Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Juliana Pereira Domingues

Autocuidado de saúde e o cuidado do outro na pandemia de COVID-19: representações sociais e práticas em interação

Rio de Janeiro

2024

Juliana Pereira Domingues

Autocuidado de saúde e o cuidado do outro na pandemia de COVID-19: representações sociais e práticas em interação

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

Orientadora: Prof.ª Dra. Denize Cristina de Oliveira

Rio de Janeiro

2024

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

D671 Domingues, Juliana Pereira.
Autocuidado de saúde e o cuidado do outro na pandemia de COVID-19: representações sociais e práticas em interação / Juliana Pereira Domingues. – 2024.
256 f.

Orientadora: Denize Cristina de Oliveira.
Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Representações sociais – Tese. 2. Autocuidado – Tese. 3. COVID-19 – Tese. 4. Pandemias – Tese. 5. Cuidados – Teses. 6. Atenção à 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 Diana Amado Baptista dos Santos CRB7/6171

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

_____ _____

Assinatura Data

Juliana Pereira Domingues

Autocuidado de saúde e o cuidado do outro na pandemia de COVID-19: representações sociais e práticas em interação

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

Aprovado em 24 de abril de 2024.

Banca examinadora:

_____

Prof.ª Dra. Denize Cristina de Oliveira (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Elizabeth Teixeira

Universidade do Estado do Pará

_____

Prof. Dr. Rodrigo Leite Hipólito

Universidade Federal Fluminense

_____

Prof.ª Dra. Thelma Spindola

Faculdade de Enfermagem – UERJ

_____

Prof. Dr. Sérgio Corrêa Marques

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Rio de Janeiro

2024

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese ao meu filho Lucas, ao meu esposo Daniel e aos meus pais Mercês e Igor, meus alicerces

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela oportunidade de estar concluindo essa etapa da minha vida tão importante para mim. Obrigada por me acolher em todos os momentos, principalmente nos mais difíceis, e me mostrar o caminho a ser seguido.

Aos meus pais que sempre estiveram ao meu lado me encorajando no caminho dos estudos e nas minhas escolhas profissionais. Vocês são fundamentais na minha vida! Amo infinitamente vocês! Sem o suporte de vocês eu não conseguiria chegar até aqui!

Ao meu esposo Daniel por estar sempre disposto a me ouvir e aconselhar, pelo seu amor por mim, pelo carinho em todos os detalhes, por me amparar nos meus momentos de fragilidade e me encorajar a seguir em frente. Amo demais você!

Aos meus pais e ao meu esposo Daniel serei eternamente grata por tudo o que vocês passaram e renunciaram em suas vidas para que eu pudesse chegar até aqui, na etapa final da realização desse sonho! Essa conquista é de vocês também!

Ao meu amado e desejado filho Lucas por me contagiar com a sua alegria de viver, suas brincadeiras e o seu sorriso. A sua existência alimenta a minha alma. Obrigada por me proporcionar sentir o maior amor do mundo e me mostrar o sentido da vida! Você é o maior e melhor presente que já recebi dessa vida!

À minha sogra Elisabete pelo apoio que eu recebi ao longo do curso de doutorado para que eu pudesse escrever a minha tese e por ter cuidado de mim e da minha família nesse período! Muito obrigada! Você é muito especial para mim!

À minha cunhada Renata pelo apoio e incentivo, através da sua amizade e carinho por mim! Obrigada por me ouvir, pelos conselhos e por me encorajar também! Adoro você!

À professora Denize por ter me acolhido em 2015 e ter aceitado acompanhar os meus passos acadêmicos me orientando e compartilhando os seus conhecimentos ao longo desses anos. Obrigada pelo carinho e pela dedicação no meu processo de formação e por todos os ensinamentos!

Aos membros da banca examinadora, professores Elizabeth Teixeira, Rodrigo Hipólito, Thelma Spindola e Sérgio Marques pelas valiosas contribuições para o enriquecimento da minha tese.

Ao professor Sérgio Marques por acompanhar a minha trajetória acadêmica desde o início sempre disposto a me ajudar transmitindo os seus conhecimentos com um sorriso no rosto.

À querida Vanessa Ferreira por ter me incentivado a trilhar a caminhada acadêmica, acreditando no meu potencial para ingressar no mestrado e dar continuidade no doutorado.

Às agências de fomento CAPES e FAPERJ que me deram a oportunidade de ser bolsista e conseguir cursar o doutorado com o auxílio financeiro.

Aos meus amigos queridos e de longa data Ana Paula, Gonzalo, Carol e Diogo por estarem ao meu lado transmitindo conselhos, ouvindo os meus anseios e contribuindo para momentos felizes na minha vida!

Às secretárias do PPGENF, especialmente à Débora e à Fabíola por toda a atenção, paciência, orientação e disposição em esclarecer as minhas dúvidas.

À Diana Amado pelo carinho, pela dedicação, paciência, empatia e disponibilidade em ajudar fazendo a revisão desta tese contribuindo para a sua finalização.

Aos colegas do grupo de pesquisa, especialmente à Yndira e Renata pelas conversas e trocas de conhecimentos.

Às pessoas da sociedade, participantes desta pesquisa, que disponibilizaram o seu tempo para responder aos questionários e participar das entrevistas compartilhando conteúdos sensíveis das experiências por elas vivenciadas e difíceis de serem rememorados. A vocês, o meu muito obrigada!

E eu lhes digo que a vida é de fato escuridão, exceto quando há vontade,

E toda vontade é cega, exceto quando há saber,

E todo saber é vão, exceto quando há trabalho,

E todo trabalho é vazio, exceto quando há amor;

E quando trabalham com amor se aproximam de si mesmos, e uns dos outros, e de Deus.

Khalil Gibran, 2019

RESUMO

DOMINGUES, Juliana Pereira. **Autocuidado de saúde e o cuidado do outro na pandemia de COVID-19**: representações sociais e práticas em interação. 2024. 256f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

Este estudo teve como objetivo geral analisar as representações sociais de pessoas da sociedade em geral acerca do autocuidado de saúde e do cuidado do outro e suas relações com as práticas de proteção desenvolvidas na pandemia de COVID-19. Definiu-se a seguinte tese: A representação social do autocuidado e do cuidado do outro estabelece uma relação de dependência com as práticas de autocuidado de saúde, no contexto da COVID-19, contribuindo para uma percepção positiva ou negativa da saúde. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório pautado na Teoria das Representações Sociais em suas abordagens estrutural e processual. Participaram do estudo 623 pessoas da sociedade selecionadas através da técnica da bola de neve, com amostra não probabilística. A maioria do grupo é do sexo feminino f=476 (76,4%), com idade menor ou igual a 29 anos f=162 (26%), que reside na região Nordeste f=280 (44,9%) e que possui ensino superior completo f=470 (75,4%). A coleta de dados ocorreu através da autoaplicação do questionário socioeconômico e da técnica de evocações livres de palavras ao termo indutor "Cuidado da pessoa com COVID-19", no ano de 2020, através de coleta online. Uma subamostra de 31 participantes foi sorteada aleatoriamente para participar das entrevistas semiestruturadas que ocorreram de forma online. A análise dos dados do questionário socioeconômico, de evocações livres de palavras e da entrevista semiestruturada ocorreram, respectivamente, através da análise estatística descritiva com o auxílio dos *softwares* Excel e SPSS; da construção do quadro de quatro casas instrumentalizada pelo *software* EVOC; e da técnica de análise lexical instrumentalizada pelo *software* Alceste. Os resultados mostram, na análise da estrutura da representação do "cuidado da pessoa com COVID-19" no possível núcleo central, os termos *isolamento-social*, *cuidados, EPI*, elementos pragmáticos, e *amor* e *medo,* elementos normativos. O termo *isolamento-social* parece definir a identidade do cuidado da pessoa com COVID-19. A primeira periferia é composta pelos termos *solidariedade*, *empatia*, *contágio*, *missão*, *hospital-uti* e *atenção*. A segunda periferia abarca os elementos *coragem*, *conhecimento-desconhecimento*. A zona de contraste abarca os termos *proteção*, *higiene*, *máscara*, *risco* e *insegurança*. Identificou-se que a representação social do cuidado da pessoa com COVID-19 é pautada na prática de cuidados preventivos, especialmente o isolamento social, visando o autocuidado e o cuidado do outro na prevenção da COVID-19. Tais cuidados preventivos podem estar atrelados ao *medo* da contaminação pelo vírus, embora o cuidado seja uma expressão de *amor, atenção* e *solidariedade.* Na análise lexical identificou-se que o autocuidado é referido como um cuidado de saúde, manifestado através da adoção de medidas preventivas, especialmente o isolamento social, além de cuidados físico-corporais e afetivo-relacionais. Confirmando-se a tese da presente pesquisa, conclui-se que a representação social do autocuidado e do cuidado do outro estabelece uma relação de dependência com as práticas de autocuidado de saúde no contexto da COVID-19, representando, portanto, práticas em interação.

Palavras chaves: Representações sociais; COVID-19; pandemias; autocuidado; cuidado do outro; cuidado de saúde.

ABSTRACT

DOMINGUES, Juliana Pereira. **Health self-care and caring for others in the COVID-19 pandemic**: social representations and practices in interaction. 2024. 256f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

The general objective of this study was to analyze the social representations of people in society in general regarding self-health care and care for others and their relationships with the protection practices developed during the COVID-19 pandemic. The following thesis was defined: The social representation of self-care and the care of others establishes a relationship of dependence with health self-care practices, in the context of COVID-19, contributing to a positive or negative perception of health. This is a qualitative, descriptive and exploratory study based on the Theory of Social Representations in its structural and procedural approaches. 623 people from society participated in the study, selected using the snowball technique, with a non-probabilistic sample. The majority of the group is female f=476 (76.4%), aged less than or equal to 29 years f=162 (26%), who reside in the Northeast region f=280 (44.9%) and who have completed higher education f=470 (75.4%). Data collection occurred through self-administration of the socioeconomic questionnaire and the technique of free evocation of words to the inductive term "Care for people with COVID-19", in 2020, through online collection. A subsample of 31 participants was randomly selected to participate in the semi-structured interviews that took place online. The analysis of data from the socioeconomic questionnaire, free evocations of words and the semi-structured interview occurred, respectively, through descriptive statistical analysis with the aid of Excel and SPSS software; the construction of the framework of four houses equipped with the EVOC software; and the lexical analysis technique implemented by the Alceste software. The results show, in the analysis of the structure of the representation of "care for people with COVID-19" in the possible central nucleus, the terms social isolation, care, PPE, pragmatic elements, and love and fear, normative elements. The term social isolation seems to define the identity of caring for people with COVID-19. The first periphery is made up of the terms solidarity, empathy, contagion, mission, hospital-uti and attention. The second periphery encompasses the elements of courage, knowledge-ignorance. The contrast zone encompasses the terms protection, hygiene, mask, risk and insecurity. It was identified that the social representation of care for people with COVID-19 is based on the practice of preventive care, especially social isolation, aiming at self-care and care for others in preventing COVID-19. Such preventive care may be linked to the fear of contamination by the virus, although care is an expression of love, attention and solidarity. In the lexical analysis, it was identified that self-care is referred to as health care, manifested through the adoption of preventive measures, especially social isolation, in addition to physical-bodily and affective-relational care. Confirming the thesis of this research, it is concluded that the social representation of self-care and care for others establishes a relationship of dependence with health self-care practices in the context of COVID-19, therefore representing practices in interaction.

Keywords: Social representations; COVID-19; pandemics; self-care; care for others; health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Distribuição quantitativa das UCE nas classes da análise Alceste sobre Cuidado da pessoa com COVID-19 entre pessoas comuns. Rio de Janeiro, 2024..... 138

Figura 2 – Dendrograma de distribuição das classes da análise Alceste sobre o Cuidado da pessoa com COVID-19 entre pessoas comuns. Rio de Janeiro, 2024..... 139

Figura 3 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 5. Rio de Janeiro, 2024..... 143

Figura 4 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 6. Rio de Janeiro, 2024..... 151

Figura 5 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 1. Rio de Janeiro, 2024..... 158

Figura 6 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 2. Rio de Janeiro, 2024..... 164

Figura 7 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 3. Rio de Janeiro, 2024..... 173

Figura 8 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 4. Rio de Janeiro, 2024..... 179

Figura 9 – Diagrama relativo ao núcleo figurativo da representação social do cuidado e do autocuidado. Rio de Janeiro, 2024..... 195

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Esquema adaptado do quadro de quatro casas para análise das evocações livres. Rio de Janeiro, 2024..... 104

Quadro 2 – Quadro de quatro casas ao termo indutor “Cuidado da pessoa com COVID-19”. Rio de Janeiro, 2024..... 120

Quadro 3 – Categorias de variáveis associadas à classe 5. Rio de Janeiro, 2024..... 141

Quadro 4 – Distribuição das formas reduzidas com maiores valores de x^2 associadas à classe 5. Rio de Janeiro, 2024..... 141

Quadro 5 – Categorias de variáveis associadas à classe 6. Rio de Janeiro, 2024..... 149

Quadro 6 – Distribuição das formas reduzidas com maiores valores de x^2, associadas à classe 6. Rio de Janeiro, 2024..... 149

Quadro 7 – Categorias de variáveis associadas à classe 1. Rio de Janeiro, 2024..... 155

Quadro 8 – Distribuição das formas reduzidas com maiores valores de x^2, associadas à classe 1. Rio de Janeiro, 2024..... 155

Quadro 9 – Categorias de variáveis associadas à classe 2. Rio de Janeiro, 2024..... 171

Quadro 10 – Distribuição das formas reduzidas com maiores valores de x^2, associadas à classe 2. Rio de Janeiro, 2024..... 171

Quadro 11 – Categorias de variáveis associadas à classe 3. Rio de Janeiro, 2024..... 171

Quadro 12 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 3. Rio de Janeiro, 2024..... 171

Quadro 13 – Categorias de variáveis associadas à classe 4. Rio de Janeiro, 2024..... 177

Quadro 14 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 4. Rio de Janeiro, 2024..... 178

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por região. Rio de Janeiro, 2024..... 107
Tabela 2 – Distribuição dos participantes por estado. Rio de Janeiro, 2024..... 109
Tabela 3 – Distribuição dos participantes por idade. Rio de Janeiro, 2024..... 111
Tabela 4 – Distribuição dos participantes por sexo. Rio de Janeiro, 2024..... 112
Tabela 5 – Distribuição dos participantes por escolaridade. Rio de Janeiro, 2024..... 113
Tabela 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a ocupação/ramo de atividades. Rio de Janeiro, 2024..... 115
Tabela 7 – Distribuição dos participantes por religião. Rio de Janeiro, 2024..... 116
Tabela 8 – Distribuição dos participantes por orientação política. Rio de Janeiro, 2024..... 118

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE-2	Enzima conversora da angiotensina 2
ALCESTE	*Analyse Lexicale par Contexte d'um Ensemble de Segments de Texte*
APS	Atenção Primária à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVD	Atividades da Vida Diária
CDH	Classificação Descendente Hierárquica
COVID-19	Doença do coronavírus
CoVs	Coronavírus
EPI	Equipamento de Proteção Individual
ESPII	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional
EUA	Estados Unidos da América
EVOC	*Ensemble de Programmes Permettant l´Analyse des Evocations*
Freq. Med.	Frequência média
HCoV	Coronavírus humano
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
OME	Ordem Média de Evocação
OMS	Organização Mundial de Saúde
MERS-CoV	Síndrome respiratória do Oriente Médio
MS	Ministério da Saúde
RNA	ácido ribonucleico
RT-PCR em tempo real	(reação em cadeia da polimerase em tempo real precedida de transcrição reversa – RT-qPCR)
SUS	Sistema Único de Saúde
SARS	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SARS-CoV-2	Coronavirus 2 da síndrome respiratória aguda grave
SVS/MS	Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
2019-nCoV	Primeira nomeação para o novo coronavírus, assim que iniciou a pandemia de COVID-19
UCE	Unidade de Contexto Elementar

UCI	Unidade de Contexto Inicial
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	Unidade da federação

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO…….	17
1	**REFERENCIAL TEMÁTICO**……..	33
1.1	**A pandemia da COVID-19: contextos histórico, clínico e epidemiológico**.....	33
1.2	**O cuidado de saúde e de enfermagem, o autocuidado, o cuidado de si e o cuidado do outro**.....	42
1.2.1	Concepções teóricas do cuidado de saúde e de enfermagem.....	42
1.2.2	Concepções teóricas do autocuidado, do cuidado de si e do cuidado do outro.....	54
1.2.3	O autocuidado e o cuidado do outro no contexto da COVID-19.....	67
2	**REFERENCIAL TEÓRICO**.....	77
2.1	**A Teoria das Representações Sociais e as Representações da COVID-19**.....	77
2.1.1	Aspectos conceituais da Teoria das Representações Sociais.....	77
2.1.2	As representações sociais da COVID-19 e do cuidado de saúde.....	87
3	**MÉTODO**.....	93
3.1	**Tipo de estudo**.....	93
3.2	**Participantes do estudo**.....	95
3.3	**Aspectos éticos da pesquisa**.....	96
3.4	**Coleta de dados**.....	102
3.5	**Análise dos dados**.....	102
3.5.1	Análise dos dados socioeconômicos.....	102
3.5.2	Análise das evocações livres de palavras.....	102
3.5.3	Análise das entrevistas semiestruturadas.....	105
4	**RESULTADOS**.....	107
4.1	**Caracterização socioeconômica do grupo estudado**.....	107
4.2	**Representação social do Cuidado da pessoa com COVID-19**.....	120
4.2.1	Elementos estáveis da representação social – núcleo central.....	121
4.2.2	Os elementos mutáveis da representação – o sistema periférico.....	130

4.2.3 A variabilidade intra-representacional – a zona de contraste..... 135
4.3 **Conteúdos da representação social do cuidado e do autocuidado**..... 137
4.3.1 Bloco temático 1 – "O cuidado e o autocuidado na pandemia de COVID-19"..... 140
4.3.1.1 Classe 5 – O autocuidado na vida cotidiana..... 140
4.3.1.1.1 Categoria Conceitos e definições do autocuidado de saúde..... 144
4.3.1.1.2 Categoria Modalidades de práticas de cuidado e autocuidado..... 146
4.3.1.2 Classe 6 – O autocuidado como medidas preventivas contra a COVID-19..... 149
4.3.1.2.1 Categoria Práticas de autoproteção no autocuidado e do outro..... 151
4.3.1.2.2 Categoria Práticas de distanciamento social..... 153
4.3.1.3 Classe 1 – Impactos da COVID-19 no cuidado clínico de si e do outro..... 155
4.3.1.3.1 Categoria Manifestações clínicas da COVID-19 e testes para diagnóstico..... 158
4.3.1.3.2 Categoria Preocupação com o agravamento da doença e os cuidados de tratamento adotados..... 160
4.3.1.4 Classe 2 - Impactos da COVID-19 no cuidado afetivo e relacional de si e do outro..... 162
4.3.1.4.1 Categoria Rede de apoio: o cuidado do outro no enfrentamento da COVID-19..... 165
4.3.1.4.2 Categoria A saúde mental frente às medidas de restrição social..... 168
4.3.2 Bloco temático 2 – Os contextos político e midiático no enfrentamento da COVID-19..... 170
4.3.2.1 Classe 3 - O papel da mídia na pandemia da COVID-19..... 170
4.3.2.1.1 Categoria A mídia: informação e desinformação..... 173
4.3.2.1.2 Categoria A importância da mídia..... 175
4.3.2.2 Classe 4 - O papel do governo na pandemia da COVID-19..... 177
4.3.2.2.1 Categoria Importância da ciência na pandemia e descoberta da vacina..... 179
4.3.2.2.2 Categoria A condução do governo no enfrentamento da pandemia de COVID-19..... 181

4.4 **Diálogo sobre as relações estabelecidas entre a representação social e as práticas de autocuidado da pessoa com COVID-19**..... 184

CONCLUSÃO..... 196

REFERÊNCIAS..... 200

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada..... 223

APENDICE B - Dicionário de padronização Alceste..... 226

APÊNDICE C – Dicionário de variáveis Alceste..... 228

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa..... 229

ANEXO B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido..... 234

ANEXO C – Questionário de identificação socioeconômica e de evocações livres de palavras..... 236

ANEXO D – Dicionário de padronização das evocações ao termo indutor cuidado da pessoa com COVID-19..... 238

INTRODUÇÃO

A pandemia da COVID-19 surgiu no mundo como um evento aterrorizante, devido à alta transmissibilidade e a rapidez da letalidade, podendo ser comparada a outras epidemias surgidas ao longo do tempo na humanidade. Em 30 de janeiro de 2020 foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) o surto do novo coronavírus, como uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) – o mais alto nível de alerta da Organização. Para tal classificação foram considerados alguns aspectos epidemiológicos, como o potencial de transmissão, a população suscetível e a severidade da doença (Organização Pan-Americana da Saúde; Organização Mundial da Saúde, 2021a).

Tal declaração foi decorrente da expansão geográfica do vírus, acometendo 9 países em 2020, com transmissão entre humanos na China, Alemanha, Japão, Vietnã e Estados Unidos da América dentre outros. Além disso, havia a preocupação do potencial de disseminação do vírus em países com sistemas de saúde mais frágeis e despreparados (Organização Mundial da Saúde, 2021b).

No Brasil, no dia 26 de fevereiro 2020 foi confirmado o primeiro caso de COVID-19, no estado de São Paulo, um brasileiro do sexo masculino com 61 anos de idade, vindo da Itália. Posteriormente, no dia 22 de março 2020, 25 dias após a confirmação do primeiro caso da COVID-19 no Brasil, todas as unidades federativas já haviam notificado casos da doença. Nesse dia, quase um mês após a primeira confirmação no estado de São Paulo, Roraima confirmou seu primeiro caso da doença, sendo o último estado brasileiro a confirmar a circulação do novo coronavírus (Cavalcante *et al.*, 2020).

Para a compreensão dos impactos psicossociais de um evento de tal magnitude, caracterizado pela pandemia da COVID-19, o modo como os cuidados de saúde se inseriu nesse cenário, especialmente como o autocuidado e o cuidado do outro foram representados pela sociedade, reveste-se de importância.

Os coronavírus abrangem cerca de 40 vírus que infectam mamíferos, aves e peixes (Fuhr; Araújo, 2020). Na década de 1960, foram descobertos dois coronavírus causadores de resfriado em seres humanos. O primeiro foi descoberto em 1965 e denominado de coronavírus humano (HCoV) 229E, o segundo foi isolado em 1967 e

recebeu o nome de HCoV-OC43 cuja cepa é a OC43, foi detectado no Brasil e associado à infecção respiratória aguda na Região Norte. (Nobre *et al*, 2014)

Segundo Nishioka (2020), as infecções respiratórias humanas por coronavírus nos climas temperados, principalmente no outono e na primavera, em período epidêmico, podem causar até um terço das infecções respiratórias, sendo causadoras de aproximadamente 15% dos resfriados em adultos, especialmente em crianças. Em geral, as infecções respiratórias são leves, mas podem evoluir para casos de pneumonia em crianças e adultos jovens. Devido ao grau de acometimento leve e moderado que causam, os coronavírus não despertaram interesse para a ciência, mas em 2002 o assunto passou a ter relevância para a comunidade científica, devido ao surgimento da SARS (Síndrome Respiratória Aguda Grave) na China, causada pelo coronavírus SARS-CoV (Nishioka, 2020).

Os coronavírus (CoVs) fazem parte de quatro famílias de vírus, que são: Coronaviridae, Arterivirida, Mesoniviridae e Roniviridae. Destas, as espécies que pertencem à família Coronaviridae são agentes causadores de doenças respiratórias em animais. Os HCoVs são considerados agentes etiológicos emergentes que estão associados, com maior frequência, às infecções agudas e graves do trato respiratório, podendo ocasionar doenças entéricas também (Nobre *et al*, 2014).

Além disso, os HCoVs são a segunda causa principal de resfriado comum, após os rinovírus, e raramente causavam doenças mais graves em humanos além de um resfriado comum até ser identificado, em 07 de janeiro de 2020, o novo coronavírus em humanos pelas autoridades chinesas, após ocorrerem casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China (Organização Mundial da Saúde, 2021a).

Até o momento foram identificados sete HCoVs, que são: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-COV, MERS-COV (que causa síndrome respiratória do Oriente Médio) e o SARS-CoV-2. Este último, descoberto em 2019, é o agente causador da Coronavirus Disease-2019, ou seja, COVID-19 (Zhou *et al*., 2020).

As pesquisas sugerem que os primeiros casos da COVID-19 tenham sido transmitidos para os seres humanos a partir da ingestão de morcegos, uma iguaria presente em alguns mercados na China, sendo o primeiro caso identificado em uma feira na província de Wuhan (Phelan; Katz; Gostin, 2020). Nesse contexto, o SARS- CoV 2 assemelha-se a 96,2% do RNA com os CoVs, que infectam morcegos-ferradura chineses, cuja espécie é *Rhinolophus sp*. Além disso, tem semelhança de 79,5% com o

código genético do SARS-CoV e atua com o mesmo mecanismo molecular de infecção observado no COVID-19 humano, o qual tem como receptor celular para o vírus a enzima conversora da angiotensina 2 (ACE-2). Por isso, acredita-se que tal mamífero seja o hospedeiro de origem do novo CoVs (Guo, 2019; Zhu, 2019). No entanto, outras explicações para o surgimento da COVID-19 foram desenvolvidas no senso comum e no campo científico.

Desde 11 de março de 2020 o mundo enfrenta a pandemia de COVID-19, originada por surtos desta doença em vários países e regiões do mundo. Tal doença é causada pelo novo coronavírus, nomeado inicialmente de 2019-nCoV e, posteriormente, de SARS-CoV-2, em 11 de fevereiro de 2020 (Organização Mundial da Saúde, 2021a).

O desenvolvimento da pandemia foi caracterizado inicialmente, até 12 de dezembro de 2021 por 270.155.054 milhões de casos de COVID-19 no mundo e 22.193.479 milhões de casos no Brasil. Em relação ao número total de óbitos, foram registrados no mundo 5.305.991 milhões de óbitos e no Brasil 617.095 (Dasa, 2024).

Os modos de transmissão do vírus SARS-CoV2 podem ocorrer por meio de contato, gotículas ou por aerossol. A transmissão por contato acontece através do contato direto com uma pessoa infectada por meio de um aperto de mão seguido do toque nos olhos, nariz ou boca, ou com objetos e superfícies contaminados. A transmissão por gotículas ocorre através da exposição a gotículas respiratórias expelidas por uma pessoa infectada por meio de sua tosse ou espirro, aumentando o risco de contaminação se ela estiver a menos de 1 metro de distância da outra. A transmissão por aerossol acontece por meio de gotículas respiratórias menores (aerossóis) que contêm o vírus, que permanecem suspensas no ar e são levadas a distancias maiores que um metro e geralmente por horas (Brasil, 2020).

No que se refere à vacinação contra COVID-19, no Brasil, desde 17 janeiro de 2021, duas vacinas foram autorizadas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para uso emergencial no Brasil: uma do laboratório Sinovac (China), em parceria com o Instituto Butantan, e outra do laboratório Sérum (Índia), em parceria com a Universidade Oxford, cuja tecnologia faz parte do acordo entre o laboratório AstraZeneca e BioManguinhos/Fiocruz (Brasil, 2021).

O objetivo principal da vacinação é evitar internações e óbitos pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para agravamento, denominados de grupos prioritários, que são: trabalhadores de saúde; pessoas idosas (60 anos ou mais)

residentes em instituições de longa permanência (institucionalizadas); pessoas a partir de 18 anos de idade com deficiência; residentes em residências inclusivas (institucionalizadas); povos indígenas vivendo em terras indígenas com 18 anos ou mais atendidos pelo subsistema de atenção à saúde indígena; pessoas de 90 anos e mais; pessoas de 85 a 89 anos; pessoas de 80 a 84 anos; pessoas de 75 a 79 anos; povos e comunidades tradicionais ribeirinhos; povos e comunidades tradicionais quilombola; pessoas de 70 a 74 anos; pessoas de 65 a 69 anos; pessoas de 60 a 64 anos; forças de segurança e salvamento e forças armadas; pessoas com comorbidades; gestantes e puérpera com comorbidades e pessoas com deficiência permanente; trabalhadores portuários; trabalhadores de transporte aéreo; trabalhadores de educação do ensino básico (Brasil, 2021).

O Brasil destacou-se pela dificuldade que teve na implementação de medidas de controle e prevenção do novo coronavírus, devido às desigualdades sociais do país, marcadas pela enorme população em situação de pobreza, pessoas vivendo em situação de rua, altas taxas de desemprego e de concentração habitacional, fatores que propiciaram a disseminação do novo coronavírus e dificultaram a implementação do distanciamento social (Aquino *et al*, 2020).

As medidas propostas de controle ou redução de exposição ao vírus, recomendadas pela OMS são: a vacinação contra a COVID-19, com todas as doses recomendadas, segundo o esquema de vacinação preconizado pelas autoridades sanitárias, o uso de máscaras, a higienização das mãos, deixar os ambientes bem ventilados sempre que possível, evitar aglomerações e reduzir ao máximo o contato próximo com muitas pessoas, principalmente em espaços fechados (Organização Mundial da Saúde, 2022).

No Brasil, as medidas de distanciamento social, abrangendo suspensão de eventos, suspensão de aulas, quarentena para grupos vulneráveis (indivíduos acima de 60 anos, gestantes e/ou pessoas com doenças crônicas), paralisação econômica (parcial ou plena), restrição de transporte e quarentena para a população, foram largamente implementadas na grande maioria das Unidades da Federação (UF), no primeiro ano de pandemia. As primeiras medidas de distanciamento social foram implementadas no Distrito Federal, no dia 11 de março de 2020 e nas demais UF na segunda quinzena de março, no período de 13 a 28 de março de 2020 (Silva *et al*, 2020).

Além destas medidas, foi publicada a Lei nº 13.979/2020, que entrou em vigor em 6 de fevereiro de 2020 e dispõe sobre as medidas para enfrentamento da COVID-19

no país. Apesar deste cenário, o ex-presidente Jair Bolsonaro demonstrou posições públicas contrárias às medidas implementadas nos estados e municípios, através de declarações nas redes sociais e de matérias jornalísticas. Tal fato foi contrário às recomendações do ex-Ministro da Saúde Luiz Henrique Mandetta, que vinha defendendo as medidas preconizadas pela OMS e apoiando, naquele ano de 2020, as iniciativas locais e regionais de medidas de controle mais rigorosas da COVID-19 (Aquino *et al*, 2020).

A exemplo de países que implementaram medidas de controle ou redução de exposição ao vírus imediata que contribuíram no curso da transmissibilidade, resultando num menor número de óbitos, destacam-se Singapura, Coreia do Sul e Japão que adotaram o distanciamento social e a suspensão de aulas de forma precoce, e, também, o gerenciamento rigoroso dos casos e diagnósticos em massa (Oliveira; Lucas, Iquiapaza, 2020).

Grande parte da população mundial sofreu, e ainda sofre, os impactos causados pela pandemia da COVID-19. Os impactos são inúmeros e variam desde a esfera biológica, por exemplo, causando alteração na coagulação sanguínea, acometimento cardiovascular, bem como a piora na qualidade do sono, influenciada pelo sofrimento psíquico decorrente de ansiedade, insônia e compulsão alimentar, afetando o corpo físico, até a esfera psicossocial, que engloba as relações interpessoais, de segurança e de estabilidade financeira até as necessidades psicobiológicas, que influenciam o nível de realização e satisfação dos indivíduos. Quando alguma destas necessidades básicas não é suprida, a saúde física e mental dos seres humanos pode ficar comprometida, conforme observou-se durante a pandemia de COVID-19 (Esperidião; Farinhas; Saidel, 2020).

No cenário pandêmico, ocorreram muitas mudanças nas atividades cotidianas que exigiram adaptação, tais como o gerenciamento de tarefas domésticas, o trabalho em *home office* e os estudantes em *home schooling*, que evidenciaram a suscetibilidade para o sofrimento psíquico, resultante, principalmente, do isolamento social instaurado nos primeiros anos de pandemia (Esperidião; Farinhas; Saidel, 2020).

O isolamento social foi uma das medidas adotadas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, na qual os indivíduos ficaram em suas residências para diminuir a chance de transmissão da doença às pessoas mais vulneráveis, com maior risco de apresentar complicações clínicas graves associadas à infecção. Tal medida contribuiu para o achatamento da curva de casos, à medida que diluiu o número de

casos por um período mais longo, permitindo um controle maior e uma assistência à saúde à população mais ordenada e com resposta adequada às demandas, sem sobrecarregar o sistema de saúde (Almeida *et al*, 2021).

Nesse tocante, Bezerra *et al.* (2020) apontaram os impactos causados em função do isolamento social decorrente da pandemia de COVID-19, que foram: perda financeira, afetando a renda mensal, especialmente nos segmentos mais pobres; contato social e físico reduzido com outras pessoas, causando tédio, frustração e estresse; modificação no padrão de sono (alguns indivíduos passaram a dormir mais horas por dia, enquanto outros passaram a dormir menos) e realização de menos atividades físicas. O mesmo estudo destaca que o confinamento levou à perda da rotina habitual das pessoas, sendo as mais afetadas aquelas com menor renda e em habitações mais precárias.

Estudo de Marques *et al.* (2021) aponta que o isolamento social provocou mudanças comportamentais negativas no autocuidado de idosos, impactando no bem-estar físico e mental, como ansiedade e estresse, ocasionando o surgimento ou agravamento das doenças crônicas nessa população, como diabetes e doenças cardiovasculares, tornando-os mais suscetíveis ao contágio da COVID-19. Todavia, o apoio social, fé, hobbies, o uso da tecnologia e a prática de atividades físicas mostraram ser ferramentas importantes para o autocuidado, assim como, para a qualidade de vida e bem-estar dos idosos.

No auge da pandemia, principalmente nos anos 2020 e 2021, frente a um cenário de crise, vulnerabilidades e alta mortalidade, a adoção de medidas de autocuidado se fez extremamente necessária, não somente aquelas recomendadas pela OMS, consideradas medidas preventivas, tais como os cuidados com a higienização das mãos e dos objetos, e distanciamento social, mas, também, aquelas que visavam a promoção da saúde mental, essencial para a manutenção das atividades diárias dos seres humanos e, consequentemente, do bem-estar da coletividade. Entretanto, ao longo do tempo, tais medidas foram se tornando mais flexíveis frente a mudança do cenário epidemiológico de redução do número de mortes, hospitalizações em terapia intensiva, gravidade dos casos e o aumento da imunidade da população contra o coronavírus (Organização Mundial da Saúde, 2022).

No Brasil, em 2023, a ANVISA emitiu uma nota técnica na qual destacou não haver mais a recomendação para uso universal de máscaras dentro de todos os setores dos serviços de saúde, sendo recomendado apenas para pacientes suspeitos ou

confirmados de COVID-19 e seus acompanhantes, pacientes que tiveram contato próximo com caso confirmado de COVID-19; para profissionais do serviço de saúde, visitantes ou acompanhantes em áreas de internação de pacientes, por profissionais que fazem a triagem de pacientes e por profissionais no contexto das medidas de precaução padrão e específicas a depender da doença do paciente (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2023).

No dia 05 de maio de 2023, a OMS declarou o fim da ESPII ao levar em consideração a tendência de queda nas mortes por COVID-19, a redução nas hospitalizações e internações em unidades de terapia intensiva pela doença, atrelados à disponibilidade ampliada de realização de testes diagnósticos e ao acesso precoce a tratamentos contra a COVID-19. Considerou-se, ainda, os níveis crescentes de imunidade da população contra o coronavírus, devido ao uso de vacinas e à imunidade induzida por infecções naturais ou à imunidade híbrida. Apesar de tal declaração, a COVID-19 ainda é considerada uma ameaça à saúde e a sua disseminação mundial ainda a caracteriza como uma pandemia (Organização Mundial da Saúde, 2023).

No contexto institucional da saúde, o cenário imposto pela pandemia da COVID-19 colocou em evidência o quanto as crises sanitárias e econômicas mundiais, assim como as iniquidades de saúde geradas pelos determinantes sociais de saúde, afetam de modo negativo o cuidado centrado no paciente. O cuidado centrado no paciente é uma expressão denominada por Harvey Picker, pautada nas necessidades dos pacientes, através da compreensão e respeito a seus valores e preferências, que são únicos e não se restringem a um apanhado de sintomas e diagnósticos. Nesse contexto, tais aspectos ficam prejudicados, uma vez que para a realização do cuidado pelos profissionais de saúde e para a manutenção da saúde através do autocuidado, é fundamental a existência de recursos para o desenvolvimento social, econômico e pessoal (Sadenberg, 2021).

Nesse tocante, a configuração mundial com a chegada do novo coronavírus trouxe à tona a importância do acesso universal à saúde, da atenção primária à saúde, dos determinantes sociais de saúde e da formação de profissionais de saúde. A atuação profissional exige que esses aspectos sejam suficientes, adequadamente alocados e qualificados, uma vez que para a realização do cuidado integral dos pacientes é necessário a união de todos, bem como que as organizações estejam preparadas para se adaptarem rapidamente às mudanças e reagir prontamente a uma emergência de saúde pública como a da COVID-19 (Sadenberg, 2021).

Nesse contexto, pode-se destacar que o cuidado profissional de saúde, no âmbito da assistência à COVID-19, devido à facilidade e rapidez de propagação do vírus, envolveu a necessidade de atenção de todos os profissionais de saúde para a adoção consciente e rigorosa de medidas de prevenção nas práticas profissionais, como por exemplo o uso de equipamentos de proteção adequados e alinhados entre todos os integrantes da equipe multiprofissional; o entendimento de que o uso de luvas não substitui a higienização das mãos e o risco de contaminação cruzada caso as luvas sejam utilizadas de forma inadequada (Oliveira; Lucas; Iquiapaza, 2020).

Além disso, destaca-se a necessidade ampliada de cuidados intensivos durante a pandemia e a utilização de tecnologias próprias desses ambientes para uma parcela de pessoas acometidas, e as alterações nos fluxos de trabalho, nos protocolos de atendimento em saúde e nos gastos com material de consumo, sobretudo, com equipamentos de proteção individual (Soares *et al.*, 2020). As medidas de prevenção e controle da infecção são consideradas essenciais para garantir que os profissionais de saúde sejam protegidos da infecção em situações de epidemia e para que seja evitada a ampliação de eventos nos estabelecimentos de saúde, tendo sido recomendado um programa de controle e prevenção da infecção em nível nacional, com a instalação de equipamentos e com uma equipe dedicada e treinada (Oliveira *et al.*, 2020).

A pandemia da COVID-19 deixou em evidência a importância do autocuidado e de suas intervenções para a manutenção dos serviços essenciais de saúde na assistência às pessoas, tendo em vista que ações de autocuidado eficazes, embasadas em evidências científicas, podem contribuir de forma preventiva evitando o surgimento de novos casos da doença, caso os sistemas nacionais de saúde ou profissionais de saúde fiquem indisponíveis ou restritos, como o observado na COVID-19 (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Nesse cenário, destaca-se o profissional enfermeiro, que, através da educação em saúde, deve realizar orientações, utilizando o saber científico para o autocuidado, a partir das individualidades, articulando estratégias que promovam a independência e a qualidade de vida. Assim, para se obter qualidade do processo de viver, ou seja, qualidade de vida, a partir do autocuidado, vários fatores são necessários, como o acesso à tecnologia de cuidado, ao atendimento especializado de enfermagem, ao auxílio da família e do grupo de apoio, mas, principalmente, à mobilização de forças internas no sentido de se auto cuidar (Mota *et al.*, 2016). Apesar disso, no cotidiano da assistência, foram observadas barreiras para a efetivação de um cuidado individualizado

e integral, que visasse à promoção da saúde, seja pelas enormes diversidades regionais ou pela falta de diálogo nas diferentes esferas governamentais (Villarinho *et al.*, 2013).

Nesse contexto, tendo em vista a elevada taxa de transmissibilidade do novo coronavírus e o potencial de agravamento do estado de saúde das pessoas acometidas pela COVID-19, os cuidados de saúde precisaram ser redobrados. Assim, destacaram-se o autocuidado de saúde e o cuidado do outro, objetos centrais da presente pesquisa e peças-chave para a prevenção de doenças, especialmente a COVID-19, bem como a promoção e manutenção da saúde.

O autocuidado de saúde é uma medida fundamental a ser adotada pelos indivíduos, pois, embora seja adotada individualmente, através de práticas voltadas ao cuidado de si, suas repercussões afetam toda a coletividade, apresentando-se como uma forma de cuidar do outro. Além disso, o cuidado do outro pode ser expresso através do cuidado que um indivíduo realiza em prol do outro, seja na situação de profissional de saúde que cuida de um paciente, de um familiar que cuida de um parente ou um amigo que cuida de outro amigo.

Tratando do conceito de cuidado de si, segundo Foucault (2006, p.301):

> [...] Cuidar de si não é mais um imperativo válido para um momento determinado da existência e em uma fase da vida que é a da passagem da adolescência para a vida adulta. Cuidar de si é uma regra coextensiva à vida. Em segundo lugar, o cuidado de si não está ligado à aquisição de um *status* particular no interior da sociedade. É o ser inteiro do sujeito que, ao longo de toda a sua existência, deve cuidar de si e de si enquanto tal.

Portanto, compreende-se que o cuidado de si, assim como o cuidado no seu sentido mais amplo, é inerente à existência humana, sendo fundamental para viver. Além disso, perpassa todas os ciclos da vida de um indivíduo, desde o nascimento até a vida adulta.

Nesse tocante, segundo Bub *et al*. (2006), as ações de autocuidado são definidas como:

> [...] a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar. Essas ações [...] constituem a capacidade humana ou o poder de engajar-se no autocuidado.

Complementa a OMS ao afirmar que o autocuidado é "o poder dos indivíduos de prevenir e tratar as doenças por conta própria, no contexto de um ambiente propício seguro e de apoio. Ele não substitui o sistema de saúde, mas fornece opções adicionais para os cuidados de saúde" (Organização Mundial da Saúde, 2022, s.p).

Segundo Foucault (2006) o cuidado de si refere-se a uma postura ética do indivíduo frente ao mundo no qual o sujeito volta-se primeiramente para si mesmo, através da reflexão para depois agir sobre aquele. O olhar para dentro, para si mesmo, corresponde a um cuidado consigo, com a própria vida tanto a nível biológico quanto subjetivo, expressando resistência contra os mecanismos de dominação e poder que visam a normalização e a padronização dos modos de vida dos sujeitos.

Portanto, a partir do exposto, entende-se que o cuidar de si se refere ao envolvimento do sujeito no cuidado, ou seja, a adoção de uma atitude ativa e participativa do sujeito no próprio cuidado. Esse envolvimento resulta em um movimento de introspecção que leva o indivíduo a refletir sobre os cuidados que contribuem para a sua qualidade de vida e, também, para o cuidado do outro (Foucault, 2006).

Nesse sentido, alguns fatores influenciam as decisões acerca do autocuidado, tais como: idade, sexo, fatores ambientais, orientação sociocultural, estado de desenvolvimento e de saúde, engajamento regular em atividades, adequação e disponibilidades de recursos e fatores do sistema de atendimento à saúde, como modalidades de diagnóstico e tratamento, entre outros. Desse modo, as ações de autocuidado configuram-se como intencionais e voluntárias, e necessitam de tomada de decisões visando contribuir, especificamente, para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano (Bub *et al*., 2006).

Ao promover o autocuidado junto a outras pessoas, principalmente em situações agudas que podem resultar em problemas crônicos de saúde, como é o caso da COVID-19, deve-se dar o suporte para o desenvolvimento das habilidades ou potencialidades dos sujeitos. Isto com a finalidade de torná-los responsáveis pela sua saúde e ajudá-los a conviver melhor com a enfermidade, problematizar hábitos prejudiciais, manter hábitos saudáveis e estimular a autoconfiança, seja qual for a gravidade da doença (Baquedano *et al.*, 2010).

Nesse tocante, destaca-se o autocuidado em situação de COVID-19 e sua importância para a compreensão do conceito mais geral de autocuidado, a partir de uma consciência abrangente do indivíduo, que abarca a preservação de si, bem como o reconhecimento de si como sujeito de direitos (Fisher; Cunha; Burda, 2021). Assim, o autocuidado é uma complexa habilidade adquirida e desenvolvida, durante o curso da vida diária, que permite à pessoa discernir os fatores que devem ser controlados e tratados, decidir o que pode e deve ser feito, reconhecer as próprias necessidades,

avaliar os recursos pessoais e ambientais e determinar, comprometer e executar ações de autocuidado (Stacciarini; Pace, 2014).

O autocuidado relaciona-se a conhecimentos e práticas socialmente construídas que potencializam a capacidade pessoal de atender às necessidades próprias de saúde. Geralmente é concretizado por práticas que circulam nos ambientes e grupos sociais em que as pessoas crescem e vivem, sendo que são aprendidos ao longo da vida, na educação formal e informal, como, também, no contato com profissionais de saúde, incluindo os da Atenção Primária à Saúde (APS) (Contatore; Tesser; Barros, 2021).

As ações de autocuidado propiciam a promoção da saúde e estão relacionadas com a adoção de medidas individuais que geram bem-estar físico, mental e social, resultando em qualidade de vida (Andrade *et al*., 2016). Sendo assim, pode ser entendido como "uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar" (Galvão; Janeiro, 2013, p. 227). Além disso, é considerado um cuidado de saúde que envolve a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si mesmo, bem como o desempenho de ações necessárias para a manutenção ou promoção da saúde (Galvão; Janeiro, 2013).

Assim, o desenvolvimento de novas habilidades e novos conhecimentos que propiciem o autocuidado contribui para o retorno às atividades diárias de forma segura, permitindo a interação social, um viver autônomo e a promoção da qualidade de vida (Mota *et al.*, 2016). Nesse tocante, o estudo de Domingues (2018) revelou que a RS do cuidado de saúde para pessoas vivendo com o vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) consiste na adoção de práticas de saúde voltadas para o autocuidado, que são necessárias para a manutenção da saúde, tendo maior importância a adesão ao tratamento, a alimentação saudável e o uso regular de medicamentos.

Em momentos de crise e de enfrentamento de situações de vulnerabilidade, a adoção de práticas de autocuidado contribui significativamente para a ampliação de autoconhecimento, além de desenvolver a maturidade psíquica, bem como os processos de resiliência. Essas práticas precisam ser incorporadas sistematicamente no cotidiano das pessoas, pois a periodicidade, frequência e intensidade são fundamentais para o equilíbrio e bem-estar almejado, principalmente na esfera da prevenção do adoecimento psíquico (Esperidião; Farinhas; Saidel, 2020).

Nesse sentido, o estudo de Couto *et al*. (2021) sobre autocuidado no enfrentamento e prevenção à pandemia da COVID-19 revelou que ele é compreendido

como meio de obter bem-estar e qualidade de vida, além de envolver o cuidado consigo mesmo para a prevenção da COVID-19 e o cuidado com o outro (familiares ou colegas de trabalho), revelando que o autocuidado perpassa pelo cuidado com os outros.

Corroborando esse estudo, Egg-Serra *et al*. (2021) em pesquisa sobre intervenção preventiva de suporte emocional e cuidados psicológicos durante a pandemia da COVID-19, evidenciaram que o cuidar do outro é uma expressão do autocuidado, sendo aquele manifestado através do acolhimento, da escuta sensível às necessidades do outro. Ainda, do fortalecimento da autonomia do outro como condição inerente ao seu existir, através do reconhecimento da sua singularidade e das suas relações, do reforço da dialética eu-tu que faz parte da constituição dos seres humanos, da permissão para a expressão de sua vulnerabilidade, reconhecendo as limitações dos seres humanos, sempre vinculados ao outro, e responsáveis pelas suas livres escolhas nos espaços de convivência em sociedade.

Nessa perspectiva, entende-se que para cuidar do outro é necessário primeiramente cuidar de si, através do autoconhecimento e descoberta das necessidades de saúde, psicológicas e emocionais, e a sua influência no mundo. Desse modo, é possível ter empatia pelo outro e, através do movimento de olhar para dentro, é possível encontrar o outro. (Foucault, 2006).

No estudo de Vilaça e Coutinho (2020), o autocuidado foi compreendido como fundamental para o controle das comorbidades durante o período de pandemia de COVID-19, no qual o medo do adoecimento e as questões emocionais se fizeram presentes e interferiram na saúde.

Diante do exposto, o autocuidado se manifesta através de práticas direcionadas ao cuidado de si mesmo. Tais práticas contribuem para a promoção, manutenção da saúde, prevenção de doenças e, também, reabilitação. Apesar de serem realizadas em nível individual, estas práticas repercutem na coletividade, uma vez que cuidar de si é uma forma de cuidar do outro, das pessoas ao redor e, consequentemente do mundo. Assim, define-se como objetos deste estudo as representações sociais do autocuidado, abarcando o cuidado de si e o cuidado do outro, construídas ou transformadas durante a pandemia de COVID-19.

No presente estudo, apesar de o termo autocuidado ter sido adotado como sinônimo de cuidado de si, no âmbito da saúde e da Enfermagem, optou-se em uniformizar os termos, quando pertinente, padronizando todos aqueles referentes ao cuidado de si como autocuidado.

Este estudo é justificado pelo fato da pandemia da COVID-19 ter sido reconhecida como uma emergência de saúde pública, com muitos aspectos a serem desvendados e poucos estudos publicados, especialmente na temática do autocuidado, no âmbito da Teoria das Representações Sociais (TRS), o que, também, motivou o interesse da autora na temática. Além disso, é importante o entendimento do pensamento social, pois a compreensão do saber do senso comum acerca do autocuidado para pessoas da sociedade propicia a compreensão da instituição de novas práticas de cuidado frente à pandemia da COVID-19 e, consequentemente, a implementação de novos saberes na prática assistencial dos profissionais de saúde.

Destacando a importância da COVID-19 no cenário mundial, Oliveira *et al.* (2020, p.3) afirmam a necessidade de serem produzidas novas evidências científicas que sirvam de arcabouço para o enfrentamento de outras pandemias e para informar a tomada de decisões, assim como para a organização do cuidado em saúde e da gestão em saúde.

Diante do exposto, para promover o autocuidado de pessoas em situação de COVID-19 é preciso reconhecer as modalidades de representações que dão suporte ao autocuidado desenvolvido (ou não) pelos sujeitos. Tais representações atuam como suportes psicossociais, juntamente com o contexto externo, na definição das práticas efetivadas, conforme aponta Oliveira (2015).

Considera-se que o estudo das RS é importante para a vida social devido ao seu potencial de elucidação dos processos cognitivos e as interações sociais. Desse modo, apresenta-se como uma alternativa de produção de conhecimento e de pesquisa que ganhou força na área da saúde, ao longo do tempo, tendo contribuído para promover uma melhor compreensão das práticas sociais e dos comportamentos. Nesse sentido, observou-se a expansão do campo de estudo das RS no Brasil, na esfera da psicologia social e, também, nas disciplinas como enfermagem, educação e serviço social (Jodelet, 2001; Oliveira, 2001; Sá, 1998).

As RS são definidas como “conhecimentos do senso comum, construídos e mobilizados nos universos consensuais, que muitas vezes consistem em transformações operadas sobre informações oriundas dos universos reificados” SÁ (2007, p. 591). Deste modo, as RS são resultantes da interação social cotidiana dos universos consensuais nos quais são elaboradas as “teorias” do senso comum. Já nos universos reificados predominam o pensamento erudito e as ciências, com seu rigor

metodológico, com sua objetividade, sua teorização abstrata e sua estratificação hierárquica (Sá, 2007).

O presente estudo busca responder a questionamentos afeitos aos elementos que compõem as representações sociais do autocuidado de saúde e do cuidado do outro na pandemia de COVID-19 e suas relações com as práticas de saúde.

Diante do exposto, é importante destacar que as pessoas focaram a atenção durante a pandemia não somente no autocuidado, através de práticas de cuidado de si, mas, também, no cuidado do outro, que é uma demonstração de empatia, afeto, respeito e solidariedade. O envolvimento da sociedade para a adoção consciente das medidas de precaução frente a COVID-19 exigiu uma mudança de comportamento individual e coletivo, de forma imediata e rigorosa e este estudo pretende ampliar o conhecimento sobre esses comportamentos e as representações que lhes deram suporte.

Partindo dos pressupostos da TRS e dos estudos publicados sobre a COVID-19, definiu-se a seguinte tese para este estudo: A representação social do autocuidado e do cuidado do outro estabelece uma relação de dependência com as práticas de autocuidado de saúde no contexto da COVID-19, contribuindo para uma percepção positiva ou negativa da saúde.

A COVID-19 colocou desafios em nível macro e micro social, tanto para as práticas de cuidado pessoal e social cotidianos, quanto para a organização das políticas econômicas e de saúde, em nível nacional e internacional. Da mesma forma, exigiu o desenvolvimento da solidariedade e consciência coletivas, a partir da constatação de que a vida do outro depende das atitudes pessoais e da sociedade. Ou seja, o autocuidado e o cuidado do outro foram traduzidos em estratégias de prevenção e de mitigação da pandemia (Oliveira *et al*., 2020).

A partir do exposto traçou-se como objetivo geral deste estudo analisar as representações sociais de pessoas da sociedade em geral acerca do autocuidado de saúde e do cuidado do outro e suas relações com as práticas de proteção desenvolvidas na pandemia de COVID-19.

Os objetivos específicos foram:

a) Analisar a estrutura da representação social do cuidado da pessoa com COVID-19;
b) Descrever os conteúdos da representação social do autocuidado de saúde e do cuidado do outro na pandemia de COVID-19;

c) Apreender as práticas de autocuidado de saúde e de cuidado do outro na pandemia de COVID-19 desenvolvidas por pessoas da sociedade em geral;
d) Discutir a atuação da Enfermagem na promoção do autocuidado e do cuidado do outro em situações de pandemia.

A motivação para a realização deste estudo surgiu a partir da minha vivência no 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). A partir dessa participação e do desenvolvimento da minha dissertação de mestrado pude perceber a importância de estudar os processos psicossociais de grupos vivendo com doenças com forte impacto social.

A relevância do estudo destaca-se pelo caráter pandêmico da COVID-19 no Brasil e no mundo, bem como o impacto da percepção de vulnerabilidade no cotidiano e no autocuidado de saúde das pessoas expostas ao coronavírus, por tempo indeterminado.

Sendo assim, a partir da compreensão das RS do autocuidado e do cuidado do outro para a pessoa com COVID-19 e as práticas observadas, a pesquisa em tela poderá contribuir para uma abordagem multidisciplinar que valorize as interações entre os dois objetos estudados em um contexto pandêmico; para o desenvolvimento de políticas de saúde pública, promovendo a solidariedade nos níveis individual e comunitário; o desenvolvimento de estratégias de resiliência, fortalecendo o bem-estar individual e coletivo; e para o conhecimento científico com a aplicação dos resultados da tese em contextos de crises de saúde e emergências globais.

Em suma, espera-se que tais contribuições possibilitem novos olhares acerca do autocuidado de saúde em situações pandêmicas a partir do desenvolvimento de um cuidado humanizado, que valorize as representações dos indivíduos e gere impacto positivo na assistência de saúde aos mesmos. Além disso, espera-se que a presente pesquisa seja um estímulo para a realização de novos estudos sobre autocuidado como objeto de representação social, temática até o momento pouco estudada através de buscas bibliográficas realizadas pela pesquisadora.

Com isso, pretende-se compreender e colaborar para a conscientização da sociedade sobre as práticas de prevenção necessárias à mitigação desta doença e de outras com características epidêmicas.

1 REFERENCIAL TEMÁTICO

1.1 A Pandemia da COVID-19: contextos histórico, clínico e epidemiológico

Os coronavírus são uma grande família de vírus comuns em muitas espécies de animais, incluindo camelos, gado, gatos e morcegos (Brasil, 2021a). São causadores de infecções respiratórias e intestinais em humanos e animais; sendo que a maioria das infecções que acometem seres humanos são causadas por espécies de baixa patogenicidade, levando ao desenvolvimento de sintomas de resfriado comum, até infecções graves em pessoas mais vulneráveis, como idosos e crianças, tal qual ocorreu com a síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV) e a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV). Além disso, muitos indivíduos infectados são assintomáticos e podem ser hospedeiros do vírus ou apresentam sintomas leves a moderados, semelhantes ao estado gripal (Organização Mundial da Saúde, 2021a; Pimentel *et al.*, 2020). A maioria dos casos, cerca de 80%, evolui de forma leve apresentando síndrome respiratória aguda e 10% dos casos evoluem para a forma mais graves como insuficiência respiratória (Brasil, 2020).

Os coronavírus (CoV) humanos foram descobertos pela primeira vez em 1937, porém, somente em 1965 que o vírus foi descrito como coronavírus. Sua denominação foi atribuída considerando o seu perfil microscópico, apresentando espículas na sua superfície, remetendo à lembrança de uma coroa (do latim corona) (Macedo; Ornellas; Bonfim, 2020; Zhu *et al*., 2020).

Em 31 de dezembro de 2019, a OMS foi notificada sobre inúmeros casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tal notificação dizia respeito a uma nova cepa de coronavírus que até então não havia sido manifestada em seres humanos (Organização Mundial da Saúde, 2021a). O surto de pneumonia iniciou em um mercado de frutos do mar e animais vivos, sendo até o momento o reservatório animal desconhecido (Na Zhu *et al*., 2020).

Então, em 7 de janeiro de 2020, houve a confirmação pelas autoridades chinesas de um novo tipo de coronavírus, que é ácido ribonucleico (RNA) de vírus envelopados, com capacidade de causar doenças respiratórias, hepáticas, neurológicas e entéricas. Este novo tipo de coronavírus pode ser encontrado comumente em humanos, outros

mamíferos e aves. Inicialmente foi denominado de 2019-nCoV, sendo nomeado, por fim, de SARS-CoV-2, agente causador da doença COVID-19 (Na Zhu *et al.*, 2020; Organização Mundial da Saúde, 2021a).

O novo coronavírus trata-se de RNA vírus da ordem Nidovirales da família Coronaviridae. O SARS-CoV-2, assim como os vírus SARS-CoV e MERS-CoV são da subfamília Betacoronavírus. Os dois últimos causaram síndromes respiratórias agudas graves antes de 2019 (Brasil, 2020). O surto de SARS-CoV começou entre 2002 e 2003 e de MERS-CoV em 2012, ambos gerando alto impacto na saúde pública (Pimentel *et al*., 2020).

Os três vírus supracitados têm a capacidade de infectar apenas mamíferos, possuem alta patogenicidade e transmissibilidade e são causadores de síndrome respiratória e gastrointestinal. Além desses três, outros quatro tipos de coronavírus podem acarretar doença no trato respiratório superior e inferior, em pacientes imunodeprimidos, principalmente em crianças, pacientes com comorbidades, jovens e idosos (Brasil, 2020).

Até o momento, já foram identificados sete coronavírus humanos (HCoVs), são eles: HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63, HCoV-HKU1, SARS-CoV (causador da síndrome respiratória aguda grave), que acarretou surtos na China e MERS-CoV (causador da síndrome respiratória do Oriente Médio) que ocorreu no Oriente Médio e, recentemente, o novo coronavírus (Organização Mundial da Saúde, 2021b; Xavier *et al*., 2020).

O SARS-CoV2 está relacionado aos *betacoronavírus* de origem do morcego, sugerindo que tais animais são provavelmente os hospedeiros de reservatório desse vírus emergente. Somado a isto, o surto de pneumonia atrelado a exposições no mercado atacadista de frutos do mar de Huanan indicam a possibilidade da ocorrência de uma possível zoonose (Lu *et al*., 2019).

A COVID-19 tem como principais sintomas febre, cansaço e tosse seca. Além disso, algumas pessoas podem apresentar congestão nasal, dores, dor de cabeça, dor de garganta, conjuntivite, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés. Geralmente, os sintomas são leves e evoluem gradualmente. Cerca de 80% das pessoas se recuperam da doença sem precisar de hospitalização. Uma em cada seis pessoas que manifestam a doença fica em estado grave e com insuficiência respiratória. Neste caso, as pessoas idosas e as que têm

comorbidades, apresentam risco elevado de agravamento da doença (Organização Mundial da Saúde, 2021a).

A transmissão ocorre por meio de uma pessoa infectada para outra ou por contato próximo através de: gotículas de saliva; toque do aperto de mão; tosse; espirro; catarro e objetos ou superfícies contaminadas, como mesas, maçanetas, celulares, entre outros. O período de incubação pode ser de 2 a 14 dias, geralmente em torno de 5 dias (Brasil, 2020).

Uma coorte retrospectiva de 41 pacientes confirmados com SARS-CoV-2, na cidade de Wuhan, China, apresentou as seguintes características clínicas e epidemiológicas: 27 pacientes, correspondente a 66%, tiveram contato direto com um grande mercado de frutos do mar e animais. A prevalência foi do sexo masculino com idade média de 49 anos. Os sinais e sintomas relevantes foram: febre (98%), tosse seca (76%), dispneia (55%), mialgia ou fadiga (44%) e linfopenia (63%) (Huang *et al.*, 2020).

Segundo recomendação da OMS, o diagnóstico da COVID-19 é realizado através de teste laboratorial com a utilização de testes moleculares em amostras do trato respiratório por RT-PCR em tempo real (reação em cadeia da polimerase em tempo real precedida de transcrição reversa – RT-qPCR) que visam a detecção do RNA do SARS-CoV-2. O teste laboratorial RT-PCR é o método de escolha para diagnosticar pacientes sintomáticos na fase aguda, através da detecção do vírus SARS-CoV-2 em amostras coletadas da nasofaringe até o 8º dia de início dos sintomas. Em casos graves, de pacientes hospitalizados, a coleta da amostra pode ser realizada até o 14º dia do início dos sintomas (Brasil, 2021b).

Os testes rápidos são realizados para rastrear a presença de um antígeno do vírus SARS-CoV-2, através de amostras de esfregaço nasofaríngeo ou nasal, em caso de infecção viral no momento, sendo, então, adotado para o diagnóstico na fase aguda da doença, que acontece do 1º ao 7º dia após o início dos sintomas. Os resultados são liberados em aproximadamente 15 minutos. Este teste é indicado para grupos populacionais específicos, que dependem de um resultado para auxiliar na conduta clínica imediata e para locais remotos, onde há limitação para o transporte oportuno de amostras até o Lacen (Brasil, 2021b).

Os testes imunológicos (sorológicos) permitem conhecer o perfil sorológico das pessoas, identificando a presença de anticorpos IgA, IgM e/ou IgG do indivíduo em

relação ao vírus SARS-CoV-2. Pode diagnosticar a doença ativa ou pregressa a partir do 8º dia do início dos sintomas (Brasil, 2021).

Em 23 de janeiro de 2020, aconteceu a primeira reunião do Comitê de Emergências sobre o surto do novo coronavírus na China, convocada pela OMS conforme o Regulamento Sanitário Internacional de 2005. Nesta reunião não houve a decisão se o surto se enquadraria ou não como ESPII. Desse modo, uma segunda reunião foi realizada, desta vez em 30 de janeiro, na qual foi constatado o aumento do número de casos e de outros países que reportaram casos confirmados, o que acarretou a declaração do surto como ESPII (Organização Mundial da Saúde, 2020b).

No fim de janeiro de 2020, surgiram os primeiros casos na Itália e na Espanha. O pico da pandemia em ambos os países aconteceu no início de abril de 2020. A Itália teve um elevado número de mortes, com mais de vinte mil óbitos até o final da primeira quinzena de abril (Coronavirus Resource Center, 2020). Tal taxa de mortalidade elevada foi concentrada, cerca da metade, na região da Lombardia e associou-se ao fato de quase um quarto da população ter 65 aos ou mais (Onder; Rezza; Brusaferro, 2020).

Na Espanha, o governo decretou estado de alerta em 14 de março de 2020, com o objetivo de frear o aumento de casos da COVID-19. O país teve mais de 180 mil casos e mais de 18 mil óbitos. Destaca-se que as medidas adotadas tardiamente para conter a transmissão fizeram com que a situação na Espanha quanto à COVID-19 fosse avaliada como grave (Coronavirus Resource Center, 2020).

No final de março de 2020, nos Estados Unidos da América (EUA), iniciou-se a propagação do novo coronavírus, e em um curto período, o contágio e acometimento pela doença avançou, totalizando quase 600 mil casos e 25 mil mortes até o final da primeira quinzena de abril de 2020, especialmente na cidade de Nova Iorque. Do mesmo modo que ocorreu na Espanha, a adoção tardia de medidas de contenção do vírus agravou a situação do país, acarretando que os EUA liderassem, na segunda semana de abril, a primeira posição em número absoluto de casos confirmados e óbitos no mundo (Coronavirus Resource Center, 2020).

Até o final de fevereiro do mesmo ano já havia quase 80 mil casos confirmados e 2.838 óbitos por COVID-19 na China e, mais aproximadamente, 6 mil casos confirmados e 86 óbitos em outros 53 países (Croda; Garcia, 2020). Neste ínterim, em 11 de março, devido à disseminação mundial do vírus, a OMS declarou a pandemia do novo coronavírus, a primeira do século XXI (Organização Mundial da Saúde, 2020b).

No Brasil, no início de janeiro de 2020, a Secretaria de Vigilância do Ministério da Saúde (SVS/MS) juntamente com o Ministério da Saúde (MS) considerou o surto um perigo iminente, elevando o alerta de emergências para o nível 2. Neste período, os primeiros casos de COVID-19 no mundo que começaram a ser identificados foram na Itália, França e nos Estados Unidos (Matta *et al*., 2021).

Em 26 de fevereiro de 2020 foi confirmado o primeiro caso de COVID-19 no Brasil. Em 3 de março, foram notificados 488 casos suspeitos, 2 confirmados e 240 descartados no país, sem evidência de transmissão local. Estes dois casos, os primeiros confirmados, eram pessoas do sexo masculino, residentes na cidade de São Paulo, que haviam retornado de viagem à Itália (Croda; Garcia, 2020). Em 20 de março de 2020 foi declarado o estado de transmissão comunitária do novo coronavírus em todo o território nacional, tendo sido criada a Portaria nº 454 (Brasil, 2020c) que dispõe sobre o assunto, fazendo com que entrasse em vigor a Lei da Quarentena, Lei nº 13.979 (Brasil, 2020), visando evitar a contaminação e propagação da COVID-19.

Na primeira semana de abril de 2020, o Brasil encontrava-se em Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional. Já na terceira semana de abril de 2020, o país passou pelo período inicial da crise, ultrapassou trinta mil casos confirmados, com mais de 1.500 mortes e taxa de mortalidade em torno de 5,5%. Foi um período marcado por um elevado grau de subnotificação, que foi intensificado pelo baixo quantitativo de testes realizados na população e por um sistema de saúde que buscou se reestruturar para comportar o maior número de pacientes possível. A partir disso, a doença se espalhou por todo o país, e, em 12 de maio de 2020 foram notificados mais de 177 mil casos e 12 mil mortes relacionadas (Brasil, 2020a).

Desde 11 de março de 2020 até 31 de dezembro de 2023, foram registrados no mundo um total de 773.449.299 casos cumulativos de COVID-19 no mundo, sendo a maior taxa de incidência registrada, respectivamente, nos Estados Unidos com 103,4 milhões, China com 99,3 milhões, Índia com 45 milhões, França com 39 milhões, Alemanha com 38,4 milhões e Brasil com 37,5 milhões. No que tange à taxa de mortalidade, foram registrados no mundo um total de 6.991.842 de óbitos, sendo a maior taxa de óbitos registrada respectivamente, nos Estados Unidos da América com 1,2 milhões, Brasil com 702,1 mil, Índia com 533,4 mil, Rússia com 401 mil e México com 335 mil (Organização Mundial de Saúde, 2024).

No Brasil, no período de 27 a 30 de julho de 2023 foram registrados 45.755 casos de COVID-19 e 635 óbitos pela doença, o que reflete uma redução na taxa de

incidência de 19,36% dos casos e 5,6% na taxa de mortalidade. Já em relação à taxa de letalidade houve um aumento de 15,71% registrado em julho (Brasil, 2023). Em relação à SARS por COVID-19, em 2023, em junho foram notificados 1.480 casos e em julho 721 casos, demonstrando uma redução de 51%. Nesse período, as faixas etárias com maiores incidência e mortalidade abarcaram os idosos com 60 anos ou mais e crianças com 4 anos ou menos. A unidade da Federação (UF) com a maior incidência de casos de SARS por COVID-19 notificados foi o Acre, seguido de Sergipe, Paraná e Goiás. Quanto à mortalidade de SARS por COVID-19, Rondônia foi a UF com a maior taxa apresentada no mesmo período, seguida por Goiás, Sergipe e Roraima (Brasil, 2023).

Uma das medidas de prevenção adotadas pelos países para evitar o contágio e proteger a população da exposição ao risco da COVID-19, foi uma das adotadas para doenças contagiosa, que é o distanciamento social ou distanciamento físico fora do ambiente doméstico, ou seja, a manutenção de uma distância espacial, cerca de dois metros, entre um indivíduo e outras pessoas. A exemplo disto destaca-se a recomendação de evitar aglomerações. Além desta medida, outras foram implementadas como a quarentena e o isolamento. A primeira restringe e separa a circulação de pessoas que foram expostas a uma doença contagiosa, com o objetivo de acompanhar se estas ficarão doentes. Já a segunda visa separar as pessoas doentes, infectadas por alguma doença transmissível, como a COVID-19, dos não doentes (European Centre for Disease Prevention and Control, 2020).

No Brasil, em 17 janeiro de 2021, duas vacinas contra COVID-19 foram autorizadas para uso emergencial pela ANVISA, uma do laboratório Sinovac (China), em parceria com o Instituto Butantan, e outra do laboratório Serum (India), em parceria com a Universidade Oxford, cuja tecnologia faz parte do acordo entre o laboratório AstraZeneca e BioManguinhos/Fiocruz (Brasil, 2021). O objetivo da vacinação é evitar óbitos e internações pela doença, principalmente entre os grupos de maior risco para o agravamento da doença. Nesse sentido, em 17 de janeiro de 2021 a Anvisa autorizou para uso emergencial as seguintes vacinas: a vacina adsorvida covid-19 (inativada) - (Sinovac/Butantan), do laboratório Sinovac Life Sciences Co. LTD; e a vacina covid-19 (recombinante), do laboratório Serum Institute of India Pvt. Ltd [Oxford] – (AstraZeneca/Fiocruz) (Brasil, 2021).

Assim, em 18 de janeiro de 2021 iniciou-se no Brasil a Campanha Nacional de Vacinação contra a Covid-19. Posteriormente, em 23 de fevereiro de 2021 a Anvisa concedeu registro definitivo no País da vacina Pfizer/Wyeth, e no dia 12 de março o

registro definitivo da vacina AstraZeneca/Fiocruz. Já a vacina covid-19 (recombinante) da Janssen foi autorizada para uso emergencial no país, em 31 de março de 2021 (Brasil, 2021). Destaca- se que, inicialmente, todas as vacinas supracitadas foram recomendadas somente para adultos maiores de 18 anos de idade, sendo os trabalhadores de saúde os primeiros a se vacinarem. Além disso, recomendou-se que a partir de 15 de setembro de 2021, iniciasse uma dose de reforço para todos os idosos a partir de 70 anos; e a partir de 28 de setembro de 2021 uma dose de reforço para a população entre 60 e 69 anos e para todos os trabalhadores da saúde, considerando-se a administração da dose de reforço 6 meses após a última dose do esquema vacinal primário (Brasil, 2021).

Até 9 de dezembro de 2021, 315.180.274 doses foram aplicadas em todo o Brasil, sendo 159.609.213 a primeira dose e 139.436.680 a segunda dose (BRASIL, 2021). Em 20 de dezembro de 2021, o país apresentou cobertura vacinal de 66% referente às pessoas com as doses completas e 11% de pessoas somente com a primeira dose. No mundo, 48% da população está totalmente vacinada e 9,3% está apenas com a primeira dose (Our World In Data, 2021). De acordo com levantamento divulgado no dia 19 de março de 2022 pelo site Our World in Data (2022) referente à vacinação no Brasil, 180.360.121 pessoas receberam pelo menos uma dose da vacina contra o coronavírus, 158.863.543 pessoas totalmente vacinadas e 108.536.650 pessoas receberam a dose de reforço, correspondendo, respectivamente a 84,9%; 74,7% e 34,5% da população brasileira.

Desde 22 de julho de 2020, data da administração da primeira vacina contra a COVID-19 até 26 de novembro de 2023 foram administradas 13,59 bilhões de doses de vacina contra a COVID-19 no mundo, sendo os países que mais vacinaram com pelo menos uma dose, respectivamente China com 1,3 bilhões de pessoas vacinadas, Índia 1 bilhão, Estados Unidos da América 270, 2 milhões, Indonésia 204,4 milhões e Brasil 184,7milhões (Organização Mundial da Saúde, 2024).

Em 29 de dezembro de 2021, quando a pandemia mostrava sinais de arrefecimento e as medidas de distanciamento social começavam a ser flexibilizadas, foi identificada uma nova mutação do coronavírus, a variante Ômicron, do vírus SARS-CoV-2 (B.1.1.529), detectada na África do Sul. Considerada preocupante pela OMS por ser muito mais transmissível que outras variantes do SARS-CoV-2, o surgimento da Ômicron exigiu que as medidas de distanciamento e de proteção individual e coletiva fossem retomadas e reforçadas, são elas: o uso de máscara, distanciamento social,

higienização constante das mãos com água e sabão ou álcool em gel, evitar espaços confinados ou aglomerações, tossir ou espirrar na dobra do cotovelo e ventilar os ambientes sempre que possível (Instituto Butantan, 2022).

Nesse tocante, destaca-se que a vacinação foi muito eficaz contra essa variante, além de impedir o aumento no número de óbitos. Os indivíduos não vacinados foram os mais atingidos por ela, e em meados de janeiro de 2022 foi considerada a cepa predominante no mundo (Instituto Butantan, 2022).

De acordo com estudo de Passarelli-Araujo *et al.* (2021), a vacinação contra a COVID-19 contribuiu muito para a redução das taxas de mortalidade de casos da doença em todas as faixas etárias. Tal informação corroborada pelo Instituto Butantan (2021), evidencia que no período de fevereiro e julho de 2021, 9.878 pessoas que morreram devido à COVID-19 haviam sido vacinadas com uma ou duas doses das vacinas disponíveis no Brasil, o que corresponde a 3,68% do total de mortes por SARS-CoV-2, evidenciando a eficácia da vacina e a associação das mortes por COVID-19 no Brasil a pessoas não vacinadas.

Em relação ao contexto epidemiológico da COVID-19 no Brasil, os dados revelam uma redução na taxa de incidência de 66,37% (diferença de menos 81.201 casos) e na taxa de mortalidade de 47,45% (menos 785 óbitos) da semana epidemiológica de 23 a 26 de junho de 2023 que registrou 56.744 casos novos e 673 óbitos em relação à semana de 18 a 22 de maio de 2023, que registrou 137.945 casos novos e 1.458 óbitos (Brasil, 2023). Tais dados evidenciam a contribuição da vacinação na redução do número de casos novos e óbitos.

Em vista disso, considerando que atualmente a variante Ômicron e suas sublinhagens são as variantes circulantes predominantes no mundo e o aumento da imunidade populacional, a Organização Pan-Americana da Saúde (2023) redefiniu os grupos de risco para administração da vacina contra a COVID-19. Sendo assim, são considerados os seguintes grupos de risco:

a) Grupos de alta prioridade elegíveis para receber uma dose adicional da vacina seis meses após a dose anterior: pessoas maiores de 75 anos ou com idades estabelecidas pelos países; pessoas maiores de 60 anos ou com idades estabelecidas pelos países com comorbidades significativas, adultos, adolescentes e crianças maiores de 6 meses com imunodepressão grave ou moderada; mulheres adolescentes e adultas

grávidas. Para esse subgrupo, se tiver mais de seis meses após a última dose, a mulher deve receber uma dose durante a gravidez;

b) Subgrupos de alta prioridade para receber uma dose adicional 12 meses após a dose anterior: pessoas maiores de 60 anos ou com idades estabelecidas pelos países; adultos com comorbidades significativas ou obesidade grave, profissionais da saúde da linha de frente;

c) Grupos de média prioridade para ser vacinado com a série primária e a primeira dose de reforço: todas as pessoas saudáveis maiores de 17 anos; crianças e adolescentes com idades entre seis meses e 17 anos e comorbidades com chances aumentadas de desenvolver doença grave;

d) Grupos de baixa prioridade para ser vacinado com a série primária, considerando o contexto do país, a carga de morbidade nessa faixa etária, a relação custo-efetividade, outras prioridades de saúde ou programáticas e os custos de oportunidade: crianças e adolescentes saudáveis com idades entre seis meses e 17 anos e sem comorbidades. Para esse grupo não são recomendadas doses de reforço adicionais.

Nesse tocante, entre as medidas de prevenção da COVID-19 destaca-se a vacinação independente do imunizante que estiver disponível, pois é a ação que mais contribui para reduzir o número de casos graves, internações e mortes causadas pela doença (Instituto Butantan, 2021). Além desta medida, é fundamental que medidas preventivas e de controle sejam adotadas e mantidas em âmbito nacional e internacional, em nível individual e coletivo, a fim de mitigar os danos causados pela pandemia. Tais medidas envolvem a participação da sociedade através da conscientização coletiva da importância do autocuidado e de seus impactos no cuidado do outro para o bem comum (Oliveira *et al.*, 2020).

Portanto, os dados epidemiológicos atuais sobre a situação da COVID-19 no Brasil, evidenciam uma redução do número de casos novos e de óbitos por esta doença, conforme supracitados. Tais reduções podem ser atribuídas à eficácia da campanha de vacinação junto com a adoção das medidas de prevenção adotadas pela população. Este acontecimento demostra o comprometimento e a conscientização de grande parte da população brasileira para a mitigação da doença, pois somente com a colaboração de todos na adesão das medidas preventivas é possível obter tais resultados.

Apesar das reduções dos números de casos novos e óbitos, destaca-se a importância de a população continuar adotando as medidas preventivas contra a

COVID-19, a fim de diminuir cada vez mais a cadeia de transmissão do vírus e, consequentemente, os impactos na sociedade. Além disso, deve ser destacada a importância do Programa Nacional de Imunização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para a população brasileira, no combate à pandemia do novo coronavírus, sendo uma conquista da coletividade que deve ser cada vez mais valorizada e fortalecida.

1.2 **O cuidado de saúde e de enfermagem, o autocuidado, o cuidado de si e o cuidado do outro**

1.2.1 Concepções teóricas do cuidado de saúde e de enfermagem

Ao longo da história, o cuidado sempre esteve presente, desde o início da história do ser humano, apresentando-se nas mais diversas formas de sociedade, fazendo-se presente nos diferentes contextos coletivos (Silva *et al.*, 2009). A experiência de cuidar é uma maneira de garantir a manutenção da vida, sendo considerada fundamental para o homem, já que ele necessita de cuidado para garantir a sua existência como ser no mundo (Duarte; Rocha, 2011).

O cuidado faz parte da natureza e da constituição do ser humano, surge quando a existência do outro é importante para uma pessoa que, consequentemente, passa a se dedicar ao outro, sendo, portanto, a base de sua existência. A falta de cuidado desde o nascimento até a morte contribui para a desestruturação do ser humano, até mesmo a perda de sentido e morte (Boff, 2003, 2014).

O cuidado ao ser abordado sempre remete ao que é cuidado, quem cuida e porque cuidamos. Ele abarca um conceito de saúde abrangente, que engloba diferentes fenômenos culturais, econômicos, sociais e outros, que visam assistir o ser humano em seu sofrimento para solucionar os seus problemas (Ayres, 2001; Pinheiro; Mattos, 2005). O processo de cuidar está diretamente relacionado às necessidades das pessoas e engloba várias dimensões, destacando-se três que estão interligadas: a dimensão cognitiva, relacionada ao domínio de conhecimentos científicos por parte dos profissionais de saúde para a sua atuação profissional; dimensão afetivo-relacional,

relacionada à interação entre os indivíduos, permitindo a expressão individual da subjetividade; e a técnico-instrumental do cuidado, relacionada à qualidade dos procedimentos técnicos especializados através do conhecimento técnico-científico (Silva; Sousa, 2013).

A dimensão técnico-instrumental refere-se ao cuidado profissional, através da realização de procedimentos técnicos ancorados no conhecimento técnico-científico, sendo necessário atributos específicos para o seu desenvolvimento na prática do cuidado do outro, ou seja, o paciente. Tais atributos são referentes à área de atuação no campo da saúde, sendo necessários os conhecimentos científicos, os quais direcionam as condutas a serem adotadas durante a prática do cuidado. Estes fazem parte da dimensão cognitiva. Já a dimensão afetivo-relacional envolve as características afetivas-relacionais, ou seja, os sentimentos desenvolvidos pelo profissional da saúde durante o cuidado do outro e, também, necessários para o exercício do cuidar, que são: empatia, solidariedade, compaixão, cordialidade e convivialidade (Silva *et al.*, 2005; Silva; Sousa, 2013).

Nesse tocante, o processo de cuidar envolve o ato de ter cuidado consigo mesmo; o ato de pessoas da sociedade cuidarem de outros indivíduos conhecidos, como amigos ou familiares, por exemplo, ou de profissionais da saúde, especialmente os enfermeiros, que são os profissionais diretamente atrelados ao cuidado de saúde cuidarem de pacientes a nível ambulatorial ou hospitalar. Para fins didáticos, estes dois tipos de cuidados foram denominados na presente pesquisa, respectivamente de autocuidado e cuidado do outro, sendo o cuidado de saúde, considerado qualquer expressão de autocuidado (cuidado de si) ou cuidado do outro, visando a saúde e o bem-estar de si ou do outro.

A realização do cuidado de saúde está atrelada à motivação do indivíduo para o autocuidado. Assim, a motivação depende de um propósito existente, um objetivo, que gera um incômodo, que motiva a pessoa até que ela alcance tal finalidade. A motivação interna acontece no tempo de cada indivíduo (Pacheco; Antunes, 2015).

O cuidado de saúde está atrelado à definição de “um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de um certo tratamento” (Ayres, 2004, p.73). Em contrapartida, o mesmo autor, afirma que cuidar da saúde de alguém vai além de intervenções, procedimentos técnicos sobre ele e a construção de um objeto, sendo fruto da relação entre matéria e espírito, corpo e mente, sem estar subordinado às práticas parcelares de saúde (Ayres, 2001).

O cuidado de saúde vai além de um simples procedimento técnico ou nível de atenção do sistema de saúde, é considerado uma ação integral, que apresenta sentidos e significados direcionados para a compreensão da saúde como direito de ser, que está atrelado à participação ativa do indivíduo e de forma autônoma sobre as decisões acerca da sua saúde (Pinheiro, 2009).

Até 1940, aproximadamente, o foco da enfermagem era voltado para as tarefas e os procedimentos, sem levar em conta o desenvolvimento intelectual, situação está observada na formação de técnicos e auxiliares de enfermagem, centrada mais nas técnicas. Em 1950, a enfermagem passou a buscar a dimensão intelectual do seu trabalho, incorporando conhecimentos científicos em outros saberes, centralizados no modelo biomédico. Assim, a partir de 1960, iniciou-se a elaboração das teorias de enfermagem para embasar a prática profissional, construindo um saber próprio da profissão, tendo as primeiras teorias criadas por enfermeiras norte-americanas (Souza *et al*., 2006).

As teorias de enfermagem são referenciais para a profissão da enfermagem, visto que compõem um corpo próprio de conhecimentos da profissão, com uma linguagem específica, voltado para as necessidades e particularidades dos profissionais e, também, dos indivíduos e grupos populacionais nos seus contextos sociais. A aplicação das teorias auxilia os modelos clínicos da enfermagem, o desenvolvimento do tripé teoria, prática e pesquisa, e dá suporte às práticas assistenciais dos profissionais (Crossetti; Schaurich, 2010). Além disso, as teorias fundamentam o processo de cuidar e servem de alicerce para a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (Gonçalves; Tannure, 2009).

De acordo com Rosa *et al*. (2010), os modelos teóricos mais utilizados nas pesquisas de enfermagem no Brasil são: a Teoria de Enfermagem Humanística, de Josephine Paterson e Loretta T. Zderad; a Teoria do Cuidado Cultural, de Madeleine Leininger; a Teoria do Autocuidado, de Dorothea E. Orem; e a Teoria Transpessoal, de Jean Watson.

Em 1976, Josephine E. Paterson e Loretta T. Zderad publicaram o livro "Humanistic Nursing" sobre a teoria da prática de enfermagem humanística. Esta teoria considera as experiências vividas pela enfermeira e pelo cliente que recebe o cuidado, buscando compreender o indivíduo a partir da sua própria experiência de vida. A prática da enfermagem humanística está embasada no existencialismo, através do qual os indivíduos fazem escolhas que determinam o significado da própria vida. A

individualidade de cada ser humano é atualizada através do relacionamento com os outros (Praeger, 2000).

Nesse sentido, a teoria é embasada por três conceitos, que são: o diálogo, a comunidade e a enfermagem fenomenológica. Através do diálogo, a enfermagem consegue nutrir e confortar o cliente; a comunidade é a experiência das pessoas, através do compartilhamento de experiências, das intersubjetividades e do relacionamento umas com as outras; e a enfermagem fenomenológica é uma metodologia para unir a prática à teoria, buscando compreender e descrever as situações de enfermagem (Praeger, 2000).

Em 1985, a teórica Madeleine Leininger publicou a primeira apresentação da teoria da enfermagem transcultural, na qual cada pessoa tem uma cultura que auxilia na percepção do mundo, podendo relacionar as próprias experiências e percepções com suas crenças e práticas gerais de saúde. Desse modo, observa-se a valorização da cultura e de sua influência sobre os aspectos que envolvem os indivíduos que recebem e realizam o cuidado de enfermagem. Atualmente, a teoria de Leininger é denominada diversidade e universalidade do cuidado cultural, devido à crença da teórica de que cada cultura tem tanto práticas de saúde específicas quanto padrões culturais comuns (George, 2000).

Em 1985, Jean Watson publicou a sua teoria em “Nursing: Human science and human care”, propondo que os fatores de cuidado derivados da perspectiva humanística associados ao conhecimento científico constituem o principal foco da enfermagem. Os pressupostos defendidos por Jean Watson são: a) o cuidado somente pode ser demonstrado e praticado de maneira interpessoal; b) o cuidado é constituído por fatores que satisfazem determinadas necessidades humanas; c) o cuidado efetivo promove a saúde, o crescimento individual e familiar; d) as respostas do cuidado aceitam o indivíduo do modo como é e, também, como poderá se tornar; e) o ambiente de cuidado oferece o desenvolvimento do potencial, visto que permite ao indivíduo fazer a melhor escolha para si em dado momento; f) o cuidado é complementar à cura; g) a prática de cuidados é a essência da enfermagem (Talento, 2000).

A prática da enfermagem tem evoluído ao longo do tempo desde a época de Florence, com sua teoria ambientalista, voltada para o controle do ambiente, passando por uma fase que valoriza o conhecimento de questões técnicas, direcionadas às tarefas e procedimentos de enfermagem. Tal fase, apoiada em princípios científicos, reforçando aspectos técnicos, coloca em destaque o modelo biomédico e dificulta uma aproximação entre o profissional e o cliente (Souza *et al*., 2006).

Ainda hoje, os enfermeiros não direcionam as atividades da enfermagem para o cuidado individualizado e para as necessidades de saúde dos indivíduos, mas sim para procedimentos técnicos, obedecendo regras e normas, constituindo-se uma prática fragmentada, preocupada em atender aos interesses dominantes (Souza *et al*., 2006).

Observou-se, no estudo de Gomes *et al*. (2011), que, atualmente, o cuidado de enfermagem é concretizado através de procedimentos técnicos, podendo ser muito eficaz nas dimensões técnicas, sociais e institucionais e, em contrapartida, deficiente na assistência humanizada ao indivíduo, sem considerar as necessidades individuais, incluindo as biológicas e o sujeito na sua singularidade.

O cuidado é primordial para a prática da enfermagem, agregando aspectos fundamentais como a consideração, o respeito, o afeto e a compaixão (Waldow, 1997). Corrobora Oliveira (2001), ao afirmar que o cuidado é o alicerce da prática social da enfermagem, sendo a sua identidade, conferindo a sua essência. Diante disso, o cuidado prestado pela enfermagem gera tecnologias que interferem diretamente no consumo e na produção de bens de saúde.

Assim, o cuidado é essencial ao ser humano e, como essência da enfermagem, deve focar-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde (Pagliuca; Vale, 2011). Com isso, a enfermagem é compreendida como: "a arte de criar impulsos na direção do prazer, fazendo com que as pessoas prolonguem ou renovem as formas de ser e sentir-se saudável, através do cuidado de si" (Silva *et al*., 2005, p. 473). Assim, o cuidado de enfermagem "promove e restaura o bem-estar físico, o psíquico e o social e amplia as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa" (Souza *et al*., 2005, p. 268).

A enfermagem tem como foco principal de ação o cuidado que seja capaz de atender às necessidades dos seres humanos. Portanto, trata-se de um cuidado voltado para as necessidades biopsicossocioespirituais do ser humano (Pagliuca; Vale, 2011; Silva *et al*., 2005).

Desse modo, Silva *et al*. (2005, p. 473) destacam que:

> o cuidado de enfermagem implica em auxiliar as pessoas a buscarem um caminho que lhes deem o sentido do cuidado de si através da compreensão de que a vida é repleta de sentidos, e que, a partir dessa compreensão, possam transcender dentro de uma concepção holística de ser-no-mundo-com-o-mundo, cuidando e se cuidando.

A equipe de enfermagem deve cuidar do outro de forma integral, considerando a história e a vida do indivíduo. Este cuidado deve ser capaz de estimular a reflexão e o senso crítico em busca de soluções efetivas que contribuam para uma nova consciência empenhada e interessada com o processo de cuidar (Radünz; Santos, 2011). Sendo assim, o cuidado vai além da cura, englobando as crenças, os hábitos de vida e os valores que cercam o sujeito, na presença ou na ausência da doença. Dessa forma, não existem cuidados de enfermagem somente curativos, mas, também, cuidados para a manutenção da vida, preventivos e de educação sanitária, tão importantes quanto os curativos (Morais *et al*., 2011).

O cuidado é uma ciência e, ao mesmo tempo, uma arte que acontece através da interação entre enfermeiro e usuário (Rocha *et al*., 2015). Para isso, é essencial que os profissionais da enfermagem assumam o cuidado de maneira autêntica, não se deixando guiar pela situação, mas sim através do seu valor, mostrando que são seres que cuidam de outros seres. Devem utilizar medidas voltadas para a terapêutica, o zelo e a ajuda com o objetivo de proporcionar a saúde e o bem-estar de quem é cuidado (Duarte; Rocha, 2011).

A primeira teórica do campo da enfermagem, Florence Nightingale, considerou o cuidado como a essência da enfermagem e que este deveria ser visto de maneira holística. Para isso, considerou como fatores fundamentais para estimular o poder de vitalidade de cada ser humano a família, a higiene e o ambiente. Nesse sentido, para prestar o cuidado, o profissional da enfermagem deve, também, cuidar de si mesmo através da busca pela harmonia biopsicológica e social e da atualização profissional (Radünz; Santos, 2011).

Nesse contexto, para Crivaro, Almeida e Souza (2007, p. 249), cuidar em enfermagem é

> [...] um constructo articulado à realidade da assistência, que surge, incorporando concepções esquecidas voltadas ao zelo, à preocupação, à medida que a profissão *re-pensa* e reformula os seus conceitos, num caminhar evolutivo de construção e/ou *re-visão* do seu fazer.

Em 1970, a primeira teórica brasileira de enfermagem, Wanda Horta, criou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Esta é baseada em uma metodologia científica, abrangendo cinco fases, que são: levantamento de dados (histórico), diagnóstico, planejamento, execução e avaliação (Kletemberg; Mantovani; Siqueira, 2006). Essa autora adotou a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Maslow como suporte para suas proposições teóricas. Um estudo de revisão da obra de Maslow

realizado por Sampaio (2009, p.8) aponta que “uma necessidade é, portanto, algo do mundo interno das pessoas cuja privação a mobiliza e cuja gratificação, mesmo que parcial, possibilita a emergência de uma nova necessidade”. Nesse contexto, as necessidades referem-se às medidas necessárias ao autocuidado. Assim, a partir desta afirmativa, compreende-se que existe uma relação entre a motivação para o autocuidado e as necessidades, uma vez que a primeira só ocorre se existir a segunda.

Tais necessidades são denominadas necessidades humanas básicas e classificadas do seguinte modo: necessidades fisiológicas - abarcam os impulsos, a dinâmica da homeostase e a ideia do apetite a partir da escolha de alimentos pela pessoa ao tema fome; necessidades de segurança - compreendem entendimento e controle dos padrões de mudança do ambiente em que a pessoa já se encontra, e estabilidade; necessidades de pertença e amor - compreendem o compartilhamento de afeto com pessoas rodeadas de intimidade e amizade; necessidades de estima - abarcam a autoestima ou autorrespeito a partir da imagem que a pessoa tem de si e o desejo de alcançar a estima dos outros.

Essas necessidades podem ser divididas em dois conjuntos, que são:

a) o desejo de realização e competência que proporciona liberdade, independência e confiança em relação ao mundo;
b) a busca de prestígio, reconhecimento e atenção; necessidades de autorrealização ou autoatualização - englobam a ideia de que todos os indivíduos têm um potencial interno que é necessário colocar em prática; desejos de saber e de entender - apesar de não acarretar implicações clínicas, são necessidades e sujeitas à gratificação como as outras, expressando um desejo de busca de significados, de construção de um sistema de valores; necessidades estéticas - envolve os impulsos à inteireza, à ordem e à beleza (Sampaio, 2009).

Diante do exposto, entende-se que as necessidades humanas básicas abarcam aspectos de saúde fundamentais para o viver, visto que abarcam diferentes dimensões do cuidado de saúde, que se complementam e são fundamentais para a saúde dos seres humanos e para o seu viver. Desse modo, a realização de ações que envolvem a satisfação de um conjunto de necessidades está atrelada ao ato de cuidar de si, e, necessitam de uma motivação, fator desencadeante para a prática do autocuidado, fundamental para a manutenção da saúde. Portanto, pode-se afirmar que a incorporação de medidas que expressam cuidados de saúde consigo mesmo configura-se como

medidas de autocuidado. A partir das premissas colocadas anteriormente, considera-se que o cuidado é mais que uma técnica específica ou uma ação, ele surge a partir do incômodo, da inquietação na existência. É isto que acarreta um modo de olhar e o estabelecimento de uma relação com o mundo que torna essencial a relação com os outros. Sendo assim, a sua posição e modo de olhar o mundo não é imutável, pode variar em função do tempo, das reflexões, introspecções (Foucault, 2006).

No tocante ao cuidado do outro, é fundamental destacar a ética e a moral, visto que tais princípios proporcionam uma nova razão, instrumental, espiritual e emocional. Através da ética, as pessoas e os trabalhadores podem se aprimorar, tornando-se seres humanos melhores (Pinheiro *et al*., 2005). Assim, o cuidar do próximo exige que sejam estabelecidas relações de preservação da autonomia, respeito à individualidade e aos direitos das pessoas (Prado; Sartor; Souza, 2005).

O estudo de Borges e Santos (2013) descreve que o campo do cuidado compreende a atenção ou intenção consciente necessárias para a realização do cuidado de outras pessoas, de maneira que o resultado terapêutico seja a recuperação. Nesse tocante, os autores complementam que o padrão mental, a intenção e a atenção da pessoa que cuida podem interferir nos resultados de quem é cuidado e de quem realiza o cuidado, visto que influenciam e podem modificar positivamente o seu biocampo, ou seja, campo bioenergético, que envolve e constitui o corpo biológico. Tal pesquisa reforça a amplitude da dimensão do cuidar do outro, que envolve desde aspectos práticos e instrumentais até emocionais e espirituais.

Nesse sentido, Ayres (2004, p. 85) afirma que “para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo”. O referido autor endossa que ao realizar o cuidado, é imprescindível saber a concepção e os projetos de vida dos sujeitos que recebem a assistência, não se restringindo apenas à aplicação de tecnologias (Ayres, 2004). Dessa forma, é necessário que o cuidado não se torne objeto ou instrumento de políticas que sequestram a subjetividade através das práticas de saúde (Bub *et al.*, 2006).

Corroborando os autores supracitados, Silva *et al.* (2005, p.474) afirmam que:

> [...] Cada vez que uma pessoa se empenha na função de cuidar, mostra a si mesma, satisfazendo uma necessidade sua e do outro, projetando-se para o

> futuro na perspectiva de sua qualidade de vida e do outro, em um constante movimento em busca da realização existencial que é o exercício do cuidado.

Portanto, o cuidado é inerente à natureza humana. Assim, o cuidar do outro é uma atitude de preocupação com o outro, inerente à existência do ser humano, que nasceu para cuidar e que já recebeu algum tipo de cuidado desde o seu nascimento. Todo indivíduo já foi cuidado por alguém, recebe algum tipo de cuidado direto de alguma outra pessoa ou até mesmo indiretamente, de alguma maneira através de atos da sociedade.

Assim, Ayres (2004, p. 86) destaca a importância do cuidar para as práticas de saúde:

> [...] o desenvolvimento de atitudes e espaços de genuíno encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Mais que tratar de um objeto, a intervenção técnica se articula verdadeiramente com um Cuidar quando o sentido da intervenção passa a ser não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas o exame da relação entre finalidades e meios, e seu sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente.

Para o cuidado ocorrer é fundamental a existência de outro ser, o cuidador, que desenvolve as atividades de cuidar. O cuidador determina as condições para o progresso de quem recebe o cuidado, valorizando-o e mostrando oportunidades para o desenvolvimento de suas capacidades. Isto pressupõe aspectos imprescindíveis para o cuidar, tais como: zelo, compromisso, empatia, afetividade e interação (Crivaro; Almeida; Souza, 2007). Além disso, é importante que a pessoa assistida participe do ato de cuidar, valorizando os saberes não técnicos destes indivíduos, por exemplo, as suas crenças (Ayres, 2004).

Para tornar o cuidado uma prática essencialmente humana, é necessário observá-lo não somente através de uma visão biologicista, curativa e reducionista, mas além do corpo materializado (ROCHA *et al*., 2015). Nesse sentido, é necessário o resgate dos sentidos do cuidar, sendo este um cuidar sentido, pensado e executado de maneira contextualizada, integrando o singular, o particular e o estrutural e, também, valorizando as condições objetivas e subjetivas do ser cuidado e do ser que cuida (Coelho; Fonseca, 2005).

Compreende-se, portanto, o cuidado como dedicação, solicitude e inquietação pelo outro. Concomitantemente, cuidar do outro significa ter apreço pelo indivíduo, estima, desejando o seu bem-estar integral (Silva *et al*, 2009). Desse modo, o cuidado

deve se efetivar “na interação entre as dimensões constitutivas de sujeitos coletivos, fortalecendo as relações objetivas e subjetivas no processo da existência humana” (Coelho; Fonseca, 2005, p. 214-215).

Verifica-se, assim, que para uma assistência integral, deve-se redefinir o cuidado individualizado, considerando a importância dos contextos familiares, dos processos culturais, as intersubjetividades, as relações de poder, as necessidades e os interesses dos indivíduos, não se restringindo às tecnologias tradicionais pautadas em um referencial biomédico, que desconsideram a intersubjetividade dos sujeitos, aspecto fundamental para o cuidado de saúde (Mandú, 2004). Nessa perspectiva, as práticas envolvidas no processo de cuidado de saúde devem contemplar, além dos conhecimentos científicos, os campos políticos, organizativos e simbólicos (Assis *et al*., 2015).

Visando ultrapassar os limites impostos pelo modelo biomédico, centralizado no processo saúde-doença, os profissionais devem ampliar o olhar e interagir constantemente com os indivíduos, incorporando em suas práticas a vigilância à saúde, atenção integral e igualitária, e atendimento individualizado, propiciando o vínculo e o estímulo ao autocuidado (Mandú, 2004).

Nesse sentido, visando o cuidado ampliado e uma assistência à saúde qualificada, o MS adota as linhas de cuidado na saúde pública brasileira, tendo a Atenção Primária à Saúde como gestora dos fluxos assistenciais e coordenadora do cuidado e ordenamento das redes de atenção à saúde. A implementação das linhas de cuidado tem como objetivos: orientar o serviço de saúde focado no paciente e suas necessidades; demonstrar fluxos assistenciais com planejamentos terapêuticos seguros nos diferentes níveis de atenção, padronizando a organização do atendimento no sistema de saúde; estabelecer a trajetória assistencial adequada ideal dos indivíduos nos diferentes níveis de atenção de acordo com suas necessidades, promovendo integração de ações e serviços desde a unidade de saúde na Atenção Primária até os serviços especializados.

As linhas de cuidado estabelecidas pelo MS são: acidente vascular cerebral no adulto; asma; diabetes mellitus tipo 2; doença renal crônica em adultos; dor torácica; hepatites virais; hipertensão arterial sistêmica no adulto; HIV/Aids no adulto; obesidade no adulto; puericultura; tabagismo e transtorno do espectro autista na criança (Brasil, 2022).

O estudo de Tossin *et al* (2016) destacou algumas práticas educativas em saúde relacionadas ao autocuidado, que focaram na promoção do autocuidado a partir da avaliação de estratégias utilizando tecnologias que adotaram programas informatizados ou a utilização de serviços de telefonia para a realização de intervenções em saúde. Apontou, ainda, que práticas de educação em saúde foram realizadas através de visitas domiciliares e grupos terapêuticos realizados pela Enfermagem, assim como a utilização de uma folha de orientações acerca da mudança de hábitos alimentares a pacientes oncológicos de uma unidade hospitalar.

Nesse contexto, o cuidado de saúde ampliado e qualificado engloba a intersubjetividade. Esta implica a valorização dos saberes e da fala do outro, a articulação das diferentes disciplinas, enriquecendo o olhar sobre as necessidades do outro. Tais aspectos propiciam diálogos mais qualificados, a autonomia dos sujeitos e a participação destes na política em saúde (Mandú, 2004). Desse modo, o encontro com a intersubjetividade dos sujeitos é possível através da educação em saúde realizada pelos profissionais da saúde, sendo instrumento para estimular a realização do autocuidado.

O cuidado de saúde deve objetivar a melhoria do estado de saúde e da qualidade de vida, sendo as práticas profissionais encaradas como uma questão multifacetada e complexa com suporte interdisciplinar (Formozo *et al*., 2012). Para tal, o cuidado de saúde "vem ressignificando seus saberes e suas práticas, buscando priorizar a discussão de sentidos e significados relacionados à construção de sujeitos para a edificação de um novo modelo de saúde" (Assis *et al*., 2015, p. 336).

Os serviços de saúde precisam se comprometer com intervenções centralizadas no cliente, que sejam capazes de promover sua autonomia, valorizando a intersubjetividade entre o profissional e o usuário, favorecendo o diálogo a fim de contribuir para solucionar as necessidades do usuário. Para isso, os serviços devem incorporar uma prática integral no cuidado que inclua ações educativas direcionadas para o diálogo, a orientação e negociação entre equipe, família e clientes. Atualmente, esta proposta constitui um grande desafio para a construção de um modelo de saúde universal e equitativo (Assis *et al*., 2015).

O cuidado é essencial ao ser humano e primordial para a prática da enfermagem, agregando aspectos fundamentais como a consideração, o respeito, o afeto e a compaixão, além de focar-se na promoção da saúde, na prevenção de doenças, na recuperação e reabilitação da saúde (Pagliuca; Vale, 2011; Waldow, 1997).

Corroborando esse entendimento, Oliveira (2001) afirma que o cuidado é o alicerce da prática social da enfermagem, sendo a sua identidade, conferindo a sua essência. Diante disso, o cuidado prestado pela enfermagem gera tecnologias que interferem diretamente no consumo e na produção de bens de saúde.

Por sua vez, o cuidado de enfermagem é considerado uma tecnologia de trabalho, pois está inserido na produção de serviços de saúde, sendo constituído por um saber e por seus desdobramentos materiais e não materiais, determinados socialmente e localizados institucionalmente. Desse modo, não se ancora somente ao saber clínico-biomédico, e interage com os saberes profissionais dos diversos campos científicos e, também, com os saberes dos sujeitos cuidados, transformando-se constantemente, tendo como suporte as RS formadas pela interação dos diferentes grupos (Oliveira *et al*., 2011).

Os cuidados de enfermagem são direcionados às necessidades humanas, mas o descuido do profissional com as necessidades de ordem afetiva, de autorrealização e outras podem acarretar um cuidado voltado para a realização de procedimentos, em que o indivíduo é visto como um corpo com disfunção que necessita de terapias e tecnologias (Santos *et al*., 2012).

Diante do exposto, os enfermeiros se destacam por se autodenominarem "profissionais do cuidado" e pelo fato do cuidado ser considerado essência da enfermagem. Apesar disso, ainda não há clareza sobre o aspecto conceitual cuidado, quais são suas características e suas finalidades nesse campo do saber. Assim, várias concepções de cuidado têm coexistido e influenciado a prática de enfermagem de acordo com o cenário de atuação e a perspectiva teórico-filosófica adotada. Tal coexistência reflete-se nas técnicas adotadas, nas práticas desenvolvidas e nas formas de intervenção (Bub *et al*, 2006).

Dessa forma, a partir dos conteúdos expostos, entende-se que o cuidado de saúde é amplo e não se restringe somente aos saberes biomédicos. Os cuidados de saúde podem ser direcionados ao autocuidado, através de práticas de cuidado de si; ao cuidado do outro, através de cuidados desenvolvidos por pessoas comuns e por profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, e, também, por cuidadores, que podem ser familiares e amigos, por exemplo.

Em relação ao cuidado de saúde realizado por profissionais, este não deve se restringir aos saberes biomédicos e nem ser voltado somente para a realização de procedimentos técnicos. Deve ir além das ciências biomédicas e considerar o indivíduo

e sua complexidade, visto que cada um tem uma necessidade diferente e, por isso, o cuidado não deve ser mecanizado e padronizado para todos. Isto é possível através da escuta qualificada, dedicando-se um tempo para ouvir a fala do outro, considerando a sua subjetividade. Através deste encontro com o sujeito, é possível traçar um plano de cuidado específico, voltado para as reais necessidades do indivíduo estimulando-o a desenvolver o autocuidado.

Acrescenta Oliveira *et al*. (2011) que o cuidado de enfermagem precisa valorizar a dimensão psicossocial e as expressões coletivas e individuais dos sujeitos, a partir de suas objetividades e subjetividades, ultrapassando a dimensão biológica humana e não sobrepondo o conhecimento técnico ao conhecimento do senso comum.

Nesse sentido, o cuidado de enfermagem deve ser realizado a partir dos pensamentos e concepções dos indivíduos, ou seja, suas escolhas e sua maneira de viver, e não a partir apenas de uma avaliação do profissional e do que é preconizado e estabelecido por normas. Para isso, é necessário o diálogo entre o profissional e o usuário, estabelecendo uma relação de vínculo que propicie o alcance da melhora do estado de saúde do cliente e valorizando e estimulando o autocuidado.

1.2.2 Concepções teóricas do autocuidado, do cuidado de si e do cuidado do outro

O conceito de autocuidado tem evoluído com o passar dos anos, principalmente devido ao envelhecimento da população e aumento das doenças crônicas que afetam os sistemas financeiro, social e de saúde das sociedades. Desse modo, sua definição envolve a auto responsabilização, independência, autonomia, responsabilização e envolvimento dos indivíduos no cuidado de si próprios nas atividades da vida diária (AVD). Além disso, a atuação dos profissionais de saúde pode contribuir no autocuidado dos indivíduos no auxílio da gestão dos processos de saúde-doença, por exemplo na integração de esquemas terapêuticos (Petronilho, 2012).

No campo da ciência da enfermagem, uma das principais proposições é a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem (1959), por conter elementos fundamentais para a assistência estando ancorada na premissa de que todos os indivíduos possuem potencial para a realização do autocuidado e do cuidado das pessoas que estão sob sua responsabilidade em diferentes estágios (Queiróz; Vidinha, Almeida-Filho, 2014; Vitor;

Lopes, Araujo, 2010). Essa proposição demanda que o sujeito seja um agente ativo do autocuidado para a manutenção da saúde, propondo que a construção do autocuidado parte da cultura e do meio ambiente, sendo, portanto, individual e subjetivo (Barroso *et al*, 2010; Pereira; Costa, 2006).

A autora propôs o conceito de provisão de autocuidado, segundo o qual a assistência da enfermeira é necessária quando o indivíduo é incapaz de realizar o autocuidado. Em 1971, Orem publicou o livro "Nursing: concepts of practice", sendo a primeira edição focada no indivíduo; a segunda, incluindo família, grupos e comunidades; e a terceira, apresentando a teoria geral de enfermagem (do déficit do autocuidado), sendo composta por três pilares teóricos que estão interligados: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (Bennett; Foster, 2000).

A teoria do déficit de autocuidado é composta por três outras teorias interligadas, que são: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Esta teoria tem como pilar o conceito de autocuidado, entendido como a prática de atividades e o desempenho realizados pelos indivíduos para o seu próprio bem-estar, benefício e, consequentemente, manutenção da vida (George, 2000).

Além disso, a autora propõe três requisitos de autocuidado incorporados à teoria, que são: a) universal – comum a todos os indivíduos, estando interligados e impactando um sobre os outros ao longo de todos os estágios do ciclo de vida; b) desenvolvimento – envolve adaptação tanto em relação à modificações do corpo, como perda de cabelo, até uma adaptação a um novo trabalho; c) desvio de saúde – exigido em situação de doença ou lesão ou resultante de consultas médicas para diagnosticar ou corrigir uma condição de saúde (George, 2000).

Nesse tocante, o autocuidado é definido como a prática de atividades exercidas pelos indivíduos para o seu benefício, manutenção da vida e da saúde, podendo ser influenciado por fatores como: estado de saúde, idade, fatores ambientais e orientação sociocultural. Quando realizado de maneira adequada, o autocuidado contribui para o desenvolvimento humano, mantendo a integridade estrutural. (BENNETT; FOSTER 2000).

O autocuidado pressupõe dois requisitos:

> [...] (1) a existência e manutenção de condições de vida que apoiem o processo vital e promovam o processo de desenvolvimento; e, (2) a provisão de cuidados para prevenir a ocorrência de condições ameaçadoras do desenvolvimento humano ou para aliviar ou superar esses efeitos (Neves, p. 236, 1987).

Segundo Pedroso (2020), a Teoria do Déficit do Autocuidado é composta por cinco conceitos centrais e inter-relacionados: capacidade de autocuidado; ações de autocuidado; demandas de autocuidado terapêutico; déficit de autocuidado; e capacitação em enfermagem. Através dessa teoria, é possível vislumbrar um diagnóstico do nível de capacidade de enfrentamento da população frente à COVID-19. As capacidades de autocuidado podem ser investigadas em relação ao seu desenvolvimento, operacionalidade e adequação e se desdobram em alguns elementos básicos que podem ser adaptados para a atual pandemia:

a) Disposição e capacidades fundamentais: consiste nas capacidades básicas que as pessoas precisam para que possam aprender e realizar atividades. No caso da COVID-19, deve-se questionar se as informações técnicas de saúde relativas à higienização das mãos, superfícies e objetos; ao acesso e uso de máscaras; a adesão a quarentena respeita a acessibilidade e é comunicada de forma clara para o nível de compreensão da população. E, ainda, se esta população domina o uso dos dispositivos tecnológicos para promover o seu autocuidado.
b) Disposição e capacidades fundamentais: refere-se à capacidade que as pessoas têm de raciocinar, aprender e executar atividades. Deve-se buscar compreender se a população que atende as medidas impostas, entende o motivo e a importância das ações para a sua saúde e das demais pessoas, por exemplo, se a máscara é utilizada porque é um importante método de barreira para gotículas ou porque determinado estabelecimento exige isto;
c) Operações de autocuidado: significa que as pessoas estão preparadas ou prontas para a realização do autocuidado. Deve-se questionar se os transeuntes são capazes de compreender e aplicar as medidas de contenção do vírus, por exemplo o distanciamento social e as normas para frequentar estabelecimentos;
d) As ações de autocuidado são as condutas aprendidas e demonstradas, determinadas por fatores como a cultura do grupo ao qual ela pertence.

Deve-se questionar se é necessária a intervenção do Estado para conter aglomerações ou se a população consegue compreender e se organizar de modo a impedir o aumento das taxas de infecção por COVID-19;

e) Demandas de autocuidado terapêutico é a soma de medidas necessárias de autocuidado em determinado momento, para cobrir ou atender todos os requisitos de autocuidado necessários à pessoa. Deve-se questionar se os protocolos para manejo da COVID-19 orientam que nos casos da confirmação laboratorial ou clínica da doença, os pacientes mais graves receberão a indicação de internação e nos casos mais leves, o isolamento domiciliar com acompanhamento da Atenção Primária à Saúde;
f) Déficit de autocuidado: consiste no resultado deficitário após a relação entre as capacidades de autocuidado e a demanda de autocuidado terapêutico. Assim, deve-se buscar compreender se devido à alta transmissibilidade do vírus, a intervenção do Estado foi necessária com o objetivo de evitar um colapso no sistema de saúde e funerário.

Mas o autocuidado também é definido a partir de uma perspectiva mais individual e subjetiva, como:

> uma consciência ampla do indivíduo, que engloba a preservação de si mesmo e o reconhecimento de si como sujeito de direito. Esse conceito é construído com o intuito de descrição de uma categoria ampla, criativa e pessoal da subjetividade individual, a qual permite que valores, crenças e discursos sejam evidenciados e permanentemente reconstruídos na interação com a subjetividade social (Pereira; Costa, 2006, p.258).

O autocuidado pode ser subdividido em três estágios, que podem ocorrer ou não com as pessoas. O primeiro refere-se à manutenção da integridade e do funcionamento do corpo ao longo das rotinas estabelecidas no cotidiano; o segundo acontece a partir de adaptações que são necessárias quando ocorrem mudanças e, por fim, o terceiro onde o indivíduo depara-se com um acometimento patológico e, consequentemente, implica em adaptar-se à nova realidade (Bub *et al*, 2006).

O autocuidado efetivamente realizado auxilia na manutenção da integridade estrutural, contribuindo para o desenvolvimento humano. A capacidade para a sua realização depende de fatores condicionantes básicos como a idade, o sexo, o estado de saúde e de desenvolvimento, a orientação sociocultural, disponibilidade de recursos, fatores ambientais e do sistema familiar, por exemplo (George, 2000).

Assim, o autocuidado é um conceito mais abrangente, que permite às pessoas desenvolverem por si sós atividades que preservem a vida, a saúde, o desenvolvimento e o bem-estar. Envolve as competências da pessoa e desempenho das atividades de promoção e manutenção da saúde, em situações agudas e crônicas, sendo a chave dos cuidados de saúde, através do qual se destaca a atividade do enfermeiro (Galvão; Janeiro, 2013). Tais atividades estão relacionadas às crenças, hábitos e práticas que dizem respeito às características culturais de vida do grupo ao qual o indivíduo é pertencente, sendo necessária uma decisão, uma escolha para o desempenho destas atividades (Neves, 1987).

O autocuidado é compreendido como uma expressão do cuidado de si, que a partir do olhar Foucaultiano é definido assim:

> [...] Ocupar-se de si não é uma sinecura. Existem os cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso, a satisfação, tão medida quanto possível, das necessidades. Existem as meditações, as leituras, as anotações que se toma sobre livros ou conversações ouvidas, e que mais tarde serão relidas, a rememoração das verdades que já se sabe, mas de que convém apropriar-se ainda melhor. (Foucault, 1985, p.56-57).

Compreende-se que em torno dos cuidados consigo se desenvolve toda uma atividade de palavra e de escrita, que liga o trabalho de si para si e a comunicação com o outro. Assim, a prática do cuidado de si não constitui "um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social" (Foucault, 1985, p.57).

A OMS (2022, s.p) define autocuidado como: "a capacidade de indivíduos, famílias e comunidades para promover a saúde, prevenir doença, manter a saúde e lidar com doença e deficiência com ou sem o apoio de um profissional de saúde". Além disso, considera os indivíduos como sujeitos ativos no gerenciamento do seu próprio cuidado de saúde, no que concerne às dimensões da promoção da saúde; prevenção e controle de doenças; automedicação; reabilitação e cuidados paliativos (Organização Mundial da Saúde, 2022).

Nesse sentido, a OMS (2022) estabeleceu uma diretriz sobre Intervenções de Autocuidado para a saúde e bem-estar, acreditando ser urgente a busca de novas estratégias que vão além da resposta convencional do setor de saúde. Esta necessidade, considerou os dados de que 400 milhões de pessoas no mundo não têm acesso aos serviços de saúde mais essenciais e que anualmente 100 milhões de pessoas não podem arcar financeiramente com os custos de cuidados de saúde. Assim, espera-se alcançar

um caminho para o acesso universal de saúde, a promoção da saúde e do bem-estar, a assistência aos vulneráveis, até mesmo em emergências de saúde.

No documento supracitado, a OMS (2022) apresenta recomendações novas e atualização da já existentes sobre intervenções de autocuidado, abarcando os seguintes tópicos: a) melhorar o atendimento pré-natal, intraparto e pós-natal, b) fornecer serviços de planejamento familiar de alta qualidade, incluindo serviços de infertilidade, c) eliminação do aborto inseguro, d) combate às infecções sexualmente transmissíveis (incluindo HIV), infecções do trato reprodutivo, câncer cervical e outras morbidades ginecológicas, e) promoção da saúde sexual e f) doenças não transmissíveis, incluindo doenças cardiovasculares e diabetes. g) direitos humanos, igualdade de gênero e considerações de equidade, h) financiamento e considerações econômicas, i) as necessidades de treinamento dos profissionais de saúde, j) considerações de implementação específicas da população, k) intervenções de saúde digital e l) considerações ambientais. A partir das intervenções acima espera-se promover a participação ativa dos indivíduos no autocuidado, sendo um caminho para a obtenção de melhores resultados na sua saúde.

O autocuidado é tão significativo para a saúde dos indivíduos que a OMS instituiu o dia 24 de julho como o Dia Internacional do Autocuidado. Tal data representa a importância das pessoas se preocuparem com a saúde 24 horas por dia e sete dias por semana. Além disso, a criação da data sugere ser um momento para reflexão e busca por melhores política relacionadas à temática (Sileci, 2019).

Nesse tocante, tendo em vista a magnitude da pandemia da COVID-19 e as suas repercussões em nível individual e coletivo, a celebração e divulgação da data torna-se ainda mais relevante na proporção que é fundamental a educação em saúde e divulgação pelos meios de comunicação das estratégias de autocuidado que o indivíduo pode realizar, no âmbito da prevenção, do tratamento e da reabilitação da COVID-19. O destaque para a prevenção deve-se ao fato da importância da divulgação das medidas preventivas, tais como a higienização das mãos, uso do álcool 70% e uso de máscara, por exemplo, que são medidas simples implementadas pelos indivíduos e eficazes na redução do número de casos e mitigação da pandemia.

Diante do exposto, é possível entender que para a realização do autocuidado é necessária a prática de cuidados de saúde direcionados ao cuidado de si para a promoção do bem-estar, da saúde, sendo importante nesse cenário a atuação do

enfermeiro como profissional que auxilia na promoção da saúde, no processo de educação em saúde e no suporte ao autocuidado.

Em suma, o autocuidado engloba ações desenvolvidas pelo indivíduo que impactam a coletividade na promoção da saúde, prevenção de doenças e manutenção da saúde, sendo fundamental para isso os indivíduos serem os protagonistas do seu autocuidado.

O conceito de autocuidado está atrelado a um dos aspectos do viver saudável, ou seja, implica na realização de ações direcionadas ao ambiente ou a si mesmo. Concomitantemente, as noções de autocuidado e cuidado de si estão vinculadas e impactam nas ações da equipe enfermagem (Tomaschewski-Barlem; Piexak; Barlem, *et al.*, 2016).

O surgimento de uma doença desencadeia a necessidade de práticas de autocuidado, a partir da conscientização do adoecimento. Além disso, quando o indivíduo é constantemente estimulado pela equipe de saúde que está fazendo o seu acompanhamento, apresenta mudanças de estilo de vida com maior frequência (Lages; Castilhos; Callegari, *et al.*, 2007). Em contrapartida, a não adesão ou abandono do autocuidado e do tratamento podem estar atreladas à própria ausência de sintomas de uma doença já instalada. Entende-se, desse modo, que é importante a atenção do profissional de saúde para as percepções do paciente em relação à vivência, estimulando-o a ser sujeito ativo do seu próprio cuidado (Martins, 2010).

Em uma perspectiva mais individualista, de acordo com Sampaio (2009), a motivação para o autocuidado também decorre da percepção de necessidades básicas inconscientes, de acordo com diferentes níveis de prioridades estabelecidas por cada pessoa. Assim, o estímulo do indivíduo relaciona-se à busca do preenchimento de seus desejos mais íntimos, aumentando a autoestima e a autorrealização.

De acordo com Bub *et al.* (2006, p.5), destacando a perspectiva ética do autocuidado:

> [...] o autocuidado é vinculado à saúde humana, embora esteja referido ao exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Esse fato também confere ao autocuidado uma dimensão ética, mesmo que vinculado fortemente a um dos aspectos do viver saudável.

O autocuidado depende, principalmente, da vontade do paciente para se autocuidar, sendo o apoio humanizado, individualizado e com empatia instrumentos que podem ser estímulos para o indivíduo sentir ainda mais a necessidade de se cuidar

(Fernandes *et al*., 2015). Para tanto, é importante que a pessoa tenha capacidade e condições mínimas para desenvolvê-lo. Em contrapartida, o indivíduo que não segue as orientações recomendadas de autocuidado não deve ser responsabilizado ou culpabilizado por isso, já que o autocuidado foge da visão restrita de obediência e adesão aos tratamentos prescritos (Cajado; Monteiro, 2018).

Nesse contexto, é importante destacar que "as ações de autocuidado constituem a prática de atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar" (Bub *et al*., 2006, p.155). A partir do exposto, entende-se que o autocuidado pode contribuir na promoção da saúde e, consequentemente, na melhoria da qualidade de vida.

Nesse contexto, na área da saúde, o termo autocuidado tem sido utilizado como sinônimo de cuidado de si próprio, autoajuda, atividades da vida diária. Portanto, independentemente do significado adotado para o autocuidado nos estudos, é importante realizar o aprofundamento teórico do conceito, a fim de reconhecer as suas diversas dimensões e compreender as suas implicações sociopolíticas e individuais. Isso justifica-se pelo fato de o autocuidado à saúde significar muito mais do que a capacidade do indivíduo de realizar tarefas para si mesmo e por si (Neves, 1987)

Os resultados encontrados no estudo de Garcia, Cardoso e Bernardi (2019), revelam que o autocuidado é considerado um atributo predominantemente feminino e que a população masculina não desenvolve hábitos preventivos de autocuidado. A população masculina prioriza o trabalho, a atividade profissional em detrimento da saúde, mesmo em situações de adoecimento, sendo a busca por serviços de saúde realizada somente no surgimento de sintomas que impossibilitem a realização de atividades laborais.

Estudo realizado por Baggio e Formaggio (2007) revelou uma dicotomia entre a prática exercida pelos profissionais da saúde em relação ao autocuidado e o que era ensinado sobre o cuidado humano ao paciente no curso de Enfermagem. Apesar de o profissional de enfermagem realizar o cuidado ao paciente visando a sua convalescença, preocupando-se com a prevenção de outras doenças e, por fim, na manutenção da saúde, o mesmo profissional, que é o professor-enfermeiro, manifestava descuido com a própria saúde que se encontrava fragilizada, mas que não o impedia de comparecer para ensinar o cuidado a seus alunos. Tal atitude contraditória demonstra que a educação é focada em atender às necessidades humanas e materiais dos outros indivíduos, não incluindo o ato de se cuidar e ser responsável pelo autocuidado.

Cruz, Carvalho e Silva (2016) referem a associação direta do autocuidado com o cuidado do outro, ao afirmarem que o universo contemporâneo do trabalho exige que o trabalhador cuide de si, para exercer melhor o cuidar do outro, e, consequentemente, prevenir riscos decorrentes de acidente de trabalho. Mencionam ainda, que é frequente encontrar na área da saúde profissionais que cuidam de outro ser humano e muitas vezes se esquecem de si próprios, ocasionando consequências deletérias ao seu trabalho. Nas rotinas diárias agitadas, as pessoas priorizam determinadas metas e padrões de vida, esquecendo de cuidar da própria saúde, que passa a ser lembrada quando as pessoas são acometidas por alguma patologia e precisam, portanto, cuidar da doença.

Em uma perspectiva coletiva e política, segundo Bub *et al.* (2006) a noção de cuidado de si, no contexto da enfermagem brasileira, emerge de Michel Foucault. Assim, o cuidado de si surge como um conjunto de práticas políticas que foram determinando as diversas possibilidades de subjetivação ao longo da história com o objetivo de produzir acontecimentos políticos. Desse modo, o "cuidado de si mesmo" implica não só a ação, mas, também, a relação particular com a verdade e com o saber, na qual o sujeito desse cuidado deve pôr em prática uma técnica de cuidado de si contrária a qualquer modo de sujeição, tornando-se, então, sujeito de verdade.

Todo profissional da área da saúde deve ter a preocupação com o autocuidado, pois somente desse modo é possível ter condições de cuidar do outro. Destaca-se o enfermeiro que, apesar de ser o profissional que tem mais contato com o indivíduo doente ou saudável, que mais convive com o sofrimento do outro, não pode deixar de cuidar de si, pois é através de práticas de autocuidado, tendo uma relação saudável consigo mesmo que se torna possível o bom relacionamento com o outro, assim como cuidar do outro também (Silva *et al*., 2009).

Tomaschewski-Barlem, Piexak, Barlem *et al*. (2016) corroboram o entendimento de que o autocuidado é fundamental para o profissional enfermeiro exercer um cuidado de excelência e se sentir bem no ambiente de trabalho, sendo influenciado pelos fatores ambientais, sociais, culturais, e até da própria formação profissional.

O autocuidado sob a ótica da Enfermagem pauta-se na valorização do indivíduo, desse modo, os planos assistenciais são construídos pelo próprio indivíduo e priorizam compreender como o indivíduo deseja cuidar de si e não são baseados nos problemas de saúde. Assim, a enfermagem assume o papel de mediadora, direcionando o indivíduo para a compreensão e atuação nos seus padrões de saúde, pois reconhece que ele é o único conhecedor da sua situação, já que é o único que a vive (Silva *et al*., 2009).

Nesse sentido, “Cuidar de si mesmo implica que se converta o olhar [...] é preciso converter o olhar, do exterior, dos outros, do mundo etc. para “si mesmo”. O cuidado de si implica uma certa maneira de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento” (Foucault, 2006, p.14).

Desse modo, corroborando o pensamento Foucaultiano, Pacheco e Antunes (2015, p. 2.914) destacam que:

> O cuidado prestado a si mesmo diz respeito a uma relação particular com a própria verdade e com o saber. ‘Cuidar de si’ é exercer ações para consigo pelas quais o indivíduo se assume e se modifica; se transforma e se transfigura.

O cuidado de si significa retornar a si mesmo, não no sentido narcisista, egoísta ou de isolamento do mundo, mas em um movimento de introspecção e reflexão do sujeito sobre as suas atitudes e sua relação com o mundo, confrontando-se com a sua atual condição. E esse retorno a si mesmo corresponde a um trabalho de consciência sobre si que é capaz de promover uma mudança, um amadurecimento e transformação da subjetividade (Foucault, 2006).

Esperidião *et al.* (2020) corroboram o pensamento de Foucault (2006) ao afirmarem que o autocuidado, especialmente em situação de pandemia de COVID-19, acontece através do resgate de simples atitudes para se viver bem, através de estratégias de autossuporte que contrapõe os receios e as inquietações experenciadas. Nesse sentido, destacam a importância das seguintes práticas de autocuidado: o reconhecimento e acolhimento das próprias limitações, ainda que seja desconfortável; a avaliação de novos mecanismos exitosos ou conhecidos já vivenciados em situações de dificuldades visando a sua implementação; o movimento de introspecção, no cenário pandêmico direcionado ao autoconhecimento para redescobrir os prazeres do cotidiano, em função das mudanças na rotina ocasionadas pelas restrições psicossociais.

O “cuidar de si” deve ser prioridade na vida das pessoas, nas atividades do cotidiano e deve estar acima de qualquer outro. Isso ocorre à medida que se compreende o que é necessário para a busca do bem-estar, no devido tempo de cada indivíduo, sendo, portanto, a motivação para o autocuidado (Pacheco; Antunes, 2015).

Segundo Foucault (2006, p.140):

> [...] O cuidado de si sempre toma forma no interior de redes ou de grupos determinados e distintos uns dos outros, com combinações entre o cultual, o terapêutico – no sentido que expusemos – e o saber, a teoria, mas [trata-se de] relações variáveis conforme os grupos, conforme os meios e conforme os casos. De todo modo, porém, é nestas separações, ou melhor, neste pertencimento a uma seita ou a um grupo, que o cuidado de si se manifesta e se afirma.

O autor complementa afirmando que:

> [...] O cuidado de si é, portanto, atravessado pela presença do outro: o outro como diretor de existência, o outro como correspondente a quem escrevemos e diante de quem nos medimos, o outro como amigo que socorre, parente benfeitor. [...] O cuidado de si não nos separa do mundo, nem constitui uma interrupção de nossas atividades. (Foucault, 2006, p.650).

O cuidado de si é estabelecido do encontro consigo mesmo, do olhar para dentro de si, através da reflexão. Ele surge, também, do encontro com o outro e suas subjetividades, sendo fundamental primeiramente cuidar de si para poder cuidar do outro cuidado.

Baggio e Formaggio (2007), por sua vez, compreendem que o cuidado de si é decorrente de ter as necessidades individuais de sono, descanso e repouso, lazer, atividades físicas, atenção estética, entre outras supridas. Nesse escopo, alguns fatores contribuem para o cuidado de si: a relação de afetividade com pessoas como amigos e familiares, que estabeleça a troca de sentimentos mútuos; focar no âmbito de formação e aperfeiçoamento nos aspectos sociais, educativos e culturais. Em contrapartida, o cuidado de si quando negligenciado decorre da falta de tempo para alimentar-se corretamente, cuidar-se física e esteticamente e, ainda, abdicar do tempo disponível para si em prol do trabalho.

A partir da perspectiva filosófica de Michel Foucault, Andrade, Givigi e Abrahão (2018, p. 75) consideram que:

> [...] O cuidado de si é, de certa forma, ético em si mesmo, uma vez que para conduzir-se adequadamente é preciso saber governar seus filhos, sua casa, seu parceiro, saber ouvir a lição de um mestre ou de um amigo, saber discernir aquilo que é alimento ou um veneno para o corpo e para a alma. Implica, dessa forma, relações complexas e necessárias também com o governo do outro e com aquilo que vem de fora. Além disso, conhecer seus próprios afetos, seus apetites, os efeitos de poder dos lugares que ocupa, as verdades de que é portador, os valores que fazem com que nos reconheçamos como indivíduos, as prescrições que embasam nossa conduta, os modelos de humano que reproduzimos e as concepções de vida e saúde em jogo nessa reprodução são atividades indispensáveis ao cuidado de si.

Segundo Silva *et al*. (2009), a partir de paradigmas existentes na ciência da Enfermagem, o autocuidado e o cuidado de si não possuem somente uma diferença semântica, mas, também, paradigmática. Essas diferenças destacam que o autocuidado

está centrado no paradigma da totalidade, ao considerar que o ser humano é um ser somativo, ou seja, é a somatória de suas partes: é a soma do biológico, psicológico, espiritual e social, além de ter que se adaptar ao meio ambiente para alcançar seus objetivos. Desse modo, tal paradigma compreende o indivíduo como um ser fragmentado que precisa se adaptar ao ambiente no qual vive, o que implica na necessidade de autocuidado e, também, da relação com o outro. Em contrapartida, o cuidado de si está atrelado ao paradigma da simultaneidade que não considera o indivíduo um ser somativo, visto que o todo é maior do que a soma das partes, assim como as partes são representativas desse todo. Além disso, compreende que cabe ao indivíduo interagir com o meio ambiente, bem como transformá-lo e não somente se adaptar a ele.

O alicerce do autocuidado, pautado no paradigma da totalidade, compreende que a saúde está vinculada ao objetivismo do processo saúde-doença, podendo ser mensurável. Assim, a Enfermagem torna-se orientadora do processo de adaptação com o meio ambiente. Em relação ao cuidado de si, embasado no paradigma da simultaneidade, valoriza-se o subjetivo do ser humano, cabendo à Enfermagem auxiliá-lo, respeitando a sua vivência, assim como nos cuidados a sua saúde, com o objetivo de obter uma melhor qualidade de vida (Silva *et al.*, 2009).

Estudo sobre a produção científica da enfermagem revelou que o cuidado de si, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, relaciona-se à satisfação das necessidades do indivíduo, tais como as atividades físicas e de lazer, o sono, o repouso, as relações de afeto a partir do convívio social com familiares, amigos ou colegas de trabalho. Apontou, ainda, que a espiritualidade, as crenças, a oração e o contato com a natureza são fatores que desencadeiam bem-estar e ampliação da consciência sobre a importância da prática do cuidado de si e a compreensão do outro que recebe o cuidado. Além disso, tais fatores contribuem para o enfrentamento de dificuldades no trabalho (Tomaschewski-Barlem *et al.*, 2016).

Diante do exposto, entende-se que para cuidar do outro é necessário cuidar de si primeiramente. Pode-se dizer que o cuidado de si envolve compromisso consigo mesmo, ética, reconhecer-se como indivíduo sem se assujeitar a práticas hegemônicas que norteiam o cuidado a partir de uma regra, um protocolo. Ainda, sob a ótica de Michel Foucault, o cuidado de si está atrelado à maneira de lidar com as situações, de estar no mundo, de relacionar-se com o outro e consigo mesmo; de agir de si para consigo, de modificar-se, purificar-se, transformar-se, e transfigurar-se, levando o

sujeito a refletir sobre seu modo de ser e agir, sendo, portanto, uma atitude não só ligada ao exercício da política, mas, também, à ética como estética da existência (Bub *et al*., 2006).

Em suma, diante do exposto, entende-se que na área biomédica, especificamente na Enfermagem, o autocuidado é compreendido como a realização de ações/modalidades de cuidado motivadas por alguma ou algumas necessidades humanas básicas, com o objetivo de curar uma doença ou até mesmo promover ou manter a saúde, seja em situações agudas ou crônicas (Contatore; Tesser; Barros, 2021).

Assim, o autocuidado pode ser compreendido como um cuidado de saúde de caráter prescritivo-normativo, quando é focado na manutenção da saúde ou prevenção de doenças, de modo generalista, que considera medidas específicas necessárias para não adoecer por determinada doença ou, ainda, um cuidado de saúde direcionado às necessidades de saúde de cada indivíduo, considerando as singularidades de cada um, podendo ser estabelecido para isso um plano de cuidados individualizado. Portanto, nesse contexto, o autocuidado é considerado sinônimo de cuidar de si. (Contatore; Tesser; Barros, 2021).

Já na perspectiva filosófica, o cuidar de si é considerado um resgate de si, olhar para dentro de si e a partir desse momento de introspecção é que vai surgir a motivação para a realização do autocuidado. O cuidado de si pressupõe o olhar para o interior, em busca de conhecer quem se é, sendo determinante para isto a introspecção e reflexões. Somente a partir do cuidado de si é possível cuidar do outro, uma vez que sendo vigilante em pensamento e saúde física e mental, é possível cuidar do outro (Gomes; Ferreri; Lemos, 2018). Assim, para cuidar do outro é necessário estar bem e em dia com os cuidados pessoais. Tal afirmativa evidencia a relação entre cuidado, autocuidado e cuidado de si e do outro.

Em suma, a partir do exposto, entende-se que o autocuidado se confunde conceitualmente com o cuidado de si, embora haja uma diferença semântica entre eles, especialmente na área da filosofia. Na filosofia, o termo mais utilizado é cuidado de si que confere um significado que abrange as subjetividades do indivíduo, a partir de reflexões e momentos de introspecção, sendo fundamental para a existência do ser humano. Na enfermagem, majoritariamente, o termo autocuidado é adotado como sinônimo de cuidado de si. Desse modo, pode-se dizer que as práticas de autocuidado são promotoras da saúde e, consequentemente, de uma qualidade de vida satisfatória, uma vez que são direcionadas às necessidades individuais de bem-estar e bem-viver. O resultado disso é o impacto positivo não só em nível individual, mas também coletivo.

1.2.3 O autocuidado e o cuidado do outro no contexto da COVID-19

Neste capítulo são descritas algumas estratégias de autocuidado e de cuidado do outro recomendadas e/ou adotadas no contexto da COVID-19, visto que as medidas de autocuidado estão associadas aos modos de transmissão da doença e expressam, portanto, o cuidado de si nas práticas de proteção à COVID-19 e, consequentemente repercutem no cuidado do outro.

Conforme pontuado, o autocuidado é definido como a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos em seu próprio benefício para a manutenção da vida, saúde e do bem-estar, refletindo a capacidade humana de engajar-se no autocuidado. Alguns fatores como idade, sexo, fatores ambientais, orientação sociocultural, estado de desenvolvimento e de saúde influenciam a tomada de decisões acerca do autocuidado. Desse modo, configuram-se como intencionais e voluntárias, e necessitam de tomada de decisões visando contribuir, especificamente, para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano (Bennett; Foster 2000; Bub *et al.*, 2006).

Segundo da-Silva *et al.* (2021, p. 3-4) o autocuidado é:

> uma técnica utilizada para empoderar o sujeito a ser ativo no processo e pode modificar suas atitudes, auxiliando-o na adoção de novos comportamentos. Auxilia o indivíduo em suas atividades básicas do cotidiano (como ingestão hídrica e alimentação adequada, repouso, etc.). [...] visa a independência do

> sujeito em relação ao cuidado, permitindo que o mesmo o desenvolva de sua forma, assim, valoriza as suas próprias escolhas nas tomadas de decisões voltadas para o desenvolvimento do auto cuidar.

As definições de autocuidado estão atreladas as necessidades humanas básicas para o bem-viver que contribuem para o adequado funcionamento do corpo humano. Além disso, estão associadas às definições relacionais à medida que o cuidar de si pode implicar o cuidado com o outro e se faz necessário para o outro. A partir disso, emerge a força para dar início ao autocuidado, que é um processo subjetivo e percebido no outro de resgate de seu sentido de vida.

No cenário pandêmico do novo coronavírus, a busca pelo autocuidado se faz necessária, sendo fundamental para o enfrentamento da COVID-19, podendo ser considerado uma prática não só para a própria sobrevivência, mas, também, para a sobrevivência dos outros indivíduos em sociedade, em meio a um contexto que exige muitos cuidados.

Desse modo, para cuidar do outro, deve-se primeiramente cuidar de si, proporcionando a si mesmo o bem-estar individual, a partir da adoção de cuidados de saúde não só focados na prevenção da COVID-19, mas, também, na manutenção da saúde, evitando, assim, um declínio do desempenho das funções dos sistemas do corpo humano que, nessa situação, deixa o organismo mais suscetível propiciando, então, a infecção pela COVID-19.

No presente estudo, entende-se o autocuidado de saúde como a adoção de medidas de cuidado de saúde consigo mesmo para a promoção da saúde, prevenção de doenças a manutenção da saúde. Tais medidas apesar de serem realizadas individualmente, possuem caráter coletivo, pois abarca práticas de cuidado de saúde consigo mesmo, sendo uma forma indireta de cuidado do outro.

Portanto, os conceitos de autocuidado podem ser complementados com a noção de cuidado de si sob o olhar de Foucault (2006), que é representado como uma atitude de questionamento, a partir do incômodo, da inquietação ao que é feito pelo indivíduo na sua relação com os outros, através da problematização das suas práticas. Sob esta perspectiva, o sujeito deve ser protagonista do cuidado de si através da não adequação às normas impostas, aos protocolos estabelecidos e sim da reflexão voltada para as necessidades individuais e suas relações com a sociedade.

O cenário pandêmico, permeado pela insegurança e pelo medo de ser contaminado pelo novo coronavírus, a alta transmissibilidade do vírus e a possibilidade

de agravamento do estado de saúde em caso de acometimento pela doença, e até mesmo a possibilidade de reinfecção, foram, principalmente no início da pandemia, e ainda são motivos de grande preocupação. Preocupação originada pelos impactos da pandemia nas diferentes esferas da vida, como impactos financeiros, nas relações sociais, no lazer e na própria saúde, como os acometimentos de ordem de saúde mental, que aumentaram significativamente nesse período, conforme já foi supracitado nos estudos.

Além do exposto, o fato de ser uma doença cujos possíveis tratamentos e medicações para o combate à doença ainda estão em estudo, exigiu uma reflexão das pessoas a partir do olhar para si, olhar para dentro, no sentido de adotar mudanças de estilo de vida para aquelas que não tinham hábitos saudáveis, e manutenção da saúde e intensificação dos cuidados de saúde para aquelas que já tinham tais práticas. Sendo assim, emerge a necessidade da prática do autocuidado de saúde como medida preventiva contra a COVID-19.

O autocuidado é entendido, ainda, como "uma função reguladora que permite às pessoas desempenharem, por si sós, as atividades que visam à preservação da vida, da saúde, do desenvolvimento e do bem-estar" (Galvão; Janeiro, 2013, p. 227). Além disso, é considerado um cuidado de saúde, que envolve a capacidade que o indivíduo tem de cuidar de si mesmo, bem como o desempenho de ações necessárias para a manutenção ou promoção da saúde (Galvão; Janeiro, 2013).

Assim, o desenvolvimento de novas habilidades e novos conhecimentos que propiciem o autocuidado contribuiu para o retorno às atividades diárias de forma segura, permitindo a interação social, o viver autônomo e a promoção da qualidade de vida. Desse modo, as ações de autocuidado propiciam a promoção da saúde e estão relacionadas com a adoção de medidas individuais que geram bem-estar físico, mental e social (Mota *et al*., 2016; Andrade *et al*., 2016).

A promoção do autocuidado envolve o suporte para o desenvolvimento de habilidades ou potencialidades, a fim de torná-las responsáveis pela sua saúde e ajudá-las a conviver melhor com a enfermidade, problematizar hábitos prejudiciais, manter hábitos saudáveis e estimular a autoconfiança, seja qual for a gravidade da doença (Baquedano *et al.*, 2010). Assim, para se obter qualidade do processo de viver, ou seja, qualidade de vida, a partir do autocuidado, é essencial a mobilização de forças internas no sentido de se auto cuidar (Mota *et al.*, 2016).

Nesse sentido, a COVID-19 é uma doença que exige constante vigilância dos indivíduos em relação aos cuidados consigo e com as outras pessoas, visando evitar a

contaminação daquelas que não estão doentes e a transmissão do vírus pelos indivíduos infectados para os demais. Para isso, é importante a conscientização de toda a população em relação aos modos de transmissão, de maneira que todos tenham zelo e preocupação consigo e com o outro. Desse modo, uma vez que o indivíduo tem cuidados consigo mesmo, ele está cuidando do outro.

Considerando o cenário epidemiológico da pandemia da COVID-19 no Brasil e no mundo e a classificação de ESPII na época, o Ministério da Saúde, através de vários documentos, estabeleceu medidas de prevenção e controle para o enfrentamento da COVID-19, conforme destacadas no Guia de Vigilância Epidemiológica e descritas abaixo, que são: vacinas contra a COVID-19; distanciamento social; higienização das mãos; etiqueta respiratória e uso de máscaras (Brasil, 2021), algumas delas implicando em autocuidado.

O distanciamento social refere-se à redução da interação entre as pessoas através da limitação do contato próximo entre pessoas infectadas e outras pessoas têm como objetivo diminuir a velocidade de transmissão do vírus. Tal estratégia aplica-se para indivíduos já infectados, porém ainda assintomáticos ou oligossintomáticos, que não estão em isolamento e não sabem que têm a doença. Nesse sentido, a recomendação é manter distância física de, no mínimo, um metro de outras pessoas, principalmente daquelas com sintomas respiratórios e aglomerações, ou seja, várias pessoas em um mesmo local em ambientes fechados e até mesmo ao ar livre. Além disso, para prevenir a transmissão do vírus em ambientes coletivos é importante garantir uma ventilação adequada em ambientes internos (Brasil, 2021).

A higienização das mãos isoladamente é a medida mais eficaz na redução da propagação de doenças respiratórias, como a COVID-19. Tendo em vista que o vírus é transmitido por meio de gotículas respiratórias ou por contato, quando as mãos contaminadas tocam a mucosa dos olhos, do nariz ou da boca, ou ainda, por contato indireto, através da transferência do vírus de uma superfície para outra por meio das mãos contaminadas, recomenda-se a higienização das mãos com álcool em gel 70% e a lavagem frequente das mãos com água e sabão. Além disso, essa medida também interrompe a transmissão de outros vírus e bactérias causadores de outras doenças respiratórias como resfriado comum, gripe e pneumonia (Brasil, 2021).

A etiqueta respiratória consiste na adoção de medidas para evitar e/ou reduzir a propagação de gotículas provenientes do aparelho respiratório, evitando o risco de contaminação de outras pessoas em um mesmo ambiente. São elas: utilizar um lenço de

papel ou o próprio antebraço para cobrir nariz e boca ao tossir ou espirrar, descartando em seguida o lenço utilizado; evitar tocar boca, nariz e olhos sem lavar as mãos antes; manter uma distância de um metro, no mínimo, de qualquer pessoa tossindo ou espirrando; evitar contato físico manifestado através de abraços, beijos e apertos de mão; não compartilhar objetos de uso pessoal como pratos, copos, talheres e toalhas e higienizar frequentemente os brinquedos das crianças e aparelho celular; evitar aglomerações, especialmente em espaços fechados e manter os ambientes limpos e bem ventilados (Brasil, 2021).

O uso de máscaras é recomendado para evitar a disseminação de gotículas respiratórias pelo ar quando a pessoa infectada tosse, fala ou espirra. Assim, recomenda-se que pessoas saudáveis quando em contato com alguém infectado usem máscaras e, também, a pessoa com a infecção para prevenir a transmissão subsequente. É considerada uma medida complementar às outras como a higienização das mãos e etiqueta respiratória, por exemplo. Para o uso da máscara, destaca-se a seguinte orientação: recomenda-se, primeiramente, a lavagem das mãos, em seguida, colocá-la sobre o nariz e a boca prendendo-a sobre o queixo, ajustando-a pelas laterais do rosto. Caso a máscara seja tocada com as mãos, recomenda-se a lavagem das mãos com água e sabão ou álcool em gel 70% para desinfecção das mãos (Brasil, 2021).

Quanto ao tipo de máscara, na população em geral recomenda-se o uso de máscara facial, como as de tecido, em ambientes coletivos, como no transporte público, reuniões e eventos. É recomendado o uso de máscara cirúrgica para pessoas sintomáticas, visando o controle da fonte. Nos serviços de saúde é recomendado o uso para qualquer pessoa dentro de unidades de saúde, seja profissional da saúde ou não. Os trabalhadores de saúde e cuidadores devem utilizar máscara cirúrgica continuamente em toda a atividade de rotina, exceto aqueles que assistem diretamente pacientes com COVID-19, recomenda-se que usem máscara de proteção respiratória (padrão N95 ou PFF2 ou PFF3, ou equivalente), e, também, demais equipamentos de proteção individual, visto que realizam procedimentos que produzem aerossóis (Brasil, 2021).

Observa-se, portanto, que as necessidades de autocuidado variam de acordo com o estágio do contato, da infecção ou doença, considerando as condições de saúde na qual as pessoas se encontram, desde o período de não infecção, passando pelo período de diagnóstico, até as fases de isolamento, hospitalização e pós alta. As necessidades variam nessas diferentes etapas e são influenciadas pela síndrome clínica

experimentada pelo indivíduo, bem como pelas reações emocionais e pelos métodos de abordagem pessoal em resposta à fase da infecção (Caetano; Pagliuca, 2006).

Acredita-se que para enfrentar os desafios do cuidado de pessoas com doenças transmissíveis é necessário identificar fatores que possam influenciar as pessoas a se envolverem mais no autocuidado, de forma a corrigir o desvio de saúde. Desse modo, o próprio sujeito necessita ser agente ativo do autocuidado, principalmente pelo caráter de alta transmissibilidade da COVID-19 (Alencar *et al.*, 2019).

A partir do estudo de Alencar *et al.* (2019) que propôs um instrumento de mensuração do autocuidado, entende-se que as três dimensões do autocuidado são:

a) Autocuidado preventivo relacionado à alimentação, mente e ao corpo e a hábitos de vida gerais, sugerindo que a adoção de tais hábitos auxiliam na prevenção do agravamento da situação de doença;

b) Autocuidado médico, profissional e medicamentoso englobando a rotina do acompanhamento médico, acompanhamento com outro profissional, quando necessário, e o uso diário de medicamentos;

c) Autocuidado de mudança no estilo de vida relacionado à capacidade de mudar o estilo de vida atrelado à doença, ou seja, adquirir novas práticas que antes não eram habituais, mas tornam-se importantes frente a doença.

Portanto, a partir do exposto, compreende-se que o autocuidado envolve o comprometimento com a própria saúde, através da adoção de mudanças de estilo de vida, como a prática de exercícios físicos, uma alimentação mais saudável, a prática de atividades de lazer e, consequentemente, o compromisso com o outro, através da adoção de práticas de prevenção.

Em relação às atividades de autocuidado, destacam-se dois domínios que avaliam a capacidade funcional da população idosa, que são: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). O primeiro reflete os perfis comportamentais no desenvolvimento dos seguintes cuidados pessoais: alimentar-se, tomar banho, ir ao banheiro, transferência, vestir-se e despir-se e controle de esfíncteres. Já o segundo indica a capacidade do indivíduo em levar uma vida independente dentro da comunidade onde vive a partir de habilidades de mobilidade ou atividades para manutenção do ambiente, ou seja, tarefas de maior complexidade que envolvem a participação social do indivíduo, como realizar compras, atender o telefone e utilizar meios de transporte. Tais domínios podem ser utilizados para avaliar a gravidade da doença em indivíduos, fazer comparações e observar mudanças com o tempo em crianças

e adultos, pessoas com transtornos mentais ou físicas, pessoas não institucionalizadas e institucionalizadas (Katz; Akpom, 1976; Oliveira *et al.*, 2020; Santos; Santana; Broca, 2016).

Nesse tocante, o estudo de Pedrosa e Silva (2020) analisou o impacto que a COVID-19 apresenta na funcionalidade das ABVD, na pessoa com COVID-19 hospitalizada. Verificou-se que 96% dos participantes apresentaram um agravamento da funcionalidade de quatro atividades de autocuidado, que são: tomar banho, transferência, ir ao banheiro, vestir-se e despir-se, pois, são atividades mais complexas que exigem um maior gasto metabólico para a sua execução. Nesse caso, os participantes apresentaram uma dependência transitória. Assim, concluiu-se que o impacto da COVID-19 nas ABVD é elevado e afeta negativamente a qualidade de vida, principalmente nos idosos, pessoas com comorbidades e expostas à poluentes; e nas pessoas que antes apresentavam-se independentes ou com um leve grau de dependência.

As repercussões da pandemia de COVID-19 foram inúmeras e atingiram todas as faixas etárias, especialmente a população idosa em seu processo de autocuidado. O estudo de Lopes *et al.* (2023) revelou que as práticas preventivas contra a COVID-19 dos idosos foram influenciadas pelas informações sem fundamentação científica, como as fakes news e pelo estigma de fazer parte do grupo de risco. Dentre as informações falsas veiculadas pelos meios de comunicação, destacam-se o uso de ivermectina, bebidas quentes ou remédios caseiros para eliminar o vírus. Apesar disso, o grupo estudado adotou medidas preventivas recomendadas por órgãos oficiais e profissionais de saúde, que foram a intensificação da frequência da lavagem das mãos, uso de álcool gel, máscara, lavagem de alimentos, e o distanciamento social, medida que mais afetou negativamente a saúde mental dos idosos, pois deixaram de realizar as atividades de costume, como ir à igreja e ao banco, trabalhar, acesso aos serviços de saúde e contato com familiares (Lopes *et al.*, 2023).

Em nível institucional do cuidado do outro, visando a redução do risco de contaminação dos usuários e profissionais pela COVID-19 em um hospital de ensino, foram adotadas as seguintes ações de cuidados de saúde: o uso de protocolos e critérios epidemiológicos para alocar o usuário em leito compatível com sua condição clínica por meio de triagem e coorte adequadas; estratificação do acesso (área limpa, contaminada e potencialmente contaminada); divisão da equipe para o cuidado direto e cuidado de apoio; vigilância em relação a si e aos demais profissionais das equipes nas atividades com risco potencial de contaminação; separação das equipes em grupos de intubação,

resposta rápida; gestão de altas com monitoramento de casos e reforço da regulação de leitos; capacitação de protocolos seguros e fluxo assistenciais com os profissionais da emergência e de apoio diagnóstico (Bernardino *et al.*, 2021).

No cenário oncológico, visando a prevenção da COVID-19, as crianças e os adolescentes que estavam em tratamento, bem como os seus familiares redobraram o autocuidado, através das precauções que já adotavam antes desse período, como sempre usar máscara, tirar o sapato fora de casa, colocar a roupa que usou no hospital para lavar, visando a prevenção da COVID-19. Destacando o cuidado do outro, as instituições alteraram o fluxo de atendimento e as rotinas de atendimento com mudanças como remarcação de cirurgias e consultas. Tais medidas de autocuidado visaram a redução da exposição dessa população imunocomprometida ao vírus (Silva *et al.*, 2023).

No ciclo gravídico puerperal em um cenário pandêmico, o autocuidado mostrou-se mais significativo e exigiu muitas adaptações, não só pela redução da rede de apoio, devido ao isolamento social, mas, também, pelas novas demandas de cuidados relacionados à COVID-19 (Da-Silva *et al.* 2021).

Assim, destacam-se as mudanças relacionadas ao cuidado do outro: a presença de apenas um acompanhante durante todo o período de parto e pós-parto; exigência da realização do teste prévio de COVID-19; redução da realização de exames e ultrassons e adiamento do início de pré-natais devido ao risco da exposição das gestantes ao vírus. Tal situação imposta exigiu uma atenção redobrada da mulher no cuidado consigo, uma maior autonomia e responsabilidade no cuidado de si e do outro, no caso, do seu filho (Da-Silva *et al.* 2021).

No âmbito das atividades para a promoção da saúde e manutenção de um estilo de vida saudável, o estudo de Martins-Guimarães *et al.* (2022) relatou as estratégias de cuidados do outro estabelecidas por uma equipe de profissionais para o retorno das atividades do Programa Academia da Cidade, um programa de promoção à saúde, no período de isolamento, de maneira remota. Com o auxílio de plataformas digitais, foram retomados as aulas e os diversos conteúdos como aulas de alongamento, força, ginástica, jogos, dança e desafios motores. Além disso, foram incluídos um momento destinado à escuta ativa com a participação de nutricionista e psicólogos em atividade de educação em saúde e, também, um grupo de terapia comunitária com a supervisão de psicólogos mediante a identificação da necessidade.

Apesar dos avanços obtidos em termos de vacinação e prognóstico, além da mitigação da doença a nível nacional e internacional, a COVID-19 ainda é uma doença

incurável e considerada preocupante pelas autoridades de saúde. Por isso necessita do engajamento dos sujeitos e dos profissionais na adoção de cuidados e estratégias de enfrentamento da infecção.

Nesse sentido, os estudos supracitados apontam as medidas de autocuidado e de cuidado do outro indicadas e/ou adotadas para a prevenção da COVID-19 em diferentes cenários durante a pandemia. Os resultados apontam que o autocuidado é permeado pela preocupação com o outro, visando promover o bem-estar e evitar o prejuízo da própria saúde e do outro. Os estudos evidenciam que todos os indivíduos precisam do outro para serem cuidados e, por isso, são dependentes do outro para a manutenção da própria saúde e para o autocuidado. Desse modo, quando o outro se cuida, ele contribui para a redução da disseminação do vírus e, consequentemente, para evitar que o próximo, bem como a coletividade, adoeça. Tal atitude implica o zelo, o afeto, a empatia, a solidariedade, o sentimento de humanidade, características do cuidado, que é fundamental para a existência de todos os seres humanos.

Os sentimentos e atitudes descritos expressam um cuidado consigo e com o outro, configurando o que representa o autocuidado. Desse modo, além dos sentimentos já descritos, necessários para a realização do autocuidado, destacam-se a importância das atitudes de reflexão do indivíduo perante o seu papel no mundo e sua relação com o outro, no processo de conscientização dos benefícios do autocuidado para a própria saúde e da coletividade.

Apesar do arrefecimento da pandemia de COVID-19, por ser uma doença de grande impacto mundial e com grande potencial de adoecimento das pessoas, é fundamental a continuidade da realização de práticas de autocuidado de saúde, tanto pelos profissionais da saúde, quanto pela população em geral, visando não só a prevenção da doença, mas, também, a promoção da saúde e a manutenção dela.

A adoção das medidas preventivas é uma demonstração do compromisso consigo e com o outro, pois ao adotar as estratégias de prevenção recomendadas pelas autoridades de saúde, o indivíduo está contribuindo para a redução da propagação do vírus e, consequentemente, do adoecimento do outro. Assim, uma vez que o indivíduo desenvolve o cuidado consigo mesmo, as chances de acometimento e agravamento da doença ficam reduzidas e, com isso, a redução dos gastos com a saúde pública e os impactos nos sistemas de saúde.

O autocuidado no cenário da COVID-19 implica na adoção de medidas preventivas específicas para evitar o acometimento pela doença e o contágio

comunitário. Tais medidas são as recomendadas pelas autoridades sanitárias, de forma a estarem associadas a comprovação científica.

Além disso, a prática do autocuidado é um compromisso consigo e, consequentemente, com o outro. Evidencia a importância do papel de cuidadores que deve ser assumido por todas as pessoas em situações de crise sanitária, sendo uma questão necessária para a prevenção, manutenção ou recuperação da saúde, que visa o benefício de toda a coletividade. Assim, uma vez que um indivíduo adota uma medida de autocuidado de saúde, esta atitude impactará na sociedade de maneira positiva, reduzindo as chances de propagação de doenças transmissíveis, como o novo coronavírus.

2 **REFERENCIAL TEÓRICO**

2.1 **A Teoria das Representações Sociais e as Representações da COVID-19**

2.1.1 Aspectos conceituais da Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi adotada como referencial teórico deste estudo pelo fato de proporcionar o entendimento do pensamento social sobre a COVID-19, objeto da presente pesquisa. Sendo assim, pretende-se conhecer o modo de pensar de um grupo social acerca do autocuidado de saúde e do cuidado do outro frente à COVID-19 e as práticas desenvolvidas, através dos valores, crenças e processos simbólicos. Espera-se entender a influência deste pensamento para a formação e/ou transformação das RS.

Considera-se que as representações sociais são o alicerce para o planejamento e para a implementação de novas estratégias político-administrativo-assistenciais. Tal conhecimento é relevante para o presente estudo, uma vez que a pandemia da COVID-19 gerou impactos em várias esferas da vida dos indivíduos e da coletividade em nível mundial, como a biopsicossocial. A produção de conhecimento através da compreensão adequada do significado da COVID-19 e do autocuidado de saúde pode gerar propostas de políticas públicas voltadas para a criação, recriação e desenvolvimento de promoção de cuidados de saúde e de qualidade de vida como um direito do cidadão.

Nesse sentido, o conhecimento do pensamento social sobre autocuidado, através do estudo das representações sociais, permite o entendimento das práticas de saúde adotadas no cotidiano, bem como os modos de enfrentamento da doença desenvolvidos. Assim, a partir do olhar para as singularidades deste grupo, é possível refletir e estabelecer novas práticas de cuidado abrangendo as necessidades de saúde, ancoradas no conhecimento científico e considerando o contexto evolutivo da COVID-19 no Brasil. Assim, através do estudo das RS, é possível compreender os fatores que intervêm na adaptação social e cognitiva dos indivíduos diante da realidade cotidiana e das características sociais e ideológicas do grupo estudado (Abric, 2000).

O conceito de RS surgiu a partir daquele de representações coletivas, de E. Durkheim, que as compreendia como dados irredutíveis a qualquer análise posterior e não como fenômenos que deveriam ser explicados. Procuravam entender os conhecimentos inerentes à sociedade de fenômenos tão amplos como a religião, os mitos e a ciência, entre outros (SÁ, 2015, p. 185). O conceito referia-se à estabilidade dos fenômenos e não à sua mobilidade, plasticidade e circulação das representações contemporâneas e emergentes. Desse modo, caberia à psicologia social adentrar nas representações em busca da sua estrutura e dos seus mecanismos internos (Sá, 2015).

Tal conceito foi atualizado e recuperado por Moscovici, a partir do seu caráter sociológico e abrangente das construções coletivas da sociedade, concebidas como autônomas e externas aos indivíduos. O conceito era considerado abrangente, pois abarcava formas de conhecimento amplas e heterogêneas, acreditando-se que concentravam uma parte grande da história intelectual da humanidade. Desse modo, Moscovici aproximou o conceito com a realidade social da época, dando-lhe um caráter psicossocial, sendo denominado por Moscovici de psicossociologia do conhecimento (Sá, 2007, 2015).

O conceito da TRS surgiu pela primeira vez no trabalho de Serge Moscovici intitulado “La psychanalyse, son image et son public”, que buscava entender a visibilidade da psicanálise na década de 1950, como ocorria a formação do conjunto de opiniões e atitudes e como as pessoas se apoderavam do conhecimento. Em suma, a pesquisa abordava a socialização da psicanálise, sua adequação pela população de Paris, suas funções sociais, o processo para servir a outros usos e, também, sua interpretação e intervenção (Brum; Ferreira, 2000; Sá, 1993, 2015).

O campo das RS é considerado importante, pois se adequa à complexidade dos fenômenos sociais atuais. É caracterizado por um conjunto de fenômenos, com conceitos próprios e a teoria para explicá-los (Patriota, 2007; Sá 1993, 2015).

Segundo Jodelet (2001, p. 22) uma RS é definida como: “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”. Desse modo, é entendida como saber de senso comum, forma de conhecimento natural, ingênua que difere do conhecimento científico (Jodelet, 2001).

Segundo Abric (2000) a representação é uma interpretação da realidade, que sofre interferência de vários fatores, são eles: o contexto social e ideológico, a história do indivíduo e do grupo, norteando as ações e as relações sociais, por exemplo. Nesse

sentido, as RS norteiam o relacionamento do indivíduo com as outras pessoas e com o mundo, organizam e orientam as comunicações e as condutas sociais. Desse modo, contribuem para a elaboração de uma mesma realidade a um dado conjunto social (Jodelet, 2001).

Assim, uma RS é sempre de um sujeito (conjunto social ou população) e de alguma coisa (o objeto) (Sá, 1998). Além disso, a RS se cristaliza pela fala, no gesto e no cotidiano, estando presentes nas conversas estabelecidas na maioria das relações sociais (Moscovici, 2012).

Jodelet (2001) afirma que toda representação está atrelada a um objeto, seja real ou imaginário, sendo construída a partir dos conhecimentos adquiridos pelos indivíduos ou pelo grupo ao longo da história pessoal de vida, sendo dependente do contexto social no qual estão inseridos.

Para Abric (2000), a RS reestrutura a realidade, permitindo a integração das características objetivas do objeto, das experiências anteriores do sujeito e do seu sistema de normas e atitudes. Nesse contexto, a TRS preocupa-se em compreender como ocorre a articulação do conhecimento nas relações do dia a dia e qual é a sua função (Brum; Ferreira, 2000).

Sá (2007, p. 591) define RS como:

> [...] conhecimentos do senso comum, construídos e mobilizados nos universos consensuais, que muitas vezes consistem em transformações operadas sobre informações oriundas dos universos reificados.

Nesse tocante, Moscovici (2013) considera a existência simultânea de duas classes distintas de universos de pensamento nas sociedades contemporâneas, que são: os universos consensuais e os universos reificados. Assim, para o autor:

> [...] No universo consensual, a sociedade é uma criação visível, contínua, permeada com sentido e finalidade, possuindo uma voz humana, de acordo com a existência humana e agindo tanto como reagindo, como um ser humano. Em outras palavras, o ser humano é, aqui, a medida de todas as coisas. No universo reificado, a sociedade é transformada em um sistema de entidades solídas, básicas, invariáveis, que são indiferentes à individualidade e não possuem identidade (Moscovici, 2013, p. 49-50).

Os universos consensuais correspondem às atividades intelectuais da interação social cotidiana através das quais são produzidas as RS. Nestes, são elaboradas as "teorias" do senso comum, e a sociedade se enxerga como um conjunto de indivíduos

de mesmo valor e irredutíveis. Nos universos reificados, circulam o pensamento erudito e as ciências, com seu rigor metodológico, com sua objetividade, sua teorização abstrata e sua estratificação hierárquica, nos quais a sociedade se enxerga com diferentes categorias e papéis. Logo, as RS são conhecimentos do senso comum, formados nos universos consensuais, abrangendo transformações sobre informações provenientes dos universos reificados (Sá, 1993, 2007).

As representações são formadas através do desenvolvimento de processos mentais complementares, que são a ancoragem e a objetivação (SÁ, 2007). A ancoragem consiste em transformar um objeto ou uma ideia desconhecida, estranha, ou seja, não familiar, em algo familiar e conhecido. Significa a transformação de um conceito em núcleo figurativo ou uma imagem, tornando as ideias construídas em determinados contextos em algo concreto e exterior ao sujeito. A ancoragem é definida como "um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada" (Moscovici, 2013, p. 61).

A objetivação "une a ideia de não familiaridade com a de realidade, torna-se a verdadeira essência da realidade", sendo, portanto, a reprodução de um conceito em uma imagem (Moscovici, 2013, p.72). A objetivação estabelece o objeto em torno de uma rede de significações, em uma hierarquia de valores, tornando algo abstrato em algo mais "palpável", ou seja, mais concreto dentro do universo particular de cada um (Santos, 1994).

Sendo assim, as representações acerca de um determinado objeto são resultantes do esforço de tornar real e comum algo que é incomum (não familiar), ou seja, algo que remete as pessoas a um sentimento de não familiaridade. Nesse caso, depois de vários ajustes retomando o objeto ao que já lhes era conhecido, e com o qual já estavam familiarizadas, o que era abstrato se torna concreto, ou seja, familiar (Moscovici, 2013).

Para a emergência de uma RS de um objeto para um determinado grupo são necessárias as seguintes condições: dispersão da informação, focalização e pressão à inferência. Assim, a dispersão da informação é caracterizada pelas diversas maneiras pelas quais circulam as informações e com tipos distintos em todos os grupos sociais, manifestando-se de formas diversas para os grupos; a focalização sobre um determinado objeto depende dos interesses de cada profissão, dos recursos da educação e, também, das ideologias, elaborando uma representação de acordo com a pertinência para cada grupo; e a pressão à inferência está relacionada à tomada de posição de

acordo com os interesses de cada grupo ou indivíduo, refletindo o posicionamento social destes (Sá, 2002).

As representações são muito importantes para a dinâmica das relações sociais e para as práticas sociais e, para isso, exercem funções essenciais. Essas funções, segundo Abric (2000) são: função de saber, permitindo explicar e compreender a realidade; função identitária, definindo a identidade e permitindo a proteção dos grupos; função de orientação, guiando os comportamentos e as práticas; e função justificadora, permitindo, posteriormente, a justificativa das tomadas de posição e dos comportamentos. As representações identificam um grupo através dos conhecimentos e experiências adquiridos ao longo do tempo pelos seus integrantes, influenciando os comportamentos e as práticas dos indivíduos e do próprio grupo.

Nesse contexto, as práticas individuais estão relacionadas às RS criadas pelos integrantes de um grupo social, ou seja, ao significado do objeto atribuído pelo grupo. Desse modo, uma representação compreende os comportamentos e as práticas de um objeto na mente de um grupo de pessoas (Wagner, 2000).

Segundo proposição de Sá (1998) a TRS desmembra-se em três teorias complementares: uma abordagem mais sociológica, que foi liderada por Willem Doise; uma abordagem processual, liderada por Denise Jodelet, sendo mais fiel à teoria original; e uma focada na esfera cognitivo-estrutural das representações, por Jean-Claude Abric denominada abordagem estrutural.

A abordagem processual, proposta por Denise Jodelet, é caracterizada por um conjunto de reflexões conceituais e teóricas de caráter etnográfico (Sá, 2015). Nesta abordagem, os elementos constituintes de uma RS são: imagens, crenças, informações, valores e outros que conferem uma análise dimensional através da coerência expressada pelas atitudes, organizadores socioculturais, modelos normativos ou esquemas cognitivos, que podem ser usados como direcionadores da coleta de dados (Jodelet, 2001).

A utilização da abordagem processual nos estudos tem como objetivo a análise dos processos de construção das RS, através da objetivação e ancoragem; e a relação do objeto de representação com as práticas sociais, buscando identificar o modo como o objeto representacional se expressa no mundo (Banchs, 2000). Desse modo, na abordagem processual as RS são entendidas como produtos do pensamento social e de processos, que visam compreender o modo como as representações são produzidas e mantidas. Assim, utilizam a ancoragem e a objetivação para identificar, no conteúdo

das falas dos indivíduos, informações relevantes para a formação da representação, como, valores, modelos, contextos e interações (Alves-Mazotti, 2008; Jodelet, 2005).

Nesse tocante, segundo Jodelet (2001) as representações sociais são fenômenos cognitivos, que envolvem a pertença social dos indivíduos considerando as experiências, práticas, modelos de conduta e pensamentos, transmitidos pela sociedade, bem como suas implicações afetivas e normativas.

O estudo dos conteúdos abarca o campo da RS em sua totalidade de expressões, imagens, ideias e valores presentes no discurso sobre o objeto, sendo denominado processual devido à preocupação focada na construção e formação da representação, bem como os seus processos de elaboração, trabalhando com os aspectos constituintes da representação: as informações, imagens, crenças, valores, opiniões, elementos culturais e ideológicos (Jodelet, 2002).

A RS deve ser estudada integrando elementos afetivos, mentais e sociais, considerando, ao lado da cognição, da linguagem e da comunicação, as relações sociais que afetam as representações e a realidade material, social e ideal sobre a qual elas vão intervir. Desse modo, Jodelet sugere que, para englobar o conjunto de componentes e relações contidos na RS, entendidos como saber prático, é necessário que três perguntas sejam respondidas. São elas: Quem sabe, e a partir de onde sabe? O que e como se sabe? Sobre o que se sabe, e com que efeito? Tais perguntas revelam três planos sistematizados como: as condições de produção e de circulação; os processos e estados das RS e, o estatuto epistemológico dessas. Este último se refere a relação da representação com o real (Jodelet, 2001).

Sendo assim, caracterizar esse saber como prático refere-se

> [...] à experiência a partir da qual ele é produzido, aos contextos e condições em que ele o é e, sobretudo, ao fato de que a representação serve para agir sobre o mundo e o outro, o que desemboca em suas funções e eficácias sociais (Jodelet, 2001, p. 48).

Nesta abordagem, para o acesso ao conhecimento, utiliza-se métodos qualitativos de coleta e análise de dados, através da triangulação, combinada com múltiplas técnicas, teorias e investigadores, a fim de garantir a confiabilidade das interpretações e, além disso, possibilitar maior aprofundamento na ampliação da compreensão do objeto de estudo (Banchs, 2004). Para a coleta de material em um estudo que adota a abordagem processual é necessária a utilização de várias metodologias, como entrevistas, questionários, observações, pesquisa documental e tratamento de textos escritos ou imagéticos. Estas tentam abarcar os diversos momentos

e movimentos da elaboração da representação, apesar da dificuldade de abarcar todos eles em uma única pesquisa.

A abordagem estrutural proposta por Jean-Claude Abric, compreende a RS como:

> [...] uma visão funcional do mundo, que, por sua vez, permite ao indivíduo ou ao grupo dar um sentido às suas condutas e compreender a realidade através de seu próprio sistema de referências, permitindo assim ao indivíduo se adaptar e encontrar um lugar nesta realidade (Abric, 2000, p.28).

A abordagem estrutural é caracterizada como uma das três abordagens complementares da TRS, sendo a única a construir uma teoria, a Teoria do Núcleo Central. A abordagem estrutural das RS deve "proporcionar descrições mais detalhadas de certas estruturas hipotéticas, bem como explicações de seu funcionamento, que se mostrem compatíveis com a teoria geral" (Sá, 1998, 2002, p. 51).

Segundo Abric (2000, p. 37) a abordagem estrutural das representações sociais aparece então como um elemento muito importante a ser considerado na análise de várias questões importantes relativas às ciências sociais: a compreensão e a evolução das mentalidades, a ação sobre as atitudes e as opiniões, a influência social (seja ela minoritária ou majoritária) e, enfim, a organização interna e as regras de transformação social.

Na perspectiva da abordagem estrutural, as RS são organizadas e funcionam a partir de dois sistemas que são complementares entre si, a saber: um central (o núcleo central) e um periférico, com características mais individuais e contextualizadas (Abric, 2000). O primeiro é o elemento essencial da representação, pois determina a sua significação e a sua organização (Abric, 2001); o segundo é formado pelos elementos periféricos que se localizam em torno do núcleo e são organizados por ele (Flament, 2001).

É considerada uma das maiores contribuições no estudo das RS, refinando conceito, teoria e método (Sá, 1996, 2002). Salienta Jodelet que esta teoria é mais cognitivista do que a teoria geral (Sá, 1998). A Teoria do Núcleo Central propõe a organização de uma RS em torno de um núcleo central, constituído por um ou mais elementos, que dão significado à representação. O núcleo central determina a consistência, a permanência, a organização dos elementos da representação e o significado da representação, sendo o elemento mais sólido, ou seja, o mais resistente à mudança de maneira a assegurar a continuidade da representação (Abric, 2000).

O núcleo central é determinado pelas normas e valores que fazem parte da ideologia do grupo em determinado momento, e, também, pela natureza do objeto representado (Abric, 2000). Assim, o núcleo central expressa os elementos comuns da RS, ou seja, o consenso do grupo, definindo a sua homogeneidade e, simultaneamente, está associado à memória coletiva e à sua história (Abric, 2000, 2003). Considerado um subconjunto da representação social, o núcleo central é "composto de um ou de alguns elementos, cuja ausência desestruturaria ou daria uma significação radicalmente diferente à representação em seu conjunto. Por outro lado, é o elemento mais estável da representação, o que mais resiste à mudança" (Abric, 2001, p. 163). Assim, uma transformação superficial de uma representação pode ocorrer somente a nível dos elementos periféricos. Em contrapartida, uma mudança radical muda a significação da representação e, consequentemente, afeta o núcleo central (Abric, 2001).

Portanto, a partir do conteúdo exposto, duas representações são diferentes quando são organizadas em torno de dois núcleos centrais diferentes. Desse modo, a identificação do conteúdo de uma representação não é suficiente para sua especificação e seu reconhecimento. É essencial a organização deste conteúdo, pois duas representações com o mesmo conteúdo podem ser muito diferentes, caso a organização destes elementos (centralidade) seja diferente (Abric, 2000), ou seja, o mesmo conteúdo partilhado só confere a homogeneidade do grupo em relação a um objeto quando possui os mesmos valores centrais presentes no núcleo (Abric, 2003).

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).

O núcleo central tem como funções, quais sejam: geradora, que cria ou transforma o significado dos outros elementos que constituem a representação, conferindo um sentido a estes; organizadora, que estabiliza e unifica entre si os elementos da representação, determinando a natureza dos elos; e estabilizadora, que confere a estabilidade da representação (Abric, 2000, 2003). Portanto, o núcleo central

é fundamento social da representação, diferenciando-se e individualizando-se no sistema periférico (Abric, 2003).

A determinação do núcleo central é principalmente social, estando associada às condições sociológicas, históricas e ideológicas, que definem os valores e as normas dos 69 grupos e dos indivíduos. O núcleo central é responsável pela estabilidade e coerência da representação, é duradouro e evolui lentamente, independente do contexto do momento (Abric, 2000).

Já o sistema periférico está relacionado às características individuais, ao contingente e ao contexto imediato, onde os indivíduos estão inseridos. Além disso, permite a integração das experiências do cotidiano, permitindo variações pessoais, resultando em RS individualizadas (Abric, 2000).

O sistema periférico tem a característica de proteger o núcleo central e é flexível, possibilitando a integração de informações, e, também, de práticas diferenciadas, permitindo, portanto, comportamentos e conteúdos heterogêneos. O referido sistema protege o significado principal da representação, retendo informações novas ou eventos vulneráveis que colocam em questão o núcleo central. Ele engloba as variações individuais associadas à história do sujeito, as suas próprias experiências (Abric, 2000).

Sendo assim, o sistema periférico constrói as RS individualizadas ao redor de um mesmo núcleo central (Sá, 1996, 2002). Além disso, o sistema periférico é fundamental para o conteúdo da representação. Tem a característica de ser funcional, resultando na ancoragem da representação na realidade momentânea. Desse modo, atualiza e contextualiza as normas determinadas e consensuais do núcleo central, resultando em mobilidade, flexibilidade e expressões individualizadas que caracterizam as RS (Sá, 1996, 2002).

Os componentes do sistema periférico são mais concretos, mais acessíveis e mais vivos, constituindo o essencial do conteúdo da representação. São formados pelas características do contexto do momento, permitindo a integração de experiências e histórias individuais. Os elementos periféricos assumem as seguintes funções: regulação, concretização, proteção do núcleo central, prescrição de comportamentos e personalização (Abric, 2000, 2003; Sá, 1996, 2002).

As funções dos elementos periféricos são descritas por Abric (2000, p. 32) a seguir:

> [...] Função de concretização: diretamente dependentes do contexto, os elementos periféricos resultam da ancoragem da representação na realidade. Eles constituem a interface entre o núcleo central e a situação concreta na qual a representação é laborada ou colocada em funcionamento [...]. – Função de regulação: [...] os elementos periféricos têm um papel essencial na adaptação da representação às evoluções do contexto. Então, as informações novas ou as transformações do meio ambiente podem ser integradas na periferia da representação. Elementos susceptíveis de entrar em conflito com os fundamentos da representação poderão também ser 70 integrados, seja lhes atribuindo uma importância menor, seja lhes reinterpretando na direção do significado estabelecido pelo núcleo central, ou ainda, lhes atribuindo um caráter de exceção. [...] – Função de defesa: [...] o sistema periférico funciona como o sistema de defesa da representação. [...]. A transformação de uma representação se opera, na maior parte dos casos, através da transformação de seus elementos periféricos [...]. É no sistema periférico que poderão aparecer e ser toleradas contradições.

Portanto, através do duplo sistema da abordagem estrutural, mencionado anteriormente, é possível compreender uma das características básicas das representações: elas são ao mesmo tempo estáveis e móveis, rígidas e flexíveis. Estáveis e rígidas, pois o núcleo central das RS ancora-se no sistema de valores partilhado pelos integrantes do grupo; móveis e flexíveis, pois abarcam a evolução das relações e das práticas sociais dos indivíduos ou dos grupos (Abric, 2000).

2.1.2 As Representações Sociais da COVID-19 e do cuidado de saúde

Neste capítulo são abordados os estudos publicados sobre representação social da COVID-19, do autocuidado e do cuidado de saúde. O conhecimento produzido sobre o tema ainda é escasso e pouco propositivo, uma vez que a COVID-19, enquanto objeto social, encontra-se em constituição, já que o seu surgimento foi recente.

Desse modo, os resultados de um estudo de revisão bibliográfica sobre o tema mostraram 16 artigos publicados, no período de fevereiro de 2020 a setembro de 2023. Estes são descritos a seguir.

Vidal, Brito e Castro (2023) buscaram compreender as RS associadas ao atendimento on-line pelos psicólogos clínicos que teve um aumento exponencial com o início da pandemia do coronavírus. A representação social da psicoterapia online para os 151 psicólogos residentes no Brasil, participantes do estudo, foi associada a aspectos de facilidade, acesso e conexão relacionados ao vínculo e acolhimento necessários neste serviço, no período de distanciamento social, estando ancoradas também nas RS de psicoterapia presencial, voltada a uma adaptação ao ambiente virtual.

Silva *et al.* (2023) analisaram a estrutura das RS sobre morte e morrer decorrentes da COVID-19, elaboradas por profissionais de enfermagem. As RS de profissionais de enfermagem sobre o processo de morte e morrer decorrentes de COVID-19 são pautadas pelo medo e tristeza e são reforçadas por sentimentos negativos como sofrimento, angústia, impotência e solidão.

Silva *et al.* (2022) analisaram as RS de pessoas idosas sobre o seu isolamento social durante a pandemia da COVID-19. As representações dos 117 idosos foram objetivadas no distanciamento e ancoradas nas justificativas necessário-seguro, fazer-possível, ficar-casa, limitar-saída, perigo-doença e prevenção que refletiram o processo de construção das RS.

Lima *et al*. (2022) objetivaram conhecer as RS de universitários brasileiros sobre o uso de máscaras para o controle da COVID-19. Para os 283 participantes as máscaras conferem um significado de proteção em meio ao medo do contágio sendo o seu uso incorporado nas práticas do cotidiano e caraterizada pelos participantes como um mal necessário como um recurso preventivo da COVID-19.

Falcão e Santos (2021) buscaram compreender se a vivência do home office adotado de forma emergencial na pandemia trouxe impactos para a saúde mental do

trabalhador. Os resultados mostraram que os participantes que tiveram dificuldades de adaptação associadas às percepções de exaustão mental, estresse e sobrecarga desenvolveram um sofrimento emocional maior do que aqueles que perceberam o home office em meio à pandemia como refúgio e sobrevivência no cenário de crise. Assim, 48,34% avaliaram que o home office tem aspectos positivos e negativos, mostrando uma dialética em meio a percepções e sentimentos distintos e às vezes opostos.

Cavalcanti *et al.* (2021) objetivaram apreender as RS de universitários de uma instituição privada sobre a Covid-19 e a saúde mental. Os resultados mostram uma consensualidade entre os termos indutores "coronavírus" e "saúde mental", permeados pela ansiedade, medo, angústia e tristeza, ancorados na esfera psicoemocional. Outros núcleos de sentido de RS foram ancorados em elementos protetores de saúde mental, como fé, saúde, cuidado e família.

Wolter *et al.* (2021) objetivaram estudar as características singulares e diferenciais de notícias comprovadas como *fake news* para reconhecer esse fenômeno. Foram selecionadas mensagens sobre Covid-19 compartilhadas em redes sociais por indivíduos; por órgãos oficiais do governo federal, do governo do estado do Espírito Santo, dos municípios da região metropolitana de Vitória e da OMS e; averiguadas como fake news em sítios especializados. Em suma, os resultados enfatizaram as teorias da conspiração, apresentaram verdades alternativas às dos governos e promoveram conselhos bondosos para proteção e cura da doença.

Garcés-Prettel, *et al.* (2021) identificaram as RS da recepção midiática em um setor da população na Colômbia, durante a quarentena da COVID-19, através da realização de entrevistas e questionários aplicados *online* em diferentes regiões do país. A pesquisa identificou que os programas ou mensagens recebidas por meio de entretenimento audiovisual tiveram representações positivas e contribuíram para a redução do estresse na quarentena e união da família. Já as notícias e mensagens recebidas através do jornalismo ou das redes sociais tiveram representação negativa e foram associadas ao aumento da desinformação, à angústia e ao medo da contaminação, que com o decorrer da quarentena causaram saturação de informação devido à disseminação de notícias focando os riscos da COVID-19. Assim, o estudo mostra que as RS variam de acordo com o canal informativo e o modo como afetam o estado de espírito e a saúde mental.

Silva *et al.* (2021) abordam indicadores da representação social do coronavírus em jovens em tratamento oncológico, durante a pandemia do COVID-19, através da

aplicação de formulários virtuais aos termos indutores ‘Coronavírus’, ‘Ir ao hospital’ e ‘Tratamento contra o câncer’. Os resultados mostraram que os impactos gerados durante a pandemia na experiência de tratamento destes jovens foram permeados por receio e tensão diante da inevitabilidade de um cenário hospitalar propício à contaminação, considerando a vulnerabilidade imunológica característica de seus tratamentos. Desse modo, os participantes construíram diferentes conteúdos de sofrimento psicológico cercados de expressões de medo e insegurança vivenciadas no período da pandemia diante da assistência em cenário hospitalar.

Santos *et al.* (2021) descreveram as condições pessoais e a estrutura domiciliar que predispõe a pessoa idosa ao risco de queda; assim como os conteúdos, a estrutura e a origem das RS sobre queda no domicílio por pessoas idosas; e as hipóteses das implicações destas evidências empíricas sobre o cotidiano de idosos no contexto da pandemia da COVID-19. A pesquisa foi realizada através da aplicação de um questionário e entrevistas antes da pandemia da COVID-19 em uma unidade de atenção primária à saúde. Identificaram-se fatores ambientais para queda no domicílio, medo diante das atividades de vida diária e perda da acuidade visual, sentimentos e comportamentos mencionados no possível núcleo central que justificaram a modulação de comportamentos. O estudo possibilitou a produção de conjecturas sustentadas nas evidências empíricas na situação atual na dinâmica da pandemia.

Coelho et al (2021) analisaram a estrutura das RS sobre a COVID-19 entre enfermeiros assistenciais através da coleta de evocações livres. Os resultados evidenciaram que o possível núcleo central foi constituído pelos elementos "medo" e "isolamento", com a "morte" constituindo a primeira periferia; "tristeza", "dor" e "insegurança", na segunda periferia; e "dispneia", "angústia" e "pandemia", na zona de contraste. Assim, as representações foram construídas em torno de emoções e sentimentos negativos que refletem o momento vivenciado por enfermeiros, na implementação do cuidado direto às vítimas da COVID-19.

Almeida *et al.* (2021) abordaram uma reflexão teórica sobre a COVID-19 como um fenômeno de RS para a equipe de enfermagem da unidade de terapia intensiva, analisando as implicações dessa compreensão teórica no delineamento das práticas sociais de tais profissionais. A COVID-19 é percebida como um fenômeno de RS para as equipes de enfermagem e os estudos desta temática podem subsidiar a proposição de tecnologias de cuidado-educação que qualifiquem a sua atuação no atendimento aos

pacientes críticos com a COVID-19. A área da saúde e da enfermagem podem elaborar intervenções que reconstruam sentidos e práticas que contribuam para o controle da pandemia, além de melhorar a comunicação com a população.

Álvaro *et al.* (2021) analisaram a percepção de crianças sobre a pandemia de COVID-19, através da realização de entrevistas online com crianças entre oito e 10 anos, através da técnica de desenho comentado. As crianças retrataram o seu dia a dia, incluindo as brincadeiras, o uso de eletrônicos e as aulas on-line, bem como as estratégias de enfrentamento do coronavírus usadas em seu entorno familiar e seus sentimentos. As crianças demonstraram conscientização acerca da importância do distanciamento social, do uso de máscara e da higiene pessoal para o enfrentamento da COVID-19. Em contrapartida, demostraram preocupação, medo e raiva do vírus.

Costa, Cruz e Cavalcante (2020) analisaram as RS de internautas, a partir de comentários a reportagens sobre o coronavírus no Brasil. Os resultados destacam que as representações sociais são ancoradas em um paradigma teórico classificatório negativo, voltado para uma imagem única de descrédito em instituições, governantes e mídia, o que acarreta preocupação, tendo em vista a gravidade da crise decorrente da pandemia no Brasil.

Góis e Barbosa (2020) identificaram as RS elaboradas nos portais jornalísticos sobre a enfermagem durante a pandemia da COVID-19, através de coleta de notícias de portais jornalísticos mais acessados no Brasil vinculados à mídia impressa. Os conteúdos representacionais expressos pelas notícias sobre os profissionais de enfermagem mostraram que eles são vistos como aqueles que cuidam de pessoas, que precisam de proteção para continuar cuidando e que são a maior força de trabalho nos sistemas de saúde. A pesquisa constatou que o novo coronavírus acarretou a transformação dos conteúdos representacionais e a ressignificação de imagens identitárias sobre quem são os profissionais de enfermagem e sua importância para a saúde.

Do Bú (2020) apreendeu a gênese das RS do novo coronavírus, bem como do tratamento da COVID-19, através da aplicação de um questionário online com participantes maiores de 18 anos que aceitaram participar voluntariamente da coleta. A gênese das RS do novo coronavírus é marcada por preocupações relativas à sua disseminação e implicações psicossociais e afetivas. Já o campo representacional do tratamento enfatiza a remissão ou a amenização dos sintomas causados pela COVID-19.

Os estudos publicados no campo das RS, em sua maioria, foram realizados por meio de aplicação de instrumentos online e abordaram a representação social do novo coronavírus ou da COVID-19 para pessoas comuns, enfermeiros, pacientes jovens oncológicos, crianças, idosos, psicólogos. Foram, ainda, desenvolvidos estudos de reflexão que coletaram dados de portais jornalísticos e notícias conhecidas como *fake news*. Os resultados, no geral, focam em aspectos psicossociais negativos, como medo relacionados à contaminação pelo novo coronavírus; receio e tensão, relacionados aos impactos negativos da COVID-19 nas esferas individuais, como no trabalho, nas relações sociais e no surgimento de doenças que afetam a saúde mental.

Além dos estudos supracitados, há outros trabalhos que não surgiram nos resultados da busca da pesquisa bibliográfica, mas se destacam pela sua importância, devido ao fato de adotarem a TRS e, também, pelo fato de serem estudos focados na população idosa, o grupo de pessoas mais acometidas pela COVID-19 no início da pandemia e um dos mais vulneráveis.

O estudo de Castro, Alves e Araújo (2020) teve como objetivo identificar as RS sobre a quarentena entre idosas brasileiras, na faixa etária entre 60 e 87 anos, através da utilização de questionários sociodemográficos, entrevistas semiestruturadas e a técnica de associação livre de palavras. Os resultados revelaram que as idosas com a menor renda apresentaram RS negativas, como medo e solidão, ao passo que as idosas com maior renda apresentaram RS positivas, como altruísmo, espiritualidade e maior proximidade com a família.

O estudo de Massuda *et al.* (2020) analisou as RS do idoso no enfrentamento da pandemia de COVID-19 nas publicações e comentários no Facebook do Ministério da Saúde do Brasil. Os resultados mostraram que as representações a respeito do idoso são permeadas do sentido de morte, transparecendo os preconceitos contra o idoso e grupos vulneráveis. Desse modo, exacerba uma representação negativa já existente sobre o envelhecimento que relaciona o idoso à decadência social e física.

O estudo de Agrawal *et al.* (2021), apesar de não adotar a TRS, analisou o impacto da pandemia de SARS-CoV-2 no comportamento da população idosa nos âmbitos de atividade sociais e prestação de serviços de saúde. Os resultados evidenciaram que a COVID-19 impactou no comportamento dos idosos, sendo afetadas as atividades sociais, de lazer e profissionais, respectivamente com mais de 50%, 80% e mais de 25%. A mudança mais significativa no comportamento do idoso, devido ao medo da infecção por COVID-19, foi observada em pacientes com problemas cardíacos

e pulmonares, em poliquimioterapia, vacinados contra influenza e com várias dificuldades mentais, incluindo solidão, isolamento social e depressão. O estudo propõe a telemedicina como uma estratégia que pode contribuir para a melhora dos resultados do tratamento, na redução das complicações relacionadas às comorbidades e hospitalizações desnecessárias.

Portanto, os estudos publicados sobre RS e COVID-19 evidenciam que as RS são permeadas de sentimentos negativos, como medo, receio e solidão. Os estudos abordam os efeitos deletérios à saúde das pessoas causados pela pandemia da COVID-19, que, consequentemente, afeta os cuidados de saúde de forma diversificada, conforme apontado nas pesquisas. Com isso, fica evidente a importância do autocuidado e do reforço da adoção das medidas preventivas no enfrentamento da COVID-19.

Nesse tocante, o autocuidado está imbricado na realização de estratégias de promoção da saúde direcionadas ao indivíduo e à coletividade que estimulem a autonomia através da busca da qualidade de vida, portanto do autocuidado. Tais ações de promoção da saúde visam à equidade e à qualidade de vida, bem como à redução dos riscos à saúde. Para a concretização dessas ações, faz-se necessária a realização de ações individuais e coletivas com uma equipe multidisciplinar que leve em consideração as necessidades de saúde da população, através das práticas de educação em saúde desenvolvidas pelos profissionais de saúde (Janini; Bessler; Vargas, 2015).

Nesse sentido, o conhecimento do pensamento das pessoas vivendo com uma patologia como a COVID-19 ou expostas a ela, através do estudo das RS, permite o entendimento das práticas de saúde adotadas no cotidiano, bem como o seu modo de enfrentamento da doença, através do contexto social. dos indivíduos e dos grupos de pertença.

3 **MÉTODO**

O presente estudo faz parte de um projeto integrado intitulado “A construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social”, coordenado pela professora Doutora Denize Cristina de Oliveira e desenvolvido pela doutoranda através do subprojeto “Autocuidado de saúde e COVID-19: representações sociais e práticas em interação”. Os estudos estão sendo desenvolvidos no grupo de pesquisa “Processos Sociocognitivos e Psicossociais do Cuidado de Saúde e Enfermagem de Grupos Populacionais”, do qual a autora faz parte.

Considerando a integração da presente pesquisa a um projeto amplo, parte da amostra e da coleta de dados foram comuns e outra parte foi específica deste estudo. Os dados de caracterização sociodemográfica e de evocações livres foram coletados do banco de dados do projeto matriz. A partir dele, foram sorteados os participantes das entrevistas realizadas pela autora.

O projeto recebeu os seguintes financiamentos das agências de fomento:
Auxílio pesquisa CNPq processo 422312/2021-5 e FAPERJ processo E-26/211.849/2021; bolsa FAPERJ de pós-doutorado; bolsa FAPERJ doutorado nota 10; bolsa CAPES mestrado; bolsas UERJ e CNPq iniciação científica.

3.1 **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa, fundamentada na TRS, em suas abordagens estrutural e processual para analisar os conteúdos e a estrutura das representações sociais do Cuidado da pessoa com COVID-19.

O uso das destas abordagens em conjunto, permite o acesso ao conteúdo e estrutura das representações a partir da construção do conhecimento e pensamento do grupo social estudado diante de suas práticas de autocuidado, presentes nas evocações livres de palavras e nos seus discursos através dos conteúdos das entrevistas.

As pesquisas descritivas objetivam descrever as características de uma dada população, de um fenômeno ou o estabelecimento das relações entre variáveis, como o

nível de escolaridade ou de rendimentos, por exemplo, com a adoção de técnicas padronizadas de coleta de dados. No universo das pesquisas descritivas destacam-se as que objetivam estudar as características de um determinado grupo: por sexo, renda, nível de escolaridade e estado de saúde física e mental, por exemplo. Além disso, incluem-se neste grupo as pesquisas que levantam opiniões, crenças e atitudes de uma população (Gil, 2014).

As pesquisas exploratórias têm como objetivos esclarecer, modificar e desenvolver conceitos e ideias, visando a elaboração de hipóteses possíveis de serem pesquisadas em estudos futuros. Além disso, envolvem levantamento bibliográfico e documental, proporcionando uma visão ampla de um determinado fato. Este tipo de pesquisa é adotado geralmente quando o tema escolhido é pouco explorado, sendo o resultado desse processo um problema de pesquisa mais esclarecido, passível de estudos posteriores mais sistematizados. As pesquisas descritivas, junto com as exploratórias, são comumente realizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, sendo as mais solicitadas em instituições educacionais e empresas comerciais, por exemplo (Gil, 2014).

A escolha pelo tipo de pesquisa descritiva e exploratória deu-se pelo fato de abordar um tema sem estudos publicados sobre autocuidado como objeto de RS de acordo com um levantamento bibliográfico feito pela pesquisadora e sobre a importância que o autocuidado teve e ainda tem no cenário de pandemia de COVID-19, principalmente no tocante à prevenção da doença. Assim, torna-se importante a divulgação e realização de pesquisas que tratem dessa temática do ponto de vista de pessoas da sociedade em geral em diferentes regiões do Brasil.

A realização de uma pesquisa de caráter descritivo e exploratório com a utilização de entrevistas possibilita o acesso ao conteúdo do pensamento social dos participantes, explorando uma temática não difundida no âmbito da COVID-19, buscando conhecer as suas práticas de autocuidado e, a partir disso, elaborar um conceito de autocuidado.

As técnicas qualitativas podem ser aplicadas nas esferas social, cultural e psicológica, tais como: a vida de um grupo (seus costumes, pensamentos e suas crenças); as reações dos indivíduos ou das coletividades diante de um evento; os processos e os intercâmbios verbais produzidos nas diferentes situações de interação interindividual ou intergrupal; as representações compartilhadas em uma determinada formação social referente a pessoas, objetos e fenômenos que têm importância para os

seus integrantes e a experiência de vida obtida no cotidiano pelos atores sociais (Jodelet, 2003). Desse modo, a abordagem qualitativa possibilita vir à tona elementos, tendências observáveis, indicadores ou a produção de modelos teóricos que tenham aplicabilidade prática (Minayo, 2014).

3.2 **Participantes do estudo**

Os participantes desta pesquisa foram pessoas da sociedade em geral que aceitaram participar voluntariamente desta pesquisa. O critério de inclusão adotado para a seleção dos participantes foi ter idade maior ou igual a 18 anos. A amostra total da pesquisa foi do tipo não probabilística, de conveniência, envolvendo 623 participantes.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: na primeira etapa da pesquisa participaram 623 pessoas da sociedade que responderam aos questionários socioeconômico e de evocações livres de palavras ao termo indutor “Cuidado da pessoa com COVID-19”, entre os meses de março e maio de 2020. Já na segunda etapa uma subamostra de 31 participantes do banco de dados constituídos na primeira etapa da pesquisa respondeu às entrevistas semiestruturadas, realizadas entre os meses de novembro de 2022 a maio de 2023.

A definição do quantitativo de participantes que respondeu às entrevistas foi feita a partir do critério de constituição do grupo social, conforme proposto por Jodelet (2004). Além disso, considerou-se que “uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo” (Minayo, p.10. 2017). Sendo assim, o critério principal não foi numérico, mas sim a preocupação com o aprofundamento, a abrangência e a diversidade no processo de compreensão do grupo social estudado.

Em relação à ética na comunicação, ressalta-se que a composição das duas amostras foi feita de forma anônima. No caso das entrevistas, considerou-se apenas o e-mail, sem a identificação dos participantes, e o contato telefônico pessoal foi realizado apenas com a autorização deles.

3.3 **Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa foi desenvolvida conforme as Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, que versam, respectivamente, sobre pesquisas envolvendo seres humanos no país e pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, e ainda pelo Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS (Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual) no que couber a cada uma. O projeto integrado foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e aprovado sob o parecer nº 4.847.711, conforme (ANEXO A).

Foi disponibilizado aos participantes o TCLE (ANEXO B), de forma online. Além disso, foi assegurado e garantido o direito ao sigilo e anonimato, a desistência de participação a qualquer momento e a ausência de ônus ou bônus, segundo especificado no TCLE.

3.4 **Coleta de dados**

A primeira etapa da coleta de dados consistiu na autoaplicação do questionário de identificação socioeconômica associado ao questionário de evocações livres de palavras (ANEXO C). O primeiro questionário é composto por variáveis relativas a bairro/comunidade; cidade e estado de moradia; idade; sexo/gênero; maior formação escolar; atividade que exerce; religião; orientação política e renda pessoal mensal aproximada. O segundo questionário refere-se às evocações livres de palavras ao termo indutor “Cuidado da pessoa com COVID-19”.

O procedimento ocorreu através do autopreenchimento pelos participantes dos dois questionários através de link da plataforma *Google Forms*, que foi enviado por meio de e-mails associados à amostragem em bola de neve. Optou-se pela modalidade online de coleta de dados, pois o início da pesquisa se deu no auge da pandemia de COVID-19, em 2020.

Inicialmente, foram escolhidos 10 informantes-chave ou sementes, a partir da rede de contatos acadêmicos e sociais da pesquisadora coordenadora do projeto e, a

partir deles, foram sendo identificados novos possíveis participantes até que a rede de recomendações se esgotasse.

A técnica de amostragem em bola de neve, utilizada na primeira etapa, é um tipo de amostra não probabilística que adota cadeias de referência, sendo interessante para estudar grupos de difícil acesso. Assim, segue as seguintes etapas: o pesquisador lança mão de documentos e/ou identifica informantes-chave, denominados sementes, com a finalidade de localizar algumas pessoas que se enquadrem nos critérios da pesquisa, dentro da população geral. As sementes auxiliam o pesquisador a rastrear o grupo que será pesquisado e começar a entrar em contato com os participantes. A seguir, é solicitado às pessoas que foram indicadas pelas sementes que indiquem novas possibilidades (contatos) que se enquadrem nos critérios da pesquisa, a partir da sua própria rede de contatos e, assim por diante (Vinuto, 2014).

Quanto à coleta de dados dos questionários socioeconômico e de evocações livres de palavras, foram seguidas as etapas abaixo:

a) Envio de e-mail contendo mensagem padrão com convite para participar da pesquisa;
b) Em caso de aceite o participante recebia por e-mail um link do *Google Forms* contendo o TCLE e os questionários socioeconômico e de evocações livres de palavras, abertos sequencialmente;
c) Ao finalizar o preenchimento dos documentos no *Google Forms* estes foram encaminhados para a base de dados que o gerou, assegurando o anonimato dos participantes;
d) As respostas foram salvas em uma planilha Excel.

A técnica de evocações livres, por sua vez, é um teste associativo/projetivo que visa acessar a organização, a estrutura interna e os conteúdos das representações, possibilitando o acesso aos conteúdos simbólicos implícitos que podem ser mascarados nas produções discursivas, de maneira espontânea e descontraída (Abric, 2001; Oliveira *et al.,* 2005). Esta técnica permite estudar os estereótipos dos grupos sociais que são compartilhados espontaneamente e a visualização das estruturas do universo semântico das RS (Oliveira *et al.*, 2005).

Na técnica de evocações livres, 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, neste estudo foram solicitadas cinco palavras (Sá, 2002). A ordem espontânea ou natural das evocações foi adotada no presente estudo, considerando a

preservação da naturalidade da ordem dos termos evocados e, consequentemente, na organização dos elementos centrais e periféricos da estrutura da RS (Oliveira *et al.,* 2005).

Esta técnica pode ser aplicada isoladamente ou associada a outras técnicas, como por exemplo, a entrevista ou o questionário com variáveis de identificação ou de interesse para o estudo. Deste modo, as variáveis podem auxiliar na caracterização de subgrupos de diferentes representações ou complementar os elementos representacionais coletados por outras técnicas. Quando associada a outras técnicas de coleta de dados, recomenda-se que a técnica de evocação livre seja realizada em primeiro lugar, para que o seu conteúdo não seja afetado pelos conteúdos evocados a partir de outras técnicas que estejam atrelados ao objeto de estudo (Oliveira *et al.*, 2005).

Desse modo, no presente estudo, de modo complementar, foi adotada a entrevista semiestruturada orientada por um roteiro temático para auxiliar na compreensão dos conteúdos produzidos nos resultados das evocações livres de palavras dos participantes e, também, para a análise das representações sociais do autocuidado, do cuidado do outro e suas relações com as práticas de proteção desenvolvidas na pandemia de COVID-19.

Assim, a segunda etapa consistiu na realização das entrevistas, de modo online, através da plataforma *Google Meet*, sendo que a escolha de tal modalidade considerou a permanência da pandemia no final do ano de 2022 e início de 2023 associada ao fato de os participantes da primeira etapa serem provenientes de vários estados do Brasil, o que inviabilizaria a realização das entrevistas em modo presencial.

Foram sorteados aleatoriamente 30 participantes a cada semana e, assim, sucessivamente, até completar as 31 entrevistas. O sorteio foi realizado da seguinte forma: o site gratuito “sorteador.com.br” solicita a quantidade de números que deseja ser sorteado entre um intervalo de número de participantes. Então, a exemplo da presente pesquisa, foi realizado assim: entre 1 e 623, ou seja, foram sorteados 30 números a partir do primeiro até o seiscentésimo vigésimo terceiro. Neste aspecto, destacam-se a transparência e imparcialidade na execução desta etapa da pesquisa.

Após o sorteio, foi enviado um e-mail com texto padronizado para cada sorteado convidando-o para participar da entrevista, contendo informações sobre o método de seleção dos participantes para esta etapa da pesquisa, a modalidade da entrevista,

disponibilidade de participação e um anexo com o TCLE para assinatura do participante.

Para a realização das entrevistas foi solicitado aos participantes que respondessem ao e-mail manifestando o seu interesse em participar desta etapa da coleta de dados, em até sete dias corridos. Destaca-se que este foi o único meio de comunicação disponibilizado na primeira etapa da coleta de dados, para obter o retorno dos indivíduos sobre o seu interesse em participar das entrevistas, ocasião em que eles preencheram esta informação no questionário de caracterização socioeconômica.

Inicialmente os participantes que não respondessem ao e-mail, dentro do prazo estabelecido, não seriam considerados para participar das entrevistas. Porém, o baixo retorno de respostas via e-mail confirmando o interesse dos participantes, fez com que houvesse uma mudança de procedimento. Sendo assim, não houve descarte de participantes que manifestaram interesse em participar da pesquisa por e-mail mesmo tardiamente, sendo considerados, portanto, para a pesquisa.

As respostas afirmativas aos e-mails enviados confirmaram o interesse dos participantes em contribuir fornecendo as entrevistas. Após o aceite de participação, algumas entrevistas foram marcadas pelo WhatsApp, considerando a praticidade em obter respostas mais imediatas sobre a disponibilidade de data e hora dos participantes, em atendimento aos participantes que tomaram a iniciativa de disponibilizar o contato telefônico ao responder ao e-mail e solicitaram que as informações sobre o agendamento fossem feitas através desse aplicativo.

Cabe ressaltar que o período da realização das entrevistas ocorreu quando o número de casos de COVID-19 já vinha reduzindo sensivelmente. Acredita-se que isto pode ter contribuído para as não respostas aos e-mails enviados.

As entrevistas foram realizadas em horário e dia agendados, conforme a disponibilidade do participante, e somente os áudios com as falas dos participantes e da pesquisadora foram gravados, em dois aparelhos celulares diferentes. Posteriormente, os arquivos dos áudios foram armazenados em uma pasta do *Google Drive*, sendo esta a mesma plataforma utilizada para salvar as transcrições dos áudios.

Para a realização das entrevistas foi utilizado o roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A), a partir dos objetos de representação, dos objetivos do estudo e dos conhecimentos obtidos na literatura científica, elaborado para conduzir as entrevistas e contemplar os temas necessários a compreensão da RS do autocuidado

e do cuidado o outro, como as dimensões das representações sociais de imagens, conceitos e práticas de autocuidado.

No que tange a realização das entrevistas, as seguintes etapas foram seguidas:

a) Sorteios aleatórios de 30 participantes a cada semana e, assim, sucessivamente, até completar as 31 entrevistas no site gratuito "sorteador.com.br" da seguinte forma: este site solicita a quantidade de números que deseja ser sorteado entre um intervalo de número de participantes. Então, a exemplo da presente pesquisa, foi realizado assim: entre 1 e 623, ou seja, foram sorteados 30 números a partir do primeiro até o seiscentésimo vigésimo terceiro. Neste aspecto, destacam-se a transparência e imparcialidade na execução desta etapa da pesquisa;

b) Após o sorteio, foi enviado um e-mail para cada sorteado convidando-o para participar da entrevista com texto padronizado, contendo informações sobre o método de seleção dos participantes para esta etapa da pesquisa, a modalidade da entrevista, disponibilidade de participação e um anexo com o TCLE para assinatura do participante. Solicitou-se aos participantes que respondessem ao e-mail manifestando o seu interesse em participar desta etapa da coleta de dados, em até sete dias corridos. Destaca-se que este foi o único meio de comunicação disponibilizado na primeira etapa da coleta de dados, para obter o retorno dos indivíduos sobre o seu interesse em participar das entrevistas, ocasião em que eles preencheram esta informação no questionário de caracterização socioeconômica. Inicialmente os participantes que não respondessem ao e-mail, dentro do prazo estabelecido, não seriam considerados para participar das entrevistas. Porém, o baixo retorno de respostas via e-mail confirmando o interesse dos participantes, fez com que houvesse uma mudança de procedimento. Sendo assim, não houve descarte de participantes que manifestaram interesse em participar da pesquisa por e-mail mesmo tardiamente, sendo considerados, portanto, para a pesquisa.

Cabe ressaltar que o período da realização das entrevistas ocorreu quando o número de casos de COVID-19 já vinha reduzindo sensivelmente. Acredita-se que isto pode ter contribuído para as não respostas aos e-mails enviados;

c) As respostas afirmativas aos e-mails enviados confirmaram o interesse dos participantes em contribuir fornecendo as entrevistas. Após o aceite de participação, algumas entrevistas foram marcadas pelo WhatsApp, considerando a praticidade em obter respostas mais imediatas sobre a disponibilidade de data e hora dos participantes, em atendimento aos participantes que tomaram a iniciativa de disponibilizar o contato telefônico ao responder ao e-mail e solicitaram que as informações sobre o agendamento fossem feitas através desse aplicativo;

d) Em seguida, as entrevistas foram realizadas pelo *Google Meet*, em dia e horários combinados entre pesquisando e pesquisadora, sendo gravados somente os áudios com as falas dos participantes e da pesquisadora, em dois aparelhos celulares diferentes. Posteriormente, os áudios e as suas transcrições foram salvos em uma pasta no *Google Drive*. As entrevistas duraram em média 30-40 minutos.

A entrevista semiestruturada segue um roteiro direcionado à pesquisa que tem uma sequência de questões que abarcam as hipóteses ou pressupostos do pesquisador (Minayo, 2014). Além disso, é um método que permite, em geral, acessar o conteúdo de uma representação e as atitudes dos indivíduos, sendo considerada a maior ferramenta de recuperação das RS. A partir das entrevistas, são verbalizadas as histórias de vida e os depoimentos pessoais, sendo, assim, um método importante nos estudos de RS (Gomes; Oliveira, 2015).

A realização das entrevistas pelo *Google Meet* foi necessária uma vez que a amostra da primeira etapa do estudo abarcou participantes de diferentes estados brasileiros. Assim, para a composição da subamostra da segunda etapa, todos os participantes da primeira eram potencialmente elegíveis para a amostra, o que impediria a realização de entrevistas presenciais.

Algumas dificuldades foram enfrentadas com essa modalidade de coleta de dados, a conexão da internet de alguns participantes foi uma limitação, pois algumas vezes esta falhava, o que implicou na perda de alguns trechos de entrevistas, sendo solicitado aos participantes que repetissem o trecho perdido tão logo a conexão se restabelecesse. Somente em um caso essa situação não foi resolvida, sendo necessário o reagendamento da entrevista.

Para garantir o armazenamento seguro dos dados, as entrevistas foram salvas no *Google Drive* por este oferecer acesso criptografado e seguro aos arquivos, sem

determinar um período para a permanência deles em sua nuvem. Além disso, as entrevistas foram compartilhadas com a coordenadora da pesquisa, de forma a obter dois meios de armazenamento caso algum falhasse.

Além disso, a entrevista torna possível o acesso às atitudes de um indivíduo e, também, o acesso ao conteúdo de uma representação. Raramente possibilita a identificação da organização e estrutura interna da representação, endossando a necessidade de associação com outras técnicas (Abric, 2001).

3.5 **Análise dos dados**

3.5.1 Análise dos dados socioeconômicos

A análise dos dados de caracterização socioeconômica foi estatística descritiva para a caracterização do grupo social envolvido no estudo e contou com o auxílio dos *softwares* Excel e SPSS.

Foi constituído um banco de dados no *software* Excel, posteriormente analisado com o *software* SPSS.

3.5.2 Análise das evocações livres de palavras

A análise das evocações livres foi feita através da técnica de construção do quadro de quatro casas, a partir da frequência e da ordem dos termos evocados, conforme definido por Sá (2002) e Vergès (2005) instrumentalizada pelo *software* EVOC (*Ensemble de Programmes Permettant L'analyse des Evocations*) – versão 2005. O *software* EVOC é um instrumento que facilita a análise da estrutura e organização de uma RS, por meio da construção do quadro de quatro casas, contribuindo para a sua compreensão (Gomes; Marques; Oliveira, 2004). A análise das evocações livres pode ser chamada também de análise prototípica, sendo uma das

técnicas mais difundidas para caracterização da estrutura de uma representação social (Wachelke; Wolter, 2011).

Para a análise foram seguidos os passos descritos por Oliveira et el. (2005), que são: primeiramente digitar em formato Word todas as evocações da maneira e na ordem em que foram evocadas, em dois arquivos distintos: um referente às evocações ao termo indutor “Cuidado da pessoa com COVID-19”.

Após esta etapa, foi realizada a correção ortográfica das palavras e dos termos evocados, em seguida, as frases e expressões foram reduzidas ao núcleo da frase para serem processadas pelo *software*.

Objetivando a padronização dos termos evocados, foi elaborado um dicionário de padronização das evocações, visando a manutenção do conteúdo semântico expresso pelos participantes, reduzindo sua dispersão. Essa padronização permite a obtenção de um conteúdo mais homogêneo, garantindo a manutenção do sentido final expresso pelos participantes e que, simultaneamente, podem ser identificados pelo *software* como sinônimos.

Após o preparo das evocações, foram construídos os *corpora*, contendo um arquivo para cada *corpus*, em formato Word, com as variáveis que foram codificadas. Em seguida, cada arquivo foi transformado em formato Somente Texto para ser processado pelo *software* EVOC. Este software “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).

Quadro 1 - Esquema adaptado do quadro de quatro casas para análise das evocações livres. Rio de Janeiro, 2024

Frequência média das palavras evocadas	*Média das Ordens Médias Ponderadas de Evocação*
Elementos do Núcleo Central OME < média Frequência ≥ frequência média	**Elementos da 1ª periferia** OME ≥ média Frequência ≥ frequência média
Elementos de contraste OME < média Frequência < frequência média	**Elementos da 2ª periferia** OME ≥ média Frequência < frequência média

Fonte: Oliveira *et al*., 2005.

A partir desse procedimento foi construído o quadro de quatro casas (Quadro 1) que expressa os conteúdos e a estrutura da RS acerca de um determinado objeto e é gerado a partir do cruzamento de dois indicadores. Os termos nos quatro quadrantes são distribuídos de acordo com dois critérios de importância: frequência média de ocorrência das palavras e média das ordens médias de evocação (OME) ou de hierarquização das palavras (Gomes; Oliveira, 2015; Sá, 2002; Oliveira *et al*., 2005).

O quadro de quatro casas é formado por quatro quadrantes, a partir do cruzamento entre a frequência e a ordem hierarquizada das evocações, são eles: o superior esquerdo, provavelmente o núcleo central da representação; o superior direito (primeira periferia) e o inferior direito (segunda periferia), ambos compõem a zona periférica; e o inferior esquerdo, a zona de contraste (Gomes; Oliveira, 2015; Sá, 2002; Oliveira *et al*., 2005; Sá, 2002).

O provável núcleo central é composto pelos termos mais significativos para os participantes, apresentando as palavras com as menores valores de OME e frequência maior ou igual à frequência média estabelecida pelo pesquisador; a primeira periferia abarca elementos com altas frequências evocados menos prontamente; a segunda periferia abarca os elementos menos frequentes e evocados menos prontamente, exercendo um papel importante na relação das RS com as práticas cotidianas; a zona de contraste abarca os elementos com baixa frequência, mas evocados prontamente, podendo indicar a existência de um subgrupo que mantém representações diferentes do

grupo geral analisado ou, ainda, elementos que reforçam as cognições presentes na periferia ou no núcleo central. (Oliveira *et al*., 2005; Sá, 2002).

3.5.3 Análise das entrevistas semiestruturadas

Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados por meio de uma análise lexical com o auxílio do software ALCESTE 4.10 (Analyse Lexicale par Contexte d' um Ensemble de Segments de Texte). O software ALCESTE foi escolhido devido ao seu potencial de identificação e de organização dos dados textuais, permitindo realizar uma análise da organização dos conteúdos referentes ao autocuidado de saúde e ao cuidado do outro no corpus de entrevistas.

O software ALCESTE foi desenvolvido no Centro de Cálculo de Toulouse (CICT), na França, em 1979, por Max Reinert. O objetivo desse software é quantificar os dados textuais, tendo por base as leis de distribuição do vocabulário de um texto, ou seja, o corpus de análise, para extrair as informações básicas contidas neste. Através desse *software* é possível realizar a análise de conteúdo mecanizada, desenvolvida através da técnica de análise hierárquica descendente. Além disso, realiza a análise lexical de conteúdo por meio de técnicas quantitativas de tratamento de dados textuais (Oliveira; Gomes; Marques, 2005; Thiengo; Oliveira; Rodrigues, 2005).

O corpus de análise é definido como todo material a ser analisado pelo *software* Alceste, ou seja, todas as entrevistas coletadas e reunidas em um arquivo único. Assim, para o preparo do corpus de análise, as seguintes etapas foram cumpridas:

Primeiramente, foi realizada a transcrição de todas as entrevistas. Feito isso, foi realizada a revisão de todas elas com o objetivo de realizar correções ortográficas e/ou erros de digitação. Em seguida, foi construído o dicionário de padronização de palavras (APÊNDICE B), que contém uma padronização de determinados termos considerados importantes para a análise e que deveriam ter grafia única para eles serem reconhecidos pelo software como palavras iguais, portanto, com o mesmo significado. A seguir, todas as entrevistas foram reunidas em um arquivo único em formato Word que foi salvo como "texto sem formatação".

Cada entrevista foi separada da outra por uma linha estrelada ou linha de comando, inserida no início de cada entrevista. A linha estrelada marca o início de cada

unidade que foi analisada, denominada de unidade de contexto inicial (U.C.I) e contém variáveis selecionadas pela pesquisadora que são de interesse para o estudo a partir do questionário socioeconômico. As variáveis selecionadas para identificar os participantes foram: região, idade, sexo, escolaridade, religião, orientação política e se teve COVID-19 (APÊNDICE C).

O corpus foi construído com as 31 Unidades de Contexto inicial (31 entrevistas), totalizando 143 páginas e foi submetido à análise Standart pelo software ALCESTE.

Os resultados dessa análise geram diferentes informações, sendo a mais expressiva o dendrograma de classes, resultante da classificação descendente hierárquica (CDH). O corpus é submetido a sucessivas divisões binárias por diferenciação, gerando classes lexicais em cada divisão, até que não sejam identificadas diferenças estatísticas de conteúdos que exijam nova divisão. Esses resultados são compostos por: palavras ou formas reduzidas, variáveis e unidades de contexto elementares (UCE) associadas à classe (Oliveira *et al*., 2005).

A partir da descrição e discussão inferencial desses dados foram produzidos os resultados dos conteúdos das RS do autocuidado e do cuidado do outro, proposto neste estudo.

4 **RESULTADOS**

4.1 **Caracterização socioeconômica do grupo social estudado**

Neste capítulo é apresentado e descrito um conjunto de variáveis referentes à caracterização socioeconômica dos participantes do estudo, que são: região de coleta, estado de coleta, idade, sexo, escolaridade, ocupação, religião e orientação política. O conhecimento das variáveis é importante por determinar o perfil do grupo social. Os resultado apresentados são: os referentes ao grupo total estudado (Evoc), e àquele que participou da etapa de entrevistas (Entrev).

No que tange à distribuição dos participantes por região de coleta (Tabela 1), observa-se que a maioria dos participantes que responderam às evocações livres de palavras residem na região Nordeste f=280 (44,9%) e Sudeste f=250 (40,2%), seguido por f=68 (10,9%) na região Sul e f=13 (2,1%) no Centro Oeste, sendo a minoria na região Norte f=12 (1,9%). Em relação aos participantes das entrevistas, o maior quantitativo de respondentes concentra-se na região Sudeste com f=12 (38,7%), seguido das regiões Nordeste com f=9 (29%) e Sul com f=5 (16,1%). Já o menor número de participantes concentra-se nas regiões Centro-Oeste e Norte, respectivamente com f=3 (9,7%) e f=2 (6,5%).

Tabela 1 – Distribuição dos participantes por região. Rio de Janeiro, 2024

	Evoc		**Entrev.**	
Região	**f**	**%**	**F**	**%**
Nordeste	280	44,9	9	29
Sudeste	250	40,2	12	38,7
Sul	68	10,9	5	16,1
Centro Oeste	13	2,1	3	9,7
Norte	12	1,9	2	6,5
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

O fato de o maior quantitativo de respondentes concentrar-se nas regiões Sudeste e Nordeste pode ser um reflexo das regiões do Brasil mais populosas que são, primeiramente, a região Sudeste abarcando 41,78% da população brasileira, seguida da Nordeste correspondendo a 26,91% dos habitantes brasileiros (IBGE, 2022).

Segundo o Painel de casos de doença pelo coronavírus no Brasil publicado pelo Ministério da Saúde (2023), no dia 23 de agosto de 2023, o Brasil concentrava 38.160.672 casos de COVID-19 com um quantitativo de óbitos de 708.373 e uma mortalidade de 337,1 por 100 mil habitantes. A distribuição com o maior número de casos registrados por região correspondia, respectivamente: região Sudeste 15.033.777, regiões Sul com 8.033.390 e Nordeste com 7.409.386 casos. Além disso, as regiões Centro-Oeste e Norte, que tiveram o menor quantitativo de entrevistados, foram as mesmas que tiveram os menores números de casos, correspondendo a 4.364.367 e 2.917.625, respectivamente.

Para Kerr *et al.* (2020) a epidemia, apesar de não ter poupado as regiões mais ricas, vem ocorrendo de forma mais acentuada nos estados das regiões mais pobres, como Norte e Nordeste. O Nordeste, uma das regiões mais pobres do país, representa 27% da população brasileira e apresenta cerca de um terço de todos os casos 34% e dos óbitos 32%. Pesquisa sorológica em âmbito nacional mostrou uma notável variabilidade na prevalência dos anticorpos SARS-CoV-2 nas regiões brasileiras, com taxas extremamente elevadas em cidades das regiões mais pobres. A pandemia do novo coronavírus tem sido um desafio para o Brasil pelas suas profundas desigualdades internas, conhecidamente associadas com a pandemia, nacional e internacionalmente.

Vale destacar o estudo realizado por Cavalcante *et al.* (2020) onde os autores destacam que o maior número absoluto de casos confirmados se concentrou na região Sudeste, contudo a região Norte do país apresentou a maior taxa de incidência da doença. Nesta região, houve registros de diversos empecilhos de adesão, por parte da população, para o isolamento social recomendado pelas autoridades de saúde. Outro motivo que pode explicar esse resultado é que a rede hospitalar da região Norte é menor quando comparada com as das outras regiões do país, possuindo o menor número de leitos, que em longo prazo é incapaz de responder à demanda, tanto no setor público quanto no privado.

Em relação à distribuição dos participantes por estado (Tabela 2), o maior quantitativo de participantes é da Bahia representando f=236 (37,9%), em seguida do Rio de Janeiro, com f=211 (33,8%) e do estado do Paraná com f=63,1(10,1%), sendo os

três estados com o maior quantitativo de participantes. Em seguida, por ordem decrescente são: São Paulo f=30 (4,8%); Pernambuco f=27 (4,3%); Paraíba f=8 (1,2%); Sergipe, Goiás e Espírito Santo com f=6 (1%); Amazonas e Pará com f=5 (0,8%); Mato Grosso do Sul e Minas Gerais com f=3 (0,5%); Distrito Federal, Mato Grosso e Rio Grande do Sul com f=2 (0,3%); e Amapá, Rondônia, Ceará, Piauí e Maranhão com f=1 (0,2%).

Em relação aos participantes das entrevistas, o estado que teve o maior número de entrevistados foi o Rio de Janeiro f=12 (38,7%), seguido da Bahia f=7 (22,6%), Paraná f=5 (16,1%), Pernambuco e Goiás com f=2 (6,5%), Amazonas, Pará e Mato Grosso com f=1 (3,2%).

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por estado. Rio de Janeiro, 2024 (continua)

	Evoc		Entrev.	
Estado	**f**	**%**	**F**	**%**
Bahia (BA)	236	37,7	7	22,6
Rio de Janeiro (RJ)	211	33,8	12	38,7
Paraná (PR)	63	10,1	5	16,1
São Paulo (SP)	30	4,8	0	0
Pernambuco (PE)	27	4,3	2	6,5
Paraíba (PB)	8	1,3	0	0
Sergipe (SE)	6	1,0	0	0
Goiás (GO)	6	1,0	2	6,5
Espírito Santo (ES)	6	1,0	0	0
Amazonas (AM)	5	0,8	1	3,2
Pará (PA)	5	0,8	1	3,2
Mato Grosso do Sul (MS)	3	0,5	0	0
Minas Gerais (MG)	3	0,5	0	0
Santa Catarina (SC)	3	0,5	0	0
Distrito Federal (DF)	2	0,3	0	0
Mato Grosso (MT)	2	0,3	1	3,2
Rio Grande do Sul (RS)	2	0,3	0	0
Amapá (AP)	1	0,2	0	0
Rondônia (RO)	1	0,2	0	0
Ceará (CE)	1	0,2	0	0

Tabela 2 – Distribuição dos participantes por estado. Rio de Janeiro, 2024 (conclusão)

Piauí (PI)	1	0,2	0	0
Maranhão (MA)	1	0,2	0	0
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

Na região Nordeste, a Bahia foi o estado que teve o maior número de casos de COVID-19 com 1.805.591 registros. E entre os estados da região Sudeste, o Rio de Janeiro foi o que teve o terceiro maior número de casos correspondendo a 2.825.729 (Brasil, 2023).

Tais dados podem ser relacionados ao fato de a Bahia ser o estado mais populoso da região Nordeste com 14.136.417 habitantes e o Rio de Janeiro o terceiro estado da região Sudeste mais populoso, com 16.054.524 habitantes (IBGE, 2022). Conforme apontado por Santos *et al*. (2020) e corroborado por Gomes *et al*. (2022) existe uma previsibilidade de que os estados com maior quantitativo de habitantes sejam os mais afetados pela disseminação do vírus, considerando, ainda, os estados com significativas desigualdades socioeconômicas e questões étnicas, por exemplo.

Corroborando então com esses achados, destaca-se o estado do Rio de Janeiro, com 89 dos 92 municípios do estado afetados. Trata-se de um estado com pequena extensão territorial, com extensa malha rodoviária e grande circulação de pessoas, o que permite que uma expressiva quantidade de indivíduos atravesse o estado em poucas horas. Essa elevada dispersão de pessoas levou as autoridades de saúde a adotarem medidas mais restritivas, impedindo a circulação de indivíduos entre os municípios e em 11 bairros da capital (Cavalcante *et al*., 2020).

No entanto, vale destacar que segundo Bógus e Magalhães (2022), a região Nordeste juntamente com a região Norte foram as que tiveram um maior crescimento da pobreza no período da pandemia. Na região Nordeste, em Salvador, o percentual dos indivíduos vivendo em domicílios com rendimento per capita mensal de até ¼ de salário-mínimo aumentou durante a pandemia de 29% para 33,7%, entre o primeiro trimestre de 2020 e o primeiro trimestre de 2022. Já na região Sudeste, no Rio de Janeiro, o percentual dos indivíduos vivendo em domicílios com rendimento per capita mensal de até ¼ de salário-mínimo aumentou de 24,1% no primeiro trimestre de 2020 para 26,8% no primeiro trimestre de 2022. Em ambas as regiões metropolitanas observou-se o crescimento da população vulnerável ao longo da pandemia.

Em relação à distribuição por idade (Tabela 3) sobre as evocações livres, a faixa etária predominante é igual ou maior a 50 anos f=176 (28,3%), seguida das faixas etárias com idade igual ou menor a 29 anos com f=162 (26%). Já as faixas etárias menos expressivas são as compreendidas nos intervalos de 30-39 anos apresentando f=154 (24,7%) e de 40-49 anos com f=116 (18,6%). Os participantes que não responderam representaram f=15 (2,4%) da amostra do estudo.

Em relação aos participantes das entrevistas, os dados revelam que a maior concentração de entrevistados se encontra na faixa etária de 30 a 39 anos f=13 (41,9%). Em seguida, ocupando a segunda posição com o maior quantitativo de entrevistados, encontra-se a faixa etária das pessoas com idade maior ou igual a 50 anos f=12 (38,7%) e as faixas etárias menos expressivas foram a de menor ou igual a 29 anos e a de 40 a 49 anos f=3 (9,7%).

Tabela 3 – Distribuição dos participantes por idade. Rio de Janeiro, 2024

IDADE	**Evoc f**	**%**	**Entrev. F**	**%**
Menor ou igual a 29 anos	162	26	3	9,7
30 a 39 anos	154	24,7	13	41,9
40 a 49 anos	116	18,6	3	9,7
Maior ou igual a 50 anos	176	28,3	12	38,7
Não resposta	15	2,4	0	0
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

No estudo de Moura (2022), a idade entre 40 e 59 anos dos participantes esteve associada à percepção de risco de infecção pela COVID-19. Esta variável também foi retratada na literatura como fator considerado à percepção de risco para essa população sobre a COVID-19. Nesse contexto, um estudo realizado na Etiópia demostrou que a suscetibilidade percebida da COVID-19 aumenta significativamente de acordo com a idade (Asnakew; Asres; Andualem, 2020).

No mesmo estudo de Moura (2022), o autor aponta ainda que a percepção de risco de desenvolver doença grave ou complicações em decorrência da COVID-19 foi maior nos mais velhos, o que é compreensível, já que o processo de senescência influencia o estado de saúde da população, em decorrência das alterações naturais que ocorrem nos sistemas do corpo humano.

Vale destacar os achados da pesquisa de Souza *et al.* (2023) sobre autocuidado no contexto da pandemia de COVID-19, uma vez que a variável referente à faixa etária

apresentou predominância dos participantes de 18 a 29 anos, compondo 41,43% da amostra e na segunda posição compondo 30% da amostra os participantes com idade maior de 59 anos.

No que se refere à variável sexo (Tabela 4), tanto nas evocações livres de palavras como nas entrevistas, a amostra é composta majoritariamente por mulheres, respectivamente com f=476 (76,4%) e com f=25 (80,6%). Já os participantes do sexo masculino compõem f=144 (23,1%) e f=6 (19,4%) da amostra, respectivamente nas evocações livres de palavras e nas entrevistas. A minoria dos participantes nas entrevistas é do sexo não binário f=3 (0,5%).

Tabela 4 – Distribuição dos participantes por sexo. Rio de Janeiro, 2024

	Evoc		**Entrev.**	
Sexo	**f**	**%**	**f**	**%**
Feminino	476	76,4	25	80,6
Masculino	144	23,1	6	19,4
Não binário	3	0,5	0	0
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

A pandemia colocou as mulheres em uma posição de maior risco de contrair a COVID-19, pois além do papel de cuidadoras no ambiente domiciliar, elas compuseram a maioria dos profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, representando 72% de todos os casos de COVID-19 nesse grupo. Assim, as mulheres enfrentaram um maior risco de desenvolver ansiedade, depressão, insônia e esgotamento em comparação com seus colegas do sexo masculino (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

No entanto, as mulheres tiveram menos propensão ao desenvolvimento da doença grave por COVID-19 do que os homens, mas estavam mais propensas ao diagnóstico tardio e, quando diagnosticadas, morreram mais cedo, o que sugere que muitas delas não receberam cuidados adequados em tempo oportuno (Organização Pan-Americana da Saúde, 2022).

Tal falta de cuidados, oportunamente, pode estar associada à sobrecarga das mulheres em relação aos cuidados que passam a ser mais solicitados de modo contínuo e intenso nos diferentes segmentos da sociedade, o que pode acarretar desconsiderar o seu autocuidado para cuidar do outro (Canavêz; Farias; Luczinski, 2021).

Em contrapartida, o estudo de Silva *et al*. (2022) aponta que a população feminina é a que mais se preocupa com a prevenção, uma vez que representa o grupo

que realiza um maior número de consultas, exames de rotina e preventivos, ao passo que o público masculino procura o serviço apenas em situações de agravamento da própria saúde.

A exemplo disto, destaca-se a pesquisa de Silva *et al.* (2020) a qual reforça o apontamento supracitado ao revelar que, majoritariamente, as mulheres (59%) foram as que mais compareceram à Unidade Básica de Saúde (UBS) para imunização contra a influenza durante a primeira fase da pandemia de COVID-19, no período de março a junho de 2020.

No que diz respeito à escolaridade (Tabela 5), observa-se que a maioria dos participantes que respondeu às evocações livres de palavras possui ensino superior completo f=470 (75,4%). Em seguida, o ensino médio completo ou superior incompleto representa f=149 (24%). Em contrapartida, a minoria possui ensino fundamental completo ou médio incompleto f=4 (6%).

Em relação aos participantes das entrevistas, o resultado é semelhante à predominância dos entrevistados que possuem ensino superior completo f=29 (93,5%). Em contrapartida, f=2 (6,5%) possuem ensino médio completo ou superior incompleto, representado a minoria dos participantes.

Tabela 5 – Distribuição dos participantes por escolaridade. Rio de Janeiro, 2024

Escolaridade	**Evoc f**	**%**	**Entrev. F**	**%**
Ensino Superior completo	470	75,4	29	93,5
Ensino Médio completo ou Superior incompleto	149	24	2	6,5
Ensino fundamental completo ou Médio incompleto	4	0,6	0	0
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

A educação exerce um impacto significativo tanto de forma direta, ao influenciar as condições de vida e laborais, como de forma indireta, ao estar vinculada a outros fatores, como o ambiente laboral, o desemprego, a moradia, o acesso à água e saneamento. Isso realça a extrema importância deste aspecto na promoção da saúde (Bomfim *et al*., 2022).

Uma pesquisa sobre a relação do nível de escolaridade com a prática do isolamento social através de questionário online revelou que os respondentes com nível superior completo e pós-graduação foram os que mais se consideraram rigorosos a respeito da prática do isolamento social, correspondendo a 61,76% e 67,03% dos participantes, respectivamente. Tal resultado pode estar atrelado ao fato de 56,1% dos participantes de nível superior completo e 52,24% dos participantes com pós-graduação terem sido majoritariamente os grupos que mais adotaram a modalidade de regime de isolamento social "sem contato interpessoal" (Rodrigues, 2022).

Em contrapartida, o estudo de Bonfim *et al*. (2022) revelou a associação do maior nível de escolaridade com o número de casos de COVID-19 em dois municípios da região metropolitana de Recife. Assim sendo, os municípios que apresentaram as maiores taxas de indivíduos com nível superior completo tiveram registrados os maiores índices de casos notificados de COVID-19. Isso sugere que a educação apresentou uma possível correlação indireta com a disseminação e a mortalidade pelo SARS-CoV-2 na região metropolitana de Recife em função dos maiores níveis de escolaridade estarem relacionados a indivíduos de maior nível socioeconômico e poder aquisitivo, o que facilita o acesso à testagem, por exemplo (Bonfim *et al*, 2022).

Resultado semelhante em relação à predominância do nível de escolaridade superior completo dos respondentes nas pesquisas e no contexto do autocuidado na pandemia de COVID-19 foi encontrado no trabalho de Fischer, Cunha e Burda (2021) no qual a maioria dos respondentes possuía pós-graduação (51,5%), seguido de ensino superior completo ou incompleto (43%). Além disso, apresentou que o sexo feminino teve a maior adesão, compondo 74% da amostra em detrimento do sexo masculino que teve somente 26% de adeptos, o que corrobora, também, os resultados referentes ao sexo encontrados no presente estudo.

Referente à distribuição dos participantes por ocupação/ramo de atividades (Tabela 6), nas evocações livres de palavras, a ocupação laboral de maior destaque é a de ensino, professor com f=180 (28,9%) dos participantes. Tal ocupação, que foi a majoritária entre os participantes, exige nível superior completo e reflete, portanto, o resultado encontrado na tabela 5, na qual a maioria dos participantes possuía nível superior completo. Em seguida, destaca-se a ocupação estudante com f=146 (23,4%) dos entrevistados e em terceiro lugar profissional liberal f=98 (15,7%). A atividade menos predominante é a de trabalho informal f=17 (2,7%).

Em relação aos participantes das entrevistas, f=18 (58%) declararam que a sua ocupação é de ensino, seguida de f=5 (16,1%) profissionais liberais, f=3 (9,7%) estudantes, f=2 (6,5%) aposentados, f=2 (6,5%) funcionários públicos e f=1 (3,2%) trabalho informal, sendo este a atividade menos expressiva nas entrevistas, assim como nas evocações livres.

Tabela 6 – Distribuição dos participantes de acordo com a ocupação/ramo de atividades. Rio de Janeiro, 2024

Ocupação/ramo de atividades	**Evoc**		**Entrev.**	
	f	**%**	**F**	**%**
Ensino, Professor	180	28,9	18	58
Estudante	146	23,4	3	9,7
Profissional liberal	98	15,7	5	16,1
Funcionário público	67	10,8	2	6,5
Sem atividade, Trabalho doméstico, Aposentado	57	9,2	2	6,5
Indústria, comércio e serviços	54	8,7	0	0
Trabalho Informal	17	2,7	1	3,2
Não resposta	4	0,6	0	0
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

A pandemia de COVID-19 afetou a rotina de trabalho e a saúde dos docentes universitários, devido à necessidade de reestruturação dos modelos educacionais nas universidades e a transição para o ensino remoto. Como efeitos da pandemia, os professores participantes da pesquisa destacaram a sobrecarga de trabalho, o alto nível de estresse associado à aquisição de novas habilidades para o processo de ensino-aprendizagem em ambiente virtual, à dificuldade de estabelecer um limite de horas de trabalho e de descanso, às relações interpessoais dos docentes com os discentes, seus pares e com a instituição, e aos medos e angústias relacionados à própria pandemia (Matias *et al*., 2023).

Os resultados do estudo de Pereira *et al*. (2021) realizado com estudantes universitários de todas as regiões do Brasil indicaram que 37% dos estudantes apresentaram alto nível de ansiedade e 46,1% níveis moderados para os pensamentos e comportamentos obsessivos e compulsivos no período da pandemia de COVID-19. Além disso, apontou um agravamento dos pensamentos e comportamentos obsessivos e compulsivos, dos universitários que já apresentavam as sintomatologias para o transtorno obsessivo compulsivo (TOC) ou os primeiros sintomas durante o início da

pandemia, sendo as mulheres as que apresentaram médias superiores às dos homens nesses quesitos.

Quanto à distribuição dos participantes segundo a religião (Tabela 7), nas evocações livres de palavras, a religião majoritária dos participantes é a católica f=258 (41,4%), seguida, respectivamente, dos que se declararam sem religião f=143 (22,9%); da religião evangélica, protestante f=132 (21,2%); e da espírita kardecista, espiritualista, umbandista, candomblé f=84 (13,5%), sendo a menos frequente a budista, taoísta, messiânica f=5 (0,8%).

Em relação aos participantes das entrevistas, f=14 (45,2%) declararam ser católicos, seguidos, respectivamente, dos que não tem religião f=9 (29%); evangélicos e protestantes f=5 (16,1%); e espíritas kardecistas, espiritualistas, umbandistas e candomblecistas f=3 (9,7%), que foram as religiões menos expressivas do grupo social.

Tabela 7 – Distribuição dos participantes por religião. Rio de Janeiro, 2024

	Evoc		**Entrev.**	
Religião	**f**	**%**	**F**	**%**
Católica	258	41,4	14	45,2
Sem religião	143	22,9	9	29
Evangélica, protestante	132	21,2	5	16,1
Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé	84	13,5	3	9,7
Budista, Taoísta, Messiânica	5	0,8	0	0
Não resposta	1	0,2	0	0
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

De acordo com a pesquisa realizada pela Ipsos, 70% dos cidadãos brasileiros declararam ter fé em Deus conforme delineado nas escrituras religiosas, tais como a Bíblia, o Alcorão, a Torá, e similares. Enquanto isso, 19% manifestaram acreditar em uma entidade superior, embora não sigam a descrição religiosa convencional. Aproximadamente 5% dos brasileiros afirmaram não ter fé em Deus ou em uma entidade superior, enquanto 4% indicaram incerteza a esse respeito. Cerca de 2% optaram por não fornecer uma resposta.

Ainda de acordo com a pesquisa citada, entre os brasileiros que se identificaram como religiosos, 70% afirmaram ser seguidores do cristianismo, englobando católicos,

evangélicos e outras denominações, enquanto 5% professam outras religiões. Por outro lado, 20% declararam não ter afiliação religiosa, e 5% optaram por não responder. Tais dados corroboram a presente pesquisa, onde o maior percentual dos entrevistados refere ser evangélicos, protestantes e católicos (BBC Brasil, 2023).

Corroborando os achados da presente pesquisa, o estudo de Lopes (2021) também realizado por meio de formulário online pelo aplicativo *Google Forms* com pessoas da sociedade em geral, teve a maioria dos participantes do sexo feminino 64,6%, 71,1% com ensino superior completo e 66,1% da região Sudeste e ainda revelou que, majoritariamente, os participantes declararam ser da religião católica 47,1%.

Além disso, 47,1% dos participantes declararam a importância da religião como suporte psicológico e emocional no enfrentamento da pandemia, que proporcionou conforto, esperança e equilíbrio. Desse modo, a religião trouxe calma e preparo espiritual para o que estava por vir, esperança de que a situação pandêmica melhoraria e que proporciona uma evolução espiritual, trazendo paz de espírito nos momentos difíceis (Lopes, 2021).

A espiritualidade e religiosidade fornecem subsídios para o enfrentamento da pandemia de COVID-19, sendo importante essa dimensão do cuidado ser incorporada pelos profissionais da saúde abarcando o cuidado religioso-espiritual, principalmente em um cenário de incerteza e que envolve maior proximidade com temas que evocam o transcendente, como a morte e o morrer (Rossato; Ribeiro; Comin, 2022).

Segundo a orientação política (Tabela 8), nas evocações livres de palavras, há predomínio da esquerda ou centro esquerda f=323 (51,9%). Declararam-se sem orientação política f=211(33,9%), de direita ou centro direita f=47 (7,5%) e de centro f=42 (6,7%) dos entrevistados.

Em relação aos participantes das entrevistas, houve resultado semelhante apontando que f=19 (61,2%) dos entrevistados declararam ser de esquerda ou centro esquerda, f=9 (29%) não ter orientação política, f=2 (6,5%) ser de direita ou centro direita e, f=1 (3,3%) ser de centro.

Tabela 8 – Distribuição dos participantes por orientação política. Rio de Janeiro, 2024

	Evoc		Entrev.	
Orientação política	**f**	**%**	**F**	**%**
Esquerda ou Centro Esquerda	323	51,9	19	61,2
Não tenho orientação política	211	33,9	9	29
Direta ou Centro Direita	47	7,5	2	6,5
Centro	42	6,7	1	3,3
Total	**623**	**100**	**31**	**100**

Fonte: A autora, 2024.

Nos últimos anos as questões relacionadas à orientação política têm se tornado cada vez mais proeminentes tanto no Brasil como no mundo, com o aumento da polarização político-partidária. O posicionamento político de esquerda reflete o resultado das eleições presidenciais de 2022 que elegeu o atual presidente da República Luiz Inácio Lula da Silva com 50,90% dos votos, representando a posição política de esquerda, contra 49,10% de Jair Messias Bolsonaro, representando a posição política de direita (Brasil, 2022).

Os defensores da abordagem esquerdista buscam frequentemente políticas públicas que garantam acesso igualitário aos recursos de saúde, educação e assistência social, envolvendo a proteção dos mais vulneráveis. A ausência de orientação política, por outro lado, pode refletir uma falta de direção ideológica definida, permitindo uma abordagem mais flexível para lidar com desafios como a pandemia, embora também possa resultar em falta de diretrizes claras para abordar questões críticas (Freitas *et al*., 2022; Pereira *et al*., 2020).

Além disso, tais resultados podem expressar a diminuição da popularidade e apoio ao político Jair Bolsonaro a partir do momento que este passou a focar nos impactos negativos do isolamento social na economia e, concomitantemente, minimizar a gravidade da pandemia e os riscos de contágio do novo coronavírus, acarretando o abandono de uma parcela significativa de eleitores que se alinhavam com seu ponto de vista ideológico e identitário (Pereira; Medeiros; Bertholini, 2020).

Destaca-se que as políticas de saúde no Brasil foram descoordenadas dentro do governo federal anterior com os estados e em relação ao que era feito dentro do próprio Ministério da Saúde, criando uma barreira para a tomada de decisões baseadas em evidências científicas. A exemplo disso, destacam-se as interferências do governo do ex-

presidente nas decisões técnicas do Ministério da Saúde, para estimular e inserir o protocolo clínico de tratamento contra a COVID-19 a partir de medicamentos que não são efetivos e não têm a comprovação científica de benefícios contra a doença (Lima; Cardim, 2021).

Como síntese dos resultados, pode-se perceber no grupo geral (evocações livres de palavras) que houve maior predominância de participantes da região Nordeste f=280 (44,9%), do estado da Bahia representando f=236 (37,7%), que possuem idade maior ou igual a 50 anos f=176 (28,3%), são do sexo feminino f=476 (76,4%), que possuem ensino superior completo f=470 (75,4%) e atuam na área de ensino como professores f=180 (28,9%). A maioria declara ser de religião católica f=258 (41,4%) e ter como orientação política esquerda ou centro esquerda f=323 (51,9%).

Já no grupo das entrevistas, majoritariamente os participantes são da região Sudeste f=12 (38,7%), do estado do Rio de Janeiro f=12 (38,7%), encontram-se na faixa etária de 30 a 39 anos f=13 (41,9%), são do sexo feminino f=25 (80,6%), possuem ensino superior completo f=29 (93,5%), ocupam a área de ensino como professores f=18 (58%), e declaram ser da religião católica f=14 (45,2%) e ter como orientação política esquerda ou centro esquerda f=19 (61,2%).

O perfil dos participantes nas variáveis referentes ao sexo, escolaridade, ocupação, religião e orientação política, respectivamente, feminino, ensino superior completo, professor, ensino, católica e esquerda ou centro esquerda mostrou-se o mesmo para os participantes do grupo geral, como também para aqueles que responderam às entrevistas. Observou-se variação dos dois grupos nas variáveis Estado, cidade e idade, possivelmente pela menor disponibilidade das pessoas no período pós-pandêmico.

Destaca-se que a caracterização socioeconômica do grupo social poderá contribuir para uma melhor compreensão dos atributos sociais das representações sociais e das práticas adotadas.

4.2 **Representação social do Cuidado da pessoa com COVID-19**

A seguir são apresentados os resultados dos conteúdos e da estrutura representacional do "Cuidado da pessoa com COVID-19", a partir dos pressupostos da Teoria do Núcleo Central (TNC) na abordagem estrutural das representações sociais.

O produto das evocações livres de palavras foi composto por 1.887 palavras ou expressões, sendo 18 diferentes. Os pontos de corte definidos foram: frequência mínima 58, frequência média 102 e *rang* médio de evocação 3,0.

A partir desses parâmetros e com o auxílio do *software* EVOC foi elaborado o Quadro de Quatro Casas, conforme exposto no Quadro 2.

Quadro 2- Quadro de quatro casas ao termo indutor "Cuidado da pessoa com COVID-19". Rio de Janeiro, 2024

O.M.E	**< 3**			**≥ 3**		
Freq. Med.	**Termo evocado**	**Freq. Med**	**O.M.E**	**Termo evocado**	**Freq. Med**	**O.M.E**
≥ 102	Isolamento-social	241	2,544	Solidariedade	102	3,059
	Medo	174	2,109	Empatia	89	3,247
	Cuidados	160	2,606	Contágio	77	3,065
	EPI	131	2,664	Missão	73	3,205
	Amor	120	2,975	Hospital-uti	71	3,479
				Atenção	68	3,206
< 102	Proteção	101	2,822	Coragem	63	3,365
	Higiene	83	2,747	Conhecimento-desconhecimento	58	3,017
	Risco	79	2,418			
	Máscara	77	2,636			
	Insegurança	66	2,909			

Legenda das dimensões representacionais: Atributo institucional do cenário de cuidado do outro; Atributo preventivo do autocuidado profissional e do cuidado do outro; Atributo preventivo e de controle da COVID-19 do autocuidado e do cuidado do outro na população; Atributo afetivo-relacional do cuidado do outro; Atributo cognitivo do cuidado educativo do outro; Atributo existencial do cuidado do outro; Vulnerabilidade do cuidado do outro.
Fonte: A autora, 2024.

A partir das palavras participantes do Quadro 2 delimitou-se as dimensões representacionais do cuidar da pessoa com COVID-19, conforme abaixo:

1) Atributo institucional do cenário de cuidado do outro – Refere-se ao ambiente onde é desenvolvido o cuidado do outro, quando o indivíduo apresenta complicações da

COVID-19 decorrentes da presença de sinais de agravamento do quadro da doença e, também, o autocuidado desenvolvido pelos profissionais da saúde para evitar que se contaminem pelo coronavírus ao cuidarem do outro;

2) Atributo preventivo do autocuidado profissional e do cuidado do outro – Refere-se à adoção de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) utilizados na prática profissional para o cuidado de si e cuidado do outro na prevenção da contaminação pelo coronavírus;

3) Atributo preventivo e de controle da COVID-19 do autocuidado e do cuidado do outro na população - Refere-se às principais medidas preventivas contra o coronavírus adotadas pela população, que foram amplamente difundidas nos principais meios de comunicação;

4) Atributo afetivo-relacional do cuidado do outro – Refere-se aos sentimentos fundamentais para o desenvolvimento das práticas de cuidado do outro e de sentimentos atrelados ao medo de se contaminar frente ao cuidado do outro;

5) Atributo cognitivo do cuidado educativo do outro - Refere-se ao conhecimento da população sobre o cuidado da pessoa com COVID-19;

6) Atributo existencial do cuidado do outro – Refere-se a uma característica indissociável do cuidado do outro atrelada à existência do ser humano que cuida do outro;

7) Vulnerabilidade do cuidado do outro – Refere-se à possibilidade de contaminação frente ao cuidado do outro.

Essas categorias são utilizadas para a síntese e melhor compreensão dos conteúdos e da estrutura da representação estudada.

4.2.1 Elementos estáveis da representação social – Núcleo central

Com base nos pressupostos da Teoria do Núcleo Central (Abric, 2000; SÁ, 2002), os elementos localizados no quadrante superior esquerdo referem-se ao provável núcleo central da representação, as elevadas frequências dessas palavras e as baixas ordens médias de evocação permitem inferir que se trata de elementos estáveis e constantes e não variam em função do contexto imediato (Abric, 2003), por isso, os

elementos que compõe o núcleo central da representação são: *isolamento-social* (f=241)*, medo* (f=174)*, cuidados* (f=160)*, EPI* (f=131) e *amor* (f=120).

Os elementos do núcleo central podem ser funcionais e/ou normativos. Os funcionais são os elementos mais importantes para a realização de uma tarefa, estão associados a características descritivas e determinam as condutas relativas ao objeto, neste caso o cuidado e o autocuidado à COVID-19. Já os elementos normativos relacionam-se à história e ideologia do grupo, determinando o julgamento e as tomadas de posição referentes ao objeto e constituem a dimensão social do núcleo (Abric, 2003).

Neste sentido, *isolamento-social* e *cuidados* são considerados atributos preventivos e de controle da COVID-19, do autocuidado e do cuidado do outro na população; *EPI*, como um atributo preventivo do autocuidado pessoal e profissional e do cuidado do outro; e *amor* e *medo*, que compõe a dimensão afetivo-relacional do cuidado do outro.

Os elementos *isolamento-social*, *cuidados* e *EPI* indicam uma dimensão funcional, apresentando, portanto, um caráter pragmático. Além disso, todos os elementos exceto *amor*, apresentam significados negativos, uma vez que indicam medidas restritivas, de cuidados atrelados ao medo da contaminação do outro. O *amor* é um elemento positivo, uma vez que expressa um sentimento necessário para a realização das medidas preventivas de cuidado do outro.

O caráter funcional na constituição do núcleo central e na representação caracteriza-se pela presença de elementos mais importantes para a justificação e realização de uma tarefa, sendo, portanto, elementos ligados a uma ação que determinam as condutas relativas ao objeto, neste caso, *isolamento-social, cuidados* e *EPI*. Além disso, destacam-se os elementos com característica normativa *amor* e *medo*, ou seja, associados aos sistemas de valores do grupo pesquisado e a sua história, o que permite ao núcleo central o exercício do seu duplo papel que é avaliativo, ao justificar os julgamentos de valores, e pragmático ao atribuir e prescrever práticas específicas (Abric, 2003).

Assim, os elementos normativos *amor* e *medo* são sentimentos determinantes das práticas de cuidado da pessoa com COVID-19 associados, respectivamente, ao atributo moral do cuidado e à preocupação com a contaminação de si e do outro e a necessidade de preveni-la. O *medo* pode ser um indicador motivacional para a adoção de práticas preventivas de cuidado no cotidiano desse grupo social.

Os elementos funcionais *isolamento-social, cuidados* e *EPI* expressam as medidas preventivas contra a COVID-19 amplamente divulgadas pelos principais meios de comunicação e, por isso, são considerados mais importantes para os participantes em termos de autocuidado e do cuidado do outro (Abric, 2003a).

O termo *isolamento-social* apresenta a maior frequência e foi o segundo elemento mais prontamente evocado deste quadrante, apresentando uma Ordem Média de Evocação (OME=2,544). É, portanto, o léxico de maior destaque do possível núcleo central e, também, do quadro de quatro casas. Este termo figura-se ser o pilar do cuidado da pessoa com COVID-19, sendo uma medida de cuidado preventivo considerada pelos participantes como fundamental para cuidar do outro na ocasião da pandemia de COVID-19, revelando ainda a função de orientação da RS uma vez que orienta os comportamentos e práticas de um grupo social (Abric, 2000).

O termo *isolamento-social* abarcam ideias como falta de liberdade, confinamento, distância, isolamento domiciliar, manter distância, reclusão, resguardo, retenção, se isolar, sem contato, separação, distanciamento social, distância-social, evitar contato, afastamento e distanciamento.

Durante a pandemia do novo coronavírus, medidas de distanciamento social foram adotadas pelos estados e municípios brasileiros visando a redução do número de casos e o controle da doença. Nesse sentido, as medidas de isolamento dos casos, a quarentena de contatos e as medidas amplas de distanciamento social adotadas em conjunto contribuíram potencialmente para a diminuição da transmissão da doença (Nativdade *et al.*, 2020). Desse modo, pode-se considerar que estas são medidas de cuidado preventivo da COVID-19.

Segundo Silva *et al*. (2020) o isolamento social fez parte de um conjunto de medidas de distanciamento social como restrição da circulação em diversos níveis como: transporte de passageiros intermunicipal e/ ou interestadual de qualquer modalidade; suspensão de eventos públicos e/ ou privados, de atividades culturais, religiosas, de lazer e esportivas; suspensão de aulas, incluindo creches, ensino infantil, fundamental e superior; quarentena de pessoas com maior risco de contaminação (indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, gestantes, lactantes e/ ou pessoas com doenças crônicas); paralisação econômica parcial ou total e, também, a quarentena dos casos confirmados.

O isolamento é compreendido como a separação das pessoas doentes dos indivíduos não infectados, sendo o tempo em que as pessoas conseguem se manter em

isolamento durante a pandemia influenciado diretamente pelos fatores econômicos e ambientais (Aquino *et al*., 2020).

A exemplo do exposto, o estudo de Natividade *et al.* (2020) mostrou que os maiores percentuais de isolamento aconteceram nos bairros com condições de vida mais favoráveis, com maior concentração de renda, sendo, portanto, os bairros com maior índice de pobreza, os que apresentam o menor índice de isolamento social. Nesse tocante, a baixa adesão às medidas de isolamento social está relacionada à desigualdade social, que é influenciada por questões culturais, pelas características dos sistemas de saúde e políticos, além das estratégias para mitigar a pandemia (Aquino *et al*., 2020).

Destaca-se no estudo em tela que a maioria dos participantes possui nível de escolaridade superior completo, abarcando 75,4%, o que pode indicar uma característica de um grupo mais homogêneo, sem expressiva desigualdade social, formado, também, em sua maioria, por profissionais cuja ocupação é a área de ensino, professor, compreendendo 28,9% dos entrevistados referentes à primeira etapa da coleta de dados. Estas duas características predominantes do grupo social estudado podem justificar a elevada frequência do termo *isolamento-social*, especialmente a predominância da ocupação dos participantes ser a docência, uma vez que uma das atribuições do docente é estar informado, atualizado e orientado sobre os principais acontecimentos, neste caso, a COVID-19.

Tal resultado é corroborado pelo estudo de Bonfim *et al.* (2022) o qual evidenciou que há uma associação dos maiores níveis de escolaridade a indivíduos de maior nível socioeconômico e poder aquisitivo, sendo estes fatores relacionados à adesão facilitada ao isolamento social, além de testagem, tratamento, execução de medidas sanitárias, utilização de meios de transporte de menor risco à infecção e empregos de menor exposição ao vírus.

De acordo com a Nota Pública do CNS, de 13 de abril de 2020, na época, o isolamento social foi o método mais eficaz na prevenção da infecção pelo novo coronavírus e preservação da vida dos brasileiros, além de ser recomendado por contribuir para o achatamento da curva de propagação deste vírus (Conselho Nacional de Saúde, 2020).

Assim, o fato de o isolamento social ter sido uma medida preventiva amplamente difundida pelas principais autoridades sanitárias e recomendada como uma das medidas mais eficazes para a mitigação da doença, pode indicar o motivo deste

termo ter sido evocado por muitos participantes, além de ter sido o segundo mais prontamente evocado, o que revela a sua importância para eles.

Somado a isto, a preocupação com um novo tipo de coronavírus, com características de alta transmissibilidade e alta taxa de mortalidade em seres humanos a nível mundial, e o fato de no período da coleta de dados, início da pandemia, não haver perspectiva de vacina contra a COVID-19, acarretou medo e insegurança nas pessoas. Assim, o cuidado da pessoa com COVID-19 foi associado principalmente à medida preventiva de isolamento social, considerada possivelmente a mais segura na prevenção e na não disseminação da doença dos indivíduos doentes para os indivíduos saudáveis, adotada pelos participantes devido ao medo da contaminação.

Em relação à adesão às medidas de restrição social, um estudo realizado por Almeida *et al*. (2020) apontou que 74,3% dos participantes aderiram às medidas, saindo de casa somente para atividades essenciais. Destes, 59,2% dos indivíduos afirmaram ficar em casa, saindo somente para fazer compras em supermercado e farmácia; e 15,1% disseram que ficaram rigorosamente em casa, saindo somente quando havia necessidades de atendimento à saúde.

A pesquisa de Lima *et al*. (2022) corrobora os achados da pesquisa de Almeida et al. (2020) ao apresentar que 79,8% dos participantes aderiram ao isolamento social. Estes indivíduos tinham os seguintes fatores associados: sexo feminino; faixa etária igual ou superior a 60 anos; viver com o(a) cônjuge; maior carga horária de trabalho (superior a 10 horas/semana); dificuldades no sono e sentimento de tristeza durante o período da pandemia; ter comorbidades, como diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica, doenças respiratórias e obesidade.

O estudo de Silva *et al*. (2020) evidenciou que as RS de idosos sobre o isolamento social durante a pandemia da COVID-19 foram sustentadas por dois tipos de posicionamento social. O primeiro deles foi baseado na compreensão do momento vivenciado que exigia a adoção de medidas de prevenção, sendo a adesão ao isolamento uma medida impositiva, considerando o pertencimento dos participantes ao grupo de risco, expresso pelos cognemas isolamento-distanciamento, necessário-seguro, fazer-possível, ficar-casa, limitar-saída, perigo-doença e prevenção; já o segundo direcionou-se para a não aceitação do distanciamento social como uma conduta preventiva e a incredulidade na doença, indicando a não adesão a esta medida através dos termos preso-sufocado e ruim-não-gosto. Tais resultados evidenciam a característica negativa do termo isolamento-social, que, apesar de necessário para a mitigação e controle da

doença, é uma medida restritiva que priva as pessoas do convívio social e da vivência de suas atividades cotidianas.

Nesse tocante, apesar de grande parte dos brasileiros terem aderido às medidas de restrição social como o isolamento social, conforme revelado em diferentes estudos supracitados, as consequências do isolamento social foram inúmeras para a saúde mental dos indivíduos. Estes apresentaram aumento de ansiedade; depressão; indignação; preocupações com a saúde, família e morte; diminuição da felicidade e da satisfação com a vida; e preocupação com lazer e amigos (Silva *et al*., 2021).

O termo *medo* apresenta a segunda maior frequência do possível núcleo central e é o mais prontamente evocado (OME= 2,109). Esse termo indica a sua relevância no cenário da pandemia e revela um sentimento negativo desencadeado por um objeto desconhecido, que teve seu surgimento de maneira inesperada a nível mundial, acarretando uma pandemia. Além disso, tal sentimento faz parte da dimensão afetivo-relacional e está associado ao medo da contaminação devido às altas taxas de transmissibilidade do vírus e mortalidade, além da influência da mídia na divulgação de imagens impactantes como caixões, sepultamentos, além de números estatísticos de pessoas acometidas pelo vírus, de óbitos por região a nível mundial e de manifestações clínicas da doença.

O medo é um sentimento que impulsiona os indivíduos na adoção de práticas de *cuidados*, como a utilização de *EPI*, que faz parte do atributo preventivo do autocuidado profissional e do cuidado do outro e engloba medidas de autoproteção profissional para o cuidado de si e cuidado do outro na prevenção da contaminação pelo coronavírus especialmente, o *isolamento-social* na prevenção da COVID-19.

Portanto, o sentimento medo está associado à adoção de cuidados preventivos, com destaque para o isolamento-social, que foi uma das práticas preventivas mais adotadas nos primeiros anos da pandemia, e o uso de *EPI*. Apesar do medo, existe um sentimento positivo envolvido no cuidado da pessoa com COVID-19 expresso pelo *amor*, elemento necessário para a prática desse cuidado, atrelado ao cuidado do outro como *missão*, elemento presente na primeira periferia referindo-se a uma atitude ética e moral de compromisso social.

Segundo Garcia (2017) o medo pode ser expresso inatamente ou após condicionamento, e é desencadeado quando um perigo ou um estímulo que prediz um perigo imediato é percebido. Sua função é preparar o organismo para enfrentar esse

perigo. Assim, é uma das repercussões da COVID-19 que afeta a saúde física e mental dos indivíduos, sendo uma das respostas emocionais frente a algo desconhecido.

Além disso, o medo é responsável por desencadear o aumento dos níveis de ansiedade em indivíduos saudáveis, assim como naqueles com questões prévias de saúde mental, com tendência a agravá-las, tais como: sentimentos de angústia, raiva e insônia; aumento do consumo de álcool e tabaco; transtorno de estresse pós-traumático; transtornos de ansiedade e depressão (Jun Shigemura, 2020).

A pesquisa de Sanches *et al*. (2022) revelou que o medo foi o cognema central das representações sociais dos profissionais de saúde referentes ao processo de trabalho durante a pandemia de COVID-19. Tais RS estão ancoradas no medo que os profissionais têm de uma doença desconhecida, de contrair o vírus devido à falta de equipamentos de biossegurança e, consequentemente transmitir o vírus às pessoas próximas ou do seu convívio, além do medo relacionado às mudanças e atualizações de protocolos de tratamento da COVID-19, o que exige o aprendizado rápido de novas técnicas e repercute, portanto, dentro e fora do ambiente de trabalho, nas relações sociais em geral.

O estudo de Lindemann *et al*. (2021) revelou que 64% dos participantes referiram ter medo de se contaminar pelo novo coronavírus. Para os autores, entre as razões que desencadearam o medo, estão as informações difundidas pelas redes sociais de maneira dramática e sensacionalista, como os primeiros casos de COVID-19 no Brasil, o alto número de casos e óbitos em diversos países, a constante ameaça de disseminação do vírus no país, a indisponibilidade da vacina, na época, e a inexistência de tratamento antiviral específico comprovado cientificamente. Tais fatores além de acarretarem medo, afetaram a saúde mental dos indivíduos.

A partir do exposto, no contexto do cuidado da pessoa com COVID-19, pode-se inferir que o medo é um sentimento experimentado pelo grupo social diante da tensão da vivência da pandemia e das repercussões da COVID-19 na saúde e nas diferentes esferas da vida, como a possibilidade de contaminação pelo novo coronavírus, por exemplo, ao cuidar do outro em situação de doença. Assim, o medo está atrelado aos aspectos psicoemocionais envolvidos na relação do cuidar do outro.

Apesar das muitas evidências científicas associarem o medo a um sentimento negativo, entende-se que há um lado positivo quando o indivíduo sente medo nesse cenário, uma vez que este pode ser um estímulo para a adoção de medidas de autocuidado preventivas contra a COVID-19, pois está atrelado ao medo da

contaminação e as consequências para a saúde em caso da manifestação da doença. Além disso, a incorporação de medidas preventivas no cotidiano motivadas pelo medo contribui para a mitigação da pandemia, e traz medidas na rotina que reduzem o risco de contaminação e, consequentemente, o número de casos novos da doença.

O termo *cuidados* refere-se a dimensão pragmática do possível núcleo central assim como os termos *isolamento-social* e *EPI*. Os três cognemas relacionam-se às questões biomédicas de caráter preventivo da doença. O termo *cuidados* abarca as ideias: tratar em casa, cuidados coletivos, zelo, cuidado com o doente, cuidado, cuidados específicos, cuidados individuais, cuidar, cuidar da pessoa, cuidar do aspecto físico, espiritual e social. Portanto, este termo abrange os cuidados a nível individual e coletivo importantes na prevenção da COVID-19, sendo uma expressão de autocuidado e cuidado do outro, destacando-se o isolamento social e o uso de EPI.

Para cuidar da pessoa com COVID-19 é necessário primeiramente que o indivíduo que cuida tenha cuidado consigo, pois para cuidar do outro é necessário estar bem de saúde e exercer o autocuidado. Assim, o autocuidado tem a finalidade de evitar a própria contaminação durante a prática de cuidado do outro, indivíduo acometido pela doença, nas seguintes situações: em casos de prestação de cuidados a um familiar ou pessoa próxima, assim como o cuidado desempenhado pelos profissionais de saúde que estão na linha de frente da pandemia (Teixeira *et al*., 2020).

Segundo Silva *et al*. (2005) o cuidado está atrelado à realização existencial através do exercício do cuidado do outro. No universo do cuidado as relações entre os modos de ser no mundo, sejam dos seres que cuidam ou dos seres cuidados se entrelaçam e as pessoas que cuidam emprestam sentimentos, emoções, percepções, valores e saberes ao fenômeno.

O cuidar em tempos de pandemia de COVID-19 traduziu-se em proporcionar espaços de diálogo, construção de conhecimentos focados na prevenção e promoção da saúde, o que representa uma postura ética e o compromisso com o futuro dos que vivem a pandemia, logo, evidencia a preocupação com o cuidado do outro, características atreladas à *solidariedade*, elemento presente na primeira periferia. Assim, para promover a saúde é necessário promover mutuamente um cuidado empoderador e o bem-estar que vise contribuir para a sobrevivência e o florescimento de quem cuida e de quem recebe o cuidado, e para o reconhecimento da interdependência como condição de uma vida digna (Souza *et al*., 2020).

Portanto, compreende-se que o termo *cuidados* é uma expressão não somente do cuidado do outro, mas, também, de autocuidado. Este vai além de cuidar de si próprio e se estende àqueles que são ou estão mais vulneráveis (Paixão *et al*., 2021).

O termo *cuidados* está associado aos elementos da dimensão afetiva *medo* e *amor,* sendo este o menos frequente do quadrante e que expressa um sentimento positivo fundamental no ato de cuidar, que reflete o empenho de si na função de cuidar do outro, satisfazendo uma necessidade sua de saúde e do outro, vislumbrando a sua qualidade de vida e a do outro indivíduo no futuro. Já o amor é um dos atributos do cuidado que garantem a humanidade ao ser humano, assim como a ternura, carícia, cordialidade, convivialidade e compaixão (Silva *et al*., 2005). Além disso, indica o cuidado consigo e com o outro em situação de COVID-19 na adoção de cuidados preventivos contra esta doença, principalmente o isolamento social, o mais importante para os participantes, assim como o uso de EPI e outros cuidados a nível individual e coletivo.

Portanto, apesar de o termo *cuidados* integrar uma dimensão representacional diferente da dimensão dos elementos *medo* e *amor*, os três estão associados visto que para a prática dos *cuidados,* que inclui as principais medidas preventivas contra o coronavírus como o isolamento social, é necessário existir os sentimentos de amor, sendo este uma motivação para o autocuidado e cuidado do outro. Além disso, o *amor* está atrelado à empatia e preocupação consigo e com o outro, apesar do sentimento de *medo* estar presente devido à possibilidade de contaminação ao cuidar do outro, mas que não impede sua realização.

Apesar da pesquisa em tela ter sido realizada com pessoas da sociedade em geral, denominou-se o EPI como integrante do atributo preventivo do autocuidado profissional e do cuidado do outro, pois uma parte do grupo social considerou o EPI como uma medida necessária para o cuidado do outro em situação de COVID-19. Além disso, este termo expressa uma medida de autoproteção utilizada na prática profissional, que foi padronizado a partir de outros termos como o uso de toucas, máscaras, luvas e avental, por exemplo, o que pode indicar que parte do grupo estudado é composto por profissionais da saúde ou dominam a linguagem específica do campo profissional.

O uso de EPI é primordial para proteger os trabalhadores de saúde que estão na linha de frente do combate à pandemia de COVID-19 e minimizar os impactos da pandemia evitando o adoecimento dos profissionais da saúde. Apesar disso, no decorrer da pandemia houve desabastecimento de EPI a nível nacional e internacional, sendo

recomendado à época o seu uso racional a fim de evitar que o impacto do desabastecimento fosse ainda maior (Soares *et al*., 2020).

Diante disso, o possível núcleo central sugere traduzir que o cuidado da pessoa com COVID-19 é pautado na prática de cuidados preventivos, especialmente o isolamento social, visando o autocuidado e o cuidado do outro na prevenção da COVID-19. Assim, pode-se inferir que na representação social analisada o isolamento social foi incorporado como a identidade do cuidado da pessoa com COVID-19, compreendido pelos participantes como a medida preventiva de autocuidado e cuidado do outro contra o coronavírus mais importante, seguido da adoção de outros cuidados como o uso de EPI. Tais cuidados preventivos podem ser justificados pelo medo de ser contaminado pelo vírus ou, até mesmo, transmitir a doença, caso o cuidador já esteja infectado, apesar de o cuidado ser uma expressão de *amor, atenção* e *solidariedade* no cuidado da pessoa com COVID-19.

Para tal inferência foram consideradas as funções do núcleo central, que são: gerir, organizar e estabilizar, e a partir dele, criar ou transformar o significado de outros elementos, além de determinar a natureza dos laços que os unem, sendo o elemento estabilizador da representação, caracterizado por um subconjunto da representação, formado por um ou mais elementos, podendo a ausência de um deles desestruturar toda a representação ou lhe atribuir um significado diferente (Abric, 2000; 2003). Assim, a representação é compreendida como um conjunto maior, destacando a existência e a relevância de outras instâncias estruturais ligadas ao núcleo central que o complementa e possuem papeis funcionais, que são denominadas de elementos periféricos (Sá, 2002).

4.2.2 Os elementos mutáveis da representação – o sistema periférico

Os elementos da primeira e segunda periferias da representação estão localizados respectivamente, no quadrante superior direito e no quadrante inferior direito. Tais elementos estão organizados em torno do núcleo central e são reconhecidos como os componentes mais acessíveis, mais vivos e mais concretos, sendo o essencial do conteúdo da representação (Abric, 2000).

Os elementos periféricos têm como característica a proximidade ao cotidiano do grupo estudado. Suas funções essenciais nas representações são: concretização,

regulação, prescrição de comportamentos, proteção do núcleo central e personalização. Além disso, ele permite a integração de histórias individuais e experiências, é flexível e permite adaptação à realidade concreta e aceita contradições (Abric, 2000; 2003).

A primeira periferia é composta pelos elementos periféricos mais importantes, pois apresentam frequência elevada e menor importância na ordem de evocação atribuída pelos participantes em relação ao total das evocações referidas (Abric, 2003; Sá, 2002). Os elementos que compõe a primeira periferia são: *solidariedade* (f=102), *empatia* (f=89), *contágio* (f=77), *missão* (f=73), *hospital-uti* (f=71), *atenção* (f=68). Nesta periferia destaca-se a predominância do atributo afetivo-relacional do cuidado do outro expresso pelos elementos: *solidariedade*, *empatia* e *atenção*, sendo os dois primeiros os mais frequentes desse quadrante.

A solidariedade é uma manifestação de autocuidado que ultrapassa os limites geográficos, físicos e temporais. Na pandemia de COVID-19 a solidariedade manifestou-se através da atuação crítica e protagonista das populações dos países afetados pela pandemia na coletividade que se uniram com a finalidade de identificar as diferentes formas de vulnerabilidades na busca de uma solução para esse problema mundial, através do compartilhamento de sentimentos positivos ou negativos e dos desafios enfrentados (Fisher; Burda, 2021)

Corroborando o estudo supracitado, Petra *et al*. (2022) revelaram que na pandemia de COVID-19, a solidariedade foi percebida como uma ação de cuidado com o outro, despertada pela vulnerabilidade causada por esse cenário em que a enfermidade atingiu a todos de alguma maneira. Ela manifestou-se por meio da doação de alimentos, ajuda a populações mais carentes e cantatas nas janelas, muito comuns nesse período, por exemplo.

Tais ações de apoio ao outro focaram-se na construção conjunta da demanda e na vulnerabilidade compartilhada, observada pelos entrevistados quando estes perceberam que pessoas próximas, com renda familiar similar, tiveram dificuldades financeiras, ou seja, quando o outro encontrou-se em situação de anormalidade semelhante. Tal situação despertou a empatia ao colocar-se no lugar do outro e, também, ao considerar a maior possibilidade de encontrar a si mesmo em situação de vulnerabilidade Petra *et al*. (2022).

O cenário pandêmico de COVID-19 mostrou que é imprescindível a busca pelos sentimentos de união, irmandade, amor incondicional, fraternidade e compaixão em um processo em que as pessoas se ajudam e se fortalecem em prol da vida, independente de

crenças religiosas, etnia ou fatores intelectuais, visto que é uma necessidade do mundo de uma nova percepção (Paixão *et al*., 2021).

A visão dos autores remete ao pensamento de Foucault (2006) sobre o cuidado de si, que é construído através das interações sociais e de momentos de introspecção e reflexão acerca de si e do contexto em que se vive antes de tomadas de decisão a fim de evitar o assujeitamento às normas impostas e à padronização dos modos de vida dos indivíduos. Desse modo, é possível que os sujeitos tracem caminhos juntos em prol da coletividade.

Conforme exposto por Paixão *et al*. (2021), a solidariedade na pandemia fez-se presente, também, por meio de lives mensais que propiciaram diálogos virtuais contínuos sobre a importância do autocuidado em tempos de pandemia que acarretaram a construção de uma rede sustentável de pessoas que buscam o autodesenvolvimento pessoal e no pós-pandemia Tal resultado evidencia a *empatia* pelo outro através da identificação de semelhanças e, consequentemente, a disseminação de ações solidárias.

O termo *empatia* reflete uma postura de colocar-se no lugar do outro, atitude evidenciada no estudo de Petra et al (2022) que revelou a preocupação dos participantes da pesquisa com as necessidades que os outros estavam passando, como a falta de alimentos e luz, por exemplo, uma vez que poderia ser eles passando por tal situação, o que expressa um senso de responsabilidade com o outro, compromisso e dever social de todos.

A empatia abrange um estado de consciência e intuição, e caminha junto com a compaixão, através do modo em que as ações são desenvolvidas, incentivando e apoiando outro ser humano visando o alívio do sofrimento para proporcionar bem-estar mútuo. Além disso, no contexto do cuidado da pessoa com COVID-19, é necessário cuidar daqueles que cuidam, entrando em cena os sentimentos e valores mútuos (compaixão, solidariedade e empatia) em prol de um cuidado coletivo, considerando o ser humano como indivíduo singular que exige respeito e acolhimento (Batista; Silva, 2022).

O elemento *contágio* foi a terceira palavra mais evocada no quadrante superior direito. A presença desse termo na primeira periferia remete a uma preocupação dos participantes sobre a possibilidade de contaminação a partir da prestação de cuidados direcionados à pessoa acometida pela COVID-19, o que exige atenção e cuidados preventivos.

O elemento *missão* confere um significado de responsabilidade, de obrigação para com o outro na prestação de medidas preventivas contra a COVID-19 a fim de evitar o contágio de si e, consequentemente do outro, sendo, para isso, importante a empatia, solidariedade e atenção, que são características do cuidado afetivo-relacional.

O termo *missão* pode estar associado a uma visão do cristianismo, do cuidado como missão, uma vez que a maioria dos participantes se declararam católicos compondo 41,4% (258) dos participantes do estudo e, em terceira posição a religião evangélica, protestante com 21,2% (132) dos entrevistados. Portanto, tais características dos entrevistados podem refletir esse resultado encontrado.

Nesse sentido, o cognema *missão* pode ser caracterizado como um dever moral, um ato caritativo, conforme evidenciado no estudo de Garcia (2019) que apontou a prática do cuidado do outro, no caso, dos pobres e mais necessitados, como uma missão com Deus em forma de retribuição, sendo um ato de caridade e uma manifestação de Deus pelas mãos de quem cuida, por exemplo, através de cuidados com feridas de indivíduos moradores de rua e distribuição de alimentos aos necessitados.

Tais resultados como os termos *missão*, *atenção*, *empatia*, presentes na segunda periferia referem-se a características do cuidado de enfermagem, conforme apontado por Sobrinho; Vasconcelos, Leite-Sagueiro (2018). Estes referem que o cuidar da enfermagem significa zelo, atenção, dedicação e se colocar no lugar do outro em situações diversas no contexto da vida, em coletividade, ou não, além de ser o cuidado uma missão da enfermagem caracterizado como um cuidado além da patologia, realizado de forma integral e holística, além do tempo e a matéria física, que contribui, desse modo, para uma melhora mais rápida com o tratamento, estimulando o indivíduo ao autocuidado.

Os termos *contágio*, *hospital-uti* e *atenção*, apesar de comporem diferentes dimensões representacionais, estão interligados, pois expressam a preocupação com a possibilidade de contaminação pelo novo coronavírus e, consequentemente, o agravamento do estado de saúde, decorrente das manifestações clínicas da COVID-19.

O termo *hospital-uti* reflete uma dimensão imagética referente ao cenário institucional de cuidado do outro em situação de complicações de saúde. Dessa forma, para evitar tais situações é necessário *atenção* na realização do cuidado do outro, sendo imprescindível, para isso, a adoção de medidas preventivas, especialmente o isolamento social.

As representações sociais são fenômenos cognitivos, que envolvem a pertença social dos indivíduos considerando as experiências, práticas, modelos de conduta e pensamentos, transmitidos pela sociedade, bem como suas implicações afetivas e normativas (Jodelet, 2001).

Diante disso, destaca-se que os termos e os seus conteúdos possuem relação com o contexto à época da coleta de dados, durante o início da pandemia, vivenciado não só pelos participantes, mas, também, pela população mundial, cenário de muitas incertezas acerca do novo coronavírus e descobertas que estavam em andamento. Tal contexto pode justificar a aparição de cognemas em geral atrelados à preocupação com os cuidados preventivos e seus atributos afetivos-relacionais.

Em contrapartida, o cenário atual indica um maior controle sobre a doença, uma vez que a maior parte da população brasileira está imunizada contra a COVID-19 e os dados epidemiológicos mostram baixa taxa de mortalidade, conforme já destacado em outro capítulo da presente pesquisa. Diante disso, pode ser que tenha ocorrido alguma mudança representacional, conforme o passar do tempo, sendo necessário, para isso a realização de novas pesquisas que analisem as representações atuais, após um cenário de estabilização da pandemia.

A segunda periferia do sistema periférico é composta pelos elementos pouco frequentes e atribuídos pelos participantes como os menos importantes entre os termos evocados (Abric, 2003; Sá, 2002). Os elementos que compõe a segunda periferia são: *coragem*, *conhecimento-desconhecimento*.

No contexto da pandemia, o suporte tecnológico foi e tem sido um meio importante para o acesso às informações e tornou-se uma ferramenta aliada no acesso às orientações sobre o novo coronavírus. Na área dos cuidados de saúde, a comunicação entre as pessoas foi adaptada, as informações foram produzidas amplamente com o objetivo de instruir e auxiliar as pessoas no desenvolvimento do autocuidado e a internet foi utilizada para a criação de grupos e de diversos atendimentos médicos, sendo o momento presencial destinado apenas aos casos de extrema necessidade. Apesar disso, a facilidade ao acesso à informação favoreceu a disseminação de recomendações errôneas, as *fakes news* (Da-Silva *et al*., 2021; Lopes *et al*., 2023).

As ideias que abarcam o termo *conhecimento-desconhecimento* são: conhecer contágio, educação, informação, desinformação, *fake news*, ignorância. Tal disseminação de informações corretas e, também, errôneas acarretou, respectivamente em conhecimento e, concomitantemente, desconhecimento, este através do

compartilhamento de informações discrepantes da ciência e que fizeram muitas pessoas acreditarem e propagarem cada vez mais tais informações, gerando ainda mais confusão entre elas sobre as informações confiáveis acerca do novo coronavírus.

Conforme exposto por Lopes *et al*. (2023), as práticas de prevenção realizadas durante o período da pandemia estiveram ancoradas nas orientações recebidas nos meios de comunicação, que incluíram rádio, televisão, internet e telefone celular, o que reflete a grande influência das mídias nas práticas de saúde. Dentre essas práticas, destacaram-se a vacinação, higienização das mãos, o uso de máscara e distanciamento social.

4.2.3 A variabilidade intra-representacional – a zona de contraste

O quadrante inferior esquerdo ou zona de contraste, de acordo com Abric (2003), pode revelar elementos que reforçam as noções presentes no núcleo central e na primeira periferia, ou revelar a existência de um subgrupo que sustenta uma representação distinta da maioria. Pode, ainda, apontar mudanças representacionais em curso, do centro para a periferia (Oliveira; Gomes; Marques, 2005).

Os elementos presentes na zona de contraste são: *proteção* (f=101); *higiene* (f=83); *risco* (f=79); *máscara* (f=77) e *insegurança* (f=66). Esses elementos têm uma baixa frequência e baixa OME, ou seja, são considerados importantes para uma pequena parcela do grupo social.

Os elementos referentes ao cuidado preventivo de si e do outro são: *proteção*, *higiene* e *máscara*. Estes termos reforçam o possível núcleo central composto por elementos cujos conteúdos expressam também cuidados preventivos por meio dos termos *isolamento-social*, *cuidados* e *EPI.* Já o termo *insegurança* refere-se a um sentimento negativo atrelado ao *medo*, reforçando a sua presença no possível núcleo central.

No contexto do início da pandemia da COVID-19, em meio ao cenário de isolamento social e restrições diversas, um dos objetos que passou a ter seu consumo intensificado foi a máscara facial de proteção, utilizada para prevenir a disseminação do vírus e a contaminação por ele. Inicialmente foi recomendada pela OMS apenas para profissionais da área da saúde e pessoas contaminadas pelo vírus, porém, em pouco

tempo, a utilização da máscara tornou-se popular, e em alguns lugares obrigatória como medida de proteção contra a doença, conforme houve a sua expansão pelo mundo (Cirino; Vieira, 2023).

O termo insegurança está associado ao medo, uma vez que este é baseado no intangível e incontrolável, no imponderável comportamento do vírus e na forma como as pessoas reagem diante deste. Além disso, o cognema está relacionado à dificuldade em controlar o resultado da ação. A insegurança origina-se na imprevisibilidade da consequência da ação do outro. Portanto, diante de uma doença ainda desconhecida à época da coleta de dados, que não manifesta um comportamento previsível, não é possível sentir segurança para a realização do cuidar do outro em situação de COVID-19 (Sanches *et al.*, 2022).

O elemento *risco* relaciona-se ao elemento *coragem* compondo a mesma dimensão representacional relacionada à vulnerabilidade de contaminação do outro, Apesar de ser necessário ter *coragem* no enfrentamento do cuidado do outro, existe um *risco* relacionado à possibilidade de contaminação ao realizar o cuidado do outro. O cognema *risco* reflete as seguintes ideias: fisiologia, idade, arriscado, exposição, grupo de risco, o próximo pode ser você, perigo, perigoso, possibilidade de adquirir o vírus, receio na exposição, risco biológico, risco de contaminação, risco de infectar e riscos.

A partir do exposto, Campos e Rouquette (2003) afirmam que uma representação determina o modo como os indivíduos veem e reagem frente à realidade, sendo um conhecimento estruturado dotado de cargas afetivas. Assim, a dimensão afetiva é importante, pois organiza ou determina os comportamentos avaliativos dos indivíduos, além de estar atrelada ao significado de uma representação, sendo, portanto, indissociáveis.

Portanto, a RS do cuidado da pessoa com COVID-19 é formada por elementos funcionais associados aos cuidados de saúde preventivos, principalmente o isolamento social, a medida mais recomendada pelas autoridades sanitárias para evitar o contágio e a disseminação da doença. Destaca-se o elemento normativo medo como o sentimento prevalente em todo o quadro de quatro casas, associado ao termo insegurança, apontando a possibilidade de contaminação de si e do outro na realização do cuidado da pessoa com COVID-19.

4.3 **Conteúdos da representação social do cuidado e do autocuidado**

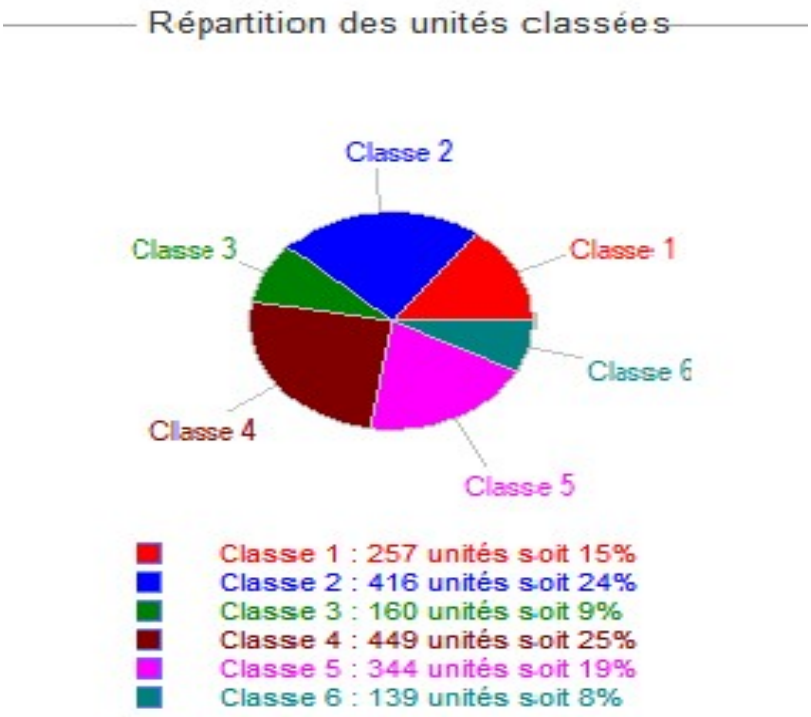
Os resultados da análise lexical dos conteúdos das representações sociais do cuidado da pessoa com COVID-19 são apresentados neste capítulo, adotando-se a abordagem processual.

O software analisou 31 Unidades de Contexto Iniciais (UCI), correspondentes ao número de entrevistas realizadas. Foram identificadas 96.738 ocorrências de palavras, destas, 7.259 foram palavras distintas e 1.397 formas reduzidas. Em seguida, o corpus foi dividido pelo software em 2.173 Unidades de Contexto Elementar (UCE), e destas 1.765 foram selecionadas para a análise, quantitativo que corresponde a 82% de aproveitamento do corpus total submetido à análise. O tamanho da U.C.E. foi determinado pelo número de formas reduzidas contidas em cada uma, tendo concentrado 16,74 ocorrências de formas reduzidas.

A construção das classes lexicais ocorre por sucessivas divisões binárias na classificação descendente hierárquica (CDH). Após as divisões e utilizando 1.765 U.C.E. como universo de análise, seis classes foram geradas pelo *software*, correspondendo aos conteúdos representacionais relativos ao objeto analisado - cuidado da pessoa com COVID-19.

Na figura 1 observa-se a segmentação das classes e a distribuição das U.C.E. nas mesmas.

Figura 1 – Distribuição quantitativa das UCE nas classes da análise Alceste sobre Cuidado da pessoa com COVID-19 entre pessoas da sociedade. Rio de Janeiro, 2024

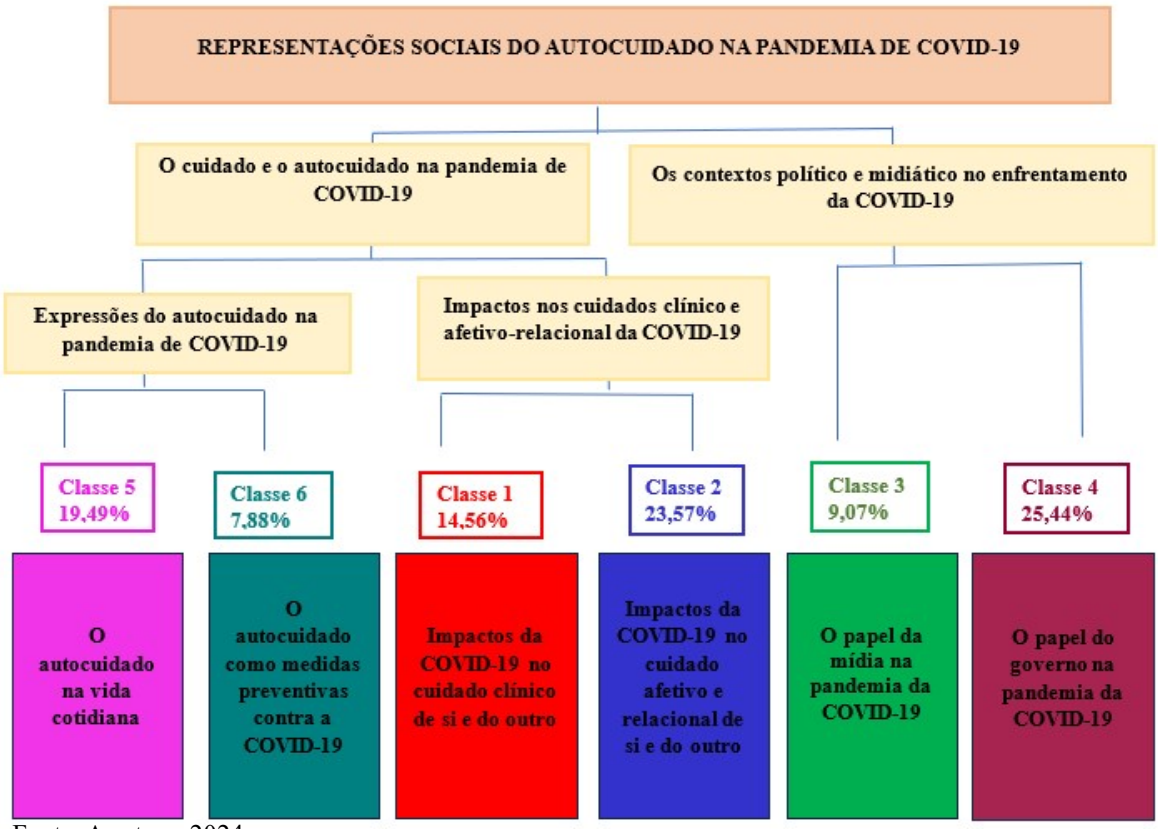


Nota: Elaborado através do software Alceste, 2024.
Fonte: A autora, 2024 Alceste, 2024.

A figura 1 demonstra que o predomínio textual se encontra na classe 4, com 25% das UCEs classificadas, seguida pela classe 2, com 24% das UCEs, classe 5, com 19% das UCEs, classe 1, com 15% das UCEs, classe 3, com 9% das UCEs e pela classe 6, com 8% das UCEs.

Na figura 2 é apresentado o dendrograma de distribuição das classes lexicais a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), com as respectivas nomeações das classes e temáticas abordadas (Figura 2).

Figura 2 – Dendrograma de distribuição das classes da análise Alceste sobre o Cuidado da pessoa com COVID-19 entre pessoas da sociedade. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

Conforme exposto na Figura 2, o conjunto do corpus, denominado "Representações sociais do autocuidado na pandemia de COVID-19" abarca quatro eixos temáticos e seis classes. As 1.765 UCEs compreendidas na CHD foram, inicialmente, divididas em dois agrupamentos, que são: o primeiro, à esquerda intitulado "O cuidado e o autocuidado na pandemia de COVID-19" abarcando 1.156 UCE (66%), que se refere aos conceitos e definições de autocuidado, às práticas de autocuidado na rotina diária, às práticas preventivas de autocuidado contra a COVID-19, manifestações clínicas da COVID-19, a realização de testes e exames com finalidade diagnóstica e as repercussões da pandemia no cuidado afetivo e relacional de si e do outro; e o segundo, à direita, intitulado "Os contextos político e midiático no enfrentamento da COVID-19" abarcando 609 UCE (34%) que se refere a atuação da mídia na pandemia e a condução do governo no enfrentamento da pandemia de COVID-19.

O conjunto denominado "O cuidado e o autocuidado na pandemia de COVID-19", localizado à esquerda sofreu uma divisão binária que originou dois eixos temáticos,

que são: o primeiro à esquerda intitulado “Expressões do autocuidado na pandemia de COVID-19” que abarca as classes 5 e 6, respectivamente denominadas “O autocuidado na vida cotidiana” e “O autocuidado como medidas preventivas contra a COVID-19”; e o segundo eixo temático à direita intitulado “Impactos nos cuidados clínico e afetivo-relacional da COVID-19” que abarca as classes 1 e 2, respectivamente denominadas “Impactos da COVID-19 no cuidado clínico de si e do outro” e “Impactos da COVID-19 no cuidado afetivo e relacional de si e do outro”.

O segundo conjunto localizado à direita, denominado “Os contextos político e midiático no enfrentamento da COVID-19” abarca as classes 3 e 4 intituladas, respectivamente, “O papel da mídia na pandemia da COVID-19” e “O papel do governo na pandemia da COVID-19”.

As classes são apresentadas de modo mais aprofundado abaixo, seguindo a ordem de aparição na CDH, da esquerda para a direita. Inicialmente apresenta-se o bloco temático 1, com as classes 5, 6, 1 e 2, seguido do bloco temático 2, com as classes 3 e 4.

4.3.1 Bloco temático 1 – “O cuidado e o autocuidado na pandemia de COVID-19”

Este bloco temático abarca as classes 5, 6, 1 e 2, no qual se observa conteúdos referentes às práticas de autocuidado adotadas rotineiramente no período da pandemia para a promoção da saúde, bem como para a prevenção da COVID-19. Além disso, abarcam conteúdos sobre as manifestações fisiopatológicas da COVID-19, a realização de testes para diagnóstico da doença e os impactos psicológicos e emocionais determinados pela pandemia.

4.3.1.1 Classe 5 – O autocuidado na vida cotidiana

A classe 5 intitulada “O autocuidado na vida cotidiana” possui 19% das UCE´s classificadas, sendo a terceira mais representativa entre as seis classes geradas na

análise e está inserida no eixo temático “Expressões do autocuidado na pandemia de COVID-19”.

As categorias de variáveis com associação estatística à classe 5 e seus respectivos valores de x^2 são destacados no Quadro 3:

Quadro 3 – Categorias de variáveis associadas à classe 5. Rio de Janeiro, 2024

Variável	**Categorias**	**x^2**
Região	Nordeste	12
Sexo	Feminino	5
Orientação política	Direita ou Centro direta	3
Religião	Evangélica, protestante	2

Fonte: A autora, 2024.

As categorias de variáveis associadas à classe 5 são: região Nordeste (x^2 12), sexo feminino (x^2 5), orientação política direita ou centro direita (x^2 3), religião evangélica ou protestante (x^2 2). Estas possibilitam uma compreensão social do perfil do grupo que está associado a classe, com destaque para a região Nordeste e o sexo feminino.

No quadro 3 são apresentadas as formas reduzidas com maiores valores de x^2, portanto com maior associação estatística à classe. Estas possibilitam uma compreensão preliminar dos conteúdos definidores da classe.

Quadro 4 – Distribuição das formas reduzidas com maiores valores de x^2 associadas à classe 5. Rio de Janeiro, 2024 (continua)

Formas reduzidas	**Contexto semântico**	**x^2**
Autocuidado	Autocuidado	199
Atividade_fi	Atividade física	137
Aliment	Alimentação	129
Faz	Faz	118
Atividade	Atividade	82

Quadro 4 – Distribuição das formas reduzidas com maiores valores de x^2 associadas à classe 5. Rio de Janeiro, 2024 (conclusão)

Pratic	Prática	71
Online	Online	70
Saude_men	Saúde mental	67
Cuid	Cuidado	65
Espiritual	Espiritual	65
Orac	Oração	57
Saudavel	Saudável	56
Gost	Gostar	55
Caminh	Caminhar	55
Rotin	Rotina	54
Lazer	Lazer	51
Saude_fisic	Saúde física	50
Igreja	Igreja	47

Fonte: A autora, 2024.

As formas reduzidas que apresentam associação estatística com a classe 5 e que permitem uma aproximação com os seus conteúdos são: autocuidado, atividade_fi, aliment, faz, atividade. Estas formas relacionam-se às práticas de autocuidado inseridas no cotidiano, principalmente à prática de atividade física e à manutenção de uma alimentação saudável. As outras formas pratic, online, saude_men, cuid, espiritual, caminh, expressam tipos de cuidado realizados, especialmente na modalidade online, direcionados aos cuidados com a saúde física, como a realização de caminhadas, cuidados com a saúde mental, como ter momentos de lazer com os(as) amigos(as), e o cuidado espiritual como a prática de orações e participação em eventos das igrejas, como cultos ou missas online.

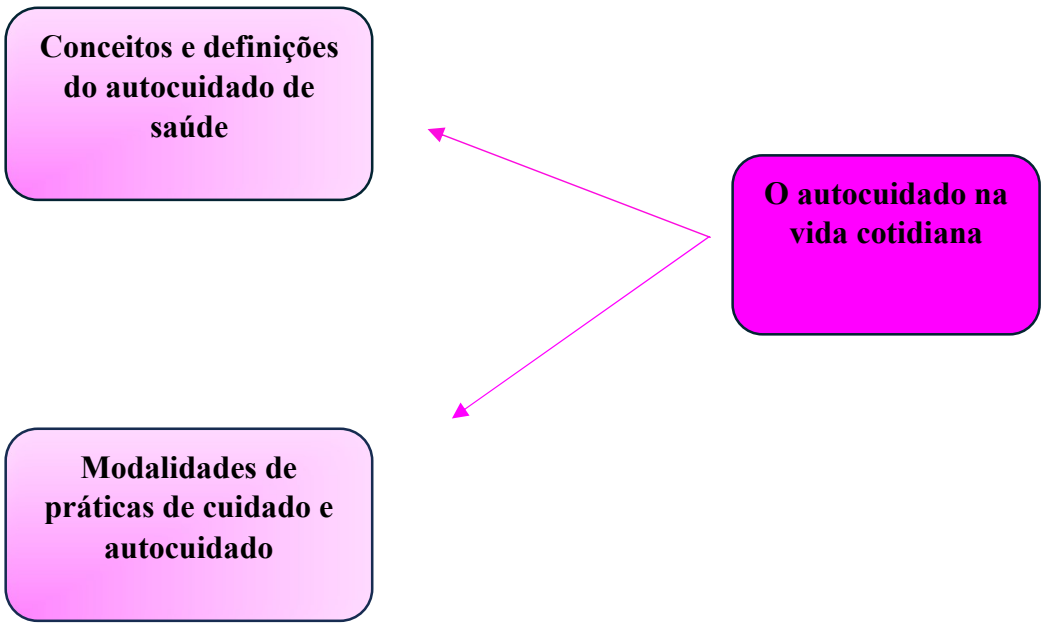
No conjunto, identificam-se formas de autocuidado direcionadas para a promoção da saúde e para a prevenção da COVID-19, uma vez que o surgimento da pandemia e o medo da contaminação pelo vírus fizeram com que as pessoas passassem

a praticar diferentes tipos de cuidado, tais como cuidados físicos, religiosos, psicológicos, sociais e emocionais.

Com o objetivo de identificar os sentidos destacados pelo software na construção da classe 5, construiu-se o esquema (Figura 3) de categorias, a partir do qual a classe foi descrita e discutida.

Assim, a classe 5 foi dividida nas seguintes categorias: “Conceitos e definições do autocuidado de saúde” e “Modalidades de práticas de cuidado e autocuidado”. Respectivamente, a primeira categoria aborda conceitos e definições gerais de autocuidado. Já a segunda categoria, especifica práticas de autocuidado de saúde realizadas pelo grupo social analisado nas rotinas diárias.

Figura 3 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 5. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

A seguir são descritas as categorias apresentadas no esquema acima:

4.3.1.1.1 Categoria conceitos e definições do autocuidado de saúde

Esta categoria expressa os conceitos e definições gerais do autocuidado de saúde manifestados pelo grupo social estudado. No cenário da pandemia de COVID-19, a

adoção de medidas de autocuidado tornou-se de suma importância em prol da preservação da saúde e da vida, tendo em vista a sua multidimensionalidade que envolve corpo, mente, espírito; individual, coletivo, natureza e local, global (Marques et al., 2021; Fisher; Cunha; Burda, 2021).

Em termos gerais, o autocuidado é compreendido pelo grupo social como a realização de práticas de saúde no cotidiano, como um meio para obtenção de bem-estar e de promoção da própria saúde e da saúde do outro.

Nas UCEs, extraídas das entrevistas, é possível identificar os conceitos e definições de autocuidado de saúde, bem como as variáveis associadas, conforme Apêndice A:

> Autocuidado ou autogestão do meu cuidado é eu **ter consciência das necessidades de saúde**, e não só de saúde, mas **necessidades, com o meu corpo, com a minha mente, com tudo**, e **as executar** de acordo com aquilo ue considero adequado. (ind_030 *reg_s *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)
>
> É **a conscientização** que você tem sobre **o que vai te trazer bem-estar**, qualidade de vida, e você **ter a preocupação e o investimento**, não só a preocupação, mas o investimento, a disponibilidade de tentar **atualizar isso que faz bem para sua vida**. (ind_024 *reg_se *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)
>
> Autocuidado é você **estar consciente de quem você é**, de **como você funciona**, de uma maneira geral, e a partir de então **conscientemente buscar caminhos e atividades, hábitos e coisas que te façam bem, te equilibrem**, que te deixem bem todos os dias. (ind_23 *reg_co *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)
>
> Buscando a nossa saúde, eu acho que autocuidado é **a necessidade de cuidar de si,** é a busca por **melhorar sua condição de vida, seu bem estar**, a busca pelo **conhecimento sobre práticas de saúde, cuidar do ambiente** onde a gente vive, onde a gente mora, cuidar não só da saude física, mas também **da saúde mental**. (ind_029 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_02 *pol_02 *cov_s)
>
> Autocuidado é aquilo que **eu faço para me cuidar e para cuidar do outro.** Então eu **me autocuido, mas ao mesmo tempo que eu tenho consciência do autocuidado, eu estou cuidando do meu próximo,** do meu semelhante, daquele que está próximo. (ind_0014 *reg_s *id_03 *sex_fe *esc_03 *rel_02 *pol_04 *cov_s)
>
> É o **cuidado que a gente tem com a gente mesmo,** esse cuidado que envolve **cuidar do corpo, cuidar da mente, o cuidar do espírito, o cuidar das pessoas que estão a sua volta**, tudo isso são medidas de autocuidado. (ind_022 *reg_sd *i04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

Portanto, a partir dos extratos dos discursos dos participantes, compreende-se que o autocuidado é definido como um tipo de cuidado de saúde realizado pelo próprio

indivíduo, com o objetivo de promover a saúde e, consequentemente obter uma qualidade de vida satisfatória para si. Isso só é possível a partir da autoconsciência das próprias necessidades e do conhecimento dos cuidados de saúde que são importantes para a manutenção da vida e promoção do bem-estar individual.

Essa percepção de autocuidado evidencia o sujeito como protagonista do seu autocuidado, a partir da reflexão dos cuidados de saúde necessários para a promoção da saúde e do bem-estar e das singularidades de cada um. Desse modo, é possível implementar as práticas de saúde mais adequadas para cada realidade de vida e momento de saúde. As medidas de autocuidado incluem cuidados físico-corporais, espirituais e com a saúde mental, sendo esta dimensão uma das mais valorizadas durante a pandemia de COVID-19.

Tal resultado contrapõe-se às práticas prescritivas normativas, que ainda fazem parte da realidade de alguns serviços de saúde, onde o profissional de saúde atua como o detentor do saber acerca das melhores práticas de saúde para os indivíduos. Desse modo, são prescritas modificações do estilo de vida, intituladas como medidas de autocuidado, enquanto são confundidas com comportamentos preventivos das principais doenças crônicas, conforme apontado por (Contatore; Tesser; Barros, 2021). Assim, tal conduta profissional não foca nas escolhas, preferências e possibilidades individuais para a realização de tais práticas de saúde, como as limitações físicas e até mesmo financeiras, sendo, nesse caso, uma prescrição não individualizada de cuidado.

Destaca-se que o autocuidado, além das características supracitadas, é uma manifestação de preocupação e, consequentemente, de cuidado com o outro e com o ambiente em que vive, sendo fundamental para as trocas sociais estabelecidas com os outros. Tal preocupação com o outro é uma característica do cuidado (Boff, 2005).

Apesar da pandemia ter aprofundado as desigualdades e vulnerabilidades já existes em meio a crises econômicas e políticas, evidenciaram-se ações de apoio ao outro por pessoas e organizações, a fim de mitigar os danos causados pela COVID-19. Assim, destacam-se três núcleos onde foram identificadas tais ações: a família, como locus de suporte mútuo, através de uma rede de apoio para o fortalecimento dos laços familiares; o condomínio, local onde ocorreram ações para dentro dos muros, ou seja, suporte mútuo entre os semelhantes e, também, para fora dos muros, diferenciando o condomínio de lugares mais pobres; e a comunidade como potência da ação de apoio mútuo, através da autogestão e vulnerabilidade compartilhada (Petra *et al.*, 2022).

O processo de autocuidado na pandemia de COVID-19 proporcionou a

construção de uma rede de cooperação mútua, conforme observado no estudo de Paixão et al. (2021). Tal apoio surgiu a partir de encontros online em que diálogos sobre as experiências vivenciadas pelos indivíduos acerca dos impactos da pandemia foram desenvolvidos, abordagens de autocuidado e a sua importância foram trabalhadas, bem como discussões sobre a espiritualidade em tempos de pandemia. Desse modo, os encontros tinham como objetivo promover reflexões para uma visão sistêmica do fenômeno pandêmico e, com isso, auxiliar a sociedade frente aos desafios decorrentes desse período.

Nesse tocante, Couto et al (2023) apontaram que o autocuidado tem reflexos no cuidado com o outro, sendo um estímulo para a sua prática quando pessoas próximas necessitam de apoio para terem as suas necessidades de saúde atendidas, além de estar atrelado à preocupação com a família e os filhos. Logo, o autocuidado tem interface com a necessidade de auxiliar aqueles que precisam de apoio.

Além disso, as definições de autocuidado presentes nos discursos dos participantes é corroborada por Cantatore; Tesser; Barros (2021, p.3):

> [...] O autocuidado relaciona-se a conhecimentos e práticas socialmente construídas que potencializam a capacidade pessoal de atender às necessidades próprias de saúde. Geralmente é concretizado por práticas que circulam nos ambientes e grupos sociais em que as pessoas crescem e vivem, sendo que são aprendidos ao longo da vida, na educação formal e informal, como, também, no contato com curadores diversos, sobretudo os profissionais de saúde, incluindo os da APS.

O pensamento de Foucault (2006) permite melhor compreender essa modalidade de autocuidado. Afirma o autor que o cuidado de si é um termo complexo que envolve a ideia de cuidar de si, ocupar-se consigo e preocupar-se consigo, tendo como princípios a autonomia e autossuficiência, sem assujeitamentos à determinadas práticas e determinados pensamentos, sendo fundamental para o cuidado do outro existir. O cuidar de si com compromisso e ética é o que propicia condições de cuidar e relacionar-se com os outros.

4.3.1.1.2 Categoria modalidades de práticas de cuidado e autocuidado

Esta categoria expressa as práticas de autocuidado implementadas pelo grupo

social estudado na rotina diária para a promoção da saúde e, consequentemente, prevenção da COVID-19. Durante a pandemia observou-se uma maior preocupação com a saúde devido ao medo de adoecer e da contaminação pela COVID-19.

Assim, a realização do autocuidado passou a ser adotada através de práticas de cuidados de saúde manifestadas por meio de diferentes tipos, são eles: cuidado físico-corporal, da saúde mental e espiritual.

> **Corpo e mente**, no caso. **Cuidado com o corpo** pode ser até não farmacológico, como **sair para ver as amigas**, ou então **fazer uma atividade fisica** que voce goste. **O lazer** é muito importante para a vida da pessoa, porque a gente não é só trabalho, só estudo, isso faz parte tambem da questão de **saúde mental e física** da pessoa, aparte de **saude_física mesmo é se movimentar, evitar o sedentarismo**. (*ind_002 *reg_sd *id_01 *sex_fe *esc_02 *rel_02 *pol_01 *cov_n)
>
> O autocuidado é você **cuidar da sua alimentação**, é **cuidar do seu sono**, principalmente porque eu sou defensora do sono, procurar **dormir no mínimo oito horas por dia**, **cuidar**, **fazer atividade fisica**, **fazer as coisas que gosta**. (*ind_031 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_n)
>
> **Autocuidado tem muito a ver com rotina**, tem a ver com **dormir bem**, dormir perfeitamente, o melhor possível. É muito importante **comer muito bem, praticar atividade física, ter um lado de pensamento, de autocrítica**. (*ind_004 *reg_sd *id_01 *sex_mas *esc_02 *rel_05 *pol_04 *cov_s)
>
> Ter um autocuidado comigo é **fazer uma atividade física**, **ter uma alimentação saudável**, **não me cobrar tanto**, para ter uma vida mais leve, acho que isso é autocuidado. Se você está bem, você tem saúde, você consegue **manter esse equilíbrio**, alimentação boa, uma prática de atividade física, **manter a mente mais tranquila**, a gente consegue que o sistema imunológico trabalhe melhor. (*ind_0016 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)
>
> **Ter algum momento de lazer**, de **fazer alguma atividade que você goste**, **uma atividade física**, **uma caminhada ao ar livre**, qualquer coisa assim, **encontrar com uma amiga para conversar**, faz três anos que ninguém se encontra. (ind_0016 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)
>
> **A oração era o nosso porto seguro** nesses momentos dos dias difíceis, nas coisas difíceis, era porto seguro. Nós mantivemos nossa **aula de pilates online**, o nosso professor mudou, a gente pode fazer online, a gente fazia online, era **uma forma também da gente manter a saúde física e saúde mental** ao mesmo tempo. (ind_006 *reg_n *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)
>
> E na questão da saúde, eu sempre tive uma saúde muito boa, mas teve tambem essa **preocupação de pegar ou de alguém pegar COVID-19**. Acho que **o diferencial teve na religião**, sou evangélica e comecei a **assistir cultos online**, o que a minha igreja já fazia antes, só que eu sempre ia presencial. (ind_002 *reg_sd *id_01 *sex_fe *esc_02 *rel_02 *pol_01 *cov_n)

Nesta categoria o autocuidado revelou-se como primordial para o equilíbrio da mente e do corpo, com destaque para as atividades de cuidado físico-corporal, como atividade física, incluindo pilates e caminhada; cuidados com a alimentação, através de uma alimentação mais saudável, por exemplo, passar a cozinhar como forma de distração e para evitar alimentos de *fast food*; e cuidados espirituais, através da participação em atividades de templos, seja em cultos ou missa presencial ou online.

Essas práticas de cuidado contribuíram para a promoção da saúde mental, dimensão da vida que sofreu um forte impacto negativo devido à tensão do momento vivenciado na pandemia. Esse momento foi marcado pelo surgimento de um novo vírus, objeto social desconhecido e causador de inúmeros malefícios para a sociedade e para o mundo. Nesse sentido, foi declarado pelos participantes que além da prática de atividades físicas e cuidados com a alimentação, é importante dedicar um tempo ao lazer, para as atividades que mais proporcionam prazer, como sair com os amigos, além do suporte psicológico através da realização de terapia.

Nesse contexto, Silva e Rodrigues (2021) exemplificaram alguns fatores que contribuíram para o sofrimento psíquico durante a pandemia de COVID-19, são eles: o discurso presidencial de minimização da pandemia e a disseminação de *fake news*; divergência das autoridades em relação as medidas de proteção necessárias para serem adotadas durante o período pandêmico; as incertezas, os lutos e o distanciamento social. Tais fatores potencializaram o agravo de problemas de saúde mental.

É interessante enfatizar que apesar das nuances da pandemia que envolvem inúmeras vulnerabilidades, como crises financeiras, políticas e sociais, houve o interesse de alguns integrantes do grupo social pela manutenção das atividades cotidianas que, anteriormente ao período de isolamento social, eram realizadas de maneira presencial e passaram a ser realizadas de maneira online. São elas: atividades de cuidados com o corpo e a mente, como pilates e encontros religiosos como cultos e missas.

Este fato demonstra a preocupação e o envolvimento das pessoas em manterem as atividades em prol do próprio bem-estar e do bem-estar de todos, indicando que o cenário imposto pela pandemia de COVID-19 foi uma motivação para as pessoas se reinventarem nas diferentes esferas da vida para sobreviverem. Desse modo, estas passaram a se preocupar mais com a própria saúde e repensar os seus modos de viver, implementando novas maneiras de cuidar, através da reflexão, autocrítica e do olhar para o outro em situação de vulnerabilidade, despertando então, a empatia e a solidariedade, envolvendo práticas de apoio mútuo.

4.3.1.2 Classe 6 – O autocuidado como medidas preventivas contra a COVID-19

A classe 6 possui 8% das UCE classificadas (139), sendo a menor entre as seis classes geradas na análise. Está inserida no eixo temático “Expressões do autocuidado na pandemia de COVID-19”, juntamente com a classe 5 anteriormente apresentada.

Na classe 6 apresentam-se conteúdos referentes às medidas preventivas contra a COVID-19, que abarcam expressões do autocuidado e do cuidado do outro, tais como o uso de máscara, álcool em gel, lavagem das mãos, prática do isolamento social e evitar aglomeração.

No quadro 5 são apresentadas as variáveis associadas à classe 6, com os seus respectivos valores de x^2.

Quadro 5 – Categorias de variáveis associadas à classe 6. Rio de Janeiro, 2024.

Variável	**Categorias**	**x^2**
Orientação política	Direita ou Centro direita	8
Região	Sudeste	7
Idade	40 a 49 anos	5

As variáveis com associação estatística à classe foram: orientação política direita ou centro direita (x^2 8), região Sudeste (x^2 7) e idade entre 40 e 49 anos (x^2 5).

No quadro 6 são apresentadas as formas reduzidas com associação estatística à classe 6.

Quadro 6 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 6. Rio de Janeiro, 2024 (continua)

Formas reduzidas	**Contexto semântico**	**x^2**
Máscara	Máscara	530
Álcool	Álcool	349
Gel	Gel	261
Mão	Mão	239
Lav	Lavar	185

Quadro 6 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 6. Rio de Janeiro, 2024 (conclusão)

Uso	Uso	150
Usar	Usar	149
Limp	Limpar	120
Aglomer	Aglomeração	118
Usando	Usando	97
Sapato	Sapato	94
Distância	Distância	86
Supermerca	Supermercado	82
Rua	Rua	81
Roupa	Roupa	72
Higieniz	Higienizar	64
Lugar	Lugar	63
Evit	Evitar	62

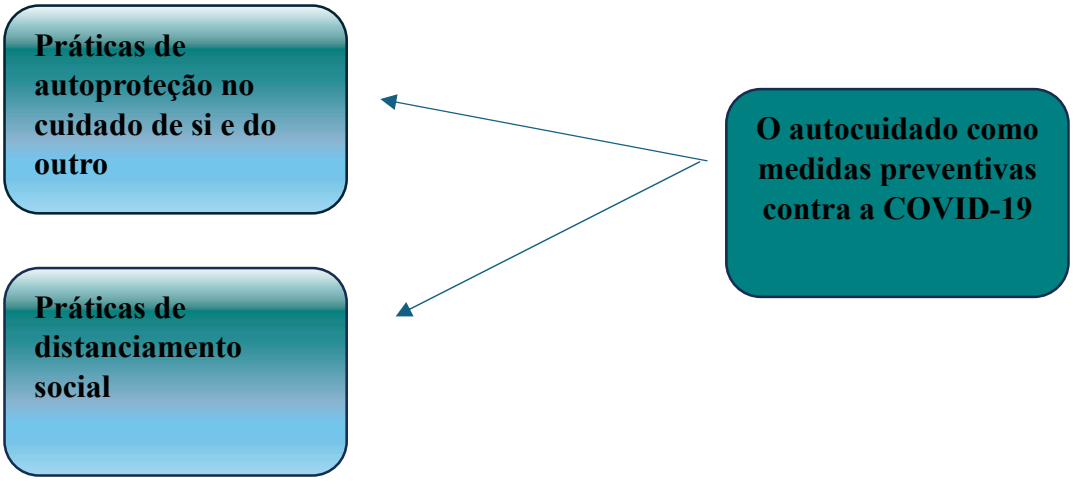
Fonte: A autora, 2024.

No conjunto identificam-se formas relacionadas às práticas preventivas específicas para a COVID-19 que foram adotadas pelos participantes como medidas de autoproteção, que são: máscara, álcool, gel, lav, limp, higieniz; e medidas específicas de distanciamento social: aglomeração, distância, supermercado, rua, lugar, evitar.

Com o objetivo de identificar os sentidos agregados pelo software na construção da classe 6, construiu-se o esquema (Figura 4) de categorias, a partir do qual a classe foi descrita e discutida.

A classe 6 encontra-se dividida nas categorias “Práticas de autoproteção no cuidado de si e do outro” e “Práticas de distanciamento social”. A primeira expressa as práticas de autocuidado para a prevenção da COVID-19 no cuidado de si e do outro, enquanto a segunda aborda as práticas de distanciamento social na prevenção da COVID-19.

Figura 4 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 6. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

As categorias acima apresentadas são discutidas a seguir:

4.3.1.2.1 Categoria Práticas de autoproteção no cuidado de si e do outro

Esta categoria revela as práticas preventivas contra a COVID-19 adotadas pelo grupo social como medidas para a autoproteção no cotidiano, ou seja, medidas usuais implementadas como hábitos de higiene. As medidas de autoproteção destacadas pelo grupo social abrangem medidas de higiene, como a higienização das mãos, o uso de álcool nas mãos, não entrar em casa com a roupa que foi utilizada na rua e nem com os calçados; além do uso de máscara e do isolamento social defendidas pelas autoridades sanitárias principalmente no início da pandemia e adotadas pelo grupo social.

Nesse sentido, as ações de prevenção indicadas durante a pandemia foram aquelas afeitas aos hábitos higiênicos corriqueiros, como lavar as mãos, tomar banho ao chegar em casa e trocar de roupas logo ao chegar da rua (Couto et al, 2023).

Esta classe relaciona-se à dimensão representacional “Atributo preventivo do autocuidado profissional e do cuidado do outro”, presente no possível núcleo central do quadro de quatro casas pela sua semelhança com o conteúdo expresso pelo termo

Equipamentos de Proteção Individual (EPI) indicando a adoção de EPI, como luvas e máscaras, utilizados também na prática dos profissionais de saúde para a prevenção da COVID-19, visando o autocuidado e o cuidado do outro na prevenção da contaminação pelo SARS-CoV-2.

Os extratos das entrevistas abaixo apontam as formas de autoproteção como medidas preventivas simples e práticas do cotidiano que visam o autocuidado e, consequentemente, o cuidado do outro na prevenção da contaminação pelo SARS-CoV-2. As medidas de autoproteção destacadas pelo grupo social abrangem medidas de higiene, como a higienização das mãos, o uso de álcool nas mãos, não entrar em casa com a roupa que foi utilizada na rua e nem com os calçados; além do uso de máscara e do isolamento social defendidas pelas autoridades sanitárias principalmente no início da pandemia e adotadas pelo grupo social.

> Voltou abrir pracinha, as lojas, tiveram um funcionamento mais normal, mas **a gente manteve precavido**, **utilizando a máscara**, **fazendo muitos protocolos de higienização de tudo**, **higienização das mãos direto**. A gente já tinha **o hábito de se cuidar**, **se proteger**, então **foi redobrado**. O primeiro ano foi bem difícil, a gente sofreu bastante por **ficar enclausurado em casa**. (ind_0016 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)
>
> Aqui **a gente ainda continua usando álcool**, antes não tinha. A gente continua a **lavagem das frutas**, **dos alimentos** a gente já fazia antes, isso a gente continuou, mas **o hábito de usar o álcool acho que perdura**, a gente até hoje ainda usa aqui, **é normal** na minha bolsa, **a gente já criou o hábito**. (ind_006 *reg_n *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)
>
> Era muito difícil você não se contaminar, mas **eu adotei o isolamento**, **o álcool**. **Nos momentos iniciais, a gente foi mais atento**, de **tirar a roupa antes de entrar em casa**, **os sapatos**. (ind_13 *reg_se *id_04 *sex_mas *esc_03 *rel_03 *pol_02 *cov_s)
>
> A gente buscou sempre ter esse **cuidado**, **de limpar sempre as mãos**, **lavar sempre as mãos**, e **andar sempre com álcool para passar**, e **usar sempre a máscara**. (ind_0016 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)
>
> **No início** toda aquela história de **evitar qualquer contato**, **qualquer pessoa**, de as vezes comprar comida, de lavar assim que chegava. A gente **chegava em casa tirava toda a roupa**, **tomava banho** antes até que vieram as vacinas também, de qualquer outra coisa, **era tudo muito rígido**, até que a gente foi entendendo e relaxando. (ind_23 *reg_co *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)

Destaca-se o apontamento do marco temporal, por parte do grupo social, em relação ao início da pandemia e ao momento em que foi realizada a coleta de dados das entrevistas, em 2022, associado à situação epidemiológica da COVID-19 na ocasião.

Assim, parte do grupo social relatou que no primeiro ano de pandemia adotou com maior rigidez as medidas restritivas tais como o isolamento social, o uso de máscaras e a higienização das mãos. Em contrapartida, a partir do segundo ano adotou a flexibilização dos hábitos de higiene e medidas restritivas, em parte devido ao conhecimento adquirido na conjuntura da pandemia que acarretou mais tranquilidade.

Ávila et al. (2021) mostrou que as medidas não farmacológicas de prevenção contra a COVID-19 referidas como as mais adotadas pelos participantes foram a higiene das mãos, o isolamento social, o uso de álcool em gel e o uso de máscaras. Além disso, o sexo feminino e a escolaridade pós-graduação, predominantes no estudo, foram os principais fatores associados à adoção das medidas preventivas.

4.3.1.2.2 Categoria Práticas de distanciamento social

Esta categoria destaca a importância dada pelo grupo social às medidas de distanciamento social, tais como evitar aglomeração e adotar o isolamento social. Além disso, relaciona-se ao atributo preventivo e de controle da COVID-19 do autocuidado e do cuidado do outro expresso pelos elementos isolamento-social, cuidados, proteção, higiene e máscara da análise das evocações livres ao termo indutor “Cuidado da pessoa com COVID-19”.

> Eu **evito sair se não for realmente importante e necessário**, eu **evito aglomeração ainda hoje**, eu estou com **hábito** que **não posso ver um álcool gel que eu tenho que lavar a mão**. (ind_001 *reg_s *id_03 *sex_mas *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)
>
> **Os cuidados eu sempre mantinha**, o **distanciamento social**, **evitava sair para os lugares**, **quando saía sempre estava com máscara e o álcool em gel**. (ind_007 *reg_s *id_01 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)
>
> **Quando eu vejo pessoas perto de mim sem máscara em ambientes fechados eu procuro me proteger, procuro botar máscara, mas e mais máscara e álcool mesmo, evito aglomeração**. (ind_0011 *reg_sd *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_03 *pol_02 *cov_s)
>
> Eu acho que é altamente importante **higienização da entrada da minha casa**, **se eu ia ao mercado eu usava luvas**, **máscara**, **não tocar os olhos**, **não tocar qualquer parte da mucosa facial**, **higienização dos produtos comprados**, **quarentena**, **tentar não ver pessoas em geral**, **quarentena**. (ind_004 *reg_sd *id_01 *sex_mas *esc_02 *rel_05 *pol_04 *cov_s)

No estudo de Couto et al (2023), destacaram-se as palavras e expressões relacionadas ao autocuidado “saudável”, “cuidar_de_mim”, “observar”, “comigo”, “vida”, “corpo” e “necessidade”. Desse modo, o autocuidado é concebido como o cuidado de si, a partir da adoção de medidas preventivas e de enfrentamento das adversidades advindas com a pandemia, a fim de obter uma vida saudável para o alcance da qualidade de vida e bem-estar. Assim, é fundamental cuidar do próprio corpo a partir da auto-observação das necessidades de saúde, buscando uma vida mais saudável.

Conforme apontado por Souza et al (2023), o autocuidado está relacionado às ações de autoproteção como forma de evitar a propagação da doença e, também, como forma de proteção de si e do outro, além das mudanças de estilo de vida que aparecem como formas de cuidado frente à doença. Nesse tocante, o autocuidado foi percebido pelos participantes como a incorporação no cotidiano das medidas divulgadas pelas autoridades de saúde, com destaque para o uso de máscara, a higienização pessoal, o uso de álcool-gel, o isolamento e o distanciamento sociais abarcando as dimensões de autoproteção e relacional.

Assim, pode-se afirmar que esta classe abarca medidas de autocuidado simples e práticas que foram incorporadas no período da pandemia em relação às atividades que as pessoas desenvolviam em sua rotina diária, estando presentes, portanto, em todos os momentos do cotidiano visando a prevenção da COVID-19. Tais medidas além de visar o autocuidado visavam o cuidado do outro, como lavar sempre as mãos com água e sabão, aplicar álcool em gel nas mãos, higienizar as roupas após idas à rua e não entrar com os sapatos em casa.

A partir do exposto, pode-se afirmar que os conteúdos contidos nesta classe são semelhantes aos conteúdos expressos no atributo preventivo e de controle da COVID-19 do autocuidado e do cuidado do outro, que foi a dimensão predominante na análise das evocações livres.

Em contrapartida, na análise das entrevistas, esta classe foi a menos representativa quantitativamente, o que pode indicar um menor foco no cuidado quando as entrevistas foram realizadas, entre o final do ano de 2022 e até meados de maio de 2023. O período da coleta de dados das entrevistas correspondeu ao período de arrefecimento da pandemia e relaxamento das medidas preventivas, o que pode justificar a diferença no foco dos resultados em ambas as análises.

4.3.1.3 Classe 1 – Impactos da COVID-19 no cuidado clínico de si e do outro

A classe 1 possui 15% das UCE classificadas (257), sendo a quarta classe em expressão quantitativa entre as seis classes geradas. A classe abarca discursos associados às manifestações clínicas da COVID-19, ou seja, os sinais e sintomas que os indivíduos e/ou familiares apresentaram durante o período do acometimento pela doença, bem como os testes e exames realizados para diagnóstico.

No quadro 7 são apresentadas as variáveis com maior associação à classe 1, com os seus respectivos valores de x^2.

Quadro 7 – Categorias de variáveis associadas à classe 1. Rio de Janeiro, 2024

Variável	**Categorias**	**x^2**
Orientação política	Não tenho orientação política	32
Sexo	Feminino	24
Região	Sudeste	14
Religião	Católica	13

Fonte: A autora, 2023.

As categorias de variáveis com associação estatística à classe foram: não ter orientação política (x^2 32), sexo feminino (x^2 24), região Sudeste (x^2 14) e religião católica (x^2 13).

No quadro 8 são apresentadas as formas reduzidas com associação estatística à classe 1.

Quadro 8 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 1. Rio de Janeiro, 2024 (continua)

Formas reduzidas	**Contexto semântico**	**x^2**
Sintoma	Sintoma	167
Diagnóstico	Diagnóstico	108
Teste	Teste	104
Exame	Exame	93

Quadro 8 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 1. Rio de Janeiro, 2024 (conclusão)

Covid19	COVID-19	92
Febre	Febre	75
Segunda	Segunda	70
Prim	Primeira	66
Fiz	Fiz	56
Pulmonar	Pulmonar	53
Pegu	Peguei	47
Viagem	Viagem	47
Dor	Dor	45
Positivo	Positivo	45
Nariz	Nariz	41
Desesper	Desespero	41
Pulmao	Pulmão	40
Contagi	Contágio	40

Fonte: A autora, 2024.

No conjunto, identificam-se formas relacionadas aos sinais e sintomas apresentados pelos participantes em decorrência da doença e exames realizados para detecção da doença. São elas: sintoma, febre, positiv, exame, pulmonar e dor.

Esta categoria abarca conteúdos acerca dos testes e exames realizados para fins de diagnóstico da COVID-19 e, também, do surgimento dos sinais e sintomas sugestivos da doença e as manifestações clínicas experenciadas por familiares e/ou pessoas próximas.

A busca pelo teste diagnóstico após o surgimento de sinais e sintomas característicos da COVID-19 é permeada pelo medo das consequências clínicas e do desfecho frente à possibilidade de um resultado positivo. O medo é reflexo das experiências vivenciadas pelos participantes de pessoas próximas que tiverem a COVID-19, bem como pelas informações divulgadas pelas mídias acerca do número de óbitos, letalidade e complicações da doença, por exemplo.

Além disso, o interesse pela realização de exames e teste para diagnóstico indica a preocupação das pessoas com a possibilidade de um resultado positivo e consequentemente com o tratamento e as repercussões clínicas da infecção após o diagnóstico. A realização de exames e teste para diagnóstico expressa uma medida de autocuidado e de cuidado do outro também, pois cuidar de si é uma forma de proteger o outro de uma possível contaminação e contribui para a redução do número de casos.

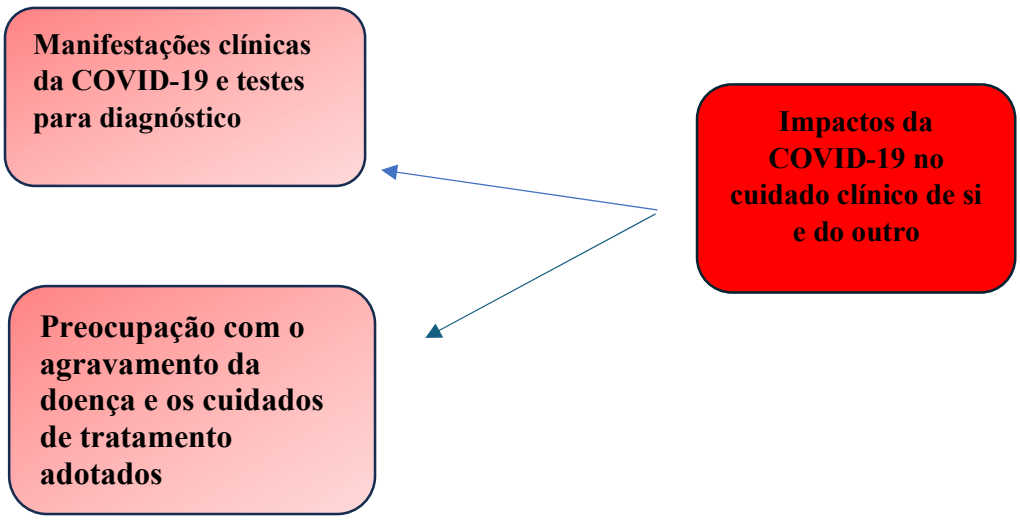
Esta categoria possui relação com a dimensão do atributo preventivo e de controle da COVID-19 do autocuidado e do cuidado do outro na população da análise das evocações livres do termo indutor "Cuidado da pessoa com COVID-19". Esta relação é expressa através da realização dos testes e exames para diagnóstico da COVID-19, que são consideradas práticas de cuidado preventivas contra o SARS-CoV-2 e, também, de controle.

As práticas de cuidados preventivos referem-se às medidas realizadas para fins de prevenção do outro para que este não se contamine em caso de resultado positivo, por exemplo, o fato de muitas famílias terem realizado o exame antes de visitar um parente para ficar mais tranquilo ao saber sobre a sua situação de saúde, se representava risco ou não para os familiares. Já as práticas de controle referem-se ao controle em caso de positividade do exame, para não contaminar as demais pessoas, desse modo adotando os "cuidados", "isolamento social", medidas de "higiene" e proteção como o uso de "máscara". Tais termos entre aspas referem-se aos termos evocados pelo grupo social na análise do Quadro de Quatro Casas supracitada.

Com o objetivo de identificar os sentidos agregados pelo software na construção da classe 1, construiu-se o esquema (Figura 5) de categorias a partir do qual a classe foi descrita e discutida.

A classe 1 encontra-se dividida nas categorias "Manifestações clínicas da COVID-19 e testes para diagnóstico" e "Preocupação com o agravamento da doença e os cuidados de tratamento adotados". A primeira disserta sobre os sinais e sintomas sugestivos da COVID-19 e os exames realizados para detectar se a pessoa está ou não contaminada pelo SARS-CoV-2 enquanto a segunda aborda os sentimentos de preocupação atrelado ao medo de piora do quadro da COVID-19 e as suas repercussões, bem como as possibilidades de tratamento de acordo com o caso.

Figura 5 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 1. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

4.3.1.3.1 Categoria Manifestações clínicas da COVID-19 e testes para diagnóstico

Esta categoria expressa os sinais e sintomas que parte do grupo social apresentou e que foram sugestivos de COVID-19. Diante da preocupação e das manifestações clínicas apresentadas, o grupo revelou que realizou testes para fins diagnósticos, por exemplo, teste de laboratório e procurou assistência médica para a realização de exames auxiliares no diagnóstico como o raio-x, conforme observa-se nos extratos abaixo:

> Eu acho que **tive febre**, mas **febre baixa**. Então, **meu sintoma principal era dor no corpo**, esse **nariz ardendo** e logo a seguir eu **fiquei sem olfato**, **zero de olfato**. (*ind_0016 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)

> Retornamos ao hospital, outro médico **fez o raio-x**, disse que **parecia que tinha mais de 60%**, ele falou: você vai ter que internar! O meu esposo nem ligou, mas eu fiquei com medo por ele, ele falou que teria que internar, mas não tinha vaga e teria que aguardar no pronto socorro e precisava tomar medicação, mas as medicações que ele precisava tomar nao realizavam no pronto socorro. (*ind_007 *reg_s *id_01 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

> Essa terceira COVID-19 **eu fiquei 10 dias bastante abatida**, **muita dor no corpo**, **um espasmo gripal bastante intenso**, **tivemos também o teste de laboratório**, e, dessa vez, **eu tive um processo de COVID-19 longa**.

(*ind_0019 *reg_sd *id_03 *sex_fe *esc_03 *rel_03 *pol_02 *cov_s)

Domingo **ele testou**, **quando ele testou deu positivo**. "Amor, eu não estou sentindo nada, mas eu vou fazer o teste também! E**u fiz o teste**, **eu estava também positiva**, só que dessa vez um dia **meu nariz ficou ardendo**, mas, **eu praticamente não tive sintoma**s, **depois eu vim desenvolver sinusite**. (Individu n° 16 *ind_0016 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)

Um estudo de metanálise que envolveu a apresentação clínica de pacientes de diferentes estudos revelou que os principais sintomas clínicos dos pacientes com COVID-19 foram febre (88,5%), tosse (68,6%), mialgia ou fadiga (35,8%), expectoração (28,2%) e dispneia (21,9%). Já os sintomas menos expressivos foram dor de cabeça ou tontura (12,1%), diarreia (4,8%), náuseas e vômitos (3,9%) (Huang *et al*., 2020).

Em relação ao agravamento dos casos da doença, estudos mostraram que aproximadamente 86% dos pacientes não manifestam nenhum tipo de gravidade da doença; sendo somente 14% que necessitam de oxigenoterapia a nível hospitalar e menos de 5% desse grupo necessitam de terapia intensiva (Organização Mundial da Saúde, 2020).

Nos casos mais leves, a infecção tende a regredir sem grandes complicações. Entretanto, os pacientes com doenças crônicas, comorbidades ou que apresentaram piora clínica em uma semana, precisam de assistência e acompanhamento médico mais intensivo, pois nestes casos a doença pode evoluir para o estágio mais grave, podendo acarretar óbito (Oliveira *et al*., 2022).

Os testes sorológicos e os exames laboratoriais são ferramentas auxiliares para o diagnóstico da COVID-19, sendo fundamental associar à clínica apresentada pelos sujeitos, inclusive ao considerar a possibilidade de resultados dos testes rápidos falsos negativos no estágio inicial da infecção (Oliveira *et al*., 2022).

Os testes diagnósticos para detecção do SARS-CoV-2 foram desenvolvidos a partir de dezembro de 2019, sendo os testes diretos para a pesquisa de alvo genético ou proteico do vírus, e os testes indiretos para a detecção de anticorpos contra o vírus (Oliveira *et al*., 2022).

O diagnóstico laboratorial específico é baseado na detecção do ácido ribonucleico (RNA) viral por reação em cadeia da polimerase em tempo real (RT-PCR) de amostras de swab nasal e orofaríngeo. Sua eficácia é melhor quando é realizado nos primeiros dias após o início dos sintomas. Já os testes sorológicos detectam a resposta

imune, através dos anticorpos da imunoglobulina da classe M (IgM) e da classe G (IgG) após sete dias do início dos sintomas clínicos, pode ser estendido por mais de 25 dias. A realização destes testes não impede o indivíduo de continuar transmitindo o vírus, o que dependerá de sua carga viral e apresentação clínica (Xavier *et al*., 2020).

4.3.1.3.2 Categoria Preocupação com o agravamento da doença e os cuidados de tratamento adotados

Esta categoria abarca conteúdos referentes aos sinais e sintomas que o grupo social apresentou quando estava acometido pela COVID-19 e, que, desencadearam a preocupação acerca da possibilidade de tais manifestações clínicas serem indicativas de agravamento da doença. Diante disso, parte dos depoentes relatou que recorreu à emergência, indicando que esta representa um *locus* de credibilidade e segurança para a avaliação do real estado de saúde por profissionais da saúde e identificação de sinais de piora do quadro clínico da doença para a implementação de cuidados de saúde necessários.

Além disso, esta categoria trata de experiências familiares que indicaram a piora do quadro clínico de COVID-19, bem como a realização de exames com a finalidade de tomar conhecimento do estado de saúde em vista da intensidade dos sintomas.

> Porque ele não tinha sintoma nenhum, era só febre, aí **a gente começou a verificar a saturação e estava sempre indo, e 92, 91 e eu falei, não, nós temos que ir, não está normalizando, chegava a 90**. (*ind_007 *reg_s *id_01 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

> O meu cunhado internou na segunda, na quarta-feira foi a última vez que a gente conseguiu conversar com ele, que **ele já estava ficando de bruços, já com o oxigênio, ele falou que estava com muita dificuldade para conversar** (*ind_003 *reg_s *id_02 *sex_fe *e_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

> Eu também tenho um problema de circulação, então **fiz exames para saber se tinha piorado**, mas **não deu nada de alteração nos meus exames**, **era o cansaço da COVID-19**, isso **foram uns dois meses assim**, **bem cansada**, mas a primeira e a última vez foram mais tranquilas, e agora vacinada, eu fico mais tranquila também. (*ind_028 *reg_co *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)

> Eu tive nesse período, o meu marido também, mas teve sintomas leves e **os meus sintomas foram mais fortes**. **Eu fiquei muito cansada**, **tive tosse**, **muita dor de garganta**, **perdi olfato**, **paladar**, **cheguei a ir à emergência em Maceió onde eu estava para ver a saturação, eu fiquei muito apavorada** de estar em outra cidade. (*ind_009 *reg_sd *id_02 *sex_fem *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)

Esta categoria expressa uma preocupação em relação a piora do quadro de COVID-19, por isso parte do grupo revelou que teve um constante monitoramento de sinais e sintomas, como a verificação da saturação de oxigênio e a observação do quadro clínico atentando para a possibilidade de manifestação de sintomas mais intensos. Em caso de suspeita de piora do quadro foi relatado a rápida procura por atendimento em emergência para a busca de um tratamento específico.

A maioria dos infectados pelo SARS-CoV-2, em torno de 80%, desenvolvem uma sintomatologia leve ou assintomática, enquanto os demais uma sintomatologia mais severa, com possibilidade de internação hospitalar e aproximadamente 5% necessitam de cuidados intensivos e ventilação mecânica (Avelar *et al*., 2021). Apesar disso, nos extratos das entrevistas é possível observar preocupação com a possibilidade de agravamento da doença.

Tal preocupação pode ter a sua origem a partir das notícias veiculadas pela mídia à época relacionadas à atenção aos sinais e sintomas de complicações da doença e à orientação para buscar atendimento médico ou de enfermagem, além das imagens fortes divulgadas pelos principais meios de comunicação, especialmente os telejornais, de hospitais lotados, pessoas graves na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e número de óbitos, por exemplo.

O sentimento de preocupação é legitimo tendo em vista o momento de grande fragilidade emocional vivenciado no início da pandemia, com um número significativo de pessoas com medo do futuro, sem confiança nas medidas governamentais e preocupadas com as repercussões da pandemia a longo prazo nas diferentes esferas da vida, como o aspecto financeiro. Como exemplo dessas repercussões, no terceiro mês de imposição do isolamento social no Brasil, os índices de pessoas autodiagnosticadas com stress foram de 60%, ansiedade 57,5% e pânico 14%, conforme apontado por (Lipp, M. E. N; Lipp, L. M. N, 2020)

Esta categoria além de expressar uma preocupação consigo e com o outro, revela uma atenção ao cuidado de si e do outro, ambos atributos necessários para o autocuidado e cuidado do outro existirem. Neste caso, destaca-se a “atenção” por ser um elemento presente na análise das evocações do cuidado da pessoa com COVID-19 considerado um atributo afetivo-relacional do cuidado do outro.

Portanto, os conteúdos desta categoria apresentam uma relação com os elementos do atributo afetivo-relacional do cuidado do outro, presentes na análise das

evocações livres, uma vez que abarcam sentimentos que estão interligados ao medo da contaminação frente ao cuidado do outro e, também, ao medo da possibilidade de adoecer e agravar o quadro da COVID-19.

4.3.1.4 Classe 2 - Impactos da COVID-19 no cuidado afetivo e relacional de si e do outro

A classe 2 possui 24% das UCE classificadas (416) sendo a segunda mais representativa entre as classes geradas pela análise. Esta é composta por discursos associados às implicações da pandemia nos diferentes aspectos da vida, tais como financeiro, familiares, social, lazer, crenças, própria saúde e religião. Esta classe faz parte do eixo temático "Impactos nos cuidados clínico e afetivo-relacional da COVID-19", juntamente com a classe 1 anteriormente apresentada.

No quadro 9 observa-se as categorias de variáveis com maior associação estatística a classe 2:

Quadro 9 – Categorias de variáveis associadas à classe 2. Rio de Janeiro, 2024

Variável	**Categoria**	**x^2**
Religião	Sem religião	15
Sexo	Feminino	12
Teve COVID	Sim	10
Orientação política	Esquerda ou centro esquerda	6

Fonte: A autora, 2024.

As categorias de variáveis com maior associação estatística a classe foram: não ter religião (x^2 15), sexo feminino (x^2 12), teve COVID (x^2 10) e orientação política esquerda ou centro esquerda (x^2 6).

As formas reduzidas, com associação estatística à classe, são apresentadas no quadro 9:

Quadro 10 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 2. Rio de Janeiro, 2024

Formas reduzidas	**Contexto semântico**	**x^2**
Impact	Impacto	106
Famili	Família	70
Perd	Perda	68
Filh	Filhos	48
Financeira	Financeira	46
Grand	Grande	40
Mor	Morte	38
Amigos	Amigos	37
Mãe	Mãe	36
Med	Médico	36
Financeiro	Financeiro	36
Visit	Visita	33
Salari	Salário	33
Familiares	Familiares	33
Morr	Morreu	32
Convivi	Convívio	30
Irm	Irmão	29
Neto	Neto	29

Fonte: A autora, 2024.

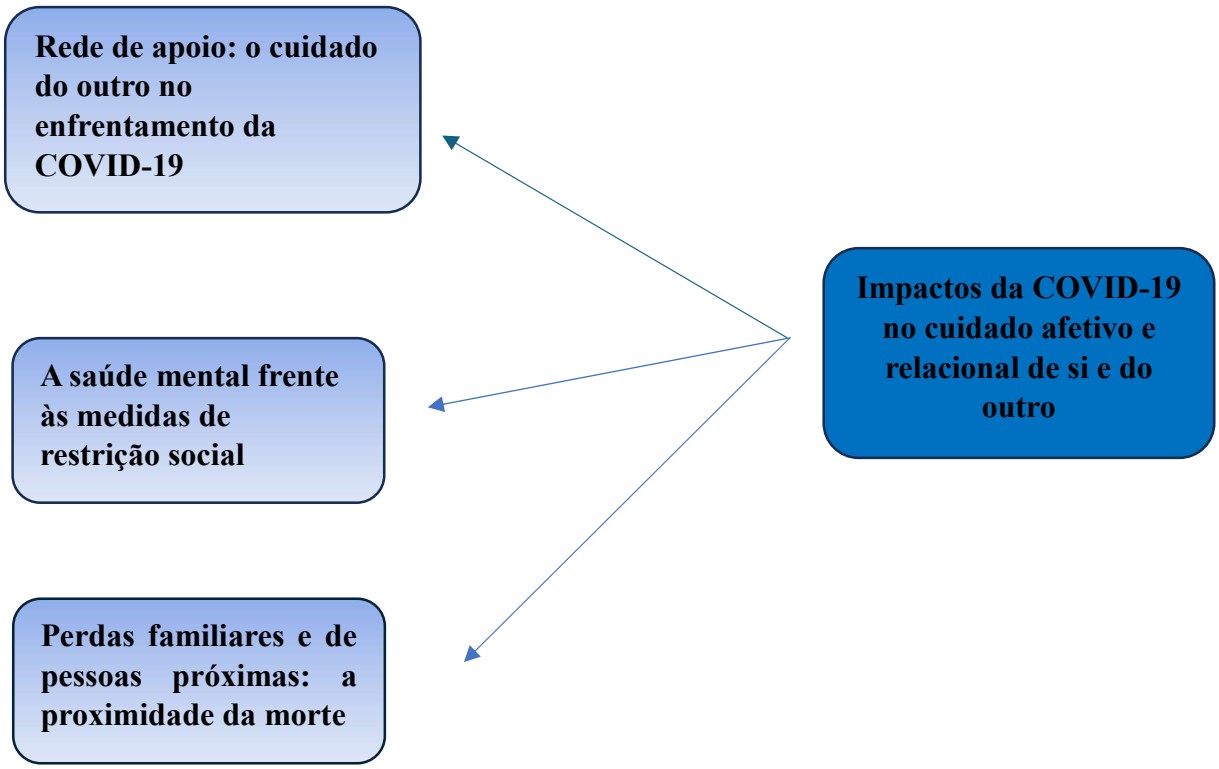
As formas reduzidas apresentadas no quadro 10, e em seu conjunto, referem-se aos impactos da pandemia de COVID-19 na própria vida e/ou na vida de seus familiares, quais sejam financeiros, pessoais, familiares, psicológicos, na sociedade, na saúde, nas relações sociais, além de mudanças nas crenças, no lazer e na religião. Destacam-se as formas reduzidas: impact, perd, financeira, med, visit, familiares e morr.

Com o objetivo de identificar os sentidos agregados pelo software na construção da classe 2, construiu-se o esquema (Figura 6) de categorias a partir do qual a classe foi descrita e discutida.

A classe 2 encontra-se dividida nas categorias “Rede de apoio: o cuidado do outro no enfrentamento da COVID-19”, “A saúde mental frente às medidas de restrição social” e “Perdas familiares e de pessoas próximas: a proximidade da morte”. A primeira categoria aborda o suporte social recebido por familiares, amigos e pela religião como expressão de cuidado do outro; a segunda expressa os impactos psicológicos e emocionais decorrentes do isolamento social; e, por fim, a terceira trata das experiências de família e/ou de pessoas próximas que foram à óbito.

Esta classe possui relação com o atributo afetivo-relacional do cuidado do outro da análise das evocações livres de palavras ao termo indutor “Cuidado da pessoa com COVID-19” por abarcar as falas dos depoentes que expressam sentimentos relacionados ao medo da contaminação de si e dos familiares e pessoas próximas. Tal relação revelou o conteúdo do termo evocado a partir da análise das entrevistas permitindo a compreensão da compreensão do conteúdo dos termos evocados no quadro de quatro casas.

Figura 6 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 2. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

As categorias acima apresentadas são discutidas a seguir:

4.3.1.4.1 Categoria Rede de apoio: o cuidado do outro no enfrentamento da COVID-19

Nesta categoria foram abordadas questões relacionadas à rede de apoio recebido no período de enfrentamento da pandemia de COVID-19, como o suporte emocional pelos amigos e familiares e a fé em Deus, especialmente no período das restrições sociais, que mais acarretou impactos na saúde mental dos indivíduos.

A rede de apoio foi muito importante durante a pandemia, pois foi uma forma de amenizar as emoções negativas e manter o pensamento positivo frente ao sofrimento psíquico decorrente do período vivenciado, o qual foi marcado não só pelas notícias diárias de número de óbitos e pessoas próximas doentes e que faleceram, bem como pelo afastamento do convívio com as pessoas devido ao isolamento social.

Assim, esta categoria destaca a importância das relações interpessoais familiares como um suporte psicológico e meio de obter segurança emocional, através da possibilidade de expressão dos sentimentos e acolhimento diante do período de isolamento social.

Nesse cenário, destacam-se as novas possibilidades de manter a socialização com a família e os amigos desenvolvidas, que aconteceram através de ambiente virtual, seja por meio de videochamadas ou grupos online; a oportunidade de aproximação dos familiares, como o fortalecimento da família; e o cuidado com um familiar, conforme os extratos das entrevistas abaixo:

> Eu diria que **o que me ajudou muito foi a minha rede de apoio**. Então, é impacto social. Eu acho que foi também. muitas empresas fecharam. A gente tem um shopping aqui em Cuiabá, onde acho que metade das lojas estão fechadas até hoje. No comércio, o impacto foi muito grande. (*ind_028 *reg_co *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)

> Como os meus filhos vão socializar depois disso? Mas **a gente continuava mantendo contato com a família**, então **conversava todos os dias**, **um dia era uma avó**, **outro dia outra avó**, **com uma tia**, **outra tia**, e é isso. E da **parte mais psicológica, emocional**, **mais da parte da minha família**. (*ind_003 *reg_s *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

> **Teve aniversário de quatro anos da minha filha que foi eu**, **o marido online**, **no computador**, **na tela**, **foi estranho chamar os coleguinhas de turma também pela vídeochamada**. Isso foi muito estranho. Acho que ela

> não entendeu bem, mas aceitou, porque **o importante era comemorar em família**, mas esse tipo de coisa você faz com uma certa penalidade. (*ind_0017 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)

> Chorei muito, vi as fotos, ele falando, **a gente falava muito de reunião de família online**, **sempre conversando**, e **fazia chamada com meus sobrinhos**, **minhas cunhadas**, sempre **atualizando todos os sentimentos que vinham**. (*ind_024 *reg_se *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)

> **O que aconteceu fortaleceu muito mais os laços de união entre nós**, assim **os membros da família**, **os mais próximos**, **eu e meu marido**, **minha filha**. **A gente se fortaleceu ainda mais como uma unidade familiar**, porque e um período que você ficava 24 horas juntos. (*ind_0017 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)

> **Minha mãe ficou um tempo cuidando de minha avó**, minha avó foi para casa dela só que os outros filhos chamaram tambem para ir lá. Aí **minha mãe acabou pegando COVID-19** e **eu acredito que minha avó pegou também**. (*ind_0010 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

Diante do contexto da rápida propagação da COVID-19 e, consequentemente da necessidade de adotar o isolamento social para a mitigação da pandemia, a sociedade e o mundo precisaram reinventar-se em relação a um novo modo de viver, se relacionar, trabalhar e estudar. Assim, o processo de comunicação entre as pessoas precisou ser modificado e a sociedade ressignificou suas formas de interação social, para isso recorreu ao uso das mídias como uma maneira de suprir a necessidade de contato. Além disso, para a sobrevivência, promoção e manutenção da saúde física e psicossocial das pessoas, questões individuais tornaram-se coletivas (Gurgel et al., 2021; Medeiros; Carvalho, 2021).

Esta categoria reflete ainda a preocupação com a contaminação pelo SARS-CoV-2 dos familiares e a necessidade de protegê-los, tendo em vista a sua importância na vida dos depoentes. Desse modo, visando a integridade e a segurança da família em relação ao risco de contrair a COVID-19, atrelado ao medo de perder algum integrante da família, o contato físico com os parentes foi suspenso. A proteção de si é considerada a proteção do outro também.

No estudo de Souza *et al*. (2023), a família demonstrou ser uma estrutura de apoio no enfrentamento das mudanças do cotidiano acarretadas pela COVID-19 e expressou uma dimensão representacional relacional que reforça a importância do autocuidado, sendo a preocupação com os familiares, uma forma de proteção coletiva.

Assim, o período de pandemia propiciou um maior convívio familiar, o que aumentou o nível de satisfação pessoal e estreitou os laços familiares devido ao maior contato.

> Por um lado, **eu sentia reconfortado por poder me proteger e proteger minha família**, mas me sentia mal porque via que as pessoas, muitas pessoas tinham que se arriscar, outras pessoas foram deliberadamente desinformadas e se arriscavam sem saber que estavam se arriscando, então **foi um misto de sentimento ruim**. (*ind_005 *reg_se *id_02 *sex_mas *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)
>
> **Eu tive um sentimento de medo**, eu sou muito destemida, mas **na COVID-19 eu tive medo, medo de perdas, medo de perder os meus**, porque **a nossa família é muito ligada**, então **eu tive esse medo**. **Se eu pudesse, colocaria toda a minha família em uma redoma para proteger desse vírus, dessa doença**. **Eu tive um sentimento de proteção, de segurança**, não tive sentimento de negação de jeito nenhum, isso eu não tive. (*ind_006 *reg_n *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)
>
> **O impacto que eu mais vi foi o familiar**, foi **impacto afetivo**, de **não poder visitar as pessoas que eu amo**, **as pessoas que convivem com a gente**, **não permitir visitas** também, porque **cada visita era uma ameaça para a gente**, enfim **esse afastamento social**. (*ind_027 *reg_se *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_01 *cov_n)
>
> **Não podia visitar parentes**, então esse **prejuízo relacional familiar emocional, ele houve**, acho que para todo mundo. **As pessoas tinham realmente que se proteger para proteger o outro**. E assim a gente sentiu mais nesse aspecto. (*ind_0017 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)

A pandemia de COVID-19 foi a responsável pela maior crise econômica global em mais de um século. A crise impactou, principalmente, as economias emergentes, que já apresentavam fragilidades econômicas preexistentes, provocando um déficit na renda de muitas famílias. Tal situação contribuiu para o aumento da pobreza e, consequentemente, das desigualdades em todo o mundo, agravando a situação das famílias menos favorecidas socioeconomicamente (World Development Report, 2022).

Nesse período, as diferenças socioeconômicas ficaram mais acentuadas e repercutiram no acesso à educação, saúde, informação, propiciando o agravo de situações de violência e exclusão social (Silva; Rodrigues, 2021). Ainda sobre a situação socioeconômica, o estudo de Almeida et al (2020) apontou que 55,1% dos participantes tiveram redução do rendimento familiar, e 7% ficaram sem rendimento. Além disso, 25,8% dos indivíduos ficaram sem trabalhar e o grupo mais afetado foi o de trabalhadores informais representando 50,6% dos participantes.

4.3.1.4.2 Categoria A saúde mental frente às medidas de restrição social

Esta categoria expressa as repercussões das medidas de isolamento social na saúde mental dos depoentes. Abarca questões psicológicas e emocionais atreladas devido à falta de convívio social. As restrições sociais impostas pelas autoridades sanitárias e necessárias para a mitigação da pandemia afetaram de modo negativo a saúde psíquica das pessoas, especialmente ocasionado pelo distanciamento da família.

A temática sobre os impactos da pandemia na saúde mental foi muito frequente nos discursos do grupo social, sendo descrito por ele como a maior repercussão da pandemia em sociedade. Segundo Brooks *et al*. (2020), as sequelas de uma pandemia na saúde mental dos indivíduos da sociedade são maiores do que o número de mortes. Os profissionais de saúde ficam exaustos com muitas horas de trabalho, os sistemas de saúde dos países entram em colapso, e o distanciamento social, medida de controle mais efetiva da doença, impacta significativamente a saúde mental da população.

O constante medo de ser contaminado pelo SARS-CoV-2 e, também, de familiares serem contaminados, bem como o falecimento destes, a sensação de insegurança frente a uma doença nova e a falta de liberdade devido ao isolamento social, afetaram o bem-estar psicológico das pessoas e contribuíram para o prejuízo da saúde mental. Além disso, uma parte do grupo revelou que teve medo de morrer após ter sido contaminado pelo vírus, o que pode ser atribuído à ampla divulgação pela mídia de notícias acerca da elevada capacidade de disseminação e potencial de letalidade do vírus no início da pandemia.

> **O impacto na questão da liberdade**, sobretudo porque a **gente se viu num momento de resguardo, de lockdown**, e **isso foi algo muito marcante** que **a gente teve que se tornar recluso**, **dentro do nosso lar**, **ficado realmente isolado**. (*ind_0017 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)

> Eu acho que **o maior impacto foi emocional**. **Eu perdi familiares e perdi muitos colegas de trabalho**, eu acho que **foi o maior impacto para mim**, eu continuei trabalhando, então financeiramente não foi um abalo muito grande para mim, mas eu acho que **o emocional foi o principal deles**. (*ind_025 *reg_sd *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_02 *pol_02 *cov_s)

> **A minha irmã a gente está sempre em contato**, e essa coisa de **ficar sem ter esse contato foi muito difícil**, e **a gente ficou com medo de outras patologias também psicológicas**, **minha mãe quase adoeceu porque não estava em contato com os netos**. (*ind_031 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_n)

> **A angústia foi muito grande**, **você não se preocupava só com você**, **tinha todo o seu entorno**, **os amigos**, **a família**, e **isso mexeu muito com o lado psicológico**, acho que com o de todo mundo. (*ind_13 *reg_se *id_04 *sex_mas *esc_03 *rel_03 *pol_02 *cov_s)
>
> **Eu fiquei muito receoso**, **tinha medo de pegar** e **quando peguei, eu acho que a questão psicológica interferia até mais do que a própria doença**, no meu caso, **o medo**, eu também moro só, então **o medo de morrer foi muito grande nesse período**. (*ind_13 *reg_se *id_04 *sex_mas *esc_03 *rel_03 *pol_02 *cov_s)
>
> **O impacto psicológico sim**, por conta da **sensação de insegurança**, **medo**, **dúvida**, **apreensão**, **inquietação**, e acho que, talvez junto com o impacto forte no processo de trabalho, foi no processo de conviver com as pessoas, principalmente com as pessoas negacionistas. (*ind_021 *reg_n *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_n)
>
> **É um sentimento de temor mesmo**, **medo de nossos familiares se contaminarem**, **de idosos da familia**, **ou mesmo os mais jovens**, **que ainda nao estavam vacinados**. (*ind_0014 *reg_s *id_03 *sex_fe *esc_03 *rel_02 *pol_04 *cov_s)
>
> **No começo da COVID-19** mesmo **quando estava esse misto de emoções**, **de incertezas**, eu tenho depressão desde os meus quinze anos, eu percebi que isso teve uma elevação maior, **consegui ficar mais depressiva do que já era**. (*ind_007 *reg_s *id_01 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

Em relação ao primeiro ano de pandemia, período que a saúde mental ficou mais abalada devido à maior vulnerabilidade à COVID-19, os sintomas psiquiátricos e as psicopatologias mais prevalentes foram sintomas depressivos, ansiosos, estresse e insônia. Os indivíduos que tiveram mais suscetíveis ao impacto psicológico da pandemia de COVID-19 foram: profissionais da saúde, adultos jovens, mulheres; pessoas com menor escolaridade e renda, com histórico de doença crônica ou de transtornos psiquiátricos, e com maior exposição às mídias (Lobo; Rieth, 2021).

O isolamento social contribui para o aumento da suscetibilidade a algum tipo de sofrimento mental, podendo gerar reações emocionais e comportamentais intensas, dentre elas: angústia, medo, tédio, solidão, insônia ou raiva. Além disso, pode acarretar comportamentos de risco à saúde, como o aumento do consumo de álcool, cigarro e outras drogas, depressão tentativas de suicídio e surtos psicóticos (Santos, I. N, *et al*., 2021).

Nesse tocante, é importante que estratégias sejam adotadas para a minimização desse tipo de sofrimento, sendo assim, além da procura por serviços de saúde mental, é importante evitar o excesso de informações sobre a COVID-19, limitando o tempo e o tipo de informação acessada em mídias, sendo recomendado no máximo duas horas por dia, evitando o acesso a esse tipo de notícia antes de dormir (Lobo; Rieth, 2021).

Portanto, de acordo com os relatos dos depoentes, a saúde mental deste grupo foi bastante afetada, especialmente devido ao isolamento social. Embora este tenha sido a medida mais eficaz no combate ao SARS-CoV-2 e a mais frequente no quadro de quatro casas do cuidado da pessoa com COVID-19, ela foi a medida que mais repercutiu na saúde mental do grupo, inclusive agravando sintomas depressivos pré-existentes à pandemia. Isto evidencia o quanto o convívio social e as trocas de comunicação e afetivas estabelecidas nos encontros presenciais são importantes para proporcionar o bem-estar e a manutenção da saúde como um todo.

4.3.2 Bloco temático 2 – Os contextos político e midiático no enfrentamento da COVID-19

Este bloco temático abarca as classes 3 e 4. Neste conjunto de classes observa-se nos discursos conteúdos referentes, respectivamente, à atuação da mídia na divulgação das informações sobre a pandemia da COVID-19 e à atuação do governo na condução da pandemia.

4.3.2.1 Classe 3 - O papel da mídia na pandemia da COVID-19

A classe 3 possui 9% das UCE classificadas (160), sendo a quinta classe em expressão quantitativa entre as seis classes geradas pela análise. Nesta classe manifestam-se conteúdos referentes aos tipos de informação divulgadas pelas mídias, principalmente as *fakes news* e informações científicas, sendo estas consideradas as verdadeiras pelos participantes e, portanto, as confiáveis para se manter informado.

No quadro 11 são apresentadas as categorias de variáveis com maior associação estatística à classe 3.

Quadro 11 – Categorias de variáveis associadas à classe 3. Rio de Janeiro, 2024

Variável	**Categoria**	**x^2**
Teve COVID	Não	7
Região	Sudeste	7
Orientação política	Esquerda ou centro esquerda	4
Religião	Evangélica, protestante	4

Fonte: A autora, 2024.

No quadro 11 são apresentadas as categorias de variáveis com maior associação estatística à classe, que foram: não ter orientação política (x^2 32), sexo feminino (x^2 24), região Sudeste (x^2 14) e religião católica (x^2 13).

No quadro 12 são apresentadas as formas reduzidas com associação estatística à classe 3.

Quadro 12 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 3. Rio de Janeiro, 2024 (continua)

Formas reduzidas	**Contexto semântico**	**x^2**
Midia	Mídia	478
Inform	Informar	216
Papel	Papel	206
Informacoes	Informações	206
Fakenews	Fakenews	138
Jornal	Jornal	81
Imprensa	Imprensa	81
Comunicaca	Comunicação	81
Important	Importante	74
Divulg	Divulgação	73
Cientista	Cientista	68
Cientifi	Científica	66
Can	Canal	60

Quadro 12 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 3. Rio de Janeiro, 2024 (conclusão)

Fonte	Fonte	60
Jornalist	Jornalista	60
Verdadeira	Verdadeira	60
Site	Site	50
Traz	Traz	45

Fonte: A autora, 2024.

No conjunto identificam-se palavras relacionadas às informações divulgadas pela mídia relacionadas à COVID-19 no período da pandemia. São elas: informar, informações, *fake news*, jornal e científica.

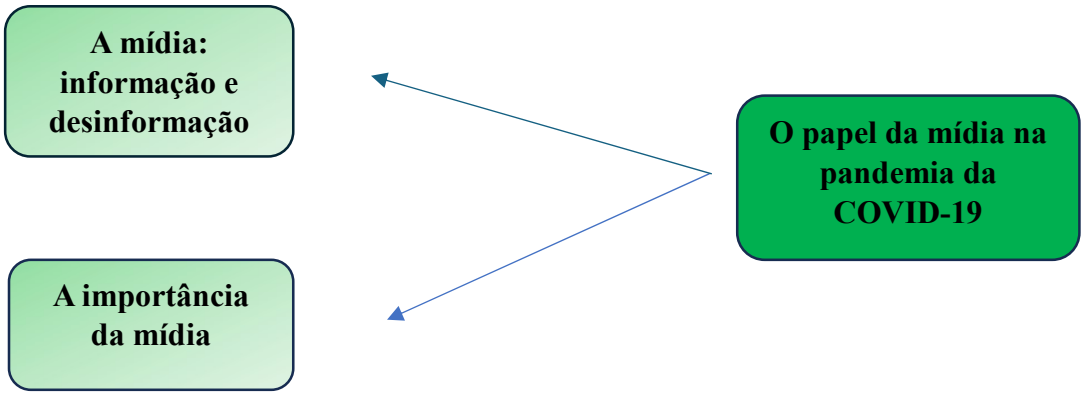
No contexto da pandemia, os meios de comunicação assumiram um papel fundamental, tendo em vista que influenciaram a percepção das pessoas sobre a própria pandemia, a saúde, bem como os comportamentos preventivos e a busca por serviços nessa área.

A mídia desempenha um papel de suma importância na formação de opinião através da divulgação de informação e do esclarecimento. Tal comunicação tem a finalidade elucidativa que estabelece o compromisso com as pessoas na divulgação de informações confiáveis (Prazeres, 2020).

Com o objetivo de identificar os sentidos elaborados pelo software na construção da classe 3, construiu-se o esquema (Figura 7) de categorias a partir do qual a classe foi descrita e discutida.

A classe 3 encontra-se dividida nas categorias “A mídia: informação e desinformação” e “A importância da mídia”. A primeira disserta sobre as informações divulgadas pela mídia que nem sempre são verídicas e acabam desinformando a população, enquanto a segunda aborda as práticas de distanciamento social na prevenção da COVID-19.

Figura 7 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 3. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

4.3.2.1.1 Categoria A mídia: informação e desinformação

Esta categoria abarca os tipos de informação divulgados pela mídia sobre a pandemia da COVID-19, sejam as informações de cunho científico e as não científicas, como as *fakes news*. O cenário pandêmico de muitas dúvidas, incertezas e trabalho árduo da ciência para desvendar os mistérios acerca do SARS-CoV-2 destacou a relevância da mídia informativa, que estabelece um compromisso de informar à população sobre a realidade socioepidemiológica da pandemia da COVID-19.

Em contrapartida, a divulgação de informações com conteúdos conflitantes para tratar de um mesmo assunto, informações falsas, ambíguas, com opiniões controversas ou ainda de acordo com os interesses do canal de comunicação que veicula as notícias, acarretou desinformação das pessoas, preocupação e receio em relação à veracidade das informações divulgadas e ao meio de comunicação "confiável" para se atualizar acerca das notícias da COVID-19, conforme pode ser observado nos extratos das entrevistas a seguir:

> **O papel da mídia seria informativo**, **mas tem horas que ela desinforma também**, eu acho que só isso mesmo, mas **eu consigo enxergar de forma positiva esse papel da mídia** principalmente porque não foca exclusivamente no Brasil. (*ind_0010 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)

> **Para ter manchetes que chamem mais atenção alguns podem ter caído**

> **em algumas dessas armadilhas** e, também, serem **portadoras de mensagens falsas**. Então **a mídia teve papel bem ambíguo**, mas **tinha uma responsabilidade profissional de fazer esse translado da informação cientifica**, ela também tem as preocupações em relação ao alcance. (*ind_029 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_02 *pol_02 *cov_s)
>
> A mídia, eu acho que é assim: **teve a mídia a favor da própria ciência**, **a mídia que ajudou**, mas é claro que **a mídia acabou sendo o veículo de informação errada**, **de informação equivocada**, **fakenews**. (*ind_021 *reg_n *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_n)
>
> A ciência foi decisiva. **A mídia trazia informação, mas nem sempre essas informações eram precisas**. Então veja que a gente tinha, **dependendo a emissora que você sintonizava**, **a gente tinha informações contraditórias**, **tinha informações maquiadas**, **tinha muitos apelos**. (*ind_024 *reg_se *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)

Diante de crises de saúde pública, como é o caso da pandemia da COVID-19, é necessário que as informações relacionadas a esta questão sejam produzidas e divulgadas oportunamente. A comunicação em saúde é uma estratégia que possibilita a ampliação do debate sobre as necessidades de saúde, a reflexão sobre os interesses públicos e o fortalecimento da integralidade do cuidado e a intersetorialidade das ações em saúde (Cardoso; Rocha, 2018; Gurgel *et al.*, 2021).

Corroborando este entendimento, a OMS (2020) enfatiza que são fundamentais o engajamento comunitário e a comunicação de risco para o sucesso de respostas a emergências de saúde pública. Entretanto, o insucesso nessa esfera pode acarretar perda de confiança, de reputação, impactos econômicos e mortes.

Nesta situação, a mídia tornou-se um meio para as pessoas se atualizarem sobre os fatos relacionados à situação da pandemia no Brasil e no mundo, através da propagação de informações nos diferentes meios de comunicação, o que confere a ela um papel de responsabilidade e compromisso com a população na divulgação de informações verídicas. Somado a isto, muitas pessoas consideram as mídias sociais como referência de informação confiável e, com isso, acabam sendo orientadoras de práticas de saúde dos indivíduos, o que mostra a influência da mídia na vida dos indivíduos e da sociedade.

No tocante à Saúde Pública, no âmbito da gestão a nível municipal, estadual e federal do Sistema Único de Saúde (SUS), o modelo de comunicação predominante foi informacional, linear e unidirecional, caracterizado pela transferência de informações. Portanto, as estratégias utilizadas não apresentaram diálogo com os interlocutores, apresentando o emissor como o detentor do conhecimento e o receptor, um agente passivo (Santos *et al*., 2021).

Diante do exposto, infere-se que as informações acerca de cuidados de saúde na COVID-19 divulgadas pelas autoridades públicas de saúde estabelecem uma relação com o modelo biomédico, caracterizado pelo profissional que é o detentor do saber e o prescritor do cuidado que considera mais adequado às necessidades do indivíduo, sem que haja um diálogo entre eles. Apesar da classe que está sendo discutida junto às suas categorias não estarem atreladas ao bloco temático de autocuidado, destaca-se a sua relevância nesse aspecto, pois a mídia ocupa um papel muito importante na divulgação das informações sobre o autocuidado, sendo o meio pelo qual as pessoas se informam e formam a sua opinião, o que pode implicar nas práticas de cuidados de saúde adotadas pelos indivíduos.

4.3.2.1.2 Categoria A importância da mídia

Esta categoria aborda a importância da mídia na divulgação das informações acerca da pandemia da COVID-19. O grupo social avaliou a atuação da mídia positiva em seu papel de informar as pessoas sobre o cenário socioepidemiológico da pandemia, conforme pode ser observado nos trechos das entrevistas a seguir:

> **Papel importantíssimo da mídia**. **É a nossa única fonte**, se estamos dentro da academia e conseguimos ter acesso a papeis científicos, que eu acho que são muito importantes e pouco divulgados, **nós temos a mídia**, **a grande mídia**, **a mídia independente**. (*ind_004 *reg_sd *id_01 *sex_mas *esc_02 *rel_05 *pol_04 *cov_s)

> No geral eu diria que **a mídia ajudou mais do que atrapalhou**. Acho que tinham forças por trás da mídia querendo o negativo e forças por trás da ciência querendo o negativo. Mas **eu acho que a ciência cumpriu o papel dela e a mídia também**. (*ind_021 *reg_n *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_n)

> **Eu achei importante porque foi uma tentativa de diminuir também as muitas fakenews** que surgiram ao longo dessa pandemia. (*ind_002 *reg_sd *id_01 *sex_fe *esc_02 *rel_02 *pol_01 *cov_n)

> **Eu acho que o papel da mídia foi fundamental para informar mesmo a população sobre tudo o que estava acontecendo**, eu acho que **foi importante**, **fundamental** e **necessária**. (*ind_031 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_n)

No cenário da pandemia da COVID-19 a mídia assumiu um papel muito importante na divulgação das informações acerca dos cuidados de saúde relacionados ao SARS-CoV-2. Nesse tocante, diferentes tipos de comunicação foram adotados no SUS de modo a atingir toda a população: Twitter, Facebook, YouTube, Instagram, coletiva de imprensa, boletins epidemiológicos, sites e aplicativos (Santos *et al*., 2021).

Nas mídias sociais houve postagens que recomendavam a lavagem das mãos, o uso de máscaras e álcool em gel. As coletivas focaram no repasse das ações desenvolvidas, como a construção de hospital de campanha, compra de insumos e oferta de serviços. Os boletins informam a situação epidemiológica. Nos aplicativos, como o "Coronavírus SUS", do MS, e a plataforma "Atende em Casa", o modelo informacional é caracterizado pelo modo como as informações estão dispostas, como recomendações de cuidado para saúde e teleatendimento. Já os *sites* contêm a maioria das informações, cumprindo um papel de repasse (Santos *et al*., 2021).

Apesar das estratégias de comunicação adotadas pela gestão do SUS serem do tipo informativa, que apenas divulga as informações sem interação com o receptor, estas foram importantes para nortear as práticas de autocuidado dos indivíduos e reforçar a sua importância para a mitigação da pandemia (Santos *et al*., 2021).

Nesse sentido, é válido destacar que as estratégias de comunicação adotadas possibilitam a construção simbólica em que as pessoas recebem, processam e produzem sentidos em suas vidas (Castells, 2015). Tal afirmativa evidencia a importância da mídia na vida dos indivíduos e da sociedade, especialmente na pandemia da COVID-19, cenário de muita procura por informações acerca do SARS-CoV-2, tendo em vista a sua magnitude e o fato de ser um objeto social pouco conhecido. Além disso, a variedade de meios de comunicação existentes amplifica o acesso às informações divulgadas, possibilitando que a população tenha diferentes ferramentas para se atualizar.

Nesse cenário, a mídia tornou-se essencial para os cientistas, governantes, profissionais da saúde e as pessoas, em geral, visto que passaram a buscar conhecimentos relacionados à doença devido ao medo provocado por algo desconhecido. Concomitantemente a isso, uma quantidade grande de notícias sobre o vírus, prevenção, transmissão e tratamento foram veiculadas nas plataformas de mídias sociais, distribuídas por diversos segmentos (Gurgel *et al.*, 2021).

4.3.2.2 Classe 4 - O papel do governo na pandemia da COVID-19

A classe 4 intitulada “O papel do governo na pandemia da COVID-19” apresentou-se como a mais representativa quantitativamente da CHD, abarcando 25,44% das UCEs classificadas (449). Nesta classe apresentam-se conteúdos associados à espera pela vacinação no Brasil, à decepção quanto ao posicionamento do governo federal, especialmente no processo de compra das vacinas contra a COVID-19, à troca de ministros da saúde, à postura do ex-presidente da República na condução da pandemia, além do reconhecimento da ciência como fundamental para o desenvolvimento das vacinas.

Apesar desta classe não estar inserida no bloco temático que trata especificamente do cuidado e do autocuidado na pandemia de COVID-19, ela não deixa de abordar o tema central do estudo por tratar do contexto no qual esse cuidado se desenvolveu. Este é tratado a partir do posicionamento do governo federal no enfrentamento da pandemia, que culminou na falta de incentivo às medidas de autocuidado. Estas poderiam ter sido um incentivo para a população aderir às práticas de cuidado de saúde preventivas e, consequentemente contribuir para a redução do número de casos novos e de mortes no Brasil.

No quadro 13 são apresentadas as categorias de variáveis com maior associação estatística da classe 4.

Quadro 13 – Categorias de variáveis associadas à classe 4. Rio de Janeiro, 2024

Variável	**Categoria**	**x2**
Sexo	Masculino	10
Região	Centro-Oeste	8
Idade	Maior ou igual a 50 anos	5

Fonte: A autora, 2024.

As categorias de variáveis com maior associação estatística da classe 4 são: sexo masculino (x^2 10), região Centro-Oeste (x^2 8) e idade maior ou igual a 50 anos (x^2 5).

No quadro 14 são apresentadas as formas reduzidas com maior associação estatística à classe 4.

Quadro 14 – Distribuição das formas reduzidas, com maiores valores de x^2, associadas à classe 4. Rio de Janeiro, 2024

Formas reduzidas	**Contexto semântico**	**x^2**
Vacin	Vacina	168
Govern	Governo	120
Politica	Política	103
Virus	Vírus	101
Ciencia	Ciência	101
Populac	População	64
Ministerio	Ministério	64
Ex_presiden	ex-presidente	60
Brasil	Brasil	59
Saud	Saúde	55
Posicioname	Posicionamento	3
Doenc	Doença	38
Pesso	Pessoa	36
Tivess	Tivesse	36
Ministro	Ministro	35
Medida	Medida	33
Pais	País	32
Resposta	Resposta	31

Fonte: A autora, 2024.

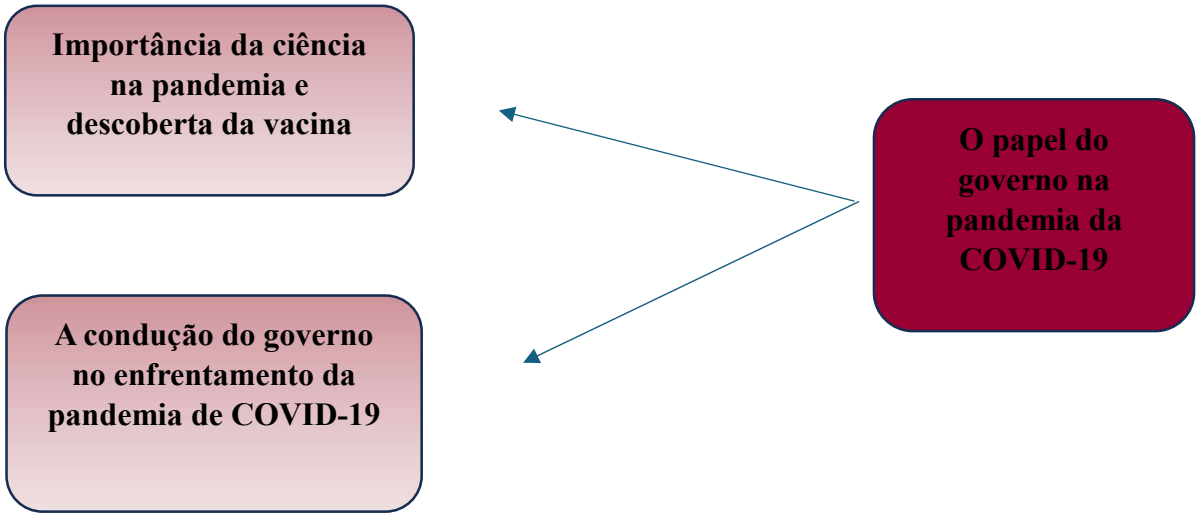
No conjunto identificam-se formas relacionadas ao posicionamento do governo no enfrentamento da pandemia da COVID-19, principalmente relacionado à vacina e à ciência. São elas: vacina, política, ciência, ex_presidente, posicionamento.

Para obter uma análise mais aprofundada dos dados e identificar os sentidos elaborados pelo software na construção da classe 4, elaborou-se o esquema (Figura 8) de categorias a partir do qual a classe foi discutida e descrita.

A classe 4 encontra-se dividida nas categorias “Importância da ciência atrelada à descoberta da vacina na pandemia” e “A condução do governo no enfrentamento da pandemia de COVID-19”. A primeira categoria disserta sobre a valorização da ciência e

a sua importância na divulgação de conhecimentos científicos e na descoberta da vacina. Já a segunda refere-se a uma avaliação da postura do governo frente à gravidade da pandemia.

Figura 8 – Apresentação esquemática das categorias presentes na classe 4. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

4.3.2.2.1 Categoria Importância da ciência na pandemia e descoberta da vacina

A ciência demostrou o seu potencial ao apresentar respostas rápidas para o enfrentamento da pandemia de COVID-19 visando orientar a população sobre as ações e políticas frente às adversidades, com base nas evidências confiáveis disponíveis em prol da preservação da vida. Além disso, proporcionou a democratização do conhecimento e das tecnologias através da criatividade e solidariedade entre os povos (Galvão, 2021).

O grupo social entrevistado avalia positivamente a atuação da ciência e aborda o seu papel na divulgação de informações científicas para o esclarecimento da população sobre a COVID-19, destacando a sua importância frente a um cenário cheio de incertezas e dúvidas acerca de um novo vírus. Além disso, as descobertas da ciência no

âmbito da SARS-CoV-2, especialmente a vacina contra a COVID-19 representou o surgimento de esperança e tranquilidade nas pessoas.

> Eu acho que **a ciência deu a resposta que a gente esperava**. Eu acho que **foi um esforço coletivo**, **no sentido de primeiro**, **conhecer a doença**, porque quando chegou você não conhecia, e aí cada um fez, e **a ciência mostrou também a importância do trabalho coletivo**. (*ind_13 *reg_se *id_04 *sex_mas *esc_03 *rel_03 *pol_02 *cov_s)
>
> Quando você via as pessoas falando em reação vacinal, que todo mundo falava na época, o efeito da vacina, como percentual é muito interessante. **A ciência de uma certa maneira espalhou os seus conhecimentos para a população em geral**. (*ind_030 *reg_s *id_04 *sex_fe *esc_03 *rel_01 *pol_04 *cov_s)
>
> No geral **a ciência tem um papel muito positivo**, **teve uma rapidez na resposta a começar a dar as primeiras vacinas** e **eu considero muito positivo e fundamental**. (*ind_009 *reg_sd *id_02 *sex_fem *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)
>
> Eu acho que **o papel da ciência, dos cientistas para a gente sair dessa crise foi essencial. Sem o trabalho dos cientistas a gente ainda estaria enfiados num buraco sem tamanho**. (*ind_001 *reg_s *id_03 *sex_mas *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)
>
> A gente saiu dessa situação de morte, fomos capazes de ultrapassar, de vencer essas morbidades que sempre aparecem de tempos em tempos. Então **a gente saiu da ideia de tristeza para a esperança e da insegurança para a tranquilidade, principalmente por conta do avanço do conhecimento cientifico**. (*ind_026 *reg_se *id_02 *sex_mas *esc_03 *rel_01 *pol_02 *cov_s)

No cenário da pandemia de COVID-19, a ciência destacou-se no desenvolvimento de pesquisas de doenças e epidemias infecciosas nas áreas de epidemiologia, infectologia, virologia e imunologia, áreas das ciências que tiveram maior investimento e notoriedade. Desse modo, foram fundamentais para a definição das medidas de controle da transmissão do vírus, especialmente para a produção de vacinas (Oliveira *et al*., 2023).

Nesse tocante, as revistas científicas são fundamentais para a tomada de decisão acerca de ações e estratégias direcionadas para o controle da pandemia de COVID-19, pois divulgam conteúdos científicos diversos relacionados à temática, primordiais para a orientação de decisões imediatas, além de contribuir significativamente para o futuro das sociedades. Para isso, é fundamental o investimento de médio e longo prazos da sociedade e do poder público (Carvalho; Lima; Coeli, 2020).

Portanto, a ciência demonstrou ter um papel fundamental no cenário de pandemia, uma vez que trouxe respostas à sociedade em geral a nível nacional e

internacional acerca das questões envolvendo a COVID-19, como os modos de transmissão do vírus, meios de prevenção, sinais de alerta de gravidade da doença, tratamento em caso de acometimento pela doença, bem como o combate às *fake news*, por exemplo esclarecendo a população sobre o não uso de medicamentos divulgados como "preventivos".

Além das contribuições da ciência supracitadas, é primordial destacar o seu papel na descoberta das vacinas, uma vez que a possibilidade de as pessoas serem vacinadas contribuiu para a volta da esperança na população relacionada ao retorno do convívio em sociedade e às suas atividades habituais, ou seja, à "vida normal", assim como a esperança da mitigação e, posteriormente, da erradicação da COVID-19. Desse modo, a ciência passou a ter mais credibilidade da população.

4.3.2.2.2 Categoria A condução do governo no enfrentamento da pandemia de COVID-19

Nessa categoria, o grupo social expressa a sua avaliação acerca do posicionamento e as atitudes do governo federal no combate à pandemia da COVID-19, através de exemplificações de fatos marcantes que foram divulgados pelas mídias, como a falta de leitos nos hospitais e a falta de oxigênio em várias regiões do Brasil; a falta de incentivo para a adoção pela população de medidas preventivas e cuidados da COVID-19; e o atraso na compra de vacinas, por exemplo.

A avaliação manifestada nos discursos dos depoentes foi pautada no negacionismo do governo federal diante da seriedade da pandemia e da situação epidemiológica dos casos de COVID-19 no Brasil e, portanto, negativa. O conceito de negacionismo foi amplamente utilizado durante a pandemia no Brasil e caracteriza-se por uma ideologia política de negação do conhecimento científico produzido sobre a COVID-19 (Almeida-Filho, 2021).

A exemplo disso no Brasil, destacam-se a recomendação de uso dos medicamentos cloroquina e hidroxicloroquina na fase inicial da doença sem a comprovação de sua eficácia (Brasil, 2020) e a flexibilização precoce do isolamento social pelos governos municipais e estaduais, com aval dos poderes judiciário e

legislativo, sem considerar a realidade do quantitativo de casos e o risco aumentado da transmissão do vírus (Almeida-Filho, 2021**).**

> Sendo otimista, **foi desastroso**, sendo pessimista, **foi criminoso**, então acho que eu não sofri o que as pessoas sofreram, mas **eu acho que as pessoas foram levadas a cometer erros, eu acho que as pessoas foram desprotegidas e mais pessoas morreram do que deveriam ter morrido por ação e omissão governamental.** (*ind_005 *reg_se *id_02 *sex_mas *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_s)
>
> **Muitas vidas poderiam ter sido poupadas, se a condição das políticas públicas de avaliação, de planejamento, de incentivo tivesse acontecido como não aconteceu**. Muito esdrúxulo, uma coisa que eu nunca imaginei vivenciar, porque nós no Brasil fomos por muito tempo referência, na condição vacinal, com muitas doenças erradicadas. (*ind_029 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_02 *pol_02 *cov_s)
>
> Com as **situações de relatos de corrupção**, o **atraso nas entregas das vacinas**, a **falta de** incentivo às medidas de cuidado e de prevenção da doença, então eu avalio que **a nossa condição sanitária no Brasil poderia ter sido outra completamente diferente**. (*ind_029 *reg_se *id_02 *sex_fe *esc_03 *rel_02 *pol_02 *cov_s)
>
> **Negar o que é a gravidade da doença, dificultar na adoção de medidas para proteger as pessoas**, **não quiseram comprar vacina, demoraram mandar oxigênio para quem precisava**, **isso é quase crime contra a humanidade**, eles deviam sofrer repercussão por isso. (*ind_008 *reg_sd *id_04 *sex_mas *esc_03 *rel_05 *pol_02 *cov_n)

Um dos assuntos mais destacados pelos participantes foi a indignação com o atraso na compra de vacinas, que poderiam ter evitado inúmeros óbitos por COVID-19. Nesse tocante, o Plano Nacional de Vacinação contra a COVID-19, apresentado pelo governo federal em dezembro de 2020 ao Supremo Tribunal Federal (STF), foi alvo de polêmicas devido às inconsistências técnicas e operacionais, como a falta de definição dos grupos prioritários para vacinação e sobre o processo de produção ou aquisição das vacinas. Além disso, verificou-se que o plano não apresentava o aval de pesquisadores e técnicos, sendo os seus nomes incluídos sem a anuência dos mesmos, demonstrando falta de ética e tentativa fraudulenta de legitimação (Fundação Oswaldo Cruz, 2021; Teixeira; Santos, 2023).

Portanto, esta categoria evidencia a ineficiência da atuação do governo federal na condução da pandemia da COVID-19. A postura adotada por ele como a falta de incentivo aos cuidados de saúde preventivos, por exemplo o fato do ex-presidente da República do Brasil não usar máscara em locais públicos, o atraso na compra de vacinas, estar presente em aglomerações e incentivá-las, além do menosprezo da gravidade da pandemia diante de um cenário de altas taxas de mortalidade e incidência

no Brasil e no mundo contribuíram para repercussões negativas no Brasil e no mundo, sendo os brasileiros os mais afetados.

A condução do governo federal na pandemia revelou um descaso com a população brasileira. Pode-se inferir que a negligência do governo federal em todos os aspectos da pandemia, principalmente em relação ao atraso na compra das vacinas, contribuiu para o agravamento das patologias psíquicas das pessoas já diagnosticadas e para o surgimento de patologias nas pessoas que eram saudáveis.

Acredita-se que um representante político, especialmente no mais alto cargo do poder, no caso um presidente da República seja divulgador e apoiador de informações científicas e, portanto, confiáveis. Porém isso não ocorreu e deixou a população ainda mais insegura e com patologias de saúde mental. Além disso, acredita-se que tal representante político seja exemplo para a população adotando as medidas de prevenção contra a COVID-19 consideradas importantes pelas autoridades sanitárias. Tal postura uma vez adotada seria um incentivo para a população na adoção das medidas preventivas.

Em relação ao assunto vacina, muito relatado pelos depoentes, a condução de tal situação pelo governo acarretou desespero, angústia, revolta e ansiedade, principalmente porque a vacina representava a esperança do retorno à "vida normal", ou seja, à vida de antes da pandemia, sem isolamento social e com as atividades do cotidiano sendo realizadas habitualmente, como trabalho e lazer com os amigos e a família.

No seu conjunto, a análise dos conteúdos da RS destacou a atuação do governo federal frente ao cenário pandêmico cuja avaliação foi negativa e caracterizada por negligência e descaso, o que pode ter contribuído para o agravamento da saúde mental dos indivíduos, assim como para a não adoção de práticas de autocuidado por parte da população, uma vez que a figura política que ocupava o cargo de presidência da República à época da pandemia não incentivou e nem divulgou a importância das medidas preventivas contra a COVID-19. Além disso, a análise revelou a importância dada pelo grupo social à adoção dos cuidados de saúde preventivos para a mitigação da pandemia, especialmente para a prevenção da contaminação pelo SARS-CoV-2.

Tais cuidados de saúde são manifestados através de medidas de autocuidado que visam a proteção de si e do outro, como a higienização das mãos, o uso do álcool em gel, uso de máscara e, principalmente as medidas de restrição social, como o isolamento e o distanciamento social.

O isolamento social parece ter sido a medida preventiva mais adotada pelo grupo social e considerada, portanto, a mais eficaz. Além destas medidas, foram consideradas essenciais pelo grupo outras modalidades de autocuidado para a manutenção e promoção da saúde, e prevenção da COVID-19, que são os cuidados físico-corporais através da realização de atividades físicas, cuidados com a alimentação, através da busca por uma alimentação mais saudável, e cuidados espirituais, através da participação em atividades de templos religiosos.

As práticas de autocuidado adotadas estão relacionadas especialmente ao medo de adoecer pela COVID-19 e, consequentemente ao agravamento e a possibilidade de falecimento. Tal medo é fundamentado pelas experiências pessoais e familiares de adoecimento por COVID-19 e notícias veiculadas pelas mídias sociais e impactos. O medo é agravado pela preocupação com a possibilidade de contaminação de familiares, a principal rede de apoio dos integrantes do grupo, que foi fundamental no suporte ao enfrentamento da pandemia e amenização dos danos à saúde mental, causados principalmente pelo isolamento social adotado pelo grupo social.

Portanto, a RS do autocuidado pauta-se na adoção de medidas preventivas contra a COVID-19, especialmente o isolamento social, além de outras formas de cuidado como cuidado físico-corporal, cuidado espiritual e cuidado com alimentação. A adoção das medidas preventivas estão pautadas no medo que o grupo social tem de se contaminar e de seus familiares se contaminarem com o vírus. Logo, a prática de tais cuidados contribuem para a prevenção da COVID-19, promoção da saúde e do bem-estar, assim como a melhora da saúde mental.

4.4 **Diálogo sobre as relações estabelecidas entre as representações sociais e as práticas de autocuidado da pessoa com COVID-19**

Este capítulo trata de algumas possibilidades de interpretação, bem como uma síntese teórica dos resultados deste estudo, com base na Teoria das Representações Sociais e nas proposições teóricas sobre autocuidado, cuidado de si e cuidado do outro.

O termo autocuidado envolve diferentes paradigmas e, portanto, não tem uma concepção única. A sua conceitualização varia de acordo com as diferentes perspectivas

teórico-filosóficas adotadas. Contudo, na área da Enfermagem, o autocuidado passou a ser objeto de reflexão quando foi mencionado pela primeira vez em 1958 pela Enfermeira Dorothea Orem, que formulou a Teoria do Autocuidado.

Para Orem, o autocuidado é manifestado por meio de práticas de atividades e o seu desempenho para a manutenção da vida e bem-estar. Além disso, abarca três modalidades principais que são: autocuidado universal – comum a todos os indivíduos e que impacta ao longo do tempo nos diferentes estágios do ciclo de vida; autocuidado de desenvolvimento – envolve as diferentes adaptações frente às situações experenciadas, como modificações corporais e adaptação a um novo emprego; e autocuidado do desvio de saúde – manifestado em situação de doença ou situação para diagnosticar ou corrigir uma situação de saúde (George, 2000).

Desse modo, o autocuidado é compreendido como a prática de cuidados desenvolvidos pelo indivíduo "portador" de uma necessidade para manter a saúde e o bem-estar. Nessa perspectiva, o autocuidado tem como propósito o emprego de ações de cuidado para atender às necessidades básicas de saúde, como a conservação do ar, água e alimentos, eliminação vesical e intestinal; em situações particulares decorrentes de uma condição específica, como gestação ou perda de um parente; e em situação de doença, lesão ou consequência de medidas médicas para diagnosticar ou corrigir uma condição (Bub *et al*., 2006).

Silva *et al* (2009) considera que o autocuidado na Enfermagem está alinhado ao paradigma da totalidade, vinculado ao objetivismo do processo saúde-doença, o qual percebe o indivíduo como um ser fragmentado, que não tem controle sobre os seus padrões de saúde e necessita se adaptar ao ambiente no qual vive. Assim, considera o saber da Enfermagem soberano sobre o outro, uma vez que compreende a pessoa como um ser que não tem controle sobre os seus padrões de saúde e que necessita, portanto, do saber médico para orientar o ser humano a ter saúde, características do modelo cartesiano.

A partir desse entendimento, no âmbito da Enfermagem, o conceito de autocuidado é mais objetivo, portanto, elabora-se um plano de cuidados assistenciais que deve orientar o indivíduo na sua adaptação ao ambiente e ao modo como ele irá se adaptar a sua realidade de vida. Assim, o conceito está ancorado no modelo biomédico, onde o profissional de saúde, especificamente o enfermeiro, é o detentor do cuidado e atua como um prescritor de orientações a serem seguidas, consideradas por ele as mais indicadas para a recuperação da saúde do paciente.

O cuidado de si é baseado na perspectiva filosófica foucaultiana, tendo sido abordado por Foucault (1986) que compreende as práticas relacionadas à promoção da saúde como indicadoras de um comportamento ético pela vida, o despertar para a responsabilidade e a preocupação com o viver, estando atrelado ao cuidado do outro. Tais práticas manifestam-se através de atividades como: cantar, caminhar, ter relacionamentos saudáveis, abraçar, comer adequadamente, entre outros.

Nesse sentido, o cuidado de si pauta-se no paradigma da simultaneidade, que considera o indivíduo não como um ser somativo, mas que interage com o ambiente podendo transformá-lo e ser transformado. Desse modo, valoriza a subjetividade do ser humano, o diálogo e o indivíduo como o único conhecedor da realidade vivenciada e, portanto, expressa uma preocupação consigo, necessária para ter condições de cuidar do outro (Silva *et al*, 2009).

Em suma, conforme descrito em capítulo anterior, no âmbito da filosofia há distinção entre os termos autocuidado e cuidado de si. No entanto, nos estudos de Enfermagem pesquisados para o arcabouço teórico desta pesquisa, ambos os termos são adotados majoritariamente como sinônimos, sendo mais prevalente o uso de autocuidado. Nesta área, este conceito é focado no processo saúde-doença e relaciona-se com as ações desenvolvidas pelos indivíduos com o objetivo de prevenção de doenças, preservação ou recuperação da saúde.

Nas entrevistas, destacam-se os cuidados de saúde atrelados às necessidades humanas básicas, como dormir e alimentar-se bem; as expressões de cuidado físico-corporal, como a prática de atividade física, a realização de caminhadas e aulas de pilates; o cuidado afetivo-relacional expressos através de sentimentos como solidariedade, empatia, que são desenvolvidos no ato de cuidar do outro, indicando uma preocupação com o outro que só é possível a partir do cuidado de si; e o cuidado espiritual, através da participação de atividades religiosas como frequentar templos e assistir cultos online, que auxiliaram no enfrentamento da pandemia, através do fortalecimento da fé, sendo um suporte emocional e psicológico.

Diante do exposto, fazendo um paralelo com a Teoria do Autocuidado de Orem, pode-se afirmar que o grupo social estudado está alinhado com a proposição desta teórica, visto que o autocuidado é compreendido como a adoção de práticas de cuidados de saúde incorporadas ao cotidiano para a promoção da saúde e do bem-estar, conforme apresentado na classe 5 da análise Alceste intitulada “O autocuidado na vida cotidiana”.

Tal alinhamento é percebido pela importância dada à identificação das necessidades de saúde individuais, através do processo de autoconscientização sobre os cuidados de saúde necessários para o adequado funcionamento do corpo e para a promoção e manutenção da saúde. Além disso, destaca-se a incorporação de medidas preventivas contra a COVID-19, considerada uma expressão de autocuidado necessária para evitar a contaminação pelo SARS-CoV-2.

Assim, tais resultados expressam o autocuidado universal e de desvio de saúde de Orem, considerando que a pandemia da COVID-19 impôs a necessidade de cuidados de saúde preventivos consigo e com o outro e cuidados de saúde em situação de doença manifesta.

O reconhecimento da importância da adoção de cuidados de saúde, sejam promotores da saúde ou preventivos contra a COVID-19, ocorre através da reflexão, do movimento de introspecção do sujeito e do retorno para si, conforme já apontado por Foucault (2006), o que exige uma postura ativa, de protagonismo do autocuidado.

Tais cuidados incluem não somente o cuidado de si, mas o cuidado do outro, através de diferentes modalidades de cuidado, quais sejam: cuidado físico-corporal, cuidado da saúde mental e cuidado religioso. Destaca-se que tais práticas levam em conta a subjetividade do grupo que, além de abarcar as necessidades básicas de saúde, englobam as práticas de atividades que fazem bem ao indivíduo e contribuem para revigorar o corpo e a mente.

O cuidado físico-corporal é manifestado através da adoção de uma alimentação saudável, qualidade do sono, prática de atividade física; o cuidado de saúde mental pode ser obtido através de encontros com amigos e familiares; e o cuidado religioso através da participação de atividades religiosas em templos, como missas e cultos, por exemplo.

A Teoria do Autocuidado associada ao presente estudo possibilita, no âmbito da Enfermagem, a identificação das necessidades de autocuidado, de acordo com as singularidades dos indivíduos; a elaboração de planos de cuidados individualizados com a construção compartilhada do conhecimento, capacitando o indivíduo a ser protagonista do seu autocuidado.

Nas entrevistas e nas evocações livres de palavras observa-se que para uma parte do grupo social estudado, o autocuidado da pessoa com COVID-19 é compreendido como a adoção de práticas de cuidados de saúde individuais, que têm como objetivo prevenir e controlar a COVID-19, evitando a contaminação de si e do outro. Apesar de serem medidas individuais, nos discursos é mencionado o impacto positivo dessas

práticas para a coletividade e mitigação da pandemia, sendo uma manifestação de preocupação com o outro e cuidado do outro, expressando um cuidado com a coletividade.

Este pensamento relaciona-se aos resultados da análise das evocações livres do "cuidar da pessoa com COVID-19", uma vez que expressam a preocupação com outra pessoa, através da solidariedade, atenção e empatia, atributos afetivos-relacionais que são características gerais do cuidado necessárias para o cuidado do outro.

Portanto, o cuidado do outro é percebido como consequência do autocuidado, visto que para o primeiro existir é necessária a existência do segundo. Além disso, o cuidado em promover a saúde e manter-se saudável, além da adoção de medidas preventivas contra a COVID-19 expressam uma preocupação não só consigo, mas com o outro também. Assim, pode-se inferir que o autocuidado é uma expressão do cuidado do outro, estando, portanto, os dois atrelados e complementares.

A medida de autocuidado considerada a mais importante para o grupo social foi a adesão ao isolamento social, conforme revelado na análise estrutural e na análise lexical. O isolamento social refere-se a uma medida preventiva, de caráter funcional, que foi a mais difundida pelas autoridades sanitárias e considerada a mais relevante nos primeiros anos de combate à pandemia de COVID-19.

Além desta medida, foram destacados como práticas de autocuidado nas entrevistas a implementação do uso de máscaras; medidas de higiene, incluindo a higienização das mãos com água e sabão, o uso do álcool em gel nas mãos, higienização dos alimentos; cuidados com as roupas que foram usadas na rua ao chegar em casa, para serem lavadas separadamente das outras roupas; e cuidados com os sapatos, como não entrar em casa com os calçados que foram usados na rua.

Tais resultados representam as principais medidas recomendadas pelas autoridades sanitárias na prevenção e controle da infecção pelo SARS-CoV-2, que foram amplamente divulgadas pelos meios de comunicação e indicam uma dimensão pragmática do cuidado e do autocuidado. Além disso, indicam que a representação do cuidado da pessoa com COVID-19, conforme observado nos resultados da análise das evocações livres, parece ter se ancorado no conhecimento reificado, uma vez que o grupo social é constituído majoritariamente por indivíduos com nível superior de escolaridade, cuja ocupação é a de ensino, professor. Tais características do grupo social podem sugerir que o principal meio utilizado para se manter informado sobre a COVID-19 é através das informações científicas divulgadas, consideradas as mais confiáveis.

Adicionalmente, parte do grupo social estudado compreende o autocuidado como a adoção de outras formas de cuidados direcionados para a promoção da saúde e obtenção de bem-estar, abarcando, por exemplo, atividades relacionadas ao equilíbrio da mente e do corpo, como os cuidado físico-corporais, através da realização de atividades físicas, como caminhadas e aulas de pilates; cuidados espirituais, como a participação em cultos ou missas de forma presencial ou online; e cuidados afetivo-relacionais, que envolvem encontros de lazer, através de chamadas de vídeo com as amigas e os familiares como suporte psicoemocional no enfrentamento da pandemia.

Os resultados predominantes deste estudo estão alinhados ao paradigma da totalidade, expressando um autocuidado prescritivo e focado no corpo e na doença, o qual revela um assujeitamento às normas impostas pelas autoridades sanitárias e pelos profissionais de saúde. Destacam-se as medidas preventivas de isolamento social, uso de máscaras e as medidas de higiene. Além disso, a sujeição ao que foi determinado por autoridades sanitárias revelou-se muito importante no combate à pandemia, pois foram determinações baseadas em conhecimento científico que contribuíram para a redução da transmissão da doença e, consequentemente, diminuição da taxa de incidência.

Entretanto, conforme apontado, para uma parte minoritária do grupo social estudado, o autocuidado está alinhado ao paradigma da simultaneidade, visto que os conteúdos que abarcam tal entendimento se voltam à adaptação do indivíduo e sua interação com o meio ambiente frente à situação vivenciada (pandemia da COVID-19), além de considerarem a saúde um processo que só pode ser definido por quem o vive e não na perspectiva de outra pessoa. Destacam-se a realização de práticas de saúde que passaram a ser realizadas de modo online, como atividades físicas, especialmente o pilates, participação em eventos religiosos, encontros virtuais com a família e amigos.

Tal resultado pode indicar a presença de um subgrupo do total dos participantes que possui uma representação diferente focada nos cuidados integrativos, através de uma ótica multidimensional, que abarca os cuidados físico-corporais, cuidados religiosos e cuidado afetivo-relacional. Apesar destes cuidados não estarem presentes especificamente no quadro de quatro casas, eles são contemplados pelo termo evocado *cuidados*, presente no possível núcleo central, uma vez que abarca cuidados no aspecto físico, espiritual e social, cuidados específicos e cuidados coletivos, conforme o dicionário de padronização das evocações.

Assim, consideram-se diferentes expressões do cuidado de saúde a partir de ações implementadas no cotidiano que proporcionam bem-estar, como cozinhar a

própria comida para obter uma alimentação mais saudável, sendo, também, uma forma de distração; realizar atividades que favorecem a saúde mental, como forma de relaxamento da mente em tempos de isolamento social, como conversar com as amigas e familiares, seja através dos meios de comunicação virtuais ou de forma presencial; realizar caminhadas; e participar de atividades religiosas em templos ou de forma online, como forma de suportar o período de isolamento e as dificuldades impostas pela pandemia.

A partir do exposto, pode-se inferir que os conceitos de autocuidado no paradigma da totalidade e da simultaneidade estão interligados e são complementares nos resultados deste estudo. Nesse sentido, compreende-se que para adotar os cuidados de saúde preventivos, conforme as necessidades de saúde e as singularidades do grupo social, no paradigma da simultaneidade, é necessário a adoção dos cuidados de saúde prescritivos e normativos alinhados ao paradigma da totalidade, como o uso de máscara, álcool em gel 70% e isolamento social.

A adoção destes cuidados propicia a realização de atividades físicas em academias, aulas presenciais de pilates, participação de atividades religiosas em templos, pois são medidas necessárias para o retorno ao convívio social de modo mais seguro em relação à prevenção da contaminação pelo SARS-CoV-2, além de terem sido fundamentais e obrigatórias para o convívio social no período de alta transmissibilidade do SARS-CoV-2 no início da pandemia. Considera-se, portanto, que essas duas modalidades de cuidado são indissociáveis.

Diante do exposto, pode-se afirmar que no presente estudo o autocuidado mostrou-se como um cuidado de saúde consigo e com o outro, mostrando que o cuidado faz parte da natureza e da constituição do ser humano. Sendo, portanto, a base que possibilita a existência humana, estando presente em tudo o que o ser humano faz e projeta. Assim, a sua ausência, desde o nascimento até a morte, faz com que o ser humano definhe, se desestruture, perca o sentido e morra (Boff, 2014).

A palavra cuidado, como substantivo, significa desvelo dedicado a algo ou alguém, e o verbo cuidar significa prestar atenção, reparar, tratar, prevenir-se (Houaiss; Villar, 2010). Em latim, o cuidado significava cura (*coera*), e era usado no contexto das relações humanas envolvendo amor e amizade. Em alguns dicionários de filologia, o cuidado deriva de *cogitare-cogitatus*, significando cura também. O cuidado está relacionado a duas significações básicas, atreladas entre si: uma voltada para a atitude

de desvelo, solicitude e atenção com o outro; e a outra, para a preocupação e a inquietação pelo outro ou por um objeto (Boff, 2005).

O cuidado sempre esteve presente ao longo da história, pois a experiência de cuidar é uma maneira de garantir a manutenção da vida sendo considerada fundamental para o homem, já que ele necessita de cuidado para garantir a sua existência como ser no mundo (Duarte; Rocha, 2011). Desse modo, toda falta de cuidado, seja com a população ou com o planeta e a natureza, gera desequilíbrio tanto nos indivíduos, quanto no mundo (Pinheiro *et al*., 2005).

Diante do exposto, percebe-se a presença de dimensões práticas e afetivas nas concepções de cuidado expressas, respectivamente, pelo ato de cuidar de si ou de alguém, prestar atenção, tratar, reparar, prevenir-se; e pelos sentimentos e emoções envolvidos, como amor, amizade, desvelo, solicitude e atenção com o outro. Além disso, destaca-se que o cuidado está atrelado à saúde, uma vez que é necessário para a manutenção da vida, consistindo na realização das necessidades básicas de saúde. Desse modo, a prática de cuidados promove a saúde, contribuindo para a qualidade de vida e continuidade da espécie humana, sendo necessário nos diferentes ciclos da vida, desde o nascimento até a morte.

Os resultados desta pesquisa mostram que a representação social do cuidado da pessoa com COVID-19 engloba o cuidado do outro e o autocuidado, nas suas dimensões práticas e afetivas representadas, respectivamente, pela adesão ao isolamento social, a adoção de cuidados preventivos, e pelo medo de cuidar do outro pelo risco de contaminação pelo SARS-CoV-2, o amor manifestado pela preocupação com o bem-estar do outro, a solidariedade, a atenção e a empatia com o outro.

Nesse tocante, considerando a importância do cuidado para a existência de uma sociedade, destaca-se a Enfermagem e seu papel fundamental na prestação de cuidados de saúde à população em situações de pandemia, o qual exige a intensificação de medidas de autocuidado e cuidado do outro para a promoção da saúde, do bem-estar e prevenção de doenças.

Na pandemia de COVID-19, a enfermagem atuou como protagonista na organização dos serviços de saúde, assumindo a linha de frente de todas as etapas para o provimento de insumos e materiais necessários, desde a sua requisição até a checagem do recebimento e distribuição nos setores, além da realização de capacitações com os demais profissionais de saúde para o seu manuseio (Silva *et al*, 2021).

Em situações de pandemias, pode-se inferir que a atuação da Enfermagem se torna referência para combater as *fakes news* e difundir informações verídicas, fundamentadas no conhecimento científico, no intuito de transmitir segurança e apoio à população na orientação das medidas de autocuidado e cuidado do outro mais eficazes e específicas para cada grupo populacional.

Nesse tocante, o papel primordial da Enfermagem em situações pandêmicas é atuar na promoção do autocuidado e cuidado do outro e na prevenção de doenças, neste caso, a COVID-19. Isto é possível através de atividades de educação em saúde, principalmente no âmbito da APS, o que contribui para a mudança de estilo de vida dos indivíduos, ampliação dos conhecimentos acerca do agente etiológico causador da pandemia, melhoria da qualidade de vida e redução de agravos de saúde.

O investimento em educação em saúde além de promover o esclarecimento da população acerca do autocuidado para a manutenção da saúde e prevenção de doenças, evita o agravamento do estado de saúde do indivíduo em caso de adoecimento e, consequentemente, reduz os gastos com os sistemas públicos de saúde. Portanto, para os cofres públicos é mais vantajoso investir em promoção da saúde do que no tratamento da doença, especialmente quando se trata de gastos com a internação hospitalar.

Cabe considerar que a constituição das representações sociais está relacionada à dispersão da informação, focalização e pressão à inferência (Sá, 2002, 1998). Além disso, a circulação de informações acerca de determinado objeto entre os grupos sociais, bem como a necessidade de posicionamento para a inserção no grupo e o interesse do grupo pelo objeto analisado são aspectos importantes na constituição destas representações que criam e compartilham significados entre os grupos sociais (Moscovici, 2003).

É importante destacar que a mídia cumpriu um papel nos processos de dispersão da informação, focalização e pressão à inferência interferindo na formação das representações sociais do autocuidado e do cuidado da pessoa com COVID-19, contribuindo para informar a população sobre a situação socioepidemiológica da pandemia no Brasil e no mundo. Além disso, a mídia assumiu um papel de divulgar diferentes tipos de informações, tais como as científicas e as *fakes news*, de acordo com os interesses ideológicos dos jornais, o que acarretou mais incertezas e desconfiança sobre a veracidade das informações, impactando na própria constituição das representações.

Além do caráter científico das notícias, principalmente acerca dos cuidados preventivos, amplamente difundidos nos diferentes meios de comunicação, foram também divulgadas informações contraditórias que colocavam em dúvida as prescrições das autoridades sanitárias. Observou-se a massificação de notícias diárias e repetitivas sobre número de mortos nas diferentes cidades e países, imagens impactantes de sepultamentos coletivos, pessoas entubadas, o que pode ter agravado a ansiedade e o medo da sociedade frente a epidemia de COVID-19, conforme observado neste estudo e na pesquisa de Castro (2023).

Em relação aos impactos causados pela pandemia, destaca-se o contexto político e a atuação do governo federal no enfrentamento da pandemia, que representou fator gerador de danos à saúde da população e influenciou a formação da representação do autocuidado e do cuidado, a partir do negacionismo da gravidade de pandemia, da eficácia da vacina anti-COVID-19 e da banalização do sofrimento.

Para Castro (2023) a mídia brasileira contribuiu para desencadear o medo através da veiculação do seu posicionamento ideológico, ignorando a desigualdade existente no país. Desse modo, a compreensão da representação social da COVID-19 na mídia jornalística propicia uma aproximação do que é construído por ela através das suas narrativas, que atingem o conhecimento do senso comum, bem como as suas práticas cotidianas, sendo difundidas diariamente para a sociedade em geral.

A insegurança resultante das incertezas sobre as informações do SARS-CoV-2 que estavam sendo divulgadas pela mídia, ora reafirmando aquelas científicas, ora veiculando *fake news* divulgadas pelo ex-presidente da República de minimização da gravidade da doença, de atraso na compra das vacinas, da não adesão às medidas preventivas recomendadas para a mitigação da pandemia, geraram mais incertezas e contribuíram para reforçar o medo já existente em relação ao novo vírus, além de estimular práticas contrárias àquelas prescritivas de cuidado e de autocuidado.

O medo é o atributo afetivo-relacional do cuidado do outro de maior impacto na construção da representação social analisada, sendo um sentimento negativo transversal ao conjunto de resultados desta análise. Ele se fez presente, por um lado, como fator impulsionador da adoção de práticas de cuidado de saúde preventivas, expressando a preocupação com a possibilidade de contaminação de si e do outro reforçada pelas informações divulgadas pela mídia e pela incerteza. Por outro lado, essa expressão contribuiu para o comprometimento da saúde mental e para o agravamento das doenças psíquicas já existentes.

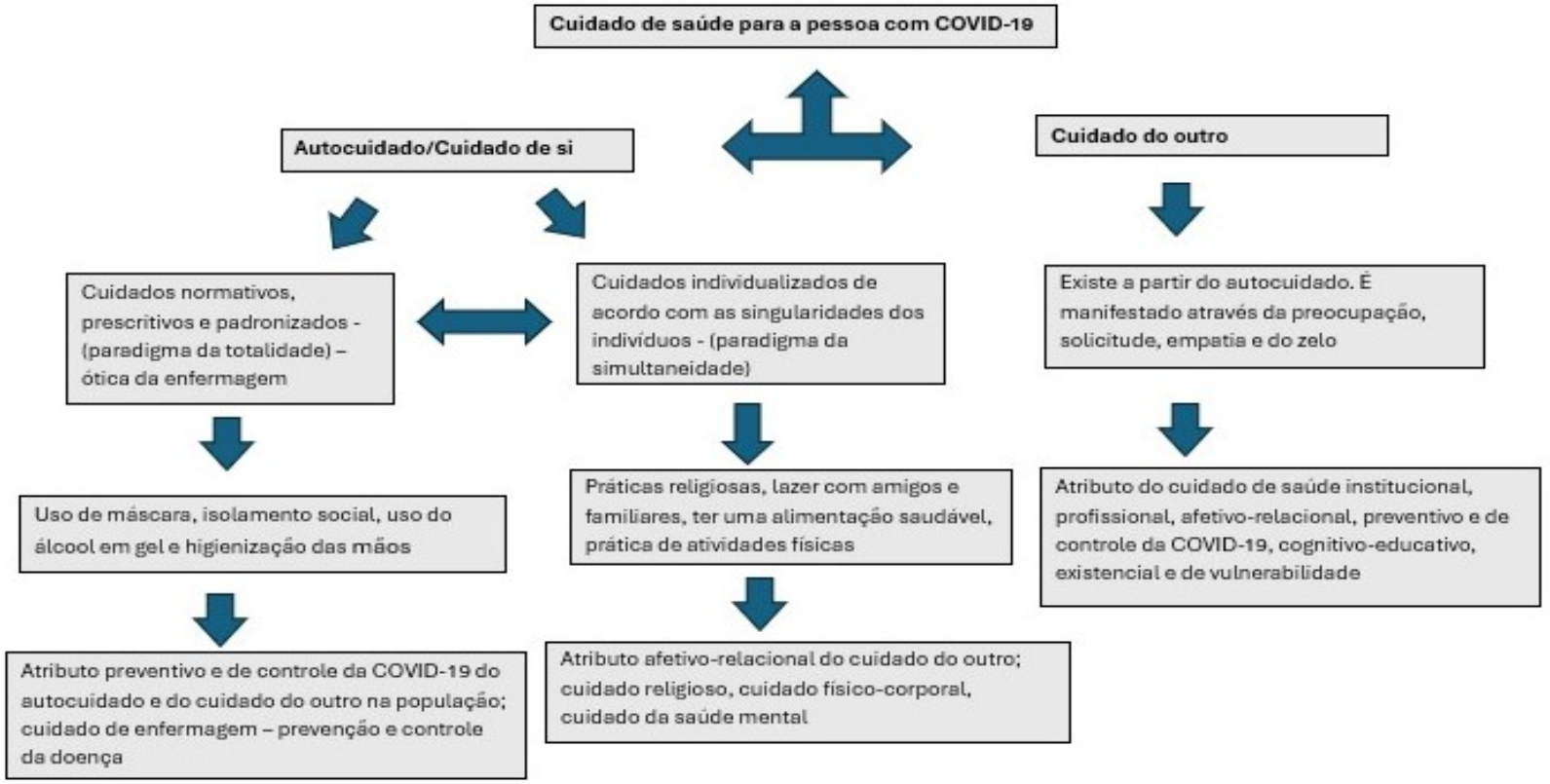
Neste estudo observou-se que o cuidado do outro foi compreendido como uma preocupação com a coletividade, através da adoção de práticas de saúde preventivas contra a COVID-19 que visaram o autocuidado. Foi caracterizado por englobar os atributos dos cuidados de saúde como preocupação, solicitude, zelo, empatia e se expressou-se no cuidar da pessoa com COVID-19 em diferentes âmbitos, quais sejam: institucional, profissional, afetivo-relacional, preventivo e de controle da COVID-19, cognitivo do cuidado educativo, existencial e de vulnerabilidade. Portanto, o cuidado do outro representou um cuidado de saúde manifestado através da realização do autocuidado, durante a pandemia de COVID-19, sendo este último o pré-requisito para o primeiro existir, ou seja, o cuidado do outro se manifestou a partir do movimento de cuidar de si.

Por fim, a partir dos resultados apresentados e da compreensão do pensamento do grupo social estudado, espera-se contribuir para o aprimoramento ou aplicabilidade das práticas para a promoção do autocuidado e do cuidado do outro tanto pelos indivíduos e sociedade, bem como pelos profissionais da saúde. Acredita-se que, nos âmbitos individual e coletivo, tais resultados possam contribuir para novas práticas de cuidados de saúde que valorizem a importância do autocuidado e do cuidado do outro, não só em cenários pandêmicos, mas também, para a incorporação de hábitos de vida necessários para o bem-estar individual e coletivo, a promoção da qualidade de vida e a manutenção da saúde.

Em relação ao âmbito profissional, no campo da saúde pública, especialmente nos cenários da Estratégia Saúde da Família, no qual é possível manter um acompanhamento longitudinal do indivíduo, família e comunidade, acredita-se que as contribuições sejam possíveis através de abordagens em saúde que valorizem a fala do indivíduo e do contexto social no qual este se encontra. Para isso, é importante a implementação e construção compartilhada de práticas que promovam a saúde e contribuam para a prevenção de doenças a partir de cuidados de saúde de acordo com as singularidades dos indivíduos. As estratégias de educação em saúde, como a criação de espaços de diálogo entre os usuários e os profissionais de saúde colocam como práticas de autocuidado e de cuidado do outro, seja no centro de saúde, na clínica da família, na comunidade, nas associações de moradores ou em visitas domiciliares.

Como forma de sintetizar os achados do estudo e contribuir para a clarificação do entendimento dos conceitos de cuidado e autocuidado estudados na presente tese, elaborou-se o esquema figurativo na Figura 9:

Figura 9 - Diagrama relativo ao núcleo figurativo da representação social do cuidado e do autocuidado. Rio de Janeiro, 2024



Fonte: A autora, 2024.

CONCLUSÃO

Neste estudo, confirmando a tese formulada, pode-se concluir que a constituição da representação social do autocuidado e do cuidado do outro estabelece uma relação de dependência com as práticas de autocuidado de saúde, no contexto da COVID-19. A representação social estudada é pautada na adoção de medidas preventivas, que constituem uma dimensão funcional da representação, uma vez que recomendada pelas autoridades sanitárias que, além de visarem o autocuidado, expressam uma preocupação com o cuidado do outro.

Observa-se que o objetivo geral do estudo foi atendido uma vez que foi possível identificar a estrutura e os conteúdos constituintes das representações sociais acerca do autocuidado de saúde e do cuidado do outro e suas relações com as práticas de proteção desenvolvidas na pandemia de COVID-19 adotando as abordagens estrutural e processual das representações sociais.

Para tal alcance, foi utilizada a abordagem estrutural das representações sociais para analisar a estrutura, o conteúdo representacional e a sua organização. Já a abordagem processual das representações sociais foi utilizada com o objetivo de caracterizar e organizar o conteúdo discursivo da representação social e contextualizar o significado dos elementos integrantes da estrutura representacional caracterizada.

Com isso, as representações sociais acerca do autocuidado de saúde e do cuidado do outro estabelecem uma relação de dependência com as práticas de autocuidado de saúde, ou seja, o autocuidado consiste nas práticas de medidas preventivas desenvolvidas na pandemia de COVID-19, que são fundamentais para o cuidado do outro existir.

No que se refere aos objetivos específicos, a estrutura da representação social do cuidado da pessoa com COVID-19 revelou-se predominantemente funcional associada às medidas de autocuidado preventivas, especialmente o isolamento social, devido à elevada frequência e à prontidão com que foi evocado. Além disso, demonstrou um alinhamento com o paradigma da totalidade.

Os conteúdos das representações sociais do autocuidado de saúde e do cuidado do outro na pandemia de COVID-19 demonstraram que o autocuidado é compreendido como as práticas de saúde de cunho preventivo contra a COVID-19 e direcionadas especialmente à promoção e manutenção da saúde manifestadas através de outras modalidades de cuidado, consideradas importantes pelos sujeitos para o seu bem-estar, associadas às suas necessidades

de saúde individuais. Além disso, revelaram um maior alinhamento ao paradigma da simultaneidade.

As práticas de autocuidado de saúde e de cuidado do outro na pandemia de COVID-19 mostraram-se associadas majoritariamente à adesão aos cuidados de saúde orientados pelos órgãos de saúde para a prevenção da COVID-19, como o isolamento social, o uso de máscaras e álcool em gel 70%. Acredita-se que isto se deve ao fato de aquelas serem medidas mais eficazes e, portanto, mais confiáveis, já que foram divulgadas pelas autoridades de saúde que têm como base a ciência. Associado a isto, os cuidados de saúde afetivo-relacional, religioso e físico-corporal foram considerados muito importantes também, não só para a manutenção da saúde, mas, especialmente, para a prevenção da COVID-19.

A atuação da Enfermagem na promoção do autocuidado e do cuidado do outro em situações de pandemia é fundamental para a orientação da população acerca dos cuidados de saúde necessários para a prevenção do acometimento pela doença pandêmica, sendo uma fonte de segurança em relação ao conteúdo orientado, visto que é baseado em estudos científicos. Além disso, a sua atuação pode permitir a criação de planos individualizados de cuidado, facilitar a adesão às medidas recomendadas pelas autoridades de saúde e contribuir para a redução dos casos da doença.

O autocuidado tem como alicerce o cuidado de saúde e seus atributos presentes nas dimensões pragmáticas destacadas no estudo. Adicionalmente, o autocuidado está alinhado tanto ao paradigma da simultaneidade, englobando práticas de cuidado individualizadas conforme as necessidades de saúde de cada indivíduo, promotores de bem-estar; como ao paradigma da totalidade, abarcando práticas de cuidado prescritivas e padronizadas.

No âmbito da Enfermagem, destaca-se a importância da Teoria do Autocuidado de Orem pelo fato de a representação social do autocuidado alinhar-se a ela a partir da valorização da adoção de cuidados de saúde promotores da saúde e preventivos contra a COVID-19 e alinhar-se ao autocuidado universal e de desvio de saúde.

Destaca-se que a formação da representação social do autocuidado e do cuidado do outro sofreu influência de três contextos: dos impactos da pandemia da COVID-19 na saúde de si, da família e de pessoas próximas que foram acometidas pelo SARS-CoV-2 e seus desdobramentos; das informações veiculadas pela mídia; e do contexto político-ideológico vigente no Brasil durante a pandemia.

O primeiro aspecto refere-se às próprias experiências de pessoas próximas vivenciadas, contribuindo para uma visão positiva ou negativa da saúde; o segundo refere-se à divulgação de informações pela mídia, ou seja, as científicas, que contribuíram para a

construção do conhecimento acerca do objeto social desconhecido e as *fake news*, que geraram mais desconhecimento pessoana sociedade; e o terceiro que contribuiu para um clima de incertezas e insegurança, com a condução da pandemia de forma omissa, com descaso e não adesão às medidas preventivas divulgadas pelas principais autoridades de saúde do Brasil e do mundo.

Observou-se uma representação do autocuidado não dissociada do cuidado do outro, mantendo relações de complementariedade como representações não autônomas, conforme conceituado por Abric (2003). O autocuidado embora caracterizado em práticas de saúde individuais adotadas para a prevenção da COVID-19 apresentou-se como uma forma de cuidar do outro. No cenário pandêmico, o autocuidado preventivo implicou em menor disseminação do SARS-CoV-2, e, consequentemente, com menor gasto dos sistemas públicos de saúde com exames, medicamentos e internação.

Apesar do fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional da COVID-19, decretado pela OMS em maio de 2023, observou-se a importância da manutenção de determinadas práticas preventivas de autocuidado, relevando a incorporação de elementos novos a uma representação pré-existente.

Como desdobramento deste estudo, sugere-se a realização de novos estudos de representação social sobre autocuidado e cuidado do outro, já que é um tema pouco tratado na literatura, especialmente em cenário pandêmico, com recortes temporais distintos, para fins comparativos. Estudos que comparem as representações sociais das pessoas da sociedade com os profissionais enfermeiros, já que o cuidado de saúde e suas ramificações (autocuidado e cuidado do outro) são os objetos centrais do seu ofício.

Acredita-se ser interessante tal comparação uma vez que a presente pesquisa foi realizada no início da pandemia e trouxe como resultados de destaque a presença do atributo afetivo-relacional do cuidado do outro. Tal atributo pode estar atrelado ao período de desconhecimento do SARS-CoV-2, que gerou insegurança, preocupação e a necessidade urgente da adoção das medidas preventivas para a mitigação da pandemia.

Em contrapartida, a realização de novos estudos após o arrefecimento da pandemia, juntamente com o afrouxamento das medidas preventivas, pode ser interessante para comprovar a formação uma nova representação social sobre o autocuidado e cuidado do outro.

Identifica-se como limitação desta pesquisa a ausência de dados empíricos acerca da representação social do autocuidado e do cuidado do outro no cenário da COVID-19 e o fato de a primeira etapa do estudo ter sido realizada de modo online, o que pode ter interferido na

qualidade do material coletado pela natureza da técnica. Uma segunda limitação do estudo está no fato de a maioria dos participantes ter ensino superior completo e ser da área da docência, o que pode ter contribuído para os resultados encontrados estarem alinhados principalmente ao conhecimento reificado.

Ressalta-se que o fato de o tema da presente pesquisa ser sobre as representações sociais do autocuidado e cuidado do outro no cenário de pandemia da COVID-19 consistiu em um desafio para a pesquisadora e para os entrevistados. Isto ocorreu por ser um assunto sensível que remete à memória das experiências vivenciadas, nem sempre exitosas e com desfechos felizes, a situação socioepidemiológica global e as imagens negativas impactantes veiculadas pela mídia. Assim, os conteúdos das entrevistas apresentaram uma carga afetiva-relacional intensa, manifestada através do choro, medo e da tristeza.

Por fim, acredita-se que esta tese poderá contribuir para a reflexão sobre a complexidade conceitual do autocuidado e do cuidado do outro, bem como para o aprimoramento das práticas de autocuidado na saúde pública e na enfermagem, através da educação continuada dos enfermeiros e dos demais profissionais focados no cuidado, e com os usuários do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. A abordagem estrutural das representações sociais. *In*: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.) **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2. ed. Goiânia: AB, 2000. p. 27-38.

ABRIC, J. C. Abordagem estrutural das representações sociais: desenvolvimentos recentes. *In*: CAMPOS, P. H. F.; LOUREIRO, M. C. S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003. p. 37-57.

ABRIC, J. C. O estudo experimental das representações sociais. *In*: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 115-72.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Orientações para serviços de saúde: medidas de prevenção e controle que devem ser adotadas durante a assistência aos casos suspeitos ou confirmados de COVID-19. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA nº 04/2020**. Brasília, DF: ANVISA, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/2020/nota-tecnica-n-04-2020-gvims-ggtes-anvisa-atualizada.pdf/view. Acesso em: 22 out. 2023.

AGRAWAL, S. *et al*. The Impact of the COVID-19 Emergency on Life Activities and Delivery of Healthcare Services in the Elderly Population. **Journal of Clinical Medicine**, [*S. l*.], v. 10, n.18, p. 4089, 2021. DOI: 10.3390/jcm10184089 Disponível em: https://www.mdpi.com/2077-0383/10/18/4089. Acesso em: 10 abr. 2022.

ALMEIDA-FILHO, N. Pandemia de Covid-19 no Brasil: equívocos estratégicos induzidos por retórica negacionista. In: Principais elementos. Coleção Covid-19. Brasília, DF: CONASS, 2021. v. 1.

ALENCAR, R. A. *et al*. Aspects that influence the self-care of patients living with human immunodeficiency virus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 27, p. e3112, 2019. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2746.3112. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/NYt6BQb5FSWWQTN39KHDTvS/?lang=en. Acesso em: 20 jan. 2021.

ALMEIDA, I. L. S. *et al*. Rigid social isolation during COVID-19 pandemics i n a state of brazilian northeast. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 34, eAPE02531 2021. DOI: https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02531. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ape/a/38NvCBqz5ywXFBN8HntJBxG/?lang=en. Acesso em: 29 out. 2021.

ALMEIDA, R. M. F. *et al*. Covid-19: um novo fenômeno de representações sociais para a equipe de enfermagem na terapia intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. espe., e20200118, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0118. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/bPJzQtNM6JFqmYVW3x8gyBj# . Acesso em: 10 abr. 2022.

ALMEIDA, W. S. *et al*. Mudanças nas condições socioeconômicas e de saúde dos brasileiros durante a pandemia de COVID-19. **Rev. bras. epidemiol**., 23, E200105, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-549720200105. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/w8HSZbzGgKCDFHmZ6w4gyQv/?lang=pt. Acesso em: 2 mar. 2023.

ALVES-MAZOTTI, A. J. Representações sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, São Paulo, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun. 2008. Disponível: https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/ML/article/view/1169/1181. Acesso em: 22 fev. 2019.

ANDRADE, R. P. S. *et al*. Contribuição dos profissionais da atenção primária à saúde para o autocuidado apoiado aos portadores de tuberculose. **R. Pesq.: Cuid. Fundam. Online**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4857-4863, jul./set. 2016. DOI: Disponível em: https://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4466/pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. The ethics of self-care as a way of creating possibles for work in Health. **Interface (Botucatu)**, São Paulo, v. 22, n. 64, p. 67-76, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832018000100067&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 20 jan. 2021.

AQUINO, E. M. L. *et al*. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de COVID-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. supl 1, Jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/#. Acesso em: 22 out. 2023.

ASSIS, M. M. A. *et al*. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 68, n. 2, p. 333-8, mar./abr. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672015000200333. Acesso em: 22 fev. 2019.

AVELAR, F. G. Complicações da Covid-19: desdobramentos para o Sistema Único de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 1, e310133, 2021. Disponível em: DOI: Http://Dx.Doi.Org/10.1590/S0103-73312021310133. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/physis/2021.v31n1/e310133/pt/. Acesso em: 7 jan. 2023.

ÁVILA, F. M. V. P. *et al*. Medidas não farmacológicas para prevenção da Covid-19 entre a população idosa brasileira e fatores associados. **Estud. Interdiscipl. Envelhec**., Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 293-312, 2021. DOI: https://doi.org/10.22456/2316-2171.110117. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/110117/65786. Acesso em: 7 jan. 2023.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface Comumic. Saúde Educ.,** Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, set.2003-fev.2004. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n14/v8n14a04.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Rio Grande do Sul, v. 28, n. 2, p:233-41, 2007. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3168. Acesso em: 18 jan. 2021.

BANCHS, M. A. Alternativas de apropiación teórica: abordaje procesual y estructural de las representaciones sociales. **Rev. Educ. cult. Contemp**., Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 39-60, ago./dez. 2004.

BANCHS, M. A. Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. **Peer Reviewed Online Journal**, [*S. l.*], v. 9, p. 3.1-3.15, 2000.

BAQUEDANO, I. R *et al*. Autocuidado de pessoas com diabetes mellitus atendidas em serviço de urgência no México **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 6, nov.-dez. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692010000600021&script=sci_abstract&tlng=es11692010000600021&script=sci_abstract&tlng=es. Acesso em: 20 fev. 2019.

BATISTA, A. C. S.; SILVA, R. S. Compaixão em tempos de pandemia de COVID-19. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v. 3, n. e12360, p.1-10, 2022.

BENNETT, A. M.; FOSTER, P. C. Dorothea E. Orem. *In*: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem**: dos fundamentos à prática profissional. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. cap. 7, p. 83-101.

BERNARDINO, E. *et al*. Care management in coping with COVID-19 at a teaching hospital. **Rev**. **Bras**. **Enferm**., Brasília, DF, v. 74, n. suppl 4, e20200970, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0970. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/9scPk59HP7V4pbdhMFnfMCQ/. Acesso em: 20 out. 2023.

BEZERRA, A. C. V. *et al*. Fatores associados ao comportamento da população durante o isolamento social na pandemia de COVID-19. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. suppl 1, jun. 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10792020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/9g4hLHkSSW35gYsSpggz6rn/. Acesso em: 9 maio 2022.

BEZERRA SOBRINHO, A. *et al*. O cuidado integral como uma missão da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Mult. Psic**., [*S. l.*], v.12, n. 42, Supl. 1, p. 790-804, 2018. Disponível em: http://idonline.emnuvens.com.br/id. Acesso em: 19 out. 2023.

BOFF, L. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v.58, n. 4, 2005. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018. Acesso em: 12 set. 2022.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2014.

BÓGUS, L. M.; MAGALHÃES, L. F. A. desigualdades sociais e espacialidades da covid-19 em regiões metropolitanas. **Caderno CRH**, v. 35, e022033, 2022. DOI: https://doi.org/10.9771/ccrh.v35i0.50271. Acesso em: 22 dez. 2023.

BONFIM, M. A. *et al*. Influência do nível de escolaridade sobre a disseminação do sars-cov-2 na região metropolitana do Recife. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 6, n. 2, 2022. DOI: https://doi.org/10.22278/2318-2660.2022.v46.n2.a3639. Disponível em: https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/3639/3105. Acesso em: 30 ago. 2023.

BORGES, M. S.; SANTOS, D. S. O campo de cuidar: uma abordagem quântica e transpessoal do cuidado de enfermagem. **Ciênc. Cid. Saúde**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 606-611, jul./set. 2013. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Cienc CuidSaude/article/view/17159/pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. **PNPS**: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2015b. Disponível em: http://promocaodasaude. saude.gov.br/promocaodasaude/arquivos/pnps2015_final.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência. **Protocolo de manejo clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-da-covid-19-na-atencao-especializada/. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que é a Covid-19?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, set. 2021a. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/o-que-e-o-coronavirus. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Doença pelo novo coronavírus. Semana Epidemiológica 11 13/3 a 19/3/2022. **Boletim epidemiológico especial**., Brasília, DF, n. 105, mar. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022?b_start:int=30. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Doença pelo novo coronavírus. Semana epidemiológica 12 20/3 a 26/3/2022. **Boletim epidemiológico especial**. Brasília, DF, n. 106, mar. 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2022?b_start:int=30. Acesso em: 20 mar. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em saúde. Doença pelo novo coronavírus. Semana epidemiológica 30 (25 a 31/7/2021). **Boletim epidemiológico especial**. Brasília, DF, n. 74, 31 jul. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/covid-19/2021/boletim_epidemiologico_covid_74-final_6ago.pdf/view. Acesso em:12 ago. 2021.

BRASIL. Guia de vigilância epidemiológica. **Emergência de saúde pública de Importância nacional pela Doença pelo coronavírus 2019 – covid-19**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021b. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/05/1179745/guia-de-vigilancia-epidemiologica-covid-19.pdf. Acesso em:12 ago. 2022.

BRASIL. Lei n.13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato20192022/2020/lei/l13979.htm#:~:text=14.028%2C%20de%202020),Art.,de%20evitar%20a%20sua%20propaga%C3%A7%C3%A3o. Acesso em: 20 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de contingência nacional para infecção humana pelo novo Coronavírus 2019-nCoV**: centro de operações de emergências em saúde pública (COE-nCoV). Brasília, 2020a. Disponível em: http://portalarquivos2. saude.gov.br/images/pdf/2020/fevereiro/07/plano-contingencia-coronavirus-preliminar.pdf. Acesso em:12 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 454, de 20 de março de 2020. Declara, em todo o território nacional, o estado de transmissão comunitária do coronavírus (covid-19). **Diário Oficial da União**. Brasília, 2020c. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-454-de-20-de-marco-de-2020-249091587 Acesso em:12 ago. 2021.

BRASIL. Tribunal Superior Eleitoral. Lula é eleito novamente presidente da República do Brasil. **Tribunal Superior Eleitoral**. Brasília, DF, 30 out. 2022. Disponível em: https://www.tse.jus.br/comunicacao/noticias/2022/Outubro/lula-e-eleito-novamente-presidente-da-republica-do-brasil. Acesso em: 10 out. 2023.

BROOKS, S. K. *et al*. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet,** v. 395, n.102227, p.912-920, 2020. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8. Acesso em: 10 out. 2022.

BRUM, J. L. R.; FERREIRA, S. R. S. As representações sociais e suas contribuições no campo da saúde. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, RS, v. 20, n. esp., p. 5-14, 2000. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4323. Acesso em: 22 fev. 2019.

BUB, M. B. C *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm,** Florianópolis, v. 15, n. Esp., p.152-157, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf. Acesso em: 20 fev. 2019.

CAETANO, J. A.; PAGLIUCA, L. M. F. Autocuidado e o portador do HIV/AIDS: sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, Brasília, DF, v. 14, n. 3, maio- jun. 2006. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/pt_v14n3a06.pdf. Acesso em: 21 jan. 2021.

CAJADO, L.; MONTEIRO, S. HIV/AIDS e a ética do cuidado a partir da experiência de mulheres ativistas no Rio de Janeiro. **Sex., Salud Soc**., [*S. l.*], n. 30, p.183-200, 2018. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-64872018000300183. Acesso em: 18 jan. 2021.

CAMPOS, P. H. F.; ROUQUETTE, M. L. Abordagem estrutural e componente afetivo das representações sociais. **Psicol. Reflex. Crít.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 435-445, 2003. Disponível em: https://www.scielo.br/j/prc/a/M6cKJvz7mCLjDP5mtQ6ZrNn/abstract/?lang=pt. Acesso em: 12 fev. 2021.

CANAVÊZ, F.; FARIAS, C. P.; LUCZINSKI, G. F. A pandemia de Covid-19 narrada por mulheres: o que dizem as profissionais de saúde? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. esp. 1, p.112-123, out. 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7QwqQkJfNDPG5HnqS5cxqRK/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 29 ago. 2023.

CARDOSO, J. M.; ROCHA. R. L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Cienc. saude colet**., Rio de Janeiro, v. 23, 6, p. 1871-9201. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/pTXBdCDZGJGbpX93xQd3gGK/#. Acesso em: 29 ago. 2023.

CASTELLS, M. **O poder da comunicação**. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

CASTRO, S. S. **A COVID-19 na mídia**: a construção da representação social da doença na pandemia. 2023. 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

CAVALCANTE, J. R. *et al*. COVID-19 no Brasil: evolução da epidemia até a semana epidemiológica 20 de 2020. **Epidemiol. Serv. Saúde,** Brasília**,** v. 29, n. 4, set. 2020 Epub, 05-Ago-2020. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742020000400016. Acesso em: 9 out. 2021.

COELHO, E. A. C.; FONSECA, R. M. G. S. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 58, n. 2, p. 214-7, mar./abr. 2005. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/2670/267019629017.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

CIRINO, A. C. S. B.; VIEIRA, M. C. Consumo e performance: a máscara como item de cultura material na pandemia. **Animus: Revista Interamericana da Comunicação Midiática**, Santa Maria, RS, v. 22, n. 48. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/animus/article/view/63690. Acesso em: 5 jan. 2023.

COELHO M. M. F. *et al*. Análise estrutural das representações sociais sobre COVID-19 entre enfermeiros assistenciais. **Texto Contexto Enferm** [Internet], Santa Catarina, v. 30, p. e20200358, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0358. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/xcMtfcmgcPwQXZYTYJ4YSZJ/?lang=pt. Acesso em: 5 jan. 2022.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil) . Nota Pública: CNS defende manutenção de distanciamento social conforme define OMS. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, DF, 8 abr. 2020. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/1102-nota-publica-cns-defende-manutencao-de-distanciamento-social-conforme-define-oms. Acesso em: 20 set. 2021.

CONTATORE, O. A.; TEASER, C. D.; BARROS, N. F. Autocuidado autorreferido: contribuições da Medicina Clássica Chinesa para a Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 25, e200461, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.200461. Acesso em: 20 fev. 2023.

CORONAVIRUS RESOURCE CENTER. **Coronavirus COVID-19 global cases by the Center for Systems Science and Engineering** (CSSE) Baltimore: Johns Hopkins University, 2020. Disponível em: http://coronavirus.jhu.edu/map.html. Acesso em: 20 fev. 2023.

CORRÊA, R. P. *et al*. The perceptions of Brazilian postgraduate students about the impact of COVID-19 on their well-being and academic performance. **International Journal of Educational Research Open**, Volume 3, 2022,100185, ISSN 2666-3740,Disponível em: DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijedro.2022.100185.(https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666374022000619. Acesso em 23 ago.2023.

COSTA, E. F.; CRUZ, D. A; CAVALCANTE, L. I. C. Social representations of Coronavirus in Brazil: first months of the pandemic. **Estudos de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 144-156. abr. – jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epsic/v25n2/a05v25n2.pdf. Acesso em: 9 abr. 2022.

COUTO, P. L. S. *et al*. Estratégias de enfrentamento e prevenção à covid-19 para trabalhadoras sexuais, no contexto de diversos países. **Texto Contexto Enferm** [Internet], Santa Maria, RS, v. 30, e20200560, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0560. Disponível em: https://www.scielo.br/j/tce/a/PJkPH6qZmnpnrHmsVpqs9Rc/?lang=pt. Acesso em: 9 abr. 2022.

CRIVARO, E. T.; ALMEIDA, I. S.; SOUZA, I. E. O. O Cuidar Humano: Articulando A Produção Acadêmica de Enfermagem ao Cuidado e ao Cuidador. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 248-54, abr./jun. 2007. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522007000200015&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt f. Acesso em: 22 fev. 2019.

CRODA; GARCIA. Resposta imediata da Vigilância em Saúde à epidemia da COVID-19. **Epidemiol. Serv. Saude,** Brasília, v. 29, n. 1, e2020002, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/zMMJJZ86vnrBdqpKtfsPL5w/?lang=pt. Acesso em: 15 ago. 2021.

CRUZ, T. A.; CARVALHO, A. M. C.; SILVA, R. D. Reflexão do autocuidado entre os profissionais de enfermagem. **Revista Enfermagem Contemporânea**, [*S. l.*], v. 5, n. 1, p. 96-108, 2016. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/566. Acesso em: 24 jan. 2021.

CUIDADO. In: HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2010. p. 337.

DA-SILVA, L. S. C. *et al*. Teoria do autocuidado no ciclo gravídico-puerperal durante pandemia de covid-19: reflexão para a prática de enfermagem. **Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde**, [S. l.], v. 6, p.1-8, 2021. DOI: https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210055. Acesso em: 24 jan. 2022.

DUARTE, M. R.; ROCHA, S. S. As contribuições da filosofia heideggeriana nas pesquisas sobre o cuidado em enfermagem. **Cogitare Enferm**., Curitiba, v. 16, n. 2, p. 36-40, abr/jun. 2011. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/18620/14221>. Acesso em: 20 fev. 2024.

DOMINGUES, J. P.; OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C. Representações sociais da qualidade de vida de pessoas que vivem com hiv/aids. **Texto & Contexto enferm**. [Internet], Santa Maria, RS, v. 2, n. 27, e1460017, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n2/0104-0707-tce-27-02-e1460017.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

ESPERIDIÃO, E.; FARINHAS, M. G.; SAIDEL, M. G. B. Práticas de autocuidado em saúde mental em contexto de pandemia. *In*: ESPERIDIÃO, E.; SAIDEL, M. G. B. (Orgs.). **Enfermagem em saúde mental e COVID-19.** 2. ed. rev. Brasília, DF: Editora ABEn, 2020. p. 65-71. (Série Enfermagem e Pandemias. DOI: https://doi.org/10.51234/aben.20.e04.c09

EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. **Considerações relativas às medidas de distanciamento social em resposta à COVID-19 – segunda atualização**. Estocolmo: ECDC, 2020. Disponível em: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guide-for-social-distancing-measures_PT.pdf. Acesso em: 15 set. 2020.

FERNANDES, I. A. *et al*. Orientação a pessoa vivendo com HIV: o papel do enfermeiro na adesão ao tratamento e no desenvolvimento da prática do autocuidado. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, SP, v. 8, n. 1, p. 359-370, 2015.Disponível em: https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/36/30102015190552.pdf. Acesso em: 16 fev. 2021.

FERNANDES, M. G. M, *et al*. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 64, n. 6, p.1150-6, nov-dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a24.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

FERREIRA, M. A. Teoria das Representações Sociais e contribuições para as pesquisas do cuidado em saúde e de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 214-219, 2016. Disponível em: file:///C:/Users/pdomi_000/Downloads/1414-8145ean-20-02-0214.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

FISHER, 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 Debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, p. 733-747, jul.-set. 2021. DOI: 10.1590/0103-1104202113013. Acesso em: 22 fev. 2022.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. 2. ed. São Paulo: Marins Fontes, 2006.

FOUCAULT. **História da sexualidade 3**: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

FORMOZO, G. A. *et al*. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 124-127, jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.ehttp://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4006/2775. Acesso em: 22 fev. 2019.

CORONAVÍRUS, covid-19, SARSCoV-2 e outros – um ponto de vista virológico. **Jornal da Universidade UFRGS**, Porto Alegre, 30 abr. 2020. Disponível em: https://www.ufrgs.br/jornal/coronavirus-covid-19-sarscov-2-e-outros-um-ponto-de-vista-virologico/. Acesso em: 22 fev. 2022.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Um balanço da pandemia em 2020. **Boletim Observatório Covid-19** [Internet], 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_edicao_especial_2021.pdf. Acesso em: 28 mar. 2021.

GALVÃO, M. T. R. L. S; JANEIRO, J. M. S. V. O autocuidado em enfermagem: autogestão, automonitorização e gestão sintomática como conceitos relacionados. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 225-230, jan./mar. 2013. Disponível em: http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/593. Acesso em: 22 fev. 2019.

GALVÃO, T. F. Resposta da ciência para a pandemia de COVID-19: compromisso com a vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 30, n. 2, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/S1679-49742021000200001. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ress/a/xfHpbSysHq8S3qyQwHrPyVM. Acesso em: 20 out. 2023.

GARCIA, L. H. C.; CARDOSO, N. O.; BERNARDI, C. M. C. Autocuidado e Adoecimento dos Homens: uma Revisão Integrativa Nacional. **Revista Psicologia e Saúde**, [*S. l.*], v. 11, n. 3, p. 19-33, set./dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000300002. Acesso em: 28 jan. 2021.

GARCIA, Y. "Libertação", "Caridade" e o Regime da troca com Deus. **Rev. bras. Ci. Soc**., [S. *l.*], v. 34, n. 101, 2019. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/GyqxZ8fYHbJW7nrtbqSKXYr/#. Acesso em: 19 out. 2023.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2014.

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, A. M.; MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicol. Teor. Prat.**, São Paulo, v. 6, n. spe, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151636872004000300007>. Acesso em: 21 dez. 2023.

GOMES, K. B. *et al*. Evolução da COVID-19 no Nordeste do Brasil. **Revista Ambientale: Revista da Universidade Estadual de Alagoas**, Maceió, ano 14, v. 14, n. 2, 2022. DOI: https://doi.org/10.48180/ambientale.v14i2.37235. Disponível em: https://periodicosuneal.emnuvens.com.br/ambientale/article/view/372/301. Acesso em: 31 ago. 2022.

GUO, Y. *et al*. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. **Military Med Res**., [*S. l.*], v. 7, p. 11, 2020. DOI: 10.1186/s40779-020-00240-0. Acesso em: 31 ago. 2022.

GURGEL, A. G. S. R et *al*. COVID-19 e a atuação da comunicação em saúde: boas práticas em Sobral-CE. **Sanare- Revista de políticas públicas**. 2021; 20 (Supl. 1): 109-117. DOI: https://doi.org/10.36925/sanare.v20i0.1512. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1512>. Acesso em: 03.jan.2024.

HUANG, C. *et al*. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. **Lancet,** [*S. l.*], ano 15, v. 395, n. 10223, p. 497-506, Feb. 2020. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. Acesso em: 31 ago. 2022.
IBGE. **Panorama do Censo 2022**. Brasília, DF: IBGE, 2022. Disponível em: https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/. Acesso em: 20 out. 2023.

INSTITUTO BUTANTAN. Seis fatos sobre a ômicron, a variante mais transmissível da Covid-19. **Notícias.** São Paulo: Instituto Butantan, 7 fev. 2022. Disponível em: https://butantan.gov.br/noticias/seis-fatos-sobre-a-omicron-a-variante-mais-transmissivel-da-covid-19. Acesso em: 20 out. 2023.

INSTITUTO BUTANTAN. No Brasil, 96% das mortes por Covid-19 são de quem não tomou vacina; só imunização coletiva pode controlar a pandemia. **Notícias**. São Paulo: Instituto Butantan, 12 ago. 2021. 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: 20 mar. 2022.

JANINI, J. P.; BESSLER, D.; VARGAS, A. B. Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso. **Saúde em Debate**, Londrina, v. 39, n. 105, p. 480-490, abr./jun. 2015. Disponível em: http://cebes.org.br/site/wpcontent/uploads/2015/07/RSD_105.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 17-44.

JODELET, D. Les représentations sociales dans le champ de la culture: social representations. **Social science information**, London, v. 41, n. 1, p. 111-133, 2002.

JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.

JODELET, D. (Org.). **Os contextos do saber**: representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 297-322.

LAGES, M. N. *et al*. Aspectos motivacionais da relação entre profissionais e pacientes para a promoção do autocuidado com a saúde [Internet]. **PUCRS**, 2007. Disponível em: http://www.pucrs.br/faced/promot/aspectos_motivacionais_da_relacao_entre_profissionais_e_pacientes_para_a_promocao_do_autocuidado_com_a_saude.pdf. Acesso em: 20 mar. 2022.

Li L-Q *et al*. 2019 novel coronavirus patients' clinical characteristics, discharge rate and fatality rate of meta-analysis. **J. Med. Virol**., [*S. l.*], v. 9, n. 6, p. 577-583, Jun 2020. DOI: 10.1002/jmv.25757. Acesso em: 16 dez. 2023.

LIMA, B.; CARDIM, M. E. Bolsonaro dificultou ações contra a COVID, mostra estudo que virou livro. **Estado de Minas (Jornal)**, Belo Horizonte, 3 maio 2021. Nacional, Entrevista. Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/nacional/2021/05/03/interna_nacional,1262747/bolsonaro-dificultou-acoes-contra-a-covid-mostra-estudo-que-virou-livro.shtml. Acesso em: 1 set. 2023.

LIMA, C. A. Adesão ao isolamento social na pandemia de Covid-19 entre professores da educação básica de Minas Gerais, Brasil. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 1, p. 181-193, mar. 2022. Disponível em: https://www.scielo.br/j/sdeb/a/CBczBTrHM5tqxLQjL4fd5fr/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 set. 2023

LINDIMANN, I. L. *et al*. Percepção do medo de ser contaminado pelo novo coronavírus. **J. bras. psiquiatr**., [*S. l.*], v. 70, n. 1, Jan.-Mar. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000306. Acesso em: 15 jun. 2023.

LIPP, M. E. N; LIPP, L. M. N. Stress e transtornos mentais durante a pandemia da COVID-19 no Brasil. **Bol. - Acad. Paul**. **Psicol**., São Paulo, v. 40, n. 99, jul./dez. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000200003. Acesso em: 7 jan. 2023.

LOBO, L. A. C; RIETH, C. E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 130, jul.-sep. 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024. Acesso em: 7 jan. 2023.

LOPES, P. H. As relações entre ciência e religião no contexto brasileiro da pandemia de covid-19, um estudo de campo. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Religião Último Andar**, São Paulo, v. 24, n. 38, jul-dez., p. 6 – 47, 2021. Disponível em: https://revistas.pucsp.br/index.php/ultimoandar/issue/view/2646/407. Acesso em: 20 dez. 2023.

LOPES, L. P. *et al*. The self-care process of community-dwelling older adults during the COVID-19 pandemic. **Rev Bras Enferm**., Brasília, v. 76, n. Suppl 1, e20220644, 2023. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0644pt. Acesso em: 15 ago. 2023.

KATZ, S.; AKPOM, C. A. A measure of primary sociobiological functions. *International* **Journal of Health Services,** [*S. l.*], v. *6*, n. 3, p. 493-508, 1976. DOI: https://doi.org/10.2190/uurl-2ryu-wryd-ey3k. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/UURL-2RYU-WRYD-EY3K. Acesso em: 7 jul. 2023.

KERR, L. *et al*. COVID-19 no Nordeste brasileiro: sucessos e limitações nas respostas dos governos dos estados. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. Supl.2, p. 4099-4120, 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202510.2.28642020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kYBX8WJpfFGSzmnWDtV5CcT/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 15 dez. 2023.

OLIVEIRA, M. A. L. *et al*. Testes diagnósticos para o SARS-COV-2: uma reflexão crítica. **Quím. Nova**, v. 45, n. 6, 2022. DOI: https://doi.org/10.21577/0100-4042.20170895. Disponível em: https://www.scielo.br/j/qn/a/DbFdKj6Z5qq75gqHxhcNp6y/#. Acesso em: 16 dez. 2023.

MACEDO, Y. M.; ORNELLAS, J. L.; BOMFIM, H. F. "COVID - 19 NO BRASIL: o que se espera para população subalternizada?". **Revista Encatar: Educação, Cultura e Sociedade**, *[S. l.]*, v. 2, jan./dez. 2020. Acesso em: 9 abr. 2022.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 665-75, jul./ago. 2004.
Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692004000400013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 fev. 2019.

MARQUES, E.O. *et al*. Impactos da pandemia da Covid-19 no autocuidado de idosos: Uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 3, e56910313672, 2021. Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/13672. Acesso em: 10 nov.2023. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13672

MATTA, G. C.; REGO, S.; SOUTO, E. P., SEGATA, J., (eds.). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil**: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021. 221 p. E-book. Informação para ação na Covid-19 series. DOI: https://doi.org/10.7476/9786557080320

MEDEIROS, N. B.; CARVALHO, A. L. N. A influência da pandemia da COVID-19 no consumo das mídias sociais e sua relação com a percepção da imagem corporal de jovens adultos. **Polêmica**, *[S. l.]*, v. 21, n. 3, p. 047–066, 2023. DOI: https://doi.org/10.12957/polemica.2021.72314. Acesso em: 16 dez. 2023.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

Minayo, M. C. de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. *5*, n.7, p. 1–12. Disponível em: https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82. Acesso em: 04 mar.2023.

MOSCOVICI, Serge. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2012.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes, 2013.

MOTA, M. *et al*. Autocuidado: uma estratégia para a qualidade de vida da pessoa com estomia. **Investig Enferm. Imagen Desarr**., [*S. l.],* v. 18, n. 1: p. 63-78, 2016. Disponível em: https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/12201. Acesso em: 20 fev. 2019.

NATIVIDADE, M. S. *et al*. Distanciamento social e condições de vida na pandemia COVID-19 em Salvador-Bahia, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3385-3392, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/kjGcdPcnc3XdB7vzGJjZVzP/?format=pdf&lang=pt. Acesso: 20 set. 2023.

NISHIOKA, S. A. Sete coronavírus causam doenças em humanos. **Institucional**. Brasília, DF: UNA-SUS, 3 abr. 2020. Disponível em: https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/111. Acesso em: 13 out 2021.

NOBRE, A. F. S. *et al*. Primeira detecção de coronavírus humano associado à infecção respiratória aguda na Região Norte do Brasil. **Rev. Pan-Amaz Saude**, v. 5, n. 2, Ananindeua, jun. 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000200005. Acesso em: 12 out. 2021.

NOGUEIRA, V. P. F *et al*. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 331-7, mai/jun. 2015. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v23n3/v23n3 a07.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

OLIVEIRA, D. C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 569-576, out./dez. 2008. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a19.pdf. Acesso em: 30 nov. 2016.

OLIVEIRA, D. C. **A enfermagem e as necessidades humanas básicas**: o saber fazer a partir das representações sociais. 2001. 247 f. Tese (Professor Titular) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

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, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, A. C. Desafios da enfermagem frente ao enfrentamento da pandemia da COVID19. **Reme,** Belo Horizonte, v. 24, e-1302. DOI: http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20200032**.** Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/1448. Acesso em: 12 nov. 2021.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. 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: UFPB, 2005. p. 573-603.

OLIVEIRA, D. C. *et al.* Definição e repercussão mundial da pandemia provocada por COVID-19 e o papel estratégico da organização mundial da saúde, dos governos e das agências reguladoras. *In*: ROCHA, R.G.; ASSAD, L.G. (Org.). **Ações e Estratégias Gerenciais de Enfermagem no Enfrentamento da Pandemia por COVID-19 (SARS-CoV-2)**. Curitiba: Editora CRV, 2021, v. 1, p. 19-40.

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? Seção Especial COVID-19. **Texto contexto – enferm**., Santa Maria, RS, v. 29, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0106. Acesso em: 12 nov. 2021.

OLIVEIRA, F. B. M. *et al*. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 28, n. 6, p. 510-516, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/1982-0194-ape-28-06-0510.pdf.Acesso em: 11 fev. 2019.

OLIVEIRA, D. C. *et al*. Dificuldade em atividades de vida diária e necessidade de ajuda em idosos: discutindo modelos de distanciamento social com evidências da iniciativa ELSI-COVID-19 **Cad. Saúde Pública**, [*S. l.*], v. 36, n. suppl 3, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00213520.

OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; MARQUES, S. C. 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: UFPB, 2005. p. 573-603.

ONDER, G.; REZZA, G.; BRUSAFERRO, S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. **JAMA**, [*S. l.*], v. 323, n. 18, p.1775-1776, 2020. DOI: https:///doi.org/10.1001/jama.2020.4683. Acesso em: 11 fev. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Folha informativa sobre COVID-19. **Histórico da pandemia de COVID-19**. Geneva: OPAS/OMS, 2021a. Disponível em: https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19. Acesso em: 12 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE**. Recomendações atualizadas sobre as vacinas contra a COVID-19 do Grupo Estratégico Assessor de Especialistas sobre Imunização da Organização Mundial da Saúde**. Geneva: OPAS/OMS, 30 mar. 2023 Geneva: OPAS/OMS, 30 mar. 2023. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57523. Acesso em: 16 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Desfechos de saúde e COVID-19 nas Américas: diferenças de sexo. Janeiro de 2020 a janeiro de 2021. **Notícias**. Geneva: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/handle/10665.2/55432. Acesso em: 29 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Pandemia de COVID-19 afetou mulheres desproporcionalmente nas Américas. **Notícias**. Geneva: OPAS/OMS, 8 mar. 2022. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/8-3-2022-pandemia-covid-19-afetou-mulheres-desproporcionalmente-nas-americas. Acesso em: 29 ago. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS declara emergência de saúde pública de importância internacional por surto de novo coronavírus. **Notícias**. Geneva: OPAS/OMS, 2020. Disponível em: https://www.paho.org/pt/news/30-1-2020-who-declares-public-health-emergency-novel-coronavirus. Acesso em: 11 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS declara fim da Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional referente à COVID-19**. Brasília: OPAS/OMS, 5 maio 2023. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/5-5-2023-oms-declara-fim-da-emergencia-saude-publica-importancia-internacional-referente. Acesso em: 27 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Self-care interventions for health. **Health topics**: Self Care. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1. Acesso em: 4 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Putting people first in managing their health: new WHO guideline on self-care interventions. **News**. Geneva: WHO, 23 jun. 2021. Disponível em: https://www.who.int/news/item/23-06-2021-putting-people-first-in-managing-their-health-new-who-guideline-on-self-care-interventions. Acesso em: 4 jul. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **WHO guideline on self-care interventions for health and well-being, 2022 revision**. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192. Acesso em: 10 jun. 2023.

OUR WORLD IN DATA. **Coronavirus (COVID-19) vaccinations**. [*S. l.*]: Our World in Data 2022. Disponível em: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL. Acesso em: 20 mar. 2022.

PACHECO, A. E; ANTUNES, M. J. M. Revisão da literatura sobre motivação para o autocuidado na Atenção Primária em Saúde. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**., [*S. l.*], v. 6, n. 3, 2015. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3288. Acesso em: 20 fev. 2021.

PAGLIUCA, L. M. F.; VALE, E. G. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 106-13, jan./fev. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a16.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

PAIXÃO, M. A. T. Autocuidado: uma visão holística em tempos de pandemia. **Revista de Extensão da UNIVASF**, Petrolina, v. 1, n. 3, p. 219-243, 2021. Disponível em: https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/extramuros/article/view/1736/1226. Acesso em: 22 maio 2022.

PASCHOAL, S. M. P. **Qualidade de vida do idoso**: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião. 2000. 255 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000. DOI: https://doi.org/10.11606/D.5.2001.tde-09112001-162639. Acesso em: 22 jun. 2020.

PASSOS, S. M. K; SOUZA, L. D. M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 800-814, abr. 2015. Disponível em: http://www.scielosp.org/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00800.pdf. Acesso em: 12 fev. 2019.

PATRIOTA, L. M. Teoria das Representações Sociais: Contribuições para a apreensão da realidade. **Serv. Soc. Rev**., Londrina, v. 10, n. 1, s/pg., 2007. Disponível em: http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v10n1_lucia.htm. Acesso em: 22 fev. 2019.

PEDROSO, R. Contribuições de Dorothea Orem para o controle da COVID-19 (Semana da Enfermagem). **LinkedIn**. [*S. l.*], 11 maio 2020. Disponível em: https://pt.linkedin.com/pulse/semana-da-enfermagem-contribuições-de..._ Acesso em: 3 jan. 2024.

PEREIRA, M. H. G. G; COSTA, F. O autocuidado em mulheres portadoras de HIV/aids. **Psicologia, saúde & doenças**, [*S. l.*], v. 7, n. 2, p. 255-269, 2006. Disponível em: http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/upload/PDF3/02067_v7n2a08.pdf. Acesso em: 23 jan. 2021.

PEREIRA, C.; MEDEIROS, A.; BERTHOLINI, F. O medo da morte flexibiliza perdas e aproxima polos: consequências políticas da pandemia da COVID-19 no Brasil. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 952-968, jul. - ago. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rap/a/wnnq8HZZPkscGB69yV6FN9M/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 27 ago. 2023.

PEREIRA, M. M. *et al*. Saúde mental dos estudantes universitários brasileiros durante a pandemia de Covid-19. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 23, n. 3, p. 1–20, 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1516-36872021000300010. Acesso em: 27 ago. 2023.

PETRA, P. C. *et al*. Solidariedade pandêmica: respostas da sociedade diante da insuficiência estatal. **Ciênc. saúde coletiva** [online], Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, p. 4107-4116, 2022. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-812320222711.11052022. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csc/2022.v27n11/4107-4116/. Acesso em: 24 nov. 2022.

PETRONILHO, F. **Autocuidado**: conceito central da enfermagem. Formasau: Coimbra, 2012.

PHELAN, A. L.; KATZ, R.; GOSTIN, L. O. The novel coronavirus originating in Wuhan, China: challenges for global health governance. **Jama**, [*S. l.*], v. 323, n. 8, p.709-710, 2020. Disponível em: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2760500. Acesso em: 24 nov. 2022.

PIMENTEL, R. M. M. *et al*. The dissemination of covid-19: an expectant and preventive role in global health. **J. Hum. Growth Dev**., [*S. l.*], v. 30, n. 1, p.135-140, 2020. DOI: http://doi.org/10.7322/jhgd.v30.9976. Disponível em: https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/jhgd/article/view/9976/6425. Acesso em: 24 nov. 2022.

PINHEIRO, P. N. C. *et al*. O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/aids. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 569-575, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n4/v13n4a16.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

PINHEIRO, A. K. B. Enfermagem e práticas de educação em saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p. 225, abr./jun. 2011. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_ pdf/a01v12n2.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

PRADO, M. L.; SARTOR, V. V. B.; SOUZA, M. L. Subsídios para uma ética da responsabilidade em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 75-81. jan./mar. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n1/a10v14n1.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

PRAZERES, G. G. S. O marco de março: o papel da mídia na divulgação do conhecimento sobre a pandemia transmitido pelo novo coronavírus em Pernambuco –Brasil. **Temática**, [*S. l.*], ano XVI, n. 7, jul. 2020. Disponível em: https://periodicos.ufpb.br/index.php/tematica/article/view/53978/30886. Acesso em: 16 dez. 2023

PRIMEIRA, M. R. *et al*. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 33, n. eAPE20190141 p.1-8, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002020000100425&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 jan. 2021.

QUEIRÓS, P. J. P; VIDINHA, T. S. S; ALMEIDA- FILHO, A. J. Autocuidado: o contributo teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. **Referência - Revista de enfermagem**, Coimbra, Série IV - n. 3 - nov./dez. 2014. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239973007. Acesso em: 27 jan. 2021.

REIS, R. K. *et al*. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/aids. **Texto Contexto Enferm**., Florianópolis, v. 20, n. 3, p. 565-75, jul./set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n3/19.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

RIGHETTO, R. C. *et al*. Comorbidades e coinfecções em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Rev. Rene**., Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 942-948. nov.-dez. 2014. Disponível em: http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3286. Acesso em: 29 jan. 2021.

ROCHA, G. S. A. *et al*. Cuidados de enfermagem aos indivíduos soropositivos: reflexão à luz da fenomenologia**. Reme, Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 25826, abr./jun. 2015. Disponível em: <http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/en/bde26998>. Acesso em: 22 fev. 2019.

RODRIGUES, L. S. O “isolamento social” e os níveis de escolaridade: uma discussão do ponto de vista da sociologia da cultura (São Paulo, 2020). **Teoria e Cultura**, [*S.l.*], v. 17, n. 1. 2022. Disponível em: https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/issue/view/1613. Acesso em: 29 ago. 2023.

ROSSATO, L Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19 Rev. Nufen: Phenom. **Interd.,** Belém, v. 14, n. 2, p.1-13, 2022. Disponível em: https://submissionpepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/22256. Acesso em: 26 ago. 2023.

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, C. P. As representações sociais na história recente e na atualidade da psicologia social. *In*: JACÓ-VILELA, A. M.; FERREIRA, A. A. L.; PORTUGAL, F. T. (Orgs.). **História da psicologia**: rumos e percursos. Rio de Janeiro: Nau, 2007. p. 587-606.

SÁ, C. P. **A construção do objeto em representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998.

SÁ, C. P. **Estudos de psicologia social**: história, comportamento, representações e memória. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2015.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SADENBERG, C. Cuidado Centrado na Pandemia: do Paciente à Comunidade. In: **Profissionais de saúde e cuidados primários**. Brasília, DF: Conselho Nacional de secretários de saúde. 2021, 346p. Coleção Covid-19; v.4. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/03/1150767/covid-19-volume4.pdf. Acesso em: 15 mar. 2023.

SAMPAIO, O Maslow desconhecido: uma revisão de seus principais trabalhos sobre motivação. **R. Adm**., São Paulo, v. 44, n. 1, p.5-16, jan./fev./mar. 2009. Disponível em: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=223417526001. Acesso em: 15 jan. 2021.

SANCHEZ, L. da C, et al. Representações Sociais dos profissionais de saúde relativas ao trabalho no período de pandemia da Covid-19. **Plural**, [*S.l*], v. 29, n. 2, 14-29. DOI :https://doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcso.2022.201265. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/plural/article/view/201265/189862.Acesso em: 15 jan. 2021.

SANTOS, G. L. A.; SANTANA, R. F.; BROCA, P. V. Capacidade de execução das atividades instrumentais de vida diária em idosos: Etnoenfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, e20160064, 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/j/ean/a/mRwXKLVsKYCDYP89DFHM5Cj/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Dois%20dom%C3%ADnios%20s%C3%A3o%20abordados%20na,habilidades%20de%20mobilidade%20ou%20atividades. Acesso em: 7 jul. 2023.

SANTOS, G. R. A. C. *et al*. Perfil epidemiológico dos casos e óbitos por COVID-19 nos estados da região nordeste . **Revista eletrônica acervo saúde**, v. 12, n. 12, e4251, 2020. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4251/3419. Acesso em: 31 ago. 2023.

SANTOS, I. *et al*. Cuidar da integralidade do ser: perspectiva estética/sociopoética de avanço do domínio da enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 9-14, jan./mar. 2012. Disponível em: http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a02.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

SANTOS, I. N, *et al.* Isolamento social e seus impactos na saúde mental: Uma revisão. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, e22110817206, 2021.

SANTOS, M. F. S. Representação social e a relação indivíduo-sociedade. **Temas Psicol.**, São Paulo, v. 2, n. 3, p. 133-142, 1994. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/ scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413389X1994000300013. Acesso em: 22 fev. 2019.

SANTOS, M. O. S. *et al*. Estratégias de comunicação adotadas pela gestão do Sistema Único de Saúde durante a pandemia de Covid-19 – Brasil. **Interface**, Botucatu, v. 25, n. Supl. 1, e200785, 2021. DOI: https://doi.org/10.1590/interface.200785. Acesso em: 22 fev. 2019.

SEIDL, E. M. F; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580588, mar./abr. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2004000200027 &script =sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 fev. 2019.

SILECI, M. Dia do autocuidado – entrevista com Marli Sileci. [Entrevista cedida a] FEBRAFAR. **Notícias**: Entrevistas. São Paulo: FEBRAFAR, 29 jul. 2019. Disponível em: https://www.febrafar.com.br/dia-do-autocuidado-entrevista-com-marli-sileci/. Acesso em: 4 jul. 2022.

SHIGEMURA, J. *et al*. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. **Psychiatry Clin Neurosci.**, [S. l.], v. 74, n. 4, p. 281–282, 2020. Published online 2020 Feb 23. DOI: 10.1111/pcn.12988. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7168047/. Acesso em: 2 maio 2023.

SILVA, A. C. O. *et al.* Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 22, n. 6, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae22-06-00994.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

SILVA, A. L.; SOUSA, C. S. O. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 4, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n4/0080-6234-reeusp-47-40907.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

SILVA, C. M.; RODRIGUES, R.C. Pandemia de Covid-19 e sofrimento psíquico: alguns elementos para uma problematização do Brasil contemporâneo. **Rev. Psicol polit**., São Paulo, v. .21 n. 51, maio/ago. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200003. Acesso em: 2 mar. 2023.

SILVA, E. P. *et al*. Representações sociais do isolamento de idosos durante a pandemia da COVID-19. **Referência - Revista de Enfermagem**, Coimbra, v. 6, n. Supl. 1, e21075, 2022. https://doi.org/10.12707/RV210075. Acesso em: 2 mar. 2023.

SILVA, I. J. *et al*. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de Enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p: 697-703.Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0080-62342009000300028&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 jan. 2021.

SILVA L. L. S. *et al*. Medidas de distanciamento social para o enfrentamento da COVID-19 no Brasil: caracterização e análise epidemiológica por estado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, set. 2020.
DOI**:** http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00185020 Acesso em: 11 abril 2022.

SILVA, L. W. S, *et al*. O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.,** Brasília, v. 58, n. 4, Ago. 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018. Acesso em: 16 out. 2023.

SILVA, L. A. G. P. da *et al*. Cuidado de crianças e adolescentes em tratamento oncológico na pandemia da COVID-19: experiência de familiares. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 31, e71271, 2023.

SILVA, L. W. S. *et al.* O cuidado na perspectiva de Leonardo Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem. **Rev Bras Enferm.,** Brasília, v. 58, n. 4, p. 471-475, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0034-71672005000400018.

SILVA, N. B. Q. *et al.* Condições de saúde e utilização da atenção básica pelos idosos: revisão integrativa. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. Supl. 1, 2022. Disponível em: file:///C:/Users/pdomi/Downloads/Condi%C3%A7%C3%B5es+de+sa%C3%BAde+e+utiliza%C3%A7%C3%A3o+da+aten%C3%A7%C3%A3o+b%C3%. Acesso em: 29 ago. 2023.

SILVA, R. R. *et al.* Efeitos do isolamento social na pandemia da covid-19 na saúde mental da população. **Av. Enferm**., v. 39, n. 1 supl, p. 31-43, 2021. DOI: https://doi.org/10.15446/avenferm.v39n1supl.89262. Acesso em: 23 set. 2023.

SILVA, C. M.; RODRIGUES, R. C. Pandemia de Covid-19 e sofrimento psíquico: alguns elementos para uma problematização do Brasil contemporâneo **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v. 21 n. 51, maio/ago. 2021. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2021000200003. Acesso em: 2 mar. 2023.

SILVA, V. G. F. et al. The nurse's work in the context of COVID-19 pandemic . **Rev. Bras. Enferm**., v. 74, n. Suppl 1, e20200594, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0594. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/MH4YCt9PWtGJFqySZ4jSYDB/. Acesso em: 22 fev. 2021.

SOUZA, C. L. A. *et al*. Percepção de mulheres sobre autocuidado durante a pandemia de COVID-19. **Rev Recien**., São Paulo, v. 13, n. 41, p. 72-80, 2023. Disponível em: https://recien.com.br/index.php/Recien/article/view/710. Acesso em: 14 dez. 2023.

SOUZA, C. T. V. *et al.* Cuidar em tempos da COVID-19: lições aprendidas entre a ciência e a sociedade **Cad. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, 26 jun. 2020. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/csp/2020.v36n6/e00115020/. Acesso em: 30 ago. 2023.

SOARES, G. B. *et al*. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413812 32015000401075&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 fev. 2019.

SOARES, S. S. *et al*. Pandemia de Covid-19 e o uso racional de equipamentos de proteção individual .**Rev enferm UERJ,** Rio de Janeiro, v. 28, e50360, 2020. DOI: http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.50360. Acesso em: 2 jan. 2024.

STACCIARINI, T. S. G; PACE, A. E. tradução, adaptação e validação de uma escala para o autocuidado de portadores de diabetes mellitus tipo 2 em uso de insulina. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 221-9229, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002014000300221&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 22 fev. 2019.

TEIXEIRA, C. F.; SANTOS, J. S. Análise estratégica da atuação do governo federal brasileiro na pandemia de COVID-19: 2020-2021. **Ciênc. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 1277-1286, 2023. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/9NCRSRDmrctK5GhPjytbgxh/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 fev. 2023.

TEIXEIRA, C. F. S *et al*. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de Covid- 19. **Ciênc. saúde colet**., Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/6J6vP5KJZyy7Nn45m3Vfypx/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 fev. 2023.

THIENGO, M. A.; OLIVEIRA, D. C.; RODRIGUES, B. M. R. D. Representações sociais do HIV/AIDS entre adolescentes: implicações para os cuidados de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 68-76, 2005. DOI: https://doi.org/10.1590/S0080-62342005000100009. Acesso em: 15 maio 2021.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. G. *et al*. Produção científica da enfermagem acerca do cuidado de si: uma revisão integrativa. **J. res.: fundam. care. Online**, [*S.l.*], v. 8, n. 3, p. 4629-4635, 2016. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3560. Acesso em: 18 fev. 2021.

TOSSIN, B. *et al***.** As práticas educativas e o autocuidado: evidências na produção científica da enfermagem. **Rev Min Enferm**., [*S.l.*], v. 20, e940, 2016. Disponível em: http://reme.org.br/artigo/detalhes/1074. Acesso em: 18 fev. 2021.

UNITED STATES. Centers for Disease Control and Prevention. **Visão geral da COVID-19 e Prioridades de Prevenção e Controlo de Infeções em Ambientes de Cuidados de Saúde fora dos EUA**. United States: CDC, 2019. Disponível: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/non-us-settings/overview/index-Portuguese.html. Acesso em: 18 fev. 2021.

VALLE, C. G. O. Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV/AIDS. **Vivência: Revista de Antropologia**, [*S.l.*], n. 35, p. 33-51, 2010. Disponível em: http://repositorio. ufrn.br:8080/jspui/bitstream/123456789/18702/1/2010_Carlos.pdf. Acesso em: 28 jan. 2021.

VINUTO, J. A Amostragem em Bola de Neve na Pesquisa Qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas,** Campinas, v. 22, n. 44, p.203-220, ago/dez. 2014. Disponível em: https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977. Acesso em: 28 jan. 2021.

VITOR, A. F; LOPES, M. V. O; ARAUJO, T .L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem**. Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-616 jul-set 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300025&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 28 jan. 2021.

XAVIER, A. R. COVID-19: manifestações clínicas e laboratoriais na infecção pelo novo coronavírus. **J. Bras. Patol. Med. Lab**., [*S. l.*], v. 56, 2020. DOI: https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200049. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpml/a/PrqSm9T8CVkPdk4m5Gg4wKb/?lang=pt#. Acesso em: 16 dez. 2023.

WAGNER, W. Sócio-gênese e características das representações sociais. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social**. Goiânia: AB, 2000.

WALDOW, V. R. Cuidado humano e a enfermagem: ampliando sua interpretação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 142-153, 1997. Disponível em: http://bases.bireme.br/cgibin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang= p&nextAction=lnk&exprSearch=284437&indexSearch=ID. Acesso em: 22 fev. 2019.

WILSON J. Thinking with concepts. New York (NY): Cambridge University Press; 1963. apud FERNANDES, M.G.M, et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n. 6, p.1150-6 2011 nov-dez. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n6/v64n6a24.pdf. Acesso em: 22 fev. 2019.

WORLD DEVELOPMENT REPORT. **Emerging risks to recovery**. [*S. l.*], 2022. Disponível em: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/ 36883/9781464817304_Ch01.pdf . Acesso em: 20 fev. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Clinical management of severe acute respiratory infection when COVID-19 is suspected**. Reference: interim guidance, 13 March 2020. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-severe-acute-respiratory-infection-when-novel-coronavirus-(ncov)-infection-is-suspected

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Who covid-19 dashboard**. Disponível em: https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c. Acesso em: 2 jan. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (Covid-19)**. Genebra: WHO, 2020. Disponível em: https://data.who.int/dashboards/covid19/cases?n=c. Acesso em: 2 jan. 2024.

ZAGONEL, I. P. S. Análise de conceito: um exercício intelectual em enfermagem**. Cogitare Enfer**., Curitiba, v. 1, n. 1, p. 10-14, jan./jul. 1996. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44944/27357. Acesso em: 22 fev. 2019.

ZATTA, L. T. *et al*. Análise da produção científica brasileira sobre qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 3, n. 1, p. 84-90, jan./mar. 2009. Disponível em: http://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/ 5705/4925. Acesso em: 22 fev. 2019.

ZHU, N. *et al*. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **N. Engl. J. Med**; v. 382, p. 727-733, 2020. DOI: 10.1056/NEJMoa2001017. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7092803/. Acesso em: 12 ago. 2021.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista semiestruturada

Projeto **"Construção social do coronavírus e da COVID-19 e suas lições para as práticas de cuidado pessoal, profissional e social"**

Banco de dados nº _____Entrevista nº_____ Data:_____
Primeiro nome: _____
Meio de gravação: _____ Horário de início:_____ Horário de término:_____
Participantes (diretos e indiretos):_____
Teve COVID? ( ) Sim ( ) Não

Apresentação: Você foi selecionado para participar da entrevistas da pesquisa coordenada pela Dra Denize Cristina de Oliveira e desenvolvida pela doutoranda Juliana Pereira Domingues através do subprojeto **Autocuidado de saúde e COVID-19: representações sociais e práticas em interação** por se encaixar no critério de inclusão da pesquisa que é ser maior de 18 anos e ter participado da etapa anterior (formulário do Google Forms de associação livre de palavras - enviados por e-mail). A seleção dos participantes foi aleatória através de um site gratuito que realizou o sorteio. O objetivo desta etapa é conhecer o que você pensa sobre a COVID-19 e as medidas de prevenção e autocuidado adotadas durante o período da pandemia.

Pergunta desencadeadora: **Conte-me como foi e tem sido a sua experiência com a pandemia de COVID-19.**

1) **O que é o coronavírus para você? E a COVID-19?**
   Explorar:
   - Conceitos e definições pessoais, imagens, valores associados à COVID-19;
   - Experiências associadas à COVID-19.

2) **Como você se sentiu em relação à COVID-19?**
   Explorar:
   - Sentimentos associados à COVID-19 (Por exemplo: medo, depressão, tristeza e angústia);
   - Relatos de como enfrentou os sentimentos descritos.

3) **Que impacto a pandemia da COVID-19 teve na sua vida e/ou na de seus familiares?**
   Explorar:
   - Impactos:
   - financeiros;
   - pessoais;
   - familiares;
   - psicológicos;
   - na sociedade;
   - na saúde;

- nas relações sociais;
- Mudanças nas relações sociais, familiares, no trabalho, na renda, na rotina de vida, vida familiar, nas crenças, no lazer e na religião, por exemplo;
- Se teve algum acontecimento marcante no âmbito pessoal, familiar ou de pessoas conhecidas no período da pandemia.

4) Alguém próximo teve COVID-19? Como foi receber a notícia da COVID para você?

Explorar:

- Experiências ligadas à COVID-19 (pessoal, familiar ou com pessoas próximas);
- Impactos pessoais (emocionais, psicológicos, sociais...) ao saber da notícia de algum conhecido que teve COVID-19.

5) O que você pensa das medidas para a sua prevenção e para a prevenção do outro?

Explorar:

- A importância dada pelo participante sobre as medidas preventivas para o cuidado de si e do outro. Exemplos: se tomou vacina (a favor ou contra a vacinação); a favor ou contra a prevenção; uso de álcool 70%; lavagem das mãos, isolamento social.

6) E sobre outras práticas de cuidado com você, como foi? Pode me dar um exemplo

Explorar:

- Os cuidados de saúde adotados pelo participante durante a pandemia, tais como:
- Cuidados físicos;
- Cuidados psicológicos;
- Cuidado social;
- Cuidado espiritual;
- Cuidado emocional.

7) O que é autocuidado para você? Pode me dar um exemplo.

.

8) Me fale o que você pensa sobre as políticas adotadas pelo governo no enfrentamento da COVID-19.

Explorar:

- Avaliação da política na condução da pandemia do coronavírus;
- Posicionamento do governo sobre as vacinas;
- O papel da ciência sobre o coronavírus e a COVID-19;
- O papel da mídia (Tv, jornais, rádio, sites de relacionamento) sobre o coronavírus e a COVID-19.

Observações da entrevista:

_____
_____
_____

Horário de término: _____

APÊNDICE B – Dicionário de Padronização Alceste

DICINARIO DE PADRONIZAÇÃO ALCESTE

PALAVRAS ORIGINAIS NO CORPUS	**PALAVRAS PADRONIZADAS**
COVID, COVID-19, doença (referindo-se a COVID)	covid19 (letra minúscula)
Coronavírus, vírus (referindo-se ao coronavírus)	Coronavírus
Isolamento, isolamento social, se isolar, me isolar, ficar em casa	Isolamento_social
Epidemia	Pandemia
Agente (sentido de nós)	a gente
Nomes de cidades e nomes próprios:	rio_de_janeiro , são_paulo, gaffreé_guinle, souza_aguiar, hospital_são_vicente_de_paula (ligar com undeline em letra minúscula)
Falecer, obitar, veio a óbito e suas derivações (verbos inclusive)	morrer
Atividade física, exercícios, exercícios físicos, caminhar	atividade_física
Auto-estima	Autoestima
bem estar	bem_estar
Saúde física	saúde_física
Saúde mental e outras referências a ela	saúde_mental
Vida normal	vida_normal
Cuidado, cuidar – referindo-se a cuidar de si – Ex.: se/me cuidar, cuidar de si/de mim/de você, cuidado de si, cuidado com você/você mesmo/a gente, meu/seu cuidado, cuidado com minha saúde, cuido de mim.	Autocuidado

Cuidado, cuidar – referindo-se a cuidar do outro -	cuidado_do_outro
Cuidado, cuidar – referindo-se ao cuidado profissional de saúde	cuidado_de_saúde
Cuidado, cuidar – menção genérica	Cuidado
Home office	Homeoffice
Dia a dia	Diaadia
Pós-covid	Pós-covid
CTI	Cti
Pronto socorro	pronto-socorro
Pré-existente	Preexistente
Quebra-cabeças	quebra-cabeças
On line	Online
Fake News	Fakenews
Bem estar	bem-estar
Bem humorada	bem-humorada
Auto crescimento	Autocrescimento
Jair Bolsonaro; ex-presidente	ex_presidente

APÊNDICE C – Dicionário de Variáveis Alceste

COLUNA / VARIÁVEL	**CATEGORIAS**	**CODIFICAÇÃO NO CORPUS**
COLUNA 1 SUJEITO	001, 002, 003 .... 4 DIGITOS	**** *ent_0001
COLUNA 2 REGIÃO	(01) Norte (02) Nordeste (03) Centro Oeste (04) Sudeste (05) Sul	REG_N REG_Se REG_CO REG_SD REG_S
COLUNA 3 IDADE 1	(01) menor ou igual a 29 (02) 30 a 39 (03) 40 a 49 (04) maior ou igual a 50 (05) Não Resposta	ID_01 ID_02 ID_03 ID_04 ID_05
COLUNA 4 SEXO	(01) Feminino (02) Masculino (03) Não binário	SEX_FE SEX_MAS SEX_NB
COLUNA 5 FORMAÇÃO	(01) Ensino Fundamental completo ou Médio incompleto (02) Ensino Médio completo ou Superior incompleto (03) Ensino Superior completo (04) Não resposta	ESC_01 ESC_02 ESC_03 ESC_04
COLUNA 7 RELIGIÃO	(01) Católica (02) Evangélica, Protestante (03) Espírita kardecista, Espiritualista, Umbandista, Candomblé (04) Budista, Taoista, Messiânica (05) Sem religião (06) Não resposta	REL_01 REL_02 REL_03 REL_04 REL_05 REL_06
COLUNA 8 POLITICA	(01) Direta ou Centro Direita (02) Esquerda ou Centro Esquerda (03) Centro (04) Não tenho orientação política (05) Não Resposta	POL_01 POL_02 POL_03 POL_04
COLUNA 10 TEVE COVID	(01) sim (02) não (03) não resposta	COV_S COV_N COV_NR

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-Marselle – 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 "Coronavirus", "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. Sl 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

socioeconômica e profissional será de tipo estatística descritiva e inferencial para caracterização dos grupos sociais envolvidos no estudo; os dados resultantes do questionário de evocações livres de palavras a cada termo indutor serão analisados a partir de técnicas de análise estrutural das representações sociais, especialmente a análise prototípica e a análise de similitude. A análise dos dados das entrevistas será do tipo lexical, com o auxílio do software IRAMUTEQ 2015 que possibilita a identificação e segmentação dos conteúdos presentes no conjunto do corpus de análise a partir de técnicas de estatística textual.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral é analisar o processo de construção social do Coronavírus e da COVID-19 e as relações dessas construções com a adoção de práticas de cuidado de si, de cuidado do outro e do cuidado profissional de saúde, com vistas ao enfrentamento do medo, do estigma, da ansiedade e dos rumores relacionados à COVID-19.

Objetivos Secundários:

• Identificar os processos de constituição das representações sociais do Coronavírus e da COVID19, em termos de ancoragem e objetivação, conforme expressos na mídia brasileira e nos grupos sociais e das dimensões conceitual, afetivo-atitudinal e imagética

• Analisar a estruturação desses conteúdos representacionais em termos de elementos centrais e periféricos.

• Identificar a percepção das práticas de cuidado de si, de cuidado do outro e do cuidado profissional de saúde dirigido a COVID-19.

• Comparar os perfis das representações sociais do Coronavírus e da COVID19 entre grupos sociais distintos, em função das variáveis idade, sexo, escolaridade, orientação política, profissão e renda.

• Discutir as aproximações e distanciamentos das tomadas de posição individuais e as representações sociais caracterizadas.

• Propor estratégias de boa comunicação e prevenção de circulação

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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.

Benefícios:

Algumas contribuições científicas e tecnológicas podem ser esperadas para a política e controle do Coronavírus e da COVID-19, bem como para as ações de cuidado de si, do outro e de cuidado profissional de saúde, o que demonstra a relevância do projeto, conforme abaixo:

-Mapeamento e articulação de elementos conceituais, dos processos psicossociais de simbolização, e de elementos empíricos que permitam a identificação da construção social do Coronavírus e da COVID-19.

-Mapeamento e articulação de elementos conceituais, dos processos psicossociais de simbolização e de elementos empíricos que permitam a identificação da construção social do cuidado de si, do outro e de cuidado profissional de saúde e sua influência nas ações de controle da pandemia.

-Compreensão das repercussões dos processos que acompanham a experiência de uma nova doença e tendem a gerar mudanças na vida dos sujeitos e no seu posicionamento frente a si e ao outro, como a introdução de restrições na vida cotidiana e seus eventos associados ao longo do tempo e a associação aos sentidos e estereótipos erigidos em torno da COVID-19.

-Demonstração empírica dos processos de constituição de uma representação social em formação, apoiada duplamente em indicadores quantitativos e, também, em uma abordagem antropológica na qual os modos de pensar são reconhecidos como determinantes dos modos de cuidar de si, de cuidado do outro e de cuidado profissional de saúde, de prevenção da infecção e de mitigação da COVID-19.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante pois estuda as relações sociais das pessoas em relação a Covid-19 e a adoção de práticas de cuidado de si, de cuidado do outro e do cuidado profissional de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto carimbada e assinada pela Diretora da Faculdade de Enfermagem.

Tem TCLE adequado.

Tem orçamento próprio.

Tem cronograma para iniciar em novembro de 2021 a coleta de dados.

Apresenta questionário de identificação socioeconômica dos participantes, questionário de evocações livres de palavras e Roteiro de Entrevista Semi-estruturada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

Continuação do Parecer: 4.847.711

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:
Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para julho de 2022. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.ª que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1614061.pdf	08/07/2021 08:16:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COM_APENDICES.pdf	08/07/2021 08:09:43	Denize Cristina de Oliveira	Aceito
Outros	Documento_Carta.pdf	08/07/2021 08:08:03	Denize Cristina de Oliveira	Aceito
Outros	Instrumentos.pdf	08/07/2021 08:07:20	Denize Cristina de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_REVISTO.pdf	08/07/2021 08:06:39	Denize Cristina de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/05/2021 23:58:48	Denize Cristina de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_PROJETO_COVID.pdf	23/04/2021 09:12:06	Denize Cristina de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO_COVID.pdf	23/04/2021	Denize Cristina de	Aceito

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

UERJ - UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO;

Continuação do Parecer: 4.847.711

Cronograma	CRONOGRAMA_PROJETO_COVID.pdf	09:11:21	Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 14 de Julho de 2021

Assinado por:
ALBA LUCIA CASTELO BRANCO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 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 - 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** coordenada pela Profa. Dra. Denize Cristina de Oliveira e desenvolvida pela doutoranda Juliana Pereira Domingues através do subprojeto **Autocuidado de saúde e COVID-19: representações sociais e práticas em interação**. Este estudo tem por objetivos analisar os conhecimentos e modos de pensar sobre 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 do critério de inclusão da pesquisa que é ter 18 anos ou mais. 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 à 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 2023.

Nome do(a) participante:
_____

Assinatura:
_____

Nome da pesquisadora: Doutoranda Juliana Pereira Domingues

Assinatura:
_____

ANEXO C – Questionário de identificação socioeconômica e de evocações livres de palavras

Pesquisa
A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO CORONA VIRUS E DA COVID19 E SUAS LIÇÕES PARA AS PRÁTICAS DE CUIDADO 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) Nº. 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
(NI) 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 ultimo 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

(NI) 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
(NI) 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, Umbandista, Candomblé
(04) Budista, taoista, messiânica
(05) Sem religião
(NI) 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
(NI) Não Resposta

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 "**CUIDAR DA PESSOA COM CORONAVÍRUS ou COVID 19**"?

(1) _____
(2) _____
(3) _____
(4) _____
(5) _____

Agradecemos sua participação!

ANEXO D – Dicionário de padronização das evocações ao termo indutor cuidado da pessoa com COVID-19

PALAVRA EVOCADA	PADRONIZAÇÃO
acolher	Acolhimento
Escuta	acolhimento
escutar	acolhimento
Estímulo	acolhimento
Ligar	acolhimento
Ligar para disk covid	acolhimento
On-line	acolhimento
Presença	acolhimento
Tranquiliza-lá	acolhimento
Acolhimento	**Acolhimento**
Providências	**Acompanhar**
Acompanhamento	Acompanhar
Combater	acompanhar
Monitoramento	Acompanhar
Vigilância	Acompanhar
Observação	**Acompanhar**
Acompanhar	**Acompanhar**
potencializar	ajuda
ajudar	Ajuda
E querer ajuda	ajuda
Procurar ajuda	ajuda
Socorro	ajuda
Colaborar	ajuda
colaboração	ajuda
Ajuda	**Ajuda**
Alcool	Álcool gel
Álcool	Álcool gel
Álcool 70°	Álcool gel
Álcool em gel	Álcool gel
Usar álcool gel	álcool gel
Álcool gel	**Álcool gel**
Beber líquido	alimentação
Hidratação	Alimentação
Muita água	alimentação
Água	alimentação
Alimentacao adequada	Alimentação
Alimentação saudável	Alimentação
Alimentar	Alimentação
Alimento	Alimentação
Boa alimentação	alimentação
Cuidar alimentação	alimentação
Dieta balanceada	alimentação

Melhorar alimentação	alimentação
Nutrição	alimentação
alimentação	**alimentação**
Afeto	amor
Alegria	amor
Amor ao próximo	Amor
Amor ao próximo.	Amor
Amor ao ser humano	Amor
Amor e fé	Amor
Amor eterno	Amor
Amor.	Amor
prazer	amor
Amor	**Amor**
Angustia	Ansiedade-angústia
Angustiante	Ansiedade-angústia
Desespero	Ansiedade-angústia
Angústia	Ansiedade-angústia
Depressão	Ansiedade-angústia
Tensao	ansiedade-angústia
Tensão	ansiedade-angústia
Ansiedade	**Ansiedade-angústia**
Amparo	apoio
Apoiar	apoio
Cooperação	apoio
Suporte	apoio
Apoio	**Apoio**
Assistencia	Assistência
Assistir	Assistência
Atendimento	Assistência
AVALIAÇÃO	assistência
Assistência	**Assistência**
Alerta	atenção
Alertar	atenção
Atencao	atenção
Atençao	atenção
Atenção.	Atenção
Muita atenção	atenção
Atenção	**Atenção**
Auto cuidado	Autocuidado
Auto-contole	Autocuidado
Auto-cuidado	Autocuidado
Autopreservação	Autocuidado
Chás quentes	autocuidado
Cuidado de si	autocuidado
Cuidado de si e do outro	autocuidado
Cuidado pessoal	autocuidado
Cuidar da saúde minha e de minha familia	autocuidado
Cuidar de mim	autocuidado
Tenho que me proteger	autocuidado
Boas práticas	autocuidado

Bons hábitos	autocuidado
Autocuidado	**Autocuidado**
Cultura de segurança do paciente	biossegurança
Descartáveis	biossegurança
Descontaminação	biossegurança
Desinfecção.	biossegurança
Esterilização	biossegurança
Assepsia	biossegurança
Biossegurança	**Biossegurança**
Resignação	calma
resignado	calma
Aguardar	Calma
paz	calma
Manter serenidade	calma
Manter-la tranquila	calma
Calma	**Calma**
crise	caos
Tragédia	caos
Colapso	caos
Guerra	caos
Todos perdidos	caos
Tudo ou nada	caos
Caos	**Caos**
instruções necessárias	capacitação
Capacitação	Capacitação
Capacitacao	Capacitação
Capacitado	Capacitação
Conhecimento técnico	capacitação
Habilidade	capacitação
Habilidades	capacitação
Orientação profissional	capacitação
Precisa estar capacitado	capacitação
Preparo	capacitação
Preparo das equipes	capacitação
Profissionalismo	capacitação
Saber	capacitação
Capacitação	**Capacitação**
Carinho e responsabilidade	carinho
Com carinho	carinho
Carinho	**Carinho**
Disciplina	cautela
Microbiologia	ciência
Comprovação	ciência
Estudo	ciência
Inovação	ciência
Investimento em Pesquisa	ciência
Pesquisa científica	ciência
Ciência	**Ciência**
Cidadania	coletivo
Coletividade	coletivo

Coletivismo	coletivo
comunidades	coletivo
Sociedade	coletivo
Trabalho Coletivo	Coletivo
Coletivo	**Coletivo**
Rapidez	competência
Ágil	competência
Agilidade	competência
Eficiente	competência
Organização	competência
Planejamento	competência
Precisão	competência
Rigor	competência
competência	**competência**
Comprometimento	Compromisso
Desejo de cuidar	compromisso
Disponibilidade	compromisso
Compromisso	**Compromisso**
Conforto	**Conforto**
conhecer contágio	Conhecimento-desconhecimento
Educação	conhecimento-desconhecimento
Informação	Conhecimento-desconhecimento
Desorientação	Conhecimento-desconhecimento
Fake news e sabotagem	conhecimento-desconhecimento
Ignorancia	Conhecimento-desconhecimento
Pouca informação	Conhecimento-desconhecimento
Pouco conhecimento	Conhecimento-desconhecimento
Desinformação	Conhecimento-desconhecimento
Conhecimento	**Conhecimento-desconhecimento**
Contato	contágio
Alta transmissibilidade	contágio
Alto contágio	contágio
Contagio	Contágio
Contagiosa	contágio
Contaminaçao	contágio
contaminaçào	contágio
Contaminação	contágio
Disseminação	contágio
Pegar a doença	contágio
Pessoas que ele teve contato	contágio
Superfície de contato	Contágio
Transmissao	contágio
Transmissão	contágio
Transmissibilidade	contágio
Risco de transmissão	contágio
aerossol	contágio
Gotícula	contágio
Infectar	contágio
Vírus	contágio
Contágio	**Contágio**

Achatamento da cruva	controle
Controle	**Controle**
Atitude	**coragem**
Corajoso	coragem
Corragem	coragem
Determinação	coragem
É necessário ser forte	coragem
Energia	coragem
Força	coragem
Força de vontade	coragem
Luta	coragem
Perseverança	coragem
Resiliencia	coragem
Resiliência	coragem
Resistência	coragem
Coragem	**Coragem** 23
Tratar em casa	cuidados
Cuidados coletivos	cuidados
Zelo	cuidados
Cuidado	Cuidados
Cuidado com o doente	cuidados
Cuidado.	cuidados
Cuidados Específicos	Cuidados
Cuidados individuais	Cuidados
Cuidar	cuidados
Cuidar da pessoa	cuidados
Cuidar do aspecto físico, espiritual e social	cuidados
Cuidados	**cuidados**
Recuperação	cura
remediar	cura
esperança da cura	cura
Solução	cura
Cura	**Cura**
Ânimo	Dedicação
Disposição	Dedicação
Motivação	Dedicação
cuidadosa	dedicação
Altruísmo	Dedicação
Altruísta	Dedicação
Com entusiasmo	dedicação
Dedicacao	dedicação
Dedicacão	dedicação
Delicado	Dedicação
Dedicação	**Dedicação**
Expectativa	Desafio
Desafio	**Desafio**
Recessão	Desigualdade social
Abandono	Desigualdade social
Fome	Desigualdade social
Mais pobres	Desigualdade social

mais vulneráveis	Desigualdade social
Vulnerabilidade	Desigualdade social
Vulnerável	Desigualdade social
Desigualdade	**Desigualdade social**
Desinfeção	Desinfeção
Desinfecção	**Desinfeção**
Despreparo profissional	despreparo
Falta conhecimento técnico	despreparo
Despreparo	**Despreparo**
Aflição	difícil
Complexo	difícil
Complicado	difícil
Confusa	difícil
Difícl	Difícil
Dificuldade	Difícil
Dificuldade proteger	Difícil
dificuldades	Difícil
Ineficaz	difícil
Limitação	difícil
Vai dar trabalho	difícil
Difícil	**Difícil**
direito	direito
Igualdade	direito
Justiça social	direito
Recursos para todos	direito
Proteção social	direito
Responsabilidade Social	**direito**
Adoecer	doença
Adoecimento	doença
Agravo	doença
Agravo a saúde	doença
Comorbidades	doença
complicações	doença
complicações imprevisíveis	doença
Covid 19	doença
Efeitos do vírus no corpo	doença
Grave	doença
Gravidade	doença
Infecção	doença
Doença	**Doença**
Dor	**Dor**
Eu vou pegar virus?	dúvida
Onde?	dúvida
Como agir em casa	dúvida
Como lidar?	dúvida
Como?	dúvida
Contradição entre especialistas	dúvida
Duvida	dúvida
Duvidas	dúvida
Dúvidas	**Dúvida**

Dúvida	Dúvida
amiga	empatia
Amizade	empatia
compreensão	empatia
Despreendimento	empatia
Desprendimento	empatia
Empático	empatia
participação	empatia
Sensibilidade	empatia
Empatia	Empatia
Enfermeira	Enfermagem
Enfermeiro	Enfermagem
Enfermeiros	Enfermagem
Técnico de enfermagem	enfermagem
Enfermagem	Enfermagem
aparamentar-se	epi
Capote	epi
EPI e EPC.	EPI
EPI e estresse	EPI
Epi,s	EPI
EPI’s	EPI
EPIs	EPI
Epi's	EPI
EPIs	EPI
EPIs adequados	EPI
Equipamento de protecao individual	EPI
Equipamento de Proteção Individual	EPI
equipamentos de proteção individual	EPI
Equipamentos de proteção para profissionais de saúde	EPI
Paramentação	EPI
Paramentação adequada	epi
Proteção com vestimentas	epi
Roupas especiais	epi
Segurança ocupacional	epi
Touca	epi
Usar epi	epi
Uso de EPI's	epi
EPI	EPI
Equipe	equipes de saúde
Equipe multiprofissional	equipes de saúde
Farmacêutico	equipes de saúde
Fisioterapeuta	equipes de saúde
profissão	equipes de saúde
Profissionais	equipes de saúde
Profissionais da Saúde	equipes de saúde
Profissionais de saúde	equipes de saúde
profissionais de saude	equipes de saúde
Profissionais de saúde	equipes de saúde
Profissional	equipes de saúde

Equipes de saúde	**equipes de saúde**
Otimismo	**Esperança**
Otimista	**Esperança**
Esperança	**Esperança**
Bioética	ética
Etica	ética
Ética	**Ética**
Desrespeito	Falta cuidado
Discriminação	falta cuidado
Falta sentimentos	Falta cuidado
Falta solidariedade	Falta cuidado
descuido	**Falta cuidado**
Desestrutura	Falta de estrutura
Falta de EPI	Falta de estrutura
Falta de EPIs	Falta de estrutura
Falta de equipamentos	Falta de estrutura
Falta de equipamentos nos hospitais	Falta de estrutura
Falta de leito hospitalar	Falta de estrutura
Falta de recurso	Falta de estrutura
Falta de teste	Falta de estrutura
Falta de tratamento	Falta de estrutura
falta EPIs	Falta de estrutura
falta EPI's	Falta de estrutura
Péssimas condições	Falta de estrutura
Sem EPI	Falta de estrutura
sistema de saúde não tem capacidade	Falta de estrutura
Sucateamento da saúde publica	Falta de estrutura
Superlotação	Falta de estrutura
Superlotação de hospitais	Falta de estrutura
Precariedade	Falta de estrutura
Falta de estrutura	**Falta de estrutura**
Crianças	família
familia	Família
Familiares	Família
Mãe	família
Família	**Família**
Casa	Ficar em casa
domicilio	Ficar em casa
Em casa	Ficar em casa
Ficar de repouso	Ficar em casa
Ficar em casa	Ficar em casa
Fique em casa	Ficar em casa
Ficar em casa	**Ficar em casa**
Necropolitica	governo
Descaso do governo	governo
Estado	governo
Fora Bolsonaro	governo
Investimento governo federal	governo
Investimento no SUS	governo
medidas políticas	governo

Ministério da Saúde	governo
Poder	governo
Política	governo
Politização da crise	**governo**
Reconhecimento	heróis
Admiração	heróis
Herói	Heróis
Heróico	Heróis
Heroismo	Heróis
Heroísmo	Heróis
profissionais da saúde guerreiros	heróis
Heróis	**Heróis**
Ambiente	Higiene
Ambiente limpo	Higiene
Ambiente ventilado	Higiene
Cuidados com higiene	higiene
Henizacao	Higiene
Higiêne	higiene
Higiene total	Higiene
Higiene.	Higiene
Higienização	Higiene
Higienização geral	Higiene
Higienizar	Higiene
Limpeza	higiene
Limpeza do ambiente	higiene
Muita limpeza.	higiene
higiene	**higiene**
Emergência	hospital
Emergencial	hospital
Hospitais	Hospital
Hospitais de campanha	Hospital
Hospitalização	Hospital
Hospotal	Hospital
Internação	Hospital
Internamento	Hospital
Leito	hospital
Leito hospitalar	hospital
Leitos	hospital
Tratamento hospitalar	hospital
Hospital	**Hospital**
Calor humano	humanização
Humanidade	Humanização
Humanizacao	Humanização
Humanização.	Humanização
humano	Humanização
tecnologia para minimizar o distanciamento social	humanização
Humanização	**Humanização**
Idoso	idosos
idosos	**idosos**

Acredito	importante
Confiança	importante
Útil	importante
Valorização	importante
Essencial	importante
fundamental	importante
Importância	Importante
Imprescindível	Importante
Positividade	importante
Prioridade	importante
Prioritário	importante
Valorizacao	importante
Importante	**Importante**
anticorpos	imunidade
Aumento da imunidade	imunidade
Imunidade	**Imunidade**
Não saberia atuar	Incapacidade
Eu nao estou preparado	Incapacidade
Inabilidade	Incapacidade
Inapta	Incapacidade
Inexperiência	Incapacidade
Nao	Incapacidade
Não faria	Incapacidade
Ainda não experimentei estar próximo	Incapacidade
Não sei	Incapacidade
Incapacidade	**Incapacidade**
Apatia	incerteza
Desânimo	incerteza
Impacto após cura	incerteza
Incertezas	Incerteza
Incerto	Incerteza
Preocupação com o futuro	incerteza
Incerteza	**Incerteza**
Instabilidade	Insegurança
Fragilidade	Insegurança
Impossibilidade	Insegurança
Impotência	Insegurança
Inaegurança	Insegurança
Insegura	Insegurança
Insegurança	**Insegurança**
Ítens pessoais	Isolamento
Abstinência	isolamento
Cuidados isolamento	isolamento
Falhar ao isolar a pessoa	Isolamento
Isolamente	Isolamento
Isolamento no local	Isolamento
Isolamento pessoa doente	Isolamento
Isolamento respiratório	Isolamento
Isolamento.	Isolamento
isolar	Isolamento

Não compartimento de uso pessoal	Isolamento
não contaminar	Isolamento
restrição	Isolamento
Separar as coisas	Isolamento
Isolamento planejado	Isolamento
Isolamento	**Isolamento**
Falta de liberdade	Isolamento social
confinamento	Isolamento social
Distancia	Isolamento social
Distância	Isolamento social
Isolamento domiciliar	Isolamento social
Manter distância	Isolamento social
Reclusão	Isolamento social
Resguardo	Isolamento social
Retenção	Isolamento social
Se isolar	Isolamento social
Sem contato	Isolamento social
Separação	Isolamento social
Distanciamento social	isolamento social
Distância-social	isolamento social
Evitar contato	Isolamento social
Isolameto social	Isolamento social
Isolamento social	**Isolamento social**
Afastamento	Isolamento social **6**
Distanciamento	Isolamento social 7
Higiene das mãos	Lavar as mãos
Higiene das mãos e objetos	Lavar as mãos
Higiene mãos	Lavar as mãos
Higienização das mãos	Lavar as mãos
Higienizar as mãos	Lavar as mãos
Higienizar mãos	Lavar as mãos
Lavagem das mãos	Lavar as mãos
Lavar as mãos...usar máscaras	Lavar as mãos
Lavar mãos	Lavar as mãos
Mãos	Lavar as mãos
Sabao	lavar as mãos
Sabão	lavar as mãos
Sabonete	lavar as mãos
Lavar as mãos	**Lavar as mãos**
Luva	Luvas
Luva e mascara	Luvas
Usar luvas	luvas
Luvas	**Luvas**
usar máscara	máscara
Mascara	máscara
Mascara	máscara
Máscara de proteçao	máscara
Máscara de proteção	máscara
mascara e luvas	máscara
Máscaras	máscara

máscaras de proteção	máscara
máscaras e luvas	máscara
Sair com máscara	máscara
Usar máscara	máscara
Uso de máscara	máscara
Utilizar máscara	máscara
máscara	**máscara**
Consultar um medico	Médicos
Infectologia	Médicos
Infectologista	Médicos
Ir ao medico	Médicos
Medicina	Médicos
Medico	Médicos
Médico	Médicos
Médicos e especialistas	Médicos
Médicos	**Médicos**
cuidar mesmo com medo	medo
Assustador	medo
Causa medo	Medo
Medo da morte	Medo
Medo de contaminação	Medo
Medo de contrair o vírus	Medo
medo de não conseguir	Medo
Medo, ansiedade, recessão, oportunismo, dificuldade.	Medo
Medo.	Medo
Pânico	Medo
Pavor	Medo
Receio	Medo
Temor	Medo
Temor em infectar s família	Medo
Medo	**Medo**
Humildade	missão
Abnegação	Missão
Anjos de máscaras	Missão
Bondade	Missão
Caridade	Missão
Caridade.	Missão
Coração	Missão
Coração nas mãos	Missão
Dever	Missão
Doação	Missão
Doações	Missão
É meu dever	Missão
entrega	Missão
Fazer tudo pela vida do outro	Missão
Felicidade	Missão
Felicidades	Missão
Feliz por ajudar	Missão
Feliz por estar presente	Missão

Juramento	Missão
Missao	Missão
Obrigação	missão
Orgulho	missão
piedade	missão
Sacrifício	missão
Sublimação	missão
Fraternidade	missão
Missão	**Missão**
Baixa de profissionais	morte
Cremação	morte
Letal	morte
Letalidade	morte
Mata	morte
Morta	Morte
morte da pessoa	Morte
Perda	morte
Perder a pessoa	morte
Perder o ente	morte
Morte	**Morte**
Renovaçao	mudança
Retorno	mudança
Mudança de rotina	Mudança
Mudanças	Mudança
Mudanças Cuidar	Mudança
Novos hábitos	mudança
reinventar	mudança
Transformação	Mudança
Mudança	**Mudança**
É necessario	necessidade
Nessecidade	necessidade
Necessário	necessidade
Demanda	necessidade
Necessidade	**Necessidade**
Desconhecido	novo
Espanto	novo
Evolução	novo
Excitação	novo
Novo	**novo**
conscientização	orientação
Consciência	orientação
Conscientização	orientação
conversando on line	orientação
Conversar	orientação
Desnvolvendo campanha	orientação
Esclarecimento	orientação
informação clara	orientação
Informações	orientação
Instrução	orientação
Orientacao	Orientação

Orientação sem Pânico	Orientação
Orientações	Orientação
orientar	Orientação
Orientação	**Orientação**
gentileza	Paciência
Paciencia	Paciência
Paciência.	Paciência
Ser educado e ter paciência	paciência
Tolerância	paciência
Paciência	**Paciência**
China	pandemia
Itália	pandemia
Sem fronteiras	Pandemia
Pandemia	**Pandemia**
Aproximação com cuidado	precaução
Cautela	precaução
Cautela.	precaução
Cuidado para não contaminar outras pessoas	precaução
Cuidar com segurança	precaução
Mais cuidado	precaução
Máximo cuidado	precaução
Muito cuidado	precaução
Muitos cuidados	precaução
Precauçao	Precaução
Precauções	Precaução
Preservação	precaução
Prudência	precaução
redobrar cuidados	precaução
Cuidados extremos	precaução
Precaução	**Precaução**
Concentração	**preocupação**
Foco	**preocupação**
apreensão	preocupação
Preocupacao	preocupação
preocupação	**preocupação**
Etiqueta respiratória	prevenção
Evitar	prevenção
Medidas preventivas	prevenção
PREVENÇÃO.	Prevenção
Prevenções	Prevenção
Prevenir	Prevenção
Prevenção	**Prevenção**
Se preservar	proteção
Se proteger	proteção
Falta de proteção	proteção
Não se contaminar	proteção
Protecao	Proteção
Proteçao	Proteção
Proteção equipes médicas	Proteção

proteção individual	Proteção
Proteção.	Proteção
Proteger	Proteção
Proteção	**Proteção**
regras da OMS	protocolos
Protocolo	Protocolos
Protocolos de segurança	Protocolos
Protocolos	**Protocolos**
Quarenta	Quarentena
Quarentena	**Quarentena**
Equipamentos	recursos
Gastos	recursos
Dinheiro	Recursos
Recurso	Recursos
Equipamento	recursos
Equipamentos corretos	recursos
Infraestrutura	recursos
Instrumentos	recursos
materiais	recursos
Material	recursos
Ambulância	recursos
Recursos	**Recursos**
Já pensei	reflexão
Reflexao	Reflexão
Reflexão	**Reflexão**
Remédio	Remédios
Analgésicos	remédios
Analgésicos e antitérmico	remédios
Antitérmicos	remédios
Azitromicina	remédios
Cloroquina	remédios
Dar antitérmico	remédios
dipirona	remédios
Hidroxicloroquina	remédios
Indromectina	remédios
Medicação	remédios
Medicamento	remédios
medicamentos	remédios
medicamentos para febre e dor	remédios
Medicar	remédios
Remedio	remédios
Remedios nao eficazes	remédios
Tylenol	remédios
Remédios	**Remédios**
Cama	repouso
Descanso	repouso
Repouso	**Repouso**
Obediência	respeito
Com respeito	respeito
Reapeito	respeito

Respeitar as indicações	Respeito
Respeitar o seu espaço	Respeito
Respeito	**Respeito**
Entubação	respirador
Intubação	respirador
Respiradores	Respirador
Ventilação	respirador
Ventilação artificial	respirador
Ventilação mecanica	respirador
Ventilador mecânico	respirador
respirador	**respirador**
Irresponsabilidade	responsabilidade
Responsabilidade.	Responsabilidade
Responsabilidade	**Responsabilidade**
Fisiologia	risco
Idade	risco
Arriscado	risco
Exposicao	risco
Exposição	risco
Grupo de risco	risco
Grupos de risco.	risco
O próximo pode ser você	risco
Perigo	risco
Perigo.	risco
Perigoso	risco
Possibilidade de adquir o vírus	risco
Receio na exposição	risco
Risco biológico	Risco
Risco de contaminação	Risco
Risco de infectar	Risco
Riscos	Risco
Risco	**Risco**
Saude	Saúde
Saúde	**Saúde**
suporte emocional	Saúde mental
Cuidar não só do corpo, mas também da mente	Saúde mental
Sanidade	Saúde mental
Carga emocional	Saúde mental
Desgaste	Saúde mental
Desgaste emocional	Saúde mental
Emocional	Saúde mental
Psicológico	Saúde mental
Sofrimento psíquico	Saúde mental
Saúde mental	**Saúde mental**
Equilíbrio	segurança
Falta de segurança	segurança
SEGURANÇA.	Segurança
Segurança	**Segurança**
sintomas amenizados	sintomas

Assintomática	sintomas
Dificuldade para respirar	sintomas
Dispnéia	sintomas
Dor na garganta	sintomas
Falta de olfato	sintomas
Falta de paladar	sintomas
Febre,	sintomas
Gripe	sintomas
Sinais de gravidade	sintomas
Sintoma	Sintomas
sintomas e sinais	Sintomas
Tosse	Sintomas
Tosse,	Sintomas
Sintomas	**Sintomas**
Aparelho respiratório	Sistema respiratório
Ar	Sistema respiratório
Respiração	Sistema respiratório
Sistema respiratório	**Sistema respiratório**
Cansaço	Sobrecarga
Cansativo	Sobrecarga
Esforço.	sobrecarga
Esgotamento	sobrecarga
Trabalho	sobrecarga
Trabalho excessivo	sobrecarga
Trabalhoso	sobrecarga
Sobrecarga	**Sobrecarga**
Solidão	**Solidão**
Alteridade	solidariedade
Com compaixão	solidariedade
Compaixão	solidariedade
Companheirismo	solidariedade
Companhia	solidariedade
Compartilhamento	solidariedade
Pensa no próximo	solidariedade
Próximo	solidariedade
Soludariedade	Solidariedade
Sororidade	Solidariedade
Uniao	solidariedade
União	solidariedade
Solidariedade	**Solidariedade**
Superação	**Superação**
Não sobrecarregar o sistema de saúde	sus
Acesso	sus
Acesso sistema de saúde	Sus
Saúde pública	sus
Siste de Saúde	sus
SUS	**SUS**
Novas metodologias	tecnologias
Fisioterapia respiratória	tecnologias
Reiki	tecnologias

Técnica	Tecnologias
Técnica e segurança	Tecnologias
Técnicas	Tecnologias
tecnologia para minimizar o distanciamento social	Tecnologias
Tecnologias	**Tecnologias**
Estresse.	tensão
Deus.	ter-fé
Espiritualidade	ter-fé
fé em Deus	ter-fé
Fé em Deus	ter-fé
FÉ.	ter-fé
Muita fé	ter-fé
Oracao	ter-fé
Orações	ter-fé
Resar	ter-fé
Fé	**ter-fé**
Confirmação da doença	teste
Confirmar	teste
Testagem	Teste
Testar	Teste
Teste diagnostico	Teste
testes	Teste
Teste	**Teste**
Dar o necessario para nao piorar	**tratamento**
Tratamento eficaz	Tratamento
tratar	Tratamento
Tratamento	**Tratamento**
Sofrimento	Tristeza
Tristeza	**Tristeza**
Unidade de Terapia Intensiva (UTI)	uti
Aparelho	uti
Aparelho respirador	Uti
aparelhos	Uti
Aparelhos respiratórios	uti
UTI	**UTI**
Vacina	**Vacina**
Tudo vai ficar bem	vencer
Vai passar	vencer
Vai sair curado	vencer
Vamos vencer juntos	vencer
Venceremos	vencer
Vitória	vencer
Vencer	**Vencer**
Compromisso com a vida	vida
Preservação da vida	vida
Salvar	vida
Salvar vidas	vida
Sobrevivência	vida
Sobreviver	vida

Sobrwvivencia	vida
Tentar salvar	vida
Viver	Vida
Vida	**Vida**