre elas o nascimento, o desenvolvimento e também na morte (SOUZA et al., 2005).

De acordo com a visão filosófica, o ser humano vive o significado de sua própria vida por meio do cuidado. É atestado ser o cuidado o ethos do humano, é um modo de ser essencial, ele se encontra na raiz do ser humano, é a priori: “O cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano. E o modo-de-ser cuidado revela de maneira concreta como é o ser humano” (WALDOW e BORGES, 2011, p. 415).

Para BOFF (2004 apud SILVA et al, 2005) o cuidado manifesta-se quando têm existência de alguém de importância para si, frente a isso passamos a nos dedicar ao outro, participando de seu destino, de suas buscas, sofrimentos e sucesso, enfim de sua vida.

Segundo o mesmo:

Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro. (Boff, 1999, p. 33 apud CARVALHO et al., 2015, p.4)

Desta forma, pode-se destacar:

O cuidado é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras. É um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa humana se estrutura e se realiza no mundo com os outros. Melhor ainda, é um modo de ser-no-mundo que funda as relações que se estabelecem com todas as coisas (BOFF, 1999 apud SILVA, 2005, p. 473). Este expressa o aqui e agora, retém vivências e se projeta para o futuro, numa relação dinâmica entre os vários atos de cuidar e as atitudes, as quais aparecem permeadas de elementos constitutivos da história da vida, imbuídos do aspecto psicossocial, cultural e até mesmo acadêmico (BOFF, 1999 apud SILVA, 2005, p. 473).

O cuidado está na raiz do ser humano, este é indispensável, sendo uma dimensão sempre presente, irreduzível, originária, ontológica e impossível de ser completamente desvirtuada. "Mitos antigos e pensadores contemporâneos dos mais profundos nos ensinam que a essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado" (BOFF, 1999, p. 11 apud CARVALHO et al., 2015, p.9).

O cuidado surgiu como uma característica humana, comum a todos os povos, como uma prática moral, relativa à dignidade, respeito, afeto, sentimento de compaixão, ou como uma interação interpessoal, na qual a comunicação, confiança, respeito e empenho estão subjacentes, tornando-se um componente primordial do ser humano (ZEFERINO et al., 2008).

Contudo, durante muito tempo não esteve associado a nenhum ofício ou profissão e sua história se construiu sob duas orientações: cuidar para garantir a vida e cuidar para recuar a morte. A primeira estabelece uma relação entre mulheres e o cuidado, ao considerar que elas estão presentes em todas as fases do ciclo de vida dos seres humanos, desde o cuidado com o recém-nascido até com os idosos e indivíduos em estado terminal. A segunda associa-se à época em que as condições de vida dos seres humanos eram precárias e as mortes eram constantes, sendo o cuidado organizado através de rituais confiados ao xamã e ao padre (COELHO e FONSECA, 2005).

Diante disso, pode-se afirmar que a ação de cuidar existe desde os primórdios da humanidade, em que a figura feminina se apresentava associada às práticas de manutenção da espécie (PAIXÃO, 1979 apud PONTES, 2016). Nesse contexto, "historiadores e antropólogos consideram que a proteção materna foi a primeira forma de manifestação do cuidado humano" (VAGHETTI et al., 2007 apud PONTES, 2016, p. 49).

Este era basicamente desenvolvido como forma de sobrevivência, tal como a maneira

de viver, de se relacionar no mundo, de se alimentar, reproduzir e de defender a espécie. Caracterizava-se por ser realizado baseado nas experiências de forma, embasado nas forças místicas e na ação da natureza, sendo prestado e recebido sem uma estruturação ou um conhecimento prévio do que era realizado (ZEFERINO, 2008).

Com o cristianismo e a instituição de ordens religiosas, o cuidado ganhou uma nova conotação, caracterizando-se por seu sentido religioso de prestar ajuda e oferecer apoio espiritual (WALDOW, 2006). Posteriormente, com o surgimento dos hospitais, o cuidado tornou-se institucionalizado e surgiu a necessidade de treinar pessoas para administrar medicamentos, limpar feridas e desempenhar atividades de conforto aos doentes. Com o passar do tempo e a evolução dos seres humanos, o cuidado foi adquirindo novos significados através da transformação do conhecimento empírico em conhecimento embasado em estudos (ZEFERINO et al., 2008).

Diante disso, Souza (et al., 2005, p. 267) afirma que:

O cuidado possui um conceito mais amplo, que pode incorporar diversos significados, este depende da concepção ética que contempla a vida e o bem de si. Manifesta-se a partir da preservação da saúde dos cidadãos, nos relacionamentos compartilhados, nas circunstâncias, na doutrina e no dever e compromisso social de cada um.

Nessa perspectiva, Castro (2007, p.11) relata que:

O cuidado é concebido como uma ação integral que se orienta pelas ações dos outros, as quais podem ser diferenciadas entre atividade racional orientada para fins e atividade comunicacional mediada por símbolos, tendo por fundamento a compreensão da saúde como direito de ser, em seus diversos âmbitos (ser social, ser político, ser cultural).

Importante destacar que existem diferentes tipos e maneiras distintas de cuidar, como o cuidado de si, do outro e o cuidado profissional, que dependem da situação e da forma na qual nós nos envolvemos com ela e, nesta situação, com o sujeito, motivo de atenção do cuidado. Além disso, o cuidado pode ser vislumbrado a partir das relações profissionais, isto é, o cuidado do outro ou das experiências pessoais; o cuidado de si (WALDOW, 2011).

A capacidade de cuidar é essencial para o desenvolvimento do ser. O cuidado ocorre por uma capacidade humana de cuidar, evocando esta habilidade em nós e nos outros, ao satisfazer uma resposta a algo ou alguém que importa, atualizando nosso potencial para cuidar (WALDOW e BORGES, 2011). Desta forma vale destacar uma outra conotação além da “existencial” no cuidado, que é o “relacional”, isto é, o eu com o outro e para o outro. Neste sentido, o cuidado passa a ter uma conotação de “interessar-se pelo outro”, e isto, de certa

forma, movimenta ambos - “completando-se um no outro” (WALDOW e BORGES, 2011).

Na ausência de enfermidade e no cotidiano dos seres humanos, o cuidado humano também é imprescindível, tanto como uma forma de viver como de se relacionar. (WALDOW, 1998 apud VALOIS, 2012).

Segundo Silva (et al., 2005, p. 474):

Saber cuidar implica em aprender a cuidar de si e do outro, tendo sempre a noção da realidade, possibilidades e limitações. Por outro lado, a sociedade possui os valores que se estruturam e se constroem ao redor do cuidado com as pessoas, considerando as diferentes culturas, saberes, ideias e vivemos com as questões que envolvem o viver em relação de cuidado uns com os outros. Assim, o cuidado existe antes do agir humano, estando presente em todas as coisas e situações dos seres humanos. O cuidado é uma atitude que gera múltiplos atos e expressam a atitude de fundo, que é a essência ou cuidado em si.

No que se refere ao cuidado do outro, este trata-se de um ato humano de fazer e de sentir-se cuidado, portanto para investigá-lo, é preciso compreender os múltiplos sentidos que a ele se atribui em sua diversidade social das famílias, dos grupos, das culturas, das sociedades, ou seja, no mundo real em que as pessoas vivem (FERREIRA, 2013). O ser humano, em qualquer faixa etária, necessita de cuidado para manifestar-se plenamente como ser no mundo (ROCHA; DUARTE, 2011).

E cada vez que uma pessoa se empenha na função de cuidar do outro, mostra a si mesma, satisfazendo uma necessidade sua e do outro, projetando-se para o futuro na perspectiva da qualidade de vida do outro, em um constante movimento em busca da realização existencial que é o exercício do cuidado (BOFF, 1999 apud SILVA, 2005).

Santana (2020) refere que o cuidado do outro sempre esteve presente na vida das pessoas:

O cuidado está presente em nossas vidas desde antes de nascermos, quando nascemos somos cuidados pelos outros, e com o tempo também aprendemos a cuidar. Ao direcionar nossa atenção para cuidar do outro demonstramos nosso afeto e respeito. Nesse sentido, também é importante direcionarmos nossa atenção para nós mesmos, colocando em prática o autocuidado (SANTANA, 2020, p.10).

Vale ressaltar que: “a capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo é chamada de intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros é chamada de intervenção de cuidados dependentes” (PEREIRA et al., 2011, p. 898).

Desta forma, no que se refere ao cuidar do outro podemos dizer que:

As ações de cuidado, possui alguns sentimentos fundamentais, tais como: A ternura, que é sinônimo de cuidado essencial e afeto que devotamos às pessoas e o cuidado que aplicamos às situações existenciais, ela emerge do próprio ato de existir no mundo com os outros (SILVA et al., 2005, p. 474).

Neste contexto pressupõe-se que o cuidado do outro necessita de relações de troca e diálogo, torna-se importante refletir sobre o que significa cuidar, não apenas como algo concreto, mas como um ser composto de emoções, personalidade, autoconhecimento e que necessita de um olhar holístico e escuta qualificada.

Para Boff (1999, p. 6):

Cuidar do outro é zelar para que essa dialogação, esta ação de diálogo eu-tu, seja libertadora, sinérgica e construtora de aliança perene de paz e de amorização. O outro se dá sempre sob a forma de homem e de mulher, são diferentes, mas se encontram no mesmo chão comum da humanidade. Ambos realizam, em seu modo singular, a essência humana, abissal e misteriosa (...)

É preciso considerar, ainda, o cuidado de si que se estabelece a partir do momento em que paramos e dirigimos o olhar para a nossa vida, permitindo realizar um exame de consciência sobre o que vivemos, com intuito de saber intenções propostas e não alcançadas, sobre como vivemos e administramos nossa existência, a nós mesmos, como um bem a ser preservado (LUNARDI, 2004)

Conforme Pereira (2011) o autocuidado é uma capacidade que o indivíduo possui para cuidar de si mesmo “O autocuidado é definido como um conjunto de atividades que a própria pessoa executa, consciente e deliberadamente, em seu benefício para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar” (PEREIRA et al., 2011, p 898).

Queirós (2010) acrescenta que o autocuidado se organiza e se estrutura ao longo da vida, e este é universal por abranger todas as vivências, não se restringindo às atividades instrumentais de vida diária.

Para Orem (2001 apud QUEIROZ, 2014), autocuidado pode ser definido como prática de atividades que favorecem o aperfeiçoamento e amadurecem as pessoas que a iniciam e desenvolvem dentro de espaços de tempo específicos, cujos objetivos são a preservação da vida e o bem-estar pessoal. E este possui três dos requisitos ou exigências apresentadas pela autora, sendo eles: universais, de desenvolvimento e de desvio de saúde.

Os universais estão associados aos processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. São comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, como por exemplo, as atividades do cotidiano; os de desenvolvimento

são as expressões especializadas dos requisitos universais que foram particularizados por processos de desenvolvimento, associados a algum evento; por exemplo, a adaptação a um novo trabalho ou a mudanças físicas. E o de desvio de saúde é exigido em condições de doença, ferimento ou moléstia, ou pode ser a consequência de medidas médicas exigidas para diagnosticar e corrigir uma condição (PEREIRA et al., 2011)

Dessa forma, podemos suspeitar que o cuidar integral precisa ser algo que faça parte do dia a dia de uma Unidade de Saúde, pois o modelo biopsicossocial de cuidados à saúde, ou seja cuidado profissional.

Nesse sentido, Formozo et al. (2012, p. 127) definem cuidado em saúde da seguinte forma:

O cuidado em saúde consiste em uma relação estabelecida entre pessoas, tendo em vista o alcance da melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida, impingindo os resultados do processo relacional em todos os entes envolvidos. Assim, as práticas profissionais de cuidado não podem se restringir à ação técnica, mas devem ser expressas de forma atitudinal e relacional, devendo ser assumidas como questão complexa e multifacetada a partir de aportes teóricos interdisciplinares.

Porém, segundo Pinheiro (2009), cuidado de saúde não é apenas um simples procedimento técnico e nem um nível de atenção do sistema de saúde, mas sim uma ação de caráter integral direcionada para a compreensão da saúde como o direito de ser.

Formozo et al. (2012) afirmam que os elementos envolvidos no relacionamento interpessoal, tais como a empatia e a escuta ativa, influenciam a prática de cuidado, visto quedeterminam a interação social estabelecida entre o profissional e o indivíduo que recebe o cuidado. Para tal interação, é necessário o engajamento adequado que propicie a efetivação do verdadeiro ato de cuidar. Geralmente, ao se falar em cuidado de saúde, ou cuidado em saúde, atribui-se um sentido que está enraizado no senso comum, que é “o de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (AYRES, 2004, p. 74).

Assim, Nightingale traduz o cuidado de forma mais abrangente do que uma habilidade pessoal, definindo-o como uma atitude que exige conhecimento e comprometimento: A cada dia tornam-se mais importantes os conhecimentos sobre a saúde, ou seja, o conhecimento da enfermagem, isto é, saber o que deve ser feito a fim de manter o organismo em condições tais que não contraia doenças, ou que possa recuperar-se de qualquer agravo à saúde. Essas noções são reconhecidas como as que todos devem possuir, distintas dos conhecimentos médicos afeitos apenas aos profissionais da medicina (NIGHTINGALE, 1989, p.11 apud PONTES, 2016).

Nesse sentido, atualmente, o cuidado de saúde, também denominado de paradigma da produção social de saúde ou paradigma biopsicossocial, visa superar o modelo biomédico ou curativista, focado na doença, refletindo em mudanças no conceito de saúde, nas práticas dos profissionais de saúde, na compreensão do processo saúde-doença e na organização do sistema de saúde pública brasileiro (AUGUSTO; BARROS; PEREIRA, 2011).

Nessa perspectiva, Ferreira (2013, p. 47) define cuidado como “atos/operações que se realizam no campo de ação da disciplina pelas enfermeiras, com fins terapêuticos, de promoção/manutenção da ordem orgânica funcional do corpo, do ambiente, do conforto e bem-estar”.

No que se refere ao cuidado profissional pode-se referir ao cuidado de enfermagem, que se insere no âmbito da intergeracionalidade, pois se revela na prática com um conjunto de “ações, procedimentos, propósitos, eventos e valores que transcendem ao tempo da ação. Abraça, pois, diferentes gerações, imprimindo-lhes realização e bem-estar” (SOUZA et al., 2005, p. 268).

Para Waldow (1998 apud VALOIS, 2012), o cuidado profissional pode ter vários objetivos, dependendo do momento, da situação e da experiência. Ele é o resultado do processo de cuidar, definido pela forma como ocorre o cuidar entre cuidador e quem está sendo cuidado. Trata-se de um processo intencional, que envolve crescimento e ocorre independentemente da cura. Heidegger (1984 apud VALOIS, 2012) destaca que o cuidado é sempre anterior a esses dois gestos. Dessa forma, em muitas ocasiões, é no próprio ato de cuidar que pode residir a cura.

Em uma perspectiva transpessoal do Cuidado, Watson considera a Enfermagem como uma ciência humana de pessoas e experiências de saúde-doença, as quais são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano. O ato de cuidar, nessa profissão, tem como finalidade, prioritariamente aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver e do morrer. Para essa autora, o cuidado produz um autoconhecimento, auto respeito, um auto cura e, conseqüentemente, processos de autocuidado (NEVES, 2002).

Do ponto de vista dessa autora, o cuidado é a essência da enfermagem e o foco mais centrado e unificado de sua prática. O cuidado transpessoal manifesta-se no encontro daqueles que estão envolvidos no ato de cuidar. Como um ideal moral da enfermagem, o cuidado humano transcende o ato de cuidar e tem como característica fundamental a preservação da dignidade humana. Compreende dessa forma um valor humano que envolve as ações, o conhecimento e os resultados do cuidado (NEVES, 2002).

Diante do exposto, pode-se refletir sobre as ações de cuidado de si e do outro, fazendo perceber que cuidar das coisas implica ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeitá-las, dar-lhes sossego e repouso. Cuidar é entrar em sintonia com escutar o ritmo e afinar-se com ele. Dessa forma, o ser humano consegue viver a experiência fundamental do valor, daquilo que tem importância e definitivamente conta (SILVA et al, 2005).

Sendo assim, o cuidado é fundamental para a compreensão do ser humano, sendo necessário para a condição de ser humano, pois envolve atenção para com o outro, atitude de desvelo e de solicitude (BOFF, 2005).

### 1.2.2 O cuidado de saúde à COVID-19

O surgimento da COVID-19 exigiu a resignificação do cuidado, além de evidenciar problemas na vida social já existentes, exigindo mudanças no cotidiano de cuidado à saúde (OLIVEIRA; SANTOS; FAGUNDES, 2022).

Diante desse contexto, a OMS reforçou a importância das medidas de cuidado e prevenção da transmissão da COVID-19, disponibilizando recomendações como: lavar as mãos com frequência, usando sabão e água ou um gel à base de álcool; manter uma distância segura de qualquer pessoa que esteja tossindo ou espirrando; evitar tocar nos olhos, no nariz ou na boca; quando tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com o cotovelo dobrado ou um tecido; seguir as instruções da autoridade de saúde local. Além dessas, recomendou também o uso de máscaras em público para ajudar a impedir a propagação e contaminação por coronavírus (WHO, 2020).

No início da pandemia, os casos de COVID-19 eram majoritariamente importados e a estratégia de contenção da doença baseava-se na busca e isolamento dos casos e contatos, visando evitar a transmissão do vírus de pessoa a pessoa, de modo sustentado. Frente a isso, o MS propôs medidas para os casos suspeitos ou confirmados da COVID-19, recomendando o isolamento em casa, com cuidados específicos para evitar o contágio na família, tais como a separação de objetos pessoais, o uso de cômodos diferentes e a limpeza imediata de banheiros após a utilização (HJH, 2022).

No que se refere ao isolamento dentro de casa, recomendou destinar um quarto exclusivamente para a pessoa infectada pelo coronavírus ou com suspeita de infecção. Caso não fosse possível, a família deveria deixar o quarto para o paciente e dormir em outro cômodo, sendo importante manter uma lixeira com saco plástico ao lado da cama. A porta do quarto

deveria ser mantida fechada, mas com janelas abertas para garantir a circulação de ar; a pessoa isolada deveria trocar a própria roupa de cama: se houvesse secreções, elas deveriam ser embaladas em um saco plástico, antes de levar à máquina ou ao tanque (HJH, 2022).

Também foi recomendado um banheiro exclusivo para a pessoa com suspeita ou infecção confirmada. Se possível, itens como toalhas e cremes dentais não deveriam ser compartilhados. Após o uso, o morador suspeito ou infectado deveria higienizar com álcool 70% ou água sanitária todas as superfícies que utilizou, como vaso sanitário, torneira, maçaneta e interruptores (HJH, 2022).

Em casas onde toda a família reside no mesmo cômodo, a pessoa com suspeita ou confirmação deveria permanecer com a máscara cobrindo a boca e o nariz o tempo inteiro, além de manter a distância mínima de 2 metros dos outros moradores. Superfícies e itens tocados frequentemente precisavam ser higienizados com álcool ou água sanitária, e os móveis não deveriam ser compartilhados (HJH, 2022). Os cuidados recomendados ao retornar a casa após circulação externa foram: tirar os sapatos, higienizar acessórios, colocar as roupas para lavar e tomar um banho. Produtos e embalagens compradas deveriam ser limpos antes de serem guardados ou consumidos, pois sua superfície poderia ter sido contaminada (HJH, 2022).

Os cuidados com a higiene e o distanciamento social foram essenciais para a prevenção do coronavírus, associados a alimentação saudável, rica em vitaminas e outros nutrientes, que auxiliavam no fortalecimento do sistema imunológico. Sabendo que a adoção de hábitos saudáveis e o cuidado com o corpo e a mente são essenciais para fortalecer o organismo contra a doença, fica claro que é preciso ir além das medidas preventivas. Sendo também importante cuidar da saúde mental, evitando situações estressantes, afinal sensações como medo e estresse se tornaram mais frequentes, principalmente para pessoas que faziam parte dos grupos de risco (HJH, 2022).

No entanto, as dificuldades de compreensão das indicações divulgadas pelas autoridades de saúde, as condições precárias de saneamento básico e acesso à água canalizada, de acesso a cuidados de saúde nas comunidades, fez com que as medidas não fossem tomadas conforme as recomendações de cunho técnico-científico. Essas dificuldades acarretaram rápido aumento do número de casos e a ocorrência de transmissão comunitária (SOUZA, 2020).

Frente a isso, estratégias de mitigação passaram a ser adotadas, com o intuito de achar a curva pandêmica da COVID-19, buscando impedir um crescimento abrupto do número de casos, diminuindo o pico de demanda por serviços de saúde, além da sobrecarga e do colapso do sistema de saúde, uma vez que as medidas preventivas individuais não estavam sendo suficientes e o sistema de saúde estava ficando comprometido. Algumas mudanças no cotidiano

das práticas, novas rotinas e as relações de cuidado também necessitaram ser modificadas e ficaram mais evidentes. Dessa forma, a relevância das práticas de cuidado individual e coletivo se destacaram como estratégias importantes de enfrentamento da pandemia (NACOTI et al., 2020).

Cabe destacar que a adoção dessas medidas e o tempo de duração são fundamentais e trata-se de um grande desafio determinar a melhor hora para o início das medidas comunitárias de restrição, uma vez que a sua implementação precoce pode resultar em prejuízos econômicos e sociais com benefícios limitados para a saúde pública e, com passar do tempo, resultar em desgaste e perda da adesão por parte da população. Por sua vez, a implementação tardia, após a disseminação extensiva da doença, pode limitar os benefícios. Ou seja, a intervenção precisa ocorrer suficientemente cedo para impedir o crescimento abrupto no número de casos, e ser longa o bastante para abranger o pico da curva epidêmica prevista (BRASIL, 2020).

Nesse contexto, foram adotadas medidas de alcance comunitário. Tais medidas incluíram restrições ao funcionamento de escolas, universidades, locais de convívio comunitário, transporte público, além de outros locais onde havia aglomeração de pessoas, como eventos sociais e esportivos, teatros, cinemas e estabelecimentos comerciais, que não eram caracterizados como prestadores de serviços essenciais buscando evitar a ocorrência de casos graves e óbitos pela doença. Tais estratégias incluíram medidas de atenção hospitalar para os casos graves, além de medidas de isolamento para os casos leves e contatos (OLIVEIRA. et al., 2021). Ademais, algumas mudanças de práticas que incluíram a orientação às comunidades para o seu cuidado, distribuição de dispositivos de proteção individual, afirmação dos vínculos com uma equipe e unidade de referência territorial foram adotadas.

O Ministério da Saúde brasileiro e os governos estaduais e municipais se esforçaram para aumentar o acesso aos cuidados de saúde e aprimorá-los, com aumento do número de leitos hospitalares e de UTI, EPI, ventiladores e exames. (ORELLANA. et al., 2020).

Vale ressaltar que as orientações das autoridades sanitárias e a adoção destas medidas foram recomendadas com base na experiência dos países afetados pela COVID-19 antes do Brasil, nas recomendações da OMS, e nas evidências disponíveis sobre as intervenções efetivas para o controle da doença. A partir de estudos realizados em outras nações, respeitando o isolamento, a quarentena e as restrições de deslocamentos e de contato social, conforme indicado em cada situação, se fez importante, uma vez que essas ações reduziram o impacto da COVID-19 na saúde da população (OLIVEIRA et al., 2021).

Com isso, o cuidado de saúde se fortaleceu na contingência sanitária, tanto quando se trata da doença aguda em curso na sua escala pandêmica, quanto das mais variadas situações

de saúde independentes da pandemia da COVID-19. O cuidado se tornou uma dimensão essencial à continuidade da vida humana, concedendo sentidos às palavras e ações tecidas com zelo mediante o assombro pandêmico. Protocolos sanitários, distanciamento social e isolamento se tornaram palavras de ordem, na medida em que organismos internacionais e governos nacionais passaram a editar recomendações e medidas de enfrentamento à COVID-19. Diminuir o ritmo da transmissão, evitar a sobrecarga dos profissionais e dos sistemas de saúde e avançar cientificamente nas possibilidades de cura, foram vistos como prioridades para cientistas e gestores que cuidavam de populações. Para a população, cuidar de si próprio tornou-se sinônimo de cuidar do outro ou resultando no cuidado com o outro (GIORDANI; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, 2021).

Diante da situação de crise, o cuidado foi intensificado, tornando necessário olhar para quem cuida do quê, de quem e em que condições, além de questionar como está o cuidado de quem cuida dessa pandemia.

Diante disso, faz-se necessário refletir sobre o cuidado em tempos de pandemia da COVID-19, frente aos inúmeros desafios que permeiam esse contexto. Uma vez que olhar a pandemia revela o funcionamento da sociedade, a produção da vida e as características do cuidado de saúde que se tornou uma prioridade nos tempos atuais.

Cabe ressaltar que o conceito de saúde, dado que esse não se refere somente à ausência de doenças ou enfermidades, engloba também o bem-estar físico, mental e social dos indivíduos de acordo com OMS. Desta forma, o cuidado de saúde não está necessariamente associado ao acesso ao hospital ou consultório médico, e sim, a algo presente no dia a dia, através de ações simples.

Waldow (2011) propõe que o cuidado de saúde engloba atos, comportamentos e atitudes que demandam competência, confiança, consciência e compromisso. Atos estes realizados durante o cuidado, que variam de acordo com as condições em que ocorrem as situações e com o tipo de relacionamento estabelecido.

Complementando Fidelix (2020, p. 9) afirma “os cuidados em saúde envolvem uma complexa rede de interações, que abarca diferentes formas de conhecimento, valores, crenças e significados que moldam as práticas de saúde dentro de um contexto sociocultural”. As práticas de cuidado de saúde refletem a interação entre grupos sociais, instituições, padrões de relacionamento e um corpo específico de conhecimento, que podem ser entendidas como respostas socialmente organizadas frente às desordens (FIDELIX, 2020).

Desta forma, pode-se dizer que “Emerge assim uma outra conotação além do “existencial” no cuidado, que é o “relacional”, isto é, o eu com o outro e para o outro”

(WALDOW e BROGES, 2011, p. 415). Sendo fundamental para o humano em que se constitui de princípios, valores e as atitudes que fazem da vida um bem-viver e das ações do agir (BOFF, 1999, p.1). E devido a pandemia que o mundo está enfrentando, alguns cuidados devem ser redobrados para a manutenção da saúde de si e da coletividade (SANTANA, 2020).

Portanto, o ato de cuidar de si se revela de extrema importância, no tocante à prevenção de doenças. Sendo que este visa a independência do sujeito com relação ao cuidado, permitindo que o mesmo o desenvolva de forma autônoma, valorizando assim, suas próprias escolhas nas tomadas de decisões voltadas para o desenvolvimento do autocuidado (SILVA, 2021).

O comprometimento com o autocuidado, na perspectiva da saúde global, envolve as dimensões corpo/mente/espírito, individual/coletivo/natureza e local/global, sendo que a necessidade de compreender essa multidimensionalidade do autocuidado ficou ainda mais evidente durante a pandemia da COVID-19 (FISCHER, 2021). Sobretudo, com o isolamento social, uma vez que este causou uma drástica redução dos contatos sociais e da rede de apoio, impactando no autocuidado que passou a ter uma força ainda maior e redobrada atenção dos profissionais (SILVA, 2021).

Fischer (2021, p. 744) em seu estudo dita que:

A transposição das práticas de autocuidado pessoal para uma visão coletiva do autocuidado foi expressa espontaneamente pelos participantes deste estudo, sendo mais representativa a associação aos fatores positivos decorrentes do distanciamento social, que oportunizou mais tempo para o autoconhecimento, a autorreflexão e a autoproteção.

Do Bú (2020), complementa que o cuidado profilático é uma ação realizada para si, mas também para proteção de um coletivo. Ainda segundo o autor, percebe-se que a preocupação coletiva está relacionada com a prevenção da COVID-19, que vai para além de sua necessidade pessoal, o que foi objetivado pelo termo empatia. Desta forma, o cuidado é visto como uma ação para proteção da coletividade, uma vez que, considerando o período pandêmico, o ato de cuidar de si próprio gera a proteção de todos.

## 1.3 A TEORIA DE REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

### 1.3.1 Teoria Geral de Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi escolhida como referencial teórico deste estudo. Isto justifica-se pelo interesse da autora em conhecer o pensamento social das pessoas acerca da COVID-19, através das suas ideologias, crenças e processos simbólicos. E, também, entender este com o intuito de explicar e identificar o campo psicossociológico do conjunto de fenômenos e conceitos (SÁ, 1993). Considerando que representações são fenômenos complexos que possuem diversos elementos organizados para representar um objeto, busca-se compreender como o pensamento do indivíduo repercute no seu cotidiano, nos diferentes aspectos a vida, resultando na formação das representações sociais (RS) do grupo de pessoas.

O interesse da autora, se dá também, pela contribuição contínua da TRS aos estudos e conhecimentos produzidos na área da enfermagem, dos quais os fenômenos psicossociais são parte importante. Oliveira (2019) aborda que a Teoria das Representações Sociais ganhou espaço na área da saúde coletiva e da enfermagem, o que exigiu algumas especificações e acarretou um processo de mudança na incorporação da teoria. Essas mudanças trouxeram uma articulação para a TRS, apresentando paradigmas para a saúde e por meio da interdisciplinaridade foi possível ter múltiplas visões sobre os objetos estudados.

A reconfiguração do campo do conhecimento social nos trabalhos de TRS, proporcionou trabalhos e pesquisas científicas no país, que acompanharam os paradigmas científicos da época orientados pelo positivismo e permitiu evidenciar as questões relacionadas ao processo saúde-doença envolvendo aspectos históricos e sociais (OLIVEIRA, 2019). O campo de pesquisa em representações sociais é marcado por três particularidades: vitalidade, transversalidade e complexidade.

A vitalidade se deve ao fato de que a noção de representação social tem sido empregada em várias correntes de pesquisa. Já a transversalidade se dá conforme à posição em que se encontra o conceito de representação social. E a complexidade, na qual a representação social apresenta-se como fenômenos em que permite abordar uma certa complexidade na sua definição e em seu tratamento (JODELET, 2001).

A temática da representação social surgiu por Emile Durkheim que para melhor contextualizá-la, propôs o conceito de representação coletiva, onde se “procurava dar conta de fenômenos tão amplos como a religião, os mitos, a ciência, as categorias de espaço e tempo, etc. E em termos de conhecimentos inerentes à sociedade” (SÁ, 2015, p.185).

Moscovici (1978), por sua vez, afasta-se da perspectiva sociológica de Durkheim e considera as representações como algo compartilhado por diferentes grupos sociais. Desta forma, o autor retorna ao conceito de representação social no contexto da Psicologia Social, onde há uma diversidade de assuntos que demandam compreensão.

Segundo Moscovici (1978), as RS se constituem como uma série de opiniões, explicações e afirmações que são produzidas a partir do cotidiano dos grupos, sendo a comunicação interpessoal importante neste processo. São consideradas como teorias do senso comum, criadas pelos grupos como forma de explicação da realidade. Elas se parecem muito com os mitos e crenças das sociedades tradicionais. Assim, a representação social é uma "(...) modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos" (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

Caracteriza-se, portanto, a representação social como opiniões características de diferentes grupos segmentados, intitulada desta forma por se tratar de uma modalidade de conhecimento produzido no cotidiano de cada indivíduo, tentando entender as formas de comunicação dos mesmos, bem como, os saberes produzidos em seu cotidiano (MOSCOVICI, 1978).

Em 1961, na obra *La Psychanalyse, son image et son public* foi mencionado pela primeira vez por Serge Moscovici o conceito de representação social, onde o autor iniciou o desenvolvimento da psicossociologia do conhecimento. Nesta, abordou que na psicologia social é importante considerar tanto os comportamentos individuais, quanto os fatores sociais, a singularidade histórica construída dos fenômenos sociais a partir de uma realidade social (SÁ, 1993).

As representações sociais são definidas por Moscovici da seguinte forma:

Um sistema de valores, ideias e práticas, com uma dupla função: primeiro estabelecer uma ordem que possibilitará às pessoas orientar-se em seu mundo material e social e controlá-lo; e, em segundo lugar, possibilitar que a comunicação seja possível entre os membros de uma comunidade, fornecendo-lhes um código para nomear e classificar, sem ambiguidade, os vários aspectos de seu mundo e da sua história individual e social (MOSCOVICI, 2003, p.21).

Este em uma obra pioneira possibilitou romper os limites entre a Psicologia Social e a Sociologia, originando a denominada psicossociologia do conhecimento, cujas proposições condenam a perspectiva individualista norte-americana tradicional, na medida em que consideram tanto os comportamentos individuais, quanto os fatos sociais em sua concretude e singularidade histórica (Sá, 1993).

Jodelet propôs uma definição de representação social segundo a qual:

Uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo, natural, esta forma de conhecimento é diferenciada, entre outras, do conhecimento científico (JODELET, 2001, p.22).

A autora salienta que as RS guiam o nosso relacionamento com os outros e com o mundo, contribuindo para a elaboração de uma mesma realidade a um dado conjunto social, além de organizarem e orientarem as comunicações sociais e as condutas (JODELET, 2001).

Jodelet (2001) enfatiza, ainda, a criação e o uso das representações em diversas áreas do conhecimento e dita que: “sempre necessitamos saber o que temos a ver com o mundo que nos cerca, nos ajustar, nos conduzir, nos localizar, se identificar e resolver problemas que ele nos propõe” (JODELET, 2001, p.1). As representações sociais são importantes na vida cotidiana, pois ela permite conhecer diferentes aspectos da realidade.

Desta forma, as RS se tornam fatores produtores da realidade, com repercussões na forma como as pessoas interpretam o que acontece à sua volta, bem como sobre as respostas que as mesmas encontram para fazer face ao que julgam ter acontecido. Uma vez constituída uma representação, os indivíduos procurarão criar uma realidade que valide as previsões e explicações decorrentes da mesma (SÁ, 2022).

Vala (2000), utilizando um critério quantitativo, refere que a representação será dita social quando é partilhada por um conjunto de indivíduos, sendo fruto de uma construção coletiva. Sendo que as mesmas são consideradas um produto das interações e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social, refletindo a situação desse grupo, os seus projetos, problemas, estratégias e as suas relações com outros grupos. Ou seja, trata-se das representações sociais como resultado da atividade cognitiva e simbólica de um grupo social. Diante disso, a TRS é uma opção para descrição e explicação dos fenômenos sociais, pois reproduzem pensamentos e comportamentos comuns a um grupo de indivíduos.

A representação social apresenta uma complexidade na definição e no tratamento dos fenômenos que ela permite abordar. Estes estão presentes na vida social, e possuem diferentes elementos que são organizados como uma espécie de saber sobre uma dada realidade relacionada a uma ação. Esses elementos são: informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens. E as representações assumem a tarefa de descrever, analisar e explicar os processos (JODELET, 2001).

Todas as interações humanas, sejam elas entre duas pessoas ou dois grupos, pressupõem representações. A tarefa principal do pesquisador é estudar tais representações, suas propriedades, suas origens e seu impacto. Os meios físicos e sociais estão moldados nas

representações e são moldados de acordo com ela (MOSCOVICI, 2005).

Salienta-se que as representações podem ser morais, sociais e biológicas. São construídas a partir do que expressam os grupos sociais e as suas significações. Estas estão ligadas a sistemas de pensamento mais amplos, podendo ser ideológicos ou culturais, a um estado de conhecimento científico, bem como à condição social e à esfera da experiência privada e afetiva do indivíduo (JODELET, 2001).

Jodelet afirma que não há representação sem objeto. Para a autora “de fato, representar ou se representar corresponde a um ato de pensamento pelo qual um sujeito se reporta a um objeto, seja ele real, imaginário, mítico, uma ideia, ou uma teoria [...]” (JODELET, 2001, p.22).

Destaca-se que um grupo social não forma representações sobre todo e qualquer objeto, e sim que um objeto pode ser representado por alguns grupos e não por outros e, as representações podem ser diferentes para cada grupo. As condições necessárias para a emergência da representação social de um dado objeto são: dispersão da informação; focalização sobre um dado objeto; e pressão à inferência (SÁ, 1998).

Moscovici apontou estas três condições como sendo essenciais no processo de formação da representação social. Sá (1998) define esses processos da seguinte forma: A dispersão da informação é caracterizada pela circulação das informações necessárias para a compreensão de determinado objeto no interior de um grupo social. Isso acontece de diferentes formas entre os grupos sociais, dependendo das características do mesmo. Consequentemente, parte-se da premissa de que a informação não circula no mesmo nível e da mesma forma entre todos os conjuntos sociais; A focalização que refere-se aos interesses do grupo por determinado objeto, em momentos históricos específicos, caracterizando-se pela presença de questões como interesses profissionais e posicionamento ideológico, o que depende dos recursos, dos interesses e dos motivos de um grupo social; E a pressão à inferência que refere-se à necessidade de posicionamento de um indivíduo ou grupo frente a um determinado objeto, que é exercida pela urgência dos problemas associados ao objeto ou por instâncias sociais externas ao grupo.

Moscovici (apud SÁ, 2002), delimita três tipos de representações sociais: as hegemônicas, amplamente partilhadas pelos membros de um grupo, sem que tenham sido produzidas por eles, apresentam caráter indiscutível e constituem-se como pilar de uma sociedade; as emancipadas, geradas a partir das relações intergrupais, permitem diferenciar os grupos divergentes; e as polêmicas, elaboradas por dois grupos em conflito, mas não são compartilhadas pela sociedade.

Ainda sobre as classificações das representações sociais, Flament (2001) classifica as representações em autônomas, cujo princípio organizador é interno, ou seja, é o núcleo central

da representação; e não-autônomas, que remetem a outras representações sociais.

Vergès (2005) afirma que em casos onde existam objetos sociais novos, algumas representações são dependentes de outras. Ao considerar Abric (2003) que toda representação está em relação com um conjunto de outras representações sociais, que constituem o ambiente histórico e social dos indivíduos. Sendo a princípio, estudadas as relações entre representações sociais diferentes, classificadas por Flament (2001) como autônomas ou não- autônomas, assim, as representações sociais são consideradas autônomas, quando possuem um sistema central bem definido, e não-autônomas quando se remetem a outras representações sociais.

Abric (2003) identificou dois tipos de relações entre as representações sociais, quais sejam: as relações de encaixe e as relações de reciprocidade. Na relação de encaixe, elas são fundadas sobre uma hierarquia, sobre a dependência de um objeto em relação a outro, assim, um objeto de nível “inferior” compreende o objeto “superior” como um elemento em seu sistema central. Representações ditas “encaixadas” em outras, ou seja, que retomam o objeto “superior” são não-autônomas, estas se referem ao mesmo tipo de valor, diferenciando-se na dimensão funcional do sistema central. Já a relação de reciprocidade refere-se a duas representações que contêm cada um dos objetos sociais a que se refere presente no sistema central da outra representação, mantendo os elementos normativos específicos de cada representação.

Segundo Abric (2000), as representações têm um papel fundamental na dinâmica das relações e nas práticas, exercendo quatro funções essenciais. Sendo elas: função de saber, elas permitem compreender e explicar a realidade; função identitária, que definem a identidade e permitem a especificidade dos grupos; função de orientação, que guiam os comportamentos e as práticas; e a função justificadora, que permitem, a posteriori, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos.

Com relação à Teoria de Representações Sociais, evidencia-se a existência de três abordagens complementares: uma abordagem relacional, desenvolvida por Willem Doise; uma abordagem processual, representada por Denise Jodelet; e uma abordagem estrutural, proposta por Jean-Claude Abric (SÁ, 1998).

A abordagem relacional ou societal apresenta-se como uma perspectiva sociologicamente e se ocupa das “condições de produção e circulação das representações sociais, uma vez que a posição ou a inserção social dos indivíduos nos grupos é o principal determinante de suas representações” (SÁ, 1998, p.74).

A abordagem processual dedica-se a estudar a forma pela qual as representações sociais são vinculadas à vida cotidiana. Denise Jodelet considera que os discursos das pessoas e dos

grupos, os comportamentos e as práticas sociais, nas quais as representações se manifestam, são os suportes para a veiculação das mesmas. Esta perspectiva busca dar conta da representação de um determinado objeto para um determinado grupo social de uma maneira extremamente compreensiva (SÁ, 1998).

Arruda (2002) afirma que esta abordagem conduz ao estudo de fenômenos de ordem cognitiva, orientada pelas marcas sociais e as condições da sua gênese. As pesquisas que utilizam essa abordagem baseiam-se no conteúdo da linguagem, documentos, práticas, falas, imagens e outros. Também denominada dimensional, por abarcar as dimensões da representação, seu campo estruturado, a atitude que ela carrega e que lhe dá sua coloração afetiva, e o componente de informação que ela contém.

Dentro dos estudos da TRS pautados na abordagem processual, busca-se compreender como os diversos conteúdos que compõem a RS agem sobre os outros. Para este entendimento, é necessário a observação de alguns aspectos: como ocorreu a formação da RS; a compreensão do contexto social de inserção dessa RS; a identificação dos elementos constituintes da RS; e a busca pela dinâmica entre os elementos que compõem redes de significados. Nestes estudos, faz-se necessário o uso de metodologias que permitam a captação dessas dinâmicas e técnicas mais afeitas à antropicidade (BANCHS, 2000).

Jodelet (2002, p. 18) afirma que, “resgatam-se os constituintes das representações (informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais, ideológicos etc.)”. A abordagem processual confirma as proposições de Moscovici ao afirmar a necessidade de uma base descritiva etológica dos fenômenos das RS para uma contínua reconstrução da TRS. Além disso, Jodelet enfatiza os meios pelos quais as representações são transmitidas no cotidiano, através dos discursos de indivíduos e grupos, comportamentos e práticas sociais, documentos e registros de fixação dos discursos e práticas, e sua codificação pelos meios de comunicação de massa, o que leva a transformação ou manutenção das representações (SÁ, 1998).

Das três perspectivas complementares à grande teoria (TRS), a abordagem estrutural foi a única que chegou a se formalizar como uma teoria, a chamada teoria do núcleo central, que possui como premissa a ideia de que uma representação social está organizada em torno de um núcleo central, que pode ser composto por um ou mais elementos, estes fornecem significado à representação (ABRIC, 2000).

Para Abric (2000) uma representação é constituída de um conjunto de informações, de crenças, de opiniões e de atitudes de um dado objeto social. Esse conceito pode ser formulado nos seguintes termos: organização em torno do núcleo central constituindo-se em um ou mais elementos que dão significado a representação. E este núcleo central é mais resistente às

mudanças ou interferências, visto que está ligado à história do indivíduo ou grupo assegurando com isso a sua continuidade (SÁ 2002).

A teoria do núcleo central foi proposta pela primeira vez como pesquisa experimental, em 1976, por Jean-Claude Abric, sob a forma de uma hipótese a respeito da organização interna das representações sociais. A organização de uma representação apresenta uma característica particular: não apenas os elementos da representação são hierarquizados, mas além disso toda representação é organizada em torno de um núcleo central, constituído de um ou de alguns elementos que dão à representação o seu significado (ABRIC, 1994 apud SÁ 2002, p.62).

Segundo Abric, a ideia essencial da teoria é de que “toda representação está organizada em torno de um núcleo central, que determina ao mesmo tempo, sua significação e sua organização interna” (ABRIC, 1994 apud SÁ 2002, p. 62). E este núcleo central é um subconjunto da representação, composto por elementos cuja ausência desestruturaria a representação ou daria um significado completamente diferente.

O núcleo central é composto por dois tipos de elementos: os elementos normativos e os elementos funcionais. Os elementos normativos estão relacionados aos sistemas de valores dos indivíduos, à história e à ideologia do grupo, e determinam as tomadas de posição frente ao objeto e aos julgamentos, constituindo uma dimensão social do núcleo. Já os elementos funcionais determinam as condutas referentes ao objeto e estão relacionados ao objeto nas práticas sociais e às características descritivas. A existência simultânea destes dois elementos permite que o núcleo exerça o seu duplo papel: pragmático – atribuído às práticas específicas; e avaliativo - que justifica os julgamentos de valor (ABRIC, 2003).

Para Abric, a presença de um elemento central determina o significado do objeto apresentado a outro indivíduo e a transformação desse elemento central leva a uma modificação radical da impressão. E o mesmo afirma que “além do elemento central, há ainda elementos periféricos que são mais flexíveis e condicionam as representações individualizadas” (ABRIC, 2000, p. 33).

O núcleo central apresenta características na sua formação que evidencia aspectos, ele

está diretamente ligado e determinado por condições históricas, sociológicas e ideológicas; b) é fortemente marcado pela memória coletiva do grupo e pelo sistema de normas a que se refere; c) constitui, então, a base comum compartilhada coletivamente das representações sociais. Sua função é consensual. A homogeneidade de um grupo social é alcançada e definida através dele (núcleo central); d) é estável, coerente, resiste à mudança e assume como uma segunda função, uma de continuidade e consistência da representação; e) é relativamente independente do contexto social e material imediato em que a representação se destaca (ABRIC, 1993, p.76).

Segundo as enunciações de Abric (2000), o núcleo central é um subconjunto da representação, configurando-se como parte de um composto maior. Sendo necessário ressaltar a importância de outras estruturas, estas possuem características funcionais que se interligam com o núcleo central, podendo-o complementar, são estas definidas como os elementos periféricos.

Segundo Abric (2000), a representação como duplo sistema possui dois componentes e estes funcionam como uma entidade, onde cada parte tem um papel específico e complementar ao de outra parte. A organização, assim como o funcionamento das representações são regidas por esses sistemas, sendo eles:

Um sistema central, em que sua determinação é essencialmente social. Neste considera-se lugares, bem como as condições associadas a valores e normas, defendendo princípios fundamentais nos quais constituem as representações. É um sistema periférico, cujo determinação é mais individualizada e contextualizada, este permite uma diferenciação em função do vivido, uma integração das experiências cotidianas, se revelando fundamental, uma vez que permite a ancoragem (ABRIC, 2000).

Salienta-se que a existência deste duplo sistema possibilita a ancoragem da realidade e permite compreender algumas das características das representações, que são: simultaneamente estáveis e móveis, rígidas e flexíveis, consensuais e marcadas por fortes diferenças individuais (ABRIC, 2000).

O núcleo central organiza os elementos periféricos, constituindo o essencial do conteúdo da representação, seus componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos. Os elementos periféricos possuem três funções primordiais: a função de concretização, a função de regulação e a função de defesa (ABRIC, 2000).

A análise da relação entre a organização da representação e seus processos de transformação aponta que essas mudanças são de três tipos: resistente, que somente integra o sistema periférico; progressiva, onde as práticas são contraditórias com o núcleo central e brutal que ataca o significado central sem possibilidade de defesa da representação.

No núcleo central, de um lado está a natureza do objeto e, de outro, o tipo de relação que o grupo mantém, exercendo duas funções fundamentais, sendo elas: uma função geradora, onde se cria ou transforma o significado dos outros elementos constitutivos da representação, na qual o elemento ganha sentido e valores. E uma função organizadora que determina a natureza dos elos, unindo entre si os elementos da representação e resistindo a mudanças. Toda a modificação que ocorre no núcleo central provoca transformação na representação. (ABRIC, 2000).

Abric (2000) apresenta como propriedade do núcleo central a estabilidade. Sendo esta responsável pela possibilidade de identificação das diferenças básicas entre as representações. Segundo o autor: "Ele será na representação o elemento que mais vai resistir à mudança. Com efeito, toda modificação do núcleo central conduz a uma transformação completa da representação" (ABRIC, 2003, p. 38).

Já os elementos periféricos são componentes acessíveis, vivos e concretos. E são responsáveis por três funções primordiais: primeiro a função de concretização, que depende do contexto, esta permite a formulação da representação em termos concretos, compreensíveis e transmissíveis; segundo a função de regulação que possui um papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto; e terceiro, a função de defesa, nesta o núcleo central resiste à mudança por meio do sistema periférico de defesa (CAMPOS, 2003).

Para Flament (1994 apud Oliveira 2019), os elementos periféricos são esquemas organizados pelos núcleos centrais. A importância desses esquemas resulta em três características: são prescritores de comportamentos definidos pelas tomadas de decisão do sujeito. Em seguida, permite a modulação personalizada das representações e das condutas a elas associadas. E finalmente, os esquemas periféricos protegem o núcleo central em caso de necessidade.

Complementado com SÁ (2002) a teoria da representação ao demonstrar o papel decisivo dos elementos periféricos

Os elementos periféricos constituem a parte operatória da representação e desempenham um papel essencial no funcionamento e na dinâmica das representações. Suas funções voltam-se à: concretização do sistema central em termos de tomadas de posição e de condutas, por ser mais sensível e determinado pelas características do contexto imediato; regulação e adaptação do sistema central aos constrangimentos e características da situação concreta a qual o grupo se encontra confrontado, por ser mais flexível que os elementos centrais; proteção do sistema central, é ele que vai inicialmente absorver as novas informações ou eventos suscetíveis de colocar em questão o núcleo central e com isso permitir uma certa modulação individual da representação (SÁ, 2002, p. 73-4).

A escolha da abordagem estrutural para o presente estudo, complementada pela abordagem processual, justifica-se pela possibilidade de ter acesso aos conteúdos e às estruturas das RS da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus, buscando contextualizar os significados dos elementos presentes nas estruturas representacionais a partir de uma análise processual das entrevistas.

### 1.3.2 A interação entre representações sociais e práticas sociais

A pandemia da COVID-19 influenciou as práticas cotidianas e as relações familiares. Desta forma, se faz importante destacar as práticas e as representações sociais no referencial teórico deste estudo, visto que poderá contribuir para o entendimento dos impasses enfrentados e as relações entre o conhecimento científico e as práticas durante a pandemia.

Uma vez que, a relação entre as práticas sociais por um determinado grupo social e seus pensamentos coletivos, se tornou uma questão importante no campo da TRS, pois implica na assimilação de dados de natureza cognitiva e de natureza comportamental com foco na modificação de condutas ou comportamentos (CAMPOS, 2003).

Segundo Oliveira (2004), a TRS permite analisar como o conhecimento do senso comum impacta nas práticas sociais, ou seja, como as pessoas transformam suas ideias em práticas e como o fenômeno constrói a identidade de um grupo, a partir de um dado objeto social. Desta forma, abordar as práticas sociais se faz necessário, também para compreender a construção das práticas de cuidado enquanto realidade social durante a pandemia da COVID- 19.

Vale ressaltar que a representação é uma construção da realidade que visa ações sobre a realidade. Já as práticas seriam componentes de uma situação, com o intuito de construir objetos. Estudar as reais situações sociais, define as práticas sociais e as coloca em sistemas complexos de ação. Desta forma a prática tem como referência a ação, o agir dos grupos e possui dois componentes, sendo eles o vivido e o cognitivo, que permite estudar certas ações (CAMPOS, 2003).

De acordo com alguns autores, a noção de práticas sociais vincula-se a discursos e atos, e para outros pesquisadores, o aspecto principal refere-se à inserção do ato em um sistema socialmente organizado, dinâmico, referenciado nos papéis socialmente desempenhados por cada indivíduo (ABRIC, 1994 apud OLIVEIRA, 1996).

Oliveira (2001) considera que a existência de relações entre representações e práticas sociais é indiscutível para os autores que trabalham com tal conceito. Para a autora,

A análise das práticas sociais implica que sejam considerados pelo menos dois elementos essenciais: às condições sociais, históricas e materiais nas quais essa se inscreve, e o modo de sua apropriação pelo indivíduo ou grupo em questão, no qual os aspectos cognitivos, simbólicos e representacionais têm também um papel determinante. Para que uma prática social, mesmo que imposta, se mantenha, deve ser passível de apropriação, ou seja, de integração ao sistema de valores, crenças e normas, seja através de um processo de adaptação, seja por transformação. As contradições entre representações sociais e práticas expressam-se por uma relação tensional, podendo gerar a transformação de uma ou de outra (OLIVEIRA, 2001, p. 42).

Campos (2003) corrobora que os estudos das relações entre práticas e representações são muito complexos, podendo conceber essa relação em três tipos: os estudos das práticas que determinam as representações; os estudos que consideram que a representação tem um papel determinante na produção de práticas e comportamentos; e os estudos nos quais as práticas e representações se auto determinam reciprocamente.

Diante disso, para melhor compreender a natureza entre práticas e representações, o mesmo autor demonstrou ser importante considerar a perspectiva da abordagem estrutural e duas dentre quatro funções da representação, que são a de orientação e a justificadora, que estão ligadas ao universo das condutas e comportamentos, enfim, das práticas.

O objeto das representações sociais é sempre um objeto implicado em práticas, especialmente em práticas de comunicação (ROUQUETTE, 2005). O critério de prática aponta que uma representação existe se é acompanhada por correspondência nas práticas realizadas por uma quantidade razoável de pessoas num grupo reflexivo (WACHELKE, 2007).

Buscando compreender o assunto, Oliveira (2005) destaca três tendências principais, discutidas por Abric sendo elas: as representações sociais determinam as práticas; as práticas determinam as representações; ou ambas estabelecem uma relação dialética de co-determinação.

No primeiro tipo de relação, a autora aborda que as representações sociais determinam as práticas e, a partir disso, formula três hipóteses. São elas:

1) nas situações onde a carga afetiva é forte e onde a referência, explícita ou não, a memória coletiva é necessária para manter ou justificar a identidade, a existência ou as práticas do grupo; 2) nas situações onde o ator dispõe de autonomia, mesmo que relativa, em relação às pressões da situação ou resultantes das relações de poder; 3) nas situações com forte constrangimento - social ou material - as práticas sociais e as representações estão em interação. Nessas situações, a implantação de certas práticas pode provocar a transformação completa das representações (ABRIC, 1994, apud OLIVEIRA, 1996, p. 231).

No segundo tipo de relação, Oliveira (1996) aponta que as práticas determinam as representações, tratando-se de situações nas quais as práticas são resultantes de características do ambiente, do tipo de relação ou de poder social. Para compreender essa relação questionou-se os processos passíveis de gerar ou transformar uma representação.

No que diz respeito às possibilidades de transformação de uma representação social, Rouquette (2000) explicita sua posição sobre a relação entre práticas e representação:

A influência recíproca das representações e das práticas deve ser compreendida tanto como condição, quanto como determinação: condição uma vez que se trata do papel das representações no desenvolvimento da conduta (à maneira muito fortemente analógica, dos dados de um problema); determinação uma vez que se trata da ação das

práticas sobre as modalidades do conhecimento. (ROUQUETTE, 2000, p. 45).

Para o mesmo autor, quando ocorre desacordo entre práticas e representações são as representações que se transformam (ROUQUETTE, 2000).

Flament (1994), desenvolveu a noção utilizada de “reversibilidade da situação”. Em que a situação pode ser considerada irreversível ou reversível, entre ambas existe uma relação que são totalmente diferentes no que diz respeito as relações entre representações e práticas. Nas situações reversíveis só os elementos periféricos serão transformados, a modificação da representação será perceptível, porém superficial onde os elementos do núcleo central não são questionados. Já na situação irreversível vai ocorrer de forma diferente, de acordo com a natureza das práticas novas e suas relações com a representação. E novas práticas, causam uma transformação direta e completa do núcleo central e, portanto, de toda a representação.

Oliveira (2001) analisando Flament (1987) afirma que o autor aponta a existência de três tipos importantes de transformação: 1) Transformação progressiva da representação, quando as práticas novas não são totalmente contraditórias com o núcleo central da representação. A transformação efetua-se sem ruptura, ou seja, sem explosão do núcleo central. 2) Transformação resistente da representação, quando as práticas novas são contraditórias, mas permitem ainda a implantação dos mecanismos de defesa da representação, tais como a interpretação e justificação. 3) Transformação brutal que ocorre quando as novas práticas colocam em xeque diretamente o significado central da representação sem que esta possa recorrer aos mecanismos.

A terceira proposição de Oliveira (1996) é a interação entre representações e práticas sociais ou co-determinação. Nesse tipo de relação três fatores são fundamentais: fatores culturais, ligados à história do grupo e à sua memória coletiva; fatores ligados ao sistema de normas e valores; fatores ligados à atividade do indivíduo. Posto que esses demonstram a participação de aspectos individuais e coletivos nas relações entre representações e práticas, em especial a interdependência dos dois processos.

Martin e Royer-rastoll (1990, apud OLIVEIRA, 1996), remetem essa mesma discussão para as relações estabelecidas entre sujeito e objeto, abrindo uma vertente explicativa complementar à Psicologia Social. Os mesmos autores buscam explicar as relações entre práticas e representações sociais, inscrevendo-as no universo social geral, no qual, são elaboradas.

Salienta-se que a análise de qualquer prática social supõe, portanto, que sejam considerados, pelo menos, dois elementos essenciais, as condições sociais, históricas e

materiais nas quais esta se inscreve; e o modo de sua apropriação pelo indivíduo ou grupo em questão, no qual os aspectos cognitivos, simbólicos e representacionais têm também um papel determinante (OLIVEIRA, 2001).

As representações, segundo Jodelet (2001), são determinadas por normas e valores, pela história do grupo e sua memória coletiva, pelas “matrizes culturais de interpretação”, ou seja, pelo real socialmente construído onde são consideradas um conjunto das condutas passadas ou atuais dos atores sociais.

Abric (1994 apud OLIVEIRA, 1996) considera que a compreensão das relações entre representações e práticas sociais supõe, portanto, um duplo trabalho de análise e de conhecimento de cada um dos dois termos presentes: análise da natureza da representação e da sua estrutura. Pergunta-se se a representação em questão é autônoma ou não, a que tipos de crenças está ligada, quais são seus elementos centrais. Pois, é a natureza da representação que determina seu significado e seu papel na interação social. E a análise das práticas sociais deve-se questionar se são impostas ou mesmo que parcialmente escolhidas; decorrem de circunstâncias reversíveis ou não, estão de acordo ou em contradição com os elementos centrais das representações; podem ser integradas nas representações; qual o preço de sua integração ao universo simbólico pré-existente; quais suas finalidades (operatória, social, ideológica); qual é o tipo de engajamento do ator social nessas práticas.

Martin e Royerastoll (apud OLIVEIRA, 1996, p.38) refletem que

Não há representação que precede ou que sucede, mas práticas conjuntas com as representações individuais e coletivas; a legitimação é muito ambígua, permitindo muitos vieses de sentidos - legitimar uma ação é também criá-la, fundamentá-la ou justificá-la, objetiva ou subjetivamente - no direito, na razão, ideologicamente, cientificamente. Além do mais, aceitar uma explicação única significa aceitar uma causalidade simples, uma última determinação, enquanto somos confrontados com uma relação dialética entre representações e práticas.

Segundo Almeida, Santos e Trindade (2000), as práticas sociais não são de interesse apenas da TRS, mas sua relação com as representações se configura como um dos pontos centrais da teoria. Para as autoras, atualmente há um predomínio da ideia de que representações regulam as práticas sociais dos sujeitos, ao mesmo tempo em que emergem das diferentes práticas sociais do cotidiano.

Representações e práticas sociais são mutuamente imbricadas, em um sistema dialético, aberto e heterogêneo, continuamente expandido e reconstruído ao longo das experiências sociais e interações (ALVES; RABELO, 1998).

No tocante à dimensão da experiência, Jodelet (2005) defende que ela deve ser situada no campo do senso comum, se estabelecendo com o conhecimento de maneira didática e se articulando com as representações sociais. A estudiosa afirma que “a experiência comporta uma dimensão cognitiva na medida em que ela favorece uma experimentação do mundo e sobre o mundo e contribui para a construção da realidade segundo categorias ou formas que são socialmente dadas” (2005, p. 32).

A mesma reivindica que:

A experiência é social e também socialmente construída, pois a forma e o conteúdo que a experiência terá serão pautados nas pré-construções culturais e no estoque comum de saberes, e ela própria ainda constituirá os sentidos que o sujeito dará aos acontecimentos e às pessoas de sua vida, além de dar origem à novas significações (JODELET, 2005, p. 32).

Segundo Abric (1994, apud Campos, 2017, p. 44), práticas sociais são:

Sistemas de ação socialmente estruturados e instituídos em relação com os papéis que faz referência primordial para a noção de prática seria então a ação dos grupos, a qual compreende os componentes comportamentais, afetivos e cognitivos e que permitiria o estudo da ação a partir de instrumentos cognitivos.

Diante do exposto se faz importante a análise das práticas e das representações sociais, pois a representação social da COVID-19 pode ter influenciado a constituição e adoção de práticas e comportamentos durante a pandemia.

### 1.3.3 Representações sociais da COVID-19 e sua relação com o cuidado às pessoas com COVID-19

A pandemia da COVID-19 tem causado impactos sociais, repercutidos tanto de modo coletivo como individual na vida da população. Esse contexto é de extrema importância, visto que se refletem em diversos aspectos e propicia o desenvolvimento de efeitos à saúde. Diante disso, entender as representações sociais da COVID-19 pode auxiliar na melhor compreensão do cuidado e do enfrentamento deste.

Em um estudo de Do Bú (2020) identificou-se a gênese das representações sociais da COVID-19, sendo marcada por preocupações relativas à sua disseminação e implicações psicossociais e afetivas. Com relação ao campo representacional do tratamento, o autor enfatiza a remissão ou a amenização dos sintomas causados pela COVID-19. Os participantes do estudo de Do Bú (2020), trazem duas diferentes definições referentes ao SARS-CoV-2, uma a define

como um vírus de rápido alastramento pelo mundo (pandemia), com sintomas e formas de contágio característicos de uma gripe (espírito). E a outra como sendo responsável por uma doença perigosa, que tem sido veiculada na mídia.

Neste estudo também foram destacadas estratégias de enfrentamento da COVID-19 e canais de informação. Para os participantes a utilização de álcool, sabão e máscaras, bem como o isolamento, evitar aglomerações e a quarentena, mostram-se como fatores de prevenção e proteção frente à propagação do vírus. Autor afirma que “percebe-se que a preocupação coletiva com a prevenção da COVID-19 é para além de uma necessidade pessoal” (DO BÚ, 2020, p. 9).

No que se refere ao tratamento de pessoas com coronavírus, nota-se no estudo de Do Bú (2020) que o campo representacional desse objeto é constituído, majoritariamente, por elementos que remetem a indicações que podem ser seguidas para a remissão ou a amenização dos sintomas causados pela COVID-19, além das estratégias de prevenção que devem ser adotadas frente à doença. Salienta-se que, na visão dos participantes do estudo de Do Bú (2020), as estratégias de cuidado e prevenção frente a COVID-19 se ancoram em termos que indicam a necessidade de ações mais amplas, com ênfase no bem-estar coletivo. E as ancoragens sociais permitem observar que determinadas ações de cuidado estão restritas ao imaginário social daqueles que têm acesso a condições para realizar tratamentos específicos e obter determinados produtos.

Bezerra et al. (2020) apresentaram em seu estudo que o convívio social foi o aspecto mais afetado entre pessoas com maior escolaridade e renda. E no que se refere às pessoas de baixa renda e escolaridade, os problemas financeiros provocaram maior impacto. No que tange às pessoas que mencionaram residir em piores condições de habitabilidade, estas informaram disposição em permanecer menos tempo isoladas. Dentre as pessoas que estão isoladas, estas acreditam que o isolamento social reduzirá o número de vítimas da COVID-19.

Diante disto Bezerra et al. (2020) chegou a conclusão em seu estudo de que

A percepção das pessoas quanto ao isolamento social como medida de mitigação da pandemia, varia conforme a renda, escolaridade, idade e sexo, porém a maior parte acredita que se trata da medida de controle mais indicada e estão dispostas a esperar o tempo que for necessário para contribuir com o enfrentamento à COVID-19 (BEZERRA et al., 2020, p. 2411).

O estudo também menciona que os impactos ocasionados no convívio social têm relação direta com a saúde mental das pessoas, todavia o impacto na renda tem repercussão direta na sobrevivência. Embora constatou-se que especialmente nos segmentos mais pobres o impacto na renda foi maior, constatou-se também que o impacto no convívio social se destacou no grupo

de maior renda (BEZERRA et al., 2020).

Como consequência desse processo o estresse tende a aumentar na população, pois apesar de um tempo relativamente curto já ser capaz de causar impactos à saúde mental, evidências mostram que os impactos psicológicos negativos são maiores se as autoridades determinarem um período previsto mais curto de isolamento e depois aumentarem esse período. Assim, seria menos estressante se as mesmas autoridades estabelecessem um período maior de isolamento, e caso houvesse melhora fosse posteriormente reduzido (BEZERRA et al., 2020).

Outro dado relevante mostrou que as pessoas com menor renda e em habitações precárias estão realizando menos atividades físicas que as do grupo de pessoas de maior renda e melhores condições habitacionais. Isso resulta do fato de que as pessoas de menor renda, além de mais expostas aos problemas financeiros ocasionados pela pandemia da COVID-19, também estão mais vulneráveis a serem afetadas por problemas de saúde física e psicológica associados à reclusão no período de isolamento social (BEZERRA et al., 2020).

Castro et al. (2020) ao estudar a RS da quarentena construída por idosas, descobriu que as desigualdades sociais podem implicar no processo de isolamento social durante a pandemia do novo coronavírus. Os autores constataram que:

As condições de desigualdade social podem implicar na vivência da quarentena, pois se deduz que aquelas idosas de menor renda apresentam mais preocupações econômicas relacionadas à quarentena, bem como menor tolerância a ficarem sozinhas em casa, o que pode aumentar as chances de descumprimento do isolamento social (CASTRO et al., 2020, p. 153).

Nesta perspectiva, constataram-se que as RS ancoradas no isolamento social geram consequências psicossociais para as idosas, “como o fato de ficarem sozinhas e, com isso, aumentar o sentimento de solidão” (CASTRO et al., 2020, p.154).

Ao analisar a relação entre os elementos periféricos com os centrais, o autor deduz que:

Para essas idosas ao ancorarem no isolamento social decorrente da quarentena, há uma objetivação em elementos psicoemocionais, como o medo e a tristeza, os quais podem estar relacionados ao distanciamento em relação à família, ou seja, infere-se que, possivelmente, essas idosas sentem medo e tristeza devido à perda do apoio social. Todavia, as mesmas compreendem que é uma medida preventiva/protetiva no combate ao novo coronavírus (CASTRO et al., 2020, p. 156).

Não obstante, essas idosas ancoram atitudes negativas frente à quarentena, visto que se sentem presas em casa por terem que ficar em um ambiente fechado durante o isolamento social (CASTRO et al., 2020).

Salienta-se no estudo de Oliveira et al. (2020) que, comparando a população brasileira

que reside no Brasil à que reside nos Estados Unidos, pode-se perceber diferentes compreensões sobre a COVID-19, visto que não há a mesma resposta para a doença, nem a mesma compreensão acerca das consequências da doença, assim como não se sentem da mesma forma frente às consequências que a doença repercutiu. O mesmo estudo evidenciou que, para os brasileiros residentes no Brasil, a pandemia representa, sobretudo, risco de morte (10,58%), causando medo (5,53%) na população. No que se refere ao isolamento, este representa como o único procedimento de proteção existente até o momento para se proteger do contágio, atitude mais compreendida pela população, representada como a única forma de conter o avanço dos casos de COVID-19, ou seja, a única forma de conter o contágio, sobretudo na camada enorme da população subempregada, sem renda, em atividade informal, sem acesso às políticas públicas de saúde e de renda, consiste no isolamento social.

Em outros termos, o mesmo aparece como o isolamento que salva vidas, pois inibe o contágio reduzindo a curva de contaminação que provoca mortes. Contudo, este também é o responsável por reduzir a capacidade de adquirir o mínimo existencial, ao passo que inibe a aquisição de um mínimo de renda necessário para a sobrevivência de quem vive na informalidade e/ou está desempregado. Diante disto, reside o sentimento e a crença de que a COVID-19 é representada pela expressão “morte”. Morte pelo contágio quando não se isola; morte pelo não contágio, quando se isola e deixa de ter suas necessidades básicas atendidas, como, por exemplo, a alimentação (OLIVEIRA et al., 2020).

Oliveira et al (2020) indica, também, aspectos da vivência cotidiana da população em relação à pandemia, ou seja, os termos evocados expressam o dia a dia, a rotina, os diálogos existentes. E, neste sentido, pode-se afirmar que provavelmente a população investigada de modo particular, e a população em geral, alimentam o sentimento de medo da morte em decorrência da pandemia pelo novo coronavírus. Já para os brasileiros residentes nos Estados Unidos, a COVID-19 representa contágio, quarentena e caos.

Em um cenário da pandemia COVID-19 aparecem incertezas, imprecisões e debates políticos controversos quanto à condução do enfrentamento da doença, das adversidades econômicas e da disponibilidade de recursos humanos e de infraestrutura para o acolhimento e tratamento de pessoas infectadas. Os debates e controvérsias, na maioria das vezes, convergiram para os idosos.

Desta forma, identifica-se no estudo de Spezani et al (2020) a presença de uma dimensão imagética, ou seja, o vírus é real e provoca a doença, e uma dimensão afetiva, a COVID-19 promove sentimentos de medo e tristeza. Os autores afirmam que

As dimensões imagéticas e afetivas (existe um vírus que apesar de invisível, é real e maléfico), institucionalizante (a pandemia de COVID provoca dor), religiosa (a pandemia da COVID-19 pode ser uma oportunidade de aprendizado e de evolução) e de memória social (o vírus relembra a existência de pragas antigas, configurando-se como a mais atual a repercutir sobre o planeta) (SPEZANI et al., 2020, p. 12).

Além dessas, também se revelou uma dimensão prática da representação, à medida que é prescritora de comportamentos, voltada a evitar o contágio/infecção e a morte que a COVID-19 pode acarretar, faz-se necessária a tomada de cuidados (SPEZANI et al., 2020).

De acordo com o mesmo estudo, a dimensão afetiva pode ser constatada por meio dos termos preocupação e sofrimento, além de tristeza, que afetam a esfera psíquica dos participantes. Já a dimensão prática traduz-se pelos termos isolamento, prevenção e cura. Ratificando a consciência existente entre os participantes do estudo de que a pandemia exige um novo reordenamento coletivo no espaço social, implicando mudanças de comportamentos, atitudes e práticas entre as pessoas. Para que a redução da incidência da COVID-19, efetivamente, possa se tornar mais próxima enquanto não se dispõe de mecanismos de cura para a doença e de uma vacina para proteção em massa da população (SPEZANI et al., 2020).

Nessa perspectiva, termos como sofrimento, morte, preocupação, dor e praga corporificam a dimensão memorial e afetiva, ao passo que, aprendizado, isolamento, cura, cuidado, prevenção, vacina e vírus traduzem, respectivamente as dimensões religiosa, prática e imagética da representação. A configuração estrutural da representação social da COVID-19 entre os umbandistas no município do Rio de Janeiro é caracterizada pela coexistência de perspectivas multidimensionais sobre a doença, destacando-se vertentes e desdobramentos informativos, institucionalizantes, afetivos, práticos, mnemônicos e religiosos (SPEZANI et al., 2020).

Nota-se que a estrutura das representações não se organiza ao redor de um caráter mágico e de expectativas de respostas e soluções que emergem exclusivamente a partir do sagrado e do que transcende. Enquanto expressão de um pensamento consciente, as representações da COVID-19 entre os umbandistas denotam que possuem compreensão acerca da necessidade de sua coparticipação e de cor responsabilização para o enfrentamento e contenção da doença (SPEZANI et al., 2020).

Em um estudo realizado por Álvaro (2021) com crianças por meio de desenhos, a pandemia também aparece como tendo afetado os sentimentos das mesmas, onde muitas delas demonstraram preocupação, medo e até raiva do vírus. Desse modo, as crianças se mostram atentas à complexidade da situação, conscientes das mudanças que ocorreram em suas vidas e preocupadas com a disseminação da doença.

Os resultados do estudo de Silva (2021), também apresenta que a pandemia possui representações negativas tanto na vida financeira, quanto na saúde mental de muitos brasileiros, gerando diversos sentimentos, dentre eles, o medo, a tristeza e a insegurança em relação ao futuro.

Assim, parece pertinente referir que no estudo de Fernandes (2020) de mapeamento da COVID-19, também apareceram como elementos estruturantes, o medo, o vírus, o contágio e o isolamento. Não obstante, ficou evidente que os assuntos relacionados com a situação econômica e os custos no contexto da pandemia, em suas diferentes dimensões, além de muitas dúvidas, existentes, sobre o fenômeno em si coronavírus, mas também sobre a resposta.

Por fim, outro aspecto que apareceu foi o uso das máscaras, que hoje faz parte da indumentária. Sendo a mesma uma obrigação nos espaços públicos e que, na data da investigação teve pouco significado no campo representacional. Importa, também, salientar que o “medo”, elemento nuclear da estrutura representativa e a “ansiedade”, enquanto elemento da zona de contraste, são mais expressivas no sexo feminino (FERNANDES, 2020). Finalizando, os estudos da RS da COVID são ainda poucos e confluem nos seus resultados, conforme apontado. Já os estudos sobre o cuidado à pessoa com coronavírus são inexistentes, até o momento, destacando a importância do acesso às informações de qualidade para o enfrentamento da pandemia.

A população em busca por informações confia em notícias que se encontram nas redes sociais, sem procurar a veracidade da mesma, assim são disseminadas as *Fake News* de conteúdos diversos, que não funcionam. Esse tipo de conteúdo impressiona as pessoas que se encontram em um momento difícil, confuso e, por vezes, com um cenário de medo. Tais informações não verídicas acabam prejudicando ainda mais o cotidiano e a saúde das pessoas, além de provocar o caos e o desespero (JÚNIOR, 2020).

## 2. METODOLOGIA

Este capítulo aborda a trajetória metodológica da presente pesquisa em que estão descritas as características do estudo, o tipo de estudo, e as etapas desenvolvidas.

Este estudo faz parte do projeto de pesquisa matriz intitulado: “A construção social do Coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”, coordenado pela orientadora Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denize Cristina de Oliveira. Sendo assim, alguns aspectos metodológicos foram previamente definidos no referido projeto no qual este se insere.

### 2.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentado na TRS, utilizando as abordagens estrutural e processual para analisar as representações da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus em tempos de pandemia.

A pesquisa de campo tem por finalidade a apreensão de informações e conhecimentos acerca de um problema ou hipótese, a partir da observação do fenômeno da maneira que ocorre, registrando-o para posterior análise. Uma pesquisa de abordagem qualitativa visa compreender características específicas e pontuais de um grupo ou um fenômeno escolhido a ser analisado pelo pesquisador. (LAKATOS; MARCONI, 2017). A abordagem qualitativa é mais adequada para investigações de determinados grupos e segmentos focais, de relações, de histórias sociais sob as perspectivas dos sujeitos envolvidos e para análises de documentos e discursos (MINAYO, 2014).

Desse modo, a abordagem metodológica qualitativa

Parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito (...) o pesquisador busca apreender o significado social que os pesquisados atribuem aos fatos, aos problemas que vivenciam (MARCONI; LAKATOS, 2017, p. 296).

A partir do conteúdo supracitado, a pesquisa qualitativa torna-se importante para este estudo, à medida que não se restringe a uma área do conhecimento, permitindo o acesso às experiências dos indivíduos e, conseqüentemente, permite compreender valores culturais e representações de determinado grupo sobre temas específicos, bem como a avaliação de políticas públicas e sociais, tanto do ponto de vista de sua formulação, quanto de aplicação técnica (MINAYO, 2014). Além de permitir também o acesso à subjetividade presente na fala dos participantes para compreender os fenômenos estudados inseridos no contexto social de cada indivíduo ou grupo.

O estudo descritivo, por sua vez, objetiva descrever as características de uma população, ou identificar relações entre variáveis. Com o objetivo descrever uma RS sobre um determinado objeto, fazendo uso de técnicas quantitativas e/ou qualitativas (OLIVEIRA, 2005).

Já a pesquisa exploratória possibilita maior familiaridade com o problema e a construção de hipóteses (MARCONI; LAKATOS, 2017). Esta tem como objetivo proporcionar uma visão geral e aproximativa sobre um determinado fato, sendo utilizada, especialmente, quando o tema escolhido ainda não foi muito explorado. Além disso, desenvolve, esclarece e modifica ideias e conceitos, visando à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses possíveis para futuras pesquisas (GIL, 2014).

Neste sentido, Gil (2014) evidencia que as pesquisas descritivas, junto com as exploratórias, são frequentemente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, sendo as mais solicitadas em instituições educacionais e empresas comerciais, por exemplo. Elas proporcionam o aumento da familiaridade do pesquisador com um fato, fenômeno ou com um ambiente, desenvolvendo hipóteses para realizar uma pesquisa futura com maior precisão, além de permitir descrever em profundidade determinado fenômeno (LAKATOS; MARCONI, 2017).

## **2.2 Cenário do estudo**

O estudo foi realizado em quatro Unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), localizadas em um município de pequeno porte da Região Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. A escolha deste justifica-se pela variedade de construções simbólicas presentes em municípios de diferentes tamanhos e perfis sociais e culturais, além das diferentes percepções da pandemia da COVID-19 constituídas. A definição do campo do presente estudo faz parte da amostra do projeto matriz, em termos de municípios de pequeno porte de uma dada região do

estado do Rio de Janeiro.

A escolha das ESF foi feita segundo os seguintes critérios: disponibilidade das unidades em relação ao atendimento dos pacientes com suspeita de COVID-19; espaço físico para a realização da coleta de dados; quantitativo de usuários; facilidade de captação, sendo um espaço que promove o encontro dos participantes devido à concentração de pacientes; além da intencionalidade de acesso a populações contrastantes em termos socioeconômicos sendo estas localizadas em área urbana.

### **2.3 Participantes do estudo**

Os participantes foram residentes na região do Médio Paraíba do Rio de Janeiro, totalizando 100 pessoas, atendidos nos serviços escolhidos aleatoriamente para o estudo. O total de 100 participantes responderam a um questionário de caracterização socioeconômica e de evocação livre de palavras e 30 participantes desse total participaram da entrevista semiestruturada.

Os participantes foram convidados a participar de forma voluntária, escolhidos aleatoriamente segundo presença no serviço de saúde, até completar o número pré- estabelecido para o estudo.

Para a seleção dos participantes foi levado em consideração os seguintes critérios de inclusão: pessoas de 18 a 75 anos, presença em um dos serviços de saúde participantes do estudo, visto que a pandemia tem causado impacto em diversas pessoas e grupos sociais que podem possuir diferentes conhecimentos frente a mesma. Os participantes que concordaram em participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e após responderam aos questionários e à entrevista.

O quantitativo total de participantes deste estudo foi definido de acordo com o quantitativo mínimo para a obtenção de uma amostragem qualitativa para as técnicas de evocações e de entrevistas que possibilitasse sua análise, conforme definido em Oliveira et al. (2005), e, ao mesmo passo, pudesse demandar menor tempo dos participantes na coleta de dados. Para as entrevistas os participantes que aceitaram participar responderam a entrevista semiestruturada até atingir o quantitativo de acordo com a técnica de exacerbação dos dados.

## **2.4 Aspectos éticos da pesquisa**

Em observância aos aspectos éticos e legais da Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que normatiza a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado através do protocolo nº 4.847.711 (ANEXO A).

Para a realização da coleta de dados foi encaminhada uma solicitação à coordenação das ESF (APÊNDICE A), anexando-se uma cópia do projeto de pesquisa e a carta de aprovação do Comitê de Ética. Após a autorização institucional deu-se início a coleta de dados. Antes de realizar a coleta foram apresentados, para cada participante, os objetivos e a metodologia do estudo, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e foi solicitado que o assinassem e logo após foi iniciada a coleta de dados. Cabe ressaltar que somente participaram do estudo aqueles que aceitaram, voluntariamente, participar.

## **2.5 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu durante o mês de julho de 2022. Os participantes que se enquadraram nos critérios estabelecidos após uma abordagem inicial foram convidados a responder os instrumentos de coleta de dados, após o aceite e assinatura do TCLE. O convite foi feito no momento em que estavam na ESF, aguardando consultas e procedimentos.

Para a realização do estudo, como técnicas e instrumentos de coleta de dados, foram utilizados um questionário de identificação socioeconômica e de evocações livres de palavras (ANEXO B); e um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE C).

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: na primeira etapa, foi aplicado o instrumento de dados socioeconômicos para os participantes, em seguida, foi aplicado o formulário de evocações livres. Na segunda etapa, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas.

### 2.5.1 Dados socioeconômicos e clínicos

O questionário de caracterização socioeconômica apresenta variáveis constantes do projeto matriz relativas à identificação dos participantes como: moradia, sexo, idade, formação escolar, atividade que exerce, religião, orientação política, renda, se teve COVID-19 e se já se vacinou. A coleta destas informações é importante para a delimitação de subgrupos, em função das diferenças representacionais (OLIVEIRA et al., 2005).

No estudo das representações, o questionário é a técnica mais utilizada entre os pesquisadores europeus e vem apresentando um crescimento significativo no Brasil, pois permite incluir aspectos quantitativos na análise de conteúdo referentes ao caráter social de uma representação, tais como: obter a organização das respostas, destacar os aspectos explicativos ou discriminantes dentro de uma população ou entre populações, ou, ainda, obter e alocar as posições dos grupos estudados em relação aos fatores explicativos (GOMES; OLIVEIRA, 2015).

Pode-se dizer que a as diferenças entre comportamentos e manifestações sociais é o aspecto mais vantajoso do questionário, pois, devido à padronização feita pelo pesquisador, é possível reduzir os riscos subjetivos da coleta de dados e, também, as variações interindividuais da verbalização dos discursos através da padronização da expressão dos participantes da pesquisa, dos temas abordados, nas modalidades de resposta e da ordem dos temas (GOMES; OLIVEIRA, 2015).

### 2.5.2 Técnica de Evocações Livres de Palavras

Neste estudo utilizou-se a técnica de evocações livres aos termos indutores “COVID-19”; “Cuidar da pessoa com COVID-19” e “Vacina para COVID-19”, sendo solicitado aos 100 participantes a verbalização de cinco palavras ou frases que viessem à mente após a enunciação dos termos indutores pela pesquisadora. Para isso, foi aplicado individualmente e preenchido pela pesquisadora um formulário de evocações livres, durante a coleta.

A técnica de evocações livres foi utilizada, pois esta possibilita a apreensão da percepção do momento de um determinado grupo social a partir de um contexto semântico já existente (BARDIN, 2014). Esta é aplicada em estudos de grupos sociais e permite o alcance dos seguintes objetivos: “estudar os estereótipos sociais que são partilhados espontaneamente pelos

membros do grupo; e a visualização das dimensões estruturantes do universo semântico específico das representações sociais” (OLIVEIRA et al., 2005, p. 576).

Segundo Oliveira et al. (2005) cabe salientar que esta propicia a obtenção dos conteúdos e o acesso à estrutura interna das representações, pois possibilita a obtenção de conteúdos simbólicos espontaneamente e de maneira descontraída, apresentando os conteúdos latentes ou implícitos que podem ser mascarados nas produções discursivas. Além disso, com o uso desta técnica, pode-se obter o conteúdo semântico de maneira objetiva e rápida, diminuindo as dificuldades e os limites das expressões discursivas convencionais.

As técnicas associativas de coleta de dados, como a evocação livre de palavras, compõem um campo que está em crescimento na enfermagem, devido à especificidade de seu uso e possibilidade de comparações entre grupos sociais de maneira objetiva (GOMES; OLIVEIRA, 2015). Desse modo, considera-se que esta técnica se diferencia de outras técnicas de coleta de dados como o questionário e a entrevista (OLIVEIRA et al., 2005).

Além disso, é “uma técnica bastante proveitosa para a coleta dos elementos constitutivos do conteúdo das representações, o que explica sua utilização sistemática em várias pesquisas” (GOMES; OLIVEIRA, 2015, p. 361).

Assim, para a aplicação da técnica, é necessário um local tranquilo, livre de ruídos e de trânsito de pessoas, pois é uma técnica que exige concentração, de maneira que propicie a reflexão com o mínimo de interferência externa (OLIVEIRA et al., 2005; OLIVEIRA, 2003).

Recomenda-se explicar aos participantes como a técnica será aplicada e, preferencialmente, deve ser realizado um treinamento prévio, exemplificando a técnica com termos indutores não relacionados ao objeto de pesquisa (TURA, 1997). Neste estudo, todos os participantes receberam a devida explicação.

Na técnica de evocação livre, no campo de estudo das RS, pede-se ao indivíduo que produza todas as palavras ou expressões que venham à lembrança a partir de um termo indutor (SÁ, 2002). Em seguida, é pode-se solicitar ao participante realizar a hierarquização das palavras ou expressões produzidas, organizando-as segundo a ordem de importância, do mais ao menos importante. Através deste procedimento, uma nova ordem das respostas será produzida e, em conjunto com o cálculo das frequências, possibilitará uma análise dos elementos centrais e periféricos (OLIVEIRA et al., 2005).

Contudo, é possível considerar, na análise dos dados, outra possibilidade para a ordenação das evocações, que é a ordem natural das evocações ou ordem espontânea das evocações. Este critério foi adotado no presente estudo, pois a hierarquização das evocações feita pelos participantes pode influenciar na avaliação da fluência natural dos termos evocados

e, conseqüentemente, na organização dos elementos centrais e periféricos da estrutura da RS. Optou-se, portanto, por privilegiar a produção espontânea em lugar de destacar seu aspecto cognitivo (OLIVEIRA et al., 2005).

É importante salientar que o número de palavras ou expressões a serem produzidas pelos indivíduos deve ser determinado previamente pelo pesquisador. Além disso, deve ser solicitado no mínimo cinco palavras, pois um número abaixo de cinco acarreta o risco de o pesquisador obter uma quantidade de dados insuficientes, podendo gerar um viés ao estudo e, conseqüentemente, influenciar no resultado final deste (OLIVEIRA et al., 2005).

A aplicação prática desta técnica pode ser realizada isoladamente ou associada a outras técnicas, como a entrevista ou o questionário, por exemplo. É possível, também, coletar variáveis de identificação dos participantes referentes ao sexo, escolaridade, idade, entre outras. Estas podem auxiliar na caracterização de subgrupos devido às diferentes representações. Quando associada a outras técnicas de coleta de dados, a técnica de evocação livre deve ser realizada primeiro, para o seu conteúdo não sofrer influências dos outros conteúdos abordados, que também estão relacionados ao objeto de estudo (OLIVEIRA et al., 2005).

Outras técnicas de coleta de dados, além da evocação livre, foram utilizadas no presente estudo, sendo a técnica de evocação livre a primeira aplicada pela pesquisadora. Procedimentos adicionais ou complementares podem ser usados pelo pesquisador à técnica de evocação livre, dependendo da finalidade do estudo, por exemplo: sublinhar as duas palavras mais importantes a partir da avaliação do entrevistado; justificar a escolha das palavras; constituir conjuntos de pares de palavras que pareçam estarem associadas; entre outros (OLIVEIRA et al., 2005).

O registro das evocações pode ser feito de diversas formas: em formulário impresso estruturado, contendo os espaços para as palavras ou expressões e para a numeração referente à ordem das evocações realizadas; pode ser auto aplicado ou aplicado pelo entrevistador; ou registrado em aparelho de áudio durante a realização da entrevista, e transcrito posteriormente (OLIVEIRA et al., 2005). No presente estudo, adotou-se um formulário impresso estruturado, que foi aplicado e preenchido pela entrevistadora, visando a obter mais espontaneidade dos participantes da pesquisa no momento da evocação de palavras ou expressões.

### 2.5.3 Entrevista semiestruturada

Neste estudo, a entrevista semiestruturada foi realizada com 30 participantes que responderam ao questionário de dados socioeconômicos e clínicos e ao formulário de evocações livres., para possibilitar uma melhor compreensão dos conteúdos representacionais da COVID-

19 e do cuidado à pessoa com coronavírus.

A técnica de entrevista semiestruturada foi orientada por roteiro temático, de forma que possibilitasse ao pesquisador organizar um conjunto de questões em um roteiro temático sobre o tema que está sendo estudado, permitindo, inclusive, incentivar a fala livre sobre o tema, consequência desse tipo de técnica (GERHARDT, 2009).

Esta modalidade de entrevista é definida por Marconi e Lakatos (2017, p. 321) como sendo uma técnica “onde o pesquisador tem liberdade para desenvolver o tema de interação em qualquer direção que considere adequada, sendo uma forma de explorar mais amplamente a questão”.

Minayo (2014) destaca que a entrevista semiestruturada possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, não se atendo às respostas pré-fixadas pelo pesquisador. Destaca, também, que “o roteiro de entrevista é um instrumento para orientar uma conversa com finalidade que é a entrevista, ele deve ser facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação”. (MINAYO, 2014, p. 99).

Diante disso, foi elaborado um roteiro para conduzir as entrevistas a partir dos objetos e objetivos do estudo e dos conhecimentos obtidos na literatura científica, contemplando as diferentes formas de compreensão da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. Os temas privilegiados foram: 1 - Fale sobre sua experiência com a COVID -19 desde de surgimento da Pandemia; 2 - Fale sobre o que é a COVID -19; 3-Fale sobre cuidado com você frente a COVID-19; 4- Fale sobre a prevenção da COVID-19; 5- Fale o que você acha da vacina para COVID-19; 6-Fale sobre o isolamento social; 7- Fale sobre os contatos que teve com pessoas com COVID-19; 8-Com relação aos cuidados que à pessoa com COVID-19 deve ter me fale sobre; 9- Fale o que pensa sobre do serviço de saúde e a COVID-19; 10- Fale como você vê a COVID-19 hoje.

As entrevistas foram realizadas na ESF, onde não havia interferências de pessoas falando ou outros ruídos que pudessem atrapalhar a reflexão e o momento da gravação das entrevistas. Foram disponibilizadas pelas chefias de enfermagem salas de atendimento para a realização das entrevistas, quando necessário. Os conteúdos das entrevistas foram gravados em aparelho digital e, posteriormente, transcritos. A média de duração das entrevistas foi de 20 minutos, sendo realizadas conforme a disponibilidade dos participantes enquanto aguardavam consulta ou procedimentos na ESF.

## 2.6 Análise dos dados

### 2.6.1 Análise dos dados socioeconômicos e clínicos

Os dados do questionário de identificação dos participantes, que abrange os dados socioeconômicos, foram organizados numa planilha do software Excel, constituindo o banco de dados, e analisados por meio do mesmo software, posteriormente foram organizados em tabelas contendo frequências absolutas e relativas.

### 2.6.2 Análise das Evocações Livres de Palavras

O material coletado a partir das evocações livres foi analisado com o auxílio do software EVOC (Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations) – versão 2005, resultando na construção do quadro de quatro casas, a partir da frequência e da ordem dos termos evocados (SÁ, 2002). A técnica de Vergès, associada à tecnologia da informática, é um instrumento que facilita a análise da estrutura e organização de uma RS (GOMES; MARQUES; OLIVEIRA, 2004).

A análise foi realizada seguindo os procedimentos descritos por Oliveira et al. (2005). Primeiramente, todas as evocações foram digitadas da maneira e na ordem em que foram evocadas. Após esta etapa, foi realizada a correção ortográfica das palavras e dos termos evocados, reduzindo as frases e expressões ao núcleo da frase para serem processadas pelo software. Em seguida, ocorreu a padronização das palavras e dos termos evocados, garantindo a manutenção do sentido final expresso por eles e que, simultaneamente, pudessem ser identificados pelo software como sinônimos. Ao final, foi elaborado um dicionário de padronização das evocações, com a finalidade de manter o conteúdo semântico expresso pelos participantes.

Após o preparo das evocações foi construído a corpora, tendo um arquivo para cada corpus, em formato Word, com as variáveis codificadas e caracterizadas. Em seguida, cada arquivo foi transformado em formato de texto para ser processado pelo software EVOC (OLIVEIRA et al., 2005).

O programa EVOC “calcula e informa a frequência simples de ocorrência de cada palavra evocada, a média ponderada de ocorrência de cada palavra em função da ordem de

evocação e a média das ordens médias ponderadas do conjunto dos termos evocados” (OLIVEIRA et al., 2005, p. 581).

A partir do cruzamento da frequência e da posição das evocações, foi gerado o quadro de quatro casas, que expressa os conteúdos e a estrutura das RS acerca de um determinado objeto (OLIVEIRA et al., 2005; SÁ, 2002). Assim, a construção dos quadrantes do quadro de quatro casas possibilitou analisar e comparar as possíveis relações entre as RS dos objetos desta pesquisa.

A frequência mínima foi definida pela pesquisadora com base na Lei de Zipf, conforme exposto por Vergès (1999 apud OLIVEIRA et al., 2005, p. 582):

Ela permite identificar três zonas de frequência: aquelas onde as palavras são muito pouco numerosas para uma mesma frequência; aquelas onde as palavras são pouco numerosas para uma mesma frequência; e a zona onde o número de palavras é muito importante para uma mesma frequência.

Desse modo, as palavras com valores situados abaixo da frequência mínima determinada foram excluídas da análise dos quadrantes. Após a distribuição dos termos nos quadrantes, deu-se início à sua interpretação.

O quadro de quatro casas apresenta-se em quatro quadrantes: o núcleo central, os elementos periféricos (a primeira e a segunda periferias) e os elementos de contraste da RS. Para a distribuição dos termos nos quatro quadrantes foram adotados dois critérios de importância: a frequência média de ocorrência das palavras e a média das ordens médias de evocação (OME) (GOMES; OLIVEIRA, 2015; OLIVEIRA et al., 2005).

### 2.6.3 Análise da entrevista semiestruturada

Para a análise dos dados obtidos através das entrevistas foi adotada a análise de conteúdo temática de Bardin, sistematizada por Oliveira (2008). Bardin (2011, p. 48) define a análise de conteúdo como:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Através da análise de conteúdo é possível acessar os diferentes conteúdos, explícitos ou não, presentes em um texto; analisar as RS de um determinado objeto e analisar a comunicação

cotidiana, verbal ou escrita (GOMES; OLIVEIRA, 2015). Além disso, permite replicar e tornar válidas inferências sobre dados de um contexto específico (MINAYO, 2014). A partir de uma leitura superficial das falas, documentos e depoimentos, busca-se alcançar um nível mais aprofundado e transversal de compreensão dos conteúdos manifestos. A análise de conteúdo é realizada seguindo as três etapas propostas abaixo, que são: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. A pré-análise tem o objetivo de selecionar os documentos passíveis de análise, formular hipóteses e objetivos e elaborar indicadores para embasar a interpretação final. A exploração do material refere-se às operações de codificação, enumeração ou decomposição, em função de regras formuladas previamente. Na última etapa, tratamento dos resultados, os resultados brutos recebem o tratamento para torná-los significativos e válidos, através de estatísticas simples ou mais complexas (BARDIN, 2011).

Para a análise das entrevistas, neste estudo adotou-se os procedimentos propostos por Oliveira (2008). Assim, após a leitura flutuante do texto, foi realizada a exploração do material, buscando identificar unidades de registro (UR) que continham o contexto semântico ou os significados presentes nos quatro quadrantes da análise estrutural. Todas as UR foram marcadas no corpus de análise, do início ao final.

Após as UR selecionadas, estas foram nomeadas, as unidades de significação (US) e associado cada UR a uma US que a expressasse. Posteriormente, realizou-se a quantificação das unidades de significação no conjunto do corpus, contando o número de vezes (UR) que cada unidade de significação apareceu em cada entrevista. Após, foi feita a construção das categorias em que foram agrupadas as unidades de significação em conjuntos maiores, que possuíam o mesmo significado e relação entre si. As categorias foram nomeadas e quantificadas e, por fim, descritas e discutidas.

Dessa forma, forneceram um contexto discursivo capaz de contextualizar os termos evocados, trazendo maior profundidade à compreensão das palavras evocadas e aos conteúdos representacionais.

### 3. RESULTADOS

#### 3.1 Caracterização sociodemográfica do grupo social estudado

A seguir será apresentada a descrição dos dados referentes à caracterização dos participantes. Os dados estão dispostos em tabelas elaboradas a partir da análise do questionário de dados socioeconômicos, cujas variáveis são importantes para a compreensão das representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com COVID-19.

Esta pesquisa contou com 100 participantes que aguardavam consultas ou procedimentos na ESF, escolhidos aleatoriamente e atendendo aos critérios de inclusão para a realização deste estudo. No que se refere à variável idade, observou-se na Tabela 1 que a faixa etária predominante é de 50-75 anos, representando 44% dos participantes ( $f=44$ ), seguido, respectivamente, dos participantes com idade entre 18-29 anos, os quais compuseram 22% da amostra ( $f=22$ ). As faixas etárias entre 30 a 39 anos e 40 a 49 anos foram menos expressivas, representando 17% ( $f=17$ ). Tais dados corroboram com os achados de Silva e colaboradores (2021) que observaram maior concentração de idosos no que tange a utilização dos serviços da Atenção Primária.

Cabe ressaltar que altas taxas letalidades por SARS-CoV-2 têm sido em sua maior parte associadas à pacientes idosos (MACHADO et al., 2020), sendo este o grupo de maior susceptibilidade para a COVID-19 em suas formas mais graves, as quais podem resultar, inclusive, em desfechos de alta gravidade, incluindo o óbito (D'ADAMO; YOSHIKAWA; OUSLANDER, 2020).

Acrescenta-se que estudo realizado em outubro de 2021, no país, apontou que pessoas com mais de 50 anos representavam 84,4% dos óbitos por COVID-19, sendo o maior quantitativo por idade. Já pessoas entre 30 a 49 anos representaram 13,9% dos óbitos e 18 a 29, o menor quantitativo, com apenas 1,6% dos óbitos (PODER 360, 2021).

Tabela 1- Distribuição dos participantes de acordo com a idade. Valença, RJ, 2023.

<b>Idade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
18 a 29 anos	22	22
30 a 39 anos	17	17
40 a 49 anos	17	17
50 a 75 anos	17	17
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

No que se refere à variável gênero, observou-se um predomínio de participantes do gênero feminino, com 66 indivíduos, correspondendo a 66% do total de entrevistados, 31 do gênero masculino e apenas 3 do gênero não binário conforme a Tabela 2.

Tal distribuição reflete que gênero feminino é o público com maior número de atendimentos e procura às ESF. Sendo que este grupo se preocupa mais com a prevenção, realizando um maior número de consultas e exames preventivos e de rotina. Ao contrário, a população masculina busca o serviço apenas quando apresenta sinais e sintomas graves (SILVA et al., 2021), fato que pode explicar o maior quantitativo de mulheres neste estudo. Sob esse aspecto discute-se que os surtos de doenças afetam mulheres e homens de maneira diferente, uma vez que os homens podem exibir menos comportamentos de busca de saúde como resultado de normas rígidas de gênero, implicando em atraso na detecção e no acesso ao tratamento para o vírus (UNFPA, 2020).

Durante a pandemia, o papel de cuidadora expôs as mulheres a um risco aumentado de contrair COVID-19. Sendo que estas compõem a maioria do grupo de profissionais de saúde que estavam na linha de frente e representaram 72% de todos os casos de COVID-19. Desta forma, estão mais propensas a sofrer de ansiedade e depressão, insônia ou esgotamento do que seus colegas do sexo masculino (OPAS, 2022).

Contudo, as mulheres também foram menos propensas a desenvolver doença grave por COVID-19 do que os homens, contudo estavam mais propensas ao diagnóstico tardio. Cabe considerar no entanto que, uma vez diagnosticadas, morreram mais cedo, sugerindo que muitas delas não receberam cuidados adequados em tempo oportuno (OPAS, 2022).

Segundo Braga e colaboradores (2022) os indivíduos identificados como pertencentes ao grupo de não binários apresentaram vulnerabilidade durante a pandemia da COVID-19 quanto à piora do estilo de vida, sugerindo que o prolongamento da pandemia e das medidas de distanciamento social podem impactar o ritmo de degradação da saúde entre a população.

Tabela 2 - Distribuição dos participantes de acordo com o gênero. Valença, RJ, 2023.

<b>Gênero</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Feminino	66	66
Masculino	31	31
Não binário	03	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

No que se refere à escolaridade, observa-se que a maioria dos participantes possui ensino médio completo ou superior incompleto, 45% (f=45), seguido do ensino fundamental completo ou médio incompleto, 30% (f=30), e 22% (f=22) com ensino superior completo. Constatou-se, também, que um pequeno grupo 3% (f=3) não informou ter estudado ou ter o algum nível de escolaridade. Estes dados podem ser observados na Tabela 3.

De acordo com os estudos realizado por Pereira e colaboradores (2022) o nível de escolaridade dos óbitos por COVID-19, mostraram as maiores discrepâncias entre valores observados e esperado, posto que foram observados menos óbitos que o esperado no nível de escolaridade “sem escolaridade” e “ensino fundamental”. Os participantes de menor escolaridade formam um grupo populacional bastante representativo da vulnerabilidade social, se considerarmos que as pessoas destes extratos estão mais susceptíveis às doenças socialmente determinadas, dentre elas a COVID-19. Além de experimentarem maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde, podendo-se supor que tenha havido subnotificação nos estratos mais pobres da população.

Já nos níveis de escolaridade “ensino médio” e “ensino superior”, o número de óbitos foi maior do que o esperado, o que não pode ser negligenciado posto que representam parcelas da população que podem compreender as informações emergenciais, a gravidade da situação excepcional, captar as orientações distribuída pelos órgãos oficiais e colocá-las em prática para o enfrentamento. Destaca-se a inclusão dos profissionais da linha de frente nestes níveis e também pessoas que negaram a vacina contra o coronavírus (PEREIRA et al., 2022).

Os dados de escolaridade mantêm uma proporcionalidade ao longo do período da pandemia, apesar de algumas oscilações coincidentes com os aumentos nas frequências dos óbitos. Evidencia o impacto sobre a mortalidade da população com menores escolaridades e, também, o aumento do quantitativo de óbitos de pessoas com maiores níveis de escolaridade (PEREIRA et al., 2022).

Tabela 3- Distribuição dos participantes de acordo com a escolaridade. Valença, RJ, 2023.

<b>Escolaridade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Ensino Superior completo	22	22
Ensino Médio completo ou superior incompleto	45	45
Ensino fundamental completo ou Médio incompleto	30	30
Não resposta	3	3
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

A Tabela 4, referente à situação de atividade laboral, mostra que a maioria dos participantes 41% (f=41) estava sem atividade, com trabalho doméstico ou aposentados, seguidos de 18% (f=18) trabalhando em indústria ou comércio, 16% (f=16) são funcionários públicos, e menores parcelas se dividindo entre 8% de estudantes, 6% de trabalhadores informais e professores e 5% de profissionais liberais.

No Brasil, como em outros países, o isolamento social promoveu rápidas mudanças no mercado de trabalho, com impactos mais severos para 37,3 milhões de pessoas que vivem na informalidade, visto que 50% destas se encontram nessa condição, concebida em sentido amplo, desprovidas de direitos, fora da rede de proteção social e sem carteira de trabalho assinada. Desemprego ampliado, precarização exacerbada, rebaixamento salarial acentuado, perda crescente de direitos esse é o desenho mais frequente da classe trabalhadora (COSTA, 2020) que foi agravada durante a pandemia.

Tal distribuição reflete o panorama atual da crise sanitária, sendo uma das consequências da pandemia o aumento do desemprego e, conseqüentemente, a elevação da informalização do trabalho, dos terceirizados, dos subcontratados, dos flexibilizados, dos trabalhadores em tempo parcial e do subproletariado (COSTA, 2020).

De acordo com Araújo e Brandão (2021), a crise econômica provocada pela pandemia implicou negativamente nas relações de trabalho, com um choque econômico generalizado sobre a renda de todos os trabalhadores, mas principalmente para os trabalhadores informais. Neste contexto, a pandemia acirrou o desemprego no Brasil, além de potencializar uma situação de precarização já existente. Esta realidade diz respeito tanto aos trabalhadores que perderam seus empregos devido à crise, quanto àqueles que não encontram oportunidades, e acabam desistindo da procura. A falta de trabalho ocasiona a diminuição da renda ou, até mesmo, sua completa ausência, colocando muitas famílias em risco social.

Tabela 4: Distribuição dos participantes de acordo com a atividade que exerce. Valença, RJ, 2023.

<b>Atividade</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Sem atividade, Trabalho doméstico, Aposentado	41	41
Indústria, Comércio, Serviços	18	18
Funcionário público	16	16
Estudante	8	8
Ensino, Professor	6	6
Trabalho Informal	6	6
Profissional liberal	5	5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Em relação à distribuição dos participantes por religião, demonstrada na Tabela 5, verifica-se que 43% (f=43) declararam-se católicos, 25% (f=25) dos participantes evangélicos ou protestantes, 19% (f=19) dos participantes declararam serem sem religião, já as religiões espírita Kardecista, e afro-brasileiras foram mencionadas por 13% (f=13) dos participantes. Tais resultados acima descritos, referentes às duas religiões com mais adeptos, corroboram com a pesquisa realizada pelo Datafolha e publicada em janeiro de 2020, que apontou que 50% da população é católica e 31% da população é evangélica (G1, 2021), correspondendo à primeira e à segunda religião com mais adeptos no Brasil, respectivamente.

De acordo com Silva et al (2019) a religiosidade/espiritualidade contribuem para o controle e independência frente a doença, como também para a adesão ao tratamento, e na busca por um significado no enfrentamento do problema. Assim, a fé e a espiritualidade contribuíram no processo de saúde-doença frente a pandemia de COVID-19, e o envolvimento com as práticas religiosas pode ter sido um mecanismo que ofereceu algum controle sobre a situação, ajudando a torná-la compreensível, além de dar esperança (KOWALCZYK et al., 2020).

Tabela 5: Distribuição dos participantes de acordo com a religião. Valença, RJ, 2023.

<b>Religião</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Católica	43	43
Evangélica, Protestante	25	25
Sem religião	19	19
Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé	13	13
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Em relação à orientação política, a maioria dos participantes 69% (f=69) afirmaram não ter orientação política, já 16% (f=16) afirmaram ser de esquerda ou de centro esquerda, 11% (f=11) disseram ser de direita ou de centro direita, 2% (f=2) afirmaram ser de centro e 2% (f=2) não responderam ao questionamento.

Em meio a este contexto caótico de pandemia, parece haver alguns indicativos de dúvida referente ao posicionamento político, tendo havido certo desmembramento da própria dualidade política observada no tecido social do país. A realidade brasileira durante a pandemia apresentou-se dicotômica e polarizada, assim como as animosidades entre os ditos “bolsonaristas” e os supostos “comunistas” (COLVERO, 2022).

Segundo Hur, Sabucedo e Alzante (2021), no Brasil, as práticas governamentais adotadas pelo Poder Executivo foram bastante controversas, principalmente no que tange aos posicionamentos e falas do Presidente da República que adotou um discurso polêmico, tentando diminuir os riscos da pandemia, sendo de posição contrária ao isolamento social e a favor da 'normalidade'. Tendo este um impacto muito grande no número de óbitos por COVID-19, se tornando alvo de críticas de diversos setores da global, como a comunidade científica, os meios de comunicação mundiais em os gestores de saúde.

De acordo com Colvero (2022), o caráter extraordinário da pandemia, em um aspecto, levantou ainda mais o caráter dualista dos discursos. De um lado colocaram-se os que minimizaram os danos causados pela crise sanitária, não abrindo mão dos direitos individuais como liberdade de ir e vir corroborando com uma espécie de negacionismo. De outro, aqueles que se colocaram favoráveis ao condicionamento do ir e vir e de valorização das medidas de proteção, pautadas em procedimentos científicos e análise de dados em relação aos danos da pandemia.

Tabela 6- Distribuição dos participantes de acordo com a orientação política. Valença, RJ, 2023.

<b>Orientação política</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Não tenho orientação política	69	69
Esquerda ou Centro Esquerda	16	16
Direta ou Centro Direita	11	11
Centro	2	2
Não Resposta	2	2
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Quanto à distribuição dos participantes segundo a renda pessoal na Tabela 7, constatou-se que 65% (f=65) recebem até R\$ 2.000,00, seguido da faixa de R\$ 2.001,00 a R\$ 4.000,00, com 23% (f= 23), seguido da faixa com remuneração superior a R\$ 6.000,00, correspondente a 5% (f=5), com remuneração entre 4.001,00 até 6.000,00 foram 3% (f=3), e 4% (f=4) afirmaram não possuir renda.

Cabe ressaltar que durante a pandemia foram necessárias medidas de isolamento social de importância para a prevenção dos riscos de contágio da COVID-19, o que acarretou em milhares de desempregados, uma vez que as pessoas ficaram impedidas de desenvolver suas atividades e com isso a fonte de renda praticamente cessou.

Segundo Araújo e Brandão (2022) esta crise econômica provocada pela COVID-19 implicou negativamente nas relações de trabalho, com um choque econômico generalizado sobre a renda de todos os trabalhadores, mas principalmente para os trabalhadores informais. Assim, a crise potencializou uma situação de precarização já existente. No Brasil, assim como em outros países, o acesso à proteção social está condicionado especificamente ao trabalho formal, logo, o trabalhador informal não tem acesso aos mesmos direitos de um trabalhador com carteira assinada, dessa maneira foram inclusos entre os mais vulneráveis, atingidos pelo desemprego e sem acesso às necessidades básicas.

Diante desse cenário, como medida de mitigação das consequências socioeconômicas da pandemia e das necessárias medidas de isolamento social que impactaram fortemente a atividade econômica, o mercado de trabalho e a renda das famílias brasileiras, foi criado o auxílio emergencial, instituído pela lei 13.982 de 2 de abril de 2020, que previu o repasse R\$600,00 ou R\$ 1.200,00 mensais por três meses para os trabalhadores informais e de baixa renda, bem como para microempreendedores e contribuintes individuais do Instituto Nacional de Seguro Social (BARBOSA e PRATES, 2020).

Tabela 7- Distribuição dos participantes de acordo com a renda. Valença, RJ, 2023.

<b>Renda</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Até 2.000,00	65	65
2.001,00 até 4.000,00	23	23
4.001,00 até 6.000,00	3	3
Maior 6.000,00	5	5
Não possui renda	4	4
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Em relação ao questionamento sobre a infecção por COVID-19, a maioria dos participantes 56% (f=56) afirmaram não ter se infectado por COVID-19, já 44% (f=44) afirmaram ter se infectado. Esta realidade encontra respaldo nas informações contidas no Boletim Epidemiológico Diário do Estado do Rio de Janeiro, que atualiza as informações e demonstra a elevada incidência de infecções pela COVID-19 em todo o estado do Rio de Janeiro. Destaca-se que a maior quantidade dos registros é expressiva na capital, tendo um menor quantitativo no interior do estado, localidade onde o estudo foi realizado (Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, 2022).

Tabela 8: Distribuição dos participantes de acordo com a infecção por COVID-19. Valença, RJ, 2023.

<b>Infecção por COVID-19</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Não	56	56
Sim	44	44
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Em relação ao uso da vacina para COVID-19, todos os participantes afirmaram ter feito o uso da mesma, 100% (f=100). Este quantitativo encontra respaldo visto que, no Brasil, segundo Fiocruz (2022), 78,8% da população está vacinada com a primeira dose e 68% totalmente imunizada com duas doses ou dose única. Isto se associa a alta nos casos de Covid-19, em virtude da rápida proliferação da variante Ômicron e de esquemas vacinais incompletos. Cabe destacar que nas informações contidas no Vacinômetro Diário do Estado do Rio de Janeiro, que diariamente atualiza as informações e demonstra o quantitativo de pessoas vacinadas

para COVID-19 em todo o estado do Rio de Janeiro, destaca-se o maior quantitativo no município onde os dados demonstram que de 76.870 da população estimada de 72.471 pessoas acima de 5 anos foram vacinadas (BRASIL, 2022).

Estes resultados corroboram com um estudo realizado por Francisco et al (2022) no município de Valença, que demonstrou que até março de 2022, 96,61% da população alvo tomou a primeira dose, e 95,89% tomou a segunda dose ou dose única. Quanto a dose de reforço, a estimativa é de 35.775 pessoas imunizadas, ou seja aproximadamente 55,39%.

Este quantitativo pode ser justificado, uma vez que o Brasil possui um dos maiores e mais completos programas de vacinação do mundo como parte integrante do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a sua criação em 1973, o Programa Nacional de Imunizações (PNI) foi determinante para uma diminuição significativa de casos e óbitos por doenças imunopreveníveis. E apesar das diversas lacunas no processo da vacinação contra a COVID-19 no país e muitos problemas, contamos com uma campanha com enorme potencial e uma das melhores respostas da população local no mundo (MACIEL et al., 2022). Destacando-se que no município estudado podemos observar um grande quantitativo de pessoas vacinadas.

### **3.2 Representações sociais da COVID-19 e do cuidado de saúde às pessoas com COVID-19**

Este capítulo trata da representação social da COVID e do cuidado às pessoas com COVID-19. Os resultados estão dispostos em quadros elaborados a partir da análise com o software EVOC, cujas variáveis são importantes para compreensão das representações sociais da COVID-19 e do cuidado às pessoas com COVID-19.

#### **3.2.1 Conteúdos e estrutura da representação social da COVID-19**

Os conteúdos que compõem a representação social da COVID-19, assim como a organização destes, serão apresentados e descritos nesta seção, de acordo com os pressupostos da Teoria do Núcleo Central (TNC) e da Abordagem Estrutural das RS.

Quanto ao produto das evocações livres, o *software* utilizado no tratamento dos dados identificou no corpus 467 palavras ou expressões evocadas, sendo 63 diferentes. Para processar o corpus de análise, foi necessário previamente estabelecer a frequência mínima de palavras,

sendo definida em 7, havendo a exclusão dos termos que foram evocados abaixo desta frequência; e calcular a frequência média de evocação, que correspondeu a 19. Além disso, foi necessária a definição, pelo programa, da média das ordens médias de evocação (OME), que correspondeu a 2,88, sendo essa aproximada para 2,9.

A partir dos parâmetros anteriormente definidos foi elaborado o Quadro de Quatro Casas apresentado no Quadro 1:

Quadro1: Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “COVID-19”. Valença, RJ, 2023.

OME Fme	Termo evocado	< 2,9		Termo evocado	≥ 2,9	
		f	OME		F	OME
≥ 19	Morte	53	2,679	Medo	36	2,944
	Sofrimento	41	2,268	Prevenção	20	3,150
	Cuidados	24	2,875			
	Ansiedade-angústia	23	2,522			
	Vacina	22	2,818			
< 19	Doença	18	2,500	Informação-desinformação	10	3,700
	Isolamento-social	18	2,222	Desgoverno	9	3,111
	Dificuldades	14	2,571	Ter-fé	8	3,500
	Catástrofe-mundial	12	2,167	Proteção	7	3,000
	Desemprego	8	2,875			
	Pandemia	7	1,714			

Legenda: Dimensões representacionais: **afetiva**, **caracterização da COVID-19 como doença individual e coletiva**, **destruição da vida**, **educação em saúde**, **prevenção**, **prevenção e enfrentamento**, **política da pandemia**, **religiosa e social**.

Fonte: A autora, 2023.

De acordo com os pressupostos da TNC (ABRIC, 2000; SÁ, 2002), os elementos localizados no quadrante superior esquerdo referem-se ao provável núcleo central da representação, pois este apresenta as palavras evocadas com maior frequência e as mais prontamente evocadas. O conteúdo do núcleo é composto por elementos estáveis, que não variam em função do contexto imediato (ABRIC, 2003). Os elementos localizados neste quadrante caracterizam a parte dura da representação, sofrendo menos influência do contexto externo ou das práticas cotidianas dos sujeitos, sendo, portanto, menos sensíveis à mudança (ABRIC, 2003). Cabe ressaltar que de acordo com Abric (2003) e Sá (2002) o núcleo central da representação encontra-se nesse quadrante, porém nem todos os elementos ali contidos são obrigatoriamente centrais.

Os elementos constituintes do provável núcleo central da representação são atribuídos pelos participantes como os mais importantes para a realização e justificção de uma tarefa, ou

seja, elementos ligados a uma ação. São estes os seguintes termos, com respectivas frequências (f) e ordem média de evocação (R): morte (f=53; R=2,679), sofrimento (f=41; R=2,268), cuidados (f=24; R=2,875), ansiedade-angústia (f=23; R=2,522), e vacina (f=22; R=2,818). Esses expressam significados positivos e negativos associados à pandemia, sendo *morte* uma dimensão de destruição da vida, *sofrimento e ansiedade-angústia* uma dimensão afetiva, e *cuidados e vacina* uma dimensão de prevenção.

O termo morte apresentou a maior frequência de evocação, sendo um resultado semelhante ao encontrado no estudo de Coelho (2021), em relação à presença do elemento no possível núcleo central. Desta forma, corrobora a presente pesquisa acerca da importância dada pelos participantes à morte frente a pandemia de COVID-19. Cabe ressaltar que o termo morte abrange o contexto semântico *morte, mortes, perda, caixão, perdas, luto e pensar em morrer*. Tais expressões, que constituem o contexto semântico do termo acima, revelam a importância dada pelos participantes ao quantitativo e ao impacto social acarretado pelas mortes que ocorreram na pandemia de COVID-19.

Salienta-se no contexto desta discussão, a multidimensionalidade imbuída no processo de morte e morrer, ao passo que cada sociedade constrói e apresenta a sua própria cultura, hábitos, crenças e valores, o que oferece às pessoas significados diferentes para a morte, bem como recursos para seu enfrentamento. No Brasil, essa realidade é plural, dada a diversidade cultural de cada região (PRADO et al., 2019).

Em um contexto de pandemia, a COVID-19 tem feito milhares de vítimas e gerado muitas perdas, de modo que, apesar de muitas vidas terem sido protegidas, as mortes foram marcantes devido ao quantitativo e a velocidade em que ocorreram. Desta forma, refletir sobre a morte se faz importante, posto que a evocação está relacionada com a morte social em que causa grande impacto na população, uma situação complexa e sofrida, especialmente no contexto pandêmico em que essas ocorrências se mostraram mais frequentes e repentinas.

Segundo o OMS (2022) o excesso de mortalidade na pandemia inclui mortes associadas diretamente à COVID-19, ou seja, devido à doença; ou indiretamente, devido ao seu impacto nos sistemas de saúde e na sociedade. Sendo que as mortes ligadas indiretamente à doença são atribuíveis a outras condições de saúde para as quais as pessoas não tiveram acesso à prevenção e tratamento, porque os sistemas de saúde foram sobrecarregados pela pandemia. O número estimado de mortes em excesso pode ser influenciado, também, pelas mortes evitadas durante a pandemia, devido aos menores riscos de determinados eventos, como acidentes de trânsito ou acidentes de trabalho.

Segundo Nabuco, Oliveira e Afonso (2020) a perda de um ente querido durante a

pandemia traduz um nível elevado de sofrimento e pesar, pois implica a vivência de um processo de luto inerente. À medida que as mortes pela COVID-19 acontecem, acarretam à saúde consequências físicas, mentais e sociais, elevando os riscos de se desenvolver um luto complicado. Tal aspecto se relaciona às vivências de dor e sofrimento, as quais vieram à tona durante o período pandêmico e se reflete na evocação do termo sofrimento, o segundo mais frequente entre os participantes.

O elemento *sofrimento* abrange ideias como *tristeza, triste, infelicidade, depressão, desespero, cansaço, falta de amor*. A presença deste elemento indica que, para os participantes, o sofrimento foi um sentimento negativo gerado pela COVID-19. Em um estudo realizado por Castro, Alves e Araújo (2020), sobre as representações ligadas à quarentena, o termo *tristeza* está presente na primeira periferia, que sustenta o núcleo central, sendo que este termo está presente dentro da padronização de sofrimento do presente estudo.

Sob esta ótica, os impactos negativos da pandemia sobre a saúde mental são evidenciados diante do aumento das vivências de sofrimento, sendo a COVID-19 uma emergência sanitária de proporções mundiais, responsável por causar desconforto psicológico e instabilidade emocional em grande escala, aspectos que não atingem apenas as pessoas contaminadas como também suas famílias e a comunidade (RAFAEL et al., 2021).

Conforme Ana, Silva e Vasconcelos (2020) a pandemia da COVID-19 é uma das mais importantes crises já vivenciadas no mundo, que atingiu famílias de diferentes formas e acarretou diversas mudanças de rotina, de maneira que os seus impactos foram diferentes para cada cidadão. Apesar da manifestação da individualidade na forma de perceber-se diante da pandemia, a vivência do sofrimento foi generalizada, uma vez que se trata de uma crise universal. Para a população, o sofrimento causador do impacto na saúde mental advém do medo de adoecer e morrer, da preocupação acerca do futuro e das incertezas atuais, das mudanças na rotina e na forma de se relacionar com outras pessoas.

Frank (1978) afirma que sofrer significa agir, crescer e amadurecer. O sofrimento torna a pessoa clarividente, uma vez que ela começa a perceber o sentido de vida no sofrimento, percebe o que é essencial quando se torna importante o ato exercido frente às adversidades e os acontecimentos da vida, a decisão, a ação, que permite transformar a tragédia de um sofrimento que não pode ser modificado (FERREIRA, 2020).

No panorama da pandemia da COVID-19 o sofrimento é inevitável, porém, diante do enfrentamento da crise, ocorre motivação ao engajamento e ao encontro do sentido de vida que pode ser descoberto em todas as situações (SANTOS, CALDAS E SILVA, 2022). Desta forma, o sofrimento faz parte do trajeto existencial e é fundamental para que o homem desenvolva

significados no existir, encontrando também sentidos diários na dor e no sofrer (FERREIRA, 2021). Acrescenta-se, ainda, que muitos casos de morte por COVID-19 são precedidos por longos períodos de internação, que ocasionam sofrimento aos familiares devido à impossibilidade de estar presente no período de hospitalização e de fim de vida de um ente querido (CRISPIM et al., 2020).

O termo *cuidado* foi o terceiro mais evocado e apresentou a maior OME do quadrante, abrangendo os significados *cuidado, cuidados, companheirismo e abraço* e englobando a prevenção como forma de enfrentamento nesse período pandêmico. No estudo de Florentino, Valente e Almeida (2022) acerca da representação de profissionais ao “novo coronavírus”, o termo também aparece, porém na primeira periferia, onde pode apresentar, segundo os autores, uma dupla significação, atrelada ao cuidado profissional efetivado pelos sujeitos do estudo e, também, à dimensão de cuidado em seu conceito geral, no sentido de que deve haver cautela e prudência para prevenção da infecção.

A resposta ao cuidado da população, em decorrência da COVID-19, também aponta a premência de reorganizar as ações intersetoriais, nas redes de atenção à saúde e, sobretudo, nos modos como se realiza o trabalho das equipes nos territórios para atender às demais necessidades em saúde e assegurar a continuidade dos serviços essenciais. Em especial, têm sido preconizadas medidas sociais e de saúde coletiva que visam a redução da transmissão e o controle de surtos, possibilitando a oferta de cuidados qualificados e equânimes, evitar a sobrecarga dos serviços e minimizar a mortalidade decorrente da COVID-19 e de outras causas, por meio do acesso seguro e continuado aos serviços e ações de saúde, bem como um conjunto de iniciativas de apoio psicossocial às pessoas e coletividades, inclusive aos próprios trabalhadores da saúde (POSSA et al., 2020). Nesse contexto, discute-se que, no momento da pandemia, novos sentidos de ver e viver o mundo foram constituídos e conduziram ao encontro consigo mesmo, com a humanidade e com o cuidado, não somente de si, mas também dos outros.

O quarto termo mais evocado foi *ansiedade-angústia*, que abrange *ansiedade, problema psicológico, angústia, nervosismo, apreensão, apreensivo e preocupação*. A evocação se associa ao termo sofrimento, uma vez que ambos refletem uma dimensão afetiva negativa da pandemia de COVID-19, a partir da qual foram acarretados transtornos psíquicos para a sociedade de forma geral, diante de diversos impactos ocorridos na vida das pessoas.

No estudo de Silva, Albuquerque e Lopes (2021), a palavra *ansiedade* se apresentou com maior peso semântico para os participantes, revelando a ótica de vivência destas pessoas durante os acontecimentos atuais, além de representar uma preocupação demasiada com o atual

cenário de pandemia, apontando que o atual contexto provocado pela COVID-19 elevou significativamente os sintomas de ansiedade na população em geral (ZWIELEWSKI et al., 2020). A palavra *angústia* também aparece, porém com menor peso semântico, caracterizando-se como sentimento e aspecto emocional, ambos ligados a formas subjetivas de lidar e reagir ao contexto, que se configurou como um sentimento negativo que permeia a realidade vivenciada, deste modo a representação da doença (SILVA, ALBUQUERQUE E LOPES, 2021).

No estudo de Coelho e colaboradores (2021), a angústia estava presente na zona de contraste, já no presente estudo apresenta-se no núcleo central. Isto pode sugerir haver uma migração deste elemento para o núcleo central deste grupo, definindo sua homogeneidade e evidenciando a importância deste elemento para os participantes na composição da RS da COVID-19.

O quinto termo mais evocado foi vacina, que abrange os contextos semânticos *salvação com a vacina, vacina, vacinação, vacina eficaz, Pfizer, coronovac*. A presença desse elemento no NC pode indicar a confiança que parte deste grupo possui na segurança da utilização do imunizante e a perspectiva de que esse seja o principal meio de prevenção da COVID-19 e de retorno à situação de anterior à pandemia.

Acerca da evocação do elemento vacina, trata-se de um termo que reflete a valorização daquela que foi anunciada como principal forma de impactar a curva de infectados pelo Coronavírus, diminuindo a incidência, a gravidade e, conseqüentemente, a letalidade pela doença. Nesse contexto, Couto, Barbieri e Matos (2021) consideram que há um paradoxo e contradições na relação indivíduo-sociedade no contexto da Covid-19 diante da existência, por um lado, da hesitação vacinal e, por outro, do clamor pela vacina como única estratégia eficaz de enfrentamento da pandemia.

Para os autores, tal desdobramento se deve ao fato de as estratégias de prevenção trazerem à tona um conflito entre vivências individuais e coletivas, uma vez que as normatizações são direcionadas de órgãos específicos para a sociedade em geral, porém a tomada de decisão para implementá-las são indivíduo-centradas e frequentemente ocorrem a partir de vivências pessoais e referências do sujeito ou compartilhadas pelo seu entorno (COUTO; BARBIERI; MATOS, 2021).

Diante do exposto, observa-se que todos os termos do possível núcleo central estão relacionados, dividindo-se entre elementos normativos e funcionais (ABRIC, 2003), conforme descrito no referencial teórico. Assim, na composição do quadrante superior esquerdo, os elementos *cuidados e vacina* são funcionais, uma vez que apresentam finalidade operatória,

relacionados às práticas sociais, num contexto de prevenção. Por sua vez, os elementos *morte*, *sofrimento e ansiedade-angústia* são normativos, visto que estão relacionados ao sistema de valores do grupo social estudado, além de fazer parte da história da pandemia, estabelecendo as tomadas de posição e o julgamento frente ao objeto (ABRIC, 2003).

Tais elementos apontam uma percepção predominantemente negativa no NC e indicam uma dimensão de destruição da vida presente no termo morte, uma dimensão afetiva, presente em sofrimento e ansiedade-angústia e, também, uma dimensão de prevenção diante da evocação do termo vacina.

Compondo o sistema periférico (primeira e segunda periferias), encontram-se os seguintes termos, com respectivas frequências (f) e ordem média de evocação (R). Na primeira periferia: medo (f=36; R=2,944) e prevenção (f=20; R=3,150). Na segunda periferia: informação-desinformação (f=10; R=3,700), desgoverno (f=9; R=3,111), ter-fé (f=8; R=3,500) e proteção (f=7; R=3,000). O elemento *medo* apresenta uma dimensão afetiva, os elementos *prevenção e proteção*, uma dimensão de prevenção e enfrentamento, o elemento *informação-desinformação* uma dimensão de educação em saúde, *desgoverno* uma dimensão política da pandemia; por fim o elemento *ter-fé* uma dimensão religiosa.

No sistema periférico, o termo *medo* apresenta a terceira maior frequência de todo o quadro e possui a menor O.M.E, quando comparado aos demais elementos periféricos. Dessa forma, é possível inferir que tal elemento se aproxima dos demais presentes no NC, ao retomar uma dimensão afetiva negativa presente no quadrante. A partir da análise de Pecora e Sá (2008) tal achado reflete a possibilidade de o termo fazer parte do núcleo central, devido à elevada frequência e, também, à afinidade com os elementos do possível núcleo central.

O *medo* é considerado pelos participantes um elemento de grande relevância, o que parece sugerir que é marcante na representação social da COVID-19. Este termo comporta os seguintes significados: *o medo de pegar, medo, terror, preocupação, alerta, insônia, mentira e o medo de morrer por COVID-19*. Vale destacar que o medo é um mecanismo de defesa animal adaptável, fundamental para a sobrevivência e que envolve vários processos biológicos de preparação para uma resposta a eventos potencialmente ameaçadores (SILVA et al., 2020).

Corroborando com um estudo realizado por Castro, Alves e Araújo (2020) que tem como objeto de RS a quarentena para pessoas idosas brasileiras o medo apresenta-se, também, na primeira periferia, demonstrando que há uma objetivação em elementos psicoemocional, o qual pode estar relacionado no estudo com o distanciamento em relação à família, onde possivelmente, os sujeitos sentiram medo devido à perda do apoio social.

Com base no estudo realizado por Araújo (2022) sobre as narrativas dos universitários

acerca da COVID-19, destaca-se que a representação central do grupo de risco está fortemente relacionada com a representação central do medo dos estudantes de causarem o adoecimento e a morte dos seus familiares com morbidades, por serem possíveis focos de transmissão do novo coronavírus (ARAÚJO, 2022). Assim como neste estudo, onde os participantes destacam o medo de morrer e o medo de pegar a COVID-19, diante disso o medo pode ser um possível núcleo central desta representação social da COVID-19.

No estudo realizado por Silva, Albuquerque e Lopes (2021) as representações do grupo de participantes quanto à pandemia, apontam o maior peso semântico obtido na palavra medo, que alcançou a distância semântica qualitativa mais elevada de 100%, revelando ser essa a emoção mais sentida pelos respondentes nesse período de pandemia. Tal achado vai ao encontro da pesquisa realizada por Bezerra et al. (2020), relevando que a adoção do isolamento dos participantes pode ter relação com o medo de se infectar.

O termo *prevenção* também aparece na primeira periferia, correspondendo aos termos: *prevenção, uso de máscara, higiene das mãos, máscara e lavar as mãos*. Este apareceu com uma visão positiva reafirmando as medidas de cuidado e enfrentamento da COVID-19. Cabe destacar que após a chegada da COVID-19 no Brasil, diversas medidas de controle e prevenção da doença foram tomadas pelas autoridades sanitárias locais em diferentes esferas administrativas (governo federal, governos estaduais e municipais) (BEZERRA, 2020).

O termo *prevenção* também compõe o quadro de quatro casas da representação social da COVID-19 em outros estudos, entre eles o realizado por Araújo (2022) e o de Castro, Alves e Araújo (2020), onde o termo aparece na primeira periferia. Tais achados corroboram com a importância da efetivação de medidas protetivas como forma de enfrentamento ao novo coronavírus.

Na segunda periferia do sistema periférico, o elemento de maior destaque foi *informação-desinformação* devido às maiores frequências e à maior OME deste quadrante. Tal elemento está relacionado aos termos: *boa educação, orientação, aprendizado, pessoas desacreditam, incompreensão e conscientização*. A evocação do termo revela a necessidade da divulgação de informações corretas, sendo estas essenciais para a mudança de comportamentos e adoção de hábitos saudáveis e uma vez que isto pode influenciar a percepção de risco, bem como as crenças e práticas de saúde (DELBEM et al., 2020).

Do Bú e colaboradores (2020) descrevem no contexto da representação social da COVID-19 o fenômeno de *fake news*, que é gerado por um conjunto de desinformação sobre objetos sociais, tal como o Coronavírus. Nesse contexto, Vasconcelos (2021) considera que a rede de desinformação representada pelo governo Bolsonaro, fez com que ocorressem ataques

à democracia e à liberdade de imprensa. Diante disso, a busca por informações seguras acerca da pandemia da COVID-19 deu sobrevida à mídia tradicional, a qual passou a ser uma referência no combate ao coronavírus e na defesa da ciência, um contraponto ao negacionismo do governo.

O elemento *desgoverno*, também presente na segunda periferia, inclui em seu contexto semântico as palavras: *política, Bolsonaro, oportunismo, governo e corrupção*. Este termo apresenta uma nova dimensão dentro do presente estudo, sendo ela a dimensão política da pandemia. Diante da evocação do elemento *desgoverno*, o estudo de Costa, Cruz e Cavalcante (2020) discute que, apesar dos municípios serem os responsáveis por executar as ações e serviços do SUS, o governo federal é o agente normalizador e financiador desse sistema, sendo o Ministério da Saúde responsável pela formulação das políticas nacionais nesse âmbito. Para os autores, a pandemia do coronavírus, um fenômeno inicialmente desconhecido para a população, foi massivamente associado à política, sendo observado o entrelaçamento de universos reificados e consensuais na constituição da sua representação. Dessa forma, os autores apontam que as representações sociais da COVID-19 se ancoraram, também, em uma visão de descrença nas instituições, governantes e meios de comunicação.

No estudo de Costa, Cruz e Cavalcante (2020) as palavras “Bolsonaro” e “Governo” sugeriram um conteúdo semântico comum nos períodos, revelando os significados da ancoragem da representação social, em que durante a pandemia o presidente enfrentou protestos contra seu governo visto que o mesmo demonstrou-se frio nesse período, com falas muitas das vezes contra a recomendação do ministério da saúde. Conforme Willrich et al. (2022) a análise da gestão durante a pandemia de COVID-19 apontou para um (des) governo, ou seja, ausência de ações baseadas em princípios, táticas, cálculos e saberes específicos que possibilitaram ao Estado brasileiro gerenciar a situação de pandemia de maneira racional e refletida. A opção política e ideológica por processos de privatização e desmantelamento dos sistemas nacionais de cuidado e atenção à saúde produziu mortes e potencializou o sofrimento da população (CASARA, 2021).

Segundo Giovanella et al. (2020), temos um governo que desgoverna, que sonega dados e informações, que tripudia sobre o sofrimento e a morte de dezenas de milhares de brasileiros que promove uma micropolítica e diante da pandemia se aproveitou para extinguir direitos, acentuar privilégios, destruir o meio ambiente, afrontar a democracia.

O termo *ter-fé* também compõe a segunda periferia e abrange os seguintes significados: *fé na melhora, salvação, gratidão a Deus e Deus*, cabendo ressaltar que este elemento introduz uma nova dimensão dentro do estudo, sendo ela a dimensão religiosa. Resultado semelhante foi

encontrado no estudo de Castro, Alves e Araújo (2020) sobre as representações sociais sobre a quarentena construídas por idosas brasileiras o termo ter fé e Deus também aparecem na segunda periferia, como a ancoragem em elementos psicoafetivos positivos.

De acordo com Rossato, Ribeiro e Scorsolini-Comin (2022), a religiosidade e a espiritualidade têm sido evidenciadas como uma dimensão que interfere nas condições de saúde da população, sendo um determinante social importante para ser considerado na saúde pública, como também para o enfrentamento de situações de adoecimento que podem comprometer a vida. No que tange à situação pandêmica este pode ser um recurso utilizado pelas pessoas para seu enfrentamento pelo fato de oferecer suporte emocional aos sujeitos, dando esperança de melhoria de vida mesmo diante de cenários complexos e levando-os à busca pela manutenção da saúde e para a cura. Um estudo desenvolvido na Polônia demonstrou que parte dos participantes afirmam acreditar que a fé os protegerá da infecção pelo Coronavírus, demonstrando, assim, uma percepção relacionada com a imagem de Deus como um pai bom e misericordioso que pode salvá-los do mal e do sofrimento (KOWALCZYK et al., 2020).

O termo *proteção*, também presente na segunda periferia, sugere a preocupação com o cuidado para evitar se contaminar com o vírus, percepção que fica evidente diante do contexto semântico do termo, o qual agrega os significados *proteção*, *proteger* e *proteção de si*. Nesse contexto, Rossato, Ribeiro e Scorsolini-Comin (2022), em seu estudo constatou que um componente importante para as reflexões nesse período de pandemia é a forma de proteção e de cuidado da coletividade, ou seja, o modo com que as pessoas fazem uso de estratégias, como uso de equipamentos de saúde frente a COVID-19, visando se proteger do vírus.

Desta forma Do Bú (2020) dita que, o cuidado profilático é uma ação realizada para si, mas também para a proteção da coletividade e em seu estudo, verificou que esses participantes enfatizam os itens específicos de proteção, tais como máscara, álcool e vitamina, e, além disso, evocam elementos que apontam para a possibilidade de realização do cuidado em casa, como cama, que se diferencia de leito, que também aparece na classe, mas está relacionado ao cuidado médico-hospitalar.

Na zona de contraste estão presentes os termos com baixa frequência e baixa OME, ou seja, os menos prontamente evocados pelos participantes, portanto, considerados importantes para os poucos que os evocaram. São eles: doença (f=18; R=2,500), isolamento-social (f=18; R=2,222), dificuldades (f=14; R=2,571), catástrofe-mundial (f=12; R=2,167), desemprego (f=8; R=2,875) e pandemia (f=7; R=1,714).

Os elementos *doença* e *pandemia* expressam uma dimensão de caracterização da COVID-19 como doença individual e coletiva, o *isolamento-social* apresenta uma dimensão de

prevenção, os termos *dificuldades e desemprego* apresentam uma dimensão social e o termo *catástrofe-mundial* apresenta uma dimensão de destruição da vida. Assim, observa-se que os elementos presentes na zona de contraste reforçam o provável núcleo central, e, também, a primeira periferia, uma vez que abrangem termos relacionados à prevenção da COVID-19 e a destruição das vidas que ocorreram durante o momento pandêmico.

O termo *doença* apresentou a maiores frequências da zona de contraste e abrange em seu contexto semântico os termos: *doença irreconhecível, doença, complexidade, complicação, infecciosa e bactéria*.

De acordo com a OMS (2020) a COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo novo coronavírus, que possui elevado risco de contágio e elevados índices de incidência e de mortalidade. A forte associação da COVID-19 como doença também encontrou respaldo no estudo realizado por Do Bú (2020), o qual identificou que esta pode ser interpretada como uma incerteza, sendo responsável por uma doença perigosa, que tem sido veiculada na mídia, cujo agente transmissor se associa a uma doença com foco pulmonar que pode evoluir, principalmente em idosos, para um quadro de dificuldade respiratória, necessitar do auxílio de respiradores para o seu tratamento e levar à morte.

O termo *isolamento-social* foi o segundo mais evocado na zona de contraste, isso demonstra a importância da dimensão de prevenção da COVID-19 para os participantes, destacando que o isolamento é uma forma de contenção da doença. Desta forma, pode-se afirmar que tal elemento se associa à evocação de cuidados no NC, reforçando a valorização das práticas de contenção da doença. Tal correlação encontra respaldo em outros estudos, como o de Castro, Alves e Araújo (2020), em que o termo isolamento aparece no núcleo central da representação social da COVID-19 e o de Do Bú (2020), o qual apontou o isolamento como uma estratégia de enfrentamento e contenção do coronavírus que atua como fator de prevenção e proteção tanto para si quanto para outrem frente à propagação do vírus.

O termo *dificuldade* expressa a dimensão social frente a COVID-19, concomitantemente com o termo *desemprego* que foi menos evocado e possui uma menor OME. O termo *dificuldade* abrange em seu contexto semântico: *ruim, dificuldades, prejudicial e malvado*, já o termo *desemprego* abrange: *desemprego e serviço atrapalhou*. Desta forma pode-se destacar que a COVID-19 trouxe alguns impactos sociais e econômicos para a população estudada.

Acerca da evocação do elemento *dificuldades*, destaca-se que o Brasil é um país com dimensões continentais, caracterizado por ampla desigualdade social. Nesses termos, Motta e colaboradores (2021) destacam que a Covid-19 se apresenta como uma sindemia, havendo uma

atuação de diversas questões de saúde que se interligam. Nesse contexto, em que a crise econômica que se encontrava em curso no país foi exacerbada diante da pandemia, torna-se fundamental não somente integrar cuidados, mas oferecer proteção social às vítimas sociais e econômicas da pandemia. Ademais, os autores acrescentam que as dificuldades econômicas vivenciadas no período foram mais um fator que dificultou o cumprimento das medidas de prevenção preconizadas pelas autoridades sanitárias.

Ainda no contexto do termo *dificuldades*, Souza e colaboradores (2021) discutem que a queda na renda, a qual impactou inclusive a aquisição de alimentos e itens básicos, constituiu uma das dificuldades mais recorrentes e críticas para a população, acarretando um grave impacto social. Além desse aspecto, os autores citam outros tipos de dificuldades também vivenciadas pela população no contexto pandêmico, a exemplo da preocupação com a mortalidade e disseminação da doença para si e para familiares muitas vezes portadores de agravos crônicos.

O termo *desemprego* indica um impacto social agravado durante a pandemia de COVID-19 e, segundo Bezerra et al. (2020), apesar do mesmo não ser um problema que surgiu recentemente, a preocupação com o agravamento deste se disseminou nos últimos meses devido ao impacto da pandemia na economia mundial. Corroborando com um estudo de Silva, Albuquerque e Lopes (2021) onde ao estímulo desemprego, a palavra fome aparece com o maior peso semântico, elegendo-se como a mais capaz de elucidar a representação desemprego presente entre os participantes, obtendo 100% da distância semântica qualitativa.

O termo *catástrofe-mundial* abrange o seguinte contexto semântico: *desastre, praga, destruição*, esolação, prejuízo moral, caos e transtorno. Tal evocação reafirma a dimensão de destruição da vida presente na representação da COVID-19 no contexto pandêmico. Tal achado encontra respaldo no estudo de Sousa (2022) cujos participantes significaram a pandemia como evento vinculado à morte e destruição, sendo COVID-19 um mal que os surpreendeu, desestruturou a vidas e trouxe o isolamento.

Por fim, o termo *pandemia* aparece como o termo menos evocado e com menor OME da zona de contraste. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Coelho et al. (2021) que acredita que a evocação do termo pandemia na zona de contraste deste estudo revelou o aspecto conceitual e reificado das representações, além de uma problemática que está para além da realidade cotidiana e alcança dimensão mundial, demandando ações de enfrentamento em diferentes modalidades.

### 3.2.2 Conteúdos e estrutura da representação social do cuidado à pessoa com coronavírus

Semelhante à análise anterior, os conteúdos semânticos que compõem a RS do cuidado à pessoa com coronavírus, assim como sua organização, serão apresentados no Quadro 2 e descritos neste item.

No tocante ao produto das evocações livres, o software utilizado no tratamento dos dados identificou no corpus, 467 palavras ou expressões evocadas, sendo 82 diferentes. Para processar o conteúdo, foi necessário previamente estabelecer a frequência mínima de palavras, sendo definida em 7, havendo a exclusão dos termos que foram evocados abaixo desta frequência e calcular a média de evocação, que correspondeu a 15. Além disso, foi necessária a definição, pelo programa, da média das ordens de evocação (OME), que correspondeu a 2,88 sendo essa aproximada para 2,9.

A partir dos parâmetros anteriormente definidos e com o apoio do software EVOC, foi elaborado o Quadro de Quatro Casas apresentado no Quadro 2:

Quadro 2: Quadro de Quatro Casas ao termo indutor “Cuidar da pessoa com coronavírus”. Valença, RJ, 2023.

OME Fme	Termo evocado	< 2,9		≥ 2,9		
		f	OME	Termo evocado	F	OME
≥ 15	Cuidados	54	2,833	Isolamento-social	25	3,440
	Medo	26	2,263			
	Amor	20	2,500			
	Higiene	19	2,263			
	Máscara	19	2,737			
	Precaução					
< 15	Prevenção	13	2,462	álcool-gel	14	3,143
	Carinho	11	2,818	orientação	14	3,071
	Isolamento	11	2,000	ter-fé	11	3,545
	ansiedade-angústia	9	2,667	Ajuda	9	3,333
	Proteção	8	2,500	Autocuidado	9	3,222
	Solidariedade	8	2,375	Remédios	8	3,500
	Coragem	7	2,857			
	Empatia	7	2,857			

Legenda: Dimensões representacionais: afetiva do cuidado, biomédica do cuidado de saúde, biomédica de prevenção, cuidado relacional, cuidado preventivo, educação em saúde, religiosa, tratamento.

Fonte: A autora, 2023.

Como pode ser observado no Quadro 2, os elementos constituintes do provável núcleo central da representação, sendo os mais importantes para a realização e justificação de uma tarefa, nas respectivas frequências (f) e ordem média de evocação (R) são os seguintes: cuidados (f=54; R=2,833), medo (f=26; R=2,263), amor (f=20; R=2,500), higiene (f=19; R=2,263), máscara (f=19; R=2,737) e precaução (f=16; R=2,500).

Os termos *cuidados, higiene, máscara e precaução* apresentam uma dimensão do cuidado preventivo, em contrapartida, os termos *medo e amor* apresentam uma dimensão afetiva do cuidado. Assim, os elementos identificados no provável núcleo central possuem, predominantemente, caráter funcional expresso pelos elementos *cuidados, higiene, máscara e precaução*. São eles que justificam a realização do cuidado, estando associados a conduta adotada no combate a pandemia da COVID-19 (ABRIC, 2003).

O termo mais evocado pelos participantes foi o *cuidado*, apresentando, a maior frequência do quadrante superior esquerdo, totalizando 54. A presença deste elemento no provável NC, evidencia a conscientização das pessoas sobre a importância de aderir à práticas de cuidado, e especialmente no que tange ao controle do vírus e as complicações da doença.

Cabe destacar que o termo *cuidado* apresenta, no âmbito do seu contexto semântico: *cuidados, cuidado, cuidar, estou-pronta, fazer, qualidade e zelo*. Tais ideias expressam a forma de cuidado à pessoa com coronavírus em tempos de pandemia, se relacionando a outros termos presentes no quadro de quatro casas, como *máscara, álcool-gel, higiene e autocuidado*.

Cabe ressaltar que num cenário pandêmico o cuidado se tornou mais evidente, sendo este uma forma de preservação da vida e prevenção da doença. De acordo com o estudo realizado por Adhikari (et al., 2020) sobre a Epidemiologia, causas, manifestação clínica e diagnóstico, prevenção e controle da doença por coronavírus este apresentou-se como medida de prevenção e contenção do novo coronavírus, recomendadas pela comunidade científica.

Neste mesmo passo, Do BÚ (2020), com seu estudo acerca das Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros, as estratégias de cuidado e prevenção frente para seus participantes se ancoraram em termos que indicam a necessidade de ações mais amplas, com ênfase no bem-estar coletivo, destacando os elementos responsabilidade, cuidados, atenção, proteção, respeito, coletividade e prevenção.

Ainda diante deste tema, Nunciaroni et al. (2020), afirma que o processo de cuidado se refere a ação de vivenciar os contextos sociais e produzir o cuidado voltado não só ao sujeito como também à família e à comunidade, sendo este um processo dinâmico e político, com atividades estruturadas de forma interprofissional e em redes vivas de cuidados. Diante deste contexto, as práticas de cuidado que vêm sendo realizadas com ênfase no resgate da vida por meio da criação e recriação de vínculos e do cuidado com os sujeitos, e não para os sujeitos, se mostram, portanto, um elemento fundamental frente à pandemia da COVID-19.

Por conseguinte, as práticas de cuidado com a saúde relacionadas à COVID-19, devem envolver o acesso às orientações sobre a prevenção e o tratamento da doença, incentivando produção de modos de vida mais saudáveis.

Nesse sentido, Palácio e Takenami (2020) apontam que o avanço da doença em nível mundial incentivou os governos a estimularem medidas de saúde pública como o isolamento, a quarentena, o distanciamento social e a redução no fluxo de pessoas e transportes. A adesão a tais medidas pela população, no entanto, perpassou por aspectos relacionados às crenças pessoais e a visão de mundo, motivados por fatores históricos, culturais e sociais, que irão determinar as escolhas dos indivíduos. Assim, a construção do cuidado não se restringe à realização de práticas institucionalizadas, mas revela-se como resultado de um processo de autorreflexão, em que os aspectos socioculturais se encontram em profunda articulação.

O segundo elemento mais evocado foi o *medo*, com frequência 26, demonstrando o impacto do aspecto afetivo diante da representação dos cuidados com a COVID-19. Neste estudo, o elemento abrange em seu contexto semântico os significados *medo*, *pavor* e *receio*. A presença deste elemento revela-se para os participantes um sentimento negativo gerado ao cuidar de pessoas infectadas pelo vírus.

Vale ressaltar que o medo é um mecanismo de defesa animal adaptável, fundamental para a sobrevivência, no qual envolve vários processos biológicos de preparação para uma resposta a eventos potencialmente ameaçadores, e neste contexto de pandemia, diversas reações emocionais e comportamentais foram geradas (ORNEEL et al., 2020).

Segundo Baltazar (2022) a pandemia trouxe diversas incertezas diante do medo do vírus, combinado com problemas financeiros, rotinas alteradas e agitação social. Tais dados corroboram com o estudo de COELHO (et al., 2021) sobre a análise estrutural das representações sociais sobre COVID-19, o medo também aparece como elemento central entre os enfermeiros assistenciais, um sentimento relacionado a possibilidade de infecção e agravamento da doença, frente a aqueles que encontram-se doentes e necessitam de cuidados no ambiente hospitalar ou domiciliar.

Cabe destacar, de acordo com Slomp (et al., 2022), este pode ser tratado como o medo de contaminar-se e contaminar o outro, podendo ser a própria família ou involuntariamente ajudar a propagar o vírus, além do medo da própria morte.

Podemos afirmar, que diante da evocação do elemento *medo*, o contexto da pandemia, além de agravar as questões de saúde já existentes, exacerbou também a ocorrência de sentimentos negativos, como a solidão, a frustração e a insegurança, desencadeando o aumento da incidência de adoecimento mental. Tais ocorrências tornam-se mais prevalentes diante da drástica mudança de rotina, com menor adesão à hábitos de vida saudáveis, do impacto trazido pelos altos índices de mortalidade e as perdas sociais, aumentando os sentimentos pessimistas, contribuindo com o aumento da percepção de medo (SANTOS; RODRIGUES, 2020). Assim,

os resultados expressam a importância da dimensão afetiva da RS do grupo analisado, bem como, na RS do cuidado de saúde à pessoa com COVID-19, o que sugere uma correlação entre elas.

O termo *amor* apresenta a terceira maior frequência do possível núcleo central, fazendo parte da dimensão afetiva do cuidado. Tal termo abarca as palavras e expressões *afeto, amor e prazer* e aponta para a percepção, por parte do grupo estudado, da necessidade de dedicação e estabelecimento de uma relação afetiva no contexto do cuidado à pessoa acometida pela COVID-19.

Em um estudo conduzido por Rodrigues, Lima e Roncalli (2008) acerca da RS do cuidado em saúde, o elemento amor apontou como constitutivo do núcleo central, apresentando maior destaque. Porém, os autores dialogam que o sentido atribuído pela maioria dos participantes foi de cunho superficial e mais afeito ao senso comum, nem sempre revelando uma real percepção da relevância da dimensão afetiva diante das práticas de cuidado realizadas. Por outro lado, Grudtner e colaboradores (2010) discutem acerca da impossibilidade de dissociação entre o cuidado e sua dimensão afetiva, destacando que o cuidado amoroso se efetiva como um cuidado exequível, prático, mas que não perdeu a delicadeza e o poder de transformar vidas, dessa forma, para os autores, o amor é representado no cuidado que valoriza e se doa ao outro.

Conforme Freitas (2022) no cuidado frente ao novo fenômeno da COVID-19, o sentimento de amor pode ser considerado como uma intervenção assertiva no combate à doença. Desta forma, podemos afirmar que mesmo diante do medo de se contaminar, o amor pelo próximo auxilia em todo o processo de cuidado.

Em continuidade a análise do quadro, o termo *higiene* apresenta a quarta maior frequência do núcleo central, mostrando-se como elemento importante na prevenção e proteção contra a doença, abrangendo o contexto semântico: *higiene, higiene-roupa e higienização*.

Em um estudo conduzido por Rodrigues e colaboradores (2021) que discutiu a relação entre busca de informações e práticas de higiene durante a pandemia da COVID-19, apontou que o período pandêmico ampliou a divulgação de orientações de educação sanitária, gerando mudanças importantes nos hábitos de higiene da população estudada. Dentre os participantes, as práticas de maior adesão foram à correta lavagem de mãos, a utilização de máscaras e a higienização de alimentos e objetos de uso contínuo, como o aparelho de celular.

Sebastião e Rodrigues (2022) em seu estudo acerca da higiene e a COVID-19, os hábitos de higiene indicaram maior adesão geral comparada as outras medidas durante a pandemia, e aliado com os estudos de Carraturo (et al., 2020) sobre a persistência de SARS- CoV-2 no

ambiente e risco, a frequência e a qualidade da higiene das mãos foram as mudanças mais perceptíveis na pandemia. No entanto, não se restringiu apenas a higienização das mãos, estendendo-se aos demais comportamentos para a proteção contra o vírus, como a troca de sapatos, lavagem de roupas e tomar banho após chegar em casa, vindo do ambiente externo.

O termo *máscara* apresenta a quinta maior frequência do possível núcleo central, fazendo parte da dimensão de prevenção. O uso de máscaras como principal estratégia de prevenção ao coronavírus foi recomendada pelo Ministério da Saúde. No estudo de Bispo (et al., 2022), sobre as Representações Sociais de professores acerca da COVID-19, a máscara apareceu na categoria denominada como profilaxia, sendo considerada modo de cuidado e prevenção, mostrando-se como elemento importante contra a doença.

Conforme Carraturo (et al., 2022) as medidas de prevenção requerem um elevado cuidado para exposição, principalmente ao número de máscaras utilizadas durante o dia, bem como, a qualidade delas. De acordo com os estudos de Silveira (et al., 2022) acerca do uso de máscaras durante a pandemia, este considera que a ampla utilização da máscara pode reduzir substancialmente a propagação de COVID-19, reforçando a importância da prevenção e da transmissão familiar ou domiciliar através de uso adequado.

O termo *precaução*, ocupa a sexta maior frequência do núcleo central, este abrange em seu contexto semântico a *cautela e precaução*. Cabe destacar, que no período da pandemia o cuidado e a cautela foram expressões muito utilizadas, desta forma, pode-se dizer que o termo precaução reafirma o elemento mais evocado do núcleo central *cuidado* e, assim, de acordo com os participantes, ao cuidar da pessoa com COVID-19 estes estão pensando no autocuidado.

De acordo com Farena (2021) a precaução é uma medida eficaz diante de uma doença infecciosa altamente transmissível, com riscos à saúde e a vida das pessoas, seja pela letalidade da doença, ou pela sobrecarga dos serviços de saúde.

Alinhado com os estudos de Oliveira, Lucas e Iquiapaza (2020) acerca da adoção de medidas de precaução, estes abordam que tais medidas são de extrema importância para controlar o surto de COVID-19, no qual a técnica correta de higiene das mãos, o uso de máscara e as medidas de higiene de superfície, que em conjunto evitam a disseminação do vírus, devem ser utilizados como a paramentação correta para assistência ao paciente suspeito ou portador da Covid-19, incluindo o uso de luvas, capote e avental, óculos de proteção, protetor facial, gorro e avental.

A primeira periferia, que integra o sistema periférico é composta pelo termo único isolamento-social (f=15; R=3,333). Esse elemento apresenta uma dimensão biomédica de prevenção. Cabe destacar, que a primeira periferia é composta por uma estratégia de

enfrentamento da COVID-19, sendo que o termo isolamento-social abarca os seguintes significados: *distância, distanciamento social, evitar aglomeração, evitar contato, isolamento social e separação*.

O isolamento social foi uma das primeiras medidas recomendadas pela Organização Mundial de saúde, em razão do aumento do número de casos de COVID-19, seguidas das recomendações para evitar aglomeração e a interrupção de determinados serviços e espaços públicos. Além dessa, o isolamento domiciliar também foi uma medida recomendada a população visando evitar a propagação do vírus.

Nesse contexto, Pereira e colaboradores (2020) apontam que indivíduos submetidos ao isolamento social estão mais suscetíveis a apresentar transtornos de saúde mental, devido à privação social, surgindo sintomas de sofrimento psíquico, em especial, o estresse, a ansiedade e a depressão.

Nesta perspectiva, afirma Xiong (2020), que durante a pandemia houve uma maior incidência dos quadros de ansiedade, depressão, angústia e preocupação em ser infectado pelo vírus. À vista disso, a evocação do termo *isolamento* também pode estar relacionada com o medo de infectar-se quando o cuidado está sendo realizado.

A segunda periferia é composta pelos seguintes termos: álcool em gel (f=14; R=3,143), orientação (f=14; R=3,071), ter-fé (f=11; R=3,545), distanciamento (f=10; R=3,600), ajuda (f=9; R=3,333), autocuidado (f= 9; R=3,222) e remédios (f=8; R= 3,500).

Cabe ressaltar também a presença do elemento *álcool-gel*, no qual revela uma medida de prevenção indicada na pandemia e abarca em seu contexto semântico as expressões: *álcool e álcool-gel*. Para os participantes do estudo, a utilização do álcool mostra-se como fator de prevenção para a propagação do vírus, bem como uma medida de proteção para evitar a contaminação durante os cuidados.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de DO BÚ (et al., 2020) sobre representações e ancoragens do novo coronavírus, que para os participantes do estudo, o álcool aparece no eixo de definição, disseminação e prevenção da COVID-19, sendo considerado também como um item de proteção.

Em consonância com os estudos de Sequinel (et al., 2020), álcool em gel foi uma das formas mais rápidas e utilizadas para a higienização das mãos e superfícies, sendo as mãos uma das principais vias de contágio ao tocar em superfícies e pessoas contaminadas, havendo a necessidade de serem higienizadas para evitar a disseminação do vírus. Diante disso, a higienização por meio da lavagem constante e de maneira correta com água e sabão e a utilização de desinfetantes a base de álcool foram as medidas mais recomendadas durante a

pandemia.

O elemento *orientação* abrange em seu contexto semântico as expressões: *conscientização, conversa, informação, orientação, orientação-médico*. Cabe destacar que o Ministério da saúde orientou a população desde o princípio para o controle da infecção e prevenção do coronavírus. Segundo Alves (2020) no período da pandemia faz-se necessário adaptar as orientações de prevenção do vírus conforme a realidade da população, visto que, o conhecimento principalmente no contexto familiar permite um maior potencial de cuidado e as orientações contribuem para o cuidado aos doentes.

Os participantes deste estudo apontaram a importância do cuidado à pessoa com coronavírus pautado em orientações e informações acerca do vírus e da doença. Diante deste aspecto, Garcia e Duarte (2020) apontam o fenômeno da “infodemia”, a partir do qual ocorre um aumento na circulação de informações relacionadas a um assunto específico, situação que pode promover a propagação também de rumores e desinformação. Nesse sentido, os autores destacam que o excesso de informações, muitas vezes conflitantes, torna-se difícil encontrar aquelas verdadeiramente úteis para orientar os indivíduos, ocasionando na dificuldade da tomada de decisões diante da necessidade de realização do cuidado com a saúde, especialmente quando não há tempo hábil para avaliar as evidências disponíveis.

O terceiro termo presente na segunda periferia foi *ter-fé*, no contexto semântico apresenta: *Deus, fé, fé-em-Deus, milagre, rezar e salvação*. Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Castro, Alves e Araújo (2020) onde o termo fé aparece na segunda periferia e de acordo com o mesmo essa pode ser uma estratégia de enfrentamento diante dos sentimentos negativos causado pelo período de isolamento social.

Acerca da evocação do referido elemento, considera-se que a religiosidade e a espiritualidade ocupam um lugar central na vida de grande parte da população mundial, configurando-se como um fator determinante nos modos como as pessoas interpretam e compreendem a si mesmas, ao mundo à sua volta e promovendo relações afetivas e interações sociais que os auxiliam na construção de sentidos. Em situações de calamidades, a exemplo da pandemia do coronavírus, intensifica-se as buscas espirituais e religiosas capazes de trazer conforto em meio à contextos de crise.

Nesse sentido, a religiosidade e a espiritualidade apresentam-se como dimensões importantes, guiando os sujeitos e a coletividade em suas ações diante da pandemia, do distanciamento social e os auxiliam no enfrentamento de situações adversas, como o adoecimento e o luto (COSTA; XIMENES; DUTRA, 2022).

O quarto termo presente na segunda periferia, é *ajuda*, sendo um ato solidário que em

meio ao contexto pandêmico revelou-se expressivo frente às vulnerabilidades. Contudo, a pandemia permitiu que os indivíduos fossem vistos não como uma fonte de apoio, mas como uma fonte de risco, nomeadamente no que toca a contextos que implicam uma maior proximidade física. Frente ao ocorrido, muitas mobilizações com inúmeras ações para que a pandemia fosse suportável (ORGILÉS, 2020).

Conforme Cambi (2020), a pandemia trouxe à tona os melhores e os piores sentimentos das pessoas. No entanto, uma nova forma de amar foi descoberta, e diante de tempos tão difíceis revelou-se necessário os gestos de solidariedade e ajuda ao próximo, sendo eles um elemento fundamental no combate a COVID-19.

O quinto termo com maior destaque, foi o *autocuidado*, no qual abrange em seu contexto semântico: *autocuidado, cuidado-de-si, estar-bem-para-cuidar, exercitar*. Este destaca-se pela importância das atitudes que proporcionam o bem-estar das pessoas que exercem o cuidado, apesar dos desafios do dia a dia.

Corroborando com os estudos de Fischer, Cunha e Burda (2021) sobre autocuidado e bioética ambiental, as práticas de autocuidado foram apresentadas pelos participantes, como um fator positivo decorrentes do distanciamento social, que oportunizou mais tempo para o autoconhecimento, a autorreflexão e a autoproteção, sendo esta uma responsabilidade coletiva e uma conduta ética e respeitosa entre a coletividade, estando essa condicionada ao autoconhecimento e ao envolvimento com todos os processos inseridos na aquisição, remediação e prevenção de agravos à saúde.

Por fim, o último termo presente na segunda periferia, foi *remédios*, que diante do cenário pandêmico que se encontrava o mundo, o padrão de consumo foi alarmante, destacando o seu aumento, em razão do tratamento precoce.

Segundo Melo (2021), em seu estudo acerca da automedicação e uso indiscriminado de medicamentos na pandemia, a população de forma coletiva fez o uso irracional e irresponsável de medicamentos, sob a justificativa dos benefícios do “tratamento precoce” ou “kit-Covid”, que ressaltasse, não existem evidências científicas para o combate ao vírus, entre eles, a hidroxicloroquina ou cloroquina, associada à azitromicina, à ivermectina e à nitazoxanida, além dos suplementos de zinco e das vitaminas C e D.

Na zona de contraste estão presentes os termos com baixa frequência e baixa OME, ou seja, os termos menos evocados pelos participantes, são eles: prevenção (f=13; R=2,462), carinho (f=11; R=2,818), isolamento (f=11; R=2,000), ansiedade-angústia (f=9; R=2,667), proteção (f=8; R=2,500), solidariedade (f= 8; R=2,375), coragem (f=7; R=2,857) e empatia (f=7; R=2,857).

A zona de contraste é composta por elementos que fazem parte da dimensão biomédica, da dimensão de cuidado relacional e da dimensão afetiva, que abrange os seguintes termos: *prevenção, carinho, isolamento, ansiedade-angústia, proteção, solidariedade, coragem e empatia*.

Os termos *prevenção, isolamento e proteção* expressam o cuidado na sua dimensão biomédica. Já os termos *carinho, solidariedade, coragem e empatia* são elementos que expressam uma dimensão de cuidado relacional. E o termo *ansiedade-angústia*, faz parte da dimensão afetiva da COVID-19, reafirmando a dimensão afetiva negativa evidenciada ao longo da pandemia. Desta forma compreende-se que a zona de contraste reafirma o núcleo central e as periferias.

O termo *prevenção* abrange em seu contexto semântico: *prevenção, prevenir, sapatos-fora-de-casa*. De acordo com o estudo de Soares (et al., 2020) acerca das medidas de prevenção e controle da COVID-19, quando adotadas e desenvolvidas mediante embasamento científico, podem contribuir para a contenção viral e a consequente redução de casos, evitando o colapso no sistema de saúde.

O *carinho* foi o segundo termo com maior evocação na zona de contraste, comprovando a importância da dimensão de cuidado relacional no período da pandemia, destacando que o carinho é uma demonstração de afeto ao cuidar de uma pessoa com COVID-19, visto que, necessita de sentimentos positivos frente a uma doença que gerou grandes impactos sociais. De acordo com Moraes-Filho (et al., 2021) as mudanças durante a pandemia podem ser explicadas devido ao estreitamento social ocasionados por conta do carinho, da preocupação, da fraternidade, do humor, da saudade, da amizade ou, pela solidariedade de todas as pessoas que passam pelo a mesma dificuldade, ocasionado pelo medo do contágio.

Em consonância com os estudos de Rodrigues, Lima e Roncalli (2020) acerca da RS do cuidado na saúde, o carinho deve ser demonstrado durante o cuidado com o doente.

O termo *isolamento* foi o terceiro evocado da zona de contraste. Conforme DOU (2020), houve a necessidade dos indivíduos com suspeita do vírus e sintomáticos permanecerem em isolamento, como meio de diminuir a progressão e disseminação do vírus, gerando o controle e nas menores taxas de morbidade e mortalidade. Assim, diante dos milhares casos de contaminações e óbitos, o isolamento revelou-se medida de extrema importância, na medida que os cuidados da pessoa com COVID-19, aumentam o risco de contaminação.

O termo *ansiedade-angústia* também aparece na zona de contraste, que abrange *agitada, ansiedade e angústia*. A evocação do termo reflete uma dimensão afetiva negativa do cuidado da pessoa infectada, diante de diversos impactos ocorridos na vida das pessoas. Segundo

Moraes filho (2021), o período pandêmico ocasionou sentimentos críticos para a população, sendo o medo uma reação instintiva que contribuiu para o aumento da ansiedade e da angústia. Acrescenta o autor, que os sentimentos mais frequentemente informados pelos profissionais de saúde foram: o medo (n=121), a ansiedade (n=91) e a tristeza (n=74), seguidos por angústia (n=53) e insegurança (n=36).

O termo *proteção* também aparece na zona de contraste, abrange os termos medidas de proteção. De acordo com Silva (et al., 2020), diante da emergência das medidas alternativas e seguras para proteção à exposição foram recomendadas o uso de máscaras de tecido como proteção respiratória e principalmente a distância da pessoa infectada.

O termo *solidariedade* também aparece na zona de contraste, e este abrange em seu contexto, *apoio-familiar, compaixão, companhia, solidariedade, união e vizinhos*, ao passo que o termo *empatia* também é apontado pelo grupo em análise, abrangendo a *aproximação, compreensão, empatia, humanidade e respeito*.

Conforme Melo (et al., 2021) sobre o que os brasileiros pensam da pandemia, o termo solidariedade aparece na terceira classe relacionada às repercussões positiva da COVID-19, e que mesmo diante da tensão e crise, várias iniciativas de solidariedade e empatia foram observadas (por exemplo, ajudar pessoas de grupos de risco a fazer compras, exibir um ícone de arco-íris na vitrine, aplaudir profissionais de saúde). O mesmo autor destaca que as ações solidárias realizadas individual e coletivamente ajudam as pessoas a lidar com o impacto da COVID-19 e o fortalecimento das redes de apoio, tanto no atendimento coletivo e individual, quanto em todas as mobilizações grupais, melhora o bem-estar, e ajuda a superar o momento difícil com uma experiência coletiva, mesmo que as pessoas estejam fisicamente isoladas.

Por fim o termo *coragem* também aparece na zona de contraste, este abrange *coragem, destemido, força, não tenho medo, perseverança*. De acordo com Almeida (2022), aponta que é preciso ter coragem para enfrentar a emergência nacional de saúde pública e à crise sanitária que o país vive. E para enfrentar essa pandemia, mais do que nunca precisamos da participação de todos, comprometendo com a defesa da vida e manter a esperança. E alinhado com estudo de Teixeira (etal.,2020), no qual, afirma que para enfrentar a pandemia é preciso ter coragem e esperança.

De acordo com Gomes (et al., 2020) o cuidado com a pessoa com COVID-19 é constituído de atitudes, comportamentos e ações que concretizam o cuidado com as pessoas, que define e o encontro entre duas pessoas que requer afetividade. Tais atitudes melhoram o bem-estar e renovam a esperança em um momento tão necessário.

Sendo assim, os elementos reforçam o provável núcleo central, que embora sejam os

termos menos expressivos na zona de contraste, são condições necessárias para a concretização dos elementos que expressam a preocupação com a coletividade e o autocuidado. Assim, os termos utilizados que compõem a RS analisada, refletem na conscientização dos participantes para a importância da adoção de práticas que promovem o cuidado e a prevenção com a saúde.

### 3.2.3 Conteúdos da representação social da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus a partir dos dados discursivos

Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir os resultados que emergiram da análise de conteúdo temática das entrevistas. As discussões elaboradas são alicerçadas nas percepções dos participantes e tratam das diferentes temáticas apanhadas deste acervo de dados.

Conforme já descrito no capítulo anterior, as unidades de registro, depreendidas dos discursos dos participantes nas entrevistas foram agrupadas de acordo com suas aproximações e semelhanças, formando os temas. Estes, por sua vez, respondendo às questões norteadoras deste estudo, deram origem à sete categorias (APÊNDICE D), as quais, a ordem de discussão obedece a um raciocínio lógico indutivo, que parte do entendimento de vertentes mais simplificadas do objeto para a discussão das características mais complexas e subjetivas.

Foram analisadas 30 entrevistas, sendo identificadas 2705 URs, distribuídas em 211 temas. Este conjunto deu origem a 7 categorias, que expressam as dimensões e as percepções frente COVID-19 e ao cuidado à pessoa com coronavírus.

Desta forma, inicialmente serão apresentadas as categorias empíricas, derivadas do entendimento das falas dos participantes, sendo elas:

- categoria 1: Dimensão do cuidado de si e do outro frente a COVID-19;
- categoria 2: Dimensão da Informação sobre a COVID-19;
- categoria 3: Dimensão conceitual da COVID-19;
- categoria 4: Dimensão afetivo-attitudinal da COVID-19;
- categoria 5: Dimensão político-governamental e socio-estrutural da pandemia de COVID-19;
- categoria 6: Dimensão da organização dos serviços de saúde na pandemia de COVID-19;
- Categoria 7: Percepções sobre a vacina contra o coronavírus.

Em seguida, serão discutidas as categorias descritas acima, buscando resgatar a percepção dos participantes sobre a COVID-19 e o cuidado à pessoa com coronavírus. A discussão

sequencial e ordenada dessas categorias permite compreender o conhecimento da população frente a esse novo fenômeno que trouxe diversas mudanças sociais, políticas e de saúde, entre outras que emergiram das falas dos participantes. Após a discussão desses elementos mais objetivos, torna-se necessária a compreensão das nuances subjetivas do objeto, que dizem respeito aos valores, percepções e sentimentos, manifestados pelos participantes inseridos no contexto de pandemia.

### **Categoria 1 -Dimensão do cuidado de si e do outro frente à COVID-19**

Os conteúdos representacionais do cuidado de si e do outro frente à COVID-19 podem ser evidenciados nos discursos dos participantes, com 755 aparições, representando 28,63 % do total de UR, sendo a maior categoria derivada da análise, o que denota a relevância do cuidado para o grupo.

O contexto da pandemia de COVID-19 fez com que fossem elaboradas e publicadas diversas recomendações relativas aos cuidados, visando direcionar, apoiar e, principalmente, orientar a população. Essas destacaram-se como um motivador para a adoção de adaptações da vida cotidiana, a partir das novas necessidades de autoproteção e de proteção do outro.

Desta forma, esta categoria abrange temas que se referem às modalidades de cuidado de si e do outro frente à COVID-19, nesta os participantes destacaram as seguintes falas: fiquei em isolamento , usar máscara, sempre tomando cuidado com a COVID-19, higienizava tudo, distanciamento, lavar as mãos, ficar de quarentena, cuidar da pessoa com COVID-19, lavar roupa, evitar aglomeração, não uso máscara, me prevenir, tomou medicamento como prevenção, não fiquei em isolamento, fiquei em casa em isolamento , lavar alimentos, seguir protocolo, me proteger, afastou dos familiares, cuidado em casa, fazer atividade física, não tenho cuidado, higiene dos talheres, cuidado com a máscara, usar luva, deixar roupa fora de casa, arejar o ambiente, fez isolamento com os familiares, cuidado é importante, cuidado foi bom, separar objeto, isolamento forma de proteção, retorno com o uso da máscara, EPI, máscara como proteção, limpar casa, repouso, precaução, não me protegi e sem acesso à higiene.

Seguem alguns exemplos de UR típicas desta categoria, sendo que as modalidades de cuidado estão destacadas em negrito:

Eu sempre tive bastante cuidado com a **higienização** (E018).

Primeiro eu tive o cuidado de me informar, e depois eu tive os cuidados de usar máscara, passar álcool em gel. Dentro de casa a gente se cuidou bastante, todo mundo usou máscara. Limpou quando fazia compras limpava as coisas (E028).

E a gente precisa **se cuidar**, começar a ver a questão da **higiene**, importantíssimo (E023).

Foi difícil, foi, mas realmente a gente tem que **cuidar da gente** pra depois poder **cuidar deles**. **Máscara, álcool em gel, higiene** inclusive na parte de **talheres, de pratos, copos descartáveis**, tudo isso (E020).

Uso **álcool em gel, uso a máscara**, procuro não ficar em lugar muito aglomerado, entendeu? Procuro **não ficar muito aglomerado** (E008).

De acordo com Machado (2021) para cuidar do outro é necessário assumir a responsabilidade de cuidar de si, uma vez que se necessita de um conjunto de atitudes e práticas a fim de gerar resultados conscientes, saudáveis visto a qualidade de vida de quem cuida e de quem é cuidado. O cuidado de si sempre foi considerado importante, porém diante do momento pandêmico, tornou-se fundamental para a própria sobrevivência.

Nas UR apresentadas abaixo os participantes referem os cuidados de si e com o outro frente a COVID-19, sendo o cuidado um elemento fundamental que agrega medidas como o uso de máscaras, a higiene das mãos com água e sabão, o uso de álcool gel, o isolamento de casos confirmados da doença e o distanciamento entre as pessoas.

Seguem alguns exemplos de UR:

Manter um certo **distanciamento**, logo no início tive que manter a minha mãe dentro de casa, minha filha não ficar tão exposta **evitando me expor** um pouco, **cuidado com máscara, higienizando as mãos, roupas e os alimentos comprados no mercado**, acho que o básico. Então é ter cuidado **de não encostar nas pessoas** e sempre **máscara** apesar de sempre ter usado máscara, **cuidado com a roupa**, de início tinha aquele cuidado **de trocar o sapato** e não entrar com ele em casa, **higienizar** (E 014).

O **isolamento**, já que a pessoa tá com COVID-19, ela tem que se isolar. **Evitar ter esses contatos, evitar transitar** em lugares com pessoas que não usam máscara (E023).

É **evitar aglomeração, evitar festas**, um número grande de pessoas, é evitar [...] a **máscara importantíssima**, principalmente em lugar fechado. Eu descarto e depois coloco outra limpa, e chamo atenção de todo mundo que chega sem máscara. É as pessoas que têm síndrome gripal, eu oriento muito as mães e as crianças. Enfim, é o **álcool em gel**, tudo isso. **O álcool em gel, a máscara, evitar aglomeração, festas**. Que mais? Higiene, muita higiene (E020).

Acerca do cuidado, Leonardo Boff (2005) aponta que ele possui uma dimensão ontológica, estando presente na própria constituição do ser humano e determinando a estrutura de suas práticas. Para o autor, a prática de cuidado humaniza e traz sentido a tudo o que o ser humano empreende, projeta e faz, uma vez que revela uma vertente de desvelo e de doação direcionada ao outro. Dado o exposto, o cuidado, por sua própria natureza, inclui como

significações básicas a atitude de desvelo, solicitude e atenção para com o outro associada a uma inquietação ou preocupação pelo outro, posto que o sujeito se sente envolvido ou afetivamente ligado a ele (BOFF, 2005).

No contexto da pandemia da COVID-19, as incertezas e o medo acarretados pela nova doença despertaram sentimentos de proteção direcionados não somente a si mesmo, mas ao outro. Neste sentido, cabe destacar que o cuidado com a pessoa infectada promove qualidade de vida e, principalmente, promove a recuperação da saúde. Conforme Pimentel (et al., 2020) a análise das taxas de incidência e de letalidade reforçam a importância dos cuidados de higiene, os quais se revelam como a medida mais eficaz para evitar que novas infecções aconteçam, seguido da diminuição das aglomerações de pessoas.

Os achados deste estudo corroboram com a publicação de Rocha e colaboradores (2021), posto que estes mencionam que para o seu grupo estudado o isolamento domiciliar deve ser conduzido com uma rígida rotina de higienização de ambientes, em conjunto com medidas auxiliares, tais como o uso constante de máscaras, ampla ventilação e seleção de um único membro da família como cuidador, associadas ao cumprimento de medidas de distanciamento social para evitar o contágio da população.

Seguem alguns exemplos de UR:

Eu não poderia trabalhar, então eu tive que **ficar em casa sem trabalhar**, eu me **isolar devido ao grupo de risco**, aí eu tive que ficar parada. Isso foi muito mal, isso foi muito mal, **ficar dentro de casa**, parada (E020).

O cuidado, **máscara, higienização das mãos, evitar ambientes fechados** por conta da circulação de ar, manter os ambientes mais arejados (E014).

Eu cuido lá **dentro da minha casa, cuido e preservo** (E025).

Na ausência de tratamentos eficazes, a melhor maneira de lidar com a pandemia foi a prevenção, com objetivo de controlar as fontes de infecção e a transmissão. Para os indivíduos, as medidas de proteção, incluindo a melhoria da higiene pessoal e de alimentos, o uso de máscaras cirúrgicas, a utilização de álcool 70% para desinfecção de sujidades das mãos, o descanso adequado e manutenção de ambientes bem ventilados, podem efetivamente prevenir a infecção por COVID-19 (GUAN et al., 2020).

Observa-se, nesta categoria, que o cuidado de si e do outro apresenta-se com sobrepostos e afeitos ao ambiente, à pessoa e ao entorno social. As modalidades de cuidado são consensuais e associadas às recomendações técnicas realizadas pelas instituições de saúde. A OMS recomendou como medida de enfrentamento ao coronavírus a lavagem das mãos com

frequência, usando sabão e água ou um gel à base de álcool; manter uma distância segura de qualquer pessoa que esteja tossindo ou espirrando; evitar tocar nos olhos, no nariz ou na boca; quando tossir ou espirrar, cobrir o nariz e a boca com o cotovelo dobrado ou um tecido; seguir as instruções de sua autoridade de saúde local. Além desses, recomendou também o uso de máscaras em público para ajudar a impedir a propagação e contaminação por coronavírus (WHO,2020). O MS recomenda que as pessoas com sintomas respiratórios utilizem máscaras de proteção facial e evitem locais fechados e com aglomerações de pessoas, assim como reforçou as medidas recomendadas pelo ministério da saúde.

Assim, observa-se que as práticas de cuidado referidas e, provavelmente desenvolvidas, foram coerentes com o conhecimento científico do momento, mesmo em um ambiente social de contestação dessas medidas por alguns grupos sociais e por lideranças políticas no Brasil.

## **Categoria 2- Dimensão da informação sobre a COVID-19**

Os conteúdos representacionais da informação COVID-19 podem ser evidenciados nos discursos dos participantes, com 236 aparições, representando 8,95 % do total de UR. Nela são destacadas a necessidade de conscientização da população, a falta de informação e conhecimento, as dúvidas e a mídia como disseminadora de informações sobre a COVID-19.

Nesta categoria discute-se as informações veiculadas durante o período da pandemia, em conformidade com as percepções dos participantes. Afirmando que os participantes não possuem conhecimentos nem informações sobre a COVID-19 e até mesmo que muitas informações erradas foram disseminadas através das *Fake News*. De acordo com estes, a conscientização da população se faz necessária.

Desta forma, esta categoria abrange temas que se referem às informações sobre a COVID-19, onde os participantes relatam: sintomas de COVID-19, conscientizar a população, muita gente desinformada, informação por meio da mídia, teve contato com COVID-19, pessoas não acreditavam na doença, pessoas não tinham conhecimento, precisou ficar hospitalizada, COVID-19 sofreu várias mutações, não teve contato com COVID-19, dúvidas, pessoas não tem conhecimento, pegou nas pessoas com baixa imunidade, aprender a conviver com a COVID-19, *Fake News*, não aceita orientação, deveria ter estudado mais a COVID-19, nunca vi uma pandemia, precisou ficar hospitalizada, insônia, COVID-19 vai acontecer novamente.

Salienta-se que esta categoria não foi tão rica em termos quantitativos de repetição dos elementos destacados do material produzido a partir das entrevistas com os participantes, tal como ocorreu na categoria anterior. Mas os dados aqui agrupados se mostraram importantes,

em termos qualitativos, revelando uma nuance peculiar da temática, que permitiu compreender o pensamento crítico e reflexivo da população acerca das informações sobre a COVID-19, assim, uma discussão didaticamente pontuada através desta categoria de análise.

Seguem alguns exemplos para caracterizar o exposto. As modalidades de informação estão destacadas em negrito:

Eu acho que muito é **falta de informação**. Acho que é **falta de informação, falta de conhecimento**, que é um problema que a gente já tem (E006).

Não haver **nenhum tipo de conhecimento** sobre a doença, das pessoas não terem **nenhum tipo de conhecimento** de como lidar com a doença, de como você contraía aquela doença (E019).

Segundo Teixeira, Tsigaris e Erfanmanesh (2020), diante do cenário pandêmico foi necessária a publicação de diversas informações confiáveis e isso trouxe uma completa mudança na vida da população. Corroborando com o estudo de Martinez-Silveira (2020) que menciona a mudança causada pela pandemia, pelo novo coronavírus, produzindo uma série de desafios para o campo da informação e comunicação científica. Pois a exigência por respostas rápidas demandou da comunidade científica o desenvolvimento de novas estratégias e ferramentas para a construção de conhecimentos.

Nas UR apresentadas abaixo os participantes mencionam as informações falsas divulgadas no período de pandemia, o que se revela muito grave, uma vez que a informação se revela como um elemento fundamental, que agrega conhecimento à população de extrema importância para o cuidado durante a pandemia de COVID-19.

Seguem alguns exemplos de UR:

Falta de ar terrível, como **vi na televisão** apavorante, eu por exemplo tenho fobia, colocar o troço na cabeça eu fico agitado (E027).

**As informações** que emitiam e as **informações controversias** e **o jornal** sempre falando sobre isso, mais a gente não saber eu **busquei (informações)** foram boas, mas quando falo das **informações**, quando fiquei em casa, se falavam muito das mortes, e isso causa mais ansiedade, nem é uma crítica, mas **a quantidade de informações na televisão deixava a gente mais ansioso**. Não quero criticar as **informações**, mas é complicado (E028).

A análise do material produzido revelou a disseminação da *Fake News* como um obstáculo, uma vez que fez com que a população ficasse sem informações confiáveis sobre a COVID-19 e isso gerou diversas dúvidas, além de sentimentos negativos, o que acarretou um impacto nas formas de cuidado durante esse período, principalmente no que diz respeito ao cuidado com a pessoa com COVID-19, posto que a falta de conhecimento implica diretamente

na qualidade do cuidado consigo e com o outro.

Conforme Moreira et al. (2020) as pessoas, que ficaram em residências, e na maior parte do tempo ficaram na internet voltados para a busca de entretenimento e informação mais especificamente nas redes sociais (WhatsApp, Facebook e Instagram outros) tiveram maior impacto no nível de conhecimento da população, sendo que em tempos de crise pandêmica as informações acerca do combate da doença foram disseminadas com alta velocidade, por isso a importância da disseminação de informação correta para o combate à doença. Desta forma, a informação e a comunicação com a população e a imprensa revelaram-se como estratégias fundamentais para o enfrentamento da COVID-19.

Seguem alguns exemplos de UR:

Na COVID-19 especialmente eu percebi isso , que as pessoas [...] **é uma coisa nova de duvidar de tudo** , de tudo, **das informações** que vem, **muita gente sabia demais sobre vacina** e quando ia vê a gente vê que ela sabe porque leu uma **notícia falsa no WhatsApp**, leu **uma notícia falsa no Facebook**, então isso disseminou muito, você vê muitas pessoas pensavam igual, falavam as mesmas coisas erradas a respeito (E007).

A gente ficou meio perdido porque a população em si, não sabia como era a doença, e **várias formas de desinformações** que foram chegando com o tempo e a gente ficou nessas de ter que se isolar e ninguém sabia o porquê daquilo (E011).

De acordo com Zarocostas (2020) a desinformação dificulta a chegada de orientações confiáveis para a população de modo geral, podendo acarretar sentimentos como ansiedade, depressão, sobrecarga, exaustão fazendo com que as mesmas fiquem incapazes de realizar cuidados importantes, além de afetar os processos de tomada de decisões com o mesmo. Diante disso podemos afirmar que a busca por conhecimento científico sobre o vírus Sars- Cov-2 e sobre a COVID - 19 são de extrema importância a vista de que fornecem o alicerce para que a população atenda às medidas sanitárias de contenção à disseminação viral (LIMA et al., 2020).

Observa-se, nesta categoria, que as informações divulgadas no período da pandemia e os meios de divulgações vêm participando do processo de construção social da COVID-19 e na constituição do conhecimento social sobre a doença. Assim, observa-se que as informações referidas interferem nas práticas realizadas de acordo com o conhecimento científico do momento.

### **Categoria 3 - Dimensão conceitual da COVID-19**

Os conteúdos representacionais da dimensão conceitual da COVID-19 podem ser evidenciados nos discursos dos participantes, com 202 aparições, representando 7,66 % do total

de UR.

Nesta categoria, faz-se a análise dos dados referentes aos aspectos conceituais que permeiam o conhecimento dos participantes frente a COVID-19 que são externados pelos participantes por meio de suas percepções e sentimentos manifestos na vivência dessa experiência durante a pandemia.

Desta forma, esta categoria abrange temas que se referem à dimensão conceitual da COVID-19, onde os participantes relatam morte de pessoas saudáveis, muitas mortes, COVID-19 é uma doença inventada em laboratório, COVID-19 é horrível, COVID-19 atrapalhou, COVID-19 é um ensinamento, COVID-19 é uma doença séria, colocava no saco preto para enterrar, COVID-19 é um vírus que veio da china, COVID-19 é uma doença contagiosa, COVID-19 é de origem animal, perigosa para o grupo de risco, COVID-19 era mortal, não perdi pessoas com COVID-19, morte de idosos, COVID-19 é uma praga, COVID-19 é uma tristeza, COVID-19 aumentou a obesidade, COVID-19 veio para destruir, COVID-19 pior que outras doenças como câncer e ist, COVID-19 é um merecimento, COVID-19 é perigosa, COVID-19 doença diferente, COVID-19 é uma doença que surgiu no âmbito social , morte de pessoas jovens, COVID-19 é uma doença fatal, COVID-19 foi um caos.

Seguem alguns exemplos de UR típicas desta categoria. Os aspectos conceituais estão destacados em negrito:

Ficou um desencontro de informações. Então pra mim assim, no meu conceito, **é um vírus que passa do animal pro humano**, ou **um vírus que foi criado em laboratório** e deixado escapar. Esses são os 2 conceitos que eu tenho (E021).

Eu vejo assim, como **uma doença contagiosa** que vai depender de cada pessoa, de cada momento e não depende tanto de como pensava se for novo e saudável, não vai ter problema nenhum, não é mesmo assim, as coisas não funcionam desta maneira, então é **uma coisa muito imprevisível** (E007).

Segundo Andrade (2008), saber o grau de conhecimento da população sobre um determinado assunto é fundamental para guiar ações governamentais e estabelecer estratégias de divulgação de informação. Uma população bem instruída a respeito de uma doença torna-se menos vulnerável às suas consequências.

Cabe destacar que o alto potencial de contágio, a incidência e a transmissão generalizada da COVID-19, além das informações confiáveis ou mesmo falsas sobre fatores relacionados à transmissão do vírus, o período de incubação, seu alcance geográfico, o número de infectados e a taxa de mortalidade real levaram à insegurança e ao medo na população (ORNELL et al., 2020).

Seguem alguns exemplos de UR:

A COVID-19 foi uma doença que não apareceu, ela foi estudada, ela foi projetada. Causou um pouco de terror, uma pandemia que dizimou muita gente (E014).

É muita tristeza. Mortes, percas de vida. É uma doença muito ruim, a pandemia. Levou muita gente embora. Não sei quantos milhões morreram no país (E015).

Nas UR apresentadas acima os participantes referem a COVID-19 como uma doença inventada em laboratório, doença contagiosa, doença horrível, como pode ser observado nas falas dos mesmos, portanto o conhecimento destes se mostra expressivo em tal dimensão.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Rocha et.al (2021) em que os entrevistados apontaram que o vírus teria surgido a partir de mutações existentes em vírus que infectam outros animais, como também apontaram ser um vírus criado em laboratório.

Cabe destacar que neste estudo, que apesar da COVID-19 aparecer como uma doença horrível, que atrapalhou, doença séria, um merecimento para a população e para os governantes. Esta também se revelou sob o aspecto positivo, posto que os participantes a consideraram também como um ensinamento.

**A COVID-19 pra mim foi um ensinamento** muito grande de valorização maior pela vida, por cada dia (E019).

Acho que a **COVID-19 foi um merecimento**. A **COVID é um merecimento** também dos governos que ao invés de fazer um governo faz outro. Das pessoas, dos políticos para mostrar que o apoio das pessoas ajuda o outro. Eu penso que **ela é um merecimento** (E025).

**A COVID-19 é uma tristeza, uma dor, tudo de ruim** e eu não vejo a hora disso tudo acabar e voltar a vida ao normal (E017).

O insuficiente conhecimento científico sobre o novo coronavírus, sua disseminação e a capacidade de provocar morte, geraram muitas incertezas na população e a disseminação de informações corretas seria uma das melhores formas a serem utilizadas visando o enfrentamento da epidemia em diferentes partes do mundo (WERNECK; CARVALHO, 2020).

Observa-se nesta categoria, grande influência de informações equivocadas e incorretas que acarretaram muitas dúvidas e diferentes concepções sobre a COVID-19. Assim, observa-se que as atitudes e as práticas a partir das concepções formadas sobre o vírus, geram impacto direto na acreditação da doença pela população e por consequência no cuidado e prevenção da doença.

#### **Categoria 4- Dimensão afetivo-attitudinal da COVID-19**

Os conteúdos representacionais da dimensão afetiva e atitudinal da COVID-19 podem ser evidenciados nos discursos dos participantes, com 567 aparições, representando 21,50 % do total de UR.

Nesta categoria, discute-se os sentimentos negativos e positivos relacionados a COVID-19. Durante o período pandêmico diversas foram as dificuldades seja nas esferas políticas, sociais, econômicas e educacionais, com isso diversos sentimentos e emoções foram mobilizadas.

Desta forma, esta categoria abrange temas referentes aos sentimentos e atitudes, onde os participantes relatam o medo de pegar COVID-19, tristeza, muito ruim ficar em isolamento, isolamento foi horrível, visão positiva do isolamento, isolamento foi bom, o isolamento afastou as pessoas, ansiedade, preocupação com a COVID-19, esperança que melhore, tranquilidade para lidar com a pandemia, psicológico afetado, pessoas não respeitavam, sofrimento com a pandemia, isolamento atrapalhou, respeito com o próximo, medo da morte, ter respeito pelo próximo, máscara representa dor e sofrimento, sentimento de prisão com o isolamento, isolamento é uma prisão, medo de acontecer algo, frustração, depressão, ter fé em Deus, medo de pegar na família, incomodo com a máscara, cismada com a COVID-19, enfrentar a COVID-19, desespero, terror, medo de sair, angústia, pânico, empatia, nervoso, insegurança, foi difícil ficar em isolamento, foi difícil, isolamento causou ansiedade, isolamento causou ansiedade, impotência, não teve medo da COVID-19, medo de ir ao trabalho, pavor, alívio, alma, amor, raiva, atenção, medo de ser hospitalizada, culpa por transmitir COVID-19, saudade, pensar no próximo, medo do isolamento, medo de ficar desempregado, resiliência, receio, medo de dormir, medo do futuro, felicidade ao acordar, discriminação, isolamento é importante.

Há também as atitudes frente a esta dimensão, como a percepção positiva e negativa das medidas de prevenção recomendada pela OMS, os participantes abordaram que o isolamento social foi horrível, mas também que foi bom, o uso de máscara como representação de dor e sofrimento, entre outros.

Seguem alguns exemplos de UR típicas desta categoria. As modalidades de afetivo-atitudinal estão destacadas em negrito:

Têm que ter mais **empatia, respeito**, ser mais humano (E017).

O sentimento que eu tenho de **esperança** (E006).

Todo dia era um **alívio** quando eu abria os olhos. Eu tinha **medo de dormir**. E quando eu abria os olhos pra mim era **uma grande felicidade**, acordar, ter uma nova oportunidade da vida. **Então a COVID-19 pra mim foi um ensinamento muito grande de valorização maior pela vida, por cada dia** (E19).

**Máscara ela pode representar o medo**, o medo das pessoas, a máscara representa o medo, **representa o sofrimento, representa a dor, representa a insegurança** (E022).

Conforme Sousa et al. (2020), as notícias e os momentos vivenciados pela população evidenciaram sentimentos na população diante dos acessos que tiveram frente a propagação do vírus e isso implicou em mudanças no cotidiano e nas interações na pandemia. É possível inferir que o sentimento existe, porém em alguns contextos, o sentimento de medo prevalece durante o cuidado principalmente no que diz respeito ao medo da morte.

Conforme Wallace et al. (2020) os sentimentos de medo e ansiedade decorrentes da pandemia antecipam as preocupações e incertezas pessoais sobre as possibilidades futuras e acometimento de familiares, produzindo a sensação do denominado luto antecipatório.

Nas UR apresentadas abaixo os participantes referem os sentimentos negativos que tiveram na pandemia, cabe destacar que os mesmos abordam a felicidade como um sentimento positivo de valorização da vida e a COVID-19 como um ensinamento.

Seguem alguns exemplos de UR:

**Muita tristeza**, eu só pedia a Deus pra passar. Mas uma coisa **muito triste** de você se vê isolada, **uma prisão** sem você ter cometido um crime, eu achava que era uma prisão sem a gente não ter feito nada para estar lá (E27).

Fiquei com **medo da morte**, porque já que **estão morrendo tantas pessoas** por causa do COVID-19, eu confesso pra você que eu tinha assim, **medo**. Cheguei a ficar com **ansiedade, eu sentia ansiedade**, fiquei **muito ansiosa** (E008).

**Tanta gente morreu**, tanta gente **sofreu**, mas vamos ver. A gente nunca perde a **esperança** (E20).

Conforme Meneghel et al. (2022) as perdas massivas alteraram as expectativas relacionadas ao futuro, acarretando o medo principalmente da própria morte ou de pessoas próximas. Segundo os autores este sentimento deve ser desafiado para que a felicidade ocorra mesmo que temporária.

**Sentimentos de medo** de perder um ente querido e me protegi. Deixou **medo uma experiência de medo** assim (E002).

Eu ficava com **medo, aterrorizado de pegar** a COVID-19, sabe aquele **medo de sair** de casa e **poder morrer**, era **pavoroso** pensar na possibilidade de **ir ao mercado e poder morrer** (E30).

Willrich (2022) em seu estudo aborda que o medo de contrair a doença e de se infectar causam respostas emocionais à pandemia como: angústia, ansiedade, frustração, solidão, raiva, tédio, depressão, estresse entre outros que geram comportamentos inadequados. Diante disso, o governo produziu instabilidades e incertezas que influenciaram na produção de ansiedade,

medo da contaminação, medo da morte entre outros.

Observa-se, nesta categoria, diversos sentimentos negativos frente a pandemia da COVID-19, o que demonstra que as práticas de cuidado desenvolvidas foram coerentes com os sentimentos, o que contribuiu para o impacto negativo na saúde mental e no estilo de vida da população. Em contrapartida, sentimentos positivos foram relatados como esperança de dias melhores.

### **Categoria 5- Dimensão político-governamental e sócio estrutural da pandemia de COVID-19**

Os conteúdos representacionais da informação COVID-19 podem ser evidenciados nos discursos dos participantes, com 296 aparições, representando 11,22 % do total de UR. Nela são destacadas a necessidade de conscientização da população, a falta de informação e conhecimento, as dúvidas e a mídia como disseminadora de informações sobre a COVID-19.

Nesta categoria, discutem-se os pontos positivos e negativos relacionados ao governo durante a pandemia de COVID-19 em que durante a mesma houve negacionismo por parte do governo brasileiro fazendo com que medidas mais drásticas fossem tomadas.

Desta forma, esta abrange temas referentes aos sentimentos e atitudes, onde os participantes relatam o mal posicionamento do governo, negligência política, governo negou a vacina, falta de recursos na pandemia, demora para vacinação, fechamento do comércio, outros países conduziram melhor que o Brasil, morreu pela falta de vacina, fala do presidente prejudicou, governo foi culpado pelas mortes, bom posicionamento do governo, descaso por parte do governo, COVID-19 quebrou a economia, problemas financeiro, briga entre governador e presidente, não teve política pública, pandemia trouxe impacto, governo não poderia indicar uso de medicamento, ônibus superlotados, superfaturamento, presidente desrespeitou as vidas perdidas, morte por falta de oxigênio, falta de álcool em gel no hospital, falta de álcool no comércio, presidente não usava máscara, insônia, pessoas fizeram estoque de alimento.

Cabe destacar que no Brasil, vivenciamos discursos contraditórios sendo proposto e efetivado pelos estados, mas atacado constantemente pelo governo central, que defendia os interesses econômicos em detrimento da defesa da vida.

Seguem alguns exemplos de UR típicas desta categoria. As modalidades governamentais e socio estrutural estão destacadas em negrito:

Um problema muito sério que tivemos foi a **briga de governador com o presidente da República**, é uma guerra que pra mim não tem lado certo, os dois estão errados, **os governadores de birra com o governo federal e o governo federal de birra com os governadores** e isso foi uma coisa que **atrapalhou demais [...] declarações bizarras do presidente da República**, imitando até gente doente em rede nacional (E012).

O governo deveria ter agido mais **enviado mais verbas aos hospitais** e os postos do que foi entregue porque a partir do momento que não conseguimos cobrir o número de pacientes **muita gente acabou morrendo por causa de recursos**, é uma prova que **o governo agiu errado com a saúde** (E012).

Muita **pouca responsabilidade** que o presidente não está tendo. Não tá tendo recurso pra nada (E013).

Era um momento perfeito para enviar mais **recursos para hospitais, transporte de saúde**, não tinha momento melhor para aumentar o gasto com a localidade, o tratamento tinha que ser ostensivo com alguns pontos, postos e hospitais (E012).

Foi bem **negligente**, principalmente pelo presente que não demonstrou, não informou direito o povo e muita gente acreditou nele, **não usou máscara, não se cuidou**. Por isso eu o acho como um dos principais **culpados por grande parte das mortes** que teve por causa da COVID-19 (E028).

Conforme Fernandes e Pinheiro (2021), durante a COVID-19 a indicação de medicamentos sem eficácia, a difusão de informações equivocadas sobre tipo e risco de vacinas, além das orientações hospitalares duvidosas, por parte de instituições e representantes governamentais, favoreceram a construção de desinformações que deram consistência e propiciaram a absorção de um discurso negacionista, com o estabelecimento de conflitos, que geraram o comprometimento das medidas de controle da pandemia.

Seguem alguns exemplos de UR:

Muita **pouca responsabilidade** que o presidente não está tendo. **Não tá tendo recurso** pra nada (E013).

A gente foi vendo que o próprio governo **atrapalhou muito** o desenvolvimento, o procedimento que **podia ter feito mais** (E011).

**Foi péssimo. Retardou as vacinas, promoveu o negacionismo.** É um absurdo, um absurdo. E as pessoas ainda defendem, então. É porque tá muito claro. Pena que as pessoas têm memória curta, mas tá muito claro que ele **negou**, que ele **negou** o tempo inteiro, e por conta disso quase **700 mil pessoas morreram**. Poderiam ter sido metade, poderia ter sido um número menor (E021).

Segundo o mesmo a desinformação e a negação, produzidas em massa por parte da imprensa e da internet, contra as medidas sanitárias indicadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), encobriram interesses econômicos e particulares, sustentaram uma narrativa que utilizava, principalmente, a liberdade de expressão como base de produção crítica à formulação científica (FERNANDES E PINHEIRO, 2021).

Abordaram também quanto ao impacto do fechamento das empresas e comércios que não atuam em atividades essenciais, como medida preventiva ao COVID-19.

A gente tem muito **medo do comércio ficar fechado** por muito tempo, a única renda que a gente tem vem de lá (E009).

**Fechamos lá a oficina**, quer dizer, ficou uma semana fechada **sem poder trabalhar** (E015).

**Impactou, o comércio tudo fechado. Impactou mais na saúde e no trabalho** mesmo. Os comércios não podiam funcionar, só por delivery, e foi isso mesmo (E018).

Frente aos discursos dos participantes podemos afirmar que para eles o posicionamento do governo atrapalhou o bom desenvolvimento de políticas públicas na pandemia que ocasionou diversas mortes e com isso tivemos um maior impacto em um período de tempo mais curto.

Corroborando com Travassos (2020) a população brasileira está de luto pelos óbitos que poderiam ter sido evitados por parte do governo que omitiu a pandemia e assumiu uma postura negacionista, se omitindo em relação às suas responsabilidades, adotando atitudes enganosas e com desinformadas com a população.

Observa-se, nesta categoria, que o posicionamento do governo brasileiro se apresenta como um entrave no enfrentamento da pandemia de COVID-19. Assim observa-se que a maior parte da população seguiu as recomendações do Ministério da Saúde e repudiou os atos do presidente da república durante a pandemia de COVID-19.

### **Categoria 6- Dimensão da organização dos serviços de saúde na pandemia de COVID-19**

Os conteúdos representacionais da organização dos serviços de saúde na pandemia de COVID-19 podem ser evidenciados nos discursos dos participantes, com 263 aparições, representando 9,97 % do total de UR. Nesta categoria, discute-se a percepção da população frente a organização dos serviços de saúde no contexto da pandemia que, por se tratar de uma doença desconhecida, trouxe consigo diversos desafios principalmente para os serviços de saúde.

Desta forma, esta abrange temas referentes aos sentimentos e atitudes, onde os participantes relatam: que os profissionais de saúde atuaram, hoje a pandemia melhorou muito, visão positiva do serviço de saúde, demora no diagnóstico da COVID-19, problemas no hospital, profissionais atenderam bem, falta material no SUS, visão negativa do serviço de saúde, falta de estrutura no SUS, abertura de postos de saúde, SUS foi bom, médicos

negligentes, não trabalhava no isolamento, pegou COVID-19 no isolamento, superlotação no hospital, morreram muitos profissionais da saúde, falta de álcool em gel no hospital, secretário de saúde fez orientações, COVID-19 gerou empregos para profissionais, hoje os profissionais estão mais tranquilos.

Seguem alguns exemplos de UR típicas desta categoria. As percepções do sistema de saúde estão destacadas em negrito:

**A saúde no Brasil é extremamente ruim** e não diretamente culpa das pessoas que trabalham e estão na linha de frente, e é **mal organizado** o sistema de saúde é muito fácil vê hospital **faltando oxigênio** aparato enfermeiros trabalharem e temos 5 bilhões para campanha e **não temos dinheiro** para comprar oxigênio e aparato que médicos e enfermeiros trabalharem. Na minha visão os profissionais fizeram o que podiam com o que tinham e o nosso **sistema de saúde se virou com o que pode** (E001).

**O serviço de saúde foi fundamental para combater a COVID-19**, mostra os tratamentos, os atendimentos foram feitos (E018).

O serviço de saúde eu acho que eles foram bons de acordo com que o governo foi liberando informações, a vacina, modos de evitar, de contágio, atendeu bem e ficou em alerta e procurando em como atender e proteger essas pessoas. Atendeu bem, cuidou bem das pessoas que tinham COVID-19 (E029).

O serviço de saúde **foi essencial** mais por conta da **negligência política**, eu acho que fez com que ele não funcionasse, mais rápido. As coisas **demoram muito** e isso não por culpa dos médicos e enfermeiros, mas porque **não tem verba. Demoro para ter os testes de COVID-19** (E024).

Conforme Travassos (2020) a pandemia fez com que os sistemas de saúde passassem, de um momento para o outro, a ter de lidar com uma demanda crescente, em alguns casos extremamente alta.

Conforme Ezekiel et al.(2020) o curso incerto acerca da doença, pode causar dano suficiente para sobrecarregar a infraestrutura de serviços de saúde, criando demandas extraordinárias e sustentadas nos sistemas de saúde e nos prestadores de serviços.

Cabe destacar que durante a pandemia de COVID-19 os serviços de saúde enfrentam diversas dificuldades, como a superlotação dos hospitais, infraestrutura defasada, falta de profissionais e os participantes abordaram em suas falas a demora para o diagnóstico, problemas no hospital, falta de materiais e estrutura, entre outros desafios que o serviço de saúde teve durante a pandemia.

Seguem alguns exemplos de UR:

Acredito que foi uma **dificuldade** em ter local pra atender as pessoas, quando as pessoas ficaram muito mal sem conseguir respirar e ter **oxigênio** pra todos [E018].

A falta de oxigênio, tudo eles deixaram a desejar, onde se viu morreu por falta de

oxigênio no hospital[E024].

**Abriam mais leitos** de cá, leitos de lá, mas isso são poucos que tava indo, aí desmanchou dizendo que não precisava mais, morreu. Quando volto mais pesado, **morreu mais gente porque já não tinha mais leito** [E024].

Conforme Campos e Canabrava (2020) a pandemia da COVID-19 trouxe à tona as contradições da oferta de serviços de saúde tanto públicos como privados. E apesar do subfinanciamento crônico no setor público, os gestores conseguiram ampliar emergencialmente e de forma muito expressiva, as estruturas assistenciais necessárias, como tem sido o caso dos leitos de UTI. Diante disso, o atendimento dos casos de COVID-19 em uma rede de serviços com graves distorções na alocação geográfica dos recursos assistenciais, inclusive de leitos de UTI, causou um enorme tensionamento no sistema.

Diante disso, podemos afirmar que para os participantes da pesquisa durante a pandemia de COVID-19 o serviço de saúde no que pode resolver, fez isso da melhor forma, vale ressaltar que tivemos muitos problemas que dificultou o acesso e assistência de qualidade.

### **Categoria 7 - Percepção frente a vacina contra o coronavírus**

Os conteúdos representacionais da informação COVID-19 podem ser evidenciados nos discursos dos participantes, com 318 aparições, representando 12,06 % do total de UR. Nela são destacadas a necessidade de conscientização da população, a falta de informação e conhecimento, as dúvidas e a mídia como disseminadora de informações sobre a COVID-19.

Nesta categoria, discutem-se a percepção da população frente a vacina contra o coronavírus, cabe considerar que a vacina foi de uso obrigatório, sendo recomendadas pela OMS, e esta gerou muitos sentimentos positivos e negativos em toda população.

Desta forma, esta abrange temas referentes aos sentimentos e atitudes, onde os participantes relatam: *tomei a vacina contra COVID-19, insegurança com a vacina, vacina é eficaz, pegou COVID-19 vacinado, não queria tomar a vacina, vacina é boa, vacina reduziu as mortes, vacina é importante, reação vacinal, medo da vacina, vacina é proteção, discordo com a vacina contra a COVID-19, felicidade com a vacina, discordo com a vacina, não acredito na vacina efeito adverso da vacina.*

Pode-se observar então nesta categoria a visão positiva da vacina como as expressões a vacina é boa, redução das morte com a vacina, felicidade com a vacina, entre outros, mas observamos também uma percepção negativa com a insegurança com a vacina, não queria tomar a vacina, medo da vacina entre outros, em que desde o início do enfrentamento da pandemia no Brasil, como um dos pilares na estratégia de combate ao vírus Sars-CoV-2, a

Fiocruz tem feito parte das diversas frentes nacionais e internacionais de busca pela vacina.

Frente a isso pode-se observar a percepção da população estudada sobre a vacina contra a COVID-19, onde estes apontam a redução do quantitativo de casos, os mesmos falam a respeito dos benefícios e os sentimentos positivos com a mesma, mesmo havendo demora para iniciar a vacinação no país, a vacina aparece como salvação.

Seguem alguns exemplos de UR típicas desta categoria. As percepções frente a vacina estão destacadas em negrito:

Eu fiquei **feliz**. Eu **acreditei**, quer dizer acreditei, é como eu te falei. Fiquei um pouquinho com **o pé atrás**. Será que essa vacina vai ajudar? Porque tanta gente se foi, tanta gente morreu, tanta gente sofreu, mas vamos ver. A gente nunca perde a **esperança**, né. Então veio a vacina, depois veio a segunda, e assim foi indo (E020).

De acordo com um estudo realizado pela Fiocruz (2022) a maioria dos brasileiros têm percepções e atitudes positivas sobre vacinação em particular, em torno dos imunizantes contra a COVID-19, que consideram seguros, eficazes e importantes para proteger a saúde pública e acabar com a pandemia.

Seguem alguns exemplos de UR:

A **vacina é comprovada**, são números, desde que ela foi colocada pra gente, **o índice de morte abaixou muito** e a gente **reduziu drasticamente o número de mortes** por causa da vacinação (E012).

Mas acho que **demoraram um pouquinho** pra chegar aqui a vacinação, e quando chegou também **trouxo um efeito positivo** (E018).

A COVID-19 já está **controlada por causa da vacina**, está **matando pouca gente**, a omicron que se propagação era rápida era uma versão mais fraca da doença, o índice de **morte era baixíssimo** e isso prova que a vacina foi fundamental e hoje em dia é uma doença que tá aí mais a gente mantendo a vacinação não vai ter mais **aquele problema de chegar no índice de morte tão alto** como já teve antes (E012).

É você aceitar a vacinação, ter esclarecimento, entendimento que a vacina **salva** e com bastante **esperança** que ela chegue as crianças o mais rápido possível para estarem prevenidas também. a vacina foi uma **grande descoberta**, um avanço da inteligência do homem, assim brilhante, salvou muitas vidas (E003).

Foi muito importante pra gente, no primeiro momento, foi muito **importante a vacina** para a gente se **imunizar** pela questão da pandemia e da questão emergencial. **Muitas mortes foram evitadas** deveriam ter sido milhares de mortes a mais (E030).

A vacinação confere o benefício direto da prevenção de doenças mais os benefícios indiretos, incluindo a proteção da comunidade, porém a forma e o tempo de fabricação e as diversas informações transmitidas durante o período da pandemia causou diversos sentimentos negativos na população.

Seguem alguns exemplos de UR:

Eu fico com **receio** quanto a isso, a quantidade de vacina, porque ela foi feita em pouco tempo. Foi **ótima** no primeiro momento? Foi **ótima**, a gente **salvou bastante vida**, só que eu acho que está sendo um período muito curto de intervalo entre uma dose e outra (E030).

Então, a vacina **foi feita muito rápido**. Num prazo de um ano. Uma vacina pra gente **ter o mínimo de garantia ela demora** pelo menos uns 6 anos pra ficar pronta. E eu acho que ela **é eficiente** sim, ela **protege** com certeza, porque a gente sozinha não vai conseguir se proteger do vírus, porém eu tenho **muito medo dos efeitos futuro** (E006).

E no momento que a vacina chegou, foi um momento que eu tive um pouquinho de **medo**. A vacina foi **feita às pressas**, aí ninguém **confiava muito** na vacina, mas foi também um momento muito bom porque a gente tinha uma **segurança** maior, que a **vacina diminuiu bastante os casos de COVID-19** (E018).

Diante disso, pode-se afirmar que durante a pandemia de COVID-19 diversos sentimentos afloraram quando ocorreu a liberação da vacina contra COVID-19, vale ressaltar que se observou muitos problemas para a liberação da mesma, o que acarretou sentimentos negativos nos participantes.

Assim, o conjunto dos elementos que compõem a categorização analisada parece refletir a conscientização dos participantes em relação à importância da adoção de práticas de saúde para a promoção do cuidado de saúde, o que demonstra, ainda, uma preocupação com o cuidado de si próprio e o cuidado do outro.

Discutem-se ainda as informações veiculadas durante o período da pandemia, onde estes demonstram não possuírem conhecimentos nem informações concretas sobre a COVID-19, além disso, o conhecimento frente a COVID-19 que são externados por meio de suas percepções e sentimentos manifestos na vivência dessa experiência durante a pandemia, onde estes discutem-se os sentimentos negativos e positivos e as dificuldades nas esferas políticas, sociais, econômicas e educacionais.

Discutem-se também os pontos positivos e negativos relacionados ao governo, a percepção da população frente a organização dos serviços de saúde no contexto da pandemia, e a percepção da população frente a vacina contra. Cabe considerar que a representação social da COVID-19 e do cuidado a pessoa com COVID-19 para a população é de extrema importância para demonstrar seu conhecimento e como este impacta nas práticas.

### 3.3 Relações estabelecidas entre as representações sociais da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus e a práticas de cuidado desenvolvidas

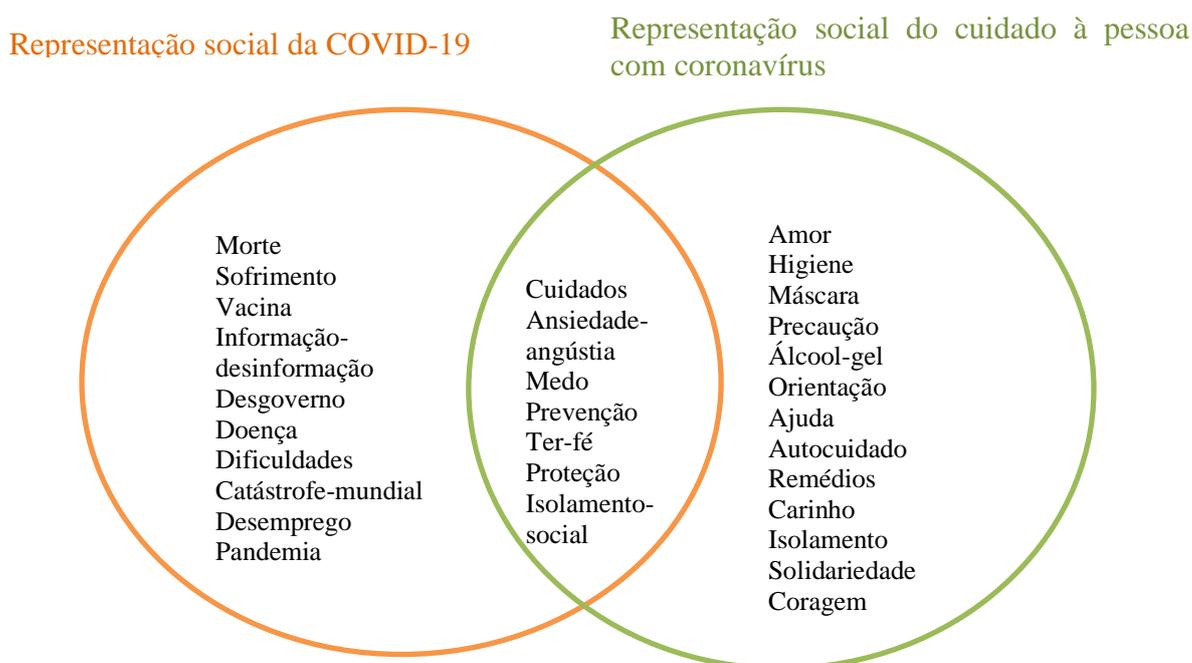
Neste capítulo serão apresentadas algumas possibilidades interpretativas dos achados deste estudo, tendo como base a teoria das representações sociais, nas perspectivas estrutural e processual, bem como as proposições teóricas sobre a COVID-19 e o cuidado à pessoa com coronavírus.

Os termos encontrados nos dois quadros de quatro casas foram os seguintes: cuidados, medo, ansiedade-angústia, prevenção, isolamento-social, proteção e ter-fé. Bem como as ações presentes nas falas dos participantes estão relacionadas a tais representações.

Busca-se nesse capítulo, portanto, estabelecer um diálogo entre os termos evocados na representação social da COVID-19 e na Representação social do cuidado à pessoa com coronavírus, abrindo-se espaço para a voz dos participantes, ratificando esta intrínseca relação.

A Figura 1 apresenta os elementos comuns às duas representações tanto da COVID-19, quanto do cuidado à pessoa com coronavírus nos dois quadros de quatro casas.

Figura1- Comparação dos quadros de quatro casas da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

A Figura 2 apresenta as dimensões comuns as duas representações tanto da COVID-19, quanto do cuidado à pessoa com coronavírus nos dois quadros de quatro casas.

Figura 2- Comparação das dimensões dos quadros de quatro casas da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus. Rio de Janeiro, 2023.



Fonte: A autora, 2023.

No cenário pandêmico, mudanças drásticas ocorreram na vida de milhares de pessoas. Muitas foram as informações e desinformações disseminadas entre a população ocasionando diversas perspectivas e sentimentos sobre a pandemia na mesma. Frente a isso, cabe destacar os sentimentos negativos relacionados a pandemia, tais como o sofrimento, medo e a ansiedade-angústia estando estes atrelados as dificuldades, ao desemprego e a visão das pessoas ao considerar a COVID-19 como uma catástrofe mundial conforme os termos presentes nos quadrantes.

Vale ressaltar, neste estudo que o termo *medo* aparece em ambos os quadros de quatro casas, tanto da representação social da COVID-19, quanto na representação social do cuidado à pessoa com coronavírus, em que na análise processual os participantes relatam o medo de morrer, o medo de pegar e o medo de sair de casa. Assim relata o participante E002:

Sentimentos de medo de perder um ente querido e me protegi. Me protegi assim ficando em casa e não tendo contato com outras pessoas. Deixou medo uma experiência de medo assim. Medo assim da minha mãe e meus parentes pegar COVID-19 pela idade avançada (E002).

Neste relato verifica-se o elemento medo presente de maneira marcante, contudo pode-se observar que este está diretamente relacionado a elementos bastante evocados no que se refere a cuidar da pessoa com COVID-19 e as práticas sociais, são eles: proteção e prevenção.

Nesta fala o participante relata que o medo da morte não se revela como medo de morrer

e sim de causar a morte de pessoas queridas, o que gerou a necessidade de tomar medidas de prevenção, principalmente no que se refere ao contato com as pessoas idosas.

Contudo, também há relatos do medo da própria morte como expõe o participante E030:

Antes ficava com medo, aterrorizado de pegar a COVID-19, sabe aquele medo de sair de casa e poder morrer, era pavoroso pensar na possibilidade de ir ao mercado e poder morrer (E030).

Conforme o estudo de Crepaldi (2020), a pandemia acarretou mortes em massa em um curto espaço de tempo. Diante disso, impôs diversos desafios onde muitas pessoas em iminência de morte ficaram isoladas sem possibilidade de interação social ocasionando diversas repercussões psicossociais.

A população, diante do medo de vivenciar algo nunca visto, teve a saúde mental afetada, o que gerou o sentimento negativo relacionado a uma ameaça futura, aumentando os níveis de ansiedade e angústia.

Neste estudo, observa-se, portanto, o termo *ansiedade-angústia* que também apareceu nos quadrantes de ambos os quadros de quatro casas. Ambos numa perspectiva negativa no que tange ao medo de morrer por COVID-19. Pode-se observar na fala do entrevistado E008:

Medo de ser hospitalizada, fiquei com medo da morte, porque já que estão morrendo tantas pessoas por causa do COVID-19, eu confesso pra você que eu tinha assim, medo. Cheguei a ficar com ansiedade, eu sentia ansiedade, fiquei muito ansiosa (E008).

Nesta fala o participante relata que a ansiedade foi gerada pelo medo da morte e medo de ir ao hospital devido ao quantitativo de mortes. Todavia, também há relatos do sentimento de angústia relacionado ao medo pegar a COVID-19 o que levou aos mesmo a tomar as medidas recomendadas para evitar a transmissão. Assim relata o participante E004:

Ah um sentimento horrível que ia pegar, uma sensação muito angustiante. Olha eu fiquei me resguardando para não pegar a doença (E004).

Entretanto, além dos sentimentos negativos há uma outra perspectiva presente neste estudo. Apesar do medo gerado pelo quantitativo de mortes, bem como a ansiedade-angústia ocasionada no período da pandemia, a população passou também a criar sentimentos positivos, principalmente no que diz respeito a cuidar de uma pessoa com coronavírus, estes relatam ter coragem, empatia, solidariedade e vontade de ajudar.

Cabe destacar que estes sentimentos levaram a população a acreditar que a pandemia iria passar, que as pessoas iriam melhorar e até mesmo se curar da COVID-19. Isso pode ser

evidenciado uma vez que o termo *ter-fé* está presente em ambos os quadrantes, mesmo com o expressivo quantitativo de mortes, a população acreditava e tinha fé em Deus para enfrentar a pandemia como podemos observar no relato E025:

Eu acredito no espírito santo e nas coisas de Deus, aí vem minha vontade de enfrentar, enfrentar o mal (E025).

As informações transmitidas pela mídia e o desgoverno também foram responsáveis por gerar na população um sentimento negativo, porém a espiritualidade e a religiosidade se contraporam a esta ideia uma vez que, geraram na população um sentimento positivo, trazendo a esperança de que tudo iria passar o que gerou um impacto positivo nas práticas de cuidado. Como podemos observar no relato do participante E020:

Presenciei através de reportagens, da televisão, e as pessoas perdendo pessoas queridas, que se foram de repente. Isso me deu muita tristeza. Pedi a Deus forças e que isso acabasse (E020).

Conforme o estudo de Costa et. al (2021), situações como a pandemia de COVID-19 intensificam a busca pela espiritualidade e pela religiosidade como uma dimensão importante que guia as ações das pessoas diante do cenário pandêmico e os auxiliam no enfrentamento de diversas situações, tais como o adoecimento e o luto.

Mesmo diante do medo e da ansiedade as pessoas mantinham a crença que tudo iria passar e melhorar. Desta forma realizavam as medidas de *prevenção, precaução e isolamento-social* em que ambos os termos foram evocados nos dois quadrantes sendo destacadas as medidas tais como: uso de máscara, álcool-gel, remédios, isolamento, higiene e vacina como podemos observas nas falas dos participante E003 e E024:

A fase do isolamento eu procurei ter os cuidados não saia de casa, com eu trabalho na área da educação a gente ficou em casa, então eu mantive toda a higiene possível, usei máscara, todos os cuidados que foram passados eu procurei atender todos (E003).

Foi fundamental no início nada pandemia, eu fiz, minha família também e acho que foi importante para que muita gente não se contaminasse, mas também ele foi conta o isolamento social e isso foi o motivo para que muitas pessoas se contaminam (E003).

De acordo com a análise processual do estudo os participantes relatam sempre ter tido cuidado com a COVID-19, fazendo o uso da máscara, realizando o isolamento, a lavagem das mãos, da roupa, dos alimentos comprados no mercado, uso de luvas, troca de roupa ao chegar em casa. Os mesmos relataram que as medidas de cuidado se revelam de extrema importância

para evitar a COVID-19 como podemos observar no relato do entrevistado E003:

A fase do isolamento eu procurei ter os cuidados não saia de casa, com eu trabalho na área da educação a gente ficou em casa, então eu mantive toda a higiene possível, usei máscara, todos os cuidados que foram passados eu procurei atender todos (E003).

De acordo com o estudo de Oliveira, Lucas e Iquiapaza (2020), a COVID-19 instituiu medidas essenciais para prevenção e enfrentamento e neste estudo o isolamento se mostrou suficiente para o controle e eficaz no que diz respeito a baixa transmissão.

As medidas de isolamento social por si só, não são suficientes para controle dos surtos, sendo necessário também as medidas de precaução e prevenção. Desta forma, a população foi orientada sobre a importância da técnica correta de higiene das mãos, uso de máscara e medidas de higiene de superfície que evitam em conjunto a disseminação do vírus. Isto pode ser observado na fala do participante E024:

As precauções ainda não tinham nem tanto, era o uso da máscara, o uso do álcool em gel, álcool 70, tomar banho ao chegar em casa, botar a roupa pro lado de fora, se puder lavar a roupa e trocar ao sair no outro dia ou no mesmo dia, e algumas coisas de materiais é, que comprava na rua, tudo que comprava na rua tinha que passar o álcool, pra limpar, higienizar, açúcar, refrigerante, suco, pacote de arroz, biscoito. Tudo que pudesse ser higienizado e esterilizado dentro de casa esterilizava. Chave a precaução em geral em tudo (E024).

Cabe ressaltar, que neste estudo o termo *isolamento-social, prevenção e proteção* pode estar relacionado à ausência de vacina no início da pandemia, em que ações rigorosas de saúde pública foram impostas a fim de impedir a propagação do vírus.

O termo *isolamento-social*, está associado ao distanciamento em que as pessoas ficavam em casa durante o período da pandemia, como uma medida de preventiva da COVID-19, como também ao cuidar de uma pessoa com coronavírus onde os contactantes e os contaminados precisavam ficar restritos em seu domicílio.

De acordo com os participantes deste estudo o isolamento social foi uma prática de cuidado fundamental para reduzir a contaminação, como pode ser observado na fala do participante E028:

o isolamento social foi fundamental no início nada pandemia, eu fiz, minha família também e acho que foi importante para que muita gente não se contaminasse, mas também ele foi conta o isolamento social e isso foi o motivo para que muitas pessoas se contaminam (E028).

Destaca-se que diversos sentimentos negativos tal como a ansiedade, presente nos dois quadros de quatro casas estão relacionados ao isolamento social como relata o mesmo

participante:

Foi ruim também dá muita ansiedade e ficar dentro de casa junto com as informações que emitiam e as informações controversas e o jornal sempre falando sobre isso, mais a gente não saber e ficar dentro de casa causa muita ansiedade(E028).

Corroborando com o estudo de Rolim et al. (2020), no que diz ao isolamento e/ou distanciamento social recomendado pelas autoridades de saúde, embora seja a melhor estratégia de prevenção da contaminação da doença trouxe também ansiedade.

Desta forma, podemos destacar que a pandemia imprimiu novas normas para viver, impôs o isolamento social, visando a diminuição da transmissão do vírus.

Resultado semelhante foi encontrado no estudo de Palácio e Takemani (2020), onde o cuidado, no contexto da pandemia causada pelo coronavírus, é percebido como uma medida não somente de prevenção para o avanço do vírus, como também de combate à doença, da qual inclui prevenção, proteção, promoção, reabilitação, cuidados paliativos e não apenas a cura de doenças. Em que há a necessidade do envolvimento do coletivo e não apenas do individual nas práticas de cuidado.

Neste sentido, com base nos resultados do presente estudo, foi possível observar que o cuidado na pandemia de COVID-19 caracteriza-se como um objeto social presente no cotidiano da população, o que possibilitou a construção de representações sociais a seu respeito. A representação do cuidado parece ter se ancorado na vivência prática dos participantes.

Tais aspectos traduzem a importância dos processos de ancoragem e objetivação para o caráter mais funcional da representação do cuidado, devido à proximidade do grupo com o objeto representado.

De acordo com o estudo realizado por Possa et al. (2020), em decorrência da COVID-19, o cuidado da população, às ações de saúde foram essenciais, em especial, as medidas sociais e de saúde coletiva que visaram a redução da transmissão e o controle de surtos, que possibilitaram a oferta de cuidados, visando evitar a sobrecarga dos serviços e minimizar a mortalidade decorrente da COVID-19.

Diante disso, neste estudo observa-se que os significados afeitos aos cuidados são compartilhados pelas duas representações, tanto da COVID-19, quanto do cuidado à pessoa com coronavírus. Em que, o termo *cuidado* apresenta uma elevada frequência no núcleo central na RS da COVID-19 e também, na RS do cuidado à pessoa com coronavírus, revelando a importância do cuidado durante a pandemia.

Os elementos constituintes da representação do cuidado indicam as dimensões

pragmática e preventiva, confirmando um caráter mais funcional da representação pelo grupo estudado. Neste sentido, o cuidado vivenciado, quando comparado com o cuidado prestado com caráter marcadamente negativo e positivo, percebe-se que o posicionamento do grupo estudado é semelhante. Observou-se que a organização do cuidado referida pelos participantes se deu, a partir da caracterização epidemiológica da doença e do modelo de atenção à saúde desenvolvido no país, com foco em ações preventivas e de autocuidado.

## CONCLUSÃO

A COVID-19 é uma doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 ou novo coronavírus, que produziu diversas repercussões ao longo do período de pandemia, não apenas biomédicas e epidemiológicas, mas também mudanças na vida cotidiana de toda a sociedade, além de impactos sociais, econômicos, políticos, culturais e históricos. Esta teve enorme impacto nos indicadores de saúde do Brasil e do mundo, com alta taxa de mortalidade. Ademais diversos vieses no que tange à possibilidade de tratamento, o cuidado de saúde e a vacinação se revelaram como as melhores formas de combate.

Nesse cenário, a aproximação e a melhor compreensão da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus, a partir do grupo de pessoas comuns da sociedade, coloca-se como um objeto de estudo relevante para área da saúde, tendo em vista que poderá contribuir para a estruturação dos cuidados de saúde, através das necessidades de saúde identificadas.

Nesta dissertação foi possível identificar diversos conteúdos e dimensões que compõem as RS tanto da COVID-19, como do cuidado à pessoa com coronavírus no município do Médio Paraíba do estado do Rio de Janeiro. Dentre estes conteúdos, destacam-se elementos afeitos às atitudes, conhecimentos, sentimentos e imagens.

Foi utilizada a abordagem estrutural das RS, que se mostrou pertinente para a apreensão da rede de significados estruturada sobre a COVID-19 e o cuidado à pessoa com coronavírus. No que se refere ao primeiro objetivo do estudo, relativo a análise da RS da COVID-19, constatou-se que essa RS foi construída tendo como elementos centrais sentimentos negativos de sofrimento e de ansiedade-angústia frente a morte, configurando uma dimensão afetiva; os cuidados, expressando uma dimensão de cuidado; e vacina, revelando uma atitude positiva frente à prevenção da COVID-19, demonstrando que a doença impactou a vida das pessoas, resultando em sentimentos negativos vivenciados.

Os participantes do estudo declararam conhecer as formas de cuidado e prevenção, o que foi evidenciado também no possível núcleo central da RS da COVID-19. Quanto aos conteúdos representacionais observados nas entrevistas, identificou-se a referência às formas de prevenção e cuidado de saúde, tendo em vista também a prevenção e diversos sentimentos evidenciados na pandemia, porém as formas de cuidado de si frente a COVID-19 não foram relatadas, tendo foco, sobretudo, no cuidado com o outro.

Nessa perspectiva, a representação da COVID-19 consiste na realização de cuidados de saúde direcionados para a prevenção, especialmente voltados a não se infectar com o vírus.

Acredita-se que pelo fato de a maioria dos participantes ter relatado sentimentos negativos frente à doença, pode-se afirmar que a COVID-19 causou um grande impacto na vida das pessoas, o que gerou uma maior necessidade de cuidados no que tange à saúde mental.

A morte foi uma expressão muito presente na fala dos participantes, demonstrando que a pandemia causou grande impacto na população, visto que a maioria das pessoas perderam entes queridos, exigindo manter-se sob controle para continuar vivendo.

Os elementos periféricos estão relacionados às dimensões afetiva, de prevenção e enfrentamento, de educação em saúde, política e religiosa, revelando a preocupação não somente com a própria saúde, mas também com o outro. A dimensão educativa aponta a importância de as informações serem transmitidas corretamente associada a uma política para o enfrentamento da pandemia.

Em relação à zona de contraste, observaram-se conteúdos relacionados às dimensões da COVID-19 como doença, a dimensão de prevenção, aparecendo uma nova dimensão social e de destruição da vida. Observa-se que os elementos presentes na zona de contraste reforçam o provável núcleo central, e, também, a primeira periferia, uma vez que abrangem termos relacionados à prevenção da COVID-19 e a destruição da vida que ocorreram durante o momento pandêmico.

No que se refere ao segundo objetivo de analisar a RS do cuidado à pessoa com coronavírus, observou-se que ela é estruturada a partir de elementos relativos às formas de cuidado e aos sentimentos relacionados ao cuidar da pessoa com COVID-19. Estes elementos compõem as dimensões do cuidado de si e do outro, e expressam conteúdos positivos relacionados ao cuidado de saúde que os participantes consideram mais importantes para a manutenção da saúde. A importância do cuidado apresenta-se como o conhecimento e a clareza do grupo estudado a respeito das medidas de prevenção e contenção do novo coronavírus, o que demonstra o controle dos hábitos de vida e que o cuidado está incorporado na rotina diária das pessoas durante a pandemia. Além disso, reforça a recomendação do Ministério da Saúde para a prevenção e proteção contra o coronavírus.

Essa RS consiste na adoção de práticas de saúde voltadas para o cuidado de si próprio e que são necessárias para a manutenção da saúde, tendo maior importância a higiene, o uso de máscaras e a precaução. Nesse sentido, mesmo com o sentimento de medo, os participantes demonstram que a solidariedade auxiliou no cuidado à pessoa com coronavírus, sendo que para não desistir de cuidar, é necessário ter carinho, coragem, além de fé. Desse modo, observa-se que as práticas do cuidado implicam em sentimentos positivos nas pessoas.

Isto reflete a conscientização das pessoas sobre a importância dos cuidados de si durante o cotidiano, bem como o cuidado com o outro que proporciona bem-estar. Para a prática de cuidados do outro é necessário o cuidado de si. Assim, a prática de cuidados de saúde contribui para a melhora da pessoa infectada e promove a sua saúde.

Os elementos periféricos estão relacionados à dimensão do cuidado e tratamento, sendo necessário para a prática de tais cuidados e o elemento ter-fé, abarca a ideia de enfrentamento diante desse período. Em relação à zona de contraste, observam-se conteúdos relativos à dimensão do cuidado relacional e dimensão afetiva. Desta forma pode-se afirmar que a zona de contraste reafirma o núcleo central e as periferias.

Quanto à análise de conteúdo das entrevistas, observou-se que o grupo destaca as formas de cuidado diante do contexto da pandemia de COVID-19, o isolamento social, o uso de máscara, a higiene, o distanciamento, a lavagem das mãos, entre outras formas de cuidado. Observa-se o relato de que, na maioria das vezes, os participantes não possuíam conhecimento e informações suficientes, frente a isso diferentes sentimentos e percepções foram externadas durante a pandemia.

O conhecimento, neste cenário, é fundamental para guiar ações governamentais que passaram por diversas dificuldades, trazendo à tona visões positivas e negativas das medidas de prevenção. Cabe destacar que o negacionismo propagado por representantes do governo durante a pandemia e os discursos contraditórios ficaram marcados na fala dos participantes e isso impactou na busca dos serviços de saúde, como também na adesão à vacina.

Nesse sentido, o conhecimento das RS do grupo sobre a COVID-19 e o cuidado à pessoa com coronavírus pode contribuir para a adoção de melhores práticas de saúde e disseminação de informações corretas, pois somente a partir do entendimento do universo do outro é possível realizar a disseminação de informações direcionadas para as necessidades de si e do outro, a partir das complexidades e particularidades de cada grupo social.

Ainda, essas representações podem contribuir para a troca de conhecimentos entre população e pesquisadores, por possibilitarem a apreensão do pensamento social sobre a COVID-19 e o cuidado de saúde, permitindo conhecer as necessidades de saúde e com isso, melhorar a qualidade das informações disponibilizadas a este grupo.

Em vista disso, considera-se como possibilidade de estudos futuros a realização de testes de similitude para confirmação dos possíveis elementos do núcleo central das RS estudadas. Além disso, acredita-se ser relevante a realização de estudos comparativos que analisem as relações estabelecidas entre a RS da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus no país, já que as mesmas podem variar de acordo com a região do país e cultura.

Por fim, a análise das representações da COVID-19 e do cuidado possibilita refletir sobre melhores práticas em situação de pandemia, visando ao aprimoramento das informações prestadas à população, possibilitando o diálogo entre os mesmos, a partir dos modos de pensar de cada grupo social.

## REFERÊNCIAS

- ABRANTES, V. V. Brasil e costa rica no combate a pandemia de covid-19. Boletim de conjuntura(boca), Boa Vista, v. 3, n. 8, 2020. Disponível em:<https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/82/85>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- ABRASCO, et al. **Plano Nacional de Enfrentamento à Pandemia da Covid-19**. Disponível em: [https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19\\_v3\\_01\\_12\\_20.pdf](https://frentepelavida.org.br/uploads/documentos/PEP-COVID-19_v3_01_12_20.pdf). Acesso em: 05 ago. 2022.
- ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares em representação social**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000, p. 27-38.
- ABRIC, J. C. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on social representations**, v. 2, n. 2, p. 75-78, 1993. Disponível em: <https://psr.iscte iul.pt/index.php/PSR/article/view/126/90>. Acesso em: 23/03/2022. Acesso em: 18 ago. 2022.
- ADHIKARI, S.; MENG, S.; WU, Y. J. *et al.* Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early out-break period: a scoping review. **Infect Dis Poverty**, v. 9, n. 29, 2020.
- AHMED, F.; AHMED, N.; PISSARIDES, C.; STIGLITZ, J. Por que a desigualdade pode espalhar o COVID-19. **The Lancet Public Health**, v. 5, n. 5, p. e240, Apr. 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30085-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30085-2/fulltext). Acesso em: 17 out. 2021.
- ALEXANDRE, M. E. S. et al. Posicionamento Atitudinal, Percepção de Vulnerabilidade e Preocupação em contrair a COVID-19. **Arq. bras. psicol**, Rio de Janeiro, v. 72, n. 2, p. 25-42, ago. 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.arbp2020v72i1p.25-42>. Acesso em: 06 nov. 2021.
- ALMEIDA, L. B. Complexidade - incerteza, necessidade de coragem, proteção à vida. **Rev. Psicopedagogia**. v. 38, n.115, p.1-3, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicoped/v38n1Z5/01.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2023.
- ALMEIDA, R. M. F. et al. Covid-19: um novo fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, p. 1-7, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/bPJzQtNM6JFqmYVW3x8gyBj#> . Acesso em: 07 nov 2021.
- ALVARO, M.; et al. “A máscara salva”: representações sociais da pandemia de covid-19 por meio dos desenhos de crianças cariocas. **Saúde e Sociedade** [s.I], v. 30, n. 4, 2021. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/sH76DM4wkTvZm7yg5mJxqCv/#ModalArticl> s. Acesso em: 28 mar. 2022.
- ANTENOR, S. Diferentes tecnologias garantem segurança e eficácia das vacinas contra Covid-19. **IPEA**, [s. I], Rio de Janeiro, dez. 2021. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/cts/pt/central-de-conteudo/artigos/artigos/233-diferentes-tecnologias-garantem-seguranca-e-eficacia-das-vacinas-contracovid-19>. Acesso em: 20 fev. 2021.

APOSTOLIDIS, T.; SANTOS, F. S.; KALAMPALIKIS, N. Society against Covid-19: challenges for the socio-genetic point of view of social representations. **PSR**, [s. I]. v. 29, n. 2, p.3-14, set. 2020. Disponível em: <https://hal.univ-antilles.fr/LPS-AIX/hal-03252766v1>. Acesso em: 16 out. 2021.

ARAÚJO, H. P.; et al. The impact of COVID-19 vaccination on case fatality rates in a city in Southern Brazil. **American Journal of Infection Control**, [s. I], p. 1–6, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196655322000955>. Acesso em: 01 abr. 2022.

ARAÚJO, I. S. de; BRANDÃO, V. B. G. TRABALHO E RENDA NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NO BRASIL. **Revista Prâksis**, [S. l.], v. 2, p. 96–111, 2021. Disponível em: <https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistapraksis/article/view/2545>. Acesso em: 29 ago. 2022.

ARAÚJO, J. L.; OLIVEIRA, K. K. D.; FREITAS, R. J. M. Em defesa do Sistema Único de Saúde no contexto da pandemia por SARS-CoV-2. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. I], v. 73, p. 1-6, nov. 2020. Disponível em: 2020-0247 - POR.indd (scielo.br) Acesso em: 17out. 2021.

ARAÚJO, N. D.; et al. Divulgação de informações sobre higiene e mudança de hábitos durante a pandemia da Covid-19. **Research, Society and Development**, v. 10, n.1, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/11739/10553>. Acesso em 02 jan. 2023.

ARIEIRA, F. L. M.; GRIJÓ, P. V. D. Eventos adversos pós vacina do Covid-19 em profissionais da saúde de uma cidade do estado do Rio de Janeiro. 2021.39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) –UNIFAA - Curso de Enfermagem, Valença, Rio de Janeiro, 2021.

ARMITAGE, R.; NELLUMS, L. B. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. **The Lancet Public Health**, [s.I], v. 5, n. 5, p.256, maio 2020. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30061-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30061-X/fulltext). Acesso em: 22 fev. 2022.

ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de Pesquisa**, n. 117, p. 127-147, nov. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cp/a/T4NRbmqpmw7ky3Swhc7NYVb/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 ago. 2022.

AUGUSTO, M. C. N. A.; BARROS, M. N. S.; PEREIRA, T. T. S. O. A. O cuidado em saúde: o paradigma biopsicossocial e a subjetividade em foco. **Mental**, Barbacena, MG, v. 9, n. 17, p. 523-536, ano IX, jul./dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v9n17/02.pdf>. Acesso em: 2 jun. 2016.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comunic. Saúde Educ.**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev.2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/jNFBpg8J6MzRcBGt5F6B5tn/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10

ago. 2022.

BANCHS, M. A. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. **Peer Reviewed Online Journal**, v. 9, p. 3.1 – 3.15, 2000.

BARBOSA, A. C. Q. Lições sobre a Pandemia da COVID-19 e a Informação Científica. **Revista da Rede APS**, v. 2, n. 1, p. 70-72, 2020. Disponível em: <https://www.apsemrevista.org/aps/article/view/60/52>. Acesso em: 12 fev.2021.

BARBOSA, R. J.; PRATES, I. Efeitos do Desemprego, do Auxílio Emergencial e do Programa Emergencial de Preservação do Emprego e da Renda (MP no 936/2020) sobre a Renda, a Pobreza e a Desigualdade Durante e Depois da Pandemia. **IPEA**, 2020. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10187/1/bmt\\_69\\_EfeitoDesemprego.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10187/1/bmt_69_EfeitoDesemprego.pdf). Acesso em 30 set.2022.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BERNARDINO, E.; NASCIMENTO, J. D.; RABONI, S. M.; SOUSA, S. M. Caremanagement in coping with COVID-19 at a teaching hospital. **Rev. Bras Enferm**, v. 74, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9scPk59HP7V4pbdhMFn fMCQ/abstract/?lang=en> . Acesso em: 05 ago. 2022.

BERRÍOS, C. F.; et al. Prevención y medidas de protección frente a la infección por SARS-CoV-2. **Neumol Pediatr**, 2020, v. 15, n. 2, p. 308 –316. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1099522>. Acesso em: 07 jan. 2023.

BEZERRA, A. C. V.; DA SILVA, C. E. M.; SOARES, F. R. G. Percepção sobre o isolamento social no contexto da pandemia de Covid-19 no estado de Pernambuco, Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [s.I], p. 143-152, Jun. 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/54397>. Acesso em: 9 nov. 2021.

BEZERRA, A. C. V.; et al. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.I], v. 25, n. 1, p. 2411-2421, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9g4hLHkSSW35gYsSpggz6rn/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 03 nov. 2021.

BEZERRA, A.C.V; SILVA, C.E. M.; SOARES, F.R.G.; SILVA, J. A. M. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 2411-2421, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9g4hLHkSSW35gYsSpggz6rn/?lang=pt#:~:text=O%20convívio%20social%20foi%20o,no%20sono%2050%2C3%25>. Acesso em: 31 ago. 2022.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano compaixão pela terra**. Vozes, 1999. Petrópolis (RJ): Disponível em: <http://www.smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/Forma%203%A7%C3%A3o%20Continuada/Educa%C3%A7%C3%A3o%20Ambiental/SABER%20CUIDAR-%20%C3%A9tica%20do%20humano.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 28-35, 2005. Disponível em: <https://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>. Acesso em: 10 ago. 2022

BRAGA, C. F.; TUZZO, S. A.; FERNANDES, R.; MENEZES, K. **As representações sociais da Covid-19 para brasileiros: metamorfose da pandemia no Brasil e Estados Unidos**. Goiânia: Cegraf UFG. E-book, p.452-471, 2021. Disponível em: covid-19.pdf (ufg.br). Acesso em: 07 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. **Especial: doença pelo coronavírus 2019**. Bol Epidemiol [Internet]. 2020 abr. p.1-28. Disponível em: <https://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2020/Abril/06/2020-04-06-BE7-BoletimEspecial-do-COE-Atualizacao-daAvaliacao-de-Risco.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Operação regresso à pátria amada Brasil**. Portal Eletrônico da FAB, 2020. Disponível em: <https://www.fab.mil.br/operacaoregresso/> Acesso em: 05 ago. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil #PÁTRIAVACINADA**. Ministério da Saúde. Brasília-DF, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/>. Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). **Covid 19: Guia orientador para o enfrentamento da pandemia na Rede de Atenção à Saúde**. 4. ed. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2020/05/Instrumento-Orientador-Conass-Conasems.pdf> . Acesso em: 02 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Excesso de mortalidade associado à pandemia de COVID-19 foi de 14,9 milhões em 2020 e 2021**. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2022-excesso-mortalidade-associado-pandemia-covid-19-foi-149-milhoes-em-2020-e-2021>. Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Orientador para o enfrentamento da pandemia covid-19 na Rede de Atenção à Saúde**. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde, 4ª ed. Brasília- DF, 2020. p. 1- 254. Disponível em: [https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19\\_guia\\_orientador\\_4ed.pdf](https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/04/Covid-19_guia_orientador_4ed.pdf). Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que você precisa saber sobre a vacina da COVID-19**. Rio de Janeiro: Secretária de saúde, painel COVID-19, 2020. Disponível em: <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/duvidasfrequentes#:~:text=Vale%20refor%C3%A7a%20que%20os%20imunizantes>. Acesso em: 28 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Processo de luto no contexto da COVID-19. Saúde mental e atenção psicossocial na pandemia de COVID-19**. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. p. 48. Disponível em: <https://www.fiocruzbrasil.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/Saúde-Mental-e-Atenção-Psicossocial-na-Pandemia-Covid-19-processo-de-luto-no-contexto-da-Covid-19.pdf>. Acesso em: 11 ago.2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada, Secretaria de Atenção Especializada à Saúde**. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. p.48.

Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo\\_clinico\\_covid19\\_atencao\\_especializada.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid19_atencao_especializada.pdf). Acesso em: 11 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico para o novo coronavírus (2019- nCov)**. Ministério da saúde, 1ª ed. Brasília-DF, Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Boletim epidemiológico diário do Estado do Rio de Janeiro**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/boletins/>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **COVID-19 - Casos e óbitos no Estado do Rio de Janeiro divulgados diariamente**. Brasília, 2022. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br> Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Vacinômetro estado do RJ**. Disponível em: <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/vacinometro>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Boletim epidemiológico diário do Estado do Rio de Janeiro**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://coronavirus.rj.gov.br/boletins/>. Acesso em: 28 out. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **COVID-19 - Casos e óbitos no Estado do Rio de Janeiro divulgados diariamente**. Brasília, 2022. Disponível em: <http://sistemas.saude.rj.gov.br> Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro. **Vacinômetro estado do RJ**. Disponível em: <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/vacinometro>. Acesso em: 28 out. 2022. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Valença, Valença tem primeiro caso positivo de Coronavírus. Valença (RJ): Secretaria de Saúde, 2020.

BRASIL. Secretaria de Saúde. **Vacinômetro Estado do Rio de Janeiro**. Governo do Estado do Rio de Janeiro. Brasília-DF, 2022. Disponível em: <https://vacinacaocovid19.saude.rj.gov.br/vacinometro>. Acesso em: 28 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo novo Coronavírus COVID-19**. Brasília, Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2020/03/plano-contingencia-coronavirus-COVID19.pdf> . Acesso em: 05 de ago. 2022.

BUCKERIDGE, M. S.; PHILIPPI, J. A. Ciência e políticas públicas nas cidades: revelações da pandemia da Covid-19. **Estud. Av.**, [s. I], São Paulo, v. 34, n. 99, p. 141-156, 2020. Disponível em [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142020000200141&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40142020000200141&script=sci_arttext). Acesso em: 15 fev. 2021.

CALIL, G. G. A negação da pandemia: reflexões sobre a estratégia bolsonarista. **Serviço Social & Sociedade**, [s. l.], n. 140, p. 30-47, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/ZPF6DGX5n4xhfJNTypm87qS/#>. Acesso em: 21 fev. 2022.

CAMBI, E. **Pandemia da Covid-19: reflexões sobre a sociedade e o planeta** [recurso eletrônico] / Organizador: Eduardo Cambi. Documento eletrônico. — Curitiba: Escola Superior do MPPR, 2020. Livro digital. Disponível em: [https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/PandemiadaCovid-19Reflexoes\\_sobresociedadeeoplaneta.pdf](https://escolasuperior.mppr.mp.br/arquivos/Image/publicacoes/PandemiadaCovid-19Reflexoes_sobresociedadeeoplaneta.pdf). Acesso em: 03 jan. 2023.

CAMPOS, F. C. C.; CANABRAVA, C. M. O Brasil na UTI: atenção hospitalar em tempos de pandemia. **Saúde em Debate** [online]. 2020, v. 44, n. 4, p. 146-160. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/bxcgdZJbz3D4tKDztZdXF7b/?lang=pt#>. Acesso em: 23 dez. 2023.

CAMPOS, P. H. F. **A abordagem estrutural e o estudo das relações entre práticas e representações sociais**. In CAMPOS, P.H.F. & LOUREIRO, M. C. S. Representações sociais e práticas educativas. Goiânia: Ed. UCG, p. 21-36, 2013.

CAMPOS, P. H. F. Editorial da seção - O estudo das relações entre práticas sociais e representações: retomando questões. **Psicologia e Saber social**. v. 6 n.1. p. 42-46, 2017. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/psisabersocial/article/download/30664/21811>. Acesso em: 03 jun. 2022.

CARRATURO, F.; et al. Persistence of SARS-CoV-2 in the environment and COVID-19 transmission risk from environmental matrices and surfaces. **Environ Pollut**. Disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/artigo/1784/uso-de-mascara-durante-a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-resultados-do-estudo-epicovid19-br>. Acesso em: 02 jan. 2023.

CARVALHO, L. B.; et al. A ética do cuidado e o encontro com o outro no contexto de uma clínica-escola em fortaleza. **Rev. abordagem Gestalt**. Goiânia, v. 21, n. 1, p. 01-12 jun. 2015. Goiânia. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sciarttext&pid=S180968672015000100002&lng=pt&nrm=iss>. Acessos em: 10 ago. 2022.

CASTRO, J. L. C.; ALVES, M. E. S.; & ARAÚJO, L. F. Representações Sociais sobre a Quarentena construídas por Idosas Brasileiras. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo SP:FACHS/NEPE/PUC-SP, v. 23, p. 141-165, 2020. Disponível em: Representações Sociais sobre a Quarentena construídas por Idosas Brasileiras | Revista Kairós-Gerontologia (pucsp.br). Acesso em: 06 nov. 2021.

CASTRO, M. M. C. Serviço social e cuidado em saúde: uma articulação necessária. **Libertas**, Juiz de Fora, v.6 e 7, n. 1 e 2, p.128 – 148, 2007. Disponível em: <file:///C:/Users/silva/Downloads/18149-Texto%20do%20artigo-75955-1-10-20120514.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

CASTRO, M. Serviço Social e cuidado em saúde: uma articulação necessária. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 2, n. 1, p. 107-127, dez. 2007. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/18149/9401>. Acesso em: 30 mar.

2022.

CAVALCANTE, J. R.; ABREU, A. J. L. COVID-19 no município do Rio de Janeiro: análise espacial da ocorrência dos primeiros casos e óbitos confirmados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, p. 1-10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/Dg6LJRhyfzqTRgKyq3Wx9Lz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2022.

CAVALCANTE, J. R.; et al. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S167949742020000400016&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167949742020000400016&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 08 ago. 2022.

CHADE, J. “Brasil fica de fora de ação mundial para acelerar vacina e apoiar OMS”. **Uol**. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/colunas/jamil-chade/2020/05/04/brasil-fica-de-fora-de-acao-mundial-para-acelerar-vacina-e-apoiar-oms.htm>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CIMINI, F.; JULIÃO, N.; SOUZA, A. Estratégia brasileira de combate à COVID-19: como o vácuo de liderança minimiza os efeitos das políticas públicas já implementadas. **Observatório de Política e Gestão Hospitalar da Fiocruz**. 22 nov. 2020. Disponível em: <https://observatoriahospitalar.fiocruz.br/conteudo-nterno/estrategia-brasileira-de-combate-covid-19-como-o-vacu-de-lideranca-minimizaos#:~:text=O%20Governo%20Federal%20intensificou%20ent%C3%A3o,medidas%20di%C3%A1rias%20adotadas%20no%20Brasil> . Acesso em: 02 ago. 2022.

COELHO, E. A. F.; Fonseca, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online]. 2005, v. 58, n. 2. p. 214-217. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/9tS7nTM6Yyn7ks7F6Y9Hh8q/?lang=pt#>. Acesso em: 10 ago. 2022.

COELHO, M. M. F.; et al. Estructural analysis of the social representations on COVID-19 among assistance nurses. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2021, v. 30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>. Epub 21 Abr 2021. ISSN 1980-265X. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358>. Acesso: 06 jan. 2023.

COLVERO, R. Tempos de pandemia: breves apontamentos sobre sociedade e política no Brasil. **Revista História: Debates e Tendências**, v. 22, n. 1, p. 94-112, 8 fev. 2022. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rhdt/article/view/12344>. Acesso em: 26 ago. 2022.

COLVERO, R. Tempos de pandemia: breves apontamentos sobre sociedade e política no Brasil. **Revista História: Debates e Tendências**, v. 22, n. 1, p. 94-112, 8 fev. 2022. Disponível em: <http://seer.upf.br/index.php/rhdt/article/view/12344>. Acesso em: 26 ago. 2022.

COMBI, E. Pandemia da Covid-19: **reflexões sobre a sociedade e o planeta** Documento eletrônico. Curitiba: Escola Superior do MPPR, 2020. Livro Digital CORREIA, M. I. T. D.; RAMOS, R. F.; BAHTEN, L. C. V. Os cirurgiões e a pandemia do COVID-19. **Rev. Col. Bras.**

**Cir**, Rio de Janeiro, v. 47, e20202536, p. 1-6. 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912020000100601](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912020000100601) Acesso em: 12 fev.2021.

COSTA, E. F.; CRUZ, D. A.; CAVALCANTE, L. I. C. Representações sociais do Coronavírus no Brasil: primeiros meses da pandemia. **Estud. psicol.** Natal, v. 25, n. 2, pág. 144-156, 2020. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2020000200005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2020000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 17 out. 2022.

COSTA, S. S. Pandemia e desemprego no Brasil. **Revista de Administração Pública** [online], v. m54, n. 4, p. 969-978, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/SGWCFyFzjzrDwgDJYKcdhNt/>. Acesso em 04 ago. 2022.

COUTO, M. T.; BARBIERI, C. L. A.; MATOS, C. C. S. A. Considerações sobre o impacto da covid-19 na relação indivíduo-sociedade: da hesitação vacinal ao clamor por uma vacina. **Saúde e Sociedade** [online]. 2021, v. 30, n. 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/rQFs3PMLgZprt3hkJMyS8mN/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 22 out. 2022.

CRISPIM, D. et al. **Comunicação Difícil e COVID-19: dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia.** Dicas para adaptação de condutas para diferentes cenários na pandemia. 2020. Disponível em: <https://portal.coren-p.gov.br/wpcontent/uploads/2020/03/comunicac%CC%A7a%CC%83o-COVID-19.pdf>. Acesso em: 07 de jun. 2022.

D'ADAMO, H.; YOSHIKAWA, T.; OUSLANDER, J. G. Coronavirus Disease 2019 in Geriatrics and Long-Term Care: The ABCDs of COVID-19. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n.5, p. 912-917, 2020. Disponível em: <https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jgs.16445>. Acesso em: 29 set. 2022.

DE SOUZA, G. B. P.; LORETO, M. D. S.; DOULA, S. M. Representações sociais sobre os jovens no contexto do novo coronavírus fala de empatia. **ACENO**, v. 9, n.20, p. 91-108, 2022. Disponível em: <https://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/aceno/article/view/13207>. Acesso em: 12 nov. 2022.

DELBEN, P.B. SAÚDE MENTAL EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: COVID-19. **Debates em psiquiatria**, 2020. Disponível em: <https://revistardp.org.br/revista/issue/view/9/9>. Acesso em: 15 out. 2022.

DIETRICH, A.; COLET, C. F.; WINKELMANN, E. R.; *et al.* Perfil de Saúde dos Usuários da Rede de Atenção Básica Baseado no Cadastro Individual e-Sus. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 11, n. 5, p. 1266-1271, 2019. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1266-1271>. Acesso em: 24 ago. 2022.

DO BÚ, Emerson Araújo et al. Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. **Estudos de Psicologia** Campinas. 2020, v. 37. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200073>>. Acesso em: 18 out. 2022.

DOMINGUES, J. P. **Representações sociais da qualidade de vida e do cuidado de saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids no município do Rio de Janeiro**. 2016. 171 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

DOU, Diário Oficial da União do Brasil. **Portaria No 340**, de 30 de março de 2020. Disponível em: <http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-340-de-30-de-marco-de2020-250405535>.

DOURADO, P.; RODRIGUES, P.; VIEIRA, L.; LIMA, A. relação da covid-19 com o índice de desenvolvimento humano – IDH Síntese de Evidências e Análise Exploratória. **Gerência de Informações Estratégicas em Saúde CONECTA-SUS**, Brasília- DF, p. 1-12,2021. Disponível em: [https://www.saude.go.gov.br/files//banner\\_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%Aancias/2021/IDH%20e%20COVID-19.pdf](https://www.saude.go.gov.br/files//banner_coronavirus/protocolos-notas/S%C3%ADnteses%20de%20Evid%C3%Aancias/2021/IDH%20e%20COVID-19.pdf). Acesso em: 29 mar. 2022.

EZEKIEL, J.; et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. **The New England Journal of Medicine**, v. 382, p. 2049-2055, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsb2005114>. Acesso em: 23 dez 2023.

FARENA, D. V. M. Direito à saúde, princípio da precaução e a pandemia de COVID-19. **Revista Ventura**, 2013, p. 199-247. Disponível em: [https://escola.mpu.mp.br/publicacoes/obras-avulsas/e-books-esmpu/direitos-fundamentais-em-processo-2013-estudos-em-comemoracao-aos-20-anos-da-escola-superior-do-ministerio-publico-da-uniao/7\\_direito-a-saude.pdf](https://escola.mpu.mp.br/publicacoes/obras-avulsas/e-books-esmpu/direitos-fundamentais-em-processo-2013-estudos-em-comemoracao-aos-20-anos-da-escola-superior-do-ministerio-publico-da-uniao/7_direito-a-saude.pdf). Acesso em: 02 jan. 2022.

FARIAS, H. S. O avanço da Covid-19 e o isolamento social como estratégia para redução da vulnerabilidade. **Espaço e Economia**, [s. I], 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.11357>. Acesso em: 08 nov. 2021

FAVERO, L.; PAGLIUCA, L. A. M. F.; LACERDA, M. R. Cuidado transpessoal em enfermagem: uma análise pautada em modelo conceitual. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** [online], v. 47, n. 2, p. 500-505, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>>. Epub 04 Jun 2013. ISSN 1980-220X.<https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000200032>. Acesso em: 11 ago. 2022.

FERNANDES, B. Representação social do coronavírus. **Academia**, 2020. Disponível em: [https://www.academia.edu/43180029/Representação\\_Social\\_do\\_Coronavírus](https://www.academia.edu/43180029/Representação_Social_do_Coronavírus). Acesso em: 08 nov. 2021.

FERNANDES, T. M.; PINHEIRO, V. A. Negação e negacionismo no brasil –vacinas antivariólíca e anti-COVID-19. **Revista Eletrônica de História, Memória & Cultura, São Cristóvão**, v. 15, n. 29, jul. -dez.2021. Disponível em: <https://seer.ufs.br/index.php/pontadelanca/article/view/16496/12434>. Acesso em 20 dez. 2022.

FERRARI, C. K. B. Resposta brasileira à pandemia de covid-19: o ministério da saúde acertou, a presidência da república errou. **Boletim de conjuntura (boca)**, Boa Vista, vol. 3, n. 7. p. 1-8, 2020. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/106/104>. Acesso em: 05 ago. 2022.

FERREIRA, M. A. O clássico e o emergente: desafios da produção, divulgação e utilização do conhecimento da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 66, p. 45-50, 2013. Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/reben/a/qQvJPnNkxPmSg9Xj3HCNWGn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em 09 ago. 2022.

FERREIRA, M. A. Teoria das Representações Sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, [s. I], Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.214- 219, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/ean/a/wdyxP7y3X3QZLLcZJWqX6mq/?format=pdf>. Acesso em: 06 out.2021.

FERREIRA, V. C. **Sentido da vida e da morte e o grau de religiosidade em pessoas recuperadas da COVID-19**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Ciências da Religião, Universidade Federal da Paraíba, 2021.

FIDÉLIX, A. P. F.; CAMPOS. E. A. Significados sobre a Covid-19 e práticas de cuidado em saúde de idosos em tempos de pandemia. In: 32ª Reunião Brasileira de Antropologia. 30out. a 06 de nov. 2020 [**Anais**]. Disponível em: Significados sobre a Covid-19 e práticas de cuidado em saúde de idosos em tempos de pandemia\_RBA32 (1).pdf. Acesso em: 27 out. 2021.

FIOCRUZ. Brasileiros avaliam positivamente a ciência e as vacinas, mas desconfiança cresce, indica pesquisa. 2022. Disponível em:<https://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/2307-brasileiros-avaliam-positivamente-a-ciencia-e-as-vacinas-mas-desconfianca-cresce-no-pais-indica-pesquisa-do-inct-cpct-fiocruz.html#>. Acesso em: 23 dez. 2022.

FISCHER, M. L.; CUNHA, T. R.; BURDA, T. A. M. Perspectivas de brasileiros durante a pandemia da Covid-19: uma análise sobre autocuidado e bioética ambiental. **Saúde em Debate [online]**. 2021, v. 45, n. 130, p. 733-747. Disponível em:

<https://doi.org/10.1590/0103-1104202113013>. Acesso em: 06 jan. 2023.

FISCHER, M. L.; et al. Da ética ambiental à bioética ambiental: antecedentes, trajetórias e perspectivas. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 24, n. 2, p.391-409, ed. 3. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/SXMgyj5rS88yyJfJJzn3Vkc/>. Acesso em:27 out. 2021.

FLAMENT, C. (1994). Consensus, salient and necessity in social representations – technical note. *Papers on Social Representations*, v. 3, p. 97-106.FORMOZO, G. A. et al. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, jan./mar. 2012. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4006>. Acesso em: 10 ago. 2022.

FRANCISCO, J. F. M.; et al. Conhecimento da população cearense sobre sars-Cov-2/ Covid-19. **Jornal Internacional de Pesquisa de Desenvolvimento**. v. 10, n. 05, p. 36124-36129, 2020. Disponível em: <https://coronavirus.ceara.gov.br/project/conhecimento-da-populacao-do-ceara-sobre-sars-cov-2-covid-19-em-ingles>. Acesso em: 18 dez. 2022.

FRANCISCO, J.M.B.; TROGO, J. F.; SANGENIS, L. H. C.; SOUSA FILHO, G. D. Principais efeitos adversos das vacinas contra a Covid-19 na população de Valença-RJ.

**Revista Saber Digital**, v. 15, n. 2, maio-ago., 2022. Disponível em: [https://revistas.faa.edu.br/Saber Digital/articula/view/1326](https://revistas.faa.edu.br/Saber-Digital/articula/view/1326). Acesso em: 28 out. 2022.

FRANKL, Viktor Emil. **Fundamentos Antropológicos da Psicoterapia**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

G1. “Casos e mortes por coronavírus no Brasil em 13 de julho, segundo consórcio de veículos de imprensa (atualização das 13h)” G1. 13 julho 2020. Disponível em: <https://g1.globo.com/saude/coronavirus/noticia/2022/07/13/brasil-registra-381-novas-mortes-por-covid-media-movel-esta-em-estabilidade.ghtml> . Acesso em: 05 ago. 2022.

G1. 50% dos brasileiros são católicos, 31%, evangélicos e 10% não têm religião, diz Datafolha. 13 fev. 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/politica/noticia/2020/01/13/50percent-dos-brasileiros-sao-catolicos-31percent-evangelicos-e-10percent-nao-tem-religiao-diz-datafolha.ghtml>. Acesso em: 29 ago. 2022.

GARCIA, L. P.; E DUARTE, E. Endemia: excesso de quantidade em detrimento da qualidade das informações sobre a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde** [online]. v. 29, n.4. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/ress/2020.v29n4/e2020186/pt>. Acesso em: 06 jan. 2023.

GERHARDT, T. E; SILVEIRA, D. T. (org.) **Métodos de Pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIORDANI, R. C. F.; HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. Pandemia e cuidado. **Coletiva**, Recife, n. 29, 2021. Disponível em <https://www.coletiva.org/dossie-cuidado-n29-artigo-cuidado-e-pandemia>.

GIOVANELLA, L.; et al. Negacionismo, desdém e mortes: notas sobre a atuação criminosa do governo federal brasileiro no enfrentamento da Covid-19. **Saúde em Debate** [online], v. 44, n. 126, p. 895-901. 2020. Disponível em: <https://scielosp.org/article/sdeb/2020.v44n126/895-901/pt/>. Acesso em: 05 ago. 2022.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. O processo de coleta e análise dos conteúdos e da estrutura das representações sociais: desafios e princípios para a enfermagem. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. **Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015.

GOMES, J. A. F.; BENTOLILA, S. COVID-19 no Brasil: tragédia, desigualdade social, negação da ciência, sofrimento e mortes evitáveis. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**. [s. l], v. 10, n. 3, p. 349-359, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3394rps.v10i3.3595>. Acesso em: 01 mar. 2022.

GUINANCIO, J. C; et al. Desafios do cotidiano e estratégias de enfrentamento do isolamento social. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 8, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5474>. Acesso em: 12 fev. 2021.

HAMMERSCHMIDT, K. S. de A.; SANTANA, R. F. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. **Revista Cogitare Enfermagem**. v.25, 2020 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.72849>. Acesso em: 18 ago. 2022.

HELENA, H. J. **Pandemia de covid-19: cuidados essenciais para manter a saúde em dia.** São Paulo, SP, 2022. E-book (13p.) color. Disponível em: [https://www.hospitaljardimhelenas.com.br/EBOOK\\_Pandemia.pdf](https://www.hospitaljardimhelenas.com.br/EBOOK_Pandemia.pdf) . Acesso em: 18 ago.2022.

HOUAISS, A., VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss.** Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUR, D. U.; SABUCEDO, J. M.; ALZATE, M. Bolsonaro e Covid-19: negacionismo, militarismo e neoliberalismo. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 21, n. 51, p. 550-569, ago. 2021. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1519-549X2021000200018&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200018&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 30 set. 2022.

JEOFFRION, C.; DUPONT, P.; TRIPODI, D.; ROLAND-LÉVY, C. Representations sociales de la maladie: comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes ». **L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique**. [s. I], v. 42, n.3, p.226-233, 2020. Disponível em: (PDF) Représentations sociales de la maladie: Comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes » (researchgate.net). Acesso em: 15 out. 2021.

JODELET, D. **Representações sociais: um domínio em expansão.** In: D. Jodelet (Org.). As representações sociais. Rio de Janeiro: Ed Uerj, p. 17-44, 2001.

KOWALCZYK, O.; et al. Religion and faith perception in a pandemic of COVID-19. **Journal of Religion and Health**, v. 59, n.6, p. 2671-2677, 2020. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10943-020-01088-3.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2022

LEONEL, F. Brasil celebra um ano da vacina contra a Covid-19. **Fiocruz**. 2022. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/brasil-celebra-um-ano-da-vacina-contr-covid-19>. Acesso em: 28 out. 2022.

LIMA, C. D.; SÁNCHEZ-TARRAGÓ, N.; MORAES, D.; GRINGS, L.; MAIA, M. R. Global public health emergency due to the COVID-19 pandemic: disinformation, information asymmetry and discursive validation. **SciELO Preprints**, 2020, p.1-28. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/410>. Acesso em: 15 nov. 2022.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C.V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n.7.2020. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://cadernos.enp.fiocruz.br/csp/artigo/1126/crise-condicionantes-e-desafios-de-coordenacao-do-estado-federativo-brasileiro-no-contexto-da-covid-19>. Acesso em: 05 ago.2022.

LUNARDI, V. L.; et al. O cuidado de si como condição para o cuidado dos outros na prática de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [online], v. 12, n. 6, p. 933-939, 2004. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000600013>> Epub 21 Jan 2005. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692004000600013>. Acesso em: 11 ago. 2022.

MACHADO, V. C. COVID-19 pandemia: luta ou fuga. **Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque**, v. 6, n. 1, Mar. 2020. Disponível em: Pandemia COVID-19: lutar ou fugir | Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque (hrlamb.gob.pe). Acesso em: 14 out. 2021.

MACHADO, C. J.; et al. Estimativas de impacto da COVID-19 na mortalidade de idosos institucionalizados no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 9, p. 3437-3444, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/gbs9Fg9gQyk9dfwXvjxfy8S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 set. 2022.

MACHADO, R. F. Cuidar de si para cuidar do outro em tempos de pandemia. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 26, n. 4, 2022. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/773>. Acesso em: 20 dez. 2022

MACIEL, E.; et al. A campanha de vacinação contra o SARS-CoV-2 no Brasil e a invisibilidade das evidências científicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n.3. p.951-956, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/YFbPSKJvkTj4V3pXd8b7yvJ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 30 set. 2022.

MALTA, D.C et al. A pandemia da COVID-19 e as mudanças no estilo de vida dos brasileiros adultos: um estudo transversal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [s. l.] Brasília, v. 29, n. 4, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2237-96222020000400315](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222020000400315). Acesso em: 13 fev. 2021.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 7. Ed. São Paulo: atlas, 2017.

MASSUDA, E. M.; GARCIA, L. F.; TENÓRIO, JÚNIOR, N. N.; ELIAS, M. L. G. G. R.Representações sobre o idoso em mídia social durante a pandemia de Covid-19. **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 23, p. 203-217. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/51349/33540>. Acesso em 08 nov. 2021.

MATTA, G. C.; et al. **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilidades e respostas à pandemia [online]**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19; Editora FIOCRUZ, 2021, p. 221. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/r3hc2>. Acesso em: 02 nov. 2022

MELO, J. R. R.; et al. Automedicação e uso indiscriminado de medicamentos durante a pandemia da COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. v. 37, n. 4. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00053221>. Acesso em: 06 jan. 2023

MENEGHEL, S. N.; Ribeiro, R. H.; Oliveira, D. C. Grupos virtuais no enfrentamento do medo e da morte durante a epidemia de covid-19: contribuições da saúde coletiva. **Saúde e Sociedade** [online]. v. 31, n. 1. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902022210294>>. Acesso em: 20 dez. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 6ª ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO, 1999.

MORAES-FILHO, I. M.; SOUSA, T. V.; CARVALHO-FILHA, F. S. S, PEREIRA M. C.;

VILANOVA, J. M, SILVA R. M. Fatores sociodemográficos e emocionais associados a tolerância nas relações de amizade na pandemia pela COVID-19. **Revista de Enfermagem da UFSM**. 2021, v.11, p. 1-17. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/53180/html>. Acesso em: 05 jan. 2022.

MOREIRA, R. M. Representações sociais, saúde e qualidade de vida em tempos de pandemia covid-19: uma análise sobre Brasil e Portugal. Livro digital resultante do II Congresso Internacional Interdisciplinar sobre Representações Sociais e sobre Qualidade de Vida do Vale do São Francisco – II CIRSQVASF e da I Olimpíada Internacional Virtual de Casos Clínicos de Cuidados em Saúde – I OLYMHEALTHCARE. Evento remoto realizado, a partir de Petrolina-PE, de 15 a 17 de dezembro de 2021. Disponível em: <https://portais.univasf.edu.br/gipeef/gipeef/publicacoes/e-book-ii-cirsqvasf-i-olymhealthcare-2022.pdf>. Acesso em 15 dez. 2022.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. 1.ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. Representações Sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. O fenômeno das representações sociais. In S. MOSCOVICI. **Representações Sociais: Investigações em Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes. p. 29-109, 2005.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2012.

MOSCOVICI, S.; MARKOVÁ, I. Ideas and their development: a dialogue between Serge Moscovici and Ivana Marková. In: MOSCOVICI, S.; DUVEEN, Gerard (Ed.). Social representations: explorations. In: **social psychology**. London: Polity. p. 224-286, 2000.

NABUCO, G.; OLIVEIRA, M. H. P. P.; AFONSO, M. P. D. O impacto da pandemia pela COVID-19 na saúde mental: qual é o papel da Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**. v. 15, n. 42. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2532/1567>. Acesso em: 20 out. 2022.

NACOTI, M.; et al. No epicentro da pandemia de Covid-19 e das crises humanitárias na Itália: perspectivas em mudança na preparação e mitigação. **NEJM Catalyst** [Internet]. 2020. Disponível em: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>. Acesso em: 19 ago. 2022.

NEVES, E. P. As dimensões do cuidar em enfermagem: concepções teórica-filosóficas. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**. v. 6, p. 79-92, 2022. Disponível em: [http://revistaenfermagem.ean.edu.br/2017/detalhe\\_artigo.asp?id=2028](http://revistaenfermagem.ean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=2028). Acesso em: 11 ago. 2022.

No Brasil, 96% das mortes por Covid-19 são de quem não tomou vacina; só imunização coletiva pode controlar a pandemia. [butantan.gov.br](https://butantan.gov.br), 202. Disponível em: <https://butantan.gov.br/noticias/no-brasil-96-das-mortes-por-covid-19-sao-de-quem-nao-tomou-vacina--so-imunizacao-coletiva-pode-controlar-a-pandemia>. Acesso em: 01 abr. 2022.

NOAL, D. D. S.; PASSOS, M. F. D.; E FREITAS, C. M. **Recomendações e orientações em saúde mental e atenção psicossocial na COVID-19**. 23.ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2020.

NORONHA, K. V.M. S. et al. Pandemia por COVID-19 no Brasil: análise da demanda e da oferta de leitos hospitalares e equipamentos de ventilação assistida segundo diferentes cenários. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 36, n. 6. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/MMd3ZfwYstDqbpRxFRR53Wx/?lang=pt> . Acesso em: 28 mai. 2022.

NUSSBAUMER-STREIT. B.; et. al. Quarentena isoladamente ou em combinação com outras medidas de saúde pública para controlar o COVID-19: uma revisão rápida. **Cochrane Database Syst Ver**, v. 15, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013574.pub2/full>. Acesso em: 05 ago. 2022.

ODEH, M. M.; MOREIRA, J. O. A pandemia de covid-19 no brasil: consequências de um novo futuro para a sociedade brasileira. **Reflexões e futuro**. Brasília, v. 06, p. 84-101, 2020. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-6-reflexoes-e-futuro/> acesso em: 25 mar./2022.

OLIVEIRA, A. C.; COAGLIO, L. T.; IQUIAPAZA, R. A. What has the covid-19 pandemic taught us about adopting preventive measures? **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2020, v. 29. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/4548/4043>. Acesso em: 06 jan. 2023.

OLIVEIRA, A. C.; LUCAS, T. C.; IQUIAPAZA, R. A. O que a pandemia da covid-19 tem nos ensinado sobre adoção de medidas de precaução? **Texto contexto - Enfermagem** Florianópolis, v. 29, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?%20pid=S010407072020000100201&amp;script=sci\\_arttext&amp;tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?%20pid=S010407072020000100201&amp;script=sci_arttext&amp;tlng=pt). Acesso em: 13 fev.2021.

OLIVEIRA, B. T. G. M.; SANTOS, M. C. V.; FAGUNDES, D. Q. **Experiências sobre o trabalho dos agentes comunitários de saúde na pandemia de covid-19**. Organizador: Túlio Batista Franco. – 1. ed. -- Porto Alegre, RS: Editora Rede Unida, p.246, 2022. (Série Interloquções Práticas, Experiências e Pesquisas em Saúde, v.13). E-book: 2.15 Mb; PDF Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/wp-content/uploads/2022/02/Livro-Experiencias-de-Trabalho-e-Cuidado-em-Saude-na-Pandemia-de-COVID-19.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2022.

OLIVEIRA, D. C. A Teoria de Representações Sociais como grade de leitura da saúde e da doença: a constituição de um campo interdisciplinar. In ALMEIDA, Ângela Maria de OLIVEIRA; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araujo (orgs). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2ª. Edição, p. 585-633, 2019.

OLIVEIRA, D. C. et al. Análise das Evocações livres: Uma técnica de análise estrutural das Representações Sociais. In: MOREIRA, A. S. P. et al. **Perspectivas teórico metodológicas em Representações Sociais**. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, p. 573-603, 2005.

OLIVEIRA, D.C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas: o saber/fazer a partir das representações sociais**. 2001. 225 f. Tese (Professor Titular) – Faculdade de

Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: [https://www.eean.edu.br/2017/detalhe\\_artigo.asp?id=714](https://www.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=714). Acesso em: 03 jun. 2022.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-76, out/dez 2008. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

OLIVEIRA, M. S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 19, n. 55, p. 180-186. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-69092004000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092004000200014). Acesso em: 13 fev. 2021.

OLIVEIRA, M. S. B. S. de. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.19, n.55, p. 180-186. 2004. Disponível em: &lt;  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010269092004000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092004000200014). Acesso em: 01 jun. 2022.

OLIVEIRA, M. S. B. S. Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici, **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v.19, n.55, p. 180-186. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010269092004000200014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269092004000200014). Acesso em: 01 Jun 2022.

OLIVEIRA, W. K. et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**. v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>>. Epub 27 Abr 2020. ISSN 2237-9622. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742020000200023>. Acesso em: 04 jan. 2023.

OLIVEIRA, W.K.; et al. Como o Brasil pode deter a COVID-19. . **Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n2/e2020044>. Acesso em: 18 ago. 2022.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Conselhos para o público: Doença coronavírus (COVID-19)**. Brasília- DF, 2020. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2008/v16n4/a569-576.pdf>. Acesso em: 27 out. 2021.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Brasília- DF, 2020. Disponível em: Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS Organização Pan-Americana da Saúde (paho.org). Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19#:~:text=Em%2031%20de%20dezembro%20de,identificada%20antes%20em%20seres%20humanos>. Acesso em: 18 out. 2021.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Nomeando a Doença Coronavírus (COVID-19) e o Vírus que a causa**. Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus>. Acesso em: 14 out. 2021.

OMS- Organização Mundial da Saúde. **Painel de emergência de saúde da OMS**. Brasília- DF, 2022. Disponível em: <https://covid19.who.int/region/amro/country/br>. Acesso em: 28 out.

2022.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **COVID-19 (doença causada pelo novo coronavírus)**. Folha Informativa, 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 14 out. 2021.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Fortalecer a resposta do sistema de saúde à COVID-19**. Recomendações para a Região Europa da OMS Sumário de políticas, 1.º de abril de 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19>. Acesso em 05 ago. 2022.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Explosão da mortalidade no epicentro amazônico da epidemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 7, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/brLpqWBrHQNZMxsSkhtG96D/?lang=pt#> . Acesso em: 18 ago. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Pandemia de COVID-19 afetou mulheres desproporcionalmente nas Américas**. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2022-pandemia-covid-19-afetou-mulheres-desproporcionalmente-nas-americas>. Acesso em: 28 set.2022.

ORGILÉS, M.; et al. Immediate psychological effects of the COVID-19: quarantine in youth from Italy and Spain. **PsyArXiv**, p. 1–13. 2020. Disponível em <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>. Acesso em: 13 dez. 2022

ORNELL, F.; SCHUCH, J. B.; SORDI, A. O.; KESSLER, F. H. P. Pandemia de medo e COVID-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. **Revista debates in psychiatry**. p. 2-7, 2020. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/ufrgs/noticias/arquivos/pandemia-de-medo-e-covid-19-impacto-nasaude-mental-e-possiveis-estrategias>. Acesso em: 12 fev.2021.

PACHECO, R.; MARTIMBIANCO, A.; RIERA, R. The COVID-19 pandemic and a reflection on the conduct of clinical trials in time of war. **Journal of Clinical Epidemiology**, p. 131–132, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.12.008>. Acesso em: 28 fev. 2022.

PALÁCIO, M. A.; TAKENAMI, I. Em tempos de pandemia pela COVID-19: o desafio para a educação em saúde. *Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia* [Internet]. v. 8, n. 2, p.10-15, 2020. Disponível em: <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=570567430003>. Acesso em: 06 jan. 2023.

PATEL, A.; et al. Quarantine an effective mode for control of the spread of COVID19? **A review. J Family Med Prim Care**. v. 9, n. 8, p. 3867-3871. Disponível em [https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc\\_785\\_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_785_20). Acesso em: 15 dez. 2022.

PEREIRA, M. F. I.; et al. Estudo descritivo da mortalidade por COVID-19 segundo sexo, escolaridade, faixa etária, região de saúde e série histórica: Estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2020 a agosto de 2021, **SciELO Preprints**, 2022. Disponível em: [10.1590/SciELOPreprints.3614](https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3614). Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3614>. Acesso em: 30 sep. 2022.

PEREIRA, M. F. I.; ROCHA, L. C.; SARTORI, L. F.; SOUZA, M. V.; LIMA, R. A. S. M.

de; RODRIGUES JÚNIOR, A. L. Estudo descritivo da mortalidade por COVID-19 segundo sexo, escolaridade, faixa etária, região de saúde e série histórica: Estado do Rio de Janeiro, janeiro de 2020 a agosto de 2021, 2022. Disponível em: [10.1590/SciELOPreprints.3614](https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3614). Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/3614>. Acesso em: 30 sep. 2022.

PEREIRA, M. M. M.; et al. The self-care theory of orem and its applicability as a theoretical framework: analysis of a survey. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 5, n. 4, p.896-900, jun. 2011 Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6733/5980>. Acesso em 27 out.2021.

PEREIRA, M. M. M.; XAVIER, S. S. M.; ARAÚJO M. G. P.; ET AL. A teoria do autocuidado de orem e sua aplicabilidade como marco teórico: análise de uma pesquisa. **Revista de Enfermagem UFPE on line** v. 5, n. 4, p. 896-900, jun. 2011. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/6733/5980#:~:text=A%20capacidade%20que%20o%20indiv%20C3%ADduo,pr%20C3%B3prias%20exig%20C3%AAncias%20terap%20C3%AAuticas%20de%20autocuidado>. Acesso em: 09 ago. 2022.

PIMENTEL, R. M. M. et al. A disseminação da covid-19: um papel expectante e preventivo na saúde global. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 135-140, abr. 2020 Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12822020000100017&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822020000100017&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 17 dez. 2022.

PONTES, A. M. **A dinamicidade do cuidado em saúde e enfermagem prestado a pessoas que vivem com HIV – aids no Brasil**. 2016. 340 f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

POSSA, L. B.; PADILLA, M.; PLENTZ, L. M.; GOSCH, C. S.; FERLA, A. A. Linha de Cuidado em COVID-19: dispositivo para organização do trabalho, gestão e educação centrado no cuidado das pessoas nos territórios. **Saúde em Redes**. v. 6, 2020. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3365>. Acesso em: 18 nov 2022.

PRADO, N. M. B. L., et al. Ações de vigilância à saúde integradas à Atenção Primária à Saúde diante da pandemia da COVID-19: contribuições para o debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 07, p. 2843- 2857, 2020. Disponível em: [10.1590/141381232021267.00582021](https://doi.org/10.1590/141381232021267.00582021). Acesso em 05 ago. 2022.

PRADO, R. T. et al. Communication in the management of the nursing care before the death and dying process. **Texto & Contexto - Enfermagem [online]**. 2019, v. 28. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0336>. Acesso em: 16 out. 2022.

QUEIRÓS, P. J. Autocuidado, transições e bem-estar. **Revista Investigação em Enfermagem**, v. 21, p. 5-7,2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/267328377\\_Autocuidado\\_transicoes\\_e\\_bem-estar](https://www.researchgate.net/publication/267328377_Autocuidado_transicoes_e_bem-estar). Acesso em: 11 ago. 2022.

QUEIRÓS, P. J. Conceitos disciplinares em uso por estudantes de licenciatura e de mestrado em enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**. v. 4, n. 2, p. 29-40, 2014. Disponível

em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239972004.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2022.

RAFAEL, R. M. R. R.; et al. Psychological distress in the COVID-19 pandemic: prevalence and associated factors at a nursing college. **Revista Brasileira de Enfermagem**. 2021, n. 74. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0023>. Acesso em: 17 nov. 2022

RAFAEL, R. M. R.; et al. Epidemiologia, políticas públicas e pandemia de Covid-19: o que esperar no Brasil? **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 28, 2020. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerej/article/view/49570/33134>. Acesso em: 14 out. 2021.

RIBEIRO-SILVA, R. C. et al. Implicações da pandemia COVID-19 para a segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 3421-3430, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mFBrPHcbPdQCPdsJYN4ncLy/?format=pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

ROCHA, G. K. et al. Avaliação do conhecimento da população do estado do Rio de Janeiro sobre a pandemia de Covid-19. **Vértices**, Campos dos Goitacazes, v. 23, n. 2, p. 538-559, 2021. Disponível em: <http://www.essentiaeditora.iff.edu.br/index.php/vertices/article/view/15642>. Acesso em: 17 dez 2022.

ROCHA, M. D.; Rocha, S. S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enfermagem** [Internet], v. 16, n. 2, p.361-364. 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483648967025>. Acesso em: 10 ago. 2022.

RODRIGUES, M. P.; LIMA, K. C.; RONCALLI, A. G. A representação social do cuidado no programa saúde da família na cidade de Natal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 71-82. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2008.v13n1/71-82/pt/>. Acesso em: 05 jan. 2023.

ROSSATO, L.; RIBEIRO, B. M. S. S. Scorsolini-Comin. F. Religiosidad/espiritualidad y salud en la pandemia de COVID-19. **Revista Nufen: Phenomenology and interdisciplinarity**. Belém, v. 14, n. 2, p. 1-13, 2022. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/22256#:~:text=Na%20sa%C3%BAde%2C%20a%20abertura%20para,distanciamento%20social%20e%20sa%C3%BAde%20mental>. Acesso em 13 out. 2022.

ROUQUETTE, M. L. (2005). As representações sociais no quadro geral do pensamento social. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno & S. M. Nóbrega (Eds.), **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. p. 189-199). João Pessoa: UFPB.

ROUQUETTE, M. L. As representações sociais no quadro geral do pensamento social. In A. S. P. Moreira, B. V. Camargo, J. C. Jesuíno & S. M. Nóbrega (Eds.), **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. p. 189-199. 2005. João Pessoa: UFPB.

ROUQUETTE, M. L. Representações e práticas sociais: alguns elementos teóricos. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). **Estudos interdisciplinares de**

**Representações Sociais.** 2. ed. Goiânia: AB. p. 39-46, 2000.

SÁ, C. P. A teoria do núcleo central das representações sociais. In Sá, C. P. **Núcleo central das representações sociais.** Petrópolis: Vozes. pp. 51 – 98, 1996-2002.

SÁ, C. P. **Representações sociais: Estudos de psicologia social: história, comportamento, representações e memória.** Rio de Janeiro: EDUERJ, 2015.

SÁ, C. P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, M. J. (Org.). **O conhecimento no cotidiano:** as representações sociais na perspectiva da psicologia social. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SÁ, M. L. L.; et al. Perfil epidemiológico da covid-19 em municípios do estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Saber Digital**, v. 13, n. 2, p. 111 – 121, 2020. Disponível em: <https://revistas.faa.edu.br/SaberDigital/article/view/904>. Acesso em: 28 out. 2022.

SÁ, C.P. Representações sociais: o conceito e o estado atual da teoria. In: M. J. Spin (Org.). **O conhecimento no cotidiano: as representações sociais na perspectiva da psicologia social.** São Paulo: Brasiliense SARS-CoV-2: taxonomy, origin and constitution. **Revista de Medicina**, São Paulo, v. 99, n. 5, p.473-9, set- out. 2020. Disponível em: Vista do SARS-CoV-2: taxonomia, origem e constituição (usp.br). Acesso em: 14 out. 2021.

SANT'ANA G.; SILVA, C. D.; VASCONCELOS, M. B. A. Espiritualidade e a pandemia da COVID-19: um estudo bibliográfico. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 71-77, 2020. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/726/440>. Acesso em: 16 nov.2022.

SANTANA, M. E. D. **O autocuidado diante de uma pandemia mundial.** TCC (Bacharel em Psicologia) - Faculdade Pernambucana de Saúde, Recife- PE, p. 2-20, 2021. Disponível em: <https://tcc.fps.edu.br/bitstream/fpsrepo/834/1/TCC%20O%20autocuidado%20diante%20de%20uma%20pandemia%20mundial.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2022.

SANTANA, M. E. D.; PAES, R.V. D. C. Cartilha o autocuidado diante de uma pandemia mundial. **Repositório institucional Faculdade Pernambucana de Saúde.** Disponível em: <http://tcc.fps.edu.br:80/jspui/handle/fpsrepo/835>. Acesso em: 27 nov.2021.

SANTOS, M. F.; RODRIGUES, J. F. S. COVID-19 e repercussões psicológicas durante a quarentena e o isolamento social: uma revisão integrativa. **Nursing**, São Paulo, v. 23 n.265, p. 4095-4100, jun.2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-1117615>. Acesso em: 06 jan. 2022.

SARTI, T. D.; et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 29, n. 2, 2020. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222020000200903#B2](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222020000200903#B2). Acesso em :13 fev.2021.

SCHUELER, P. O que é uma pandemia. **Bio-Manguinhos**, Ministério da saúde, Fiocruz,

Brasil, 28 julho 2021. Disponível em: <https://www.bio.fiocruz.br/index.php/br/noticias/1763-o-que-e-uma-pandemia>. Acesso em: 15 fev. 2021

SEBASTIÃO, M. L.; RODRIGUES, T. T. S. A higiene e a Covid-19: uma análise mista de uma faculdade privada de São Paulo. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/10807/6494>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SENHORAS, E. M. “COVID-19 e os padrões das relações nacionais e internacionais”. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, v. 3, n. 7, 2020. Disponível em: <https://revista.ioles.com.br/boca/index.php/revista/article/view/110> . Acesso em: 05 ago. 2022.

SEQUINEL, R. et al. Soluções a base de álcool para higienização das mãos e superfícies na prevenção da covid-19: compêndio informativo sob o ponto de vista da química envolvida. **Química Nova** [online]. 2020, v. 43, n. 5 p. 679-684. Disponível em: <https://doi.org/10.21577/0100-4042.20170553>. Acesso em: 06 jan. 2023.

SERPA, F. S.; et al. Vacinas COVID-19 e imunobiológicos. **Arquivos de Asma, Alergia e Imunologia**, v. 5, n. 2, 2021. Disponível em: [https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Costa-F-Silva/publication/353851734\\_Vacinas\\_COVID-19\\_e\\_imunobiologicos/links/6115820d1ca20f6f861b5228/Vacinas-COVID-19-e-imunobiologicos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Eduardo-Costa-F-Silva/publication/353851734_Vacinas_COVID-19_e_imunobiologicos/links/6115820d1ca20f6f861b5228/Vacinas-COVID-19-e-imunobiologicos.pdf). Acesso em: 05 ago. 2022.

SILVA, A. C. O. et al. Cloth masks as respiratory protections in the COVID-19 pandemic period: evidence gaps. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 73, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0239>>. Epub 18 Set 2020. ISSN 1984-0446.<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0239>. Acesso em: 10 dez. 2023.

SILVA, C. P.; ALBUQUERQUE, F. D. N.; LOPES, B. J. Representações sociais do desemprego, saúde mental e pandemia da covid-19 em uma pequena amostra brasileira. **Brazilian Journal of Health Review, Curitiba**. v.4, n.2, p.7249-7262, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/ojs/index.php/BJHR/article/view/27640/21864>. Acesso em: 17 out. 2022.

SILVA, F. W.; CAVALCANTI, V. G. S.; CALVILENZI, A. K. Representação social dos profissionais de enfermagem frente à pandemia da COVID-19. **Saúde Coletiva Barueri**, [S. l.], v. 12, n. 76, p. 10394–10405, 2022. Disponível em: <https://revistas.mpmcomunicacao.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/2498>. Acesso em: 19 out. 2022.

SILVA, I. D. J.; et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. [s. l.], v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000300028>. Acesso em: 6 out. 2021.

SILVA, L. S. C.; BEZERRA, A. M.; SALES, A. P. A.; SOUZA, V.S.; MARCHETTI, M. A. Teoria do autocuidado no ciclo gravídico-puerperal durante pandemia de covid-19: reflexão para a prática de enfermagem. **Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 6, p. 01-08, 2021. Disponível em:

<https://cdn.publisher.gn1.link/redcps.com.br/pdf/aop2155.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2022.

SILVA, L. S.; et al. Religião/espiritualidade e apoio social na melhoria da qualidade de vida da pessoa com cancro avançado. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 6, n. 23, p. 111-120, 2019. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/journal/3882/388262389012/html/#:~:text=A%20religiosidade%2Fe%20e%20o,%2C%20%26%20Borges%2C%202019>). Acesso em: 26 out. 2022.

SILVA, L. W. S.; et al. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re) descoberta na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** [online], v. 58, n. p. 471-475, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018>. Acesso em: 10 ago. 2022.

SILVA, N. B. Q.; et al. Condições de saúde e utilização da atenção básica pelos idosos: revisão integrativa Saúde em Redes. **Revista Rede Unida**, v. 8, 2022. Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/3655>. Acesso em: 20 out. 2022.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, S. B. V.; PADILHA, M. I. A Teoria das Representações Sociais nas pesquisas da Enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 64, n. 5, p. 947-51, set-out. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tbBQhKNdxBY7jGGLTQC3QtH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 28 out. 2021.

Soares, K. H. D.; et al. Medidas de prevenção e controle da covid-19: revisão integrativa. **REAS**, v.13, n. 2. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/6071/3956>. Acesso em: 06 jan. 2023.

SOARES, R. J. O. COVID-19 e Riscos Psicossociais: um alerta sobre o Suicídio. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 4, n. 1, p 1859-1870, 2021. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/23639>. Acesso em: 17 out. 2021.

SOUSA, A. R.; et al. Sentimento e emoções de homens no enquadramento da doença COVID-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 9, p. 3481-3491. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/BQS5NSyYS4v4kdKhwtSMWtH/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2022.

SOUSA, A.R.; CERQUEIRA, S. S. B.; SANTANA, T. S.; SUTO, C. S. S.; APARÍCIO, E. C.; CARVALHO, E. S. S. Significados e metáforas da Covid-19 na experiência de homens adultos que tiveram a doença. **Revista Baiana de Enfermagem**. 2022. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/43414/27632>. Acesso em: 02 nov. 2022.

SOUZA, C. T. V. et al. Cuidar em tempos da COVID-19: lições aprendidas entre a ciência e a sociedade. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 6. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00115020>. Acesso em: 12 ago. 2022.

SOUZA, M. L.; et al. O cuidado em enfermagem - uma aproximação teórica. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 14, n. 2, p.266-70. Abr-Jun,2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/?lang=pt&format=pdf>. Acesso

em: 10 ago. 2022.

SOUZA, R. D. O. A saúde no Brasil recente: elementos da política de (não) enfrentamento à covid-19. **Revista Humanidades e Inovação**, v.8, n.35, p. 36-52, 2021. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/5341>. Acesso em: 01 ago. 2022.

SPEZANI, R. S.; et al. Análise estrutural das representações da COVID-19 entre fiéis da Umbanda na Cidade do Rio de Janeiro. **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10014> 10014-Article-138721-1-10-20201122 (3).pdf. Acesso em: 08 nov. 2021.

STEINMAN, M. A.; PERRY, L.; PERISSINOTTO, C. M. Meeting the Care Needs of Older Adults Isolated at Home During the COVID-19 Pandemic. **JAMA Internal Med**, [s.l.], v. 180, n. 6, p. 819-820, abr. 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2764748>. Acesso em: 21 fev. 2022.

TAVARES, C. Q. Dimensões do cuidado na perspectiva da espiritualidade durante a pandemia pelo novo coronavírus (COVID-19). **Journal Health NPEPS**, [s.l.], v. 5, n. 1, p. 1-4, 2020. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1095168/4517-15943-1-pb.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2022.

TEIXEIRA, C. F. D. S.; et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online], v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>>. Epub 28 ago. 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 23 ago. 2022.

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020. Disponível em: <http://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/a-saude-dos-profissionais-de-saude-no-enfrentamento-da-pandemia-de-covid19/17634?id=17634&id=17634&id=17634>. Acesso em: 05 ago. 2022

TEIXEIRA, C. F. S. et al. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid-19. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2020, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>. Acesso em: 06 jan. 2023

TEIXEIRA, J. A. S.; TSIGARIS, P.; ERFANMANESH, M. Publishing volumes in major data bases related to Covid-19. **Scientometrics**. v. 126, n. 1, p. 831-842, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32904414/#:~:text=Based%20on%20both%20databases%2C%20the,Covid-19-related%20papers>. Acesso em: 17 nov. 2022.

TEIXEIRA, M. Lewandowski defende que governo apresente plano de vacinação contra Covid-19 e marca julgamento. **Folha de São Paulo**. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/11/lewandowski-defende-que-governo-apresente-plano-de-vacinacao-contracovid-19-e-marca-julgamento.shtml> . Acesso em: 05 ago. 2022.

TOSOLI, M. G.; et al. Cuidado relacional no contexto da covid-19: representações sociais da autonomia profissional para enfermeiros. **Diálogos Interdisciplinares**. v. 10, n. 1, p.152-171, 2020. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/dialogos/article/view/1118>. Acesso em: 20 nov. 2022.

TRAVASSOS, C. A investigação em serviços de saúde e a pandemia de COVID-19. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <https://www.rets.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/arquivos/biblioteca/covid19-volume6.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

UNFPA, Brasil. **COVID-19: Um Olhar para Gênero**. Resumo técnico, março 2020. Disponível em: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Portuguese-covid19\\_olhar\\_genero.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Portuguese-covid19_olhar_genero.pdf). Acesso em: 28 set. 2022

UOL. **Bolsonaro cobra que paciente se responsabilize para assinar MP da vacina**. 15 dez. 2020. Disponível em: <https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2020/12/15/bolsonaro-cobra-que-paciente-se-responsabilize-para-assinar-mp-da-vacina.htm> .Acesso em: 05 ago. 2022.

VALA, J. Representações sociais e psicologia social do conhecimento cotidiano. In: J. Vala; M.B. Monteiro (Orgs.) **Psicologia social**. Lisboa: Calouste Gulbenkian, 2000.

VALOIS, B. R. G. **Representações sociais da aids por enfermeiras das redes básica e hospitalar**. - 2012. 156 f. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

VASCONCELOS, F. M. **Mídia e conservadorismo: o globo, a folha de S. Paulo e a ascensão política de Bolsonaro e do bolsonarismo 2021**. 276 folhas: il. 30 cm. Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco – PPGSS/UFPE.

VILLEGAS-CHIROQUE, M. Pandemia COVID-19: luta ou fuga: Pandemia COVID-19: luta ou fuga. **Revista Experiência em Medicina do Hospital Regional de Lambayeque**, v. 6, n. 1, mar. 2020. Disponível em: <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/424>. Acesso em: 30 maio. 2022.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações sociais, representações individuais e comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamericana Journal of Psychology**, [s.l.], 2007, v. 41, n. 3, p. 379-390, 2007. Disponível em: <v41n3a13.pdf> (bvsalud.org). Acesso em: 15 out. 2021.

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamericana Journal of Psychology**, v. 41, n. 3. p. 379-390, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>. Acesso em: 30 maio. 2022

WACHELKE, J. F. R.; CAMARGO, B. V. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia/Interamericana Journal of Psychology**, v.41, n. 3. p. 379-390, 2007. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n3/v41n3a13.pdf>. Acesso em: 30 maio. 2022.

WALDOW, V. R. Cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, dez. 1997. Disponível em: [http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe\\_artigo.asp?id=1929#:~:text=O%20cuidar%20foi%2C%20por%20um,seus%20curr%C3%ADculos%2C%20o%20cuidado%20humano](http://revistaenfermagem.eean.edu.br/2017/detalhe_artigo.asp?id=1929#:~:text=O%20cuidar%20foi%2C%20por%20um,seus%20curr%C3%ADculos%2C%20o%20cuidado%20humano). Acesso em: 15 out. 2021.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis (RJ): Vozes; 2006.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo v.24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>. Acesso em 18 out. 2021.

WALDOW, V. R.; Borges, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>>. Epub 01 ago. 2011. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000300017>. Acesso em: 10 ago. 2022.

WALLACE, C. L. et al. Grief During the COVID-19 Pandemic: considerations for palliative care providers: Considerations for Palliative Care Providers. **Journal Of Pain and Symptom Management**, Elsevier BV, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsym-man.2020.04.012>. Acesso em: 20 dez. 2022.

WERNECK, G. L.; CARVALHO, M. S. A pandemia de COVID-19 no Brasil: crônica de uma crise sanitária anunciada. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.36, n. 2020. Disponível em: <http://cadernos.ensp.fiocruz.br/csp/artigo/1036/a-pandemia-de-covid-19-no-brasil-cronica-de-uma-crise-sanitaria-anunciada>. Acesso em: 06 jan. 2023.

WHO- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions**. Scientific Brief, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/transmission-of-SARS-CoV-2-implications-for-infection-prevention-precautions>. Acesso em: 15 out. 2021.

WILLRICH, J. Q.; et al. The (mis)government in the COVID-19 pandemic and the psychosocial implications: discipline, subjection, and subjectivity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2022, n.56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0550>. Acesso em: 22 out. 2022.

WILLRICH, J. Q.; KANTORSKI, L. P.; GUEDES, A. C.; ARGILES, C. T. L.; SILVA, M. S. S. J.; PORTELA, D. L. The (mis)government in the COVID-19 pandemic and the psychosocial implications: discipline, subjection, and subjectivity. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. 2022, v. 56. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0550>. Acesso em: 20 dez. 2022.

XIONG, J.; et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 55–64, 2020. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>. Acesso: 15 fev. 2022.

YAGIU, H.; et al. Participação social de lideranças comunitárias em um contexto de desigualdade social e no enfrentamento da pandemia da COVID-19: um enfoque psicossocial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 2, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/HGkK97kXYSGNBcQpZzrhxkt/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 25 mar. 2021

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. world report, v. 395. 676, 2020. Disponível em: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic\\_por.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf). Acesso em: 20 dez. 2022.

ZEFERINO, M. T. et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 345-350, jul./set. 2008Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n3/v16n3a08.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2022.

ZHU, N.; et al. Um novo coronavírus de pacientes com pneumonia na China. **The New England Journal of Medicine** [Internet]. 2020. v. 382, n. 8, p. 727-733, 2020. Disponível em: <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2001017> . Acesso em: 08 ago. 2022.

**APÊDICE A: Termo anuência institucional - ESF**

**TERMO DE ANUÊNCIA**

Valença-RJ, 19 de 06 de 2022.

Pelo presente o (a) coordenador (a), da **Estratégia de Saúde da Família** manifesta sua anuência ao desenvolvimento do Projeto de Pesquisa intitulado **Representação social da COVID-19 e do cuidado à pessoa com coronavírus em tempos de pandemia** a ser desenvolvido por Keila Pereira Da Silva orientado pela Profª. Dra. Denize Cristina de Oliveira da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Esta instituição esta ciente de suas corresponsabilidades como Instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso em propiciar as condições necessárias ao pleno desenvolvimento da etapa de coleta de dados do projeto, e no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados disposta de infraestrutura necessária para isso.

  
Assinatura do responsável pela Instituição

Josilene Guimarães de Azevedo  
Diretora da Atenção Primária  
à Saúde

Carimbo do responsável pela Instituição

**APÊNDICE B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORONAVÍRUS E DA COVID-19 E SUAS LIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO PESSOAL, PROFISSIONAL E SOCIAL: sub-projeto A REPRESENTAÇÃO SOCIAL DA COVID-19 PARA A POPULAÇÃO E DO CUIDADO À PESSOA COM CORONAVÍRUS EM TEMPOS DE PANDEMIA, conduzida pela Prof<sup>a</sup>.

Dra. Denize Cristina de Oliveira e no sub-projeto pela aluna Keila Pereira da Silva. Este estudo tem por objetivos analisar os conhecimentos e modos de pensar o Coronavírus e a COVID-19 e as relações desses conhecimentos com as práticas de cuidado de si, de cuidado do outro e do cuidado profissional de saúde, com vistas ao enfrentamento do medo, da ansiedade e dos rumores relacionados à COVID-19.

Você foi selecionado(a) por estar dentro dos critérios de inclusão da pesquisa, que são ter 18 anos ou mais, e/ou ser profissional de saúde que realiza/ou atendimento a pacientes com COVID-19, inseridos em diferentes níveis de atenção. Sua participação não é obrigatória. A qualquer momento, você poderá desistir de participar da pesquisa e retirar o seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízo a você.

Os resultados desta pesquisa poderão gerar benefícios a você e a sociedade brasileira com o melhor conhecimento do Coronavírus e da COVID-19, gerando impactos de melhoria das práticas de autocuidado, de cuidado do outro e do cuidado profissional. Os possíveis riscos desta pesquisa são gerar sensação de desconforto e sentimentos desagradáveis a partir do acesso a memórias de vivências durante o período da pandemia da COVID-19. No entanto, a entrevista será conduzida com atenção as suas expressões, onde você será orientado a manifestar, a qualquer momento, sentimentos de desconforto, tristeza ou ansiedade, e se necessário, a entrevista será encerrada abrindo-se espaço para uma fala livre.

Sua participação na pesquisa não é remunerada, nem implicará em gastos para você. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário sociodemográfico e outro de associação de ideias, e ainda a participação em uma entrevista, online ou presencial, que será gravada em áudio, com o auxílio de gravador ou do próprio aplicativo virtual. O link para acesso a plataforma na qual será realizada a entrevista será enviado diretamente e individualmente para você, a fim de que não haja a multiplicação de acessos.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais e não serão divulgados de forma

individual, visando assegurar o sigilo da sua participação. As gravações serão posteriormente transcritas sem qualquer forma de identificação da sua identidade.

O pesquisador responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada, sem qualquer identificação de indivíduos participantes.

Caso você concorde em participar desta pesquisa, assine ao final deste documento, que possui duas vias, sendo uma delas sua e a outra da coordenadora da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Contatos da coordenadora da pesquisa: Denize Cristina de Oliveira, Enfermeira, Professora da Faculdade de Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro, email: dcouerj@gmail.com, Telefone: 21 99307-1771.

Rubrica do participante

Rubrica do pesquisador

Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180. O CEP COEP é responsável por garantir a proteção dos participantes de pesquisa e funciona às segundas, quartas e sextas-feiras, das 10h às 12h e 14h às 16h. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação nesta pesquisa, e que concordo em participar. Rio de Janeiro, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2022. Nome do(a) participante:

Assinatura:

Nome do(a) pesquisador: Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira Assinatura:

Nome do(a) pesquisador: Keila Pereira da Silva Assinatura:

## APÊNDICE C - Roteiro de entrevista semiestruturada

### Projeto “CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORONAVÍRUS E DA COVID-19 E SUAS LIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DO CUIDADO PESSOAL, PROFISSIONAL E SOCIAL”

Entrevista número: \_\_\_\_\_ Horário de início: \_\_\_\_\_ Horário \_\_\_\_\_ de término: \_\_\_\_\_

**APRESENTAÇÃO:** Caro (a) senhor (a), a pesquisa conduzida pela Dra. Denize Cristina de Oliveira e Keila Pereira da Silva pretende conhecer o que o (a) senhor (a) pensa sobre a COVID-19 e sobre as medidas de cuidado necessárias durante o período de pandemia.

#### 1 - Fale sobre o que o (a) senhor (a) pensa sobre a COVID -19.

Explorar

- Informações sobre COVID-19;
- Conceitos pessoais, diferentes concepções, metáforas, imagens;
- Sentimentos e posicionamentos frente a COVID-19;
- Experiências ligadas a COVID-19.

#### 2- Fale sobre os contatos que teve com pessoas com COVID-19.

Explorar

- Sentimentos ligados a COVID-19
- Cuidados para prevenção da doença
- Medidas tomadas ao saber diagnóstico

#### 3-Fale sobre a prevenção da COVID-19. Explorar

Vacina; Uso de máscara; Isolamento social; Distanciamento social; Lavagem das mãos; Uso de álcool.

- Os cuidados de saúde considerados importantes pelo participante na prevenção da COVID-19.
- Medidas preventivas adotadas para os cuidados com a saúde de si e do outro.

**4)Fale sobre o isolamento social**

Explorar

- Já ficou em isolamento
- Estava com coronavírus
- Como foi o isolamento
- Quais sentimentos relacionados

**5- Com relação ao cuidado à pessoa com coronavírus (COVID-19) fale o que pensa sobre. Explorar**

- Formas de cuidados
- Como aconteceu, sentimentos relacionados

Observações:

---

---

---

---

**APÊNDICE D** – Quadro de categorização das entrevistas

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continua)

Temas	Nº UR's	Categoria 01	Nº UR's	%
Fiquei em isolamento	126	<b>Dimensão do cuidado e si e do outro frente à COVID-19</b>	<b>855</b>	<b>31,6</b>
Usar máscara	117			
Sempre tomando cuidado com a COVID-19	79			
Higienizava tudo	42			
Distanciamento	41			
Lavar as mãos	40			
Ficar de quarentena	36			
Cuidar da pessoa com COVID-19	32			
Lavar roupa	30			
Evitar aglomeração	27			
Não uso máscara	26			
Me prevenir	25			
Tomou medicamento como prevenção	22			
Não fiquei em isolamento	21			
Fiquei em casa em isolamento	15			
Lavar alimentos	10			
Seguir protocolo	06			
Me proteger	06			
Cuidado em casa	05			
Fazer atividade física	05			
Afastou dos familiares	05			
Não tenho cuidado	04			
Higiene dos talheres	04			
Cuidado com a máscara	04			
Usar luva	03			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continuação)

Deixar roupa fora de casa	03			
Arejar o ambiente	03			
Fez isolamento com os familiares	03			
Cuidado é importante	02			
Cuidado foi bom	02			
Separar objeto	02			
Isolamento forma de proteção	02			
EPI	01			
Máscara como proteção	01			
Limpar casa	01			
Repouso	01			
Precaução	01			
Não me protegi	01			
Sem acesso à higiene	01			
<b>Temas</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>Categoria 02</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>%</b>
Medo de pegar COVID-19	73	<b>Dimensão afetivo-attudinal da COVID-19</b>	<b>555</b>	<b>20,5</b>
Tristeza	50			
Muito ruim ficar em isolamento	31			
Isolamento foi horrível	29			
Visão positiva do isolamento	23			
Isolamento foi bom	22			
O isolamento afastou as pessoas	21			
Ansiedade	20			
Preocupação com a COVID-19	19			
Esperança que melhore	18			
Tranquilidade para lidar com a pandemia	17			
Psicológico afetado	14			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continuação)

Pessoas não respeitavam	12			
Sufrimento com a pandemia	11			
Isolamento atrapalhou	11			
Respeito com o próximo	10			
Medo da morte	09			
Ter respeito pelo próximo	09			
Máscara representa dor e sofrimento	09			
Sentimento de prisão com o isolamento	08			
Isolamento é uma prisão	08			
Medo de acontecer algo	08			
Frustração	07			
Depressão	07			
Ter fé em Deus	07			
Medo de pegar na família	07			
Incomodo com a máscara	07			
Cismada com a COVID-19	06			
Enfrentar a COVID-19	06			
Desespero	05			
Terror	05			
Medo de sair	04			
Angústia	04			
Pânico	04			
Empatia	04			
Nervoso	04			
Insegurança	04			
Foi difícil ficar em isolamento	04			
Foi difícil	03			
Isolamento causou ansiedade	03			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continuação)

Isolamento causou ansiedade	03			
Impotência	03			
Não teve medo da COVID-19	03			
Medo de ir ao trabalho	03			
Pavor	03			
Alívio	03			
Calma	02			
Amor	02			
Raiva	02			
Atenção	02			
Medo de ser hospitalizada	02			
Culpa por transmitir COVID-19	02			
Saudade	02			
Pensar no próximo	02			
Medo do isolamento	02			
Medo de ficar desempregado	01			
resiliência	01			
receio	01			
medo de dormir	01			
medo do futuro	01			
Felicidade ao acordar	01			
Discriminação	01			
Isolamento é importante	01			
<b>Temas</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>Categoria 03</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>%</b>
Tomei a vacina contra COVID-19	82			
Insegurança com a Vacina	54			
Vacina é eficaz	45			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continuação)

Pegou COVID-19 vacinado	27	<b>Percepções sobre a vacina contra o coronavírus</b>	298	11,1
Não queria tomar a vacina	22			
Vacina é boa	20			
Vacina reduziu as mortes	20			
Vacina é importante	12			
Reação vacinal	10			
Medo da vacina	10			
Vacina é proteção	07			
Discordo com a vacina contra a COVID-19	03			
Felicidade com a vacina	03			
Discordo com a vacina	01			
Não acredito na vacina	01			
Efeito adverso da vacina	01			
<b>Temas</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>Categoria 04</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>%</b>
Mal posicionamento do governo	78	<b>Dimensão político-governamental e socio-estrutural da pandemia de COVID-19</b>	296	10,9
Negligência política	29			
Governo negou a vacina	24			
Falta de recursos na pandemia	22			
Demora para vacinação	16			
Fechamento do comércio	15			
Outros países conduziram melhor que o Brasil	14			
Morreu pela falta de vacina	10			
Fala do presidente prejudicou	08			
Governo foi culpado pelas mortes	08			
Bom posicionamento do governo	08			
Descaso por parte do governo	07			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continuação)

COVID-19 quebrou a economia	07			
Problemas financeiro	07			
Briga entre governador e presidente	06			
Não teve política pública	06			
Pandemia trouxe impacto	05			
Governo não poderia indicar uso de medicamento	04			
Ônibus superlotados	04			
Superfaturamento	04			
Presidente desrespeitou as vidas perdidas	04			
Morte por falta de oxigênio	03			
Falta de álcool em gel no hospital	02			
Falta de álcool no comércio	02			
Presidente não usava máscara	01			
Insônia	01			
Pessoas fizeram estoque de alimento	01			
<b>Temas</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>Categoria 05</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>%</b>
Profissionais de saúde atuaram	68	<b>Dimensão da organização dos serviços de saúde da pandemia de COVID-19</b>	263	9,7
Hoje a pandemia melhorou muito	46			
Visão positiva do serviço de saúde	39			
Demora no diagnóstico da COVID-19	24			
Problemas no hospital	14			
Profissionais atenderam bem	13			
Falta material no SUS	10			
Visão negativa do serviço de saúde	10			
Falta de estrutura no SUS	08			
Abertura de postos de saúde	05			
SUS foi bom	04			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continuação)

Médicos negligentes	04			
Não trabalhava no isolamento	03			
Pegou COVID-19 no isolamento	03			
Superlotação no hospital	03			
Morreram muitos profissionais da saúde	03			
Falta de álcool em gel no hospital	02			
Secretário de saúde fez orientações	02			
COVID-19 gerou emprego para profissionais	01			
Hoje os profissionais estão mais tranquilos	01			
<b>Temas</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>Categoria 06</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>%</b>
Sintomas de COVID-19	63	<b>Dimensão da Informação sobre a COVID-19</b>	<b>236</b>	<b>8,7</b>
Conscientizar a população	32			
Muita gente desinformada	25			
Informação por meio da mídia	17			
Tive contato com COVID-19	15			
Pessoas não acreditava na doença	14			
Pessoas não tinham conhecimento	13			
Precisou ficar hospitalizada	13			
COVID-19 sofreu várias mutações	09			
Não tive contato com COVID-19	07			
Dúvidas	06			
Pessoas não tem conhecimento	05			
Pegou nas pessoas com baixa imunidade	04			
Aprender a conviver com a COVID-19	03			
Fake news	02			
Não aceita orientação	02			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (continuação)

Deveria ter estudado mais a COVID- 19	02			
Nunca vi uma pandemia	01			
Precisou ficar hospitalizada	01			
Insônia	01			
COVID-19 vai acontecer novamente	01			
<b>Temas</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>Categoria 07</b>	<b>Nº UR's</b>	<b>%</b>
Morte de pessoas saudáveis	53	<b>Dimensão conceitual da COVID-19</b>	<b>202</b>	<b>7,5</b>
Muitas mortes	23			
COVID-19 é uma doença inventada em laboratório	11			
COVID-19 é horrível	11			
COVID-19 atrapalhou	10			
COVID-19 é um ensinamento	09			
COVID-19 é uma doença séria	08			
Colocava no saco preto para enterrar	07			
COVID-19 é um vírus que veio da China	06			
COVID-19 é uma doença contagiosa	05			
COVID-19 é de origem animal	05			
Perigosa para o grupo de risco	05			
COVID-19 era mortal	05			
Não perdi pessoas com COVID-19	05			
Morte de idosos	04			
COVID-19 é uma praga	04			
COVID-19 é uma tristeza	04			
COVID-19 aumentou a obesidade	04			

**Quadro 3-** Quadro de categorização das entrevistas (conclusão)

COVID-19 veio para destruir	04		
COVID-19 pior que outras doenças como câncer e IST	04		
COVID-19 é um merecimento	03		
COVID-19 é perigosa	03		
COVID-19 doença diferente	03		
COVID-19 é uma doença que surgiu no âmbito social	02		
Morte de pessoas jovens	02		
COVID-19 é uma doença fatal	01		
COVID-19 foi um caos	01		

**APÊNDICE E** – Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor  
“COVID-19”

**Quadro 4-** Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19” (continua)

<b>TERMO PADRONIZADO</b>	<b>TERMOS EVOCADOS</b>
Acabar	Acabasse;
Aglomeraco	Aglomeraco; festa
Agressivo	Agressivo;
Alerta	Alerta
Alivio	Alivio;
Amor	Amor ao prximo;
Ansiedade	Ansiedade; angstia; nervosismo; apreensiva; apreenso; aflico; desespero;
Aprendizado	Aprendizado; repensar a vida; aprendizados;
Economia	Atrapalhou o financeiro; falncia econmica;
Atrapalha	Atrapalhou;
Aumento PA	Aumento da presso
Bactria	Bactria
Batalha	Batalha;
Respeito	Boa educao;
Estrutura	Boa estrutura na cidade;
Bolsonaro	Bolsonaro
Caixo	Caixo;
Cansao	Cansao
China	China;
Companheirismo	Companheirismo;
Complexidade	Complexidade;
Complicaes	Complicaes;
Informao	Conscientizao; informao;
Contaminao	Contgio;
Convivncia	Convvio;
Corrupo	Corrupo;
Crianas	Crianas;
Cuidado	Cuidado;
Desastre	Desastre; praga; destruio; peste;
Descaso	Descaso
Descaso	Descaso;
Desconhecido	Desconhecido; incompreensvel; incompreenso;
Desemprego	Desemprego;
Desolao	Desolao;
Despreparo	Despreparo;
Dificuldade	Difcil; dificuldade;

**Quadro 4-** Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19” (continuação)

Distanciamento	Distanciamento ; distanciar não pode ter evento; distanciamento familiar;
Doença	Doença irreconhecível; doença;
Sintomas	Dor de cabeça; falta de ar;
Dúvida	Dúvida
Enfrentamento	Enfrentamento;
Esperança	Esperança
Evitar aglomeração	Evitar aglomeração;
Evitar	Evitar;
Fake News	Fake News
Fake News	Fake News;
Desprezo	Falta de amor;
Desobediência	Falta de respeito; desrespeito coletivo; descuido;
Família	Família;
Fé	Fé na melhora; fé
Fome	Fome;
Fragilidade	Fragilidade
Governo	Governo;
Deus	Gratidão a Deus;
Risco	Grupo de risco; riscos;
Higiene	Higiene das mãos; higiene;
Hospital	Hospital;
Idosos	Idosos;
Impotência	Impotência
Incapacidade	Incapacidade;
Incerta	Incerteza;
Infeciosa	Infeciosa
Insegurança	Insegurança
Insônia	Insônia;
Irresponsabilidade	Irresponsabilidade
Isolamento	Isolamento; solidão; look doow.
Medo	Medo; terror; pavor; pânico; medo de morrer;
Medo	Medo; assustador; desespero;
Mentira	Mentira
Miséria	Miséria;
Mudança	Mudança; esperança de mudança;
Mudança	Mudanças;
Mundo	Mundo;
Interminável	Não vai acabar; aumento dos casos, sem solução;
Negligência	Negligência
Oportunidade	Oportunidade;
Oportunismo	Oportunismo;

**Quadro 4-** Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19” (continuação)

Orientação	Orientação
Pandemia	Pandemia
Pensar no próximo	Pensar no próximo;
Pequenas empresas	Pequenas empresas;
Morte	Perca; morte; perda; medo de pegar nos pais; receio; mortes; perdas; luto; pensar em morrer;
Perigosa	Perigosa;
Pessoas desacreditam	Pessoas desacreditam;
Pobreza	Pobreza;
Política pública	Política pública social;
Política	Política;
Precaução	Precaução
Prejudicial	Prejudicial;
Prejuízo moral	Prejuízo moral
Preocupação	Preocupação;
Preparado	Preparado;
Prevenção	Prevenção;
Abalo	Problema- psicológico;
Profecia	Profecia bíblica;
Propagação	Propagação;
Proteção	Proteção; proteção de si
Próximo	Próximo;
Quarentena	Quarentena;
Recomeço	Recomeço
Reflexão	Reflexão;
Responsabilidade	Responsabilidade
Ruim	Ruim; malvada; caos; horrível;
Salvação	Salvação com a vacina; salvação;
Saúde	Saúde;
Sentimento	Sentimento;
Serviço	Serviço;
Sociedade	Sociedade;
Sufrimento	Sufrimento; Tristeza; triste; dor; sofrimento; infelicidade; depressão; transtorno; vazio
Solucionar	Solução;
Trabalho	Trabalho;
Tratamento	Tratamento;
Sequela	Trombose; sequela;
União	União;
Máscara	Uso de máscara;
UTI	UTI
Vacina	Vacina; vacinação; vacina eficaz; Pfizer; coronovac;
Vida	Vida;

**Quadro 4-** Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “COVID-19” (conclusão)

Vírus	Vírus
Voltar ao normal	Voltar ao normal;
Vulnerabilidade	Vulnerabilidade;

**APÊNDICE F – Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor  
“Cuidado de saúde à pessoa com COVID-19”**

**Quadro 5-** Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “Cuidado de saúde à pessoa com coronavírus” (continua)

<b>TERMO PADRONIZADO</b>	<b>TERMO EVOCADO</b>
Abraço	Abraço;
Aceitação;	Aceitar
Agitada	Agitada;
Aglomeraco	Aglomeraco
Álcool em gel	Álcool em gel; álcool;
Alimentaco	Alimentaco; boa alimentaco
Amizade	Amizade; amigos
Amor	Amor; empatia; carinho; gentileza; afeto; amor e coragem; compaixo; zelo
Ansiedade	Ansiedade; angstia;
Ansiedade	Angstia; ansiedade;
Apoio social	Ajuda
Aproximaco	Aproximaco
Atenco	Escutar; atenco; conversar; ouvir; foco;
Autocuidado	Autocuidado;
Boa	Boa;
Caridade	Caridade
Cincia	Ouvir a Cincia;
Cloroquina	Cloroquina
Companheirismo	Presena;
Companheirismo	Ficar perto; no abandonar; parceria; Companhia;
Comportamento	Comportamento;
Contaminao	Contaminao;
Cuidado	Cuidado; precauo; cautela; cuidado de si; cuidado com o outro; cuidar; cuidado pessoal;
Decepo	Decepo
Dedicaco	Dedicaco
Descaso	Descaso;
Destemido	Destemido;
Deus	Deus
Difícil	Difícil;
Direito	Direito;
Distanciamento	Distanciamento; evitar contato; distncia;
Dvida	Dvidas;
Emocional	Emocional;
Esperana	Esperana;
Estar bem para cuidar	Estar bem para cuidar;

**Quadro 5-** Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “Cuidado de saúde à pessoa com coronavírus” (continuação)

Exame	Exame;
Exercitar	Exercitar;
Família	Família para cuidar; apoio familiar; família; parentes;
Fazer	Fazer; estou pronta; fazer;
Fé	Fé em Deus; fé; milagre;
Fidelidade	Fidelidade;
Financeiro	Financeiro
Força	Força;
Hidratar	Hidratar;
Higiene	Limpeza; higiene; higiene das mãos; lavar as mãos; higienização; sapatos fora de casa; higiene das roupas;
Hospital	Hospital;
Humanidade	Humanidade;
Idosos	Idosos;
Informação	Informação; conscientização; orientar ir ao médico; conhecimento; orientação; bom senso; consciência; compreensão
Internação	Internação;
Isolamento	Isolamento; solidão; separação;
Luva	Luva;
Máscara	Máscara; uso de máscara;
Medicamentos	Medicação; medicamento; medicamentos; remédio;
Médico	Médico;
Medo	Medo; receio; horrível; perda;
Medo	Medo; receio;
Melhorar	Restabelecer; melhorar;
Monitorar	Monitoramento;
Monitorização	Monitorização;
Morte	Perda;
Morte	Perda;
Não pegar	Não pegar
Não tenho medo	Não tenho medo;
Natureza	Natureza;
Obrigaçã	Obrigaçã
Oportunidade	Oportunidade
Otimismo	Otimismo;
Paciência	Paciência;
Perseverar	Perseverança;
Prazer	Prazer;
Precauçã	Precauçã; EPIS;
Preocupaçã	Preocupaçã

**Quadro 5-** Dicionário de padronização das evocações livres ao termo indutor “Cuidado de saúde à pessoa com coronavírus” (conclusão)

Prevenção	Prevenção;
Profissional da saúde	Profissionalismo; profissional da saúde;
Proteção	Proteção; medida de proteção;
Qualidade	Qualidade;
Re-contaminação	Pega de novo.
Recuperação	Recuperação;
Repouso	Repouso;
Responsabilidade	Responsabilidade;
Rezar	Rezar;
Risco	Risco de vida; risco; arriscado;
Rotina	Rotina; disciplina; dia a dia;
Salvação	Salvação
Saúde	Saúde;
Segurança	Segurança;
Sem preconceito	Sem preconceito
Sequela	Sequelas;
Sintomas	Sintomas; mal-estar;
Sobreviver	Sobreviver; sobrevivência
Sufrimento	Sufrimento
Solidariedade	Solidariedade;
Trabalho	Trabalho
Tranquilidade	Tranquilizar; paz; calma;
Tratamento	Tratamento;
Tristeza	Tristeza;
União	União;
Vacina	Vacina
Vizinhos	Vizinhos

## APÊNDICE G – Relatório Rangmot da análise EVOC do termo “COVID-19”

fichier initial : C:\Users\silva\Desktop\Analyse EVOC  
 COVID\covid.Tm2 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS  
 Nous avons en entree le fichier : C:\Users\silva\Desktop\Analyse EVOC COVID\covid.Tm2  
 ON CREE LE FICHER : C:\Users\silva\Desktop\Analyse EVOC COVID\covid.dis et C:\Users\silva\Desktop\Analyse EVOC COVID\covid.tm3

ENSEMBLE DES MOTS		RANGS					
		:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *
aglomeração		: 5 :	0*	0*	3*	2*	
moyenne :	3.40						
agonia		: 2 :	0*	0*	1*	1*	
amor		: 5 :	0*	2*	2*	1*	
moyenne :	2.80						
ansiedade-angústia		: 23 :	4*	9*	5*	4*	1*
moyenne :	2.52						
assustador		: 1 :	1*				
catástrofe-mundial		: 12 :	7*	1*	1*	1*	2*
moyenne :	2.17						
china-itália		: 1 :	0*	1*			
consciência		: 2 :	0*	0*	1*	1*	
conhecimento		: 1 :	1*				
consciência		: 1 :	0*	0*	0*	1*	
contágio		: 2 :	1*	0*	0*	0*	1*
convívio		: 1 :	1*				
crise-econômica-finaceira		: 1 :	0*	1*			
crise-econômico-social		: 1 :	0*	0*	1*		
cuidados		: 24 :	5*	5*	6*	4*	4*
moyenne :	2.88						
cura		: 4 :	0*	1*	1*	2*	
descaso		: 1 :	0*	1*			
desconhecido		: 1 :	0*	0*	0*	0*	1*
descuido		: 1 :	0*	0*	0*	1*	
desemprego		: 8 :	0*	2*	5*	1*	
moyenne :	2.88						
desgoverno		: 9 :	1*	3*	1*	2*	2*
moyenne :	3.11						
desigualdade-social		: 6 :	1*	1*	1*	2*	1*
moyenne :	3.17						
desrespeito		: 2 :	0*	1*	0*	1*	



perda		:	1	:	0*	0*	1*		
perigo		:	2	:	0*	1*	1*		
prevenção		:	20	:	3*	3*	5*	6*	3*
preveção	moyenne :		3.15	:	1	:	0*	0*	1*
profecia		:	2	:	2*				
proteção		:	7	:	1*	2*	2*	0*	2*
recomeçar	moyenne :		3.00	:	2	:	0*	1*	0*
				:	0*	0*	1*	0*	1*
reorganização-mundial		:	2	:	0*	0*	1*	0*	1*
reorganização-social		:	1	:	1*				
respeito		:	2	:	0*	1*	0*	1*	
responsabilidade		:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
risco		:	5	:	0*	1*	1*	2*	1*
saúde-vida	moyenne :		3.60	:	6	:	0*	0*	0*
	moyenne :		4.50	:	1	:	0*	1*	
síndrome-respiratória		:	1	:	0*	1*			
sintomas		:	3	:	0*	1*	1*	1*	
sofrimento		:	41	:	16*	10*	6*	6*	3*
solidariedade	moyenne :		2.27	:	2	:	0*	0*	0*
				:	1*		1*	1*	
solidão		:	3	:	0*	0*	0*	2*	1*
solução		:	2	:	0*	0*	0*	0*	2*
sus		:	4	:	0*	0*	2*	2*	
síndrome-respiratória		:	1	:	0*	0*	1*		
tempo		:	2	:	0*	2*			
ter-fé		:	8	:	0*	2*	1*	4*	1*
trabalho	moyenne :		3.50	:	1	:	0*	0*	0*
				:	1*		1*		
tratamento		:	1	:	0*	0*	0*	0*	1*
vacina		:	22	:	5*	4*	5*	6*	2*
vitória	moyenne :		2.82	:	1	:	0*	0*	0*
				:	0*		0*	0*	1*
vírus		:	3	:	1*	0*	0*	1*	1*

DISTRIBUTION TOTALE : 468 : 100\* 100\* 99\* 89\* 80\*

RANGS	6 ... 15	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	16 ... 25	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*	0*
RANGS	26 ... 30	0*	0*	0*	0*	0*					

Nombre total de mots  
différents : 81 Nombre  
total de mots cités : 468

moyenne générale des

rangs : 2.89 DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq.	* nb. mots	* Cumul	evocations	et cumul inverse
1 *	31	31	6.6 %	468 100.0 %
2 *	16	63	13.5 %	437 93.4 %
3 *	4	75	16.0 %	405 86.5 %
4 *	4	91	19.4 %	393 84.0 %
5 *	7	126	26.9 %	377 80.6 %
6 *	2	138	29.5 %	342 73.1 %
7 *	2	152	32.5 %	330 70.5 %
8 *	2	168	35.9 %	316 67.5 %
9 *	1	177	37.8 %	300 64.1 %
10 *	1	187	40.0 %	291 62.2 %
12 *	1	199	42.5 %	281 60.0 %
14 *	1	213	45.5 %	269 57.5 %
18 *	2	249	53.2 %	255 54.5 %
20 *	1	269	57.5 %	219 46.8 %
22 *	1	291	62.2 %	199 42.5 %
23 *	1	314	67.1 %	177 37.8 %
24 *	1	338	72.2 %	154 32.9 %
36 *	1	374	79.9 %	130 27.8 %
41 *	1	415	88.7 %	94 20.1 %
53 *	1	468	100.0 %	53 11.3 %

## APÊNDICE H – Relatório Rangmot da análise EVOC do termo “Cuidado de saúde à pessoa com coronavírus”

```
fichier initial : C:\Users\silva\Desktop\EVOC ANALISE
cuidado\cui -.Tm2 NOUS ALLONS RECHERCHER LES RANGS
Nous avons en entree le fichier :
C:\Users\silva\Desktop\EVOC ANALISE cuidado\cui -.Tm2
ON CREE LE FICHIER : C:\Users\silva\Desktop\EVOC ANALISE
cuidado\cui -.dis et C:\Users\silva\Desktop\EVOC ANALISE
cuidado\cui -.tm3
```

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS						
	:FREQ.:	1 *	2 *	3 *	4 *	5 *	*
acabar	: 1	: 0*	1*				
aceitar	: 1	: 0*	0*	1*			
acolhimento	: 4	: 1*	0*	1*	1*	1*	
acompanhar	: 4	: 0*	1*	0*	1*	2*	
aglomeração	: 1	: 0*	1*				
ajuda	: 9	: 1*	1*	2*	4*	1*	
moyenne : 3.33							
alimentação	: 5	: 0*	0*	3*	0*	2*	
moyenne : 3.80							
amizade	: 2	: 0*	0*	0*	1*	1*	
amor	: 20	: 9*	4*	1*	0*	6*	
moyenne : 2.50							
ansiedade-angústia	: 9	: 1*	3*	4*	0*	1*	
moyenne : 2.67							
assistência	: 1	: 0*	0*	0*	1*		
atenção	: 6	: 1*	3*	1*	1*		
moyenne : 2.33							
autocuidado	: 9	: 1*	1*	4*	1*	2*	
moyenne : 3.22							
avanço	: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*	
bom	: 1	: 1*					
calma	: 4	: 1*	0*	2*	0*	1*	
carinho	: 11	: 0*	6*	2*	2*	1*	
moyenne : 2.82							
ciência	: 2	: 1*	0*	0*	0*	1*	
coletivo	: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*	
comportamento	: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*	
conhecimento	: 4	: 0*	0*	0*	3*	1*	
contágio	: 3	: 0*	0*	0*	3*		
coragem	: 7	: 0*	3*	2*	2*		
moyenne : 2.86							

cuidados		: 54	: 11*	11*	17*	6*	9*
cura	moyenne : 2.83	: 3	: 1*	0*	0*	1*	1*
dedicação		: 2	: 1*	0*	1*		
descaso		: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*
desinformação		: 2	: 0*	0*	1*	1*	
despreconceito		: 1	: 0*	0*	1*		
difícil		: 4	: 3*	1*			
direito		: 1	: 0*	1*			
dúvida		: 2	: 0*	0*	0*	2*	
empatia		: 1	: 0*	0*	1*		
empatia	moyenne : 2.86	: 7	: 1*	1*	3*	2*	
epi		: 2	: 1*	1*			
equipe-de-saúde		: 1	: 0*	0*	1*		
esperança		: 2	: 0*	0*	1*	0*	1*
exame		: 1	: 0*	1*			
exames		: 1	: 0*	0*	1*		
família		: 4	: 0*	0*	3*	0*	1*
higiene	moyenne : 2.26	: 19	: 6*	8*	1*	2*	2*
horrível		: 1	: 0*	0*	1*		
hospital		: 2	: 1*	0*	1*		
idosos		: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*
insegurança		: 1	: 0*	1*			
isolamento	moyenne : 2.00	: 11	: 7*	1*	0*	2*	1*
isolamento-social	moyenne : 3.44	: 25	: 1*	6*	4*	9*	5*
lavar-as-mãos	moyenne : 3.33	: 6	: 1*	0*	2*	2*	1*
luvas		: 2	: 0*	1*	0*	1*	
medo	moyenne : 1.92	: 26	: 15*	5*	2*	1*	3*
melhorar		: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*
missão		: 3	: 1*	1*	0*	0*	1*
morte		: 4	: 0*	0*	2*	2*	

máscara		: 19 :	4*	5*	3*	6*	1*
médicos	moyenne :	2.74	: 2 :	1*	1*		
natureza		: 1 :	0*	0*	1*		
orientaçã o	moyenne :	3.07	: 14 :	3*	2*	2*	5*
paciência	moyenne :	2.80	: 5 :	0*	2*	2*	1*
precaução	moyenne :	2.50	: 16 :	5*	4*	2*	4*
preocupação	moyenne :	2.60	: 5 :	1*	2*	1*	0*
prevenção	moyenne :	2.46	: 13 :	6*	1*	2*	2*
procaução		: 1 :	0*	1*			
proteção	moyenne :	2.50	: 8 :	3*	1*	1*	3*
recurso		: 1 :	0*	1*			
remédios	moyenne :	3.50	: 8 :	0*	1*	3*	3*
repouso		: 4 :	0*	1*	1*	0*	2*
responsabilidade	moyenne :	3.20	: 5 :	1*	0*	2*	1*
risco		: 4 :	0*	1*	1*	1*	1*
rotina		: 2 :	0*	0*	1*	1*	
saúde		: 4 :	0*	1*	2*	1*	
segurança		: 2 :	1*	1*			
sequelas		: 3 :	0*	1*	0*	1*	1*
sintomas		: 2 :	0*	1*	0*	1*	
sobrecarga		: 1 :	0*	0*	0*	1*	
sobreviver		: 1 :	1*				
sobrevivência		: 1 :	0*	1*			
solidariedade	moyenne :	2.38	: 8 :	2*	4*	0*	1*
ter-fé	moyenne :	3.55	: 11 :	2*	0*	2*	4*
tratamento		: 4 :	0*	2*	2*		
tristeza		: 4 :	0*	0*	1*	1*	2*
vacina	moyenne :	3.83	: 6 :	1*	0*	1*	1*
álcool-gel	moyenne :	3.14	: 14 :	2*	3*	4*	1*

DISTRIBUTION TOTALE : 467 : 100\* 100\* 100\* 90\* 77\*  
RANGS 6 ... 15 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
RANGS 16 ... 25 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*  
RANGS 26 ... 30 0\* 0\* 0\* 0\* 0\*

Nombre total de mots  
différents : 82 Nombre  
total de mots cités : 467

moyenne générale des

rangs :

2.88 DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul	evocations	et	cumul inverse
1 *	25	25	5.4 %	467	100.0 %
2 *	13	51	10.9 %	442	94.6 %
3 *	4	63	13.5 %	416	89.1 %
4 *	12	111	23.8 %	404	86.5 %
5 *	4	131	28.1 %	356	76.2 %
6 *	3	149	31.9 %	336	71.9 %
7 *	2	163	34.9 %	318	68.1 %
8 *	3	187	40.0 %	304	65.1 %
9 *	3	214	45.8 %	280	60.0 %
11 *	3	247	52.9 %	253	54.2 %
13 *	1	260	55.7 %	220	47.1 %
14 *	2	288	61.7 %	207	44.3 %
16 *	1	304	65.1 %	179	38.3 %
19 *	2	342	73.2 %	163	34.9 %
20 *	1	362	77.5 %	125	26.8 %
25 *	1	387	82.9 %	105	22.5 %
26 *	1	413	88.4 %	80	17.1 %
54 *	1	467	100.0 %	54	11.6 %

## ANEXOS

## ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

UERJ - UNIVERSIDADE DO  
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORONA VIRUS E DA COVID19 E SUAS LIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO PESSOAL, PROFISSIONAL E SOCIAL

**Pesquisador:** Denize Cristina de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 47134421.3.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 4.847.711

**Apresentação do Projeto:**

Projeto da Prof.a Denize Cristina de Oliveira do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem.

Este projeto trata-se de estudo com assessoria internacional da Universidade de Aix-Marseille – França e da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - Portugal, quanti-qualitativo, com base no construto da Teoria de Representações Sociais e de análise de práticas, em uma perspectiva multi metodológica. Os participantes serão sujeitos comuns acima de 18 anos e sujeitos institucionais composto por profissionais de saúde, compondo uma amostra de 1.200 participantes.

A amostra será do tipo não probabilística, de conveniência, envolvendo 1.200 participantes e uma subamostra de 100 participantes. O quantitativo total da amostra responderá aos seguintes instrumentos: questionário de caracterização socioeconômica e profissional e questionário de evocações livres de palavras aos termos indutores "Coronavírus", "COVID-19" e "Cuidado à pessoa com COVID-19". Uma subamostra de 100 sujeitos participará de entrevistas semiestruturadas, orientadas por roteiro temático, que explorará as dimensões das representações sociais de imagem, atitude e conhecimento, além das práticas de autoproteção pessoal e do outro, e de práticas profissionais de cuidado. A coleta de dados será realizada através de ambiente virtual, enquanto durar a pandemia e as regras de distanciamento social e presencialmente, quando autorizado pelas autoridades sanitárias. A análise de dados do questionário de caracterização

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018

**Bairro:** Maracanã

**CEP:** 20.559-900

**UF:** RJ

**Município:** RIO DE JANEIRO

**Telefone:** (21)2334-2180

**Fax:** (21)2334-2180

**E-mail:** etica@uerj.br

## ANEXO B - Instrumento de dados socioeconômicos, clínicos e formulário de Evocações Livres

- APENDICE 2 -  
**Pesquisa: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORONAVÍRUS E DA COVID-19 E SUAS LIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE CIDADANIA PESSOAL, PROFISSIONAL E SOCIAL.**

Caro(a) senhor(a):

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa, coordenada pela Profa. Denize Cristina de Oliveira e desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa "Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais", do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Esta pesquisa objetiva conhecer o que você tem pensado sobre o coronavírus, a COVID-19 e sua prevenção, desde o surgimento da pandemia no Brasil.

Nesta etapa, gostaríamos de contar com a sua colaboração respondendo as algumas breves perguntas. Os dados coletados serão tratados coletivamente e será assegurado completo anonimato das respostas.

### QUESTIONÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO E DE EVOCAÇÕES LIVRES DE PALAVRAS

1) N. Sujeito \_\_\_\_\_ (letra do seu nome acompanhada de numeração sequencial com 3 dígitos - Ex: V001)

2) Qual o seu bairro/comunidade e a cidade de moradia? (informar bairro/comunidade e a cidade por extenso, sem abreviações)

Bairro/Comunidade \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_

3) Qual o seu estado de moradia? (informar o estado por extenso, sem abreviações)

\_\_\_\_\_

4) Qual a sua idade? (informar a idade em anos e depois assinalar a faixa abaixo)

\_\_\_\_\_ anos

(01) menor ou igual a 29

(02) 30 a 39

(03) 40 a 49

(04) maior ou igual a 50

(N) Não Resposta

5) Como você se identifica quanto ao sexo/gênero? (assinalar uma das alternativas abaixo)

(01) Feminino

(02) Masculino

(03) Não binário

( ) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

6) Qual a sua formação escolar de mais alto nível? (informar o último ano de escolaridade e nível abertos e depois assinalar a faixa abaixo)

\_\_\_\_\_ série \_\_\_\_\_ grau

(01) Ensino fundamental completo ou médio incompleto

(02) Ensino médio completo ou superior incompleto

(03) Ensino Superior completo

(N) Não Resposta

7) Qual o tipo de atividade que você exerce? (informar a atividade exercida de forma aberta apenas, categorizaremos depois juntas)

Atividade principal exercida \_\_\_\_\_

(01) Estudante

(02) Ensino

(03) Indústria, Comércio

(04) Profissional Liberal

(05) Trabalho Informal, serviços

(06) Sem Atividade, Trabalho doméstico, Aposentado

(07) Funcionário público

(N) Não Resposta

8) Qual a sua religião? (informar a religião de forma aberta apenas e categorizaremos depois)

\_\_\_\_\_

- (01) Católica
- (02) Evangélica, protestante
- (03) Espírita, Kardecista, espiritualista, Urbandista, Candomblé
- (04) Budista, taoísta, messiânica
- (05) Sem religião
- (N) Não Resposta

9) Como você define a sua orientação política? (assinalar uma das alternativas abaixo)

- (01) Direta ou Centro Direita
- (02) Esquerda ou Centro Esquerda
- (03) Centro
- (04) Não tenho orientação política
- (N) Não Resposta

10) Qual a sua renda mensal aproximada?

R\$ \_\_\_\_\_

AGORA PEDIMOS QUE VOCÊ NOS INFORME ATRAVÉS DE PALAVRAS OU FRASES CURTAS O QUE VOCÊ TEM PENSADO SOBRE:

I) Quais as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você pensa em "CORONAVÍRUS"?

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_
- (5) \_\_\_\_\_

II) Quais as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você pensa em "COVID 19"?

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_
- (5) \_\_\_\_\_

III) Quais as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você pensa em "CUIDAR DA PESSOA COM CORONAVÍRUS ou COVID 19"?

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_
- (5) \_\_\_\_\_

IV) Quais as cinco primeiras palavras que lhe vem à cabeça quando você pensa em "VACINA PARA CORONAVÍRUS ou COVID 19"?

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_
- (4) \_\_\_\_\_
- (5) \_\_\_\_\_

Agradecemos sua participação!