



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM



NICOLE JUCÁ MONTEIRO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19 E REPERCUSSÕES
PARA O CUIDADO DE SI E DO OUTRO**

Rio de Janeiro
2025

NICOLE JUCÁ MONTEIRO

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19 E REPERCUSSÕES
PARA O CUIDADO DE SI E DO OUTRO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito necessário a obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira.

Rio de Janeiro
2025

CIP - Catalogação na Publicação

M775r Monteiro, Nicole Jucá
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19 E REPERCUSSÕES
PARA O CUIDADO DE SI E DO OUTRO / Nicole Jucá
Monteiro. -- Rio de Janeiro, 2025.
209 f.

Orientadora: Márcia de Assunção Ferreira.
Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio
de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2025.

1. Representações Sociais. 2. COVID-19. 3.
Cuidado de Si. 4. Pandemias. 5. Enfermagem. I.
Ferreira, Márcia de Assunção, orient. II. Título.

NICOLE JUCÁ MONTEIRO

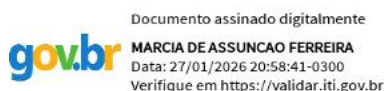
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19 E REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO DE SI E DO OUTRO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito necessário a obtenção do título de Doutor.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira.

Data de aprovação: 18/12/2025

Banca examinadora



Prof^a. Dr^a. Márcia de Assunção Ferreira - Presidente
Escola de Enfermagem Anna Nery
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof. Dr. Ricardo Bezerra Cavalcante - 1º examinador
Faculdade de Enfermagem
Universidade Federal de Juiz de Fora

Prof. Dr. Thémistoklis Apostolidis - 2º examinador
Institut Sciences de la Santé Publique
Aix-Marseille Université

Prof^a. Dr^a. Ivaneide Leal Ataíde Rodrigues - 3ª examinadora
Escola de Enfermagem Magalhães Barata
Universidade do Estado do Pará

Prof. Dr. Rafael Celestino da Silva - 4º examinador
Escola de Enfermagem Anna Nery
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Ana Beatriz Azevedo Queiroz - Suplente Interno
Escola de Enfermagem Anna Nery
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof^a. Dr^a. Laura Maria Vidal Nogueira - Suplente Externo
Escola de Enfermagem Magalhães Barata
Universidade do Estado do Pará

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese a Deus e a Nossa Senhora, por me concederem força, sabedoria e serenidade em todos os momentos desta caminhada.

À minha família — em especial aos meus pais e à minha irmã — pelo amor, paciência e apoio incondicional.

À minha orientadora, pela confiança, acolhimento e inspiração.

À CAPES, pelo apoio financeiro por meio da concessão da bolsa, indispensável à realização deste trabalho.

E a todos os participantes desta pesquisa, pela confiança e colaboração que tornaram este trabalho possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus e à Nossa Senhora de Fátima e Nazaré, pela presença constante em minha vida, por me guiarem com amor e me sustentarem com fé nos momentos de dúvida, medo e superação. Que cada conquista aqui representada seja reflexo das bênçãos que recebi em minha caminhada.

Aos meus pais, Cícero Monteiro e Rose Jucá, que me ensinaram desde cedo que o estudo é uma forma de liberdade e de amor por nós mesmos; que o conhecimento é um legado que ninguém pode tirar; e que o esforço, a humildade, a verdade e o amor são o caminho mais bonito para alcançar qualquer sonho. Obrigada por acreditarem em mim, mesmo quando tive medo da escolha de viver o meu sonho em outra cidade, por me apoiarem com paciência e por viverem esta conquista comigo. Tudo o que sou tem muito de vocês.

À minha irmã Nathália Jucá, minha grande inspiração e amiga de todas as horas. Sua força, sabedoria e carinho me mostraram que o amor fraternal é um dos maiores presentes da vida. Você é a grande inspiração da minha jornada, por correr atrás dos seus sonhos com coragem e determinação, e por ser, em todos os momentos, minha parceira de vida.

Ao meu cachorro Kiro Jucá, que com seu olhar doce, amor incondicional e presença constante, transformou os dias mais difíceis em dias de carinho e esperança. Você me lembra, todos os dias, que o amor mais sincero cabe num rabo abanando. Você não sabe ler esta tese, mas foi parte dela — e de mim — o tempo todo.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dra. Márcia Assunção, pela sabedoria, confiança e acolhimento que me inspiraram em cada passo da minha trajetória acadêmica e pessoal. Sou profundamente grata por acreditar em mim, por compartilhar seu conhecimento com generosidade e por me ensinar, com o exemplo, que fazer pesquisa é também um ato de amor, sensibilidade e humanidade.

Agradeço, com carinho, a todos os professores que passaram pela minha vida — da escola à universidade — por cada ensinamento, palavra de incentivo e exemplo que me conduziram até a realização deste sonho.

Aos professores da banca avaliadora, expresso minha sincera gratidão pela dedicação, atenção e rigor acadêmico com que acolheram este trabalho. Agradeço pela disponibilidade em investir tempo e energia na análise desta tese, mesmo diante de tantos outros compromissos acadêmicos. É uma honra contar com profissionais tão

comprometidos com a ciência e a formação de novos pesquisadores.

Aos meus amigos, por tantas vezes compreenderem a minha ausência e torcerem por mim, mesmo de longe. Em especial, à minha amiga Núria Safira, por ter sido um apoio essencial na busca pelos participantes. Talvez, sem você, eu não tivesse conseguido desenvolver tudo o que foi proposto. Obrigada por doar seu tempo, sua dedicação e seu coração a esta pesquisa. Ela também é sua.

Aos participantes da pesquisa, que confiaram em mim e compartilharam suas histórias de um período tão delicado da nossa história moderna, pandemia da COVID-19. Mesmo em meio às incertezas, ao medo e às dificuldades daquele tempo, vocês abriram seus corações e permitiram que suas vozes se transformassem em conhecimento e reflexão. Sem vocês, este trabalho não existiria. Cada palavra aqui escrita carrega um pouco de suas vivências, suas dores e suas esperanças e, acima de tudo, a força de quem segue acreditando na vida e na ciência.

À CAPES, pelo apoio concedido por meio da bolsa de estudos, essencial para a concretização desta etapa da minha trajetória acadêmica.

E, por fim, a todos que fizeram parte do meu caminho — amigos, familiares, colegas e professores — obrigada por cada gesto de carinho, por cada palavra de incentivo, por cada partilha.

Este trabalho é fruto de muitas mãos, de muitos corações e de muita fé. É a materialização de um sonho que só foi possível porque nunca caminhei sozinha.

Com carinho,
Nicole Jucá Monteiro

RESUMO

Monteiro, Nicole Jucá. **Representações sociais da COVID-19 e repercussões para o cuidado de si e do outro.** Rio de Janeiro, 2025. 209f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Esta tese analisa as representações sociais da COVID-19 entre pessoas que contraíram e não contraíram a doença, e suas repercussões nas práticas de cuidado de si e do outro, à luz da Teoria das Representações Sociais, em suas vertentes processual e estrutural, e do pensamento de Michel Foucault sobre o cuidado como prática ética e política de liberdade. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e analítico, fundamentado no referencial psicossociológico de Serge Moscovici, desenvolvido com 146 participantes residentes na Região Amazônica. A coleta de dados ocorreu por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras e de entrevistas semiestruturadas, processadas pelos softwares EVOC e Alceste. Os resultados revelaram que as representações da COVID-19 se configuram como construções dinâmicas, partilhadas e afetivamente investidas, sustentadas por memórias coletivas de crise, discursos midiáticos e práticas cotidianas de proteção. No núcleo central, comum a ambos os grupos, emergiram os elementos medo, ansiedade, morte e pandemia, expressando a tensão entre o biológico e o simbólico. A doença foi representada como presença invisível e ameaçadora, que reorganizou modos de sentir, conviver e cuidar. Na abordagem processual, observou-se que os que não contraíram o vírus mobilizaram representações ancoradas na racionalidade científica e na desinformação, refletindo uma polifasia cognitiva marcada por discursos de poder, resistência e moralização do cuidado. Já entre os que vivenciaram a infecção, o corpo tornou-se lugar de inscrição simbólica, em que adoecer significou também redescobrir-se. As práticas de higienização, isolamento e vacinação foram representadas tanto como tecnologias de biopoder quanto como gestos éticos de solidariedade coletiva. A integração das duas abordagens evidenciou que o cuidado de si e do outro opera em múltiplos planos, cognitivo, afetivo e político, ultrapassando o campo técnico da saúde e assumindo o estatuto de prática social e moral. Assim, cuidar de si revelou-se como forma de resistência e liberdade, onde o sujeito se reconhece parte de um coletivo vulnerável e interdependente. Conclui-se que as representações sociais da COVID-19 expressam o entrelaçamento entre saber, poder e subjetividade, configurando o cuidado como prática relacional e ética, atravessada por afetos, medos e esperanças. A pesquisa reafirma a potência da Enfermagem como campo de produção de saberes sobre o humano e suas formas de viver e cuidar, propondo reflexões e estratégias educativas que considerem o sujeito em sua totalidade biológica, simbólica e social.

Palavras-chave: Representações Sociais; COVID-19; Cuidado de Si; Pandemias; Saúde Pública; Enfermagem.

ABSTRACT

Monteiro, Nicole Jucá. **Social representations of COVID-19 and repercussions for self-care and care of others.** Rio de Janeiro, 2025. 209f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

This thesis analyzes the social representations of COVID-19 among people who contracted and did not contract the disease, and their repercussions on self-care and care for others, in light of the Theory of Social Representations, in its procedural and structural aspects, and Michel Foucault's thought on care as an ethical and political practice of freedom. This is a qualitative, descriptive, and analytical study, based on the psychosocial framework of Serge Moscovici, developed with 146 participants residing in the Amazon Region. Data collection occurred through the Free Word Association Technique and semi-structured interviews, processed by the EVOC and Alceste software. The results revealed that the representations of COVID-19 are configured as dynamic, shared, and affectively invested constructions, sustained by collective memories of crisis, media discourses, and daily protection practices. In the central core, common to both groups, the elements of fear, anxiety, death, and pandemic emerged, expressing the tension between the biological and the symbolic. The disease was represented as an invisible and threatening presence that reorganized ways of feeling, interacting, and caring. In the procedural approach, it was observed that those who did not contract the virus mobilized representations anchored in scientific rationality and misinformation, reflecting a cognitive polyphasia marked by discourses of power, resistance, and moralization of care. Among those who experienced the infection, the body became a place of symbolic inscription, where falling ill also meant rediscovering oneself. Practices of hygiene, isolation, and vaccination were represented both as technologies of biopower and as ethical gestures of collective solidarity. The integration of the two approaches showed that self-care and care for others operate on multiple levels—cognitive, affective, and political—transcending the technical field of health and assuming the status of a social and moral practice. Thus, self-care revealed itself as a form of resistance and freedom, where the subject recognizes himself as part of a vulnerable and interdependent collective. In conclusion, the social representations of COVID-19 express the intertwining of knowledge, power, and subjectivity, configuring care as a relational and ethical practice, permeated by emotions, fears, and hopes. The research reaffirms the power of Nursing as a field for the production of knowledge about humanity and its ways of living and caring, proposing reflections and educational strategies that consider the individual in their biological, symbolic, and social totality.

Keywords: Social Representations; COVID-19; Self-Care; Pandemics; Public Health; Nursing.

RESUMEN

Monteiro, Nicole Jucá. **Representaciones sociales de la COVID-19 y repercusiones para el autocuidado y el cuidado de los demás**. Río de Janeiro, 2025. 209p. Tesis doctoral (Enfermería) – Escuela de Enfermería Anna Nery, Universidad Federal de Río de Janeiro, Río de Janeiro, 2025.

Esta tesis analiza las representaciones sociales de la COVID-19 entre personas que contrajeron y no contrajeron la enfermedad, y sus repercusiones en el autocuidado y el cuidado de los demás, a la luz de la Teoría de las Representaciones Sociales, en sus aspectos procedimentales y estructurales, y del pensamiento de Michel Foucault sobre el cuidado como práctica ética y política de la libertad. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y analítico, basado en el marco psicosociológico de Serge Moscovici, desarrollado con 146 participantes residentes en la región amazónica. La recolección de datos se realizó mediante la Técnica de Asociación Libre de Palabras y entrevistas semiestructuradas, procesadas con los programas EVOC y Alceste. Los resultados revelaron que las representaciones de la COVID-19 se configuran como construcciones dinámicas, compartidas y afectivamente cargadas, sustentadas por memorias colectivas de la crisis, discursos mediáticos y prácticas cotidianas de protección. En el núcleo central, común a ambos grupos, emergieron los elementos de miedo, ansiedad, muerte y pandemia, que expresan la tensión entre lo biológico y lo simbólico. La enfermedad se representó como una presencia invisible y amenazante que reorganizó las formas de sentir, convivir y cuidar. En el enfoque procesual, se observó que quienes no contrajeron el virus movilizaron representaciones ancladas en la racionalidad científica y la desinformación, reflejando una polifasia cognitiva marcada por discursos de poder, resistencia y moralización del cuidado. Entre quienes experimentaron la infección, el cuerpo se convirtió en un lugar de inscripción simbólica, donde enfermar también significaba redescubrirse a uno mismo. Las prácticas de higiene, aislamiento y vacunación se representaron tanto como tecnologías de biopoder como gestos éticos de solidaridad colectiva. La integración de ambos enfoques mostró que el autocuidado y el cuidado de los demás operan en múltiples niveles —cognitivo, afectivo y político— trascendiendo el ámbito técnico de la salud y asumiendo el estatus de una práctica social y moral. Así, el autocuidado se reveló como una forma de resistencia y libertad, donde el individuo se reconoce como parte de un colectivo vulnerable e interdependiente. Se concluye que las representaciones sociales de la COVID-19 expresan la interrelación entre conocimiento, poder y subjetividad, configurando el cuidado como una práctica relacional y ética, atravesada por afectos, miedos y esperanzas. La investigación reafirma el poder de la enfermería como campo para la producción de conocimiento sobre el ser humano y sus formas de vivir y cuidar, proponiendo reflexiones y estrategias educativas que consideran al individuo en su totalidad biológica, simbólica y social.

Palabras clave: Representaciones sociales; COVID-19; Autocuidado; Pandemias; Salud pública; Enfermería.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Florence Nightingale, Diagrama das Rosas (1958).	18
Figura 2 - Evolução dos números de novos casos confirmados de COVID-19 por semana Epidemiológica, segundo países com maiores números de casos avaliados até a trigésima primeira.	20
Figura 3 - Mapa de sobreposição no software VOSviewer®. Lei de Zipf. Belém, Brasil, 2024.	24
Figura 4 - Esquema sobre a estrutura e sentidos das representações sociais entre quem contraiu e não contraiu a COVID-19.....	72
Figura 5 - Árvore da Classificação Descendente.....	74
Figura 6 - Configuração das Classes conforme Classificação Hierárquica Descendente.	74
Figura 7 - Divisão e conexão do corpus em classes.	75
Figura 8 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.	76
Figura 9 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 1.	79
Figura 10 - Rede da Forma “China” da classe 1.....	79
Figura 11 - Rede da Forma “Mão” da classe 2.	82
Figura 12 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 2.	83
Figura 13 - Esquema explicativo das conexões dos elementos sobre a origem viral e as práticas de enfrentamento de quem não contraiu a COVID-19.....	92
Figura 14 - Campo das representações sociais da COVID-19 com articulação da origem viral e das práticas de enfrentamento para quem não contraiu a COVID-19.....	93
Figura 15 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 3.	95
Figura 16 - Rede da Forma “saúd” da classe 3.	95
Figura 17 - Rede da Forma “Casa” da classe 4.	97
Figura 18 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 4.	97
Figura 19 - Esquema explicativo das conexões dos elementos sobre a política, a emoção e o cuidado para quem não contraiu a COVID-19.	104
Figura 20 - Campo das representações sociais sobre a COVID-19 articulando a política, a emoção e o cuidado de quem não contraiu a COVID-19.	105
Figura 21 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 5.	107
Figura 22 - Rede da Forma “peg” da classe 5.	107
Figura 23 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 6.	109
Figura 24 - Rede da Forma “reforc” da classe 6.....	110
Figura 25 - Esquema explicativo com a conexão dos elementos sobre a pandemia, biopolítica e desinformação para quem não contraiu a COVID-19.	120
Figura 26 - Campo das representações sociais da COVID-19 articulando pandemia, biopolítica e desinformação para quem não contraiu a COVID-19.	120
Figura 27 – Representação social da COVID-19 para quem não contraiu o vírus.	122
Figura 28 - Árvore da Classificação Descendente.....	122
Figura 29 - Configuração das Classes conforme Classificação Hierárquica Descendente.	123
Figura 30 - Divisão e conexão do corpus em classes.	124
Figura 31 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.	125
Figura 32 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 1.	127
Figura 33 - Rede da Forma “Mão” da classe 1.	127
Figura 34 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 2.	130
Figura 35 - Rede da Forma “Inform” da classe 2.	130
Figura 36 - Esquema explicativo com as conexões de elementos sobre a Higienização e	

do Cuidado na Pandemia (COVID-19) para quem teve a doença.....	138
Figura 37 - Campo das representações sociais da COVID-19 com articulação da Higienização e do Cuidado na Pandemia (COVID-19) para quem teve a doença.	139
Figura 38 - Rede da Forma “vírus” da classe 5.	140
Figura 39 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 5.	140
Figura 40 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 6.	143
Figura 41 - Rede da Forma “Peg” da classe 6.	144
Figura 42 - Esquema explicativo com as conexões de elementos sobre a origem do vírus e os sentidos do adoecer para quem contraiu a doença.	148
Figura 43 - Campo das representações sociais da COVID-19 com articulação sobre a origem do vírus e os sentidos do adoecer para quem contraiu a doença.	149
Figura 44 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 3.	150
Figura 45 - Rede da Forma “Sintoma” da classe 3.	150
Figura 46 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 4.	154
Figura 47 - Rede da Forma “Cas” da classe 4.	154
Figura 48 - Esquema explicativo das conexões dos elementos sobre a vivência dos sintomas e o reordenamento do cotidiano para quem contraiu a COVID-19.....	161
Figura 49 - Campo das representações sociais da COVID-19 articulando a vivência dos sintomas e o reordenamento do cotidiano.	161
Figura 50 - Representação social da COVID-19 para quem contraiu a COVID-19.....	163

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Sistematização dos códigos que compuseram o corpus submetido ao software Alceste.	52
Quadro 2: Quadro de quatro casas a partir do termo indutor “COVID-19” para o grupo que não contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.	63
Quadro 3: Técnica mise en cause para confirmação do núcleo central das representações sociais da COVID-19 do grupo que não contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.	64
Quadro 4: Quadro de quatro casas a partir do termo indutor “COVID-19” para o grupo que contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.	64
Quadro 5: Técnica mise en cause para confirmação do núcleo central das representações sociais da COVID-19 do grupo que contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.	65
Quadro 6: Distribuição das classes e seus enfoques.	77
Quadro 7: Palavras representativas da classe 1.	78
Quadro 8: Palavras representativas da classe 2.	81
Quadro 9: Palavras representativas da classe 3.	94
Quadro 10: Palavras representativas da classe 4.	98
Quadro 11: Palavras representativas da classe 5.	106
Quadro 12: Palavras representativas da classe 6.	110
Quadro 13: Distribuição das classes e seus enfoques.	125
Quadro 14: Palavras representativas da classe 1.	126
Quadro 15: Palavras representativas da classe 2.	130
Quadro 16: Palavras representativas da classe 5.	141
Quadro 17: Palavras representativas da classe 6.	142
Quadro 18: Palavras representativas da classe 3.	151
Quadro 19: Palavras representativas da classe 4.	153

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C – Antes de Cristo

AC – Análise de Conteúdo

AD - Análise de Discurso

AFC - Análise Fatorial por Correspondência

α -CoV – Coronavírus alfa

β -CoV – Coronavírus beta

δ -CoV – Coronavírus delta

CoV - Coronavírus

DeCS - Descritores em Ciências da Saúde

EPI-WIN – Plataforma *WHO Information Network for Epidemics*

Hab - habitantes

ICTV - Grupo de Estudo de Coronavírus do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus

MeSH - *Medical Subject Headings*

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PHEIC - Emergência de saúde pública de interesse internacional

RMB - Região metropolitana de Belém

RNA - Ácido ribonucleico

R0 - Taxa de reprodução ou transmissibilidade

RS – Representações sociais

RSI - Regulamento sanitário internacional

Rt - Taxa de reprodução efetiva

SE - Semana Epidemiológica

TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras

TNC - Teoria do núcleo central

TOC - Transtorno obsessivo compulsivo

TRS - Teoria das Representações Sociais

UC - Unidade de Contexto

UCE - Unidade de Contexto Elementar

UCI - Unidade de Contexto Inicial

Sumário

1. CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO.....	17
1.1. A COVID-19 como objeto de conhecimento psicossociológico	20
1.2. Justificativa	22
1.3. Objetivos	27
1.3.1. Objetivo geral	27
1.3.2. Objetivos específicos	27
1.4. Contribuições potenciais do estudo	28
2. CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEMÁTICO CONCEITUAL	29
2.1. Coronavírus: uma perspectiva histórica	29
2.1.1. Cronologia da pandemia da COVID-19 e suas repercussões psicossociais	30
2.1.2. O cuidado de enfermagem nas epistemologias do autocuidado e do cuidado de si	35
3. CAPÍTULO III - FUNDAMENTOS TEÓRICOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	39
3.1. Representações sociais: uma história e sua contribuição para a ciência	39
3.1.1. A abordagem processual	44
3.1.2. A abordagem estrutural.....	44
4. CAPÍTULO IV - MÉTODO	46
4.1. Tipo de estudo	46
4.2. Local da pesquisa	46
4.3. Participantes da pesquisa	47
4.3.1. Critérios de Inclusão	48
4.3.2. Critérios de Exclusão	48
4.4. Técnica de recrutamento e de produção de dados.....	48
4.4.1. Primeira etapa: Técnica de Evocações Livres de Palavras	50
4.4.2. Segunda etapa: Entrevista em profundidade.....	51
4.4.3. Terceira etapa: Teste de Centralidade.....	52
4.5. Procedimentos para análise dos dados	54
4.5.1. Análise estatística para caracterização dos participantes.....	54
4.5.2. Análise da técnica de associação livre de palavras	54
4.5.3. Análise das entrevistas em profundidade	55
4.6. Aspectos éticos.....	57
5. CAPÍTULO V - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES.....	58

6. CAPÍTULO VI - OS CONTORNOS DO INVISÍVEL: ESTRUTURAS E SENTIDOS NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19.....	62
6.1. Resultados.....	62
6.2. Discussão.....	65
7. CAPÍTULO VII - A EXPERIÊNCIA DO AUSENTE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19 ENTRE OS QUE NÃO CONTRAÍRAM O VÍRUS.....	73
7.1. Apresentação global dos resultados	73
7.2. Bloco I - Origem viral e práticas de enfrentamento	77
7.2.1. Discussão	84
7.3. Bloco II- Política, emoção e cuidado: representações sociais da COVID-19	93
7.3.1. Discussão	99
7.4. Bloco III - Pandemia e governança da saúde: entre a biopolítica e a desinformação	105
7.4.1. Discussão	112
8. CAPÍTULO VIII - A COVID-19 E SUAS MARCAS: REPRESENTAÇÕES, SENTIDOS E APRENDIZADOS DE QUEM A CONTRAIU.....	122
8.1. Apresentação global dos resultados	122
8.2. Bloco I - Medidas de precaução: a ritualização da higienização na pandemia 125	
8.2.1. Discussão	133
8.3. Sub-bloco do bloco I- Entre a origem do vírus e os sentidos do adoecer	139
8.3.1. Discussão	145
8.4. Bloco II- Da vivência dos sintomas ao reordenamento do cotidiano	149
8.4.1. Discussão	156
9. CAPÍTULO XIX - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE A.....	194
APÊNDICE B.....	195
APÊNDICE C.....	196
APÊNDICE D.....	198
APÊNDICE E.....	200
APÊNDICE F.....	201
APÊNDICE G	203
ANEXO.....	205

1. CAPÍTULO I - INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan/China, o mundo se viu diante do alerta de que, possivelmente, a existência de um vírus de propagação veloz, superaria os limites da China e colocaria a sociedade em emergência global pela sua elevada transmissibilidade e seu grande impacto na morbimortalidade mundial. O surgimento do novo agente etiológico da família *coronaviridae* (SARS-CoV-2) responsável por causar a doença COVID-19, apresenta quadro clínico que varia de infecções assintomáticas a quadros respiratórios graves, requerendo internações hospitalares (Backes *et al.*, 2021; OMS, 2020).

Para Silva, Crossetti e Giménez-Fernández (2021), devido a sua capacidade exponencial de transmissibilidade, o novo coronavírus surgiu como o maior desafio atual para os sistemas de saúde em decorrência dos expressivos números de contaminados e da corrida da ciência contra o tempo para desenvolver medidas farmacológicas eficazes no combate à doença. O fato é que, apesar dos grandes alertas emitidos na história da humanidade sobre as doenças infecciosas, ainda não foi possível reconhecê-las como o inimigo mais mortal da sociedade moderna e suas repercussões na vida cotidiana.

Ao longo do tempo, várias situações de saúde pública puseram à prova as iniquidades mundiais existentes para o enfrentamento de crises sanitárias emergenciais, bem como a fragilidade para o direcionamento de políticas públicas eficientes para melhor resolutividade das grandes ameaças existenciais. Para Osterholm e Olshaker (2020) a sociedade ainda não aprendeu as distinções do que a pode matar, ferir, assustar ou apenas gerar desconforto. Contudo, são estas incertezas que impedem decisões racionais na aplicação de recursos.

Os autores afirmam que nunca eliminaremos as doenças, mas faz-se necessário desenvolver estratégias eficazes para lidarmos com a ameaça sempre presente das patologias infecciosas e seus desafios. Sendo assim, no que tange as doenças infecciosas, a grande preocupação se volta para as patologias com alta taxa de mortalidade e que são transmitidas principalmente pelas vias respiratórias, devido a alta capacidade de propagação (Osterholm; Olshaker, 2020).

Para Sousa *et al.* (2020) a esta probabilidade de transmissão, denominamos de taxa de reprodução ou transmissibilidade (R_0) – que aponta quantas pessoas podem ser infectadas por meio de uma única pessoa doente. Vale ressaltar, que o cálculo de R_0

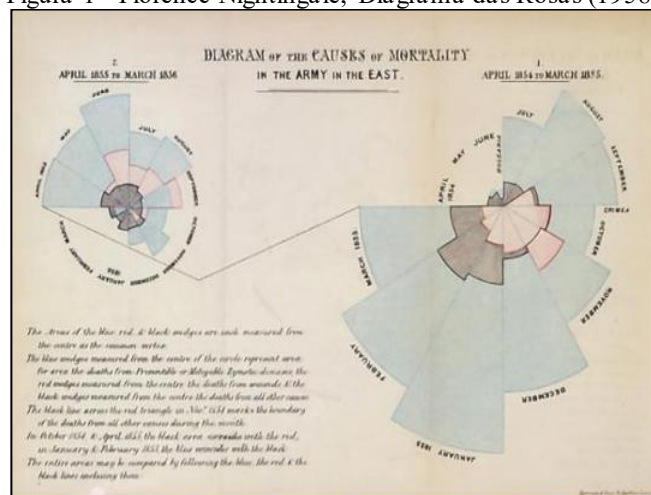
considera que todos os indivíduos são suscetíveis a infecção. Para Caicedo-Ochoa *et al.* (2020), a melhor forma para avaliar o impacto potencial de uma epidemia/pandemia, é calculando a taxa de reprodução efetiva (R_t), visto que considera a implementação das medidas de controle e dos indivíduos não suscetíveis, o que reflete o melhor parâmetro.

Em 30 de janeiro de 2020, a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a COVID-19 uma emergência de saúde pública de interesse internacional (PHEIC) e decretou seu estado de pandemia (OMS, 2020). Para exemplificar sua alta taxa de transmissão e a gravidade desse vírus, em 31 de março de 2020 existiam 760.040 casos e 40.842 mortes, ao passo que após seis meses, em 27 de setembro de 2020, os dados apontavam para 32.925.668 casos confirmados e 995.352 óbitos (Sousa *et al.*, 2020; OMS, 2020).

Em 11 de fevereiro de 2020, foi estabelecida a nomenclatura oficial do vírus (SARS-CoV-2) e da doença infecciosa pelo coronavírus como COVID-19. Entretanto, apesar de passado mais de um ano e meio de pandemia, a COVID-19 ainda era considerada uma incógnita em muitos sentidos e, dentre os diferentes questionamentos existentes da patologia, havia os que somente o tempo poderia responder com o avanço de novas pesquisas e com o desenrolar dos acontecimentos (OMS, 2020; BRASIL, 2021).

Para a epidemiologia, antes de qualquer método científico eficaz para o controle de doenças, faz-se necessário dispor da ferramenta fundamental de análise proporcionada pela observação. Na enfermagem, este método remete as lições deixadas por Florence Nightingale no século XIX durante a Guerra da Crimeia e na publicação de seus dados coletados representados no Diagrama das Rosas ilustrado na Figura 1 (Osterholm; Olshaker, 2020; Porto *et al.*, 2020).

Figura 1 - Florence Nightingale, Diagrama das Rosas (1958).



Fonte: Porto *et al.*, (2020).

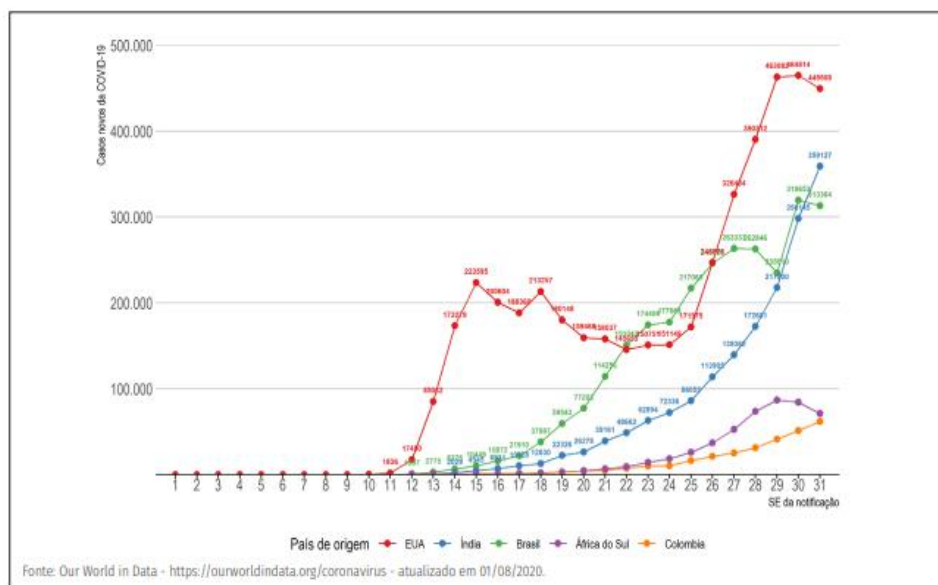
As exposições dos achados não só revolucionaram o modo de assistência à saúde da enfermagem, mas possibilitaram a mudança do sistema de saúde da Inglaterra. Compreender as recomendações deixadas por Florence Nightingale em sua Teoria Ambientalista, tais como: adequação dos espaços com boa ventilação, iluminação, temperatura e higiene, além de condições favoráveis de nutrição ao ser humano, apontam que existem medidas sanitárias que serão básicas em qualquer situação emergencial em saúde pública (Silveira-Alves *et al.*, 2021).

Segundo Almeida *et al.* (2021), apesar das poucas evidências científicas em relação ao vírus SARS-CoV-2 em meados do primeiro semestre de 2020, o *Imperial College* de Londres publicou as principais medidas para contenção da patologia na sociedade global. Dentre as estratégias adotadas para prevenção da pandemia, utilizou-se a mitigação de supressão, que significa manter o número de casos no mínimo absoluto possível até que se disponha de medidas eficazes de controle, como vacinação e terapêutica adequada; e retardar ao máximo a explosão de casos que comprometam a assistência e os serviços de saúde (Sousa *et al.*, 2020).

Em virtude da dificuldade para implementação imediata dessas estratégias, a OMS recomendou ações de distanciamento social, testagem em massa, higienização das mãos com água e sabão ou álcool em gel 70%, uso de máscaras pela população, bem como o uso de etiqueta respiratória para evitar sua rápida transmissibilidade. Foram canceladas atividades sociais, culturais, econômicas e educacionais para prevenção da integridade humana. Porém, acompanhadas dessas medidas, a humanidade se viu diante de um questionamento existencial da vida (Lima, 2020).

Mesmo com as medidas de prevenção adotadas mundialmente, a “guerra” contra o inimigo invisível parecia estar longe do fim, em virtude dos números de infectados e óbitos notificados diariamente (BRASIL, 2020). O epicentro da doença alterava-se continuamente ao longo das semanas epidemiológicas, conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Evolução dos números de novos casos confirmados de COVID-19 por semana Epidemiológica, segundo países com maiores números de casos avaliados até a trigésima primeira.



Fonte: Brasil (2020).

Devido a sua alta transmissibilidade, as medidas de prevenção adotadas com objetivo de frear a propagação do vírus e preservar a vida, oportunizaram uma sobrevida para que o sistema de saúde não entrasse em colapso conjuntamente. Este cenário causou rupturas de natureza epidemiológica que abalaram as estruturas políticas, econômicas, culturais, demográficas e sociais (Neto *et al.*, 2020).

Portanto, as respostas geradas em relação à pandemia refletem o sistema de pensamento, valores, teorias e relacionamentos entre sujeitos, construídos nas relações sociais. Sendo assim, a construção de um fenômeno que culminou com alteração das práticas cotidianas na esfera individual e coletiva, representa não só os sentidos construídos sobre um objeto (âmbito ontológico), mas do próprio sujeito e grupos que os representa (sentido epistêmico) em relação à doença (Apostolidis; Santos; Kalampalikis, 2020).

1.1. A COVID-19 como objeto de conhecimento psicossociológico

A COVID-19 não foi apenas um objeto de estudo biomédico, mas também social e psicológico pela diversidade de conflitos internos e externos advindos com a pandemia. Em contexto de crise sanitária, humanitária e social, os efeitos ocasionados são em larga escala e em longo prazo em diferentes dimensões. Viver um momento de pandemia é para Giamattey *et al.* (2022, p.2) “vivenciarmos tanto as perdas de vidas humanas quanto as perdas de empregos, de interações sociais presenciais e rotinas”.

Diante desse panorama, a COVID-19 representa um poderoso reflexo das realidades individuais e coletivas construídas em virtude das mudanças da nova normalidade e organização social. Pensar a construção das representações sociais (RS) tem como um dos seus principais determinantes a incorporação do pensamento social pelos sujeitos, com vistas à construção de um conhecimento comum, ou seja, as RS não se formam como conceitos isolados, mas articulados em redes e interdependentes (Jodelet, 1989).

As RS permitem que um grupo social compreenda o mundo que o rodeia, bem como aprenda a lidar com os problemas nele identificados por meio do seu próprio sistema de referências – podendo ser expresso em um saber que organiza um modo de vida. Sendo assim, analisar a construção da COVID-19 como objeto do pensamento social, vai além de compreendê-lo como a ameaça de um vírus generalizado, mas também como os sujeitos reconstituem seus sentimentos, suas relações, sua dimensão existencial e as fontes de funcionamento da sociedade (Almeida; Santos; Trindade, 2014; Apostolidis; Santos; Kalampalikis, 2020).

Pensar esta construção das RS da COVID-19, é trazer à luz os primeiros pensamentos de Aristóteles, do século III antes de Cristo (a.C), sobre o homem como um ser social. Logo, a justificativa do homem como um ser social é determinada pela sua capacidade de vivência em grupo, permitindo o estabelecimento de relações que irão formar suas crenças, valores e opiniões sociais (Cordón; Martínez, 1995).

Para Moscovici (2012), a Teoria das Representações Sociais (TRS) possibilita a compreensão sobre como os sujeitos entendem um objeto e o porquê de suas ações. Vale ressaltar que representar um fenômeno, uma coisa ou estado, nada tem a ver com repeti-lo ou reproduzi-lo, contudo, recolocá-lo e/ou reconstituí-lo em si mesmo. Desse modo, as RS são “o produto e o processo de uma atividade mental pela qual um indivíduo ou um grupo reconstitui o real com o qual é confrontado e lhe atribui uma significação específica” (ABRIC, 1994, p.188).

A consideração da COVID-19 como objeto de RS justifica-se não apenas pela sua ampla difusão no conjunto da coletividade, mas, sobretudo, pela função estruturante que desempenha na organização das práticas sociais e na dinâmica dos processos comunicacionais. Portanto, a COVID-19 pode ser considerada como um novo objeto representacional pela sua capacidade de articulação com os paradigmas orientadores da área da saúde na atualidade, especialmente com os conceitos de cuidado, qualidade de vida e necessidades de saúde.

Desta forma, as relações sociais construídas em torno da COVID-19 confrontam a convivência humana a partir do momento que deixa a esfera científica para ter enfoque político-social, constituindo a realidade. No Brasil, a pandemia exacerbou a polarização política e a construção de identidades sociais logo após a implementação das primeiras medidas de prevenção recomendadas pela OMS. Nesse quadro, ocorreram argumentos a favor da contenção e do distanciamento social em benefício da vida, ao passo que as posições contrárias contra-argumentavam como um ataque à liberdade e aos direitos dos cidadãos (Apostolidis; Santos; Kalampalikis, 2020).

O desconhecimento da origem do vírus causou o surgimento de diversas teorias que pudessem explicar o seu aparecimento, dentre elas a teoria da conspiração comunista. De um lado, a negação da letalidade do vírus, do outro, a certeza de se tratar de um inimigo mortal. Este assunto que era desconhecido passou a ser debatido e veiculado pela grande mídia, provocando o nascimento das RS transmitidas pelas formas de comunicação (Apostolidis; Santos; Kalampalikis, 2020; Valenzano *et al.*, 2020).

O caráter de incerteza pandêmico somado as poucas evidências científicas inicialmente, favoreceram formas de comunicação baseadas em falsas notícias, as popularmente conhecidas como *fake news*, como estratégias de enfrentamento simbólico. Estas maneiras de comunicação foram bem exploradas em relação ao imunobiológico desenvolvido contra a COVID-19. Dessa construção estabelecida entre as relações simbólicas e comunicativas da doença, participam tanto o saber reificado (científico), quanto o saber do senso comum, motivo pelo qual o objeto de estudo de uma RS não deva ser visto de maneira simplificada e uniforme (Avaaz, 2020; Do Bú *et al.*, 2020).

Diante disso, os aspectos históricos e sociais devem ser considerados na construção das questões relacionadas ao processo de saúde-doença dos sujeitos. Para o desenvolvimento desta pesquisa-tese, busca-se demonstrar não apenas a objetivação do contexto social, mas como a TRS pode auxiliar nas práticas de intervenção e nas práticas de saúde considerando as necessidades humanas e de saúde dos sujeitos (Almeida; Santos; Trindade, 2014).

1.2. Justificativa

A pandemia de COVID-19, especialmente a partir da emergência da variante Ômicron no final de 2021, reafirmou a centralidade do fenômeno pandêmico na dinâmica das sociedades contemporâneas. De acordo com dados divulgados pela OMS, o período

compreendido entre 27 de dezembro de 2021 e 2 de janeiro de 2022 registrou mais de 9,5 milhões de novos casos no âmbito global, caracterizando o maior número de infecções semanais desde o início da crise sanitária (OMS, 2021).

Em função da magnitude da COVID-19, bem como sua caracterização como um problema de saúde pública, fez-se necessário mapear as evidências científicas publicadas dessa nova temática como forma de compreender melhor a COVID-19 como objeto de representação e, também, o objeto deste estudo, por meio da análise do perfil de produções referentes à temática, com suporte do *software VosViewer*.

Para nortear a pesquisa formulou-se a seguinte pergunta: qual o panorama das produções científicas nacionais e internacionais relacionadas a COVID-19 como um fenômeno psicossociológico?

A Figura 3 representa a escala temporal da produção científica, concentrada majoritariamente entre meados de 2020 e 2021, evidencia a rápida mobilização das comunidades acadêmicas no esforço de compreender as múltiplas dimensões da pandemia de COVID-19, reforçando, assim, a pertinência de investigá-la sob a ótica das RS. A pandemia, nesse sentido, apresenta uma natureza multifacetada: de um lado, revela sua dimensão eminentemente epidemiológica, expressa nas repercussões físicas e biológicas sobre o organismo humano e na elevada taxa de transmissibilidade observada, sobretudo, durante o primeiro ano de disseminação viral.

Do outro lado, emerge enquanto fenômeno psicossociológico, provocando profundas alterações nas estruturas sociais, nos modos de interação e nas dinâmicas cotidianas, instaurando um cenário caracterizado por uma espiral de incertezas, inseguranças e contínuas reconfigurações no pensamento social. Tais representações, enquanto construções coletivas de sentido, moldam práticas de autocuidado e cuidado com o outro, atravessando discursos, emoções e comportamentos em contextos de crise.

de falsas notícias sobre a doença; criação de teorias conspiratórias e ausência de liderança governamental. Um estudo realizado na Indonésia apontou que um baixo nível de transparência e confiança na divulgação de informações governamentais durante a pandemia da COVID-19 poderia diminuir as chances de sucesso da gestão de crise (Pramiyanti *et al.*, 2020).

A pandemia de COVID-19 representa um evento complexo por não se limitar a patogenicidade do vírus, mas também, por focar nas pessoas, nas instituições de saúde, no comportamento dos governos, na Organização das Nações Unidas (ONU), na OMS e outras organizações internacionais que juntas cooperam pelo bem-estar social. Para Jakovljevic *et al.* (2020), o medo causado pela COVID-19 associado a quarentena estrita, ao toque de recolher, a punição legal e uma mídia social transbordante com interpretações errôneas, tiveram reflexo na saúde mental.

Segundo Almeida *et al.* (2022), o impacto negativo do isolamento social no desenvolvimento cognitivo de crianças e adolescentes durante a pandemia, esteve ligado aos altos níveis de ansiedade e depressão nesta população, requerendo acompanhamento especializado prolongado. Destarte, de maneira geral, os reflexos da mudança abrupta do cotidiano são observados nas patologias dos transtornos de ansiedade – sendo o mais dominante problema de saúde mental - seguido por estresse, depressão, transtorno obsessivo compulsivo (TOC) e suicídio. Além disso, transtorno alimentar, transtorno da personalidade e automutilação foram observados em menor grau (Wu; Rangel; Martínez, 2020).

Para os profissionais de saúde, o impacto na saúde mental é potencializado pela vivência laboral e pelos fatores associados ao aumento da carga de trabalho, pelo medo de contaminar seus familiares e de se contaminar, desinformação no período inicial da pandemia, raiva do governo e a precariedade dos sistemas de saúde (Barbosa *et al.*, 2020).

De maneira particular e com tantos aspectos da vida cotidiana afetada, por vezes o ser humano vivencia um sentimento de irrealidade do momento perante situações que não seguem os códigos culturais “aceitáveis”, exemplificados pelos rituais fúnebres. A morte necessariamente vem acompanhada do luto e ambos são fenômenos que acontecem com todos os seres humanos. Entretanto, a ruptura dessas despedidas realizadas em enterros coletivos, com limitação de tempo e pessoas, bem como a impossibilidade de uma última visualização do ente querido, criaram a sensação de irrealidade e difícil aceitação (Giamattey *et al.*, 2022).

Para Nascimento *et al.* (2018), todo esse movimento possibilita a criação de um conhecimento socialmente gerado e compartilhados por diferentes grupos, caracterizando as RS. Representações sociais são entendidas como um conjunto de explicações, crenças e ideias que possibilitam caracterizar ou identificar um dado acontecimento, pessoa ou objeto; e, por serem resultantes da interação social, são formas de conhecimentos construídas e compartilhadas por um grupo social (Moscovici, 2012).

Em razão dessa mobilização de saberes e de práticas relativas a COVID-19, ela torna-se um fenômeno passível de ser abordado pela psicossociologia, como geradora de RS. Esta abordagem viabiliza conhecê-lo - o fenômeno da COVID-19 - em seus aspectos psicossociais, pois esta doença tem dimensões distintas: além de afetar o organismo de forma aguda, ameaçar a vida e atingir individualmente quem se infecta, afeta os grupos (coletivo), a economia, a política, as relações sociais, a organização social, as relações sociofamiliares entre outras.

A COVID-19 se configurou como um importante problema de saúde pública global, sem dúvida, e, também por isso, precisa ser considerada como um processo psicossocial por gerar representações e práticas que se expressam em formas de lidar com as medidas sanitárias individuais e coletivas, com as pessoas e com os grupos sociais e por provocar rearranjos nos processos relacionais no cotidiano.

O interesse pela temática surgiu da vivência laboral da pesquisadora nas atividades de vigilância epidemiológica, com ênfase na investigação dos vírus respiratórios (com a inclusão do SARS-CoV-2 em 2020) que compõem as atividades do departamento de vigilância epidemiológica da secretaria municipal de saúde de Belém.

O panorama das atividades assistenciais e gerenciais de enfermagem foi desafiado a acompanhar a dinâmica de propagação e de morbimortalidade ocasionada pelo SARS-CoV-2, impulsionando a identificação de novos campos de estudo para o aprofundamento do conhecimento sobre a doença. O enfrentamento da COVID-19 e a conscientização acerca da multiplicidade e especificidade do fenômeno pandêmico em distintos contextos e espaços sociais motivaram a ampliação das investigações sobre essa enfermidade infecciosa.

Assim, o momento histórico permite um encontro das ciências biomédicas com o comportamento coletivo, ressaltando a precariedade da vida, o encontro inesperado com a morte e a gravidade dos problemas sociais. Contudo, em quase dois anos de pandemia, ainda havia carência na literatura de estudos que abordassem a subjetividade

da doença e seu reflexo no autocuidado, bem como nas práticas de educação terapêutica (Minayo, 2020; Apostolidis *et al.*, 2020).

Em razão disso, compreender as vivências dos indivíduos com a COVID-19 viabiliza a apreensão de suas motivações e da significação atribuída às práticas de cuidados que são desenvolvidas, pois essa forma específica de conhecimento demonstra aspectos importantes, gera atitudes, opiniões e crenças. Vale ressaltar, que a apreensão e significação de um objeto tem caráter normativo ou contra normativo de um tipo de comportamento e de julgamento, sendo extremamente importante a multiplicidade grupal (Frota *et al.*, 2021; Campos, 2017).

Com base no exposto, a gênese da pandemia da COVID-19 permite a sua caracterização como objeto de conhecimento psicossociológico. Assim, à luz do fenômeno da COVID-19 e suas repercussões na vida cotidiana, as sociedades passaram a pensar e construir coletivamente uma nova realidade que se apresentou emergente. Pensar a construção das RS da COVID-19 individualmente e coletivamente, vai muito além do que falar apenas da ameaça do vírus, mas abordar a si mesmo e sua interação com o social.

Portanto, o objeto de RS é a COVID-19 e o objeto de estudo desta pesquisa se configura na RS da COVID-19 para pessoas que contraíram e não contraíram a doença e suas repercussões nas práticas do cuidado de si e do outro. Este objeto foi estudado a partir da seguinte questão de pesquisa: quais são as representações sociais da COVID-19 para pessoas que contraíram e não contraíram a doença e suas repercussões nas práticas do cuidado de si e do outro?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo geral

Analisar as representações sociais da COVID-19 em pessoas que contraíram e não contraíram a doença e suas repercussões nas práticas de cuidado de si e do outro.

1.3.2. Objetivos específicos

- Conhecer as representações sociais da COVID-19 para pessoas que contraíram e não contraíram a doença;
- Identificar as ideias comuns e não comuns das representações entre estes grupos;
- Descrever as implicações para as práticas de cuidado adotadas para prevenção e tratamento da infecção e reinfecção, como aquelas relativas às pessoas à sua

volta, à luz de tais representações;

- Identificar a estrutura e organização das representações sociais sobre a COVID-19;
- Propor diretrizes para estruturar estratégias de educação terapêutica que abranjam a compreensão da COVID-19 como fenômeno psicossocial, a partir do desvelamento das representações sociais dos grupos estudados.

1.4. Contribuições potenciais do estudo

O estudo visa contribuir com o campo teórico e prático dos cuidados de enfermagem e da saúde na especificidade da COVID-19, visto que é uma patologia que além dos impactos biológicos, repercute nos fatores psicossociais de cada indivíduo.

Como já mostrado, pandemias são fenômenos de RS e, neste bojo, a COVID-19 é objeto de representação social, cujo estudo possibilitará debates e proposições de tecnologias educativas que se voltem à desconstrução de estereótipos, minimização de medos e promoção da saúde, somando-se a estudos que já apontam esta urgência (Almeida, Queiroz, Ferreira *et al.*, 2021).

Vislumbra-se como benefícios a compreensão sobre como as pessoas se apropriaram de um saber reificado, típico do universo científico, como é o caso do novo coronavírus, e o transformaram em um saber do senso comum durante um período pandêmico, propiciando reflexões sobre melhores possibilidades de intervenções ante as suas necessidades biopsicossociais. Além disso, os resultados podem suscitar reflexões para uma assistência de enfermagem mais humanizada, que priorize as reais necessidades de saúde desse grupo, enquanto sujeitos contextualizados e indissociáveis de seus meios.

Conhecer esta realidade significa refletir acerca da qualidade da assistência prestada a essa clientela de demandas peculiares e com imensas bagagens culturais, que poderão beneficiar uma assistência voltada às suas reais necessidades de saúde, subsidiando novos cuidados que ampliem suas informações e amparem seus afetos e sofrimentos sobre viver, aceitar cuidar de si e do outro.

Além disso, a enfermagem como uma ciência aplicada, busca compreender os processos de transição ao longo de todo o ciclo vital – do nascimento à morte – de forma a possibilitar cuidado e educação terapêutica focados tanto no individual, nas famílias e nas comunidades a partir da construção dos conceitos de saúde e doença referentes a COVID-19 em todo o seu contexto histórico-social.

2. CAPÍTULO II - REFERENCIAL TEMÁTICO CONCEITUAL

2.1. Coronavírus: uma perspectiva histórica

O Coronavírus (CoV) foi descoberto durante a década de 1960 pelo Grupo de Estudo de Coronavírus do Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (ICTV). Logo, sua classificação filogenética básica em ordem decrescente é: pertencem à ordem *Nidovirales*, à família *Coronaviridae* e são divididos em CoVs alfa (α -CoV), beta (β -CoV), gama (γ -CoV) e delta (δ -CoV), pertencendo a subfamília *Coronavirinae*, sendo seu nome derivado do latim “corona” que significa coroa (Woo *et al.*, 2005; Gorbalenya *et al.*, 2020; Weiss; Navas-Martins, 2005).

O CoV está associado a doenças de intensidade variada por algumas características que lhe conferem alta especificidade, como: (1) contêm genomas muito grandes para vírus de RNA, (2) são altamente replicativos devido à organização genômica conservada, (3) exibem várias atividades enzimáticas únicas e (4) possuem extensa *frameshifting* devido à expressão de numerosos genes não estruturais, responsáveis pela sua alta capacidade de sofrerem mutações (Umakanthan *et al.*, 2020).

Segundo Nishioka (2020), dentre os tipos de CoV identificados, o SARS-CoV-2 é o sétimo reconhecido que infecta humanos e o terceiro a determinar uma epidemia, tendo como anteriores o SARS-CoV (causador da epidemia de 2002-2003 em Guangdong/China) e o MERS-CoV motivador da síndrome respiratória do Oriente Médio em 2012. A partir de seu surgimento, o mundo concentrou esforços na pandemia do novo coronavírus SARS-CoV-2 responsável por ocasionar a síndrome respiratória aguda grave e superar seus antecessores em números de infectados e letalidade ocasionadas pela doença ao longo do tempo (Yesudhas; Srivastava; Gromiha, 2021).

Os CoVs são difundidos principalmente entre aves e mamíferos, sendo os morcegos o principal reservatório evolutivo da espécie. Até o momento, diversas descobertas apontando que alguns CoVs identificados em morcegos estão intimamente relacionados ao SARS-CoV-2 sugerindo que estes animais são os possíveis reservatórios do vírus, mas não seu progenitor direto. Vale ressaltar, que os pangolins são outro hospedeiro da vida selvagem provavelmente ligado ao SARS-CoV-2 (Hu; Guo; Zhou *et al.*, 2021).

Pela sua classificação e análise filogenética foi possível identificar que todo o genoma do SARS-CoV-2 compartilha 80% de identidade com o do SARS-CoV e é 96% idêntico ao CoV do morcego – apontando para possibilidade de recombinações e/ou

ancestralidade, conforme apresentado na Tabela 1 (Zhou *et al.*, 2020). Assim, as evidências apontam que a análise genética do SARS-CoV-2 seja de um vírus natural, provavelmente originário de algum animal, ainda carecem de maiores indícios sobre quando e onde o vírus infectou pela primeira vez os humanos e qual foi o animal intermediário por esta transição (Hu; Guo; Zhou *et al.*, 2021).

Tabela 1 - Semelhança da sequência genômica do SARS-CoV-2 com os coronavírus do tipo SARS, SARS-CoV e MERS-CoV.

Cepas do CoVs	Semelhança Genômica	Referência
CoV tipo SARS bat-RaTG13*	96,2%	Azhar <i>et al.</i> ,2014
CoV tipo SARS bat-SL-CoVZC45*	88%	Azhar <i>et al.</i> ,2014
CoV tipo SARS bat-SL-CoVZXC21*	88%	Azhar <i>et al.</i> ,2014
SARS-CoV	79%	Anand <i>et al.</i> ,2020
MERS-CoV	51,8%	Kang <i>et al.</i> ,2020

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: Adaptado de Sharma, Ahmad Farouk e Lal, 2021.

* CoVs identificados em Morcegos.

2.1.1. Cronologia da pandemia do COVID-19 e suas repercussões psicossociais

Em dezembro de 2019, um surto de pneumonia atípica aguda foi relatado na província de Hubei, na China. Apesar da causa etiológica ser inicialmente desconhecida, o conjunto de dados coletados apontava para uma possível relação com o mercado atacadista de frutos do mar de Huanan, onde são vendidos animais de caça selvagens, sendo o SARS-CoV-2 identificado em 33 das 585 amostras ambientais retiradas do mercado (Kai-Wang To *et al.*, 2021).

Embora tenha sido detectado em amostras do mercado, evidências revelam que este local não seria a única fonte do vírus, visto que pela sua análise filogenética, os primeiros casos provavelmente surgiram entre outubro e novembro de 2019, com 45% dos casos não apresentando qualquer ligação aparente com o mercado. Sem saber o verdadeiro agente etiológico causador de tais infecções, inicialmente, o vírus foi nomeado temporariamente pela OMS como 2019-nCoV e, em seguida, como SARS-CoV-2 pela ICTV (Tang; Comish; Kang, 2020).

À medida que os casos locais relatados em Wuhan foram crescendo, o governo chinês foi adotando fortes medidas preventivas para gerenciamento precoce do início dos casos e controle da disseminação da infecção. Foi recomendado para todos os cidadãos que realizassem o distanciamento social, interrompendo grandes reuniões públicas e/ou

privadas, usando rotineiramente máscaras e luvas, e evitando viagens e visitas desnecessárias (Baloch *et al.*, 2020).

Dada a emergência epidemiológica ocasionada pelo SARS-CoV-2, vários estudos estimam diferentes valores de R_0 - número médio de casos secundários gerados por um caso primário em uma população de indivíduos suscetíveis condicionados a diferentes variáveis, mas todos são unânimes em indicar a maior capacidade de transmissão do SARS-CoV-2 em comparação aos demais CoVs (Araf *et al.*, 2021; Lana *et al.*, 2020).

Devido sua alta transmissibilidade, a OMS declarou em 30 de janeiro de 2020 a COVID-19 como uma emergência de saúde pública de interesse internacional (PHEIC), ou seja, um evento extraordinário que poderia afetar a saúde globalmente, exigindo uma resposta coordenada dos países. A PHEIC foi criada e definida pelo regulamento sanitário internacional (RSI) em 2005, mas foi apenas em 17 de junho de 2007 que entrou em vigor (Tang; Comish; Kang, 2020).

O RSI é um instrumento jurídico internacional vinculativo para 196 países em todo o mundo, que inclui todos os Estados pertencentes à OMS, cujo objetivo principal é prevenir graves riscos de saúde pública que têm potencial risco de expansão, bem como a capacidade de ameaçar pessoas em todo o mundo. Logo, pode-se dizer que a importância do regulamento é devida a sua enorme relevância social e epidemiológica para os países (WHO, 2022).

Desde a sua criação a OMS declarou PHEIC seis vezes em sua história e sempre esteve relacionada a momentos em que países detectaram um agravo que preencheu dois dos quatro critérios a seguir: (1) o impacto do evento na saúde pública é sério? (2) o evento é incomum ou inesperado? (3) existe um risco significativo de propagação internacional? (4) existe um risco significativo de viagens internacionais ou restrições comerciais? (Castro, 2012; Tang; Comish; Kang, 2020).

Portanto, com o processo de industrialização, os riscos emergentes à saúde, não respeitam mais as fronteiras territoriais e estão diretamente ligados a segurança sanitária internacional, o que aponta para a necessidade de novas políticas de investimento em infraestrutura básica para resposta a estes agravos, bem como a tomada de consciência dos riscos comuns inerentes ao próprio desenvolvimento da modernidade (Fortes; Ribeiro, 2014).

Todo esse movimento ocasionado em situações de crises sanitárias e/ou desastres naturais geram implicações tanto para a saúde física quanto para o bem-estar mental. Preocupação com a segurança pessoal em relação ao vírus, com as consequências

socioeconômicas oriundas do desemprego, da insegurança alimentar, de moradia, das próprias medidas resultantes de quarentena e bloqueios sociais, causam múltiplos impactos na população e exigem total atenção para seus efeitos (Hossain *et al.*, 2020).

Se padrões semelhantes se mantiverem para a pandemia da COVID-19, o estresse advindo com a pandemia e seu pós pode impactar significativamente a saúde mental dos indivíduos revelando uma tendência para o aumento de casos de depressão, transtornos de ansiedade, estresse, ataque de pânico, raiva irracional, impulsividade, transtorno de somatização, distúrbios do sono, distúrbios emocionais, abuso de substâncias e aumento de tendências suicidas (Hossain *et al.*, 2020; Dubey *et al.*, 2020).

Sintomas oriundos principalmente das medidas de quarentena são intensificados pela separação e distanciamento familiar, pela incerteza da progressão da doença, pela oferta insuficiente de itens básicos essenciais e pelo aumento da percepção de risco ampliada pelas informações divulgadas na mídia. Estudos com situações anteriores de quarentena apontam que os impactos psicológicos podem ter tanto efeitos imediatos, como também prolongados (Liu *et al.*, 2012; Brooks *et al.*, 2020).

É cientificamente comprovado que o ambiente social tem um impacto importantíssimo na sensação de satisfação com a vida e bem-estar pessoal. Logo, o fato de sermos seres sociais, aponta que o isolamento social ou a falta de oportunidade social é altamente prejudicial à sobrevivência e longevidade dos indivíduos, pois aumenta sentimentos negativos relacionados à solidão. Em suma, a solidão mata as pessoas e a privação social torna-se demasiadamente estressante (Bzdok; Dunbar, 2020).

Para os autores, uma vez solitários, os seres humanos entram em um ciclo psicológico descendente do qual pode ser difícil escapar, sendo essencial a manutenção dos laços e interações sociais para o funcionamento saudável dos mecanismos neurobiológicos capazes de promover bem-estar psicossocial. Portanto, quanto maior o nível de interação social, maiores as chances de as pessoas serem mais felizes na sua vida e se sintam mais satisfeitas com ela.

Em vista disso, dado o escopo da COVID-19, é crucial entender melhor como uma pandemia e seus bloqueios afetam diretamente a saúde mental dos indivíduos para que seja possível desenvolver estratégias para minimizar seus efeitos danosos. Como se não bastasse todas as alterações cotidianas geradas pela COVID-19, o mundo e a sociedade enfrentam um fenômeno altamente prejudicial para a saúde mental e que tem se destacado na nova era das informações digitais, caracterizado como “infodemia” (Garcia; Duarte, 2020).

O termo foi utilizado para definir um aumento no volume de informações associadas a um assunto ou evento específico que se multiplica exponencialmente com informações precisas e outras não. Nessas situações de excesso de informações, surgem rumores e desinformação, além da manipulação de notícias com intenção duvidosa e conflitante, cuja principal intenção é confundir as pessoas das verdadeiras evidências científicas (OPAS, 2020; Zarocostas, 2020).

Para combater a desinformação e as *fake news*, a equipe de comunicação da OMS lançou uma plataforma chamada de *WHO Information Network for Epidemics* (EPI-WIN) como forma de compartilhar informações cientificamente comprovadas com a sociedade. Sylvie Briand, arquiteta e diretora de Gerenciamento de Riscos Infecciosos do Programa de Emergências em Saúde da OMS, declarou ao *The Lancet*:

Sabemos que todo surto será acompanhado por uma espécie de tsunami de informações, mas também dentro dessas informações você sempre tem desinformação, boatos, etc. Sabemos que mesmo na Idade Média havia esse fenômeno. [...] O que está em jogo durante um surto é garantir que as pessoas façam a coisa certa para controlar a doença ou para mitigar seu impacto. Portanto, não se trata apenas de informação para garantir que as pessoas estejam informadas; é também garantir que as pessoas sejam informadas para agir adequadamente (Zarocostas, 2020, p.1, parágrafo 3 e 4).

Dessa forma, a OMS desenvolveu parcerias com diferentes mídias sociais para que ao pesquisassem “coronavírus” ou “COVID-19” ou algum termo relacionado, as pessoas fossem direcionadas para fontes confiáveis de informações e/ou para o próprio portal da OMS que é atualizado em tempo real. O Google criou um alerta sobre COVID-19 para os seis idiomas oficiais da ONU e também está expandindo em outros idiomas como estratégia de colaboração com a saúde mundial (Zarocostas, 2020).

No Brasil, a circulação foi intensa de notícias principalmente no primeiro ano de pandemia e esteve voltada para a disseminação de informações sobre a inexistência do vírus, métodos caseiros para a prevenção do contágio pelo CoV, utilização de medicamentos sem comprovação científica de eficácia no tratamento, teorias conspiratórias sobre a origem do vírus, posicionamentos contrários ao distanciamento social e ao uso de máscaras, bem como a divulgação de leitos desocupados enquanto o sistema de saúde colapsava (Garcia; Duarte, 2020; Lapoe *et al.*, 2021).

Parece ser cada vez mais o tom da contemporaneidade a discussão sobre a “era da pós-verdade” em que se vive diante de tanta tecnologia e informação. Nessa perspectiva, pensar a verdade é entender acerca do mundo dos fatos e como este realmente se manifestam, com uma justificativa lógica e racional. Na nova realidade da pós-verdade, a veracidade dos conteúdos é deixada de lado em detrimento do discurso emocional e

apelativo (Damasceno *et al.*, 2021).

As tecnologias ao mesmo tempo em que permitem a difusão de informações instantaneamente, são capazes de criar bolhas socioculturais em torno das pessoas para o compartilhamento de crenças, pensamentos e valores, mantendo-as em ambientes fechados que viabilizam a confirmação das verdades mais subjetivas dos grupos. Assim, os filtros bolhas ou algoritmos das mídias sociais são responsáveis por facilitar a busca daquilo que irá ao encontro de nossas convicções de tal forma que criam a falsa sensação de que uma determinada ideia ou pensamento seja majoritário nas redes sociais (Damasceno; Gomes; Gomes *et al.*, 2021).

A grande problemática vivenciada na era da sociedade em rede, é a intensa difusão de notícias falsas com intuito de desinformar e confundir os indivíduos, trazendo repercussões perigosas a partir do momento que ameaçam a ciência, a política e a liberdade individual da contemporaneidade, tornando o indivíduo causa e consequência de seu meio (Seixas, 2019; Carvalho; Costa Júnior, 2017).

À luz de todo este espiral de sentimentos e mudanças impostos pela pandemia da COVID-19, faz-se necessário estratégias para o desenvolvimento de habilidades psicossociais que possam auxiliar na promoção à saúde e do bem-estar pessoal. Desse modo, uma prática essencial no gerenciamento de doenças crônicas ou de situações altamente estressantes, tem sido a aplicação de práticas de educação terapêutica do paciente (ETP) com objetivo de responder e ampliar a capacidade de resposta aos conflitos e às pressões da vida cotidiana (Apostolidis *et al.*, 2020).

A ETP surge como estratégia de emancipação, humanização e valorização do indivíduo em seu processo de cuidado integral, respeitando seus conhecimentos e saberes a fim de incluí-los em suas ações de saúde, tornando-o ator de sua vida e cuidado. Inicialmente, a expressão ETP pode ser entendida como a educação do paciente em seu processo de saúde e doença, mas uma abordagem mais abrangente permite a compreensão que a ETP pode ser compreendida como saber cuidar de si de modo que o indivíduo aja de maneira favorável à sua saúde e bem-estar (Alves, 2020).

Desse modo, pensar na dualidade da saúde e da doença, é refletir sobre uma realidade representada simultaneamente pelo subjetivo e social e pelo individual e coletivo, visto que permeiam não só os fenômenos orgânicos do corpo, porém os fatores socioculturais e relacionais.

Existe toda uma ordem de significações culturais socialmente construídas, que influenciam o uso que cada indivíduo faz do seu corpo, bem como as formas pelas quais cada pessoa experimenta os seus estados de saúde e doença, a

expressão dos sintomas, assim como os hábitos e estilos de vida e as próprias práticas de atendimento à saúde (Traverso-Yépez, 2001, p.52).

2.1.2. O cuidado de enfermagem nas epistemologias do autocuidado e do cuidado de si

O ato de cuidar é uma característica inata ao ser humano ao longo de toda sua vida. O ambiente de cuidado é propício ao bem-estar das pessoas, mas só pode ser realizado de maneira saudável a partir do momento que cada indivíduo se conhece. Para Foucault, ao se conhecer, o ser humano se cuida. Ao se autocuidar você se conhece ou (re)conhece a ponto de conseguir estabelecer ações de ajuda, compaixão, solidariedade e empatia para com o outro (Gasperi; Radünz, 2006).

Para Bustamante e McCallum (2014), assim como é difícil definir “saúde”, para a palavra “cuidado” também o é visto que no decorrer da história, várias significações foram desenvolvidas para o cuidado a partir da concepção de tratar-se de um ato complexo que atravessa os cuidados genéricos para tornar-se profissionalizante. E é neste sentido, que ao discutirmos o cuidado, diferentes perspectivas sobre o cuidado em saúde apresentam-se partindo de diferentes peculiaridades e momentos da história. Dentro da construção do conhecimento da enfermagem, há vasta produção em relação ao cuidado, autocuidado e cuidado de si (Silva *et al.*, 2009).

O termo cuidado deriva do latim “*cogitatu*” que significa pensado, imaginado, meditado. Leininger (1978) nos propõe a distinção entre várias tipologias de cuidados: a) cuidados genéricos – caracterizados pelo ato mais instintivo do ser humano em dedicar-se as necessidades evidentes do outro; b) cuidados profissionais – são ações, condutas, técnicas e processos aprendidos cognitivamente e culturalmente que permitem (ou ajudam) a manter ou desenvolver condições saudáveis de vida e c) cuidados profissionais de enfermagem que é a profissionalização e cientificidade da tendência instintiva e culturalmente mediada dos seres humanos (Queirós; Figueiredo, 2015).

Além dessa perspectiva, há correntes teóricas, filosóficas e metodológicas que alicerçam o cuidado em visões existenciais do ser. Nessas concepções, o cuidado pode ser discutido em sentido ôntico e ontológico que extrapola o mecanicismo, para considerar os fatores de intersubjetividade que potencialize o bem-estar humano. O cuidado pode ser considerado a base da existência humana e excede a concepção de um momento de atenção, que envolve respeito ao sentido e significado das experiências vividas (Carvalho *et al.*, 2019).

E, neste caminhar do pensamento filosófico, a área da enfermagem iniciou nos anos de 1950 o desenvolvimento das teorias de enfermagem que propuseram bases conceituais, epistemológicas e descritivas do cuidado como forma de subsidiar a atuação profissional e promover reflexões críticas no campo do ensino, pesquisa, assistência e gestão (Lenardt *et al.*, 2021). Em 1958, a enfermeira Dorothea Elizabeth Orem mencionou pela primeira vez o termo “autocuidado” que posteriormente daria identidade para a área de atuação da enfermagem (Silva *et al.*, 2021).

Orem conceitua o autocuidado como práticas em que o indivíduo deve realizar para o seu próprio bem. E refletindo em relação ao termo, desenvolveu a teoria geral do déficit de autocuidado, subdividindo-a em três teorias: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas (Orem, 2001). Não obstante, o autocuidado está centrado no paradigma da totalidade, baseado no pressuposto que o ser humano é o somatório de suas partes biopsicossocioespiritual (Silva *et al.*, 2009).

Em contrapartida, o cuidado de si traz à luz não só uma diferença semântica, mas paradigmática (paradigma da simultaneidade) do cuidado de enfermagem (Silva *et al.*, 2009). Em 1982, no *Collège de France*, Foucault realizou um curso intitulado “A hermenêutica do sujeito” que posteriormente daria origem a um livro que aprofundaria a discussão do conceito acerca do cuidado de si. O filósofo ao abordar o cuidado de si, mergulha em textos antigos para compreender as transformações que o termo sofreu ao longo da história da humanidade desde sua origem, bem como percorreu em seus estudos a noção mais fidedigna do que era proposto pelos gregos (Gomes; Ferreri; Lemos, 2018).

Michel Foucault foi um filósofo que teve os seus estudos divididos em três grandes marcos conceituais: uma produção arqueológica, uma genealógica e por fim, as questões éticas. Foucault, em seus últimos anos de vida e produção textual, preocupou-se em trazer à luz discussões sobre as regras, os deveres, as proibições da sexualidade, os desejos e os pensamentos que podiam ser gerados pelo próprio movimento da alma do sujeito humano (Foucault, 1994).

Foi movido por este sentimento que o filósofo se dedicou a compreender as temáticas de subjetividade e verdade, a partir do que se denominou “Práticas de si”. Foucault, em sua terceira fase, é fortemente influenciado pela cultura e ideias greco-latina – do século V a.C. aos séculos IV-V d.C – ao estudar os princípios e relações do “Cuidado de si” (*epiméleia heautoû*) e do “Conhece-te a ti mesmo” (*gnôthi seautón*).

Para os gregos, ao ir ao templo consultar os deuses, era necessário seguir os preceitos délficos que deviam ser lidos como espécies de regras, recomendações e rituais

em relação ao próprio ato da consulta. A ideia era não pedir nada em demasia (*Medèn ágan*), não fazer promessas aos deuses em vão (*engye*) e o conhece-te a ti mesmo (*gnôthi seautón*). Para Foucault (2010, p.3), independente do conceito que tenha sido dado ao preceito *gnôthi seautón*, na história da filosofia, ele aparece “atrelado” ao princípio do “cuida de ti mesmo” (*epiméleia heautoû*) (Foucault, 2010).

Nos textos de Epicuro, a noção de cuidado de si baseava-se no cuidado da própria alma que independente da idade deveria acontecer com intuito de salvarem suas almas e alcançarem a verdadeira felicidade da vida. Em Sêneca, a ideia do cuidado de si estava atrelada à renúncia às outras ocupações, de modo que esforços não fossem poupados a fim do sujeito formar-se, transformar-se e voltar-se a si mesmo (Foucault, 2009).

Porém, é com Epicteto que Foucault encontra a mais alta elaboração filosófica sobre o cuidado de si, visto que marca a diferença entre os seres humanos e os outros seres vivos, pois “o cuidado de si, para Epicteto, é um privilégio-poder, um dom-obrigação que nos assegura a liberdade obrigando-nos a tomar-nos nós próprios como objeto de toda a nossa aplicação” (Foucault, 2009, p. 53).

Isto posto, no decorrer da história, várias significações foram desenvolvidas para o cuidado de si. Contudo, em Foucault, o cuidado de si é uma atitude para consigo, para com os outros e para com mundo. “É um modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações e de ter relações com o outro” (Foucault, 2010, p. 8). Nesta perspectiva, ao discutir o cuidado de si e seus diversos significados, exploramos o ato fundamental de cuidar que se realiza por meio de uma relação interpessoal a partir do conhecimento da realidade e necessidade do outro (Sobrinho; Vasconcelos; Leite-Salgueiro, 2018).

A pandemia da COVID-19 trouxe, não somente para o debate, mas para as ações cotidianas, a necessária importância do autocuidado e o cuidado de si. Evidenciou lacunas importantes nos saberes e nos fazeres sobre os cuidados de higiene pessoal que implicam no cuidado do outro, como a etiqueta da tosse e do espirro, por exemplo.

Aspectos relativos à vida em sociedade, em que o respeito à segurança do outro passa pelas atitudes e ações que cada um deve ter em relação a si, ou seja, até que ponto a autonomia e as decisões sobre si afetam o cuidado do outro, da coletividade. Os cuidados consigo e com os outros modularam relações, ordenaram e normatizaram a vida social, caracterizaram pessoas e grupos nestes tempos de pandemia.

A autonomia individual — tão cara às sociedades neoliberais — foi, assim, redimensionada: o cuidado de si deixou de ser apenas uma prática pessoal e passou a ser também uma exigência política. Ser autônomo significava também ser responsável pela

saúde coletiva, num jogo em que a liberdade individual se articulava paradoxalmente com a submissão a dispositivos de controle. Como reflete Foucault, governar implica sempre conduzir condutas e, na pandemia, essa condução oscilou entre a proteção da vida e a vigilância disciplinar (Gonçalves; Rohling, 2023).

Ressalta-se que a pandemia da COVID-19 trouxe à tona variados conflitos morais e éticos que precisam ser considerados nos debates, mormente quando se trata dos desafios existentes entre as restrições de liberdades individuais e o foco nos interesses coletivos (Barbosa, 2023)

No contexto de uma pandemia, em especial a da COVID-19 em que a vida das pessoas correu sérios riscos, com alto impacto nos grupos mais vulneráveis e um alto índice de mortalidade nos diferentes países, a interdependência da saúde individual e coletiva se evidenciou fortemente. Os cuidados do coletivo foram primordiais para garantir a preservação da vida dos indivíduos, como também um mínimo de justiça social.

3. CAPÍTULO III - FUNDAMENTOS TEÓRICOS DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

3.1. Representações sociais: uma história e sua contribuição para a ciência

A Teoria das Representações Sociais (TRS) foi desenvolvida pelo romeno naturalizado francês Serge Moscovici no final dos anos de 1950 e início da década de 1960, como forma de compreender como um determinado conjunto de conhecimento, opiniões e objetos construídos na interação prática entre sujeitos, lembram um determinado acontecimento (Marková, 2017).

Para Moscovici, a difusão da psicanálise na sociedade parisiense na segunda metade do século XX foi um momento propício para estudar como uma área específica e técnica era percebida, difundida e propagandeada na sociedade por meio de referências já existentes. Assim, para o filósofo, a partir do momento em que conceitos específicos passam a fazer parte da cotidianidade, deixa-se de ser ciência para ser uma RS (Reis; Silva, 2021).

Neste sentido, para compreender o conceito de RS, é preciso voltar para a passagem do século XIX ao XX e entender que o momento marca uma transição de novas ideias, valores e concepções intelectuais do mundo, dentre elas as RS. Deste modo, de tudo o que já havia sido discutido e pensado acerca do tema, Moscovici em 1961 vem propor uma nova reflexão sobre as RS a partir do momento que as entende como um “fenômeno” social e não apenas um simples “conceito” (Reis; Bellini, 2011).

A ideia do filósofo era trazer um olhar que permitisse compreender como o homem constitui sua realidade, as compartilham com os outros e as significam por meio de suas representações. Diante dessa perspectiva, Willem Doise em 1993, faz referência a TRS como uma “grande teoria”, pois sua estrutura conceitual é mais abrangente, utilizando conceitos mais abstratos e, em geral, não suscetíveis a testes, sendo considerada uma teoria mais inespecífica (Fawcett; Clarke, 2013; McEwen, 2016).

A abordagem de Moscovici é essencialmente dialética, baseando-se em uma visão de mundo de interação recíproca entre os indivíduos e seus meios sociais a partir da constituição de seus elementos cognitivos, informativos e normativos. Neste sentido, a TRS explica como o social se reflete no pensamento, crenças, valores e comportamentos diariamente, e se manifestam na sociedade por meio de um sujeito que é ativo na criação e modificação de suas representações (Machado *et al.*, 2019).

Para Falcon (2000), etimologicamente, a palavra ‘representação’ deriva do latim “*repraesentare*” e significa fazer presente ou apresentar de novo alguém ou algo ausente - em seu sentido mais amplo - por meio de um objeto. Inicialmente, pensar na palavra ‘representação’ era fortemente relacioná-la à ideia de cópia ou espelho da realidade, sendo as ciências sociais e a psicologia influenciadas por um tempo por esta percepção. Já para Moscovici, o termo foi utilizado também pela ótica de reconstituí-lo, recolocá-lo e/ou mudar-lhe a forma, oferecendo-lhe um novo significado que, por vezes, encontra-se velado pelo inconsciente e subjetivo (Almeida; Santos; Trindade, 2014).

O ato de representar pode ser considerado um processo altamente complexo, pois envolve sempre elementos simbólicos fundamentado em quatro características principais: (1) toda RS é representação de algo ou alguém; (2) a RS sempre tem com seu objeto uma relação de simbolização e interpretação; (3) a representação tem uma forma de saber e (4) toda RS serve como suporte para tomada de posição/decisões (Reis; Bellini, 2011).

Desta forma, para Moscovici (2012), as RS preparam os sujeitos para a ação, direcionando suas condutas e comportamentos na sociedade, partindo de ideias, valores e teorias preexistentes internalizados individualmente que estão inseridos em tudo aquilo que é produzido, consumido e expresso nas comunicações estabelecidas socialmente, motivo que a caracteriza pelo qualitativo “social” (Morera *et al.*, 2015).

Moñivas Lazaro ainda complementa que existem três razões principais para esta definição que são: originar-se nas conversas e discussões diárias, dispor de um código aceito para comunicação e determinar os limites de um grupo distinguindo seus membros. Portanto, a representação é sempre compartilhada e elaborada individualmente e coletivamente e, sempre tem um significado para alguém (Moscovici, 2012; Lazaro, 1993).

À luz disso, pensar na construção das RS é fazer referência ao ordenamento de imaginário em imagens que servem como sistema de direção das práticas sociais. Logo, pode-se dizer que as RS são o conhecimento construído e compartilhado nos grupos sociais por meio das vivências cotidianas que têm o poder de influenciar comportamentos, valores, tomada de decisões e são consideradas saberes práticos do senso comum (Moscovici, 2012).

As RS surgem por meio de fenômenos sociais atuais da vida cotidiana e suas interações, tendo como características principais, a rapidez, a superficialidade das ideias

e a construção dos fenômenos coletivos, concebidos a partir de conceitos e imagens interativas que se modificam ao longo do tempo e espaço sendo, portanto, construções flexíveis e móveis ao momento e a realidade experimentada (Morera *et al.*, 2015; Marková, 2017).

Partindo deste pressuposto, pode-se dizer que as RS ajudam a construir nossa vivência cotidiana, nossa forma pensar, agir e falar sobre as questões sociais, respondendo a quatro funções básicas essenciais para a dinâmica das interações sociais, como: função de saber – permitem compreender e explicar uma realidade; função identitária – visam salvaguardar as especificidades e identidades do grupo; função de orientação – guiam comportamentos e práticas e por fim, função justificatória – justificam tomada de posição e decisões (Abric, 2000 *apud* Reis; Bellini, 2011).

Nessa diretiva, encontram-se as três dimensões basilares presentes na TRS construída por Moscovici e por ele denominada de análise dimensional das RS: a informação (conceito), o campo de representação (imagem) e a mais frequente das três, a atitude. A informação representa o conhecimento acerca de um objeto, variando em uma perspectiva de qualidade e quantidade desse conhecimento. O campo de representação “*remete-nos à ideia de imagem, de modelo social e conteúdo concreto*” (Moscovici, 1978, p.69). Por fim, a dimensão da atitude, que orienta as condutas e tomadas de posições (Villas Boas, 2004).

Moñivas Lazaro diz-nos que três hipótese explicariam o porquê de as RS serem construídas pelos indivíduos e refletirem na coletividade, são elas:

A hipótese do interesse [1^a] presume que se tem a intenção de criar imagens capazes de expressar ou de conciliar os propósitos dos indivíduos e da coletividade, podendo ocorrer, em tais imagens e declarações, distorções subjetivas da realidade objetiva. Para a hipótese do desequilíbrio [2^a], todo o conhecimento sobre o mundo, todas as ideologias, são um modo de resolver as tensões psíquicas e afetivas que proveem do fracasso de sua integração na sociedade, sendo, portanto, uma compensação imaginária cujo propósito é restituir algum equilíbrio interno. Por último, a hipótese do controle [3^a] estabelece que os grupos produzem representações que atuam como filtros sobre a informação proveniente do meio, modelando a conduta dos indivíduos, como uma espécie de manipulação dos processos de pensamento e estrutura da sociedade (Moñivas Lazaro, 1993, P. 246)

Portanto, a TRS tem como uma de suas finalidades a construção de uma realidade comum a um grupo social, por meio da construção de um sentimento de familiaridade com fatos nunca vistos anteriormente, ou seja, cabe aos sujeitos fazer o movimento de tornar familiar aquilo que lhe é incomum – não conhecido (Jodelet, 2001). Neste contexto, como forma de tornar o não familiar em familiar, o autor descreve um duplo

mecanismo utilizado denominado de ancoragem e objetivação, configurando a dupla natureza das RS, a *conceitual* e a *figurativa* (Moscovici, 2012).

A ancoragem representa o processo de captar tudo o que é estranho e novo aos conceitos individuais - natureza conceitual - e reduzi-los em categorias comuns e familiares ao contexto social ao qual o indivíduo tem sentimento de pertencimento (Moscovici, 2012). Ancorar nada mais é do que “*classificar e dar nome a alguma coisa. Coisas que não são classificadas e que não possuem nome são estranhas, não existentes e ao mesmo tempo ameaçadoras*” (Moscovici, 2010 *apud* Santos; Dias, 2015).

A objetivação representa a transformação de tudo que seja abstrato em concreto no mundo físico, ou seja, é o processo pelo qual indivíduos ou grupos acoplam imagens reais, concretas e compreensíveis retiradas de seu cotidiano, aos novos conceitos que se apresentam – natureza figurativa. Portanto, para o teórico, a elaboração das representações é derivada da articulação concomitante entre os mecanismos da ancoragem e objetivação (Moscovici, 2012).

Na objetivação, têm-se três características fundamentais para sua construção, como: Seleção e descontextualização: do conjunto total de informações, os sujeitos retiram algumas a partir de conhecimentos prévios; Formação do núcleo figurativo: construído a partir da transformação do conceito; Naturalização dos elementos: os elementos construídos passam a fazer parte da realidade do objeto/fenômeno (Bertoni; Galinkin, 2017).

Desse modo, Moscovici diz-nos que além da RS permitirem a compreensão e comunicação daquilo que os sujeitos já tiveram algum conhecimento anteriormente, elas são maneiras de se lidar com a memória:

A ancoragem e objetivação [...]. A primeira mantém a memória em movimento e a memória é dirigida para dentro, está sempre colocando e tirando objetos, pessoas e acontecimentos, que ela classifica de acordo com um tipo e os rotula com um nome. A segunda, sendo mais ou menos direcionada para fora (para outros), tira daí conceitos e imagens para juntá-los e reproduzi-los no mundo exterior, para fazer as coisas conhecidas a partir do que já é conhecido (Moscovici, 2005, p. 78).

Dessa forma, a construção da dupla natureza das RS são produtos não só das situações envolvidas no cotidiano, como também, das determinações históricas de crenças e valores que os indivíduos adquirem ao longo do tempo dentro de sua posição social, da sua relação com os outros - de seu grupo - e entre o próprio grupo (Villas Bôas, 2004).

Desse modo, o uso da teoria possibilita entender e pensar a realidade como um conhecimento social, que acontece diante de um determinado contexto onde os indivíduos estão inseridos, assim como seus grupos, pois é por meio da comunicação que se estabelece entre eles que se constroem novos saberes baseados na cultura, ideologias e valores (Jodelet, 2001). À luz disso, a TRS possibilita captar a interpretação dos sujeitos sociais sobre uma realidade que se almeja estudar frente a um objeto/fenômeno psicossocial que favorece o desenvolvimento de práticas cotidianas (Silva; Camargo; Padilha, 2011).

Para Moscovici (2012), muito mais do que compreender a historicidade de representações passadas, é entender a construção elaborada do tempo atual, considerando que o conhecimento produzido é relativo a quem fala e de onde fala, bem como a qual grupo pertence, e não propriamente sobre o objeto de estudo em si. Assim, as RS estão nos sujeitos e nos espaços sociais centradas nos processos de comunicação e de vida (Jovchelovitch, 2000).

A TRS surge com o objetivo de romper com os ideais de cientificidade predominante na ciência moderna de racionalismo e quantificação. Em contraposição à tradição da época, novas correntes defendiam que a ciência deveria ser conduzida à luz de um paradigma, sendo entendido como *“um padrão a ser seguido no âmbito científico ou social. Na comunidade científica, inclui crenças, valores, técnicas e teorias compartilhadas, sendo influenciado pelos fatores culturais, políticos, econômicos e sociais vigentes”* (Santos *et al.*, 2011, p.834).

Um dos aspectos principais da TRS é a compreensão da sociedade a respeito daquilo que é novo. Logo, para análise de uma RS faz-se necessário conhecer seus três componentes principais: seu conteúdo, sua estrutura interna e seu núcleo central. Contudo, nenhum método é capaz de analisar conjuntamente os três elementos, sendo importante a utilização de multimétodos para compreensão de uma representação (Morera *et al.*, 2015).

Em face do exposto, para entender o fenômeno das RS, existe uma grande variedade de métodos de pesquisa que permitem elucidar a diversidade de informações que envolvem uma representação, sendo as mais difundidas e derivadas da “grande teoria” de Moscovici, a abordagem processual de Denise Jodelet; a abordagem estrutural de Jean-Claude Abric e a societal de Willen Doise (Bertoni; Galinkin, 2017).

Este estudo utiliza duas linhas de argumentação metodológica dada a riqueza de elementos que compõe uma representação e a necessidade de apreender os aspectos

constitutivo (os processos e produtos) e constituído (a estrutura) das RS, ou seja, os modos de apropriação da teoria pelas abordagens processual (Denise Jodelet) e estrutural (Jean-Claude Abric), visa atender os objetivos propostos na pesquisa e garantir a confiabilidade das interpretações por meio de técnicas já testadas pela TRS (Banchs, 2018).

3.1.1. A abordagem processual

Denise Jodelet é a principal pesquisadora responsável por manter viva a proposta original de Serge Moscovici sobre a TRS. Pela sua concepção, os estudos baseados na TRS deveriam ser centrados na diversidade das atividades representativas dos seres humanos, considerando as dimensões sociais, culturais e históricas específicas. A abordagem por ela desenvolvida vem propor uma análise qualitativa e hermenêutica das representações, entendendo o indivíduo como sujeito ativo, ou seja, dentro de uma perspectiva socioconstrucionista (Banchs, 2018; Bertoni; Galinkin, 2017).

A abordagem processual de Jodelet (1989) é fortemente influenciada pela literatura foucaultiana e defende três componentes particulares na construção das RS, como: a vitalidade, a transversalidade e a complexidade. Logo, as RS articulam diferentes campos de pesquisa, demandam um complexo funcionamento cognitivo e social e permitem múltiplas interpretações pelos seus avanços teóricos.

3.1.2. A abordagem estrutural

Derivada da ideia inicial de núcleo figurativo elaborada por Moscovici, Jean-Claude Abric em 1976 propõe uma teoria complementar – a teoria do núcleo central (TNC) – que é um dos maiores aporte teórico de estudos de RS. Essa ideia de centralidade surge a partir do filósofo Martin Heidegger quando aponta que os indivíduos tendem a colocar as situações que acontecem em seu entorno, dentro de núcleos unitários e condicionados que irão contribuir na construção dos significados dos fenômenos vivenciados (Morera *et al.*, 2015).

Para Abric (1998), toda RS está organizada em torno de um núcleo central e outro periférico que funcionam de modo complementar constituindo um conjunto organizado e estruturado de informações, crenças, opiniões e atitudes que irão guiar práticas sociais. Neste contexto, a organização estrutural entre o núcleo central e periférico reflete o diferencial das representações e seu funcionamento (Machado; Aniceto, 2010).

O “sistema central” (o núcleo central) está ligado diretamente aos valores e normas sociais dos indivíduos, sendo as condições históricas, sociológicas e ideológicas, a base comum que permitirá a construção e dará identidade aos grupos sociais. Dessa forma, o papel do núcleo central é essencial na estabilidade e coerência das representações, ou seja, assegura sua durabilidade e manutenção ao longo do tempo entre os seres (Oliveira; Sá, 2001).

Logo, o núcleo estruturante exerce duas funções básicas: uma “função geradora” das representações, visto que permite a criação ou transformação dos elementos constitutivos da representação – assumindo um sentido, um valor – e uma “função organizadora”, pois determina a natureza das ligações estabelecidas entre seus elementos, dando sua característica de unificadora e estabilizadora das RS (Abric, 1998).

Não tão protegido quanto o sistema central, há o “sistema periférico” mais associado às características individuais e ao contexto imediato dos seres humanos. É um sistema determinado pela sua natureza flexível e adaptável em função do vivido, aceitando certa heterogeneidade de conteúdo e comportamento no sistema representacional. Vale ressaltar que o sistema periférico não é um elemento menor da representação, mas associado ao núcleo central, permite a ancoragem do novo ou estranho na realidade representacional (Abric, 1998).

4. CAPÍTULO IV - MÉTODO

4.1. Tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza explicativa e qualitativa com aplicação da TRS de Moscovici (2012), nas abordagens processual e estrutural. Estas abordagens se aplicam em razão de permitir o estudo das simbologias sociais e sua influência na construção do conhecimento e das práticas sociais cotidianas, criada pelos grupos para explicar uma realidade, bem como a organização e estruturação das RS pelos indivíduos (Jodelet, 2018; Coelho *et al.*, 2021).

Já a TRS como referencial teórico-metodológico do estudo, concentra-se no conhecimento dos participantes, considerado essencial para entender o seu cotidiano. A teoria possibilita elucidar como ocorre a assimilação dos eventos no ambiente, como esses são percebidos por indivíduos e grupos, e de que forma o conhecimento sobre esses eventos é manifestado através da comunicação e comportamentos dos participantes, favorecendo o conhecimento dos problemas ontológicos e epistemológicos que circundam o fenômeno da COVID-19.

4.2. Local da pesquisa

O estudo foi desenvolvido no estado do Pará, mais especificamente no município de Belém. O Município está dividido em oito Distritos Administrativos e contém 71 bairros. Em 2022, a população era de 1.303.403 habitantes e a densidade demográfica era de 1.230,25 habitantes por quilômetro quadrado. Vale ressaltar que a RMB é composta pelos municípios de Ananindeua, Barcarena, Belém, Benevides, Castanhal, Marituba, Santa Bárbara do Pará e Santa Izabel do Pará (IBGE, 2023).

A escolha do município de Belém possui algumas características fundamentais para o foco de interesse desta pesquisa, a saber: primeiro, Belém é a capital do estado do Pará e uma das cidades mais importantes da Região Norte do Brasil, estando situada em uma posição estratégica do território. Segundo, os dados do Centro de Integração de Dados e Conhecimentos para Saúde (Cidacs/Fiocruz Bahia), apontam que mais de 90% dos municípios da Região Norte ficaram na pior classificação quanto ao nível de desigualdades sociais em saúde.

Terceiro, Belém é a capital de um estado que faz divisa com o estado do Amazonas que sofreu a maior crise sanitária brasileira durante a pandemia da COVID-19 devido à falta de oxigênio. Essas condições podem fazer emergir uma riqueza de imagens, ideias, valores, interesses e conflitos que permeiam as RS da população.

4.3. Participantes da pesquisa

Os participantes foram todos os indivíduos maiores de 18 anos a menores de 59 anos residentes no município de Belém que contraíram e não contraíram a COVID-19. Desse modo, e considerando que as RS são formas de conhecimento elaboradas coletivamente por um grupo social, a divisão dos participantes em dois grupos de pertença ocorreu pela necessidade de investigação dos elementos representativos em diferentes grupos e pelo pressuposto que aproximações e distanciamentos perante a doença, acarretam circulação de informações e atitudes diferentes frente a esse objeto.

Apreender os pensamentos advindos pela COVID-19 e as novas práticas sociais adotadas com a nova ameaça, possibilitou a compreensão de como as dinâmicas sociais e culturais são objetivadas pelos sujeitos e se manifestaram em práticas cotidianas essenciais para entendermos os conflitos que emergiram na sociedade a partir da apropriação do objeto em diferentes grupos sociais (Apostolidis *et al.*, 2020).

Assim, por tratar-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, onde as informações foram coletadas até que todas as categorias da pesquisa fossem desenvolvidas ou, conforme denominou Strauss e Corbin (2008, p. 205), “estejam saturadas”, foi adotado o critério de saturação teórica para finalização da coleta de dados. A expressão saturação teórica utilizada na pesquisa qualitativa considera que, quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário para compreensão do fenômeno, atingiu-se a saturação teórica (Nascimento *et al.*, 2018; Minayo, 2017).

Para a realização da primeira parte da pesquisa correspondente à abordagem estrutural, captou-se 146 participantes para visualização da disposição das RS sobre o objeto pesquisado, de forma que possibilitou a pesquisadora maior objetividade na análise inferencial das representações investigadas (Sarubbi Júnior *et al.*, 2013).

Para a exploração das RS na abordagem processual, recrutou-se 20 participantes de cada grupo. Nesse sentido, esta pesquisa teve um desenho amostral de 40 participantes na abordagem processual, mas o que definiu o quantitativo final foi a qualidade dos dados coletados de acordo com a pré-análise realizada na busca do delineamento empírico e

alcance dos objetivos propostos na pesquisa (Minayo, 2017; Saunders; Sim; Kingstone *et al.*, 2018), visto que houve um momento que os discursos apresentaram certa redundância temática (Falqueto; Hoffmann; Farias, 2018). Logo, o quantitativo de participantes nas duas abordagens, foi representativo para estudos em representações sociais (Oliveira; Sá, 2001).

4.3.1. Critérios de Inclusão

- **Contraíram a COVID-19:** pessoas entre 18 e 59 anos que informaram ter contraído a COVID-19.
- **Não contraíram a COVID-19:** pessoas entre 18 anos e 59 que informaram não ter contraído a COVID-19.

4.3.2. Critérios de Exclusão

- Indivíduos com distúrbios de cognição, audição ou fala que impeçam ou dificultem a conversação, e os que tenham objeção quanto ao uso do gravador de voz.

4.4. Técnica de recrutamento e de produção de dados

A técnica de recrutamento dos participantes foi por amostragem não probabilística do método nomeado como bola de neve ou *snowball*, que utiliza cadeias de referências para grupos difíceis de serem acessados. A escolha desta técnica se deveu ao fato de, à época da pesquisa, não ser tão fácil encontrar as pessoas que não contraíram a COVID-19. Nesse sentido, aplicou-se a técnica para captar ambos os grupos, para manter a coerência metodológica no desenho amostral.

Para a execução do método, a pesquisadora definiu os informantes-chaves que inicialmente foram das suas relações sociais - denominados de *sementes* – a fim de encontrar participantes com o perfil necessário para a pesquisa (Vinuto, 2014). Em seguida, foi solicitado para que cada pessoa indicasse novos contatos a partir da sua própria rede social para que o quadro de amostragem crescesse.

Todos os participantes foram contactados por *WhatsApp* para o convite e marcação do melhor dia e horário para que participassem da pesquisa. Não houve desistências, mas recusas por motivos não especificados. Além disso, algumas pessoas

foram indicadas, porém não retornaram o aceite dentro do prazo em que a coleta de dados foi realizada.

Para avaliar às adaptações necessárias aos instrumentos que foram utilizados nas técnicas de produção de dados, bem como avaliar a confiabilidade das informações geradas e se as mesmas atendiam ao potencial metodológico estabelecido (validação interna), foi realizado um teste-piloto com três participantes de cada grupo para avaliar se as perguntas eram bem compreendidas pelos participantes, se a ordem das perguntas favorecia as respostas, se havia necessidade de agrupar ou desmembrar perguntas para melhor conduzir à coleta e se o tempo despendido era suficiente para uma boa produção de dados.

Sendo assim, identificou-se uma necessidade de alteração no formulário sociodemográfico para especificação da comorbidade e do momento em que a pessoa tinha contraído a COVID-19 em relação à vacinação, se antes, depois ou antes e depois. Após as devidas correções, a pesquisadora retornou a campo para captação dos participantes do estudo.

Com a identificação pela pesquisadora dos possíveis participantes, a pesquisa era apresentada sem elementos específicos para que não houvesse uma estimulação anterior e, avaliado se os possíveis participantes atendiam aos critérios estabelecidos. Caso se enquadrassem, era perguntado sobre a disponibilidade de participação em uma ou nas duas fases da coleta de dados, que correspondiam às abordagens processual e estrutural. Após a ciência e a concordância com o estudo, os participantes preenchiam um questionário físico ou online bem com o teste de evocações livres de palavras (APÊNDICE B), bem como um formulário contendo as variáveis sociodemográficas (APÊNDICE A) dos participantes e clínicas da doença.

Todos os participantes só integraram oficialmente o estudo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D) e Termo de Uso de Voz e Imagem (APÊNDICE E), em duas vias – sendo que uma via ficou com a pesquisadora e a outra com o participante. Os dois termos e o formulário contendo as informações sociodemográficas foram transcritos para o *Google Forms* para participações na pesquisa por via online.

Com isso, para fins didáticos, a pesquisa foi dividida em três etapas descritas a seguir:

4.4.1. Primeira etapa: Técnica de Evocações Livres de Palavras

Como forma de apreender e analisar a estrutura das RS, Jean-Claude Abric desenvolveu um instrumento de pesquisa denominado de questionário de evocação, capaz de compreender as representações existentes a partir de um termo indutor por meio da Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP) (Mazzotti, 2002).

A TALP consiste em apontar palavras o que vêm à mente a partir de um termo indutor conforme aponta Merten: “[...] *descrição das ideias e imagens que surgem ao sujeito e que o sujeito associa a uma palavra ou tema*” (1992, p. 533). A técnica pode ser utilizada nas mais variadas áreas de estudo podendo contribuir na compreensão das características singulares ou complexas de uma comunidade (Vieira, 2019).

Segundo Wolter (2016), toda RS é formada por um conjunto de evocações ou elementos cognitivos que compartilhados por uma população, dão sentido a um objeto do cotidiano. Essas evocações são formadas por elementos centrais e periféricos se formam a partir de um conjunto de informações, incluindo opiniões dos indivíduos, crenças, atitudes e o propósito do objeto social.

Na fase de produção de dados para a aplicação da abordagem estrutural, os participantes responderam um questionário contendo uma questão aberta para que a associação livre de palavras fluísse naturalmente. Era solicitado que cada pessoa escrevesse as cinco primeiras palavras que lhes vinham à cabeça ao ouvir a palavra COVID-19 e que a organização das palavras fosse conforme ordem de importância ao termo indutor. Após os participantes eram orientados que escolhessem duas evocações que considerassem mais importantes e justificassem suas respostas.

Esta etapa ocorreu entre os meses de agosto de 2022 a dezembro de 2023, em espaços reservados – se presencial – ou de forma online com todos os encontros acontecendo pela plataforma *Google Meet* com a pesquisadora. Não foram disponibilizados links para acesso offline do questionário contendo a TALP para que o participante revelasse respostas espontâneas com captura das evocações mais imediatas e automáticas que as pessoas fizeram em relação ao termo indutor COVID-19.

Para os participantes que realizaram apenas a TALP, após a aplicação da técnica, era encaminhado o link do *Google Forms* contendo o TCLE e formulário das variáveis sociodemográficas. Vale ressaltar que os participantes só preencheram os documentos após a realização da TALP para evitar respostas estruturadas em relação ao termo indutor.

A pesquisadora contou com a ajuda de uma acadêmica de enfermagem com treinamento e experiência em coleta de dados utilizando as abordagens da TRS para captação dos participantes e aplicação da TALP apenas presencialmente. A TALP foi realizada com 146 participantes, sendo composta de 80 pessoas que contraíram a COVID-19 e 66 pessoas que não contraíram.

4.4.2. Segunda etapa: Entrevista em profundidade

Para a produção de dados da fase da abordagem processual, 40 participantes que aceitaram participar da primeira etapa da pesquisa, foram convidados a realizar uma entrevista em profundidade do tipo semiestruturada individualmente (APÊNDICE C) que ocorreu sem definição de limite de tempo, que contou com perguntas abertas, como forma de revelar o conteúdo das RS de pessoas que contraíram e não contraíram a doença e suas repercussões nas práticas do cuidado de si e do outro.

As entrevistas semiestruturadas foram realizadas em um local privado, quando em formato presencial, e online via *Google Meet*, sendo respeitado o sigilo necessário para produção dos dados. A autora principal estabeleceu uma relação com os participantes no momento da primeira etapa e conduziu todas as entrevistas individualmente.

Assim, antes de começar as entrevistas, era disponibilizado o documento físico ou link de acesso aos documentos contendo o TCLE, o termo de uso de voz e imagem e formulário sociodemográfico. O termo de uso de voz e imagem autorizava, para todos os fins em direito admitidos, a utilização da sua participação constantes em fotos, gravações e filmagens, nos relatórios parciais e finais da referida pesquisa, desde que a referência ao nome do participante, que constitui um direito moral e ético, não fosse divulgado.

Todas as falas foram captadas com auxílio de um gravador de voz. Ressalta-se que mesmo as entrevistas que foram realizadas por via online com as câmeras abertas, não houve nenhuma captura ou gravação de imagem e/ou vídeo ao longo das entrevistas, sendo apenas gravada a voz dos participantes. Todas as entrevistas foram individuais em horários e locais escolhidos pelos próprios participantes.

A pesquisadora também utilizou um diário de campo para anotações pertinentes à temática abordada que não constavam na entrevista semiestruturada e, conseqüentemente, seu aprofundamento. Desse modo, foram realizadas 16 entrevistas presenciais, com média de 40 minutos, e, 24 entrevistas online com média de uma hora e 20 minutos.

Todas as entrevistas ocorreram após a primeira etapa, com 20 participantes de cada grupo escolhidos por amostragem não probabilística por conveniência, considerando a disponibilidade e o interesse de corroborar e dar significância às evidências obtidas na TALP. Ressalta-se que a partir da 17ª entrevista, os discursos começaram a ser repetir, ocorrendo a saturação teórica dos dados. Dessa forma, foram realizadas mais três entrevistas para confirmação da saturação, ou seja, obteve-se uma amostra final de 40 pessoas entrevistadas.

Como forma de manter o sigilo da identidade dos participantes, as entrevistas foram codificadas com letras e números conforme o Quadro 1.

Quadro 1: Sistematização dos códigos que compuseram o corpus submetido ao software Alceste.

CODIFICAÇÃO		
Variáveis	Código	Identificação
Etapa - TALP		
Teve COVID-19	TC	01,02,03...80
Não teve COVID-19	NC	01,02,03...66
Etapa - Entrevistas		
Não teve COVID-19	NC	01, 02, 03...20
Teve COVID-19	TC	
Sexo	sex	Masculino: 01 Feminino: 02
Idade	ida	18 a 30: 01 31 a 40: 02 41 a 50: 03 51 a 59: 04
Religião	relig	Católica: 01 Cristã: 02 Espírita: 03 Umbandista: 04 Evangélica: 05 Agnóstico: 06
Rodagem do banco juntos		
Participante	part	01, 02, 03...40
Grupo	grup	Não teve COVID-19: 01 Teve COVID-19: 02

Fonte: Autoria própria, 2024.

4.4.3. Terceira etapa: Teste de Centralidade

Nesta etapa, houve contato prévio com os participantes por e-mail ou telefone para confirmar as evocações que apareceram no provável núcleo central ativados ao objeto representacional. A técnica do questionamento ou *mise en cause*, analisa a centralidade das evocações sob o aspecto da negociabilidade. Neste momento, foi perguntado para os participantes se eles reconheciam ou não as evocações centrais por meio de perguntas negativas, com objetivo de questionar diretamente elementos específicos da

representação para verificar sua importância e função estrutural dentro da RS (Wolter; 2018).

A pesquisadora apresentou aos participantes provocações que colocam em dúvida a importância ou validade de certos elementos da representação, por meio do questionamento se seria possível falar de COVID-19 sem falar de cada evocação que apareceu no provável núcleo central do grupo que contraiu e não contraiu a COVID-19. Em virtude de uma parte da pesquisa ter sido realizada online, foi contruído um *Google Forms* e um formulário físico (APÊNDICES F e G) disponibilizando a nova etapa aos participantes.

Antes, foi realizado um teste-piloto com quatro participantes dos dois grupos que compuseram a TALP, com diferentes idades e escolaridade para verificar a compreensão das perguntas no questionário. O questionário foi considerado acessível aos participantes, sem prejuízo na informação gerada. Os dados do teste não fizeram parte da análise final da técnica do questionamento.

Portanto, no grupo de quem não contraiu a COVID-19, 50 participantes compuseram a terceira etapa, com 38 testes realizados presencialmente e 12 via *Google Forms*. Para o grupo que contraiu a COVID-19, 41 testes foram realizados presencialmente e 9 por via online. Vale ressaltar, que mesmo os testes online foram efetuados com a pesquisadora ao vivo para sanar possíveis dúvidas.

Esta amostra correspondeu a 62,5% e 75,7% da amostra original dos grupos, respectivamente. Esta amostra é superior ao que pesquisas clássicas de abordagem estrutural praticaram neste tipo de teste (Menin, 2006; Sá, 2002). Para a técnica *mise en cause*, a análise de confiabilidade dos resultados foi realizada pelo cálculo do intervalo de confiança de 95% (IC95%), com base na proporção de respostas ‘Não, não posso’ em cada termo. Foi adotado o nível de significância de $\alpha=0,05$, uma margem máxima de erro de 5 % para os cálculos amostrais.

Considerou-se que os elementos com percentual $\geq 75\%$ e IC95% dentro do limite de erro estatístico possuem alta estabilidade representacional, o que os valida como integrantes do núcleo central. Todos os termos tiveram a sua centralidade confirmada, pois obtiveram percentual de refutação $\geq 82\%$ nos dois grupos, esse limiar está em consonância com estudos anteriores que adotam valores próximos (Lo Monaco *et al.*, 2017; Aim *et al.*, 2018).

4.5. Procedimentos para análise dos dados

Neste tópico, descrevem-se os procedimentos utilizados para a análise dos dados nesta pesquisa. Primeiramente, estão detalhados os métodos quantitativos, incluindo o processo e as técnicas de estatística descritiva empregadas para análise dos dados decorrentes do formulário sociodemográfico e, após os procedimentos qualitativos, que incluem os procedimentos para análise das entrevistas em profundidade e análise lexical por meio do *software Alceste*.

4.5.1. Análise estatística para caracterização dos participantes

Aos dados gerados pela coleta das variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo foram aplicados procedimentos de estatística simples e percentual para identificação dos seus perfis. Tais dados estão postos em tabelas, quadros, gráficos e/ou figuras gerados a partir dos dados do programa *Microsoft Excel* 2019.

4.5.2. Análise da técnica de associação livre de palavras

Os dados deste estudo foram obtidos utilizando a técnica de associação livre de palavras e analisados com o apoio do *software EVOC*. O *software* criado por *Piërre Vergès* em 1999 (*Ensemble de Programmes Permettant l'Analyse des Évocations*), ajuda na identificação do provável núcleo central e os sistemas periféricos das representações sociais, assim, as respostas fornecidas pelos participantes têm duas de suas coordenadas calculadas: a frequência das evocações no *corpus* do grupo e a ordem média em que elas aparecem (Wolter, Wachelke, Naiff, 2016).

Todas as respostas do TALP foram organizadas no *Google Forms* e exportadas para uma planilha *Excel* para lematização, ou seja, padronização de palavras cujos sinônimos foram agregados em léxicos iguais formando um dicionário de palavras. Após, realizou-se a revisão com correções ortográficas, retiradas às acentuações, junção de palavras compostas com *underline* e salvo em arquivo texto sem formatação.

A planilha foi processada no *software EVOC* para identificar a relevância dos elementos associados ao termo indutor. No *software* utilizamos os programas: a) *Lexique* – preparação e limpeza do *corpus* de análise; b) *Trievoc* – correção e remoção de palavras desnecessárias; c) *Listvoc* – geração de uma lista com todas as palavras; d) *Rangmot* – análise da frequência e distribuição das classificações para cada palavra, permitindo a

elaboração do *Rangfrq*; e) *Tabrgfr* – disposição das evocações nos quatro quadrantes (Vieira, 2019, p.271).

Vale ressaltar que o banco de dados foi rodado separadamente, gerando resultados das evocações do grupo que contraiu a COVID-19, não contraiu e os grupos associados. Os resultados foram apresentados em quadrantes estruturados em dois eixos. O eixo vertical corresponde à frequência de evocação das palavras, e o eixo horizontal, à ordem dessas evocações (Ribeiro; Almeida, 2002).

O primeiro quadrante corresponde às palavras primeiramente evocadas e com frequência mais elevada em relação às outras expressões associadas ao termo indutor. As palavras evocadas com maior frequência e prontidão pelos participantes devem, muito provavelmente, fazer parte do núcleo central das representações. O segundo e o terceiro quadrantes contêm os elementos evocados com menor frequência e mais tardiamente que aqueles do primeiro, porém, são importantes e significativos na construção das RS (Bertoni; Galinkin, 2017).

O quarto quadrante apresenta os elementos menos frequentes e pouco evocados pelos participantes, correspondendo à periferia distante. Corresponde às evocações mais individuais e de um número limitado de sujeitos (Bertoni; Galinkin, 2017).

4.5.3. Análise das entrevistas em profundidade

Todas as entrevistas gravadas foram transcritas com auxílio de uma inteligência artificial (IA) – escriba – que transcreve áudios e vídeos em 99 idiomas, com precisão de até 97% e detecção automática de falantes. O aplicativo apesar de ter sido utilizado, passou pela revisão final da pesquisadora para montagem do corpus para realização das análises lexicográficas, lexicométricas e classificações hierárquicas descendentes (CHD), com o auxílio do *software* Alceste® versão 2012.

O Alceste (*Analyse lexicale par context d'un ensemble de segments de texte*) possibilita por meio de um conjunto de procedimentos estatísticos, compreender a relação entre contexto linguístico e representação sociais ou entre unidade de contexto e contexto típico aplicado a diversos bancos textuais. Vale ressaltar, que o programa também é baseado por meio de uma teoria semiológica, ou seja, instruído para trabalhar com a estrutura gramatical das palavras (léxico) mais significativas (Leblanc, 2015).

Em seu aspecto operacional, o objetivo do Alceste não é o cálculo do sentido, mas a organização tópica de um discurso ao colocar em evidência os ‘mundos lexicais’

(Kalampalikis, 2003). Uma análise com o Alceste, portanto, possibilita extrair as estruturas mais representativas dos discursos sobre o fenômeno estudado (Kronberger; Wagner, 2002).

O *software* permite a análise de bancos textuais oriundos da comunicação escrita (artigos de mídia, textos literários, documentos, relatórios, entre outros) ou transcrita (entrevistas, diálogos, depoimentos, relatos, questões abertas de questionários) (Camargo, 2005; Santos *et al.*, 2017). Assim, o programa desenvolvido por matemáticos e estatísticos franceses, trabalha com alguns conceitos básicos compreendidos como:

- *Corpus*: banco de dados de texto que será analisado.
- Unidade de Contexto Inicial (UCI): são as unidades de fragmentação inicial; no caso das entrevistas, as UCIs correspondem a cada entrevista realizada.
- Unidade de Contexto Elementar (UCE): é o menor fragmento de um texto com sentido que vai permitir ao programa estabelecer as matrizes para a classificação, por meio das palavras existentes em uma UCE.
- Unidade de Contexto (UC): são os agrupamentos de UCEs sucessivas dentro de uma mesma UCI.
- Classe: agrupamento de várias UCE de vocabulário homogêneo.
- Lematização: operação que permite ao programa considerar palavras equivalentes com radical comum.
- Análise Fatorial por Correspondência (AFC): cruzamento entre o vocabulário considerando a frequência das palavras e as classes, gerando uma representação gráfica.

Os recursos utilizados para análise do banco de dados da pesquisa foram: Classificação Hierárquica Descendente (CHD), que mostra as classes formadas a partir de segmentos de textos - Unidades de Contexto Elementares (UCE) - que são selecionadas dos discursos para dar sentido a cada classe da CHD

Para iniciar as análises no programa, estruturou-se um corpus com as entrevistas transcritas e codificadas em arquivo único no *Microsoft Word – Office 365*, salvo no tipo texto “*txt*” e transportado para o Alceste iniciar as análises. O processo foi seguido tanto para o grupo que contraiu e não contraiu a COVID-19, bem como na elaboração de um banco único com as entrevistas dos dois grupos para identificar as ideias comuns

e não comuns das representações entre os grupos.

O software apresentou o dendrograma da CHD, que demonstrou as relações existentes entre as classes provenientes dos cálculos da Análise Fatorial de Correspondência. Por fim, a partir das UCEs escolhidas em cada classe, o programa calculou as UCEs mais características, possibilitando a visualização do vocabulário mais significativo das classes para cada grupo e na junção dos bancos. Após os resultados fornecidos pelo software Alceste, os dados foram analisados com base na abordagem processual da TRS.

4.6. Aspectos éticos

Este estudo respeitou os princípios da ética conforme as Normas de Pesquisas envolvendo Seres Humanos – Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde. Tal resolução visa, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, protegendo-lhes os referenciais da bioética de autonomia, não-maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

Não obstante, foram respeitados os princípios éticos da Resolução 510/16 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, referente às normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana (BRASIL, 2016).

Além disso, a pesquisa respeitou as orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual do ofício circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, pois algumas partes da pesquisa necessitou ser realizada via ambiente virtual. Vale ressaltar, que a pesquisadora só foi a campo realizar o teste-piloto e a coleta de dados após autorização do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem Anna Nery, com parecer de nº 5.614.883 (ANEXO A).

5. CAPÍTULO V - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PARTICIPANTES

Este capítulo apresenta as características sociodemográficas dos participantes do estudo, permitindo contextualizar as representações sociais da COVID-19 e suas repercussões no cuidado de si e do outro, a partir das condições de produção. A análise das variáveis sociodemográficas desempenha um papel fundamental na compreensão das condições que influenciam a produção das representações sociais, pois nos permite conhecer o mundo experiencial de um sujeito situado em um contexto específico (Ferreira, 2016).

Nesse sentido, este capítulo apresenta a categorização dos participantes da pesquisa, explorando fatores como idade, sexo, religião, raça/cor, renda familiar, presença de comorbidades, justificando como essas variáveis se relacionam com a formação das RS no contexto da pandemia de COVID-19. A abordagem adotada busca não apenas descrever os dados, mas também situá-los em um panorama mais amplo, no qual as características individuais interagem com contextos sociais e culturais, moldando conteúdos e práticas representacionais.

Compuseram a pesquisa 146 participantes, sendo 80 pessoas que contraíram a COVID-19 e 66 que não contraíram. Saber a identificação dos participantes como pertencentes a um grupo ou outro, foi importante para compreender não só como eles perceberam a COVID-19, porém, nos permitiu desvelar como as dinâmicas sociais e culturais permearam as práticas de cuidado em tempos de pandemia.

Dentro da evolução humana, o pertencimento a um grupo não só está intimamente ligado à sobrevivência, mas aos valores de como certas associações de grupo influenciam na construção da identidade social e no processamento comum de informações. Hoje, a neurociência traz descobertas apoiadas em como membros de um mesmo grupo percebem ações semelhantes e palavras diferentes de outros grupos a partir do compartilhamento de referências culturais e sociais (Lantos; Molenberghs, 2021). Esse fenômeno reflete como as RS funcionam como filtros que orientam a percepção e a interpretação do mundo a partir da sua identidade social.

Outra variável importante para ser analisada na pandemia da COVID-19 é o sexo, pois em situações de emergências de saúde pública, aumentam a vulnerabilidade das mulheres à violência (Khanlou *et al.*, 2022). Em síntese, a pandemia ampliou as desigualdades preexistentes, agravadas por RS que podem perpetuar vulnerabilidades e

dinâmicas de poder desiguais. No presente estudo, 86 participantes foram do sexo feminino e 60 do sexo masculino.

Em relação a variável religião, duas pessoas se representaram como agnóstica, 70 católicos, 28 cristão, 8 espíritas, 25 evangélicos, 6 não declarados e 7 umbandistas. Logo, perante o cenário de instabilidade e por diversos questionamentos pessoais e coletivos advindos pela pandemia, a religiosidade e a espiritualidade podem ser importantes nas representações sobre a origem da doença, a influência nas práticas de cuidado e a dialética entre religião e ciência (Rossato; Ribeiro; Scorsolini-Comin, 2022).

Não obstante, ao pensarmos na relação entre raça/cor e as RS na pandemia, é necessário um enfoque crítico que considere desigualdades históricas e contemporâneas, além das dinâmicas culturais e sociais que moldam essas representações. Durante a COVID-19, diversas perspectivas foram discutidas na articulação entre RS e raça/cor, como: racismo, estigmatização e culpabilização em alguns contextos, influência das desigualdades estruturais e acesso à saúde.

Em 2020, a taxa nacional de mortalidade por COVID-19 para negros americanos era 2,1 vezes maior do que a de brancos, e as taxas de hospitalização para latinos eram 4,6 vezes maiores do que as de brancos. Portanto, garantir a especificidade étnico-cultural dos participantes é importante para dar voz as dinâmicas culturais e sociais das experiências vividas no contexto da COVID-19 (Johnson-Agbakwu *et al.*, 2022).

Na presente pesquisa, 76 participantes se autodeclararam pardos, 39 como brancos, 30 como pretos e uma pessoa não soube se autodeclarar. Embora a COVID-19 tenha potencial para infectar e levar a óbito muitas pessoas, a variável raça/cor pode ser indicativa de quem se tornará mais vulnerável ao seu impacto, uma vez que as minorias raciais e étnicas estão em desvantagem particular, pois muitos já assumem o status de um grupo marginalizado pelos seus determinantes sociais de saúde (Laurencin; Mcclinton, 2020).

Além da raça/cor, os fatores socioeconômicos também podem desempenhar um papel importante na epidemia de COVID-19 se avaliarmos a probabilidade de exposição, adoecimento e mortalidade pelo surto da doença. Estudo realizado no Brasil com objetivo de analisar a influência de fatores socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e da estrutura do sistema de saúde na evolução da pandemia, concluiu que a variação da incidência de COVID-19 foi justificada pela desigualdade de renda, maior adensamento domiciliar e maior letalidade, nos estados brasileiros (Figueiredo *et al.*, 2020).

Nesse cenário, 78 participantes recebiam uma média familiar entre um e três salários mínimos. 37 pessoas recebiam entre quatro e seis salários mínimos, 16 com média entre sete e nove salários 15 pessoas com renda maior que 10 salários mínimos. Logo, a variável renda familiar influencia como os diferentes grupos constroem e compartilham significados sobre a pandemia a partir de sentimentos de desamparo e indignação a percepções de privilégio e responsabilidade vivenciados com a crise mundial.

Outra característica essencial para compreendermos as RS da COVID-19 e a sua ancoragem nos discursos, perpassa por como os processos cognitivos são reconhecidos e gerenciados durante ameaças agudas à saúde pela percepção de risco. Ao longo do seu acometimento na sociedade, o vírus SARS-CoV-2 apresentou riscos de saúde diferenciados para as pessoas.

Esta ancoragem sobre o risco embora seja muito baseada em um discurso sobre o risco corpóreo baseado no processo de envelhecimento, ele se constrói, também, por uma representação a partir de doenças preexistentes. Na COVID-19, as representações de estar “em risco” estiveram posicionadas em uma zona de segurança materializada na faixa etária, principalmente ao longo dos primeiros meses da doença (Wabnitz; Drössler, Mayhew, 2022).

Na categorização dos participantes da pesquisa, 106 declararam não ter nenhuma comorbidade, enquanto 40 disseram conviver com alguma patologia preexistente, com maior frequência para a hipertensão arterial sistêmica (14 casos), seguido de asma (11 casos). Outras patologias apareceram com menor frequência, mas são importantes dentro do contexto de alguns discursos, como: diabetes, obesidade, nefrectomia, siringomielia, hipotensão, fibromialgia, depressão e ansiedade, hipotireoidismo e arritmia cardíaca.

A distribuição da variável faixa etária revelou que o maior número de participantes se concentrou no grupo de 18 a 30 anos, totalizando 83 indivíduos. Na sequência, 35 participantes situaram-se na faixa de 31 a 40 anos, enquanto 19 estavam entre 41 e 50 anos, e nove no intervalo de 51 a 59 anos. Vale ressaltar que 100% dos participantes completaram o esquema vacinal, mas somente 133 pessoas realizaram algum reforço e 13 participantes não realizaram nenhum.

Portanto, ao se colocar em evidência a categorização dos participantes da pesquisa, foi possível compreender como as representações são moldadas por crenças, valores e atitudes contextualizadas ao cenário geográfico, político e sociocultural dos indivíduos, ou seja, a identificação ajudou a entender os grupos a que pertencem e como

esses grupos puderam influenciar suas RS e comportamentos na pandemia da COVID-19.

6. CAPÍTULO VI - OS CONTORNOS DO INVISÍVEL: ESTRUTURAS E SENTIDOS NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19

A pandemia da COVID-19 ao tomar uma proporção mundial, possibilitou a construção de novos sentidos nas RS, oferecendo uma estrutura simbólica para compreender o desconhecido, suas incertezas e orientar as práticas sociais individuais e coletivas frente ao novo evento global. Este capítulo se propõe a identificar pela análise prototípica as estruturas e a organização das representações sociais sobre a COVID-19 entre pessoas que contraíram e não contraíram a doença, à luz da Teoria das Representações Sociais de Serge Moscovici e do cuidado de si de Michel Foucault.

6.1. Resultados

A maioria era do sexo feminino (n=86), com 60 participantes do sexo masculino. Em relação à faixa etária, predominou o grupo de 18 a 30 anos (n=83), seguido pela faixa etária entre 31 e 40 anos (n=35), entre 41 e 50 anos (n=19) e entre 51 e 59 anos (n=9).

Quanto à raça/cor, 76 participantes se autodeclararam pardos, 39 brancos, 30 pretos e um não soube se autodeclarar. Sobre a religião, 70 se identificaram como católicos, 28 como cristãos, 25 evangélicos, oito espíritas, sete umbandistas, dois agnósticos e seis não declararam. Em relação à renda familiar, 78 participantes relataram uma média mensal entre um e três salários mínimos, 37 entre quatro e seis salários mínimos, 16 entre sete e nove e 15 com renda superior a dez salários mínimos.

Sobre as comorbidades, 106 afirmaram não ter doenças preexistentes, enquanto 40 conviviam com alguma condição de saúde, sendo as mais recorrentes a hipertensão arterial sistêmica (n=14) e a asma (n=11). Outras comorbidades incluíram diabetes, obesidade, nefrectomia,iringomielia, hipotensão, fibromialgia, depressão, ansiedade, hipotireoidismo e arritmia cardíaca. Todos os participantes completaram o esquema vacinal contra a COVID-19, embora apenas 133 tenham recebido ao menos uma dose de reforço.

Inicialmente, o *corpus* com as evocações do grupo que não contraiu a COVID-19, totalizou 327 palavras citadas, com 93 palavras diferentes. Assim, a ordem média das evocações (*rang*) foi de 3,00, com frequência intermediária de 9 e frequência mínima de 4, com exclusão de evocações abaixo dessa frequência, formando-se um quadro de quatro casas.

Para o grupo que não contraiu a doença, o QSE revelou um núcleo central composto pelos termos ‘ansiedade’, ‘doença’, ‘máscara’, ‘medo’, ‘morte’ e ‘pandemia’, localizados no quadrante de alta frequência e baixa OME (Quadro 2). Esses elementos expressam a representação da COVID-19 como um fenômeno marcado por sentimentos de ameaça, sofrimento e incerteza, ancorado na percepção de risco e nas experiências coletivas de enfrentamento.

A técnica *mise en cause* confirmou a centralidade desses elementos com percentuais de refutação variando entre 82% e 92%, o que reforça sua função estruturante nas representações (Quadro 3). No QSD, destacam-se termos que remetem às ações concretas de prevenção e controle socialmente disseminadas durante o período pandêmico. Já o QIE, expressa as dimensões mais específicas da experiência social e moral associada à doença, perpassando desde o sofrimento psicológico até críticas a posturas de negação ou de valorização do SUS.

No QID, encontram-se elementos que traduzem vivências pontuais e representações complementares que articulam tanto o contexto de restrição e medo, quanto sentimentos de solidariedade, ligação familiar e desejo de superação. Assim, o grupo que não contraiu a COVID-19, apresenta uma representação organizada em torno de um núcleo afetivo e simbólico de ameaça e incerteza, sustentado por uma periferia que operacionaliza práticas normativas e sociais de prevenção, e por uma zona de contraste que revela uma memória emocional e moral do período pandêmico.

Quadro 2: Quadro de quatro casas a partir do termo indutor “COVID-19” para o grupo que não contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.

Rang<3,00				Rang>=3,00		
Freq. média	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
>=9	Ansiedade	10	2,600	Isolamento	17	3,294
	Doença	9	1,778		21	3,095
	Máscara	14	2,857			
	Medo	21	2,286			
	Morte	29	2,310			
	Pandemia	16	2,625			
8 <= Freq < 21	Angústia	6	2,500	Álcool	6	3,367
	Dor	6	2,000	Contágio	4	3,500
	Falta de ar	4	2,250	Cuidado	4	4,250
	Luto	5	2,800	Desespero	5	3,400
	Negacionismo	4	2,750	Esperança	6	4,667
	Perda	4	2,250	Família	4	4,000
	Sus	8	3,000	Hospitais de campanha	5	4,200
	Vírus	7	2,429	Lockdown	4	4,000
				Respirador	4	4,000
				Tristeza	6	3,667
				Vida	7	3,429

Fonte: Autoria própria, 2024.

Quadro 3: Técnica *mise en cause* para confirmação do núcleo central das representações sociais da COVID-19 do grupo que não contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.

Termo evocado	Não, não posso		Tamanho da amostra	Alfa	Estatística (95%)	IC 95%*
	n	%				
Ansiedade	42	84%	50	0,05	1,96	(74 a 94)
Doença	46	92%				(84 a 100)
Máscara	41	82%				(71 a 93)
Medo	42	84%				(74 a 94)
Morte	43	86%				(76 a 96)
Pandemia	45	90%				(82 a 98)

Fonte: Autoria própria, 2024.

*IC – Intervalo de Confiança

No grupo que contraiu a doença, as evocações do grupo totalizaram 396 palavras citadas, com 128 palavras diferentes. A ordem média das evocações (*rang*) foi de 3,00, com frequência intermediária de 8 e frequência mínima de 3, constituindo o Quadro 4, a seguir:

Quadro 4: Quadro de quatro casas a partir do termo indutor “COVID-19” para o grupo que contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.

Rang<3,00				Rang>=3,00		
Freq. média	Termo evocado	Freq	OME	Termo evocado	Freq	OME
>=8	Ansiedade	11	2,727	Máscara	9	3,111
	Isolamento	24	2,708	Tristeza	8	3,375
	Medo	27	1,630	Vacina	33	3,485
	Morte	40	2,450			
	Pandemia	22	1,955			
3 <= Freq < 7	Alcool	3	2,667	Amor ao próximo	4	4,250
	Angústia	6	2,833	Comorbidade	3	4,000
	Crise	3	3,000	Doença	6	3,167
	Cuidado	3	2,667	Empatia	4	3,500
	Depressão	4	2,750	Esperança	5	3,600
	Desconhecido	4	2,250	Insegurança	6	3,167
	Desespero	5	2,000	Lockdown	4	3,250
	Falta de ar	4	2,500	Óbito	4	3,250
	Família	4	3,000	Política	3	4,667
	Luto	3	3,000	Saúde	4	3,500
	Perda	6	3,000	Vacinação	5	3,600
	Proteção	3	3,000			
	Sequela	3	3,000			
	Vida	5	2,200			
	Vírus	6	3,000			

Fonte: Autoria própria, 2024.

No grupo que contraiu a COVID-19, o núcleo central das representações também se organiza em torno dos elementos ‘morte’, ‘medo’, ‘ansiedade’ e ‘pandemia’, confirmando um núcleo consensual compartilhado com o grupo anterior. Entretanto, o termo ‘isolamento’ apresentou alta frequência, com elevada refutação na *mise en cause*,

configurando-se como elemento central neste grupo, conforme Quadro 5. Esse achado evidencia que a vivência do adoecimento ressignificou o isolamento de medida coletiva para prática pessoal de cuidado e proteção.

No QSD, os termos remetem à continuidade das práticas de prevenção e aos efeitos emocionais do adoecimento, onde mesmo depois da infecção, as normas sanitárias e os sentimentos de vulnerabilidade permanecem integrados ao campo representacional. Já no QIE, há expressão da vivência subjetiva da doença e suas repercussões físicas e emocionais. No QID, surgem os valores de solidariedade, fé, reflexão ética e crítica social, além da valorização do cuidado.

Quadro 5: Técnica *mise en cause* para confirmação do núcleo central das representações sociais da COVID-19 do grupo que contraiu a doença – Belém, PA, Brasil, 2024.

Termo evocado	Não, não posso		Tamanho da amostra	Alfa	Estatística (95%)	IC 95%*
	n	%				
Ansiedade	45	90%	50	0,05	1,96	(82 a 98)
Isolamento	48	96%				(91 a 101)
Medo	41	82%				(71 a 93)
Morte	46	92%				(84 a 100)
Pandemia	50	100%				(100 a 100)

Fonte: Autoria própria, 2024.

*IC – Intervalo de Confiança

Os dados mostram que quatro evocações estão na estrutura central das RS de ambos os grupos, ansiedade, medo, morte e pandemia. Os resultados evidenciam que embora existam múltiplos elementos nas representações, houve evocações comuns a ambos os grupos, demonstrando que uma parte dos elementos foi compartilhada na estrutura e organização do pensamento coletivo sobre a COVID-19, e outra parte caracterizou as RS de grupos específicos, que no caso desta pesquisa, foram grupos de pessoas que contraíram e não contraíram a COVID-19.

6.2. Discussão

Para Moscovici (2012), dois fenômenos precondicionam o surgimento de RS em situações inéditas ou de crise, a dispersão e a focalização. A dispersão surge a partir de coisas em evidência e refere-se à fase inicial de proliferação de discursos, ideias, por vezes fragmentadas, que circulam na comunicação cotidiana para compreender um novo fenômeno. À medida que o tempo passa e há uma consolidação dos significados, tem-se o processo de focalização, responsável na formação das RS mais estáveis.

Na presente pesquisa, o elemento ‘morte’ foi a palavra mais evocada nos dois grupos e indica que esse elemento está profundamente enraizado na representação da COVID-19, independentemente da experiência pessoal com a doença. Assim, por estar associada a significados universais ou amplamente aceitos dentro do grupo, o núcleo central tem uma função generativa ao orientar interpretações e práticas em situações que estão em evidência (Abric, 1998).

Desse modo, a ‘morte’ é um conceito universal e emocionalmente impactante pela mobilização de sentimentos que afloram pela vivência do fato e, pela sua concretude com a COVID-19. No contexto das RS, a pandemia despertou medos já existentes relacionados à morte, principalmente na sociedade moderna onde a mortalidade costuma ser um tema interdito e tabu. No campo do senso comum é possível encontrar situações nas quais o termo ‘tabu’ é usado simplesmente como sinônimo de algo proibido, mas o seu significado apresenta um alcance maior dependendo do contexto sociocultural em que se discute (Augras, 1989).

De fato, na modernidade, a ideia de que a morte se transformou numa espécie de *persona non grata*, é defendida ao substituir o sexo como o principal tabu discutido no século XX apontado pelo historiador francês *Philippe Ariès*. O autor descreve que pelos avanços tecnocientíficos, a morte aproxima-se de sentimentos de recusa e negação advindas com todos os seus questionamentos e inquietações (Ariès, 2017).

É somente na passagem do século XX para o XXI, que se reconhece o conceito de morte escancarada, ou seja, trata-se de uma “*morte que invade, ocupa espaços, penetra na vida das pessoas a qualquer hora...é brusca, repentina, invasiva e involuntária*” (Kovács, 2003, p. 142). Na COVID-19, ao trazer a morte para o cotidiano por meio de estatísticas e noticiários, rompe-se a barreira psicológica que muitas vezes a distanciava do cotidiano, mesmo sendo um fato inerente à vida.

Isto nos mostra, que embora o elemento pertença ao núcleo central, a representação da morte é flexível e se adapta às mudanças ao longo do tempo. Em períodos de pandemia, as representações da morte apresentam uma função normativa ao propor reflexões existenciais e éticas. Faz-se urgente inquietar-nos com questionamentos sobre o sentido da vida, das perdas e do luto. Porém, em contraponto ao ‘eu’, a morte traz à tona debates sobre justiça social ao expor desigualdades na vivência com o ‘outro’ (Lopes *et al.*, 2021; Khalatbari-Soltani *et al.*, 2020).

Na COVID-19, a evocação funcionou como um símbolo coletivo que agregou significado à pandemia, indo além do individual, mas abrangendo o social. Estudo

realizado com objetivo de refletir sobre o tratamento dado à doença por autoridades públicas que podem reforçar a perspectiva moderna de conceber a morte como um tema tabu, trouxe à tona que não só a ideia da morte como tabu foi reforçada durante a pandemia, mas deu destaque ao seu processo de banalização e ao silenciamento do luto na sociedade para manutenção de uma economia neoliberal (Paula; Souza, 2020).

Inspirado em Foucault (2003), pela lógica do biopoder, o neoliberalismo usa estratégias para regular a vida e a morte, ao trazer uma hierarquização de vida baseada em valores econômicos e utilidade social. Assim, grupos mais vulneráveis ou marginalizados, foram tratados como menos valiosos em nome de prioridades econômicas, tornando suas mortes justificáveis e mais “aceitáveis” com expressões de lideranças políticas de que “*todos vão morrer*” (Paula; Souza, 2020, p.174).

Pela estrutura e organização das RS do presente estudo, a ‘morte’ tornou-se a lente por meio da qual a gravidade da pandemia foi compreendida, destacando sua continuidade simbólica e funcional nas RS de ambos os grupos. A palavra apresenta essa continuidade simbólica e funcional por estar profundamente enraizada na estrutura cultural, social, histórica e psicológica das sociedades humanas (Cominato; Queiroz, 2006).

A centralidade da evocação ‘morte’ nas RS da COVID-19 em Belém, no estado do Pará, também pode ser compreendida a partir de um recorte contextual específico vivido na cidade. Em abril de 2021, a capital paraense apresentou uma taxa de letalidade por COVID-19 de 3,2%, quase o dobro da média nacional, que era de 1,7% no mesmo período, segundo dados divulgados pela imprensa local. O impacto dessa alta letalidade foi agravado pelo colapso do sistema funerário, que provocou a falta de urnas funerárias e o atraso nos sepultamentos (O LIBERAL, 2020).

Esses elementos revelam como a morte deixou de ser apenas um risco abstrato e passou a ocupar um lugar tangível no cotidiano da população belenense. Essa presença como experiência coletiva e pública pode ter potencializado a formação de uma RS sólida e compartilhada, o que funcionou como um marcador simbólico poderoso da vulnerabilidade. Assim, no contexto amazônico, o termo ‘morte’ tornou-se uma lente pela qual a população passou a interpretar a gravidade da pandemia, reforçando seu lugar no núcleo central das RS e produzindo ressonâncias emocionais, existenciais e políticas nos modos de viver e cuidar de si e do outro.

Não obstante, sua inevitabilidade não só a coloca no centro das reflexões humanas sobre a vida, o sentido da existência e o futuro, mas a sua iminência por uma doença grave, como a COVID-19, trazem à tona questões urgentes da vida por meio de relações

(Fitaroni; Bousfield; Silva, 2021). Além disso, o termo serviu como ponto de ancoragem para reflexões sobre a finitude e a vulnerabilidade existencial do ser humano, acentuada por quem vivenciou a experiência do adoecimento, ao aparecer na segunda periferia a evocação ‘óbito’ e ‘depressão’ na zona de contraste, demonstrando a flexibilidade e adaptação da representação para o grupo.

Embora faça parte do processo de vida do ser humano, ou seja, é algo natural do ponto de vista biológico, o ser humano caracteriza-se também e, principalmente, pelos aspectos simbólicos com que representa as coisas. A morte de um ente querido desvela um processo direcionado para dar sentido à vida, a si mesmo e ao mundo após a perda (Combinato; Queiroz, 2006; De Leon Corona *et al.*, 2022). Para quem contraiu a COVID-19, o ‘óbito’ pode ser percebido como uma estatística e uma realidade concreta dos eventos destrutivos da pandemia.

Estudo realizado com objetivo de traçar uma reflexão acerca da presentificação da morte advinda da situação atual de pandemia da COVID-19 apontou que a área da saúde foi o campo mais afetado na presente crise, não só pelo adoecimento pelo vírus, mas pelo mal-estar social advindo das medidas restritas que se atrelaram à presentificação da iminência da morte, verificando-se a potencialização dos sintomas de estresse, angústias e somatizações (Silva *et al.*, 2022).

Palavras como ‘ansiedade’ e ‘medo’ foram significativas na estrutura e organização das RS do estudo. À luz da TRS, os termos desvelam o componente emocional das RS da COVID-19, ou seja, ajudam a dar significado e tornar familiar situações novas, complexas e desestabilizadoras. O medo e a ansiedade ancoram em emoções universais (angústia, desespero, tristeza), tornando a experiência mais acessível e compartilhável em ambos os grupos.

Essas emoções, embora façam parte de uma identidade coletiva de que todos eram vulneráveis diante de uma situação imprevisível, especialmente no início da pandemia, apresenta uma função adaptativa ao ancorar seu sentido nos comportamentos protetivos para minimizar a transmissão de um vírus que se articula com o desconhecido na consolidação das RS. Assim, pela proporção da pandemia que foi amplamente disseminada com uma cobertura midiática muito presente e forte, as emoções foram compartilhadas na vivência do novo fenômeno.

Uma revisão sistemática realizada para sintetizar o impacto da pandemia de COVID-19 na saúde mental da população em geral, mostrou que não só a exposição à mídia social ou frequente a notícias sobre a pandemia foi associada a sintomas de

ansiedade, como o sofrimento psicológico não específico, foi apontado como prevalentes em pessoas jovens do gênero feminino, o que corrobora não só com o perfil de participantes da pesquisa, entretanto, fortalece a organização das RS da COVID-19 em torno da temática sobre saúde mental (Xiong *et al.*, 2020).

Medo e ansiedade são mecanismos de defesa que servem de alerta para a autopreservação, mas quando se tornam excessivos e frequentes, prejudicam a saúde mental das pessoas. Logo, na pandemia da COVID-19, tanto um sentimento quanto o outro podem ter auxiliado como alerta pessoal e responsabilidade social com os outros ao impulsionar práticas de cuidado e autocuidado. Para Foucault (1975, 2008b), essas emoções sofrem com o efeito do biopoder ao internalizar normas de comportamentos. para o cuidado de si e do outro.

O biopoder refere-se a uma forma de poder que se concentra na gestão e controle da vida humana que contrapõe o conceito de poder soberano. Enquanto o poder soberano é repressivo, o biopoder produz normas, práticas e saberes capazes de aumentar a eficiência social e econômica, podendo representar um modelo de gestão de vidas durante crises de saúde. Para Souza (2021), se algo da história das epidemias ocorridas no passado se repete, é a arte de governar, não propondo ordem como no poder soberano, mas cumplicidade com os indivíduos pelo biopoder para que todos obtenham bem-estar.

Na pandemia, o Estado exerceu o biopoder para proteger vidas, mas também impôs restrições que regularam a liberdade individual, – com outras medidas sanitárias como o *lockdown* e o confinamento compulsório, que colocou em xeque o princípio da liberdade individual, característica fundamental das democracias modernas e que culminou com o desenvolvimento de diversos estressores psíquicos com os bloqueios em massa (Ferracioli *et al.*, 2021).

Outrossim, a centralidade da evocação ‘pandemia’ como elemento estruturante das RS dos grupos, evidencia a natureza coletiva e global do fenômeno. Em Foucault (2003), o caráter totalizante e central da pandemia pode partir de um regime discursivo que molda a subjetividade, influenciando comportamentos e reorganizando práticas sociais. Nessa lógica, a pandemia como uma organizadora discursiva democrática – independente se o indivíduo contraiu ou não a doença - reforça como o biopoder molda as RS, promovendo práticas de vigilância, controle e autocuidado por uma responsabilidade ética coletiva (Souza, 2021).

Portanto, pode-se dizer que a pandemia orientou comportamentos coletivos quer seja pelas medidas preventivas (uso de máscara), ou pelas restritivas (isolamento),

divulgada como orientações públicas de saúde para conter a transmissibilidade da doença, para o cuidado de si e do outro. Vale ressaltar que máscara e isolamento não foram as únicas medidas sanitária para contenção do vírus, sendo apresentadas na discussão por terem um sentido importante e diferencial na evocação dos grupos.

Apesar de terem evocações que sustentem um núcleo central com representações compartilhadas sobre a COVID-19 entre os grupos, houve diferenças que confirmam como as RS são dinâmicas e contextualmente influenciadas. No grupo que não contraiu o vírus, a evocação ‘doença’ foi ancorada em práticas preventivas – máscara - que refletem uma forte função normativa a partir da orientação de comportamentos coletivamente desejáveis.

Estudo que avaliou as percepções, representações e práticas do uso de máscaras na população em geral trouxe em parte dos seus resultados, os fenômenos ativadores de memória na primeira vez em que máscaras foram usadas. Com destaque para o primeiro ativador, os participantes trouxeram falas que estavam relacionadas às instituições de trabalho e às atividades realizadas em que se usava máscara (Bornand *et al.*, 2023).

O resultado do estudo supracitado vai ao encontro de uma representação de uma criança que desenha uma atividade de lazer – soltar pipa - em uma comunidade carioca utilizando o cuidado preventivo do uso de máscaras. Nesta pesquisa que teve como objetivo analisar as percepções das crianças cariocas sobre a pandemia de COVID-19, fica evidente as representações sobre o vírus, seus sentimentos, novos hábitos e como as rotinas foram percebidas por crianças durante a pandemia (Alvaro *et al.*, 2021).

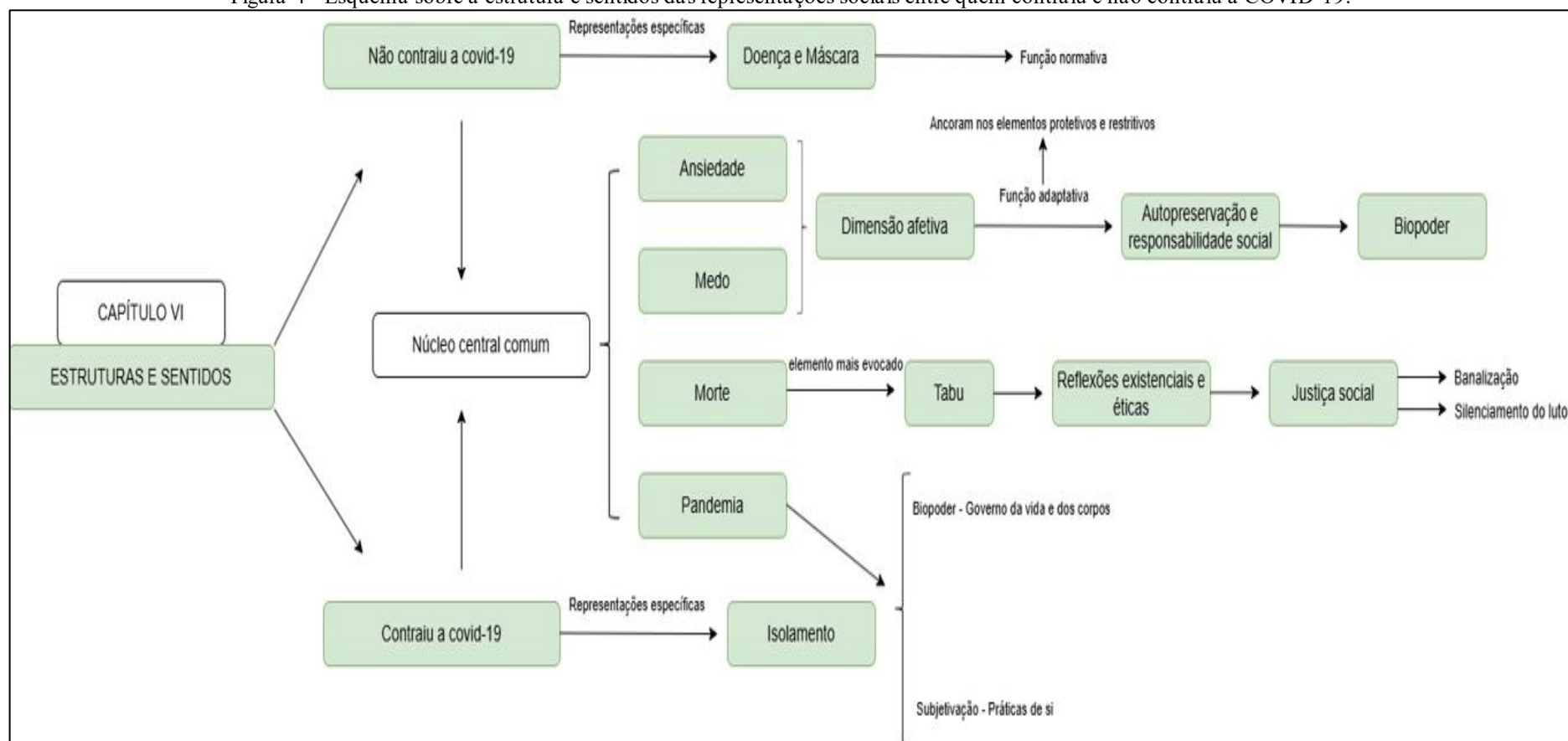
Em contraponto, a evocação ‘isolamento’ foi distintiva para o grupo que contraiu a doença, ressaltando que o elemento atua como um marcador na experiência subjetiva e prática com a COVID-19. Assim, a infecção com o vírus é ancorada tanto nos sintomas quanto nas sequelas pós-covid. Os sintomas persistentes impactam na qualidade de vida dos indivíduos (IDA *et al.*, 2024).

Pelo biopoder, o isolamento pode constituir um paradoxo ao revelar uma tensão existente em uma prática de cuidado de si em que ao mesmo tempo em que é uma imposição externa (norma de saúde pública), é uma estratégia de prevenção da coletividade, ou seja, nesse sentido, como prática de cuidado de si durante a pandemia, o isolamento situa-se na interseção entre a biopolítica (imposição externa) e a subjetivação (autogerenciamento) (Nascimento; Colombo, 2021).

Portanto, pelo referencial da TRS, a COVID-19 não foi apenas um evento biológico, mas um fenômeno profundamente simbólico que transformou várias

dimensões da sociedade e das dinâmicas sociais existentes. Entre os grupos, a estrutura e a organização das RS foram influenciadas por experiências coletivas e individuais com o vírus. Pela ótica de Foucault (2008), a pandemia ainda continua sendo um acontecimento multifacetado combinando biopoder, disciplina e cuidado de si. A seguir encontra-se o esquema sobre a estrutura e sentidos das RS entre quem contraiu e não contraiu a COVID-19 (Figura 4).

Figura 4 - Esquema sobre a estrutura e sentidos das representações sociais entre quem contraiu e não contraiu a COVID-19.



Fonte: Autoria própria, 2025.

7. CAPÍTULO VII - A EXPERIÊNCIA DO AUSENTE: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19 ENTRE OS QUE NÃO CONTRAÍRAM O VÍRUS

A pandemia da COVID-19 embora tenha sido uma experiência universal, foi vivida de diversas maneiras a partir dos desafios físicos impostos. Este capítulo apresenta as RS da COVID-19 entre pessoas que não contraíram o vírus. A ausência da vivência física da doença não implica, no entanto, na falta de impactos ou de significados atribuídos à pandemia.

Aqui, o "ausente" se transforma em significado, preenchido por narrativas coletivas, memórias compartilhadas, informações mediadas pelos discursos sociais e pela interação com outros. Assim, buscamos compreender como o “não vivido” se traduz em presença simbólica, mostrando que mesmo aqueles que não contraíram a COVID-19 em seus corpos carregam marcas da pandemia em suas representações sociais.

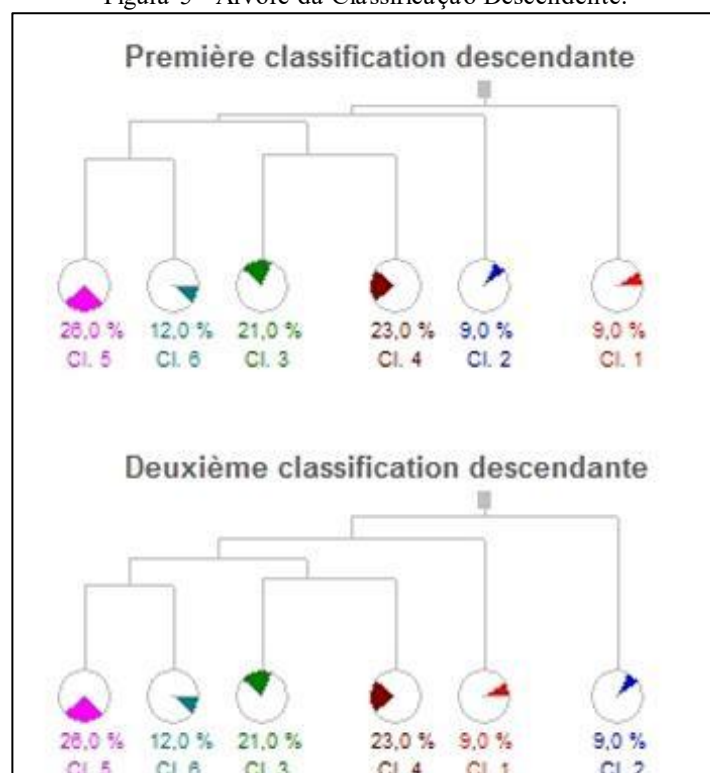
Como informado no método, os dados coletados a partir de entrevistas semiestruturadas foram processados no software Alceste por meio da análise lexical e, conforme os resultados gerados, serão discutidos e analisados pelo referencial teórico da TRS e do cuidado de si de Michael Foucault. Os dados serão apresentados de acordo com as classes lexicais oriundas pelo processamento dos dados pelo Alceste.

7.1. Apresentação global dos resultados

Foram submetidas ao processamento pelo software 20 unidades de contexto inicial (UCI), que corresponde às entrevistas realizadas. Após o processamento, o corpus foi subdividido em 1.374 unidades de contexto elementares (UCE), formadas por 5.221 formas distintas. Após o processo de lematização e redução, foram identificadas 1.024 palavras analisáveis (substantivos, adjetivos e verbos) e 281 palavras suplementares (conjunções, artigos ou preposições).

Das 1.374 UCE, o software selecionou 987 para análise, com um aproveitamento de 72%. A partir do processamento, seis classes emergiram, representando divisões temáticas distintas, conforme visualizado na árvore da classificação hierárquica descendente da Figura 5.

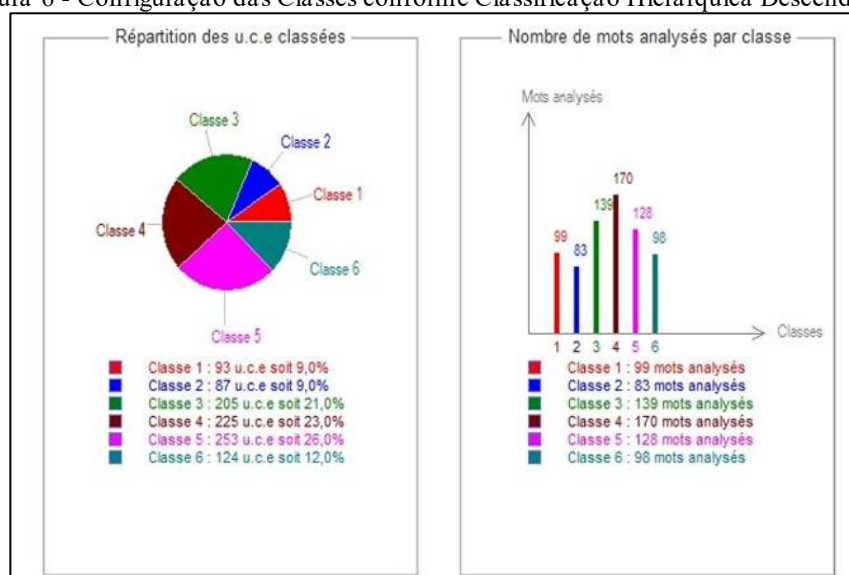
Figura 5 - Árvore da Classificação Descendente.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Não obstante, a Figura 6 apresenta como as classes foram distribuídas mediante o quantitativo de UCE e seus respectivos percentuais, bem como o número de palavras analisáveis em cada classe. Assim, a CHD reflete como o *software* identificou divisões temáticas com base nos percentuais de UCE e nos agrupamentos lexicais mais representativos de cada grupo.

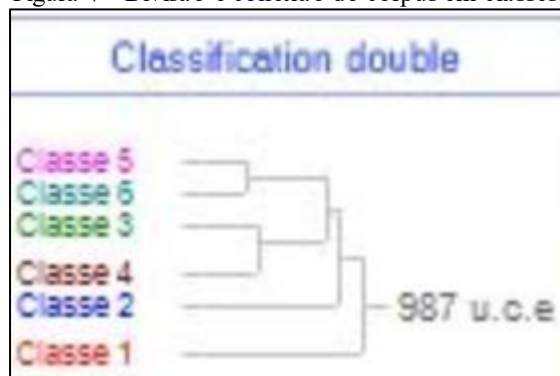
Figura 6 - Configuração das Classes conforme Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Na Figura 7 estão representadas a divisão e a ligação entre as classes. Com o processamento e apresentação global do *corpus* gerado *pelo software Alceste*, obteve-se a estrutura hierárquica descendente representada no dendrograma da Figura 8. No dendrograma, é possível observar três blocos que refletem núcleos de sentidos específicos, com formação de seis classes distintas.

Figura 7 - Divisão e conexão do corpus em classes.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Primeiro, emergiu uma ramificação que originou a classe 1. Pela análise, a classe 1 aparece isolada na hierarquia, o que evidencia uma maior especificidade temática e semântica das demais. Nesta classe, as representações estão ancoradas no discurso sobre a origem do vírus e as narrativas sobre as teorias conspiratórias.

A classe 2 também se desprende do texto, após a formação da classe 1 e congrega léxicos que representam as medidas de prevenção e higiene, discursos amplamente promovido pelas instituições e autoridades de saúde, com grande veiculação na mídia e na sociedade.

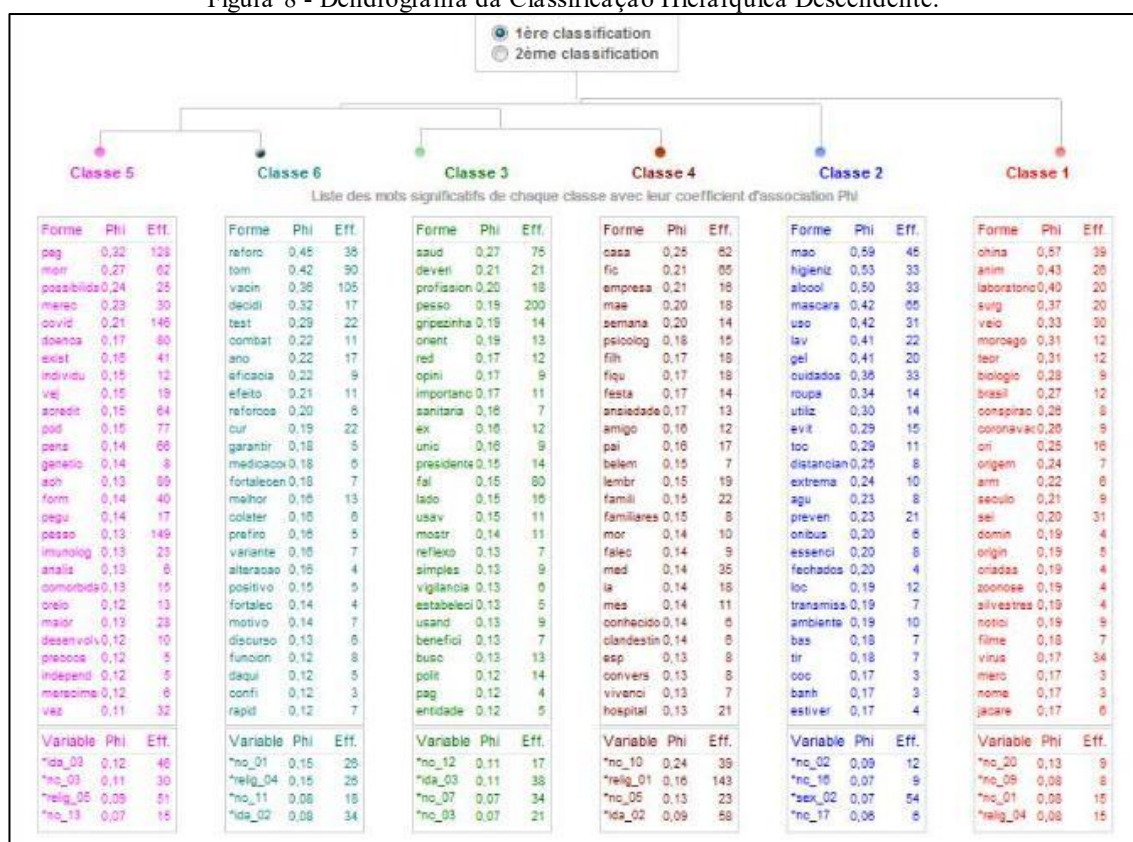
O bloco composto pelas classes 3 e 4 sugerem temáticas voltadas para os impactos da pandemia na vida cotidiana e no bem-estar social, sociofamiliar e emocional, o que mostra o quanto as práticas preventivas alteraram profundamente a rotina e a saúde mental dos indivíduos (classe 4), como também as relações de tais práticas (e de sua extensão) com discursos sociais, políticos e profissionais relacionados à pandemia de COVID-19 (classe 3). Nesta classe 3, se evidenciam as tensões entre o discurso técnico-científico e as opiniões e grupos políticos, demonstrando que a COVID-19 não foi apenas um fenômeno sanitário, mas social e político.

O bloco formado pelas classes 5 e 6 compartilham uma temática comum e palavras que aparecem juntas em contextos semelhantes, ou seja, a classe 5 traz reflexões sobre a doença e as vulnerabilidades individuais, contemplando aspectos genéticos,

imunológicos e de comorbidade. Isto posto, ao apresentar as vulnerabilidades, a classe 6 dá ênfase às medidas de controle e combate à pandemia com foco na vacinação, nos testes e na confiança nas intervenções científicas como estratégia de superação da crise.

Para melhor compreensão e visualização das classes, a Figura 8 demonstra a representação visual hierárquica com tópicos emergentes da análise. A divisão das classes foi baseada na coocorrência de palavras e na frequência com que aparecem juntas em determinadas UCE. Logo, nas classes finais, foram agrupadas palavras e expressões com maior proximidade semântica ou temática.

Figura 8 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

O Quadro 6 apresenta a nomeação dos blocos e das classes, de acordo com os sentidos a que elas remetem, captados pela análise das UCE. Cada classe foi definida a partir do valor de *Phi* que mede a proximidade semântica e a pertinência das palavras ou fragmentos de texto a uma determinada classe. Deste modo, cada bloco está estruturado em classes analíticas que representam as disputas discursivas, tensões socioculturais e respostas coletivas que emergiram em diferentes contextos durante a pandemia.

As Classes lexicais 1 e 2 se desprenderam do restante do texto e não formaram juntas um bloco único; no entanto, ambas trazem questões gerais sobre a COVID-19 que estruturam e guiam a compreensão geral sobre o fenômeno, pois a Classe 1 alude à origem da doença e a Classe 2 traz o conjunto de práticas necessárias para o enfrentamento dela a partir de seu surgimento e enquadramento como doença altamente transmissível. Por compreender que ambas as classes perpassam os outros blocos, a opção foi pela apresentação e discussão destas duas em conjunto.

Quadro 6: Distribuição das classes e seus enfoques.

nº	BLOCO	CLASSE LEXICAL	CONTEXTO
1	Origem Viral e Práticas de enfrentamento	Classe 1	Origem viral
		Classe 2	Representações sobre a higiene
2	Política, Emoção e Cuidado: representações sociais da COVID-19	Classe 3	Responsabilidade coletiva para promoção da saúde
		Classe 4	Medidas de controle para combater e conter a infecção
3	Pandemia e Governança da Saúde: Entre a Biopolítica e a Desinformação	Classe 5	Preocupações individuais
		Classe 6	Ações de enfrentamento

Fonte: Autoria própria, 2024.

7.2. Bloco I - Origem viral e práticas de enfrentamento

Esse bloco explora as classes 1 e 2 que representam as narrativas sobre a origem da COVID-19 e as que atribuem culpa a determinados agentes ou grupos, frequentemente envolvendo teorias conspiratórias e, em razão da alta transmissibilidade, demandam práticas que precisam ser assumidas pelas pessoas individualmente, mas também pela coletividade, mostrando a dimensão social da doença.

A análise também evidenciou a relação entre determinadas características dos participantes e a configuração das classes. A Classe 1 mostrou maior associação com os participantes jovens e católicos. Por sua vez, a Classe 2 apresentou maior associação com participantes do sexo feminino (53%), entre 18 e 30 anos e católicas.

A classe 1 foi formada por 93 UCE, constituídas por 99 palavras analisáveis, correspondendo 9% do corpus. No Quadro 7 constam as palavras mais representativas da classe em suas formas reduzida e completa e o valor de *Phi* a elas associado.

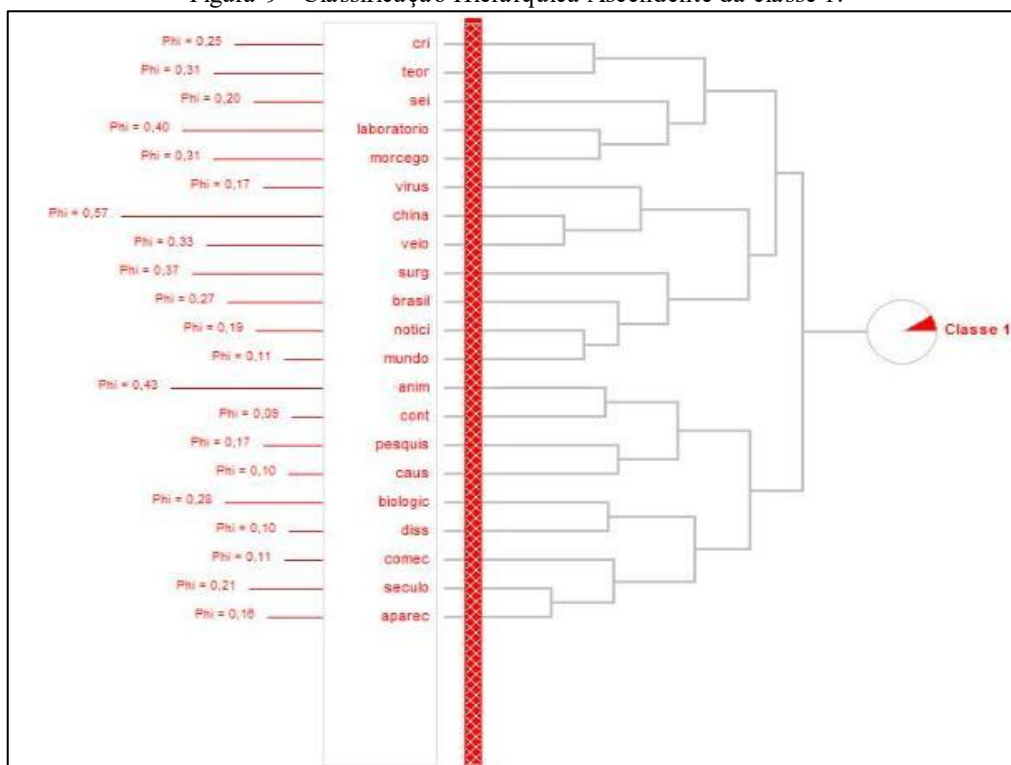
Quadro 7: Palavras representativas da classe 1.

CLASSE 1 - 93 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
china	china(39)	0,57
anim	animais(15) animal(11)	0,43
laboratorio	laboratorio(20)	0,40
surg	surge(1) surgir(3) surgiram(1) surgiu(15)	0,37
veio	veio(30)	0,33
morcego	morcego(9) morcegos(3)	0,31
teor	teoria(4) teorias(8)	0,31
biologic	biologica(8) biologico(1)	0,28
brasil	brasil(12)	0,27
conspirac	conspiracao(7) conspiracoes(1)	0,26
coronavac	coronavac(9)	0,26
cri	criacao(1) criada(3) criado(4) criando(1) criar(3) criaram(3) criou(1)	0,25
origem	origem(7)	0,24
arm	arma(6)	0,22
seculo	seculo(9)	0,21
sei	sei(31)	0,20
domin	dominar(3) dominasse(1)	0,19
origin	originando(1) originaram(1) originou(3)	0,19
criadas	criadas(4)	0,19
zoonose	zoonose(4)	0,19
silvestres	silvestres(4)	0,19
notici	noticia(4) noticias(4) noticiou(1)	0,19
filme	filme(4) filmes(3)	0,18
virus	virus(34)	0,17
merc	mercado(3)	0,17
nome	nome(3)	0,17
jacare	jacare(6)	0,17

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

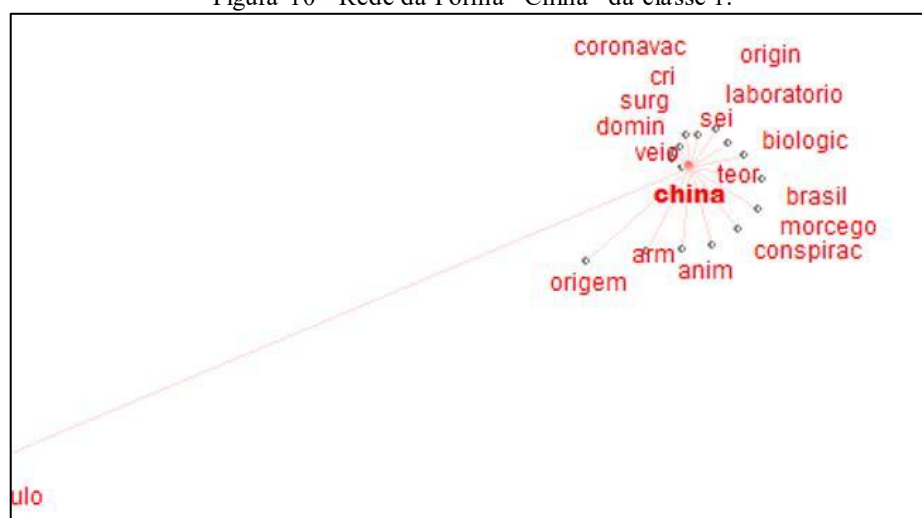
As Figuras 9 e 10 representam a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) da e a Rede da Forma “China” da classe 1, respectivamente.

Figura 9 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 1.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 10 - Rede da Forma “China” da classe 1.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Pela Figura 9 que apresenta a CHA da classe 1, observa-se que os radicais com maior valor de *phi*, são: ‘china’ ($\phi=0,50$), ‘animal’ ($\phi=0,43$), ‘laboratório’ ($\phi=0,40$) e ‘surge’ ($\phi=0,37$). Ao analisarmos suas formas completas, é possível perceber que a classe 1 tem sua centralidade nas narrativas sobre a origem da COVID-19 na China por uma origem biológica do vírus e discussões alternativas de teorias conspiratórias. Para corroborar a ideia representativa da classe 1, serão apresentadas as UCE cujos léxicos

identificados foram devidamente contextualizados.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 1

Ideia chave – Origem Zoonótica da COVID-19 (Hipótese Natural)

Hospedeiro Intermediário e Mercado de animais

uce n°503 Phi=0,06 uci n°7: *nc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

E aí um morcego, sei lá, ele come algum alimento que depois entra em contato com um porco ou qualquer outro animal, que posteriormente vai ser domesticado, vai ser manipulado.

uce n°1344 Phi=0,05 uci n°20: *nc_20 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Acredito na hipótese que a COVID-19 veio da China, especificamente de um mercado de animais. Foi algo que provavelmente surgiu por causa do contato humano com animais que carregavam o vírus, até pela própria cultura deles.

uce n°1131 Phi=0,04 uci n°15: *nc_15 *sex_02 *ida_01 *relig_01

Realmente não sei de onde veio a COVID-19, porque cada vez você lê uma coisa de que era um vírus que estava lá na China, se não me engano, que comeram morcegos.

Precedentes Históricos

uce n°504 Phi=0,05 uci n°7: *nc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

A partir disso, acho que a principal causa é a domesticação intensa do animal, que atualmente está se fortalecendo mais. Começou no século XIX e no XX veio começando a aparecer um grande aumento, e aí no século vinte um, estamos vivendo isso de uma maneira mais intensa.

uce n°11 Phi=0,04 uci n°1: *nc_01 *sex_02 *ida_02 *relig_04

O que se tem de notícia também, é que cada vez mais vão surgir novas doenças, pandemias, surtos tenderão a aparecer, não sei se por conta da maneira como estamos vivendo, digo o mundo no geral, o que jogamos no mundo de gases e tudo o mais.

uce n°135 Phi=0,04 uci n°2: *nc_02 *sex_02 *ida_01 *relig_05

Acredito que a COVID-19 apareceu agora no século vinte um, porque como evangélica, para me conformar, creio que estamos vivendo um período muito ruim de guerras, de nação contra nação, a essa pandemia, aí tem uma outra doença que surgiu e assustou um pouco, mas nem tanto (Monkeypox).

uce n°9 Phi=0,04 uci n°1: *nc_01 *sex_02 *ida_02 *relig_04

Inclusive, começou aquela guerra socioeconômica e política na China, justamente por ter vindo de lá e se ter pensado ser uma arma biológica ou algum jogo de marketing deles para angariar algum tipo de dinheiro por conta disso.

uce n°1349 Phi=0,04 uci n°20: *nc_20 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Penso que a COVID-19 surgiu neste século por causa da globalização que facilitou a propagação do vírus de uma região para outra. Além disso, o aumento do contato entre humanos e animais silvestres pode ter contribuído. Em questão de horas você viaja de um continente a outro e como o contágio é pela fala, saliva e contato próximo, ficou fácil de se disseminar rapidamente.

Ideia chave – Origem em Laboratório da COVID-19 (Hipótese Acidental)

Possibilidade de Acidentes Laboratoriais

uce nº1345 $\Phi=0,05$ uci nº20: *nc_20 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Vi algumas teorias que a doença surgiu de um laboratório, algo parecido com as conspirações que vemos em filmes. Há toda uma narrativa de um vírus que escapa do controle e se espalha rapidamente como se fosse o começo de um desastre global.

uce nº876 $\Phi=0,05$ uci nº11: *nc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Então, é estranho ela surgir agora do nada por conta do morcego. Eu vi vários noticiários, vi na internet que por conta de como eles tratavam o animal, se alimentando do morcego, tinha sido dele, mas acredito mais que foi um vírus criado em laboratório.

uce nº131 $\Phi=0,04$ uci nº2: *nc_2 *sex_02 *ida_01 *relig_05

Assisti um filme (Contágio) muito parecido que foi criado alguma coisa lá em um laboratório e por um acidente aquilo acabou contaminando, então, acredito muito nisso.

uce nº1325 $\Phi=0,04$ uci nº19: *nc_19 *sex_01 *ida_03 *relig_05

Acredito que essa doença veio da China. Tem muita coisa por trás disso, talvez uma arma biológica. Têm países que se beneficiaram dessa pandemia, enquanto o Brasil foi prejudicado, especialmente o governo Bolsonaro que estava colocando o país no rumo certo.

uce nº1342 $\Phi=0,05$ uci nº20: *nc_20 *sex_01 *ida_01 *relig_02

A COVID-19 parece algo saído de um filme de ficção científica. É como se a humanidade estivesse vivendo um enredo de uma história apocalíptica, onde um vírus misterioso surge do nada e muda completamente a nossa realidade, se espalhando rapidamente pelo mundo.

Ideia chave – Disputas narrativas entre a hipótese natural e acidental

uce nº1293 $\Phi=0,07$ uci nº18: *nc_18 *sex_02 *ida_01 *relig_03

Escutei que veio do morcego em um mercado, de laboratório, que seria uma arma biológica criada pela China para dominar o mundo, umas teorias da conspiração que foram bem apoiadas pelos governos do Trump nos Estados Unidos e pelo Bolsonaro no Brasil.

uce nº307 $\Phi=0,04$ uci nº4: *nc_4 *sex_02 *ida_04 *relig_01

O que a mídia nos trouxe é que a doença se originou a partir de um macaco, um morcego, não sei bem, de um animal hospedeiro, não sei se realmente foi assim, ou se foi de um laboratório, se não foi.

A classe 2 foi composta 87 UCE, tendo 83 palavras analisáveis, o que corresponde a 9% do *corpus*.

Quadro 8: Palavras representativas da classe 2.

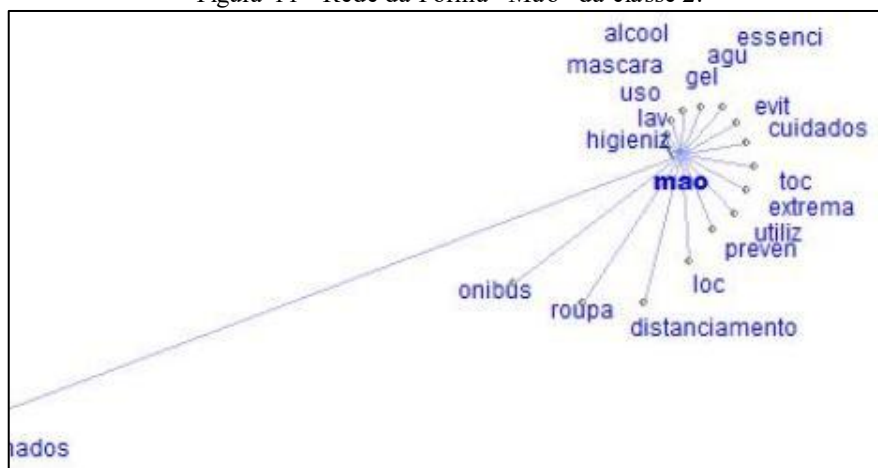
CLASSE 2 – 87 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Φ
mao	mao(16) maos(29)	0,59
higieniz	higienizacao(25) higienizado(1) higienizar(7)	0,53
alcool	alcool(33)	0,50
maskara	maskara(62) maskaras(3)	0,42
uso	uso(31)	0,42
lav	lava(2) lavagem(3) lavar(15) lavava(1) lavou(1)	0,41

gel	gel(20)	0,41
cuidados	cuidados(33)	0,36
roupa	roupa(11) roupas(3)	0,34
utiliz	utilizacao(4) utilizamos(2) utilizando(2) utilizar(6)	0,30
evit	evita(1) evitar(13) evitasse(1)	0,29
toc	toca(1) tocam(1) tocamos(1) tocar(5) tocasse(1) toco(1) tocou(1)	0,29
distanciamento	distanciamento(8)	0,25
extrema	extremamente(10)	0,24
agu	agua(8)	0,23
preven	prevencao(15) prevenir(6)	0,23
onibus	onibus(6)	0,20
essenci	essenciais(2) essencial(6)	0,20
fechados	fechados(4)	0,20
loc	locais(5) local(7)	0,19
transmissao	transmissao(7)	0,19
ambiente	ambiente(6) ambientes(4)	0,19
bas	basica(1) basico(4) basicos(2)	0,18
tir	tirar(1) tirava(3) tirei(1) tiro(1) tirou(1)	0,18
coc	coca(1) cocar(2)	0,17
banh	banheiro(1) banho(2)	0,17
estiver	estiver(3) estiverem(1)	0,17

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

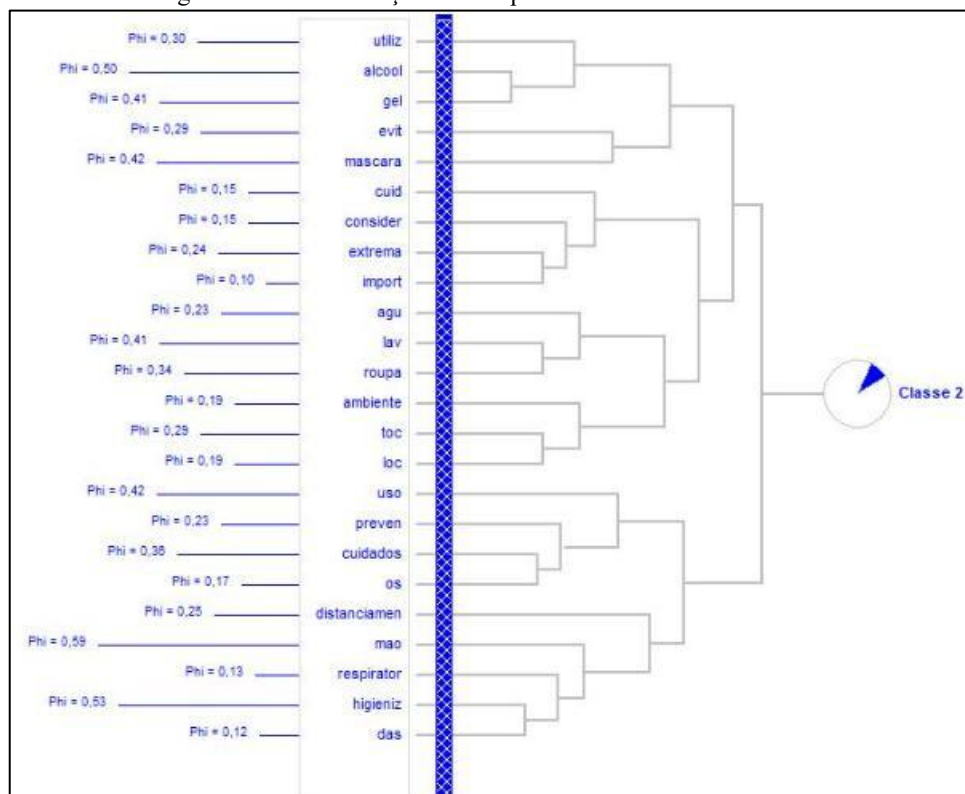
As Figuras 11 e 12 representa a Rede da Forma “mão” e a CHD da classe 2, respectivamente.

Figura 11 - Rede da Forma “Mão” da classe 2.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 12 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 2.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Pela CHA da classe 2, os radicais com maior valor de phi foram: ‘mão’ (phi=0,59), ‘higienização’ (phi=0,53), ‘álcool’ (phi=0,50) e ‘uso’ e ‘máscara’ (phi=0,42). Nesta classe, as práticas preventivas estão ancoradas em representações de higiene e objetivadas em elementos materiais (máscara e álcool), bem como nas ações concretas de higienização (lavar as mãos).

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 2

Ideia chave – Medidas preventivas de higiene em tempos de crise

uce n°887 Phi=0,06 uci n°11: *nc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Em qualquer lugar, higienizar não só os cuidados que temos na higienização das mãos, o uso de máscara, mas também a própria higiene dos nossos objetos pessoais.

uce n°1088 Phi=0,06 uci n°14: *nc_14 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Principalmente em ambientes fechados com excesso de pessoas, os cuidados com a higiene, máscaras, higienização das mãos de maneira efetiva com álcool, com água e sabão, higienização dos utensílios e os alimentos.

uce n°717 Phi=0,05 uci n°8: *nc_08 *sex_02 *ida_01 *relig_01

Diminuíram os quadros alérgicos, as gripes que sempre tínhamos, a tosse, então até hoje uso máscara. É muito difícil estar em um ambiente sem máscara e a questão de higienização de mão, eu pego em algum local e já fico agoniada para querer lavar a mão. Se alguém tosse do meu lado,

fico agoniada também.

uce n°826 Phi=0,05 uci n°10: *nc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Olhando para trás, a questão da máscara e higienização no geral. Quando chegava em casa tentava tirar a roupa toda e os sapatos na parte externa da casa. Eu adquiri o costume de utilizar o álcool em gel até hoje no carro.

uce n°1121 Phi=0,05 uci n°14: *nc_14 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Quem diria que lavar a mão com água e sabão seria tão importante quanto foi na pandemia? Simples cuidado que talvez sejam ignorados para muitos, se tornam efetivos. Esses cuidados básicos precisam ser valorizados, pois realmente esses cuidados mínimos são necessários para prevenção.

uce n°1215 Phi=0,05 uci n°16: *nc_16 *sex_01 *ida_01 *relig_01

A higienização das mãos, uso de máscara, tanto por minha parte quanto das outras pessoas para evitar esse contato diretamente.

7.2.1. Discussão

A pandemia da COVID-19 trouxe dificuldades em diferentes dimensões da sociedade, incluindo a economia, cultura, religiosidade, saúde e seus serviços, bem como a política. Mesmo com um desafio sem precedentes, a pandemia pôde contribuir significativamente para a compreensão como a sociedade interpreta e reage aos fenômenos globais. Pelas narrativas sociais desenvolvidas em tempos de incerteza foi possível descobrir de que modo a comunicação teve um papel fundamental para explicar o desconhecido, orientar comportamentos e moldar respostas coletivas (Singer; Rylko-Bauer, 2021).

As construções das narrativas desempenharam um papel essencial na forma como os indivíduos e os grupos sociais interpretaram questões como a origem do vírus, a eficácia das medidas de controle e a confiabilidade nas orientações das instituições científicas, ou seja, muito mais do que simples discursos, a pandemia foi palco de disputas simbólicas e ideológicas a partir das vivências individuais e coletivas (Souza, 2021).

A origem da COVID-19 foi representada por meio das palavras ‘china’, ‘laboratório’, ‘zoonoses’ e ‘conspiração’. Isso demonstra como o desconhecido é ancorado em conhecimentos prévios, como zoonoses (morcego e animal) e teorias conspiratórias (arma biológica e domínio). Assim, na pandemia duas hipóteses concorrentes foram amplamente discutidas em busca de explicações para entender e situar os indivíduos sobre a origem do novo fenômeno global.

Esse fenômeno pode ser compreendido a partir dos conceitos de ancoragem e objetivação propostos por Moscovici (1961). A ancoragem ocorreu quando a COVID-19, um evento novo e incerto, foi associada a conhecimentos prévios sobre zoonoses e

pandemias anteriores, permitindo sua assimilação no repertório cognitivo da população para familiarizar-se com o desconhecido. Já a objetivação ocorreu quando essas hipóteses se consolidaram em imagens concretas e discursos polarizados que estruturaram diferentes percepções sobre o vírus.

A primeira hipótese veiculada fornecia uma narrativa sobre uma hipótese zoonótica que era uma transmissão natural e evolutiva do vírus da COVID-19 de um animal para seres humanos. Após examinarem diferentes fontes de dados científicos, cientistas apontam que o mercado de frutos do mar em *Hubei*, onde animais silvestres suscetíveis ao coronavírus foram vendidos, abatidos e alojados inadequadamente, foi o epicentro da pandemia (Alwine *et al.*, 2024).

Em 2022, um artigo publicado na revista *Science* mostrou que todos os primeiros casos de COVID-19 surgiram ao redor do mercado em *Wuhan*; os casos tiveram contato direto e indireto com o mercado e nenhum dos primeiros casos ocorreu ao redor do Instituto de Virologia de *Wuhan* que seria o foco dos argumentos para criação de outra hipótese. Dessa forma, a comunidade de inteligência dos Estados Unidos concorda que a origem zoonótica do coronavírus é a mais provável por ser sustentada com evidências científicas confiáveis (Worobey *et al.*, 2022).

Com o avançar da pandemia, outra hipótese foi levantada como argumentação para a origem do vírus que recebeu atenção de alguns políticos e da mídia social para contrapor e minimizar os dados existentes sobre a origem zoonótica da doença, era vez da hipótese do vazamento do vírus de um laboratório ganhar as conversas do cotidiano.

A partir da ancoragem dessas narrativas, observa-se que as representações sobre a origem do vírus influenciaram diretamente a adesão às medidas de enfrentamento, sendo fortemente moldadas por referências culturais, midiáticas e ideológicas preexistentes no imaginário social. A ficcionalização da pandemia, a desconfiança científica e as teorias da conspiração emergiram como eixos centrais desse processo, permitindo que a COVID-19 fosse assimilada em esquemas de compreensão já estabelecidos.

Nesse contexto, indivíduos que ancoraram a pandemia em narrativas de ficção científica e distopia — como nos relatos que associam o vírus ao enredo de filmes e teorias conspiratórias sobre experimentos descontrolados em laboratório, a exemplo da uce n°1345 extraída da uci n°20 “*Vi algumas teorias que a doença surgiu de um laboratório, algo parecido com as conspirações que vemos em filmes*”, tiveram mais chances de interpretar a COVID-19 como um evento extraordinário e intencional, reforçando a crença de que o surto teria sido resultado de uma ação deliberada.

Esse tipo de ancoragem contribuiu para uma postura mais cética em relação às recomendações sanitárias, visto que a pandemia era vista não como um fenômeno biológico natural, mas como parte de um esquema maior de manipulação global, a exemplo do que se identifica na uce nº1325, da uci nº19: *‘Acredito que essa doença veio da China. Tem muita coisa por trás disso, talvez uma arma biológica’*.

Embora bastante difundida entre alguns grupos, a versão da criação ou modificação do vírus, que por algum mecanismo, escapou do laboratório de virologia, não conta com dados científicos para apoiar a hipótese de vazamento do vírus, uma vez que os argumentos para sustentar o fato são baseados em suposições e anedotas (Alwine *et al.*, 2023).

Os pontos chaves para sustentar a hipótese de vazamento do vírus de um laboratório baseiam-se nas cinco principais conjecturas: transmissão do coronavírus de morcego para humanos são raros; o laboratório de *Wuhan* “pegou” o coronavírus de animais ou de pessoas doentes e realizou pesquisas que resultaram em um vírus mais infeccioso; o laboratório realizou este trabalho sob condições de baixa biossegurança; não se pode distinguir se o vírus veio do mercado ou de um superpropagador humano; e as autoridades chinesas não fizeram uma busca intensa por animais infectados com o coronavírus (Offit, 2024).

Mesmo sem evidências sólidas até o presente momento, não se pode refutar completamente a hipótese de vazamento do vírus de laboratório, pois a máxima da ciência baseia-se no princípio de que o conhecimento deve ser continuamente revisado e expandido com base em evidências atualizadas, sólidas e confiáveis. Embora a hipótese zoonótica seja validada por evidências históricas, epidemiológica e da análise genômica do vírus, uma parcela da população mundial fomenta um discurso que coloca em dúvida a credibilidade de pesquisadores e da ciência durante a pandemia (Hu *et al.*, 2017; Vlasova *et al.*, 2022; Alwine *et al.*, 2024).

O grande perigo de se colocar em dúvida a credibilidade de pesquisadores e da ciência é a dificuldade de prevenção e controle de futuras ameaças infecciosas, uma vez que quando a história científica se tornou a maior notícia do mundo em março de 2020, cientistas tornaram-se alvo de novos e extremos níveis de assédio, intimidação e ameaças, levando-os por vezes, a mudar suas formas de comunicação com a sociedade sobre novos achados importantes para a saúde pública por medo de represálias consigo e seus familiares (SCIENCE, 2022).

Uma pesquisa realizada pela *Science* pediu a 9.585 pesquisadores que publicaram sobre a COVID-19 que respondessem sobre suas experiências na pandemia, dos 510 que responderam, 38% relataram pelo menos um tipo de ataque sofrido por diferentes meios e vias. Embora a pandemia da COVID-19 tenha mostrado com mais evidência os ataques e assédios sofridos pela comunidade científica, pesquisadores em áreas com grande mobilização de afetos, como ciência do clima e pesquisa animal, relatam sofrer por anos com tal situação (SCIENCE, 2022).

Seja pela variedade de tecnologias ou pela facilidade de interação midiática no século XXI, pesquisadores estão explorando um conceito denominado de ‘assédio em rede’ para conceituar as experiências vividas pela comunidade científica a partir de um momento de grande polarização mundial, onde um indivíduo ou grupo é assediado por uma rede de pessoas por meio das mídias sociais (Marwick, 2021).

Para Marwick (2021), o assédio é uma técnica usada por pessoas de diferentes perfis ideológicos, entretanto, aqueles que desafiam as diferenças fundamentais de poder que privilegiam a branquitude, a masculinidade e a heteronormatividade, tendem a sofrer mais com diferentes tipos de assédio.

Em seu artigo, a autora defende que o assédio em rede funciona como um mecanismo para impor a ordem social. Na COVID-19, a crença de que a *Big Pharma* era má, levou cientistas que defendiam a vacinação a sofrerem assédio em esfera pública, pois isso desencadeou uma indignação moral de que escondiam conflitos de interesse (Science, 2022).

A pesquisa da *Science* (2022) ainda demonstrou que debates altamente polarizados – “opiniões quentes” - estavam mais fortemente correlacionadas com assédio intenso como no caso de pesquisadores que defenderam publicamente que o uso do medicamento antiparasitário (ivermectina) para tratar a COVID-19 parecia ser ineficaz, bem como a probabilidade de que o vírus tenha se originado naturalmente em vez de um acidente de laboratório, sofriam com intensos ataques.

Teorias da psicologia sustentam que as nossas interações diárias com o mundo social moldam o senso de moral – certo ou errado – com que julgamos os fatos do cotidiano. Assim, a transmissão da moralidade é construída com base na rede de indivíduos com que os relacionamentos são formados direta ou indiretamente a partir das emoções, humores, pensamentos e ações vivenciadas e compartilhadas com os outros (Brady *et al.*, 2017).

Para estes autores, esta construção coletiva da moralidade é um fenômeno conhecido como ‘contágio social’ por ser parecido com a propagação de uma doença e, favorecer o desenvolvimento de uma identidade social entre indivíduos. A COVID-19 serviu como um acontecimento que conectou grupos que mesmo distante partilhavam valores e crenças comuns, de modo que aquele que ia de encontro às convicções compartilhadas entre seus membros, poderia ser um indivíduo ou grupo suscetível a sofrer represálias.

Em contexto de crise é possível conhecer os limites simbólicos e como as redes de costumes e normas diferentes ficam visíveis umas às outras. Segundo Lamont (2017, p. 14) os limites simbólicos são as “distinções que os grupos criam entre si”. Assim, quando os limites simbólicos são reforçados pelas RS, tornam-se legitimados e, nas disputas narrativas em torno da origem da COVID-19, criaram-se limites simbólicos entre grupos que acreditam na ciência e aqueles que aderem a outras narrativas (Pummerer *et al.*, 2022).

Ao dividir o grupo entre os que acreditam na ciência ou não, as RS criaram limites simbólicos que impactaram diretamente na adesão às medidas de prevenção, na confiança de pesquisadores e instituições de saúde. Questionar a origem do vírus não é apenas sobre fatos científicos, mas também sobre o compromisso ético de proteger a si e o outro. Desse modo, a hipótese zoonótica que é sustentada por evidências científicas, demonstra a importância de práticas seguras no comércio de animais silvestres e de políticas ambientais rigorosas para evitar que potenciais patógenos causem novos surtos e crises na saúde pública (Alwine *et al.*, 2024).

Por outro lado, a hipótese de vazamento laboratorial reforçou a polarização social entre grupos, impactando diretamente no compromisso ético do cuidado de si e do outro. Ao escolher uma narrativa, os indivíduos não apenas refletiram suas crenças pessoais, mas também moldaram práticas que poderiam beneficiar ou prejudicar a coletividade, principalmente nos piores momentos de transmissão do vírus.

O maior desafio que essas disputas narrativas evidenciaram foi a necessidade de se promover letramento científico e midiático que permita às populações distinguir entre as incertezas, as respostas baseadas em evidências, as explicações simplistas ou alinhadas por interesses que alimentam a desinformação e a fragmentação social, dificultando a construção de respostas coletivas e éticas para crises futuras.

Espaços que tornem o conhecimento científico mais acessível e transparente e que conectem especialistas e a sociedade civil para promover um ambiente de debate ético e

informado, onde a dúvida seja um motor de inovação e não de polarização, são caminhos para fortalecer o cuidado individual e coletivo a futuras crises globais (Lewandowsky; Ecker; Cook, 2017).

Dessa forma, as disputas narrativas sobre a origem do vírus não foram apenas um embate científico, mas também um reflexo de valores sociais, crenças ideológicas e emoções coletivas. A pandemia, longe de ser apenas um evento sanitário, tornou-se um fenômeno simbólico disputado por diferentes grupos, onde a ancoragem das RS influenciou diretamente a forma como as pessoas lidaram com o cuidado de si e do outro.

Uma vez instalada, a pandemia da COVID-19 foi responsável por mudanças significativas no cotidiano, sendo denominada como o ‘novo normal’, pois impulsionou a adoção de práticas preventivas que anteriormente estavam limitadas a outras culturas ou contextos específicos de saúde pública. Medidas como o uso de máscaras, higienização das mãos e isolamento social, impactaram profundamente nas dinâmicas sociais e na saúde mental dos indivíduos (Boulos *et al.*, 2023; Both *et al.*, 2021).

Embora a relação entre higiene e saúde seja uma construção histórica que evoluiu em respostas a crises sanitárias e mudanças sociais, na pandemia da COVID-19 essas representações foram mobilizadas e ressignificadas. A aceitação ou resistência às práticas preventivas durante a pandemia reflete o grau de enraizamento dessas medidas nas RS prévias. A prática de lavar as mãos com água e sabão, bem como a utilização de álcool em gel, foram exemplos clássicos de medidas amplamente aceitas devido à sua história como um símbolo de higiene básica.

Com a industrialização e urbanização no final do século XIX, novas práticas de promoção de higiene no cotidiano foram incorporadas para conter surtos epidêmicos gerados pelas transformações sociais e ambientais. Paralelamente a lavagem das mãos, campanhas educativas começaram a enfatizar a importância do cuidado com alimentos e a manutenção da limpeza em ambientes domésticos e de trabalho, não apenas como uma responsabilidade individual, mas uma contribuição ao bem-estar coletivo (Fee; Brown, 2005).

Durante a COVID-19, essas práticas também foram adotadas reforçando não só a construção histórica da relação higiene e saúde como um gesto de autocuidado e de cuidado com o outro, mas reforçou a dualidade de que a proteção individual não pode ser dissociada da proteção coletiva. Evitar ambientes fechados, usar máscara e ter cuidado com a roupa e sua manipulação ainda na parte externa da casa, refletem um entendimento compartilhado da proteção individual intrinsecamente ligada ao bem-estar coletivo.

Essas práticas exercem uma forte função normativa ao orientar comportamentos socialmente desejáveis e reforçar a necessidade de prevenção. Desse modo, as RS sobre a origem do vírus (Classe 1) fornece uma base causal para as medidas de proteção a partir de comportamentos necessários para contenção da pandemia, ou seja, as práticas preventivas são a resposta comportamental à percepção de ameaça originada na Classe 1.

Seguindo a perspectiva foucaultiana, essas práticas preventivas não apenas normatizaram o comportamento, mas também disciplinaram os corpos ao transformarem o autocuidado em um dever coletivo. A normatização do cuidado durante a pandemia exemplifica como o biopoder opera na microgestão da vida, onde o indivíduo internaliza as normas sanitárias e, ao mesmo tempo, se torna um agente de vigilância sobre o outro (Souza, 2021).

Assim, enquanto a Classe 1 representa a dimensão simbólica e explicativa do vírus, a Classe 2 traduz essas representações em práticas normativas e cotidianas. Na Classe 2 destaca-se a dimensão ética do cuidado de si e a microgestão do risco que regula o comportamento social. O elo comum entre as duas classes é a maneira como as RS e os discursos sobre o vírus influenciam não só os pensamentos, mas também as práticas concretas de cuidado e autocontrole no cotidiano.

Na UCE nº717 (uci nº8), a participante menciona que ainda sente necessidade de usar máscara e que fica “*agoniada*” caso alguém tussa perto dela, o que demonstra a internalização de normas sanitárias e um mecanismo disciplinar subjetivo. Já a UCE nº826 (uci nº10), evidencia que o participante ainda mantém a prática de utilizar álcool em gel no carro mesmo após a volta ao “novo normal”, revelando como o cuidado de si orientado pelas normas sanitárias adotadas na pandemia da COVID-19 se perpetuou para além da pandemia, transformando-se em um hábito regulador da vida cotidiana.

Em 1978, Foucault inaugura e trata a temática do governo da população ao discorrer sobre a mudança de uma sociedade disciplinar para uma sociedade da segurança. Ao pensar a biopolítica como gestão da vida, este filósofo analisa como os mecanismos de segurança e de seguridade social, apesar de parecerem voltados para proteger e cuidar das pessoas, também podem ser usados de forma paradoxal e criar exclusão, discriminação e até legitimar o que ele denomina de racismo de Estado e de sociedade (Foucault, 2008b).

No racismo de Estado, utilizam-se critérios para decidir quem deve ser protegido e quem pode ser abandonado ou sacrificado em nome do bem-estar geral. Metaforizando os seus conceitos, Foucault retrocede ao modelo de exclusão dos leprosos da Idade Média

em que a partir de questões jurídicas e religiosas, ocorria a segregação e a exclusão dos doentes à periferia das cidades. Neste modelo o foco é remover do convívio social o “indesejável”, sem se preocupar em disciplinar ou monitorar os excluídos (Freitas; Lemos; Galindo, 2023).

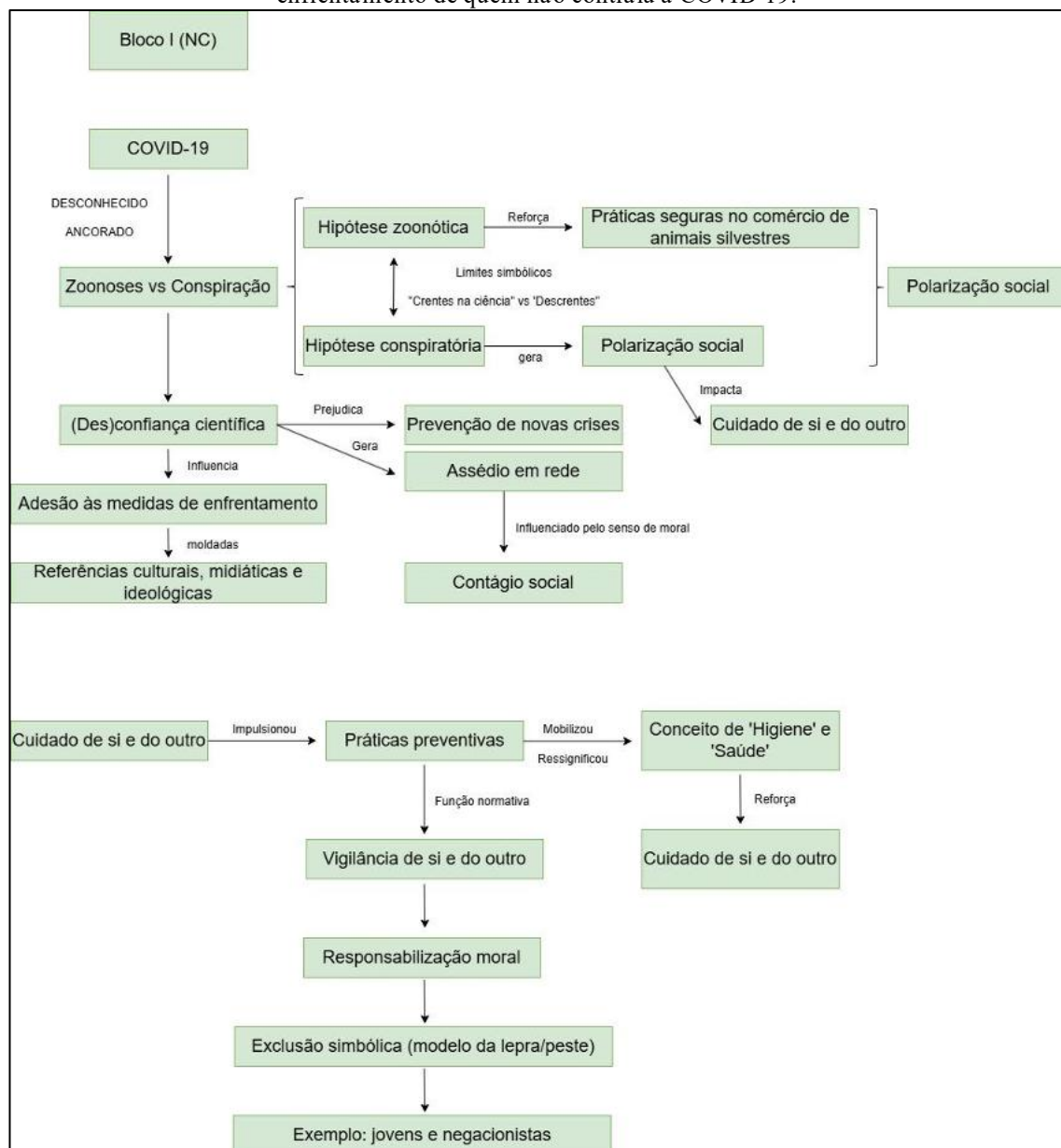
Quando a sociedade adota comportamentos que refletem preconceitos e discriminações com base em discursos científicos, econômicos ou culturais, Foucault define como um racismo de sociedade metaforizado como o modelo da peste. Assim, diferente da lepra, trata-se de um poder inclusivo, que regula os indivíduos dentro do corpo social, mas de forma intensiva e detalhada (Freitas; Lemos; Galindo, 2023).

A partir desta exposição, ao objetivar as práticas preventivas em elementos materiais (máscara e álcool em gel) e ações concretas (lavar as mãos e evitar ambientes aglomerados), os participantes mostram como dispositivos de biopoder transformam o comportamento individual em uma questão de responsabilidade coletiva ao seguirem as normas e as orientações governamentais (Souza, 2021).

Como no modelo da lepra onde os excluídos eram moralmente julgados, na COVID-19 grupos específicos – principalmente jovens - foram responsabilizados pela disseminação do vírus por infringirem as regras de saúde pública para gestão da crise, ancoradas nos discursos de participação em festas clandestinas quando se era proibido. Aqui, há uma demarcação que o vírus não foi tratado apenas como uma questão biológica, mas também como uma questão moral, tornando-se um marcador de moralidade e criando divisões sociais e alimentando tensões (Amaral, 2021).

Essa responsabilização moral, ancorada em discursos de obediência e transgressão às normas de saúde pública, tornou-se um indicador de responsabilidade e pertencimento social. Essa dicotomia criou um código moral, onde a adesão às regras sanitárias era um marcador de pertencimento ao coletivo. Isso ajuda a entender como a COVID-19 não foi apenas uma crise sanitária, mas também um fenômeno de controle social e produção de novas subjetividades, que serão apresentados nos blocos subsequentes. A seguir, apresenta-se um esquema explicativo das conexões dos elementos (Figura 13) e o campo das representações sociais da COVID-19 com articulação sobre a origem viral e as práticas de enfrentamento para quem não contraiu a COVID-19 (Figura 14).

Figura 13 - Esquema explicativo das conexões dos elementos sobre a origem viral e as práticas de enfrentamento de quem não contraiu a COVID-19.



Fonte: Autoria própria, 2025.

Figura 14 - Campo das representações sociais da COVID-19 com articulação da origem viral e das práticas de enfrentamento para quem não contraiu a COVID-19.

Campo das Representações Sociais		
INFORMAÇÃO CONCEITO	CAMPO DE REPRESENTAÇÃO	INFORMAÇÃO CONCEITO
A COVID-19 foi um fenômeno inicialmente desconhecido, que gerou conflitos interpretativos entre a hipótese zoonótica e as teorias da conspiração. Existiu uma luta simbólica entre 'crentes na ciência' e 'descrentes', impactando a confiança científica e a adesão às medidas de enfrentamento.	Uma crise bioética, política e social, marcada por polarização, disputa de saberes, e moralização do comportamento. Há uma representação de vigilância e responsabilização moral, criando um cenário de "exclusão simbólica" (modelo da lepra/peste).	Positivas: engajamento em práticas preventivas, cuidado de si e do outro, adesão a medidas de enfrentamento. Negativas: assédio em rede, exclusão simbólica (ex: jovens e negacionistas), desconfiança científica, polarização social, culpabilização individual.

Fonte: Autoria própria, 2025.

7.3. Bloco II- Política, emoção e cuidado: representações sociais da COVID-19

Este bloco temático apresenta as classes 3 e 4 por refletir a proximidade da dupla dimensão da pandemia no cotidiano. No que se refere ao perfil dos participantes da Classe 3, houve equiparação entre os participantes dos sexos masculino e feminino, mas a classe foi marcada por participantes majoritariamente de jovens entre 18 e 30 anos que se autodeclararam católicos.

A Classe 3 está centrada na responsabilidade coletiva e em especial, das autoridades responsáveis pelas políticas públicas de promoção da saúde e combate da pandemia. Destaca a potência dos discursos coletivos e disseminados pela mídia e por autoridades na construção de comportamentos e de práticas. No caso, se enfatizam a negligência orientada por opiniões não balizadas na ciência.

Na Classe 4 identificam-se as dimensões sociais e emocionais relacionadas à pandemia, evidenciando como as medidas de controle para combater e conter a disseminação da infecção transformaram a vida das pessoas. Além disso, a COVID-19 é representada como uma experiência emocional e vivencial, marcada pelo medo da morte, pelo impacto na saúde mental e pelas mudanças no cotidiano das relações sociais e familiares. Além disso, destacam-se os participantes na faixa etária entre 18 e 30 anos, autodeclarados de religião católica e do sexo feminino.

A classe 3 foi composta por 205 UCE, com 139 palavras analisáveis, o que corresponde a 21% do *corpus*. O Quadro 9 elenca as palavras mais representativas desta classe, com a palavra saúde obtendo o maior índice de associação.

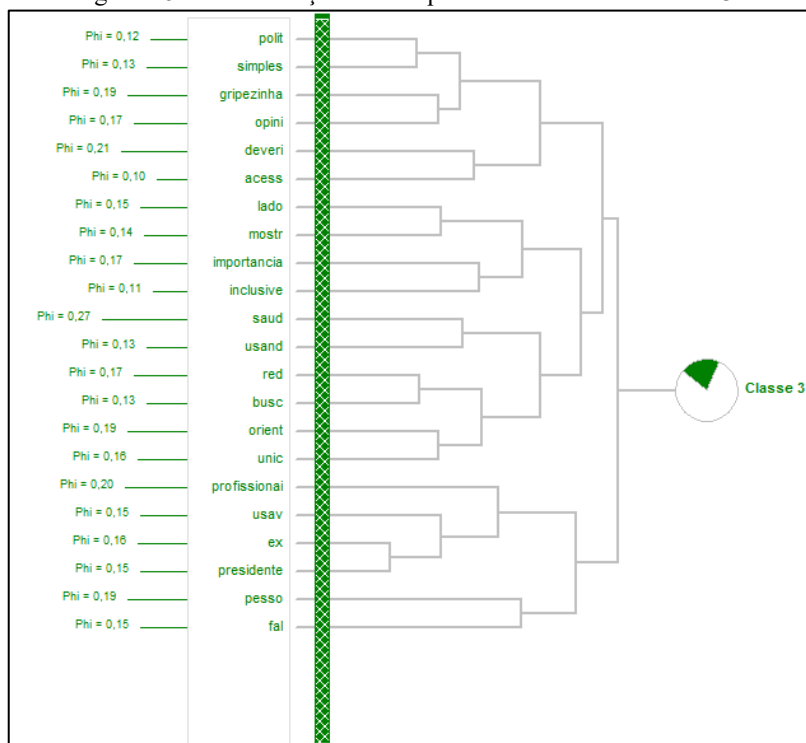
Quadro 9: Palavras representativas da classe 3.

CLASSE 3 - 205 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
saud	saude(75)	0,27
deveri	deveria(16) deveriam(4) deveriamos(1)	0,21
profissionais	profissionais(18)	0,20
peosso	peessoa(44) pessoais(1) pessoal(9) pessoas(146)	0,19
gripezinha	gripezinha(14)	0,19
orient	orienta(1) orientacao(6) orientando(1) orientar(3) orientaram(1) orientava(1)	0,19
red	rede(5) redes(5) redor(2)	0,17
opini	opinio(8) opinioes(1)	0,17
importancia	importancia(11)	0,17
sanitaria	sanitaria(6) sanitarias(1)	0,16
ex	ex(12)	0,16
unic	unica(1) unico(8)	0,16
presidente	presidente(13) presidentes(1)	0,15
fal	fala(11) falado(4) falar(5) falando(15) falar(16) falas(5) falasse(2) fala va(9)	0,15
lado	lado(16)	0,15
usa v	usa va(1) usa vam(10)	0,15
mostr	mostra(3) mostramos(1) mostrar(4) mostravam(1) mostrei(1) mostro(1)	0,14
reflexo	reflexo(1) reflexos(6)	0,13
simples	simples(4) simplesmente(5)	0,13
vigilancia	vigilancia(6)	0,13
estabelecimento	estabelecimento(2) estabelecimentos(3)	0,13
usand	usando(9)	0,13
benefici	beneficiam(2) beneficiar(3) beneficiaram(1) beneficio(1)	0,13
busc	busca(1) buscando(2) buscar(8) busca vam(1) busco(1)	0,13
polit	politica(11) politicas(3)	0,12
pag	paga(1) pagado(1) pagando(1) pagar(1)	0,12
entidade	entidade(5)	0,12

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

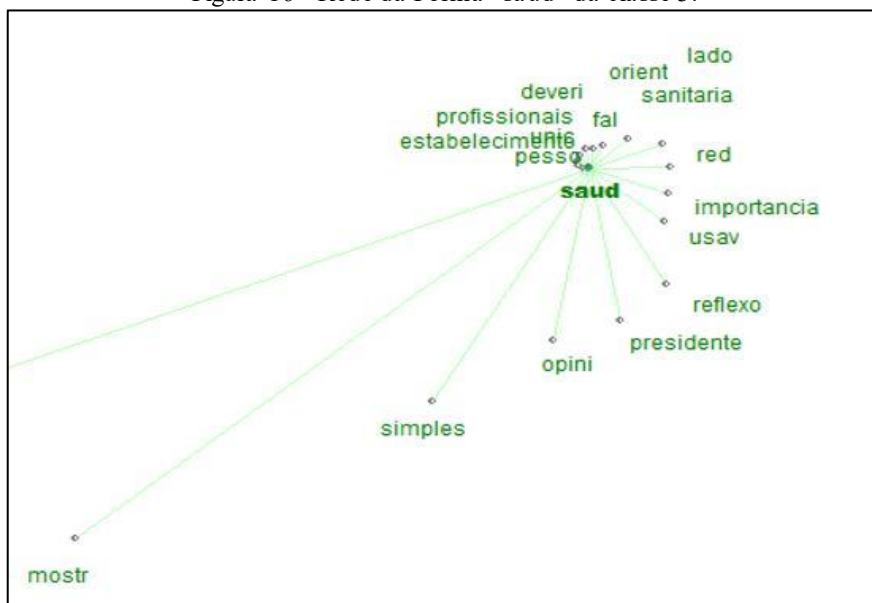
As Figuras 15 e 16 representam a Classificação Hierárquica Ascendente e a Rede da Forma “saúde” da classe 3. Pela CHA da classe 3, os radicais com maior valor de *phi* foram: ‘saúde’ ($\phi=0,27$), ‘deveria’ ($\phi=0,21$) e ‘profissionais’ ($\phi=0,20$).

Figura 15 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 3.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 16 - Rede da Forma “saud” da classe 3.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 3

Ideia chave – Desinformação e política fomentaram negacionismo na pandemia

uce nº284 Phi=0,03 uci nº3: *nc_03 *sex_02 *ida_03 *relig_05

Muita gente comprava o medicamento porque ele disse que é bom, que trata, e infelizmente, muitas pessoas, inclusive profissionais de saúde, disseminavam a ideia e a pessoa ouvia e chegava

no estabelecimento de saúde e, quando escutava de outro profissional que não tinha medicamento para a COVID-19, falavam: como assim não tem, porque o presidente (Bolsonaro) falou, está sendo divulgado na mídia.

uce n°673 Phi=0,02 uci n°8: *nc_08 *sex_02 *ida_01 *relig_01

As questões políticas influenciaram diretamente no comportamento (negacionista) dessas pessoas, porque o brasileiro é um povo muito carente na educação. Nós temos um dos menores índices de desenvolvimento humano.

uce n°462 Phi=0,02 uci n°6: *nc_06 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Entendo que foram pessoas um pouco negligentes. Faziam pouco da doença e não davam a devida atenção. Brincavam mesmo achando que era pouca coisa, que era uma gripezinha. Todo mundo vai pegar então não tem porquê usar máscara e ter cuidado.

uce n°268 Phi=0,02 uci n°3: *nc_03 *sex_02 *ida_03 *relig_05

Existem pessoas, que inclusive são públicas, que fazem questão de afirmar que não tomaram a vacina. Aí imagina só o reflexo que isso pode dar e o que pode acontecer?

uce n°560 Phi=0,02 uci n°7: *nc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

No momento mais grave da pandemia, de uma crise sanitária, ele (Bolsonaro) deixar o principal Ministério desse período sem ninguém, fez com que perdesse bastante pessoa ao redor dele. Via que as pessoas “estudavam” por meio de redes sociais e viam cortes de falas, coisas levantadas pelo presidente e pelas pessoas que estavam ao redor dele.

Ideia chave – Estratégias de comunicação eficazes e inclusivas para informar e educar a população durante a pandemia de COVID-19

uce n°98 Phi=0,03 uci n°1: *nc_01 *sex_02 *ida_02 *relig_04

O governo também deve fazer campanha e colocar na televisão em horários que as pessoas estejam assistindo para que consigam visualizar as ações educativas, tipo as propagandas eleitorais à noite, para que consigam enxergar e saber mais.

uce n°963 Phi=0,03 uci n°11: *nc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Penso que as ações educativas poderiam ser em escolas principalmente. Além de slides e folders, a questão de comerciais na televisão ou até mesmo no Instagram ou Facebook que muitas pessoas usam.

uce n°998 Phi=0,03 uci n°12: *nc_12 *sex_02 *ida_03 *relig_0

Faço isso dando aula. Quando vou falar de alguma coisa que está ligada a doença, porque as pessoas prestam mais atenção no lado trágico, pelo que vejo. Não posso afirmar, mas posso, pela minha observação, que as pessoas prestam atenção quando começam a olhar algo mais trágico, do que quando mostro tudo certinho.

uce n°850 Phi=0,03 uci n°10: *nc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Políticas públicas, sociais e de saúde podem ser direcionadas a essas pessoas e regiões que não tem acesso a informação e a saúde.

Ideia chave – Oportunismo e desigualdade expostos pela COVID-19

uce n°1052 Phi=0,02 uci n°13: *nc_13 *sex_01 *ida_02 *relig_02

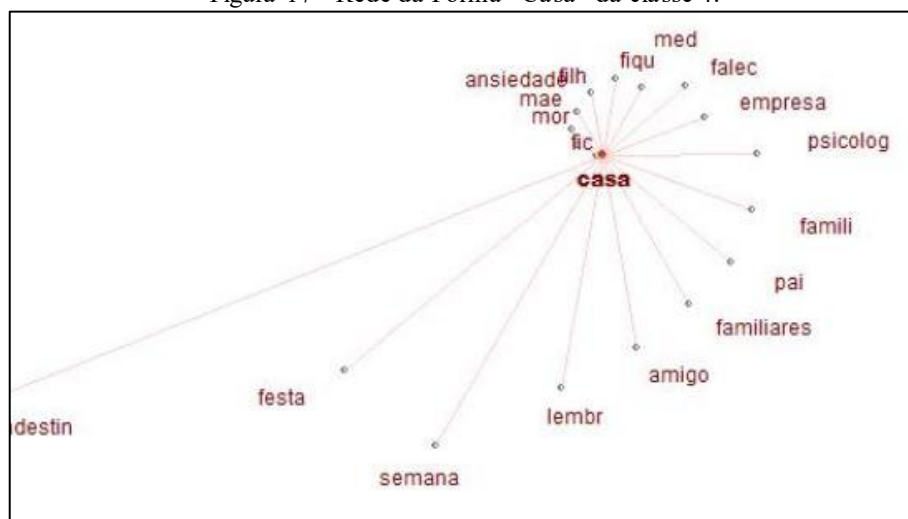
A fala de que enquanto uns choram outros vendem lenços. Como em qualquer crise no mundo, outras pessoas se beneficiam com isso financeiramente. Foi um momento que a bolsa de valor caiu, os imóveis desvalorizaram. Os altos valores dos automóveis que não tinham matéria-prima. Muitas pessoas fizeram fortuna em relação a COVID-19, inclusive vendendo a própria máscara

que você está usando.

uce nº611 $\Phi=0,02$ uci nº7: *nc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

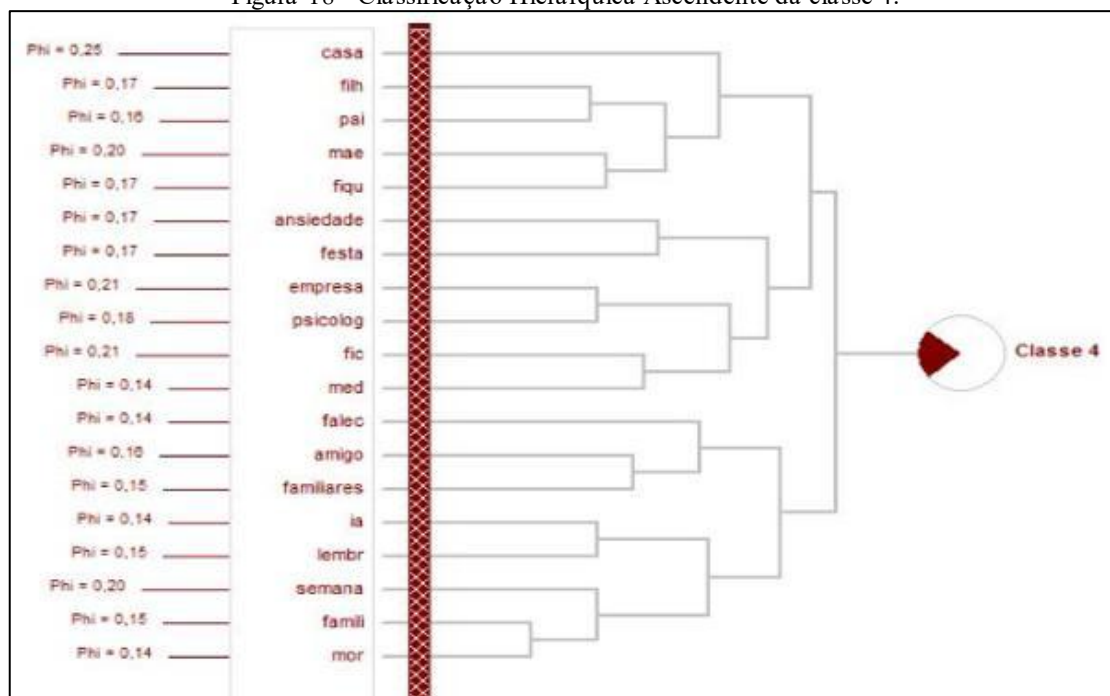
Essa questão de os homens serem arbitrários, serem corruptos, isso é muito ruim porque acaba pegando o dinheiro da saúde. Quem tem mais grana até pode pagar um médico particular, mas essas pessoas de classe média, digo assim, que foram buscar uma ajuda e foram mandadas para o sistema único de saúde, deixou evidente quem realmente vai estar lá quando precisarmos. Pensei no quanto o sistema público salvou muita gente.

Figura 17 - Rede da Forma “Casa” da classe 4.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 18 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 4.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Quadro 10: Palavras representativas da classe 4.

CLASSE 4 - 225 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
casa	casa(61) casais(1)	0,25
fic	fica(4) ficam(1) ficamos(2) ficar(21) ficaram(1) ficava(12) ficavam(5)	0,21
empresa	empresa(15) empresas(1)	0,21
mae	mae(17) maes(1)	0,20
semana	semana(10) semanas(4)	0,20
psicolog	psicologa(1) psicologica(2) psicologicas(1) psicologico(9) psicologicos(1)	0,18
filh	filha(8) filhinha(1) filho(9)	0,17
fiqu	fique(2) fiquei(16)	0,17
festa	festa(9) festas(5)	0,17
ansiedade	ansiedade(13)	0,17
amigo	amigo(2) amigos(10)	0,16
pai	pai(17)	0,16
belem	belem(7)	0,15
lemb	lembra(1) lembramos(1) lembrar(4) lembrei(1) lembro(12)	0,15
famili	familia(19) familiar(3)	0,15
familiares	familiares(8)	0,15
mor	mora(2) moram(1) morando(1) morar(2) more(1) moro(3)	0,14
falec	falecer(1) faleceram(2) faleceu(6)	0,14
med	medico(3) medo(32)	0,14
ia	ia(18)	0,14
mes	mes(4) meses(7)	0,14
conhecido	conhecido(5) conhecidos(1)	0,14
clandestin	clandestina(3) clandestinas(2) clandestino(1)	0,14
esp	esposa(2) esposo(6)	0,13
convers	conversamos(1) conversando(3) conversar(2) conversava(1) conversavamos(1)	0,13
vivenci	vivenciado(1) vivenciar(5) vivenciou(1)	0,13
hospital	hospital(21)	0,13

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 4

Ideia chave – Medo, Resiliência e Conexão: vivências familiares e a sensação de vulnerabilidade na pandemia

uce nº434 Phi=0,04 uci nº5: *nc_05 *sex_02 *ida_01 *relig_01

Festa de aniversário, estavam indo para show clandestino, então isso me gerava uma ansiedade o tempo todo e foi muito difícil. O primeiro mês foi muito difícil porque vivia em um estado constante de ansiedade e de irritação, porque ficava muito revoltada.

uce nº861 Phi=0,04 uci nº10: *nc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Na empresa de eventos em que trabalhava era muita insensibilidade não levar em consideração o psicológico, o profissional que estar fazendo de tudo para entregar aquilo que ainda resta de material, vídeos e tudo mais.

uce nº432 Phi=0,03 uci nº5: *nc_05 *sex_02 *ida_01 *relig_01

O primeiro mês da pandemia foi muito desgastante porque tinha um pânico absurdo de pegar e a minha família, não minha família direta – pai e mãe – mas meus tios, primos e irmãos eram muito negligentes com os cuidados.

uce n°772 Phi=0,03 uci n° 9: *nc_09 *sex_01 *ida_01 *relig_02

No começo não vi ninguém que tinha falecido no ciclo de amizade ou de amigos meu, até o momento não tinha nenhuma morte de conhecido. Porém, quando passou a ter gente que morreu próximo de mim, aí a ficha caiu e bateu um medo grande.

uce n°700 Phi=0,03 uci n°8: *nc_08 *sex_02 *ida_01 *relig_01

Moro bem ao lado do Hospital Abelardo Santos, onde foi referência para a COVID-19, então tudo chegava aqui. Via aquela correria todo tempo, a minha rua ficava cheia de carros de funerária o dia todo. À noite a gente não dormia por conta de muito barulho, tinha ambulância e pessoas gritando e derrubando o portão, era bem complicado.

uce n°823 Phi=0,03 uci n°10: *nc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Não adianta nada ser um atleta se não tem um psicológico preparado diante daquela situação para enfrentar. A todo o momento me imaginava quando fosse o meu momento de pegar e, sei lá, eu tive de manter a calma porque é sufocante só de pensar estar em um leito de hospital, onde o profissional vai tentar te acalmar e você não consegue respirar.

uce n°357 Phi=0,03 uci n°4: *nc_04 *sex_02 *ida_04 *relig_01

Isso é o novo normal. É você viver de acordo com o que o vírus está te apresentando. Meu namorado teve e minha filha também. Aqui dentro de casa como convivia com a minha filha, foi terrível porque não podia chegar até ela, pouco me aproximava.

uce n°410 Phi=0,03 uci n°5: *nc_05 *sex_02 *ida_01 *relig_01

Se precisar de um leito como é que vamos fazer? Se precisar de oxigênio como é que vai fazer? Foi muito desesperador. Perdi um tio e um primo, então foi muito difícil principalmente porque todos os rituais de luto que temos na sociedade hoje não foram possíveis de fazer. É um momento muito difícil você estar longe das pessoas que gosta.

uce n°219 Phi=0,03 uci n°3: *nc_03 *sex_02 *ida_03 *relig_05

Esses sentimentos estão relacionados principalmente em função das perdas que se tiveram, tanto é que perdi um tio que passou por todo aquele processo ruim e tudo mais, aí vem o sentimento de tristeza, de desespero.

uce n°704 Phi=0,02 uci n°8: *nc_08 *sex_02 *ida_01 *relig_01

Cheguei para terapia porque eu mesma não consegui lidar com a situação e estava me prejudicando, pois não dormia, acordava com palpitação, então desse modo fiquei muito vulnerável. Vulnerável é a palavra e até hoje ainda tenho sequelas dessa pandemia, pois também era estagiária no hospital pediátrico.

7.3.1. Discussão

Na classe 4 se evidencia a dimensão afetiva e relacional da pandemia, com enfoque nas vivências emocionais e no impacto nas relações sociais e familiares. Assim, a Classe 4 reflete as consequências emocionais das práticas que compõem a Classe 2, ou seja, as práticas preventivas e restritivas não são apenas físicas; elas impactam profundamente no bem-estar emocional dos indivíduos. Na Figura 17 o termo ‘casa’ emerge como um espaço central de cuidado, produção e, por vezes, de tensão, destacando o papel da domesticidade na reorganização da vida durante a pandemia.

A casa como um espaço de cuidado foi ancorada em um refúgio para evitar o ambiente externo que era visto como uma ameaça. Contudo, a convivência no espaço doméstico intensificou a dinâmica entre os membros da família fortalecendo os laços afetivos, mas desvelando tensões ocasionadas pelo aumento do tempo de interação e à falta de espaço individual.

Para Mazza *et al.* (2020) o lar corre o risco de se tornar um lugar muito perigoso durante a pandemia para vítimas de violência doméstica, pois com os sentimentos de frustração e agitação durante o isolamento, a agressão surge com possível transmissão transgeracional de trauma e violência. A partir dessas dinâmicas, surgiram tensões emocionais e sociais que evidenciam a centralidade do espaço doméstico na reorganização da vida durante a pandemia, bem como seu papel ambivalente enquanto refúgio e fonte de conflito.

Além disso, a pandemia trouxe novas configurações para o espaço doméstico e transformou suas funções tradicionais para atender uma nova realidade de trabalho e aprendizado. Um estudo realizado com objetivo de discutir os elementos vivenciados pelos(as) trabalhadores(as) com a ampla implementação de atividades laborais remotas, realizadas em casa, com auxílio das tecnologias de informação-comunicação no contexto da pandemia de COVID-19, demonstrou que houve a perda de fronteiras entre o privado e o público e novas demandas surgiram como o acompanhamento escolar e aumento de demandas por higienização e limpeza (Araújo; Lua, 2021).

Na COVID-19 o discurso sobre casa foi ampliado e transformado, destacando diferentes dimensões do lar como espaço físico, simbólico e social. Aqui, é possível destacar o papel da domesticidade que pode ser entendida como o conjunto de significados, funções e práticas associadas ao lar e à vida doméstica, que mostram como esse elemento estrutura a vida cotidiana, as relações sociais e as identidades individuais e coletivas, bem como as relações de poder (Santos, 2011).

Na UCE nº432 (uci nº5) há o relato do pânico gerado pelo comportamento negligente de terceiros, revelando um conflito interno entre a necessidade de isolamento e a socialização com os familiares. Esse cenário ilustra o que Foucault chamaria de micropáticas de biopoder, onde indivíduos internalizam normas sanitárias e policiam suas interações sociais.

Foucault (2008b) define biopoder como um conjunto de técnicas e estratégias pelas quais o poder se exerce sobre a vida e os corpos das populações e se manifesta em diversas escalas, desde políticas estatais até práticas cotidianas individuais. Já as

micropráticas de biopoder são os modos sutis e dispersos pelos quais esse poder se materializa no dia a dia. Elas não são impostas apenas por um governo ou instituição, mas internalizadas pelos indivíduos, que passam a se vigiar e disciplinar mutuamente.

O conteúdo dessa UCE nº432 (uci nº5) menciona que a pessoa “*sentia um pânico absurdo*” ao perceber que seus familiares negligenciavam os cuidados sanitários, expondo-a ao risco. Isso mostra um fenômeno típico das micropráticas de biopoder, a partir do momento em que o medo de contrair o vírus não é apenas um instinto biológico, mas um reflexo do discurso dominante sobre os perigos da COVID-19 e da necessidade de cuidado. Ou seja, os indivíduos passaram a regular seus próprios comportamentos com base nesses discursos.

Além disso, o pânico surge não apenas pelo medo do contágio, mas porque o indivíduo percebe que os outros não estão seguindo as normas. Isso gera uma tensão entre não querer ser infectada, mas também não poder controlar totalmente os comportamentos dos outros. Mesmo dentro do espaço familiar, há um conflito entre quem segue as normas sanitárias e quem as desafia. A pandemia criou uma forma de microgovernança doméstica, onde os indivíduos passaram a monitorar e corrigir as atitudes dos outros.

Essa situação mostra que a pandemia reconfigurou as relações sociais, introduzindo novas formas de controle e disciplina. O biopoder não precisou de uma força policial para vigiar as pessoas; o próprio medo da doença fez com que elas regulassem a si mesmas e aos outros. Isso também explica porque surgiram tantos conflitos interpessoais durante a pandemia em que famílias se dividiram entre aqueles que seguiam rigorosamente as medidas sanitárias e aqueles que as minimizavam. Assim, as estratégias de biopoder não só controlaram os corpos, mas também reorganizou laços afetivos e estruturas sociais.

A representação da casa como refúgio ou prisão foi moldada pelas vivências individuais e coletivas na pandemia. Embora fosse necessária a adoção das medidas preventivas e restritivas para contenção da doença, elas também geraram repercussões psicológicas que impactaram diretamente no seu grau de aceitabilidade. A redução das interações presenciais privou muitas pessoas de conexões sociais essenciais, acarretando sentimentos de desconexão, medo e ansiedade (Lobo; Rieth, 2021).

Em sociedades onde a interação presencial é fundamental para a construção de relações sociais e profissionais, essas mudanças sofreram resistência como em países latino-americanos. Estudo realizado por Aquino *et al.* (2020) discute os desafios significativos para adoção dessas práticas em contextos culturais onde as interações

sociais são centrais. A necessidade de interação social é profundamente ancorada em representações de pertencimento, conexão e comunidade.

A hipervigilância para manter os cuidados preventivos e restritivos contribuiu para o aumento da ansiedade e do estresse, criando um estado de preocupação crônica. Os discursos sinalizam como o distanciamento social evidenciou a tensão emocional e psicológica entre o desejo de conexão com os familiares e a percepção do risco de se contrair o vírus, principalmente com pessoas que negligenciavam os cuidados sanitários da pandemia.

O distanciamento social foi representado tanto como uma "responsabilidade moral" (orientação de saúde pública) como uma "ruptura forçada" das normas sociais (perda de encontros familiares e de rituais fúnebres), ocasionando sentimentos de ansiedade e tristeza. Embora todas as práticas sejam vistas como uma barreira protetora que podem ser interpretadas como expressão do cuidado de si e do outro, a repetição prolongada desses cuidados pode levar ao esgotamento emocional.

Um estudo realizado com objetivo de identificar estratégias para incorporar comportamentos de controle de infecção para minimizar a transmissão da COVID-19 a longo prazo, concluiu que são necessárias mudanças na infraestrutura financeira, social e física para que as pessoas em todos os setores da sociedade tenham a capacidade, oportunidade e motivação para sustentar esses comportamentos (Michie *et al.*, 2021).

Mesmo aqueles que não contraíram a COVID-19, a pandemia revelou a importância das práticas preventivas, como o distanciamento social, o uso de máscaras e a frequente higienização das mãos, marcando um período de adaptação ao chamado "novo normal". Tais mudanças geraram tensões emocionais, ansiedade, tristeza e um sentimento de desconexão social devido à ruptura forçada de normas sociais, como encontros familiares e rituais culturais comunitários.

As RS da pandemia se formaram na interseção entre discurso público (Classe 3) e experiência cotidiana (Classe 4). O discurso político e institucional sobre a pandemia impactou diretamente as percepções e comportamentos individuais, gerando insegurança, polarização e diferentes estratégias de enfrentamento. A desinformação e a politização da pandemia emergiram na Classe 3 como fatores determinantes na construção das RS da COVID-19.

A UCE nº462 (uci nº6) exemplifica esse processo ao relatar como discursos minimizadores, como a noção de “gripezinha”, incentivaram a negligência às medidas sanitárias. Aqui, a pandemia não é apenas um evento sanitário, mas um campo de disputa

simbólica e ideológica, onde diferentes atores tentavam impor suas narrativas. A expressão "gripezinha" foi amplamente utilizada em narrativas negacionistas representando um exemplo de pós-verdade, pois ignora a evidência científica sobre a gravidade da COVID-19, criando uma realidade distorcida e paralela, afetando as percepções de vulnerabilidade.

A UCE nº98 (uci nº1) menciona a necessidade de campanhas informativas eficazes para orientar a população, sugerindo que a falta de acesso à informação clara e confiável contribuiu para a insegurança emocional e os conflitos sociais. Muitas pessoas se informavam por redes sociais e acreditavam em discursos políticos que minimizavam os riscos, como destacado na UCE nº560 (uci nº7): *‘Via que as pessoas ‘estudavam’ por meio de redes sociais e viam cortes de falas, coisas levantadas pelo presidente e pelas pessoas que estavam ao redor dele’*.

Essa dependência de fontes informais e politicamente enviesadas não apenas ampliou o sentimento de insegurança e desconfiança, mas também enfraqueceu a adesão às medidas preventivas essenciais. Assim, torna-se evidente que informações equivocadas ou contraditórias comprometem não apenas o entendimento, mas também a aceitação e a incorporação dessas práticas ao cotidiano. Um estudo comprovou que há uma relação substancial entre campanhas de desinformação e o declínio da cobertura vacinal (Puri *et al.*, 2020).

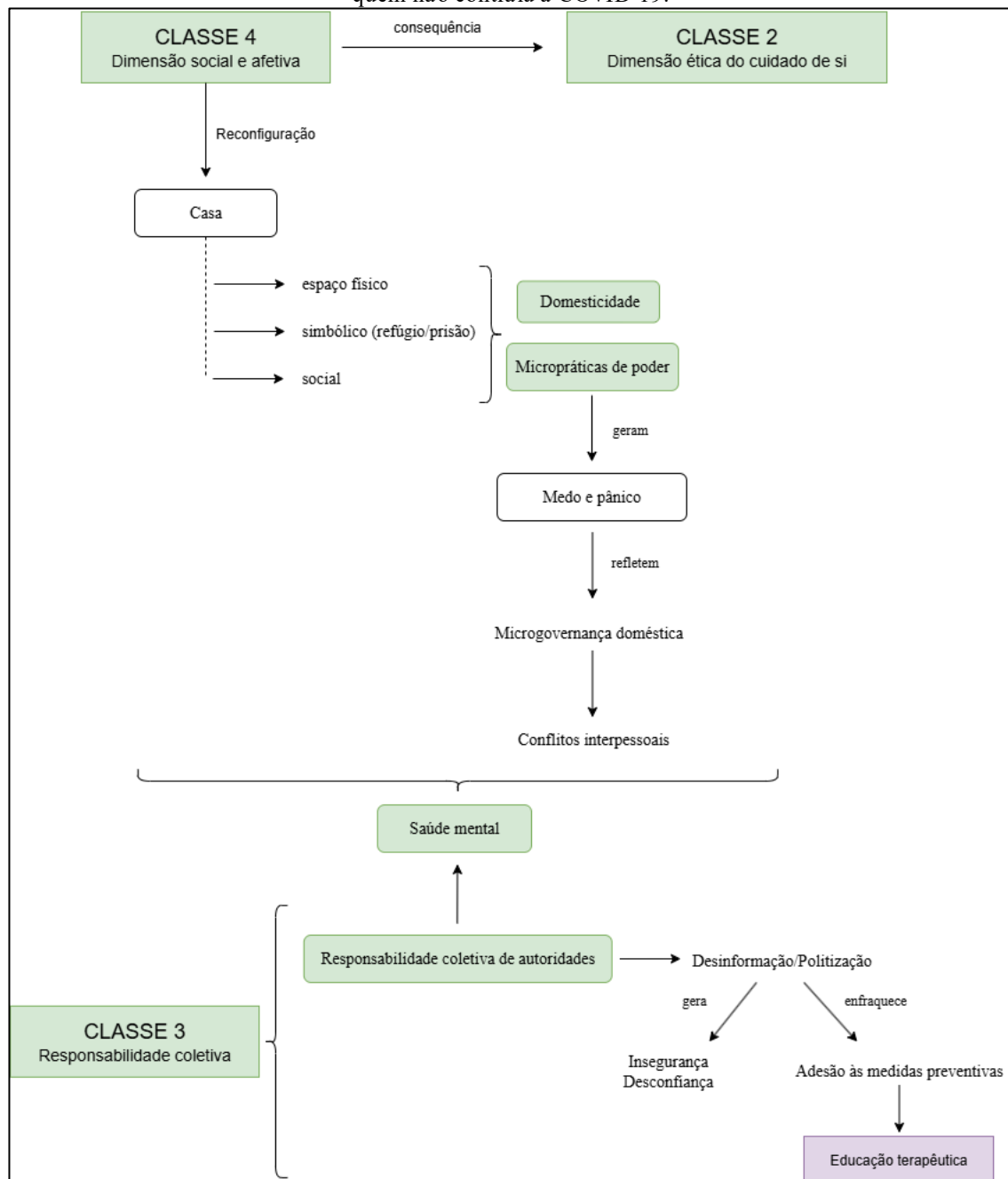
A partir dessa compreensão, são necessárias intervenções que integrem aspectos históricos, culturais e emocionais, estimulando a aceitação e a sustentabilidade dessas medidas no longo prazo. Em um contexto em que grande parte das pessoas já incorporou a COVID-19 ao cotidiano, e educação terapêutica deve ser voltada para a ressignificação das práticas preventivas como um cuidado com a saúde coletiva e individual.

Incluir a COVID-19 em campanhas rotineiras de saúde pública, principalmente com enfoque para a importância da vacinação anual, mostrando com clareza o período de sazonalidade da doença, é essencial para garantir a proteção contínua da população em um momento em que cada vez mais o uso de álcool em gel, máscara e higienização das mãos são esquecidos pela naturalização da COVID-19 ao cotidiano.

Ao alinhar informações claras e acessíveis com ações educativas consistentes, será possível manter a conscientização e a adesão às medidas preventivas, fortalecendo uma cultura de saúde e bem-estar coletivo. Conteúdos interativos em redes sociais, plataformas digitais e espaços comunitários, podem promover novos debates sobre a saúde coletiva. A seguir, apresenta-se um esquema explicativo das conexões dos

elementos (Figura 19) e o campo das representações sociais da COVID-19 que articula a política, a emoção e o cuidado de quem não contraiu a COVID-19 (Figura 20).

Figura 19 - Esquema explicativo das conexões dos elementos sobre a política, a emoção e o cuidado para quem não contraiu a COVID-19.



Fonte: Autoria própria, 2025.

Figura 20 - Campo das representações sociais sobre a COVID-19 articulando a política, a emoção e o cuidado de quem não contraiu a COVID-19.

Campo das Representações Sociais		
INFORMAÇÃO CONCEITO	CAMPO DE REPRESENTAÇÃO	ATTITUDES
Circulação de discursos contraditórios (científicos, políticos, midiáticos). Formação de zonas de conflito interpretativo e desinformação.	- Pandemia como crise moral, política e afetiva; - A 'casa' como locus simbólico de cuidado e controle; - Emergência das micropráticas de vigilância social (biopoder);	Positivas: engajamento e responsabilidade social, bem como solidariedade. Negativas: ansiedade, medo, desconfiança e assédio moral.

Fonte: Autoria própria, 2025.

7.4. Bloco III - Pandemia e governança da saúde: entre a biopolítica e a desinformação

Este bloco temático apresenta as classes 5 e 6 e evidenciam o amálgama nas dimensões sociopolíticas, pessoais e as ações de enfrentamento. As preocupações individuais se mostram presentes na Classe 5 e as ações de enfrentamento, especialmente com a vacinação se evidenciam na Classe 6.

A Classe 5 contou com maior representatividade dos participantes do sexo feminino, na faixa etária de 18 a 30 anos e autodeclarados católicos, enquanto a Classe 6 foi composta por participantes do sexo masculino, também de 18 a 30 anos e de religião cristã. Esse recorte permite evidenciar como diferentes faixas etárias e pertencas religiosas se articularam às representações sociais da pandemia, atravessando tanto a noção de vulnerabilidade quanto a confiança nas práticas de enfrentamento.

A classe 5 foi composta de 253 UCE, tendo 128 palavras analisáveis, o que corresponde a 26% do *corpus*. Nesta classe, a doença é representada com base nos fatores individuais (genética, sistema imunológico e comorbidades) que ajudam a tornar familiar o desconhecido e reduzir a incerteza sobre quem é mais propenso a pegar o vírus.

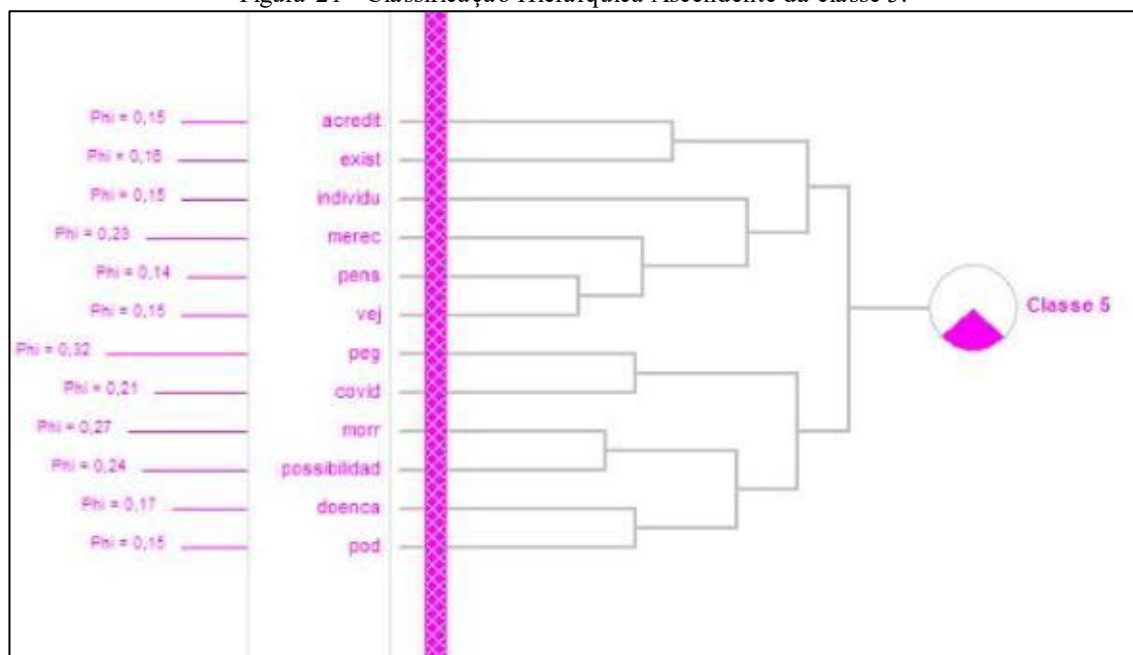
Quadro 11: Palavras representativas da classe 5.

CLASSE 5 - 253 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
peg	pega(2) pegam(1) pegamos(1) pegando(3) pegar(94) pegaram(16) pegasse(1)	0,32
morr	morra(1) morram(1) morre(1) morrem(3) morrer(35) morreram(12) morres(1)	0,27
possibilidade	possibilidade(25)	0,24
merec	mereca(4) merecam(1) merece(17) merecem(1) merecer(1) mereceu(1)	0,23
covid	covid(146)	0,21
doenca	doenca(63) doencas(17)	0,17
exist	existam(8) existe(6) existem(11) existencia(1) existente(1) existia(7)	0,16
individu	individuais(1) individual(3) individuo(8)	0,15
vej	vejam(1) vejo(18)	0,15
acredit	acredita(4) acreditam(3) acreditar(6) acreditaram(2) acreditavam(2)	0,15
pod	pode(47) podem(17) podemos(2) poder(6) poderem(1) podes(1) podia(1)	0,15
pens	pensa(5) pensado(1) pensam(4) pensar(12) pensasse(3) pensavam(1)	0,14
genetic	genetica(4) genetico(4)	0,14
ach	acha(2) acham(3) acharam(1) achei(2) acho(81)	0,13
form	forma(39) formas(1)	0,14
pegu	pegue(10) peguei(6) peguem(1)	0,14
pezzo	pezzo(44) pezzois(1) pezzol(9) pezzos(146)	0,13
imunolog	imunologica(7) imunologico(16)	0,13
analís	analísando(1) analísar(4) analís(1)	0,13
comorbidade	comorbidade(5) comorbidades(10)	0,13
creio	creio(13)	0,12
maior	maior(17) maiores(2) maioria(9)	0,13
desenvolv	desenvolva(1) desenvolve(3) desenvolvem(2) desenvolver(3) desenvolveu(1)	0,12
precoc	precoc(5)	0,12
independ	independe(1) independente(4)	0,12
merecimento	merecimento(6)	0,12
vez	vez(14) vezes(18)	0,11

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

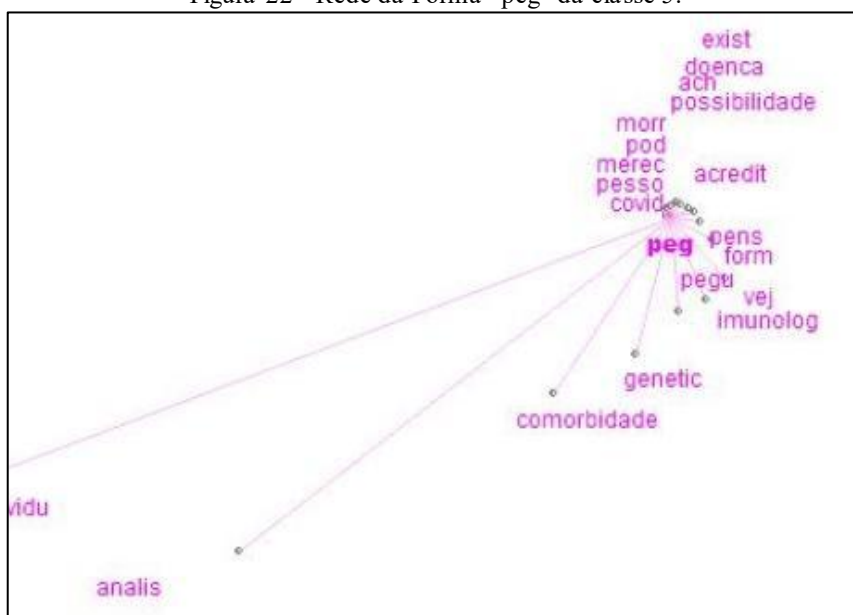
As Figuras 21 e 22 representam a Classificação Hierárquica Ascendente e a Rede da Forma “peg” da classe 5, respectivamente. Pela CHA da classe 5, os radicais com maior valor de phi foram: ‘pegar’ (phi=0,32), ‘morrer’ (phi=0,27), ‘possibilidade’ (phi=0,24) e ‘merece’ (phi=0,23). A classe 5 é formada pela representação da vulnerabilidade biológica diante do vírus.

Figura 21 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 5.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 22 - Rede da Forma “peg” da classe 5.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 5

Ideia chave – Vulnerabilidade biológica para infecção pela COVID-19

uce nº667 Phi=0,03 uci nº8: *nc_08 *sex_02 *ida_01 *relig_01

Além de terem comportamentos negacionistas desde o início da pandemia, elas tinham comorbidades, hipertensão, diabetes, asma e essas pessoas, à grande parte delas, nós já sabemos que as comprovações científicas dessa questão das comorbidades influenciaram diretamente no quadro da COVID-19, mas creio sobre pegar e morrer, elas tinham mais chances.

uce n°506 $\Phi=0,03$ uci n°7: *nc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Por conta do sistema imunológico, há pessoas com um sistema mais forte e outras com um mais fraco, bem como aquelas com uma maior possibilidade de contrair e outras com menor possibilidade.

uce n°1082 $\Phi=0,03$ uci n°14: *nc_14 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Penso que, de uma certa forma, existam pessoas que podem pegar mais a COVID-19 do que outras, pois há indivíduos com comorbidades ou que apresentam um sistema imunológico mais comprometido.

uce n°883 $\Phi=0,03$ uci n°11: *nc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Acredito que existam pessoas com maior possibilidade de contrair a COVID-19 e morrer, sim, devido à predisposição que possam apresentar. O que entendo sobre a COVID-19 é que ela agrava ainda mais as condições preexistentes da pessoa, dependendo do que ela possui.

uce n°883 $\Phi=0,03$ uci n°11: *nc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Creio que a genética influencia bastante na questão da COVID-19, no desenvolvimento e nas manifestações da doença. Conheci várias pessoas que se vacinaram, tomaram todas as doses de reforço e, mesmo assim, contraíram a doença mais de uma vez.

uce n°1085 $\Phi=0,03$ uci n°14: *nc_14 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Uma pessoa com HIV, talvez dependendo da questão da idade, se realmente faz o tratamento adequado, tem mais possibilidade de pegar e morrer.

Ideia chave – Vulnerabilidade social/moral para infecção pela COVID-19

uce n°820 $\Phi=0,02$ uci n°10: *nc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Penso que, analisando a questão da exposição ao vírus, algumas pessoas têm, de fato, maior probabilidade de contrair a doença. Eu, por exemplo, ainda não fui infectado, pois procurei me proteger. Entretanto, se uma pessoa está em contato direto com o vírus e não toma as devidas precauções, seja por já ter sido infectada antes e acreditar que não será novamente, sua exposição aumenta consideravelmente.

uce n°989 $\Phi=0,02$ uci n°12: *nc_12 *sex_02 *ida_03 *relig_02

Se apenas o indivíduo que não tivesse se cuidado que pegasse e, de repente morresse, mas o problema é que a pandemia dependia também do comportamento do próximo.

uce n°323 $\Phi=0,03$ uci n°4: *nc_04 *sex_02 *ida_04 *relig_01

A suscetibilidade a contrair o vírus não está relacionada a merecimento, mas sim ao fato de ser um vírus presente no ambiente. Considerar isso como uma questão de merecimento está mais associado a perspectivas ideológicas ou religiosas do que científica.

uce n°85 $\Phi=0,02$ uci n°1: *nc_01 *sex_02 *ida_02 *relig_04

Percebo que, no coletivo, basta que alguém tenha um desafeto para que surjam comentários maldosos, como desejar que a pessoa contraia a COVID-19. Mais grave ainda, há quem chegue a desejar que essas pessoas morram.

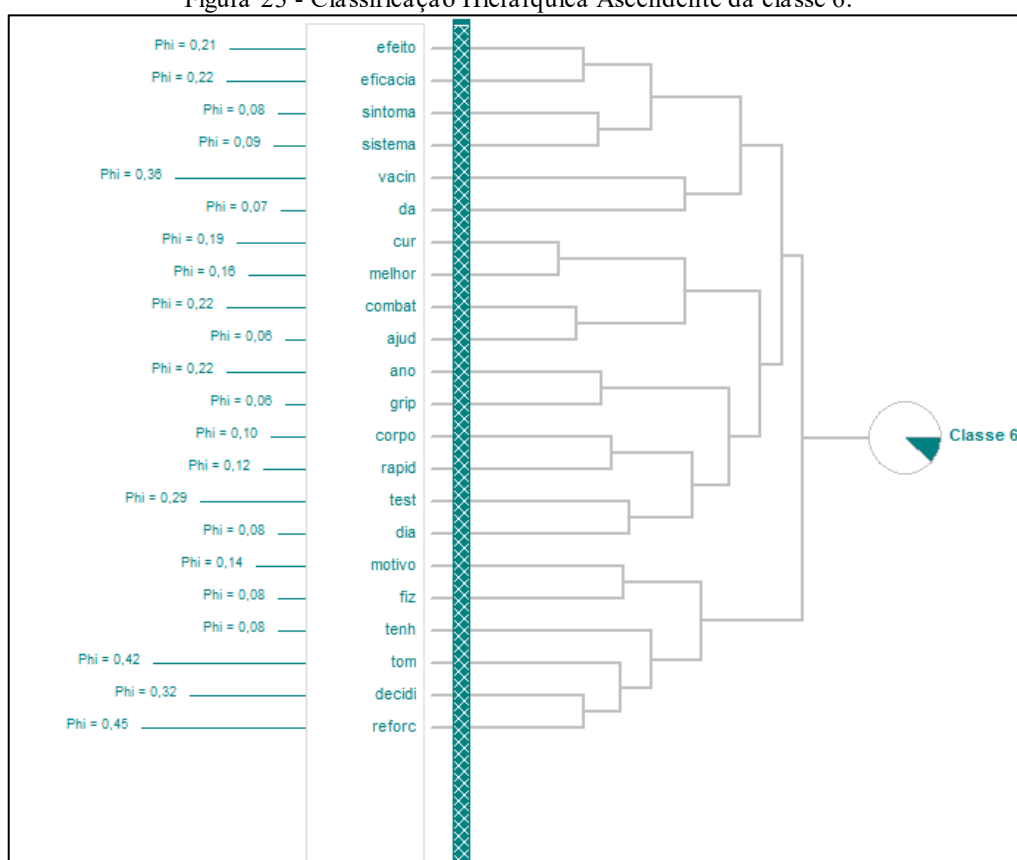
Enquanto na classe 5 emerge a temática da vulnerabilidade biológica e social/moral diante da COVID-19, a classe 6 apresenta a vacinação como principal solução para reduzir essa vulnerabilidade. Neste caso, ambas as classes compartilham o tema da gestão da saúde, sendo a classe 5 mais explicativa (quem é vulnerável e porquê)

e a classe 6 mais prática (o que fazer para se proteger).

A classe 6 foi composta de 124 UCE, com 98 palavras analisáveis, o que corresponde a 12% do *corpus*. As Figuras 23 e 24 representam a Classificação Hierárquica Ascendente e a Rede da Forma “reforc” da classe 6.

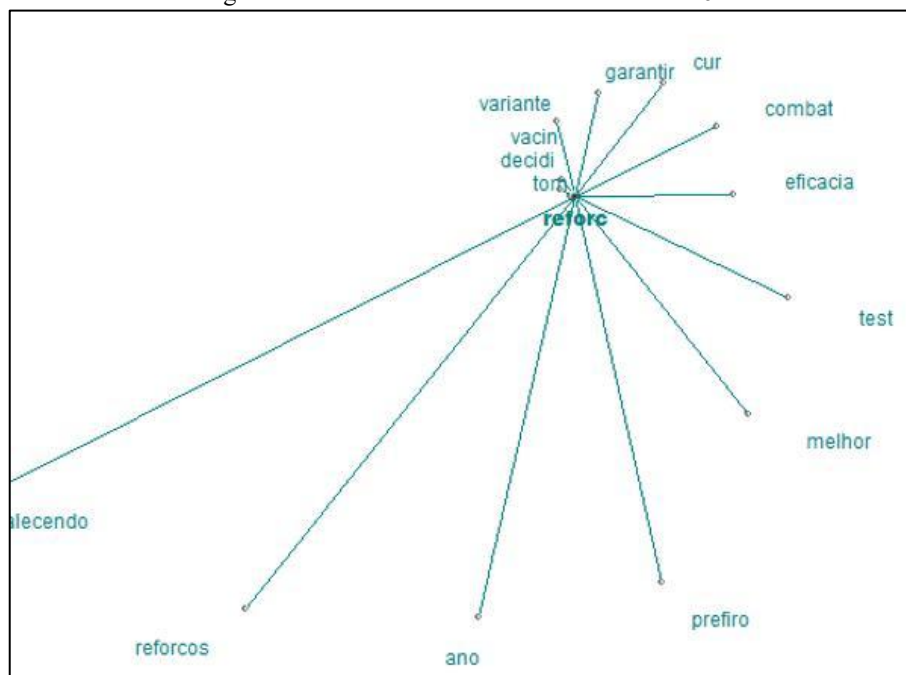
Pela CHA da classe 6, os radicais com maior valor de *phi* foram: ‘reforc’ (phi=0,45), ‘tomar’ (phi=0,42), ‘vacina’ (phi=0,36) e ‘decidi’ (phi=0,32). Na classe 6, a vacina é ancorada em representações de proteção e avanço científico, sendo objetivada como símbolo tangível de segurança nas palavras reforço, eficácia e cura.

Figura 23 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 6.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 24 - Rede da Forma “reforc” da classe 6.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Quadro 12: Palavras representativas da classe 6.

CLASSE 6 - 124 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
reforc	reforca(1) reforcando(1) reforcar(4) reforco(30)	0,45
tom	tomado(4) tomam(2) tomamos(1) tomando(6) tomar(47) tomaram(1)	0,42
vacin	vacina(77) vacinacao(10) vacinada(1) vacinado(1) vacinal(1) vacinar(1)	0,36
decidi	decidi(17)	0,32
test	testado(1) testando(1) teste(18) testes(2)	0,29
combat	combate(4) combatem(2) combater(5)	0,22
ano	ano(8) anos(9)	0,22
eficacia	eficacia(9)	0,22
efeito	efeito(8) efeitos(3)	0,21
reforc	reforc(6)	0,20
cur	cura(18) curada(1) curar(2) cure(1)	0,19
garantir	garantir(5)	0,18
medicacoes	medicacoes(6)	0,18
fortalecendo	fortalecendo(7)	0,18
melhor	melhora(7) melhorada(1) melhorando(1) melhorar(2) melhoravam(1) melhore(1) melhor(9)	0,16
colater	colaterais(1) colateral(5)	0,16
prefiro	prefiro(5)	0,16
variante	variante(2) variantes(5)	0,16
alteracao	alteracao(4)	0,16
positivo	positivo(5)	0,15
fortalec	fortalece(2) fortalecer(1) fortaleceu(1)	0,14
motivo	motivo(7)	0,14
discurso	discurso(5) discursos(1)	0,13
funcion	funciona(1) funcionado(1) funcionar(1) funcionava(3) funcionavam(1)	0,12
daqui	daqui(5)	0,12

confi	confiar(2) confio(1)	0,12
rapid	rapida(3) rapido(4)	0,12

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 6

Ideia chave – Vacina como símbolo de proteção e avanço científico

uce n°44 $\Phi=0,04$ uci n°1: *nc_01 *sex_02 *ida_02 *relig_04

Acredito que o fato de tomar minhas vacinas em dia contribuiu para que não tivesse a COVID-19. Decidi tomar os reforços, pois acredito na ciência e vou tomar todos que aparecerem. Se for para tomar todo ano igual a gripe, vou tomar.

uce n°540 $\Phi=0,03$ uci n°7: *nc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Estava no mesmo raciocínio de que a eficácia da vacina aumentava com o reforço, por isso decidi tomar.

uce n°767 $\Phi=0,03$ uci n°09: *nc_09 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Tomei a vacina, pois sempre tomamos para prevenir doenças. Como foi testado e deu positivo em relação ao combate ao vírus, resolvi tomar porque se for para prevenir, não custa tomar.

uce n°1318 $\Phi=0,03$ uci n°18: *nc_18 *sex_02 *ida_01 *relig_03

Decidi tomar o reforço pelo mesmo motivo e por achar que estaria mais segura com mais doses, pois os vírus sofrem mutações e, só o esquema inicial talvez não resolvesse se pegasse novas variantes.

uce n°1000 $\Phi=0,03$ uci n°12: *nc_12 *sex_02 *ida_03 *relig_02

Decidi tomar a vacina porque é a melhor forma de evitar a evolução para um caso mais grave, caso viesse a contrair a doença. Também tomei o reforço pelo mesmo motivo. Nunca tive dúvidas sobre a vacina e não fazia questão de escolher qual tomar.

Ideia chave – Tensões sociais entre a confiança e os efeitos colaterais

uce n°909 $\Phi=0,04$ uci n°11: *nc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Como a maioria das pessoas estava tomando e não havia relatos de nenhuma anomalia ou alteração no corpo, decidi tomar a vacina. O que ocorreu foram apenas os efeitos colaterais esperados, como febre, dor de cabeça e dor no corpo.

uce n°896 $\Phi=0,04$ uci n°11: *nc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Hoje em dia, sabemos que, em qualquer vacina, eles utilizam o vírus e o aplicam no nosso corpo para que ele crie anticorpos capazes de combatê-lo. Não sei o que pode acontecer comigo daqui a dez anos, se alguma doença pode ser causada pela vacina ou não. É só um questionamento que tenho às vezes: será que foi realmente um teste ou se ela foi cem por cento efetiva?

uce n°1003 $\Phi=0,03$ uci n°12: *nc_12 *sex_02 *ida_03 *relig_02

Algumas pessoas diziam que não iam tomar a vacina por conta da suposta falta de eficácia e do risco de efeitos colaterais. A escolha da vacina, acredito, estava muito associada à fala de um ou outro representante do governo, envolvendo bastante a questão política.

uce n°86 $\Phi=0,03$ uci n°1: *nc_01 *sex_02 *ida_02 *relig_04

Outro dia, chegou um rapaz na sala de vacina e foi bem sincero, dizendo que só estava tomando a vacina porque tinha sido obrigado, mas não queria, pois não acreditava.

uce n°851 $\Phi=0,03$ uci n°10: *nc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Essas pessoas que estão à frente de maneira profissional com relação a vacina, prefero acreditar nelas do que não tomar por acreditar em fake news e achismos.

uce n°75 Phi=0,03 uci n°1: *nc_01 *sex_02 *ida_02 *relig_04

Se hoje ainda temos pessoas que não se vacinaram, foi devido a estes discursos que fazia mal.

A polarização política e a influência exercida pelas autoridades, conforme evidenciado na Classe 3, apresentada no bloco II, desempenharam um papel central na maneira como as percepções de vulnerabilidade (Classe 5) e a confiança nas vacinas (Classe 6) são formadas e articuladas.

7.4.1. Discussão

A pandemia da COVID-19 reconfigurou as RS sobre saúde, risco e proteção, desvelando as tensões entre percepções individuais e coletivas sobre a doença e como as atitudes foram influenciadas por discursos políticos e pela desinformação propagada com as fakes news. No contexto de indivíduos que não tiveram a COVID-19, a classe 5 mostra que a vulnerabilidade ao vírus foi ancorada tanto em termos biológicos (predisposição genética, comorbidades, imunidade) quanto em termos sociais e morais (cuidado pessoal e responsabilidade individual).

Ao ser ancorada em uma representação biológica, a COVID-19 foi percebida como uma ameaça diferenciada de acordo com a predisposição genética, na condição de saúde prévia, bem como a idade. Todo este movimento de ancoragem na biomedicina visou tornar uma situação desconhecida (o vírus) dentro de conceitos familiares para reduzi-los a categorias comuns, ou seja, pelo resultado do bloco III o processo de ancoragem ocorreu por diversas razões.

A primeira razão que é claramente apresenta nos discursos remete a necessidade de compreensão e redução da incerteza, uma vez que diante de uma realidade nova e desconhecida com o vírus, os seres humanos buscaram explicações que ofereceram um sentido previsível e controlável para interpretar os riscos individuais de quem poderia ser mais ou menos vulnerável à infecção e sua letalidade. Por esta razão, a explicação biológica fornece um arcabouço lógico reduzindo a estranheza com o novo fenômeno. Ao categorizá-lo com base na saúde prévia (comorbidades) e genética (sistema imunológico), as pessoas puderam criar um senso de previsibilidade.

Para Moscovici (2012) a ancoragem é uma integração cognitiva que facilita a compreensão da novidade. Nesse sentido, as RS interpretam a realidade e orientam condutas sociais diante do desconhecido. Ao fazer isso, as RS interpretam a realidade, não simplesmente como ela é, mas como ela pode ser reconhecida e comunicada pelo

grupo social, permitindo que as pessoas não apenas compreendam a realidade, mas também saibam como agir sobre ela.

Ao testemunharem casos de COVID-19 ao seu redor, as pessoas perceberam que nem todos adoeciam da mesma maneira. Essa variação foi atribuída à genética e às condições pré-existentes, reforçando a ancoragem na biomedicina como meio de explicar essa diferença. Aqui, é possível perceber que a experiência pessoal e a observação são ancoradas ainda na categorização de risco. No entanto, enquanto reforça a representação da perspectiva biológica, ela se torna uma zona de tensão ao mostrar que o idoso, o jovem e o atleta estão sujeitos à mesma vulnerabilidade.

A comunicação sobre a COVID-19 enfatizou desde o início da pandemia os grupos de risco e as diferenças na resposta imune, levando as pessoas a internalizarem essa perspectiva biológica que com o passar do tempo foi sinalizando que todos poderiam ser afetados da mesma forma ao noticiar o óbito de pessoas que tinham um histórico ‘saúdável’, como os atletas.

Uma revisão sistemática e meta-análise realizada com objetivo de avaliar as taxas de eventos de miocardite detectadas por ressonância magnética cardíaca (RMC) em atletas que se recuperaram da COVID-19, concluiu que mesmo com variação de 1 a 4% na prevalência de miocardite na população atlética, há necessidade de protocolo de triagem atual para o retorno seguro às atividades, evidenciando as modificações clínicas que o vírus causou pós-infecção (Modica *et al.*, 2022).

Além da dimensão biológica, há um julgamento implícito sobre quem "merece" ou não contrair a doença. A primeira vulnerabilidade que teve uma representação no estudo está ligada ao trabalho essencial (exposição). Os trabalhadores essenciais foram expostos ao vírus de maneira inevitável ou porque pertenciam a classes mais baixas, com pouca opção de escolha sobre sua exposição, ou ao serem obrigados a se expor, muitos foram tratados como “heróis” (romantização do trabalho essencial), enquanto, na prática, tinham poucas proteções e direitos assegurados.

Um estudo realizado com objetivo de investigar as condições de saúde e segurança dos trabalhadores expostos ao Sars-CoV-2 demonstrou que a maioria dos trabalhadores considerou que a transmissão ocorreu no trabalho e que medidas de proteção coletiva foram insuficientes. Os achados apontaram deficiências nos planos de contingência das empresas, que repercutem em insegurança e risco de exposição ao vírus, transformando o trabalho em locus de disseminação da doença (Moura-Corrêa *et al.*, 2023).

A sociedade os categorizou de maneira contraditória: eram fundamentais, mas ao mesmo tempo “descartáveis”, ou seja, eram essenciais em suas atividades no decorrer da pandemia (profissionais da saúde, transportes, comércio, serviços gerais, entre outros), mas eram hostilizados, por vezes, ao dividirem os espaços coletivos com outras pessoas. As representações dos jovens e das festas clandestinas foram ancoradas na categorização moral de pessoas irresponsáveis e transmissores do vírus, gerando julgamentos de quem “merecia” ou não adoecer.

Um estudo que se propôs a analisar as RS dos juízos divulgados pela mídia a respeito dos jovens no contexto do novo coronavírus, concluiu que não há uma representação homogênea sobre a juventude, embora existam representações que estão ancoradas na crença do jovem como um ser despreocupado com a dinâmica coletiva, expressas em palavras que se remetem aos vocábulos relacionados com a falta de reciprocidade (Souza; Loreto; Doula, 2022).

Durante pandemias, pessoas que são consideradas uma possível fonte da doença podem sofrer estigmatização por serem vistas como uma ameaça à vida social. A *Euro-Mediterranean Human Rights Monitor* apontou que a discriminação não só aumentou com a COVID-19, mas assumiu sua pior forma quando articulada com o racismo e a ignorância. O relatório ainda salienta que embora os esforços tivessem de ser mais concentrados em ajudar os infectados e inibir a propagação do vírus, milhares de pessoas exibiram comportamentos negativos (incluindo intimidação, ódio e racismo), por vezes encorajadas por seus governos (SeyedAlinaghi *et al.*, 2023; Alsawalqa, 2021).

A moralização da COVID-19 ignora que fatores estruturais e coletivos influenciaram muito mais a propagação da doença do que as ações individuais. Ao culpar indivíduos pela infecção, o discurso moralizado desvia a atenção da responsabilidade do Estado, das políticas públicas e das desigualdades sociais que se tornaram evidentes na pandemia. Quando se coloca a culpa no indivíduo, o governo se exime da responsabilidade de adotar políticas públicas eficazes, como campanhas de conscientização, vacinação, distribuição de insumos de saúde, medidas de proteção social e investimentos no SUS.

Estudo que investigou como a pandemia afetou de maneira desigual os diferentes grupos sociais em Portugal destacou que a mortalidade e morbidade foram maiores entre os mais vulneráveis socialmente. As consequências sociais da COVID-19 resultaram no agravamento das desigualdades em termos de renda, escolaridade, vínculo laboral, pertencimento étnico-racial, gênero e local de residência (Tavares, 2023). Ao se aplicar o

conceito de vulnerabilidade social nesta compreensão, identifica-se que não apenas os corpos biológicos, mas também como as condições socioeconômicas influenciaram o risco de infecção.

A noção de vulnerabilidade na classe 5 dialoga com o conceito foucaultiano de biopolítica, no qual o corpo individual passa a ser um campo de regulação. A atribuição de fatores como genética, sistema imunológico e comorbidades reforça um modelo individualizado de risco, que desloca a responsabilidade da proteção para o próprio sujeito. Além disso, essa individualização da vulnerabilidade pode ser interpretada como parte de uma governamentalidade neoliberal, onde o sujeito é responsabilizado por sua própria saúde (Freitas; Lemos; Galindo, 2023).

Isso se conecta diretamente com o conceito de cuidado de si, no qual as pessoas devem gerenciar seus corpos, tomando decisões racionais sobre riscos e prevenção. Essa perspectiva entra em tensão com a classe 6, onde a vacina emerge como uma solução coletiva para a vulnerabilidade individual. Essa relação mostra um embate entre duas formas de governança da saúde: uma individualizante e biologizante (classe 5) e outra técnico-científica e coletiva (classe 6).

A relação entre as duas classes é complementar e dialética. Enquanto a classe 5 explica quem está em risco, a classe 6 responde como reduzir o risco. Ou seja, a classe 6 responde a essa incerteza por meio da vacinação, que surge como um dispositivo de controle da vulnerabilidade. Aqui, a pandemia passa do campo da explicação para o da ação prática, onde a vacina é associada à ciência, eficácia e segurança.

A vacinação pode ser vista pelos conceitos foucaultianos como uma ferramenta biopolítica a partir do momento que fez parte de uma estratégia de saúde pública para proteger a população, gerenciar os riscos de transmissão, garantir a continuidade da economia e da ordem social. A vacina foi representada como a chave para o fim da pandemia, a segurança social e coletiva, bem como a chance para se voltar a “normalidade”.

Moscovici (2012) aborda em sua teoria como ideias e práticas sociais podem conter elementos contraditórios que coexistem no imaginário coletivo. Nesse contexto, as práticas sociais foram marcadas por uma contradição: cuidar do outro significava não se aproximar dele. Esse paradoxo criou tensões emocionais e sociais, uma vez que a representação tradicional de solidariedade – proximidade, toque, afeto – foi invertida e substituída por uma expressão de cuidado baseada no isolamento.

Diante desse contexto paradoxal, a vacinação emergiu como uma tentativa de resolver ou pelo menos aliviar essa contradição. Não se tratava apenas de uma solução científica, mas de um ritual coletivo capaz de restaurar a confiança interpessoal e o laço social enfraquecido pelo distanciamento prolongado. O ato de se vacinar tornou-se um símbolo de esperança e um gesto de compromisso coletivo, assumindo uma dimensão ritualística: cada pessoa vacinada não apenas protegia a si mesma, mas participava de uma ação social que permitia, gradualmente, o retorno à proximidade e à interação social segura.

A primeira ideia chave da classe 6, reforça a confiança no saber científico que se tornou o principal discurso de verdade na gestão da pandemia. A vacina não foi vista apenas como uma questão biomédica, mas como uma forma de adesão social e disciplinar ao regular comportamentos pela difusão de valores de solidariedade e responsabilidade social. Assim, certificados de vacinação e passaportes sanitários foram usados como mecanismos de controle e diferenciação, restringindo acessos e normatizando a circulação de pessoas.

Em termos foucaultianos, a produção de saber científico está relacionada ao exercício do poder, pois determina quais práticas são legitimadas e quais são marginalizadas (Foucault, 2003). Apesar de a vacinação ter sido extremamente eficaz para controlar a propagação da COVID-19 e reduzir os casos graves, também houve resistências, o que revela as tensões inerentes ao biopoder.

Um estudo realizado com objetivo de avaliar a relação entre fatores de risco para hospitalização, gravidade da doença e estado de vacinação em pacientes internados com COVID-19 em um hospital, concluiu que a idade, gravidade da doença, comorbidades e estado de vacinação foram fatores que afetaram a mortalidade por COVID-19. As descobertas apoiam que a vacinação completa reduz as taxas de mortalidade relacionadas à COVID-19, a gravidade da doença e o tempo de internação hospitalar (Sezen *et al.*, 2022).

Mesmo sendo representada por muitas pessoas como um avanço científico por meio de discursos que enfatizaram a confiança na ciência, para alguns grupos, a vacina foi representada como um risco à saúde, associada a potenciais efeitos adversos, desconfiança em relação à velocidade de produção e teorias conspiratórias. Essa dialética não foi construída de forma neutra, mas sim moldada pelo discurso político evidenciado na Classe 3.

Decisões sobre a vacinação das pessoas envolvem vários fatores, como: conveniência, facilidade de disponibilidade e acesso, alfabetização em saúde, compreensibilidade e clareza das informações, julgamentos sobre risco versus benefício, noções de responsabilidade coletiva versus individual, confiança/desconfiança em instituições e cuidados de saúde, crenças, costumes ou ideologias pessoais ou de grupo (Peters, 2022).

Em um momento em que muitos governos promoveram a vacinação como responsabilidade social, motivados pela preocupação com a saúde e bem-estar da comunidade e pelo desejo de antecipar o fim de políticas que restringiam as liberdades individuais e a atividade econômica, no Brasil se evidenciou que partidos políticos e figuras públicas fizeram um movimento contrário às medidas de saúde pública e social que foram implantadas para conter a doença (Peters, 2022).

Antes da COVID-19, o tempo necessário para o desenvolvimento de vacinas seguras e eficazes era medido em décadas, entretanto, os anos de pesquisa científica básica sobre imunologia e a compressão de células humanas, nove meses após o sequenciamento do vírus da COVID-19 e os testes clínicos em humanos de uma vacina, fizeram com que as primeiras doses fossem entregues já em dezembro de 2020. Apesar do fato óbvio de que as vacinas salvam vidas e reduzem o sofrimento humano, tem havido oposição à vacinação desde a época de Edward Jenner (1749-1823)¹ (Albrecht, 2022; Andre, 2008).

Mesmo com todo movimento antivacina que sempre existiu, a resistência à vacina contra a COVID-19 parece diferente devido a profundos fundamentos políticos. Governos e figuras públicas desempenharam um papel importante em questões globais e locais em torno do acesso, hesitação e resistência às vacinas. Além disso, entre as barreiras à vacinação universal, há também a desinformação sobre os benefícios, sua composição e seus efeitos adversos divulgados pela internet e mídias sociais (Peters, 2022; Puri *et al.*, 2020).

A COVID-19 forneceu um terreno fértil para muita informação, incluindo desinformação durante o gerenciamento da doença. O termo infodemia tem sido usado para delinear os perigos da desinformação após um evento agudo de saúde que pode afetar negativamente a resposta social à pandemia. Durante a pandemia, houve uma disseminação crescente de informações em plataformas de mídia social como *Facebook* e *Twitter* para distribuição rápida de novas informações (Tentolouris *et al.*, 2021).

O grande problema era que a grande quantidade de informação que estava sendo compartilhada não possibilitava que fosse facilmente filtrada, e as notícias falsas, bem como informações imprecisas, se espalharam mais rápido e amplamente do que notícias baseadas em fatos e comprovações científicas. Para complicar ainda mais o quadro, o grande perigo era quando líderes políticos com forte influência popular expressavam suas opiniões fundamentadas em relatos infundados da realidade ou teorias da conspiração (Tentolouris *et al.*, 2021; Hornsey *et al.*, 2020).

A UCE nº284, da UCI nº3 (Classe 3), mostra claramente como a palavra de uma autoridade política se tornou mais relevante do que o consenso científico ao expressar que *‘Muita gente comprava o medicamento porque ele (Bolsonaro) disse que é bom, que trata, e infelizmente, muitas pessoas, inclusive profissionais de saúde, disseminavam a ideia’*. Aqui, a autoridade do presidente criou uma narrativa paralela, um exemplo típico da pós-verdade. Não importa que a ciência não sustentasse o medicamento para tratamento; a percepção de eficácia foi baseada em uma crença pessoal ou política, não em evidência objetiva.

Pela primeira vez na história moderna a pessoa que ocupava o cargo de Presidente de uma das maiores potências mundiais durante a pandemia da COVID-19, expressava suas opiniões antivacinação e reforçava a estigmatização oriental durante a pandemia. Com isso, Presidentes de outros países – principalmente de política de extrema-direita – se viram representados e legitimados a seguirem atitudes contrárias a tudo o que vinha sendo recomendado por instituições de saúde como estratégia de contenção da COVID-19.

Pesquisas realizadas na primeira década do século XXI apontaram que pessoas com políticas relativamente extremas estão mais dispostas a acreditar em conspirações secretas e malignas pelos principais problemas que a sociedade enfrenta do que aquelas com políticas mais centristas. As pesquisas sugerem que circunstâncias sociais angustiantes e que promovem sentimentos de ameaça, como foi a pandemia da COVID-19, aumentam o apelo de movimentos políticos extremistas, bem como o apoio das pessoas a líderes radicais (Midlarsky, 2011; Hogg *et al.*, 2010).

Políticos são vistos como reflexo dos valores e atitudes do seu eleitorado, ou seja, por isso são chamados de representantes. O potencial que um líder tem de influenciar os seus seguidores é maior se ele se estabelece como um membro altamente prototípico.

Um líder prototípico é visto como um modelo ideal do que significa pertencer ao grupo. Quanto maior for a capacidade de o representante refletir a essência dos seus seguidores, isso aumenta o seu poder para influenciar atitudes e comportamentos.

A análise dos resultados desta pesquisa revela claramente a influência da pós-verdade e das *fake news* nas RS da COVID-19, especialmente em relação às percepções de vulnerabilidade e confiança nas vacinas. Várias UCE demonstram como a autoridade política se sobrepôs ao consenso científico, criando narrativas paralelas nas quais o emocional, o político e o ideológico se tornaram critérios dominantes.

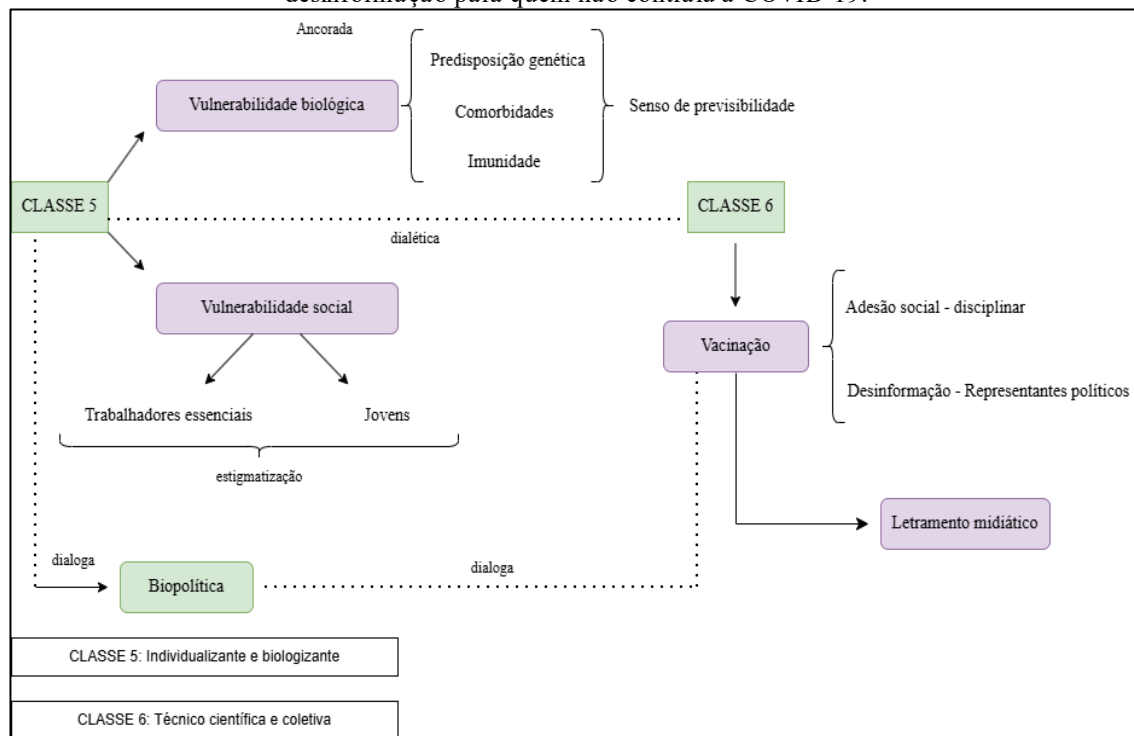
Por exemplo, expressões como 'gripezinha' e a confiança cega em medicamentos sem respaldo científico, citados por autoridades políticas, exemplificam como a pós-verdade distorceu os processos de ancoragem e objetivação. Muitas pessoas ancoraram sua percepção de risco não em dados científicos, mas em crenças difundidas por líderes políticos ou por redes sociais, criando uma RS da pandemia marcada por conflitos epistemológicos. Assim, a confiança nas vacinas também foi maculada por dúvidas não científicas, mas derivadas de *fake news*, que levantaram questões infundadas sobre sua eficácia ou possíveis riscos futuros. Essa dinâmica desestabilizou as RS, fragmentando-as em versões contraditórias e instáveis, em que a verdade deixou de ser um consenso e tornou-se uma questão de opinião pessoal ou alinhamento político.

Na COVID-19, ficou evidente que a comunicação em saúde vai além da mera transmissão de informações científicas; ela precisa ser eficaz, inclusiva e capaz de combater a desinformação e o oportunismo econômico e político. A disputa pelo controle da narrativa revelou o impacto do discurso na percepção pública, influenciando desde a adesão a medidas sanitárias até a aceitação da vacinação. Desse modo, garantir que a comunicação seja de fontes confiáveis e acessíveis a diferentes grupos sociais não é apenas uma estratégia de conscientização, mas uma ferramenta essencial para preservar a democracia, promover a equidade em saúde e evitar que crises futuras sejam exploradas como armas de polarização e opressão.

Dentro das principais temáticas do bloco III, promover o letramento midiático para que as pessoas saibam identificar fontes confiáveis de informação, é essencial para interromper o ciclo moderno e intenso de desinformação. Trabalhar com multiplicadores sociais, como agentes comunitários de saúde, educadores, pesquisadores e influenciadores confiáveis, pode ser uma estratégia para desconstruir RS distorcidas da COVID-19. Além disso, criar canais de comunicação em redes sociais que apresentem algoritmos ágeis e voltados para conteúdos curtos e dinâmicos pode potencializar a

visualização e viralização². A seguir, apresenta-se um esquema explicativo das conexões dos elementos (Figura 25), do campo das representações sociais que articula pandemia, biopolítica e desinformação para quem não contraiu a COVID-19 (Figura 26) e a representação social da COVID-19 para quem não contraiu o vírus (Figura 27).

Figura 25 - Esquema explicativo com a conexão dos elementos sobre a pandemia, biopolítica e desinformação para quem não contraiu a COVID-19.



Fonte: Autoria própria, 2025.

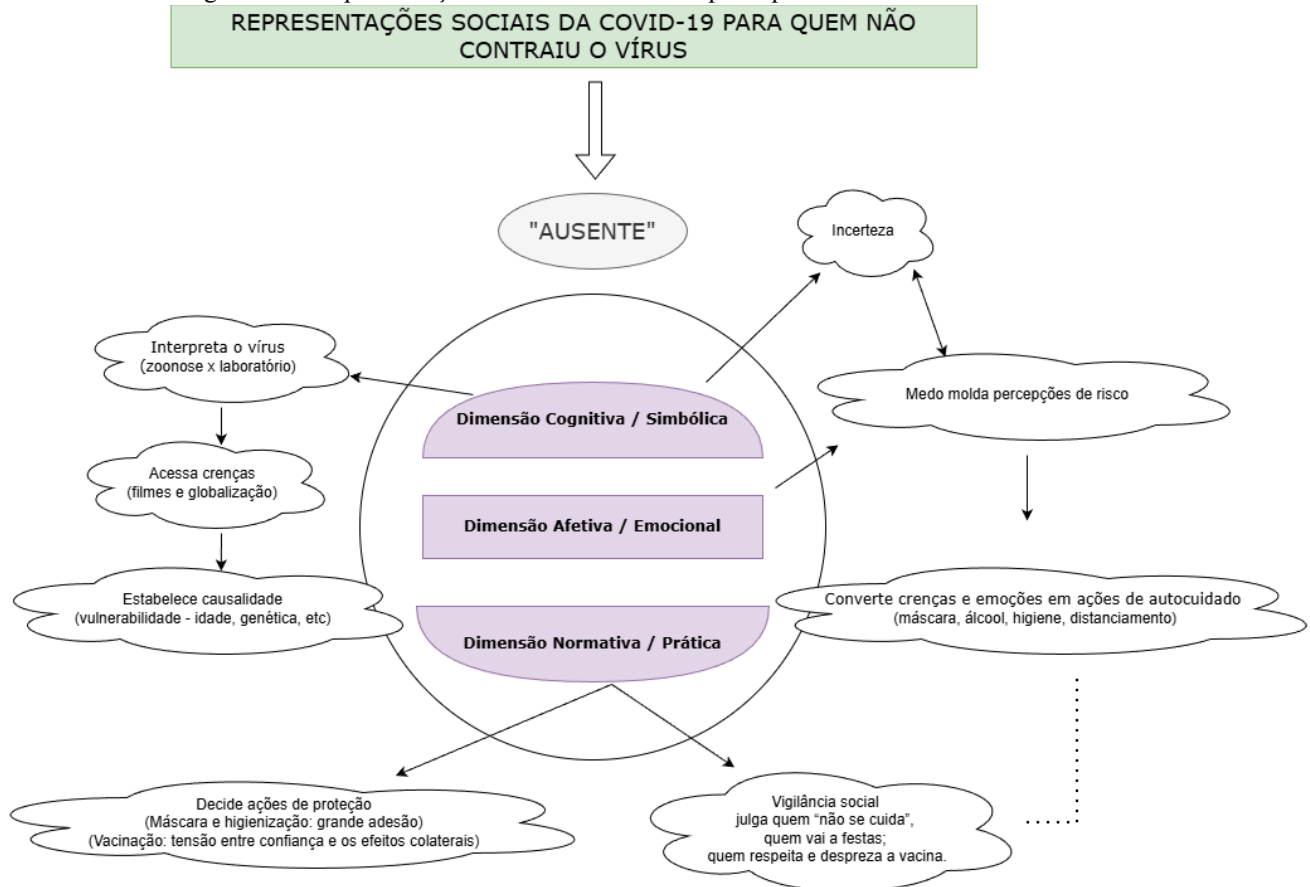
Figura 26 - Campo das representações sociais da COVID-19 articulando pandemia, biopolítica e desinformação para quem não contraiu a COVID-19.

Campo das Representações Sociais		
INFORMAÇÃO CONCEITO	CAMPO DE REPRESENTAÇÃO	ATITUDES
Pandemia da COVID-19: fenômeno novo e ameaçador. Ancoragem biológica e moral: vulnerabilidade associada à genética, comorbidades e responsabilidade individual. Desinformação e pós-verdade: substituição do saber científico por crenças e discursos políticos. Vacina: símbolo de solução coletiva e disputa entre confiança científica e resistência ideológica.	Reconfiguração das RS sobre saúde, risco e proteção Disputa de saberes: ciência x política x opinião x mídia. Biopolítica (Foucault): gestão dos corpos e controle da vida pela saúde pública Governamentalidade neoliberal: deslocamento da responsabilidade pela saúde ao indivíduo (cuidado de si). Poder-saber: discursos científicos e políticos definem o que é "verdadeiro" e o que é "desviante". Moralização da doença: quem adoece é visto como culpado; quem se cuida é "virtuoso".	POSITIVAS - Adesão à vacinação e medidas preventivas. - Confiança na ciência e valorização da solidariedade. - Vacina como ato coletivo e ritual de esperança. NEGATIVAS - Resistência à vacina e crenças conspiratórias. - Culpabilização individual e negligência estatal. - Estigmatização de grupos (trabalhadores essenciais, jovens, infectados). - Polarização e descrédito da informação científica.

Fonte: Autoria própria, 2025.

2. Neologismo que significa difundir rapidamente um conteúdo na internet, por compartilhamento. Espalhar-se rapidamente como um vírus. **Fonte:** <https://dicionario.priberam.org/viralizar>.

Figura 27 – Representação social da COVID-19 para quem não contraiu o vírus.



Fonte: Autoria própria, 2025.

8. CAPÍTULO VIII - A COVID-19 E SUAS MARCAS: REPRESENTAÇÕES, SENTIDOS E APRENDIZADOS DE QUEM A CONTRAIU

Este capítulo busca explorar as RS da COVID-19 entre aqueles que contraíram a doença, analisando como essas percepções foram construídas, modificadas e ressignificadas ao longo do processo de infecção e recuperação. A experiência de adoecer foi marcada por sentimentos intensos e, muitas vezes, ambíguos.

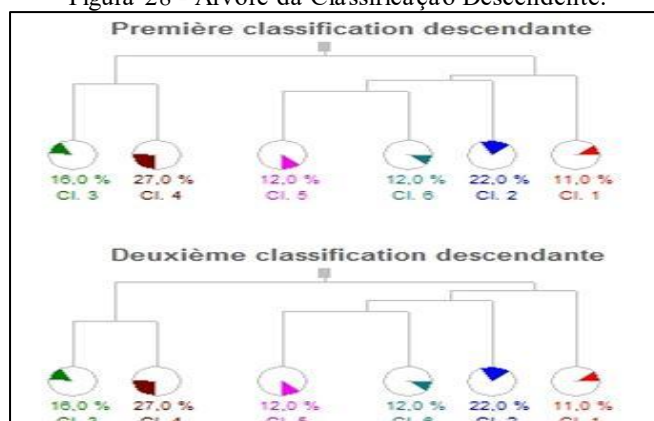
As RS construídas por esse grupo refletem um pensamento social marcado por ansiedade, isolamento, medo, morte e pandemia, elementos que estruturam a forma como a doença foi vivenciada e compreendida. A partir dos resultados gerados pelo *software Alceste* por meio da análise lexical, os dados serão apresentados e discutidos pelo referencial teórico da TRS e do cuidado de si de Michael Foucault.

8.1. Apresentação global dos resultados

Foram analisadas 20 Unidades de Contexto Inicial (UCI), correspondentes às entrevistas realizadas, submetidas ao processamento por meio do software. Durante a análise, o corpus foi segmentado em 1.873 Unidades de Contexto Elementares (UCE), contendo um total de 6.844 formas distintas. Após a etapa de lematização e redução lexical, identificaram-se 1.243 palavras analisáveis, incluindo substantivos, adjetivos e verbos, além de 295 palavras suplementares, como conjunções, artigos e preposições.

Do total de 1.873 UCE geradas, 1.413 foram selecionadas pelo software para análise, representando um índice de aproveitamento de 76%. O processamento do corpus resultou na emergência de seis classes temáticas distintas, cujas relações e organização podem ser observadas na árvore da classificação hierárquica descendente (CHD) apresentada na Figura 28.

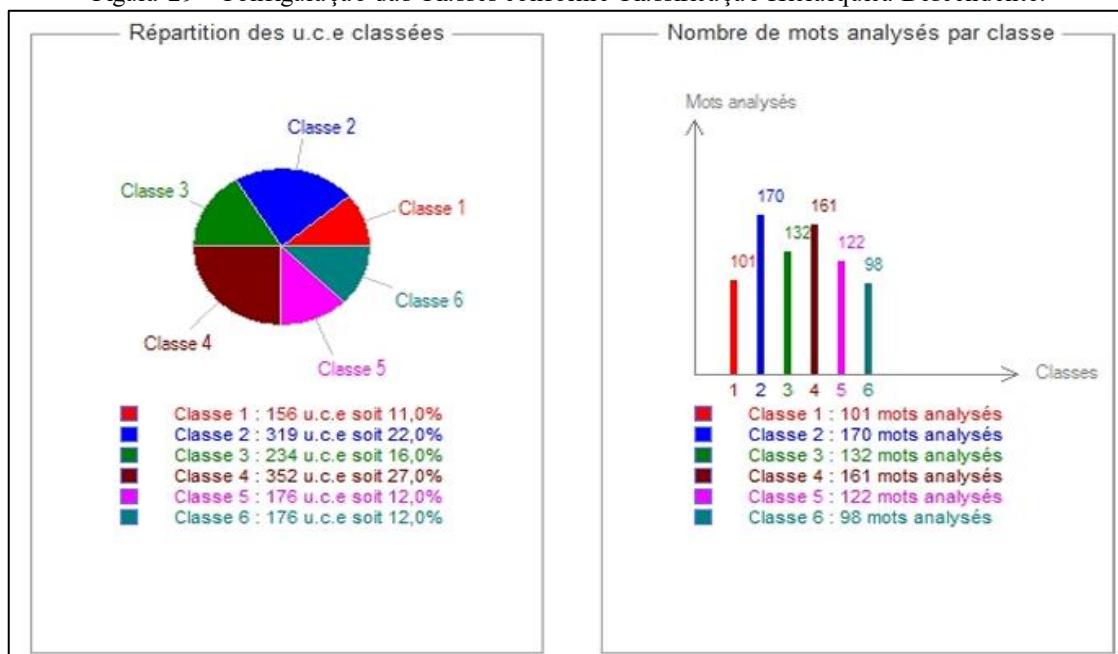
Figura 28 - Árvore da Classificação Descendente.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

A Figura 29 demonstra a distribuição das classes com base no quantitativo de UCE e seus respectivos percentuais, além do número de palavras passíveis de análise em cada classe. Dessa forma, a CHD evidencia como o *software* categorizou as divisões temáticas a partir dos percentuais de UCE e dos agrupamentos lexicais mais representativos de cada grupo.

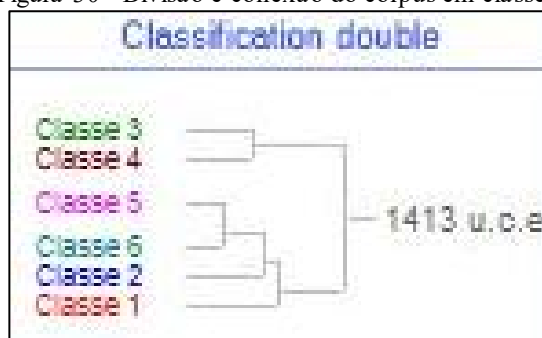
Figura 29 - Configuração das Classes conforme Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

A Figura 30 ilustra tanto a segmentação quanto a conexão entre essas classes. A partir do processamento e da apresentação global do corpus gerado pelo *software Alceste*, obteve-se a classificação hierárquica descendente (CHD), representada no dendrograma da Figura 31. Na Figura 31 visualiza-se mais claramente a formação de dois blocos que correspondem a núcleos de sentidos específicos, resultando na formação de seis classes distintas. Observa-se um bloco com as classes 3 e 4 e um outro bloco, com as classes 1, 2, 5 e 6, sendo que as classes 1 e 2 se desprendem e as classes 5 e 6 formam, juntas, um sub-bloco.

Figura 30 - Divisão e conexão do corpus em classes.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

No grupo de participantes que contraíram a COVID-19, a primeira ramificação (Classe 1) que emergiu trouxe as representações focadas em práticas preventivas e de higiene. Esta classe reflete o discurso oficial da saúde pública e reúne palavras fortemente associadas a práticas de autocuidado e proteção contra a COVID-19.

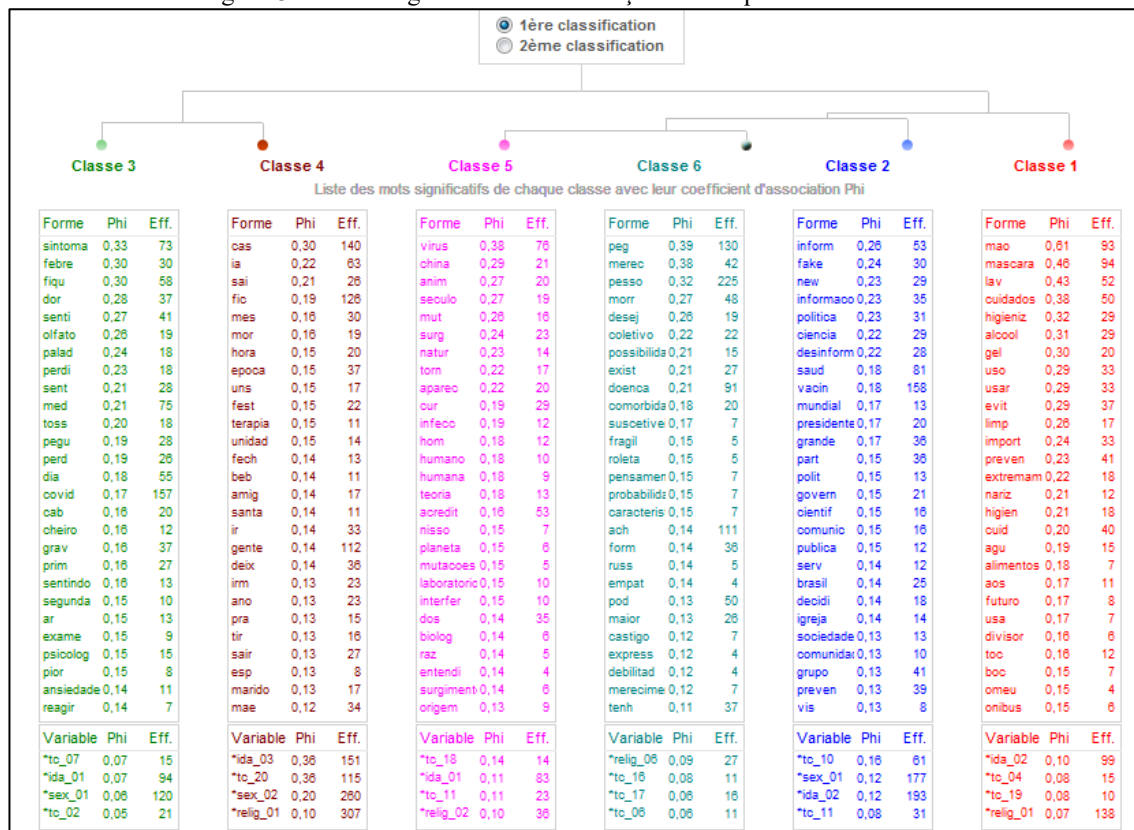
A segunda ramificação (Classe 2) que se desprende do texto representa um eixo fundamental na construção das representações sociais da COVID-19, com abordagem do papel da informação e desinformação, bem como as influências políticas sobre a percepção da pandemia.

O fato de essa classe estar diretamente conectada as narrativas sobre a origem do vírus (Classe 5) e a percepção de risco e julgamento moral (Classe 6) mostra que a informação, a desinformação e a política foram fatores determinantes no comportamento da população diante da COVID-19. Essa conexão mostra que as RS da pandemia não se basearam apenas em fatores científicos, mas também em narrativas culturais, crenças e discursos políticos, que ajudaram a construir diferentes percepções sobre a doença e seu impacto na sociedade.

O bloco composto pelas classes 3 e 4 representam a vivência direta da COVID-19, mas sob perspectivas complementares, como: a classe 3 apresenta seu foco nos sintomas e os impactos físicos e emocionais em quem contraiu a doença. Na classe 4, destacam-se elementos que representam o isolamento social e o impacto na rotina dos indivíduos.

A Figura 31 demonstra a representação visual hierárquica com tópicos emergentes da análise.

Figura 31 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Quadro 13: Distribuição das classes e seus enfoques.

BLOCO		CLASSE LEXICAL	CONTEXTO
1	Medidas de precaução: a ritualização da higienização na pandemia	Classe 1	Discurso de saúde pública e medidas preventivas
		Classe 2	Aspectos relacionados à informação, desinformação e política
SUB-BLOCO I			
	Entre a origem do vírus e os sentidos do adoecer	Classe 5	Explicação causal da origem do vírus
		Classe 6	Experiência subjetiva do adoecer
BLOCO			
2	Da vivência dos sintomas ao reordenamento do cotidiano	Classe 3	Experiência com os sintomas
		Classe 4	Experiência coletiva

Fonte: Autoria própria, 2025.

8.2. Bloco I - Medidas de precaução: a ritualização da higienização na pandemia

A primeira ramificação explora a classe 1 e sua ênfase nas práticas de higienização e prevenção no contexto da COVID-19. Assim como o grupo que não contraiu a doença, a classe 1 foi ancorada em representações prévias a medidas já conhecidas contra infecções e foram reforçadas durante a pandemia.

Essa ancoragem mostra que independente de contrair ou não o vírus, as medidas preventivas foram internalizadas impulsionadas por discursos institucionais (OMS,

governos, campanhas de saúde) que enfatizaram a importância dessas práticas no combate à transmissão do vírus. Dessa forma, o entendimento da pandemia foi estruturado a partir dessas noções já conhecidas, tornando a higiene um pilar central da resposta à crise sanitária.

A classe 1 foi formada por 156 UCE, constituídas por 101 palavras analisáveis, correspondendo 11% do corpus. No quadro 13 constam as palavras mais representativas da classe em suas formas reduzida e completa e o valor de *Phi* a elas associado.

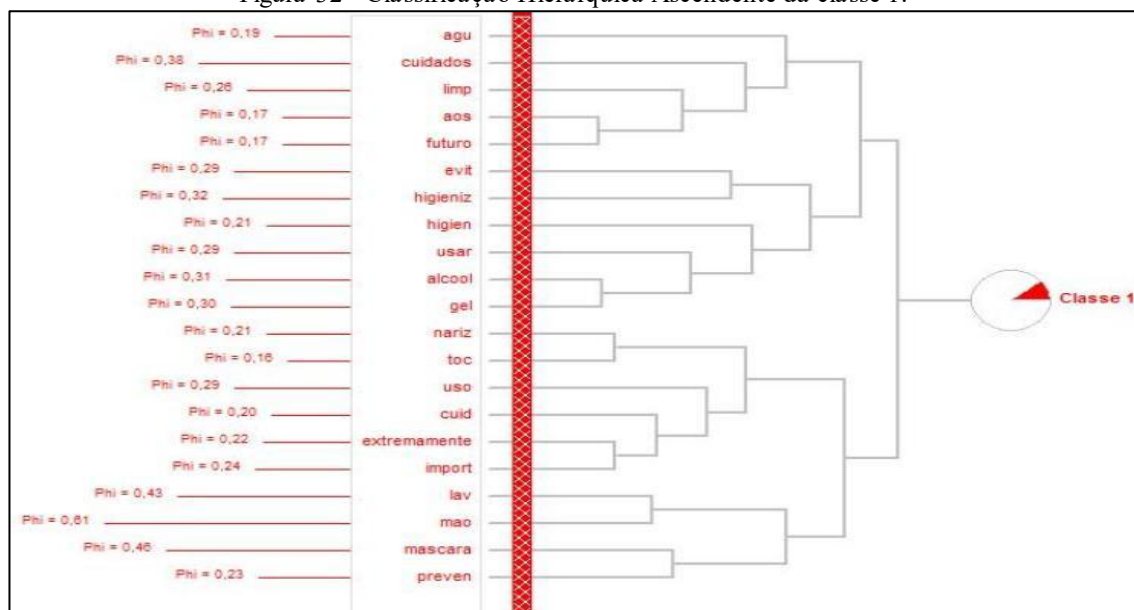
Quadro 14: Palavras representativas da classe 1.

CLASSE 1 - 156 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
mao	mao(35) maos(56) maozinha(2)	0,61
maskara	maskara(85) maskaras(9)	0,46
lav	lava(2) lavagem(5) lavando(8) lavar(37)	0,43
cuidados	cuidados(48) cuidadosa(2)	0,38
higieniz	higienizacao(12) higienizando(3) higienizar(13) higienizo(1)	0,32
alcool	alcool(29)	0,31
gel	gel(19) gele(1)	0,30
uso	uso(33)	0,29
usar	usar(33)	0,29
evit	evita(1) evitando(1) evitar(32) evitei(1) evito(1) evitou(1)	0,29
limp	limpando(2) limpar(4) limpas(2) limpeza(8) limpezas(1)	0,26
import	importante(30) importantes(3)	0,24
preven	prevencao(23) prevenir(18)	0,23
extremamente	extremamente(18)	0,22
nariz	nariz(12)	0,21
higien	higiene(16) higienico(1) higienicos(1)	0,21
cuid	cuidado(33) cuidando(1) cuidar(6)	0,20
agu	agua(7) aguas(7) aguinha(1)	0,19
alimentos	alimentos(7)	0,18
aos	aos(11)	0,17
futuro	futuro(8)	0,17
usa	usa(7)	0,17
divisor	divisor(6)	0,16
toc	toca(6) tocamos(3) tocar(2) tocava(1)	0,16
boc	boca(7)	0,15
omeu	omeu(4)	0,15
onibus	onibus(6)	0,15

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

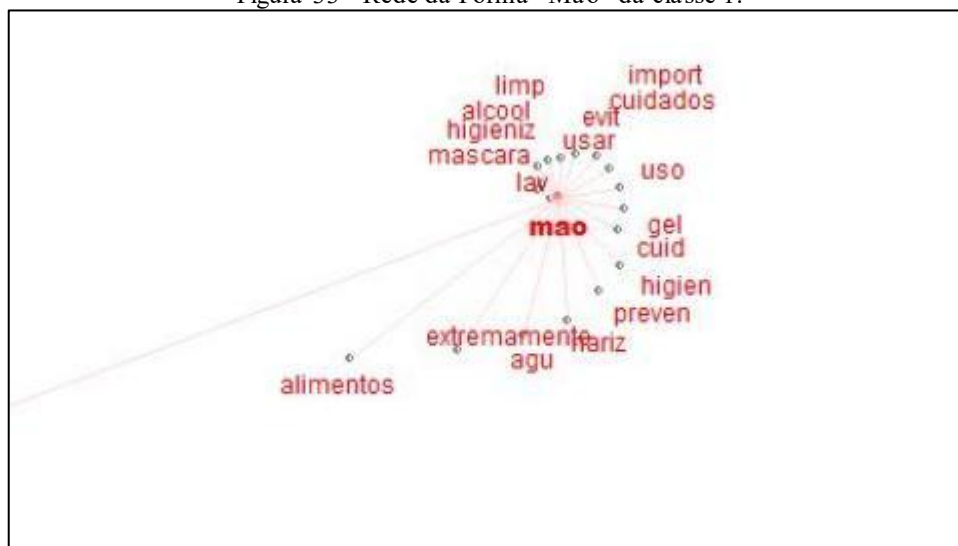
As Figuras 32 e 33 representam a CHA e a Rede da Forma “Mão” da classe 1, respectivamente.

Figura 32 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 1.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 33 - Rede da Forma “Mão” da classe 1.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Na Figura 32 que apresenta a CHA da classe 1, observa-se que os radicais com maior valor de *phi*, são: ‘mão’ ($\phi=0,61$), ‘máscara’ ($\phi=0,46$), ‘lavar’ ($\phi=0,43$) e ‘cuidados’ ($\phi=0,38$). Palavras como mão, máscara, lavar e cuidados, mostram uma forte relação com práticas de autocuidado e proteção contra o vírus. É uma categoria ligada ao discurso de saúde pública e medidas preventivas.

Assim, classe 1 apresentou maior associação com participantes situados na faixa etária de 31 a 40 anos, que se declararam católicos e do sexo feminino. Para corroborar a ideia representativa da classe 1, serão apresentadas as UCE cujos léxicos identificados

foram devidamente contextualizados.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 1

Ideia chave – Medidas preventivas internalizadas no cotidiano

uce nº741 $\Phi=0,05$ uci nº9: *tc_09 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Os cuidados para prevenir a COVID-19 são lavar as mãos com frequência. Quando não for possível, usar álcool, máscara e evitar aglomerações. Um cuidado que considero extremamente importante para prevenção da COVID-19 seria o uso da máscara porque acho que até quando você aglomera, a máscara dá uma segurada bacana.

uce nº875 $\Phi=0,04$ uci nº10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

A vacina, hoje, é, inclusive, uma forma de reduzir o risco de contrair a COVID-19 de forma grave. A vacinação é extremamente importante e, depois dela, os principais cuidados incluem o uso de máscara e a higienização das mãos.

uce nº865 $\Phi=0,04$ uci nº10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Lavar as mãos, ou seja, higienizá-las tanto com água e sabão quanto com álcool em gel, assim como higienizar os objetos que você utiliza com frequência, como, por exemplo, o celular.

uce nº1498 $\Phi=0,04$ uci nº17: *tc_17 *sex_01 *ida_01 *relig_06

Os cuidados que adoto para prevenir a COVID-19 incluem evitar tocar em superfícies, lavar sempre as mãos e usar máscara.

uce nº1731 $\Phi=0,04$ uci nº20: *tc_20 *sex_02 *ida_03 *relig_01

Manter a higiene básica, evitar aglomerações e usar álcool em gel são medidas essenciais. A higienização das mãos é especialmente importante, pois elas são um dos principais veículos de transmissão de doenças.

uce nº1626 $\Phi=0,04$ uci nº19: *tc_19 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Ter o cuidado de não levar a mão ao nariz, aos olhos ou à boca, e manter sempre o uso da máscara como forma de prevenção, pois, às vezes, as pessoas são assintomáticas.

uce nº1628 $\Phi=0,04$ uci nº19: *tc_19 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Acredito que a lavagem das mãos é um cuidado extremamente importante para a prevenção da COVID-19, pois nossas mãos tocam em vários lugares e, muitas vezes, levamos a mão ao nariz, à boca ou coçamos os olhos.

Ideia chave – A normalização dos cuidados preventivos na vida pós-pandemia

uce nº62 $\Phi=0,04$ uci nº1: *tc_01 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Com relação aos cuidados básicos, realmente houve mudanças. Culturalmente, acho que não estávamos acostumados a usar máscara ou a lavar as mãos com frequência. Por exemplo, acabei de descer do ônibus e, antes, não tínhamos o hábito de higienizar as mãos ou usar álcool em gel. Agora, isso se tornou parte da nossa rotina.

uce nº358 e 379 $\Phi=0,03$ uci nº4: *tc_04 *sex_02 *ida_02 *relig_01

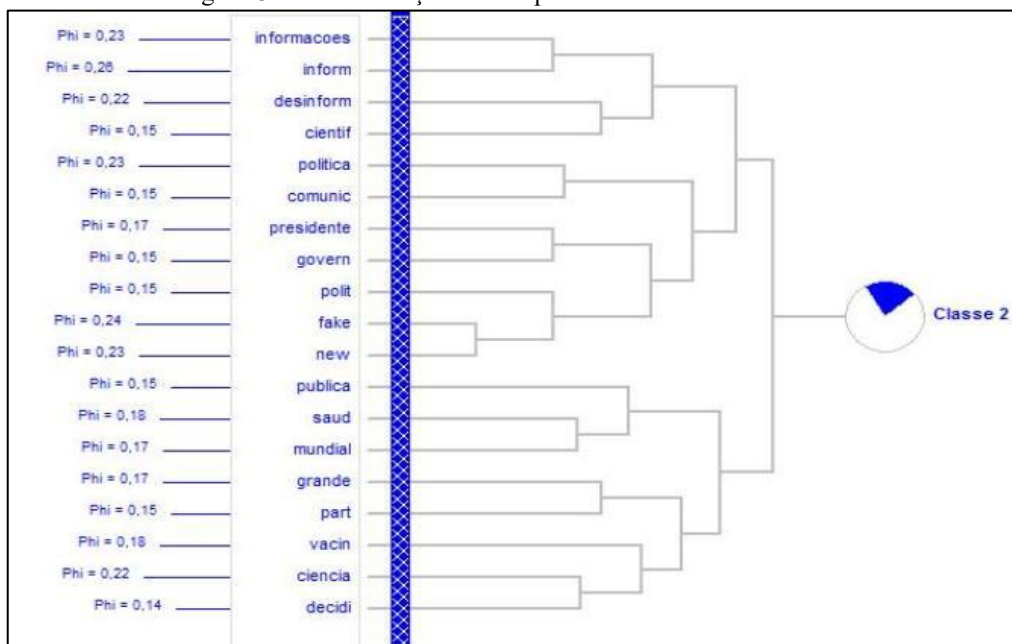
O fato de usar transporte público algumas vezes por semana, acho, contribuiu para a adoção de mais cuidados. Nesse período, eu estava sempre de máscara, tomando precauções, lavando as mãos e usando álcool em gel. Fiquei mais atenta, mas sem exageros. Acho que, quando digo que estou mais cuidadosa, é porque algumas práticas se normalizaram depois da COVID-19, como usar máscara descartável para se proteger de viroses e carregar álcool em gel na bolsa.

As Classes lexicais 1 e 2 se desprenderam do restante do texto e não formaram juntas um bloco único; no entanto, ambas trazem questões gerais que perpassam os outros blocos, com a Classe 1 trazendo as medidas de higiene e prevenção da COVID-19, e a Classe 2 abordando aspectos relacionados à informação, desinformação e política. Por compreender que essas duas classes refletem a influência mútua entre a comunicação social e o cuidado de si e do outro para ações de proteção, a opção foi pela apresentação e discussão destas duas em conjunto.

Na segunda ramificação tem-se a classe 2, composta por 319 UCE, com 170 palavras analisáveis, o que corresponde a 22% do *corpus*. As figuras 34 e 35 representam a CHA e a Rede da Forma “inform” da classe 2, respectivamente. Pela CHA da classe 2, os radicais com maior valor de *phi* foram: ‘informação’ ($\phi=0,26$), ‘fake’ ($\phi=0,24$), ‘política’ ($\phi=0,23$) e ‘ciência’ ($\phi=0,22$).

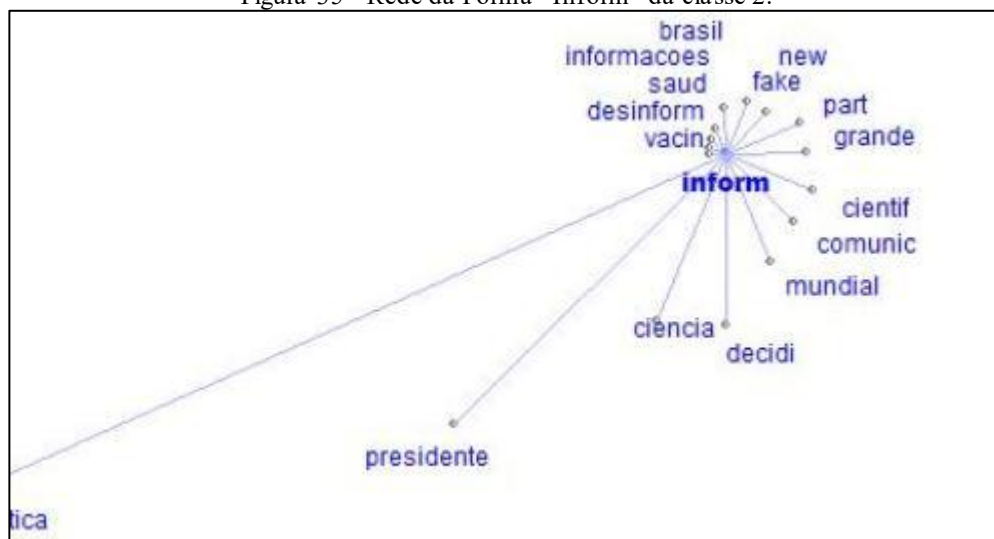
A Classe 2 esteve mais associada aos participantes do sexo feminino, também na faixa etária de 31 a 40 anos e que autodeclararam católicos. No entanto, ao apresentar as ideias-chaves presente nas UCEs, evidenciou-se que as falas voltadas para a temática da pandemia como discurso político foi mencionada majoritariamente por homens, enquanto o impacto das *fake news* na comunicação social, esteve mais associada às participantes do sexo feminino. A predominância desse perfil evidencia que a variável sexo influenciou a forma como os sujeitos se engajaram nos discursos sobre ciência, *fake news* e posicionamentos políticos durante a crise sanitária.

Figura 34 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 2.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 35 - Rede da Forma “Inform” da classe 2.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

A Classe 2 retrata a disseminação de informações e desinformações sobre a COVID-19, incluindo *fake news* e discursos políticos sobre a pandemia. O quadro 15 apresenta as formas reduzidas, completas e o valor de *phi* de cada termo analisado.

Quadro 15: Palavras representativas da classe 2.

CLASSE 2 – 319 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
inform	informacao(48) informada(1) informado(1) informando(1) informar(2)	0,26
fake	fake(30)	0,24
new	news(29)	0,23

informacoes	informacoes(35)	0,23
politica	politica(24) politicamente(1) politicas(6)	0,23
ciencia	ciencia(28) ciencias(1)	0,22
desinform	desinformacao(25) desinformado(1) desinformar(2)	0,22
saude	saude(81)	0,18
vacin	vacina(87) vacinacao(31) vacinada(2) vacinado(1) vacinal(5) vacinar(8)	0,18
mundial	mundial(13)	0,17
presidente	presidente(20)	0,17
grande	grande(28) grandes(8)	0,17
part	parte(25) partimos(1) partir(9) partiu(1)	0,15
polit	politico(10) politicos(3)	0,15
govern	governa(1) governantes(2) governo(18)	0,15
cientif	cientifica(10) cientifico(3) cientificos(3)	0,15
comunic	comunicacao(15) comunicar(1)	0,15
publica	publica(12)	0,15
serv	serve(1) servico(3) servicos(7) serviu(1)	0,14
brasil	brasil(20) brasileira(4) brasileiros(1)	0,14
decidi	decidi(18)	0,14
igreja	igreja(13) igrejas(1)	0,14
sociedade	sociedade(13)	0,13
comunidade	comunidade(9) comunidades(1)	0,13
grupo	grupo(16) grupos(25)	0,13
preven	prevencao(23) prevenir(18)	0,13
vis	visao(4) visivel(1) visoes(3)	0,13

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 2

Ideia chave – A pandemia como discurso político

uce n°1125 $\Phi=0,03$ uci n°12: *tc_12 *sex_02 *ida_01 *relig_02

Toda uma situação foi criada conforme a doença se desenvolveu em cada país. Em nível mundial, a pandemia gerou uma carga política. No Brasil, por exemplo, a COVID-19 foi utilizada como ferramenta para fortalecer ou enfraquecer determinados governos. No caso do governo Bolsonaro, seus apoiadores tentaram minimizar a gravidade da doença a fim de sustentar sua gestão.

uce n°904 $\Phi=0,03$ uci n°10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

O presidente sempre atacou as instituições, a ciência e a tecnologia em saúde no Brasil. Além disso, criticava as universidades, alegando que nelas não havia produção científica. Ele reforçou sua ideia com base em estudos frágeis, defendendo que o tratamento precoce era eficaz.

uce n°1022 $\Phi=0,02$ uci n°11: *tc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Vejo que tudo está ligado à política partidária. Por exemplo, na igreja da qual eu fazia parte, o movimento bolsonarista era muito forte. Assim, tudo o que era dito pelo representante da federativa era seguido à risca dentro da própria igreja.

uce n°912 $\Phi=0,02$ uci n°10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Para mim, a recomendação do tratamento precoce foi um atentado contra a saúde pública no Brasil. Se fôssemos um país sério, o presidente Bolsonaro já estaria preso há muito tempo por suas atitudes. No entanto, por ser um homem privilegiado — branco, heterossexual, casado e religioso —, ele mobiliza vários grupos e acumula diversos privilégios.

uce n°38 $\Phi=0,02$ uci n°1: *tc_01 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Como te falei, muitas das consequências, não necessariamente da vacina, mas da própria doença

em pessoas que tiveram COVID-19, só serão totalmente conhecidas a longo prazo. Em parte, isso se deve a essa incerteza, e, por outro lado, à má gestão no país. A forma como a pandemia foi gerida no Brasil repercutiu de maneira extremamente negativa.

Ideia chave – O impacto das Fake News na comunicação social

uce n°1284 Phi=0,03 uci n°13: *tc_13 *sex_02 *ida_02 *relig_01

O uso de fake news teve um grande impacto na disseminação da informação. Muitas delas eram falsas e amplamente compartilhadas para prejudicar a gestão correta da pandemia.

uce n°640 Phi=0,03 uci n°8: *tc_08 *sex_02 *ida_02 *relig_01

A desinformação, sobretudo nas redes sociais — especialmente no WhatsApp, em mensagens de grupos fechados, no Telegram e no Facebook —, se espalhou amplamente. As pessoas não buscavam fontes fidedignas. Além disso, o próprio governo banalizou a pandemia e não foi um parceiro no seu combate. A desinformação partia justamente de quem deveria assegurar informações corretas.

uce n°272 Phi=0,02 uci n°3: *tc_03 *sex_02 *ida_02 *relig_01

De tanto circular, uma notícia acaba sendo tratada como verdade. A quantidade de mensagens que circulavam no WhatsApp — nos grupos de trabalho, da igreja e da família — era enorme. Cansei, diversas vezes, de desmentir fake news no grupo da família, principalmente sobre a vacina.

uce n°1340 Phi=0,03 uci n°14: *tc_14 *sex_02 *ida_02 *relig_01

O senso comum está presente nas Fake News. Ele se manifesta na geração de notícias falsas, que não apenas são vistas, mas também disseminadas pela fala. Uma pessoa vê, repassa para outra e, no fim, as pessoas acabam agindo ou deixando de agir conforme o que o senso comum propagou.

uce n°772 Phi=0,02 uci n°9: *tc_09 *sex_02 *ida_02 *relig_01

O movimento de fake news durante a pandemia da COVID-19 se espalhou principalmente pelo WhatsApp e Facebook. Até hoje, as pessoas continuam fazendo montagens e divulgando informações falsas. Chegam aquelas mensagens sem fonte alguma, dizendo que a pandemia é um castigo ou algo do tipo. Enfim, existem diversas teorias.

uce n°1152 Phi=0,02 uci n°12: *tc_12 *sex_02 *ida_01 *relig_02

As Fake News foram amplamente utilizadas pelo governo Bolsonaro e por seus apoiadores. Além disso, em menor escala, também foram disseminadas por seus opositores. Não há como negar que ambos os lados recorreram às Fake News, mas o governo Bolsonaro foi o principal responsável. Criaram-se muitas narrativas falsas que apenas prejudicaram a vida da população.

Ideia chave – Vacinação, confiança e comunicação científica

uce n°606 Phi=0,03 uci n°7: *tc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Não foi uma decisão baseada apenas em mim, mas no coletivo. Decidi completar o esquema vacinal seguindo as orientações da OMS e acreditando que, somente com a vacinação completa, eu estaria realmente protegido e com menor risco de contrair a doença.

uce n°149 Phi=0,02 uci n°2: *tc_02 *sex_01 *ida_03 *relig_01

As evidências são claras. Quando falo em provas, refiro-me aos canais oficiais, onde é possível encontrar informações corretas. Eles afirmam que você deve tomar a vacina, mas, se prefere seguir por outro caminho, só pode ser por ideologia.

uce n°1456 Phi=0,02 uci n°16: *tc_16 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Se for necessário tomar o reforço da vacina todos os anos, eu tomo, pois é o que o Ministério da

Saúde, que presumo ser nosso guia de condutas na saúde brasileira, prevê.

8.2.1. Discussão

De acordo com Moscovici (2015, p.26) *“As representações sociais são construídas pelos sujeitos quando da elaboração compartilhada do conhecimento”*, ou seja, as RS são construídas e transformadas por meio da interação social, tornando-se um conhecimento comum que orienta comportamentos individuais e coletivos. Assim, a presença frequente das palavras "mão", "máscara", "lavar" e "cuidados" reforça a ideia de que a pandemia reestruturou as RS sobre higiene e prevenção, tornando essas práticas parte de um repertório coletivo compartilhado.

Nas UCEs ficam evidentes que antes da pandemia os hábitos de prevenção e higiene não eram uma preocupação central na rotina das pessoas, principalmente a lavagem das mãos. Contudo, durante e após as fases críticas da pandemia, esse hábito se tornou um reflexo internalizado especialmente em locais públicos, como demonstrado na UCE nº62 *‘Com relação aos cuidados básicos, realmente houve mudanças. [...] Por exemplo, acabei de descer do ônibus e, antes, não tínhamos o hábito de higienizar as mãos ou usar álcool em gel. Agora, isso se tornou parte da nossa rotina’*.

A pandemia não apenas evidenciou que medidas emergenciais de higiene e prevenção eram necessárias para conter a disseminação do vírus, mas como essas práticas de cuidado transformaram comportamentos cotidianos orientando a normalização de hábitos que antes eram esporádicos ou vistos como excessivos, especialmente na cultura brasileira. No caso da classe 1 a alta associação estatística da palavra mão e sua rede de relações sugerem que a COVID-19 acionou a ideia de uma doença dependente do contato físico com superfícies nas suas representações.

Assim, pode-se dizer que o termo apresentou um duplo papel na pandemia: o toque em superfícies contaminadas e na face foi amplamente mencionado pelos participantes como um dos principais mecanismos de infecção com o vírus, ou seja, aqui o seu papel é como veículo de contaminação, como vislumbrado na UCE nº1731 *“a higienização das mãos é especialmente importante, pois elas são um dos principais veículos de transmissão de doenças”*.

Simultaneamente, a higienização das mãos (com água, sabão e álcool em gel) foi amplamente promovida como uma das medidas essenciais para evitar a infecção, logo, teve um papel como ferramenta de proteção como expresso na UCE nº865 *“Lavar as mãos, ou seja, higienizá-las tanto com água e sabão quanto com álcool em gel”*. Isso

revela que a COVID-19 foi representada socialmente como uma doença que poderia ser controlada por ações individuais, especialmente por meio do cuidado com as mãos.

A classe 2, que representa os aspectos informacionais da pandemia e se articula com a construção das RS veiculadas em outras classes, revela como as decisões individuais e coletivas não foram moldadas apenas pela comunicação científica, mas orientaram-se pelas RS construídas e compartilhadas em diferentes contextos sociais e culturais. Marková (2017), ao discutir os pressupostos epistemológicos da TRS, destaca que essas representações emergem da relação dinâmica Ego-Alter-Objeto, na qual as informações são continuamente negociadas, reinterpretadas e ressignificadas pelos grupos sociais.

Neste cenário, o acesso à informação e em especial a credibilidade das fontes de comunicação desempenharam papel central. As práticas preventivas, como o uso de máscaras e álcool em gel, tornaram-se objeto de intenso debate e, em muitos casos, foram alvo de campanhas deliberadas de desinformação. Um estudo realizado com objetivo de identificar conteúdos polarizadores nas mídias sociais durante a COVID-19 evidenciou que tópicos com extrema polaridade e alta subjetividade têm mais probabilidade de serem associados à disseminação de notícias falsas (Comito, 2024).

A autora revela que assuntos com extrema polarização e alta subjetividade, principalmente os que envolvem questões sociais, políticas e eventos controversos, frequentemente apresentam um elevado grau de vulnerabilidade à desinformação por mobilizar sentimentos fortemente positivos ou negativos das pessoas. Outra métrica importante para avaliar a probabilidade de um assunto ser associado à disseminação de *fake news* é a entropia, que reflete a diversidade de opiniões dentro do tópico.

Na COVID-19, algumas temáticas tiveram maior propensão de estarem relacionados à desinformação ou *fake news* por mobilizarem discussões polarizadas e afetos, como: eficácia das máscaras na prevenção da COVID-19; segurança e eficácia das vacinas; origem do vírus COVID-19; uso de hidroxicloroquina ou outros medicamentos para tratamento da doença; gravidade dos sintomas em diferentes faixas etárias; precisão dos métodos de teste diagnóstico; papel da imunidade de rebanho na transmissibilidade; impacto dos confinamentos (*lockdowns*) e medidas de distanciamento social na saúde pública; teorias da conspiração e efeitos de longo prazo da doença na saúde física e mental (Comito, 2024).

Observou-se também, uma diferenciação na forma como os discursos se organizaram, na dependência do sexo/gênero masculino e feminino. Enquanto os homens

enfaticaram a pandemia como campo de disputa política e ideológica, as mulheres destacaram mais fortemente o impacto das *fake news* na comunicação social. Esse resultado pode ser interpretado à luz da TRS, que evidencia como diferentes grupos ancoram o mesmo objeto em campos simbólicos diversos (Moscovici, 2012). Para os homens, a COVID-19 foi objetivada no espaço da polarização política, mobilizando narrativas sobre governo, ciência e poder.

Já as mulheres ressignificaram a pandemia sobretudo como prática de cuidado relacional, voltada à proteção de si e do outro diante da circulação de informações duvidosas, o que dialoga com estudos que associam a centralidade feminina na gestão cotidiana da saúde e na mediação comunicacional em contextos de crise (Jodelet, 1989; Scott, 2018). Essa diferenciação de sexo/gênero evidencia que a pandemia não foi representada de forma homogênea, mas atravessada por papéis sociais, nos quais poder e cuidado se entrecruzaram na produção de sentidos.

Logo, a classe 2 evidencia como a circulação de narrativas divergentes impactou nas práticas de cuidado, ou seja, o cuidado do outro emerge nas tensões sociais e políticas, influenciando atitudes em relação à vacina, prevenção e adesão ou não as políticas públicas existentes. As práticas preventivas, principalmente o uso de máscaras, tornou-se objeto de intenso debate e, em muitos casos, foi alvo de campanhas deliberadas de desinformação. Para Moscovici (2012) a coexistência simultânea e dinâmica de crenças científicas, políticas e cotidianas acerca da COVID-19, pode ser compreendida pelo conceito de polifasia cognitiva.

A polifasia cognitiva refere-se às diferentes formas de pensar em um mesmo contexto social ou até mesmo dentro de um único indivíduo. Vale ressaltar que as diferentes formas de saber (científico, religioso, popular, político) não se excluem mutuamente, mas interagem e se sobrepõem, influenciando interpretações da realidade (Marková, 2017).

Logo, muito mais do que compreender a resistência às práticas preventivas como falta de informação, pela TRS ela pode ser interpretada como reflexo da circulação de diferentes RS, por vezes conflitantes, influenciadas por processos comunicacionais marcados pela politização da pandemia e pela circulação de desinformação e *fake news* comunicadas nas mídias sociais e oralmente como vislumbrado na UCE nº1340 “*O senso comum está presente nas fake news. Ele se manifesta na geração de notícias falsas, que não apenas são vistas, mas também disseminadas pela fala*”.

Outro ponto que pode ser destacado na classe 2 é a intensa objetivação de desinformação e *fake news* vinculadas ao WhatsApp e Facebook. Este fato pode ser justificado por serem as mídias sociais com maior facilidade de interação cotidiana rápida e pela facilidade de usabilidade em todas as faixas etárias. Um levantamento realizado pelo site Statista (2024) apontou que o WhatsApp é a rede social mais usada no país, com 147,2 milhões de usuários, seguido pelo Instagram e o Facebook.

Dentre as diversas redes sociais, o Twitter é a rede que mais se destaca com debates polarizados e polêmicos que emergem ao longo do dia. O Twitter favorece uma interação virtual dinâmica e contínua entre os usuários. A estrutura de respostas encadeadas, *retweets* com comentário e menções cria um fluxo quase infinito de debates e trocas argumentativas. Além disso, o limite de caracteres estimula a concisão e o uso estratégico da linguagem, tornando os argumentos mais diretos e impactantes (Siqueira *et al.*, 2023).

Logo após a COVID-19 ter sido declarada emergência de saúde pública de importância internacional, a OMS lançou uma plataforma Rede de Informação da OMS para Epidemias (EPI-WIN) para combater rumores, desinformações e a *misinformation*. A desinformação é definida como informação falsa criada e disseminada com intenção de enganar e, a *misinformation* é definida como uma informação falsa compartilhada por pessoas sem intenções maliciosas (Clemente-Suárez *et al.*, 2022).

Um relatório de uma empresa especializada na luta contra a desinformação analisou 49.755.722 *tweets* relacionados com a COVID-19 entre 27 de fevereiro a 12 de março de 2020. Os seus resultados mostraram que 18.880.396 milhões de *tweets* tinham conteúdo manipulado. Embora esses fenômenos existam desde a Idade Média, hoje eles atravessam fronteiras impulsionados pelas modernas tecnologias de informação, processos de digitalização e ao impacto das redes sociais (Blackbird, 2020; Clemente-Suárez *et al.*, 2022).

O excesso de informações contraditórias nas mídias sociais intensificou a polifasia cognitiva, tornando-se mais difícil a construção de um consenso sobre a pandemia. Estudo realizado com objetivo de descrever padrões de não conformidade com medidas de saúde pública relacionadas à COVID-19 em jovens adultos e identificar quais características aumentam o risco, sugerem que os comportamentos de higiene e distanciamento social são motivados por mecanismos diferentes (Nivette *et al.*, 2021).

Os autores argumentam que atitudes negativas em relação às autoridades - baixa legitimidade policial ou baixa confiança no governo - foram associadas a não

conformidade com o distanciamento social, mas não a não conformidade com a higiene em adultos jovens. Este dado sugere que a adesão às medidas sanitárias não foi homogênea, mas mediada por RS diferenciadas e pela relação dos indivíduos com o Estado (Nivette *et al.*, 2021).

O distanciamento social foi frequentemente representado como um símbolo de controle governamental, gerando reações de resistência em certos grupos, principalmente em jovens que tendem a ter uma vida social mais ativa e apresentar menor percepção de risco para gravidade da doença, o que os torna potenciais disseminadores do vírus (Nivette *et al.*, 2021).

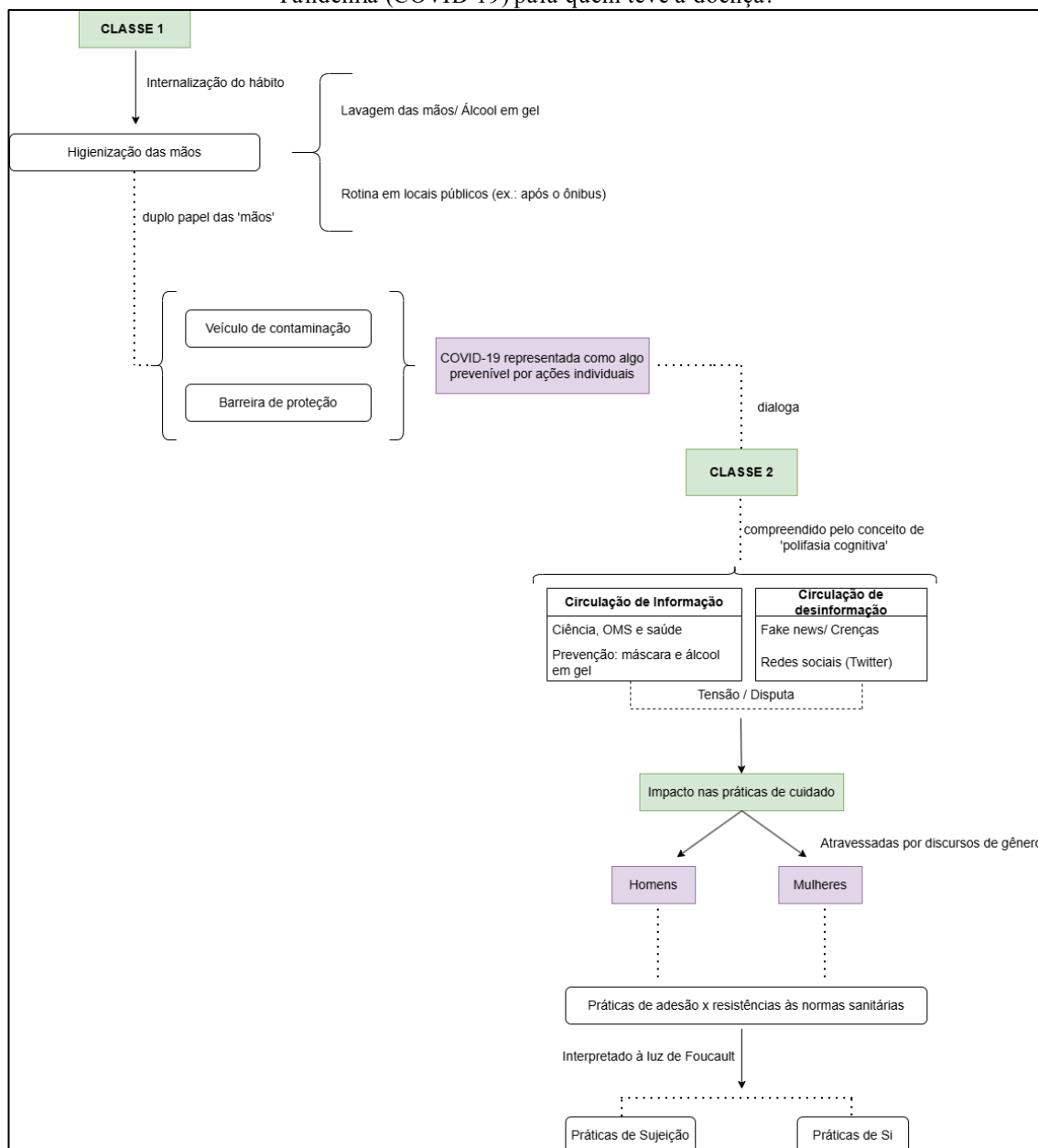
No curso *Subjetividade e Verdade* ministrado em 1981, Foucault explora como duas dimensões de poder coexistem desde a antiguidade e definem como nos constituímos enquanto sujeitos, são os poderes das práticas de sujeição e das práticas de si. O filósofo evidencia que as práticas de sujeição são as formas como os discursos – representantes políticos, celebridades – e instituições, são capazes de exercer mecanismos disciplinares e biopolíticos que controlam e normatizam os corpos e as populações (Foucault, 2016).

Por outro lado, as práticas de si podem ser interpretadas como a forma como os indivíduos exercem o poder sobre si mesmos, transformando-se a partir de suas próprias reflexões e escolhas, ou seja, para o filósofo, as práticas de si representam um espaço de liberdade dentro da sujeição, pois os indivíduos podem reinterpretar as normas e agir sobre si mesmos de maneira ativa (Foucault, 2016).

Na pandemia, tanto os discursos de adesão como de resistência às medidas de autocuidado, podem ser compreendidas como práticas de sujeição, pois operam dentro de um campo de poder onde há normas, disputas simbólicas e mecanismos de validação ou exclusão. O que muda é o lado da norma ao qual cada um se alinha. No fim, ninguém está totalmente fora do poder - o que existe são diferentes formas de se posicionar dentro dele.

Vale ressaltar que no pensamento foucaultiano não existe poder sem resistência, mesmo em contextos de sujeição há sempre espaço para práticas de si. Isso significa que, embora estejamos inseridos em relações de poder que nos moldam, ainda podemos negociar, reinterpretar e transformar a forma como nos relacionamos com essas normas, o que remete ao apelo especial da OMS aos jovens para maior adesão às medidas preventivas em 2020 (Nivette *et al.*, 2021). A seguir, apresenta-se um esquema explicativo das conexões dos elementos (Figura 36) e o campo das representações sociais da COVID-19 que articula a Higienização e o Cuidado na Pandemia (COVID-19) para quem teve a doença (Figura 37).

Figura 36 - Esquema explicativo com as conexões de elementos sobre a Higienização e do Cuidado na Pandemia (COVID-19) para quem teve a doença.



Fonte: Autoria própria, 2025.

Figura 37 - Campo das representações sociais da COVID-19 com articulação da Higienização e do Cuidado na Pandemia (COVID-19) para quem teve a doença.

Campo das Representações Sociais		
INFORMAÇÃO CONCEITO	CAMPO DE REPRESENTAÇÃO	ATTITUDES
Covid-19 como fenômeno social que transformou práticas cotidianas e concepções de higiene e cuidado. Fontes de informação múltiplas e contraditórias que geram a polifasia cognitiva. Informação moldada por disputas políticas, científicas e afetivas.	Pandemia: representada como crise bioética e política, atravessada por disputa de saberes e moralização do comportamento. Polarização discursiva: adesão vs. resistência às normas sanitárias. Dimensão foucaultiana: práticas de sujeição (normas de controle, biopolítica) vs. práticas de si (autocuidado, reflexão e liberdade). Representação do "cuidado" como vigilância moral (quem cuida é "responsável", quem não cuida é "inconsequente").	Positivas: • Engajamento nas práticas preventivas (lavar mãos, máscaras, álcool em gel). • Cuidado de si e do outro como ética coletiva. Negativas: • Desinformação e resistência às normas. • Desconfiança científica e politização do cuidado. • "Exclusão simbólica" (culpabilização de quem adoece). Leitura foucaultiana: atitudes refletem a tensão entre sujeição às normas e práticas de liberdade (reinterpretação das normas e autonomia).

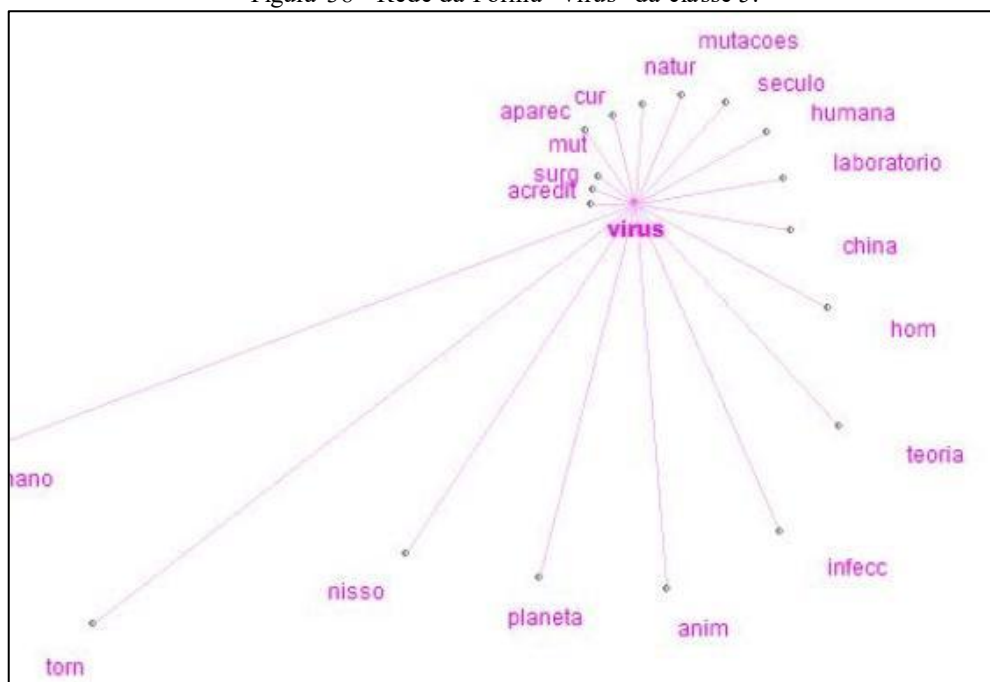
Fonte: Autoria própria, 2025.

8.3. Sub-bloco do bloco I- Entre a origem do vírus e os sentidos do adoecer

Este sub-bloco representa uma conexão entre classes que pode ser entendida como uma tentativa de encontrar sentido diante da imprevisibilidade e das perdas causadas pela pandemia. Quando não se conhecia a origem do vírus, buscavam-se explicações mais simbólicas sobre quem adoece e por que, o que pode refletir processos de estigmatização, culpa ou até solidariedade. Logo, a Classe 5 mostra uma explicação causal da origem externa ao indivíduo. Já a Classe 6 traz a experiência subjetiva do adoecer, que muitas vezes é interpretada de forma moral ou emocional, com julgamentos sociais e pessoais.

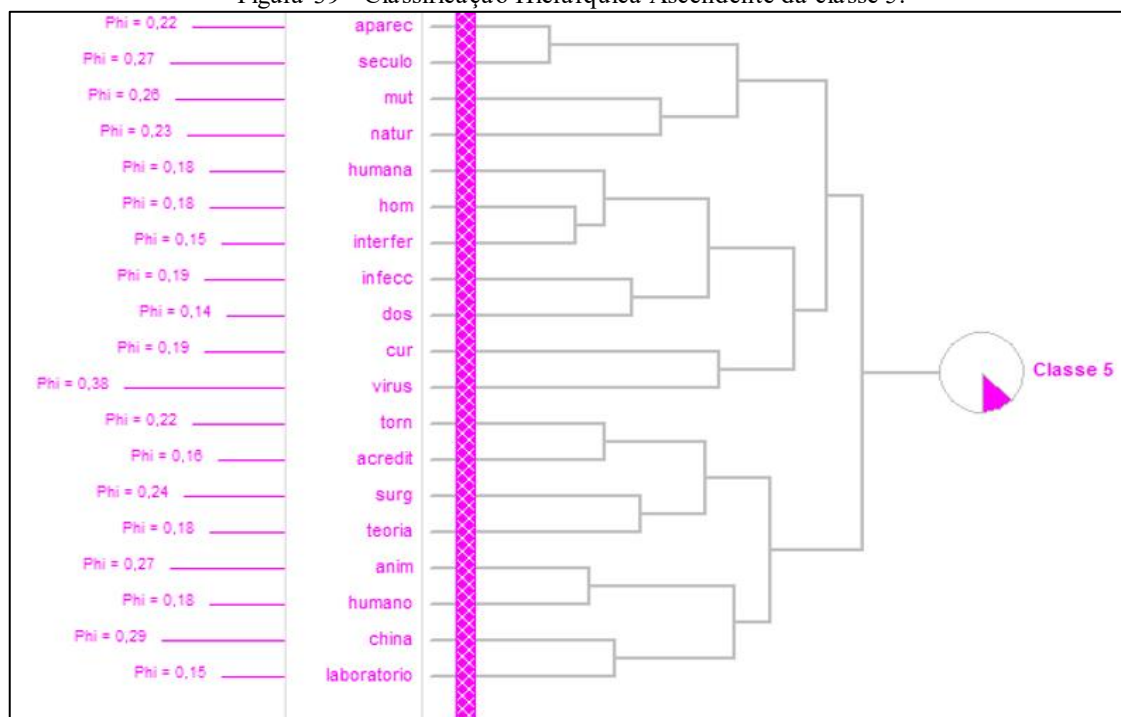
A Classe 5 busca compreender a origem da pandemia ancorando em representações prévias de conhecimentos naturais ou teorias da conspiração, como aconteceu com os participantes que não tiveram a doença. Nela, houve uma equiparação na variável sexo, mas foi composta predominantemente por jovens entre 18 e 30 anos e católicos. A Classe 5 foi composta por 176 UCE, tendo 122 palavras analisáveis, o que corresponde a 12% do *corpus*. As Figuras 38 e 39 representam a Rede da Forma "vírus" e a CHA da classe 5, respectivamente.

Figura 38 - Rede da Forma “vírus” da classe 5.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 39 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 5.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Pela CHA da classe 5, os radicais com maior valor de *phi* foram: ‘vírus’ ($\phi=0,38$), ‘china’ ($\phi=0,29$), ‘animal’ ($\phi=0,27$) e ‘século’ ($\phi=0,27$), evidenciando a centralidade de discursos que associam a pandemia a eventos globais e históricos, bem como a teorias de transmissão interespécies e hipóteses geopolíticas.

Quadro 16: Palavras representativas da classe 5.

CLASSE 5 - 176 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
virus	virus(76)	0,38
china	china(21)	0,29
anim	animais(13) animal(7)	0,27
seculo	seculo(18) seculos(1)	0,27
mut	mutacao(12) mutante(1) mutantes(1) mutar(1) mutou(1)	0,26
surg	surge(4) surgem(1) surgir(2) surgiram(4) surgiu(12)	0,24
natur	naturais(1) natural(7) natureza(6)	0,23
torn	torna(1) tomando(4) tornar(4) tornassem(1) torne(2) tornem(1) torno(2)	0,22
aparec	apareca(1) aparece(1) aparecer(3) apareceram(2) apareceu(13)	0,22
cur	cura(27) curar(2)	0,19
infecc	infeccao(10) infeccoes(2)	0,19
hom	homem(12)	0,18
humano	humano(6) humanos(4)	0,18
humana	humana(9)	0,18
teoria	teoria(10) teorias(3)	0,18
acredit	acreditam(2) acreditar(2) acreditava(1) acreditavam(5) acredito(43)	0,16
nisso	nisso(7)	0,15
planeta	planeta(6)	0,15
mutacoes	mutacoes(5)	0,15
laboratorio	laboratorio(8) laboratorios(2)	0,15
interfer	interfere(1) interferencia(8) interferiu(1)	0,15
dos	dos(26) dose(4) doses(5)	0,14
biolog	biologica(4) biologico(1) biologicos(1)	0,14
raz	razoes(5)	0,14
entendi	entendi(1) entendimento(3)	0,14
surgimento	surgimento(6)	0,14
origem	origem(9)	0,13

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 5

Ideia chave – Narrativas de origem e relação humano-animal

uce nº 829 Phi = 0,04 uci nº 10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

A COVID-19 surge do contato, de maneiras inesperadas, de processos biológicos, da interação dos animais também com os seres humanos. Se eu não me engano, a narrativa ainda está em andamento. Acredito que a COVID-19 surgiu dentro desse contexto, de maneira natural. Não acredito que exista uma grande teoria da conspiração em torno disso, não acredito nisso.

uce nº 1217 Phi = 0,03 uci nº 13: *tc_13 *sex_02 *ida_02 *relig_01

No momento em que há interação entre o homem, o meio ambiente e os animais, temos indícios de que a COVID-19 teve início em Wuhan, naquela feira livre. Todos esses aspectos sanitários podem ter influenciado a mudança na questão da transmissão do vírus, o contato entre o homem, os animais e o ambiente.

uce nº 1423 Phi = 0,03 uci nº 16: *tc_16 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Foi, como posso dizer, algo que acabou vindo realmente de um caso descoberto no agrupamento asiático, na China. Mas acredito que o vírus já poderia estar presente em outros locais, lá foi apenas o cerne do descobrimento.

Ideia chave – Surgimento viral e imagens sociais

uce n° 1709 Phi = 0,03 uci n° 20: *tc_20 *sex_02 *ida_03 *relig_01

Então, eu acho que, de repente, foi isso. Eles estavam produzindo alguma coisa, já que vivem em conflito por aí e o vírus surgiu, saiu. Até hoje eu acredito nisso. Não acredito que esse vírus tenha aparecido aleatoriamente na natureza, que tenha se mutado e simplesmente acontecido. Acho, até hoje, que esse vírus foi uma programação mal-sucedida.

uce n° 1124 Phi = 0,03 uci n° 12: *tc_12 *sex_02 *ida_01 *relig_02

Então, ela acaba se tornando difícil, se tornando complicada, não só pela parte biológica, mas também pela parte social. Quando a doença surgiu na China, a partir daí já se criou um estigma sobre a doença: de que os chineses tinham inventado a covid, que haviam criado o vírus em um laboratório.

uce n° 1378 Phi = 0,02 uci n° 15: *tc_15 *sex_02 *ida_01 *relig_01

A COVID-19 foi uma doença respiratória. Acho que, principalmente, tratou-se de uma doença respiratória infecciosa. No caso de a COVID-19 ter vindo da China, como disseram, havia a suspeita de que poderia ter ocorrido uma liberação acidental de dentro de laboratórios, ou seja, um vazamento desse vírus.

uce n° 998 Phi = 0,03 uci n° 11: *tc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Associo a origem à alimentação inadequada, por ser um dos históricos e uma das teorias do surgimento do vírus da imunodeficiência humana, também. Quando traçamos o que é, algo que a gente vivenciou bastante, foi como se essas teorias do surgimento do vírus da imunodeficiência humana se repetissem.

Na Classe 6, há significados subjetivos e morais atribuídos à infecção pela COVID-19. Esta classe indica que a experiência de adoecer é atravessada por julgamentos – muitas vezes ambíguos - sobre vulnerabilidade, culpa, fragilidade individual, e valores coletivos. Emerge uma tensão entre a concepção da doença como algo aleatório, e como algo moralizado, que pode refletir crenças internalizadas sobre saúde, autocuidado e responsabilização do outro pelo adoecimento.

A classe 6 foi formada por 176 UCE, constituídas por 98 palavras analisáveis, correspondendo 12% do corpus. Não houve uma forte associação a variável sexo e idade, mas foi composta majoritariamente por católicos. No quadro 18 constam as palavras mais representativas da classe em suas formas reduzida e completa e o valor de *phi* a elas associado.

Quadro 17: Palavras representativas da classe 6.

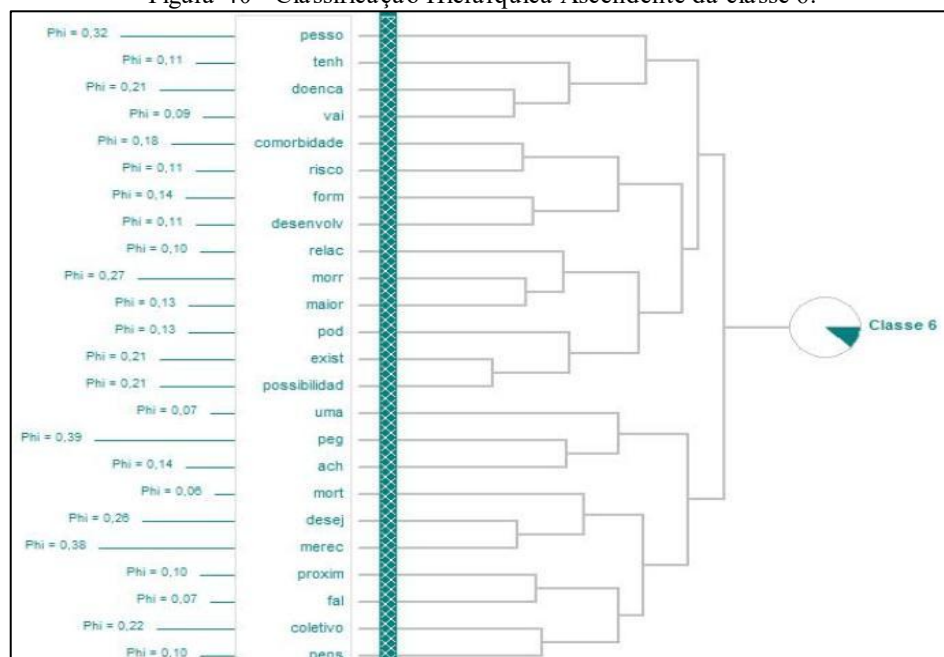
CLASSE 6 - 176 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
peg	pega(5) pegado(5) pegam(2) pegamos(1) pegando(2) pegar(90) pegaram(10)	0,39
merec	mereca(7) merecam(1) merece(18) merecem(2) merecer(3) merecessem(1)	0,38
pezzo	pezzo(61) pezzos(3) pezzos(161)	0,32

morr	morra(3) morrem(1) morrer(32) morreram(2) morreu(9) morria(1)	0,27
desej	desejam(2) desejando(1) desejar(6) desejava(1) desejo(8) desejou(1)	0,26
coletivo	coletivo(21) coletivos(1)	0,22
possibilidade	possibilidade(14) possibilidades(1)	0,21
exist	exista(1) existam(2) existe(7) existem(11) existia(3) existir(1) existiram(1)	0,21
doenca	doenca(74) doencas(17)	0,21
comorbidade	comorbidade(11) comorbidades(9)	0,18
suscetiveis	suscetiveis(7)	0,17
fragil	fragil(5)	0,15
roleta	roleta(5)	0,15
pensamento	pensamento(7)	0,15
probabilidade	probabilidade(7)	0,15
caracteristica	caracteristica(5) caracteristicas(2)	0,15
ach	acha(2) acham(1) achar(1) achava(3) achei(2) acho(102)	0,14
form	forma(29) formacao(1) formas(6)	0,14
rusa	rusa(5)	0,14
empat	empatia(3) empatico(1)	0,14
pod	pode(20) podem(20) podemos(2) poder(8)	0,13
maior	maior(22) maiores(3) maioria(1)	0,13
castigo	castigo(7)	0,12
express	expressando(1) expressao(2) expresso(1)	0,12
debilitad	debilitada(2) debilitadas(1) debilitado(1)	0,12
merecimento	merecimento(7)	0,12
tenh	tenha(16) tenham(1) tenho(20)	0,11

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

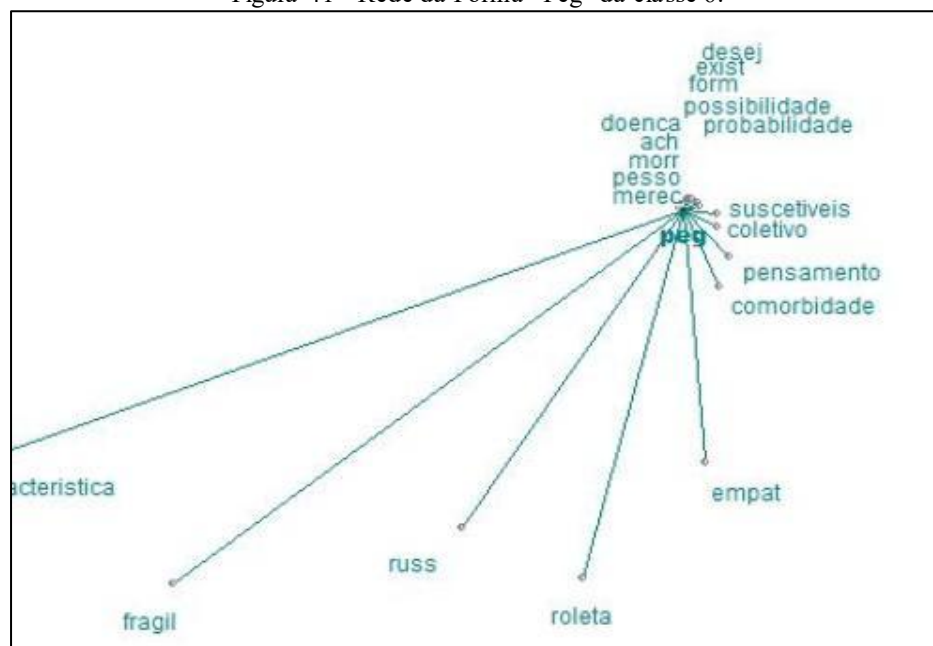
As Figuras 40 e 41 representam a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) e a Rede da Forma “Peg” da classe 6, respectivamente.

Figura 40 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 6.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 41 - Rede da Forma “Peg” da classe 6.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 6

Ideia chave – Corpos vulneráveis à COVID-19

uce nº 1493 $\Phi = 0,03$ uci nº17: *tc_17 *sex_01 *ida_01 *relig_06

E justamente esse potencial mortal entre pessoas com comorbidades, doenças autoimunes, como o vírus da imunodeficiência humana, hipertensão e diabetes. Falo do caso do diabético porque minha mãe era diabética.

uce nº 390 $\Phi = 0,03$ uci nº4: *tc_04 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Eu acho que há pessoas que podem pegar COVID-19 com mais facilidade do que outras, porque algumas são mais suscetíveis, e eu fui exposta à lógica dos grupos de risco. Se esses grupos são formados por pessoas com determinadas condições que aumentam a chance de desenvolver a doença de forma grave, então, com certeza, existem organismos mais suscetíveis.

uce nº 739 $\Phi = 0,03$ uci nº9: *tc_09 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Se pensarmos em alguma característica específica, acredito que algumas pessoas tenham uma composição genética que as impede de criar anticorpos contra a doença. Sim, existem pessoas com maior possibilidade de contrair a doença e morrer.

uce nº 1384 $\Phi = 0,02$ uci nº15: *tc_15 *sex_02 *ida_01 *relig_01

E, na prática, sim, vimos de fato que as pessoas com alguma comorbidade apresentavam um índice maior de mortalidade, principalmente aquelas com doenças respiratórias, como pneumonia, asma, doenças cardiovasculares ou obesidade.

Ideia chave – A moralização do adoecer

uce nº 590 $\Phi = 0,02$ uci nº7: *tc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

No coletivo, acho que, num primeiro momento, muita gente pensou como eu. A população mais jovem também pode ter pensado que, talvez, os mais velhos precisassem pegar, ou até merecessem pegar, por qualquer motivo que fosse.

uce n° 935 $\Phi = 0,02$ uci n°10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Quando você fala o inverso: “não, a pessoa pegou a COVID-19, morreu, mas fez por merecer”, é quase como se eu estivesse dizendo que isso foi um castigo, que ela buscou esse castigo.

uce n° 494 $\Phi = 0,02$ uci n°5: *tc_05 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Não tenho essa ideia de que alguma pessoa mereça isso. Não acredito nisso, pois ninguém merece pegar essa doença. Ouvia muito, em relação à China, que eles mereciam pegar mesmo e morrer, porque foram eles que passaram o vírus para o mundo.

8.3.1. Discussão

Na rede de coocorrência expressa na CHD da Classe 5, observa-se que o termo ‘vírus’ apresenta o maior valor de ϕ no grupo que contraiu a COVID-19, especificamente no contexto de discursos relacionados à origem da doença. Enquanto o grupo que não contraiu a COVID-19 parece ter dado ênfase a narrativas externas (‘china’), para quem vivenciou os sintomas, há elementos mais diretamente ligados ao agente causador (o vírus em si), o que pode indicar uma perspectiva mais centrada na experiência vivida da infecção.

Nas UCEs evidenciam-se uma tentativa dos participantes em atribuir os sentidos da COVID-19 por meio de lógicas naturalizadas, científicas e ambientalmente contextualizadas. Ao ancorar suas explicações em elementos de interação entre espécies, práticas alimentares inadequadas e desequilíbrios ecológicos realizados pela própria ação humana, se constroem representações que rejeitam narrativas sensacionalistas ou teorias conspiratórias, como se evidencia na UCE n°829: “*não acredito que exista uma grande teoria da conspiração*”.

Segundo Moscovici (2012), essa postura indica que o senso comum, longe de ser irracional, integra saberes científicos e populares na construção das RS, reorganizando o desconhecido em categorias culturalmente acessíveis. Em ambos os grupos entrevistados na presente pesquisa, o surgimento da COVID-19 é traduzido não como um evento arbitrário, mas como um fenômeno compreensível à luz de uma racionalidade cotidiana que combina informações técnicas com valores simbólicos e ambientais.

Identifica-se um pensamento social mais racionalizado, em que a pandemia é situada dentro de uma cadeia lógica de causas naturais e sanitárias, ainda que permeada por incertezas. Por outro lado, as RS da origem da COVID-19 também se construíram a partir de narrativas que associam o surgimento do vírus a conflitos geopolíticos, teorias conspiratórias e manipulações laboratoriais.

Segundo Goodrum *et al.* (2023), embora as duas possibilidades de origem da COVID-19 tenham sido investigadas, atualmente a hipótese da zoonose apresenta a

evidência de apoio mais forte. A hipótese da origem do laboratório sugere um acidente na melhor das hipóteses, como revelado na UCE nº 1378 “*havia a suspeita de que poderia ter ocorrido uma liberação acidental de dentro de laboratórios*”, ou na pior das hipóteses, uma teoria de manipulação intencional “*acho, até hoje, que esse vírus foi uma programação mal-sucedida*” (UCE 1709).

Embora haja escassez de evidências que sustentem a hipótese de uma origem laboratorial para o SARS-CoV-2, o debate em torno dessa possibilidade trouxe à tona uma segunda controvérsia no campo da política científica: o uso de abordagens de ganho de função (GOF) na virologia. O termo 'ganho de função', contudo, apresenta significados distintos conforme o contexto em que é empregado, o que contribui para ambiguidades conceituais e divergências tanto entre cientistas quanto entre formuladores de políticas públicas (Dance, 2021).

Em seu sentido mais elementar, o GOF é oriundo da genética e se refere a mutações que conferem a um gene, RNA ou proteína novas funções ou padrões de expressão. Até a última década, esse conceito tinha pouca aplicação direta na virologia. No entanto, seu uso foi ampliado para abranger pesquisas que aumentem a capacidade de um patógeno de causar doenças ou de se disseminar entre hospedeiros (Dance, 2021).

As abordagens de GOF compõem uma parcela significativa das pesquisas científicas, uma vez que constituem uma ferramenta genética poderosa amplamente utilizada em laboratório. Essas abordagens são aplicadas em diversos contextos, incluindo o desenvolvimento de terapias contra o câncer. Apesar dos benefícios evidentes, consolidou-se uma narrativa que associa a pesquisa de ganho de função exclusivamente a atividades de alto risco ou a intentos nefastos de projetar ou aprimorar patógenos com potencial pandêmico (Goodrum *et al.*, 2023).

Os autores argumentam que pesquisas sobre GOF demonstra um potencial significativo para preparação frente a novas pandemias, bem como o desenvolvimento de vacinas e medicamentos antivirais. Os benefícios concretos decorrentes dessa abordagem científica frequentemente superam, de forma substancial, os riscos teóricos associados à modificação de vírus em laboratório.

Ademais, é imperativo reconhecer que a eficácia da resposta a ameaças virais emergentes está intrinsecamente ligada à capacidade de aplicar, de maneira criteriosa e responsável, as ferramentas da biologia moderna ao estudo dos vírus. Nesse contexto, é essencial que formuladores de políticas públicas, virologistas e especialistas em biossegurança atuem de forma colaborativa para assegurar que tais pesquisas sejam

conduzidas com rigor técnico e responsabilidade ética, tendo como objetivo comum a mitigação da carga global de doenças virais (Goodrum *et al.*, 2023).

A lógica de personalização da responsabilidade que transforma fenômenos coletivos em narrativas de erros, culpa ou punição, revela-se como uma constante histórica em períodos epidêmicos. Assim, a pandemia da COVID-19 foi um evento extraordinário na história humana recente pelas condições sanitárias estabelecidas, colapso econômico, instabilidade política e agitação social (Casadevall; Weiss; Imperiale, 2021).

Em situações de crise e incerteza, a construção de explicações simbólicas que localizam a origem do mal em determinados indivíduos ou grupos atua como estratégia de defesa frente ao caos. Observa-se que as RS operam por meio da criação de “bodes expiatórios”, estigmatizando sujeitos com base em marcadores sociais, políticos, culturais ou raciais. Essas representações desenvolvem uma dupla função, pois ao mesmo tempo em que fornecem um sentido causal simplificado para eventos complexos, reforça fronteiras simbólicas entre o “nós” e os “outros”, fortalecendo identidades coletivas por meio da exclusão (Jodelet, 2017).

Durante a pandemia de COVID-19, esse mecanismo foi ativado por meio da culpabilização da China pelo surgimento do vírus, seja pela responsabilização moral de grupos sociais que supostamente “mereciam” adoecer ou morrer, como os idosos, os “inconsequentes” ou os que desrespeitavam normas de isolamento. A UCE nº590 aponta para uma representação presente no imaginário coletivo de que os mais velhos, por sua condição etária, seriam os alvos “naturais” ou até merecedores da COVID-19, como se a idade funcionasse como marcador para o adoecimento.

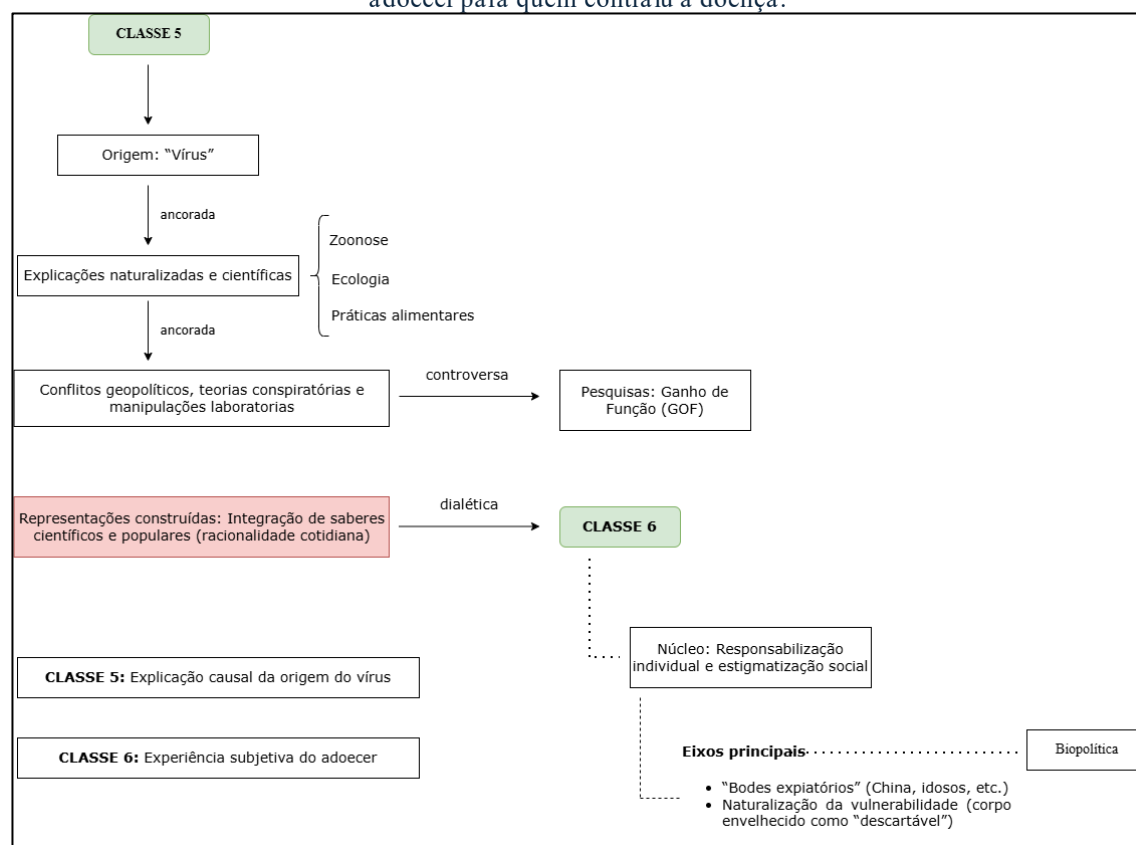
Essa concepção, mesmo expressa de forma crítica ou irônica, revela um modo particular de naturalizar a vulnerabilidade, conferindo ao corpo envelhecido uma carga simbólica que ultrapassa sua condição biológica. Para Jodelet (2017), o corpo não é apenas uma realidade orgânica, mas um lugar de inscrição simbólica das RS. Ele é o meio pelo qual se vivenciam, expressam e regulam as experiências sociais, emocionais e culturais.

Nesse sentido, a associação entre velhice e merecimento da doença vislumbrado UCE nº590, reflete uma RS que atribui sentidos morais, sociais e políticos ao corpo envelhecido, entendendo-o como “descartável”, “menos produtivo” ou como parte de um ciclo natural de declínio e morte, muito difundido na era neoliberal. Tal representação se intensificou no contexto pandêmico contribuindo para legitimar, mesmo que de forma

implícita às vezes, a ideia de que a morte de idosos seria uma consequência “natural” com o decorrer da pandemia.

Burille e Bitencourt (2021) corroboram esta afirmação, ao demonstrarem como as RS sobre o envelhecimento carregam marcas de exclusão e desvalorização, situando o corpo como socialmente inferior estando mais exposto à negligência, ao esquecimento e à morte simbólica. Assim, o adoecimento dos idosos ultrapassou o campo biológico durante a pandemia, evidenciando processos de estigmatização e desigualdade que atravessam a forma como diferentes corpos são representados, protegidos ou “descartados” na sociedade contemporânea. A seguir, apresenta-se um esquema explicativo das conexões dos elementos (Figura 42) e o campo das representações sociais da COVID-19 com articulação sobre a origem do vírus e os sentidos do adoecer para quem contraiu a doença (Figura 43).

Figura 42 - Esquema explicativo com as conexões de elementos sobre a origem do vírus e os sentidos do adoecer para quem contraiu a doença.



Fonte: Autoria própria, 2025.

Figura 43 - Campo das representações sociais da COVID-19 com articulação sobre a origem do vírus e os sentidos do adoecer para quem contraiu a doença.

Campo das Representações Sociais		
INFORMAÇÃO CONCEITO	CAMPO DE REPRESENTAÇÃO	ATTITUDES
A covid-19 foi um fenômeno inicialmente desconhecido, gerando disputas de sentido entre a hipótese zoonótica (científica) e a de manipulação laboratorial (conspiratória). O senso comum reorganizou o desconhecido em explicações racionais cotidianas, combinando ciência, moral e cultura. A informação que circulou entre diferentes esferas (mídia, ciência, política), evidenciou ambivalências e contradições.	A pandemia foi representada como crise bioética, política e social. Aparecem dois polos principais: • Explicações naturalizadas e ecológicas, que ligam o vírus à ação humana e desequilíbrios ambientais. • Narrativas de culpa e conspiração, que personificam o mal (China, laboratório, grupos sociais). Essa disputa revela o que Foucault chamaria de biopolítica do risco e da vigilância, onde o discurso científico se torna também instrumento de poder e controle moral sobre comportamentos e corpos. As RS funcionam por ancoragem simbólica (naturalização do envelhecimento e da morte) e objetivação (transformar o vírus e o corpo em signos sociais).	Negativas: • Culpabilização e exclusão simbólica de grupos (idosos, "inconsequentes", "culpados"). • Desconfiança científica, teorias conspiratórias e moralização do adoecimento. • Em termos foucaultianos, produção de sujeitos normalizados e disciplinados, responsabilizados individualmente por sua saúde ("culpa biopolítica").

Fonte: Autoria própria, 2025.

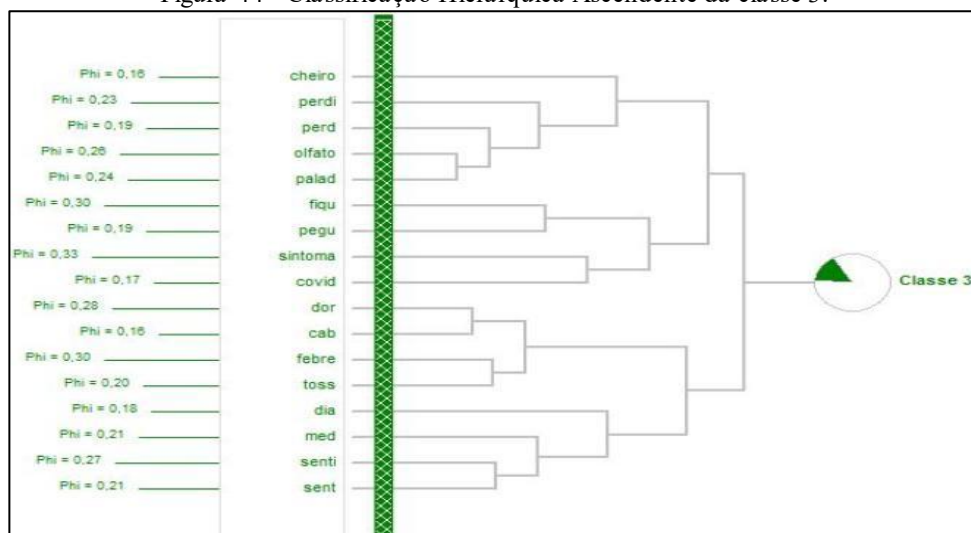
8.4.Bloco II- Da vivência dos sintomas ao reordenamento do cotidiano

Este bloco mostra a conexão entre essas classes 3 e 4 e representa o processo de transição da experiência pessoal (adoecimento) em pessoas que contraíram a COVID-19, para as implicações sociais e coletivas da doença (isolamento, mudanças de comportamento, restrição de atividades e impactos emocionais).

Assim, a classe 3, que trata da experiência dos sintomas, dialoga diretamente com a classe 1, que reforça práticas preventivas. Os sintomas funcionam como alerta para a adesão às medidas de cuidado e proteção. Na classe 3, não houve uma forte associação a variável sexo e idade, mas a classe foi composta majoritariamente por participantes católicos. A classe 3 foi composta por 234 UCE, tendo 132 palavras analisáveis, o que corresponde a 16% do *corpus*.

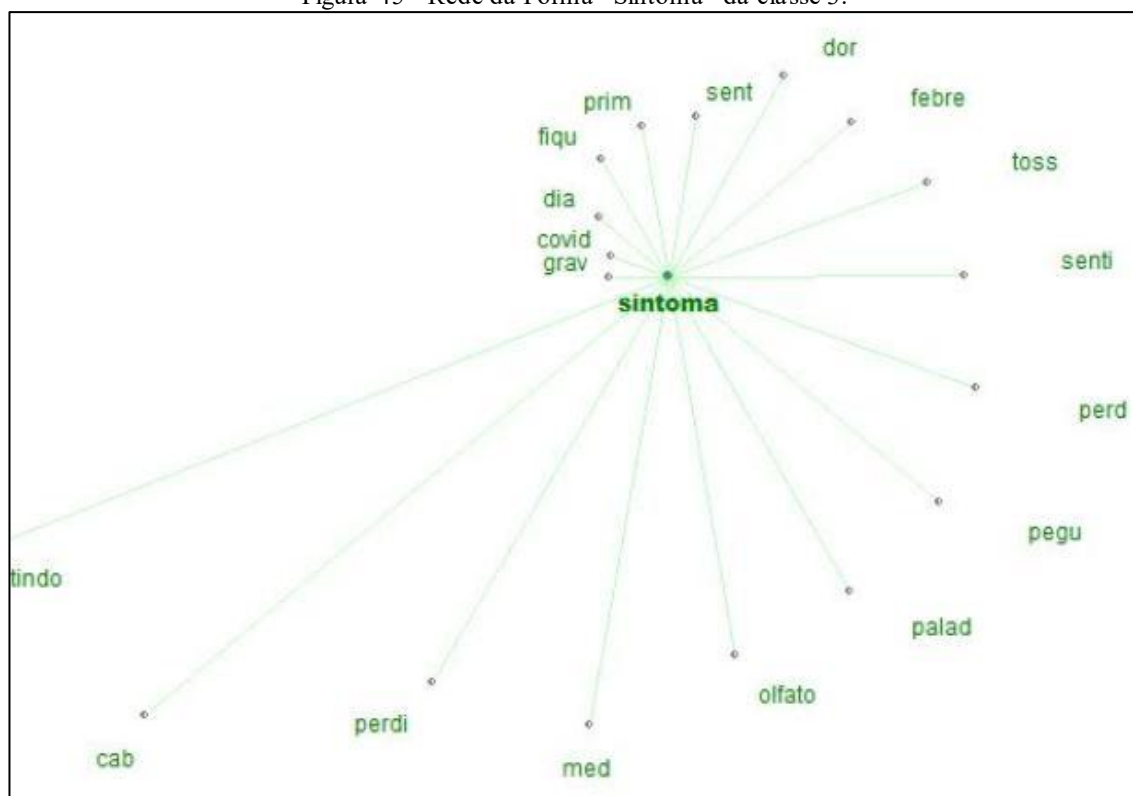
As Figuras 44 e 45 representam a CHA e a Rede da Forma "sintoma" da classe 3, respectivamente. Pela CHA da classe 3, os radicais com maior valor de *phi* foram: 'sintoma' ($\phi=0,33$), 'febre' ($\phi=0,30$), 'fiquei' ($\phi=0,30$) e 'dor' ($\phi=0,28$).

Figura 44 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 3.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 45 - Rede da Forma "Sintoma" da classe 3.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

A análise dos radicais com maior valor de *phi* na Classe 3 ("sintoma", "febre", "fiquei" e "dor") reforça a centralidade da experiência corporal na construção das RS da COVID-19. Esses termos indicam que a doença foi vivenciada e comunicada principalmente por meio dos sintomas físicos, que se tornaram marcadores fundamentais para o reconhecimento e a legitimação do adoecimento.

Quadro 18: Palavras representativas da classe 3.

CLASSE 3 – 234 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Phi
sintoma	sintoma(11) sintomas(62)	0,33
febre	febre(29) febres(1)	0,30
fiqu	fiquei(58)	0,30
dor	dor(37)	0,28
senti	senti(31) sentimento(8) sentimentos(2)	0,27
olfato	olfato(19)	0,26
palad	paladar(18)	0,24
perdi	perdi(18)	0,23
sent	sente(2) sentem(1) sentia(10) sentiam(1) sentimos(1) sentir(11) sentiu(2)	0,21
med	medicos(1) medo(74)	0,21
toss	tosse(17) tossiu(1)	0,20
pegu	peguei(28)	0,19
perd	perda(14) perde(1) perdemos(1) perder(7) perderam(1) perdeu(2)	0,19
dia	dia(31) dias(24)	0,18
covid	covid(157)	0,17
cab	cabeça(20)	0,16
cheiro	cheiro(10) cheiros(2)	0,16
grav	grave(27) graves(10)	0,16
prim	prima(3) primeira(14) primeiras(3) primeiros(6) primo(1)	0,16
sentindo	sentindo(13)	0,16
segunda	segunda(10)	0,15
ar	ar(13)	0,15
exame	exame(7) exames(2)	0,15
psicolog	psicologica(2) psicologico(12) psicologo(1)	0,15
pior	pior(8) piorada(1) piorando(1) piorar(3) pioraram(1) pioras(1) piorasse(1) pioravam(1)	0,15
ansiedade	ansiedade(11)	0,14
rea gir	rea gir(6) rea giram(1)	0,14

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 3

Ideia chave – Sentidos da COVID-19 no corpo

uce nº1532 Phi=0,04 uci nº17: *tc_17 *sex_01 *ida_01 *relig_06

Os sintomas que tive da COVID-19 foram febre alta, tosse, leve falta de ar e uma redução na minha capacidade pulmonar. Não consigo mais andar tão rápido, pois me canso com mais facilidade. Além disso, engordei bastante, fiquei muito inchado e senti fortes dores de cabeça, além de apresentar perda de memória acentuada.

uce nº614 Phi=0,04 uci nº7: *tc_07 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Na quarta-feira, que foi o terceiro dia em que tive COVID-19, fiquei sem olfato e sem paladar o dia todo, mas não tive mais febre. Apresentei alguns sintomas por três dias, e na quinta-feira já estava ótimo.

uce nº950 Phi=0,04 uci nº10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

A primeira vez que tive COVID-19 foi em novembro de 2020, e essa foi a pior, pois apresentei vários sintomas. Tive febre e calafrios por uma noite, além de suar frio e ficar com a garganta inflamada. Quando perdi o olfato e o paladar, fiquei tenso, mas essa perda durou apenas cinco dias.

uce n°1065 Phi=0,03 uci n°11: *tc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Quando tive COVID-19, tive febre moderada, dor de cabeça, dor no corpo, além de sentir muita dor atrás dos olhos e ter diarreia. Esses foram, mais ou menos, os sintomas que apresentei.

uce n°434 Phi=0,03 uci n°5: *tc_05 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Os principais sintomas que tive da COVID-19 foram a perda de olfato e de paladar. Fiquei mais de 45 dias, principalmente sem o paladar. Também senti muito cansaço e indisposição, a ponto de não conseguir me levantar – foi um caos. A falta de ar só apareceu depois de um tempo, e tive sequelas. Além disso, passei a ter muito refluxo, a ponto de estar na rua e sentir vontade de vomitar do nada.

Ideia chave – Representações psicocorporais da COVID-19

uce n°1530 Phi=0,03 uci n°17: *tc_17 *sex_01 *ida_01 *relig_06

Tinha medo de ter alguma sequela após a COVID-19, e, de fato, tive. Desenvolvi uma sequela psicológica e iniciei tratamento logo depois. Após contrair COVID-19, comecei a apresentar os primeiros sintomas de depressão, incluindo um desânimo profundo e uma aversão a sair de casa. Fiquei extremamente desanimado, não conseguia realizar minhas atividades e não me alimentava direito.

uce n°1077 e 990 Phi=0,03 uci n°11: *tc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

Com certeza, a COVID-19 afeta não apenas o físico, mas também o psicológico. Quem nunca teve problemas psicológicos, ao passar pela experiência da doença, ou desenvolveu algum, ou ficou próximo de desenvolver. Já aqueles que tinham alguma condição prévia acabaram piorando. Após o primeiro mês de acompanhamento das notícias, comecei a sentir os sintomas, e isso despertou em mim um medo intenso da morte. Sempre tive diagnóstico de ansiedade, mas meu quadro piorou muito, e, o tempo todo, eu associava tudo à morte.

Ideia chave – COVID-19: corpo, mente e afeto

uce n°206 Phi=0,03 uci n°3: *tc_03 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Quando peguei a COVID-19, passei mal apenas no primeiro dia, e nos dias seguintes já estava me sentindo melhor. No caso da minha mãe, os sintomas foram mais persistentes, o que me deixou preocupada, pois ela passou mais de uma semana com sintomas. Eu a monitorava constantemente e cheguei a um nível quase paranoico, perguntando o tempo todo como ela estava, se estava bem e respirando.

uce n°1087 Phi=0,03 uci n°11: *tc_11 *sex_01 *ida_01 *relig_02

É totalmente diferente quando alguém me relata que está sentindo medo; que está com dor de cabeça, dor no corpo; que tem medo de perder alguém — e eu senti tudo isso na pele ao ter COVID-19.

uce n°781 Phi=0,03 uci n°9: *tc_09 *sex_02 *ida_02 *relig_01

O meu maior medo era pelos meus pais. Minha mãe tem alguns problemas cardíacos ainda não totalmente diagnosticados, mas apresenta acelerações no coração, e eu temia que a situação se agravasse caso ela contraísse a COVID-19. Eu tive um pouco de febre, que não chegou a ser alta, além de muita dor de cabeça e perda de olfato e paladar.

uce n°1811 Phi=0,03 uci n°20: *tc_20 *sex_02 *ida_03 *relig_01

Até comento que preciso perguntar à minha família como foi a experiência deles com a COVID-19, porque me lembro que fui internada na sexta-feira. Comecei com os sintomas na terça e, na sexta, já tinha o resultado confirmando a COVID-19. Quando comecei a piorar, entre o quarto e o quinto dia de sintomas, fui internada no hospital e precisei ser transferida para a UTI.

uce n°421 $\Phi=0,02$ uci n°5: *tc_05 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Não tínhamos ideia do que seria, diferente, por exemplo, de uma doença de Chagas ou de uma dengue, cujos tratamentos já conhecemos e sabemos como seguir. No caso da COVID-19, observávamos melhora no quadro clínico, e atualmente a situação está mais tranquila, mas, no início, tudo era incerto.

A Classe 4 amplia essa experiência para o nível coletivo, mostrando como o adoecimento afetou a vida social, as relações familiares e até mesmo as percepções sobre a morte. A Classe 4 apresentou maior associação com falas de mulheres católicas, na faixa etária entre 31 a 40 anos. A classe 4 foi composta por 352 UCE, com 161 palavras analisáveis, o que corresponde a 27% do *corpus*.

Quadro 19: Palavras representativas da classe 4.

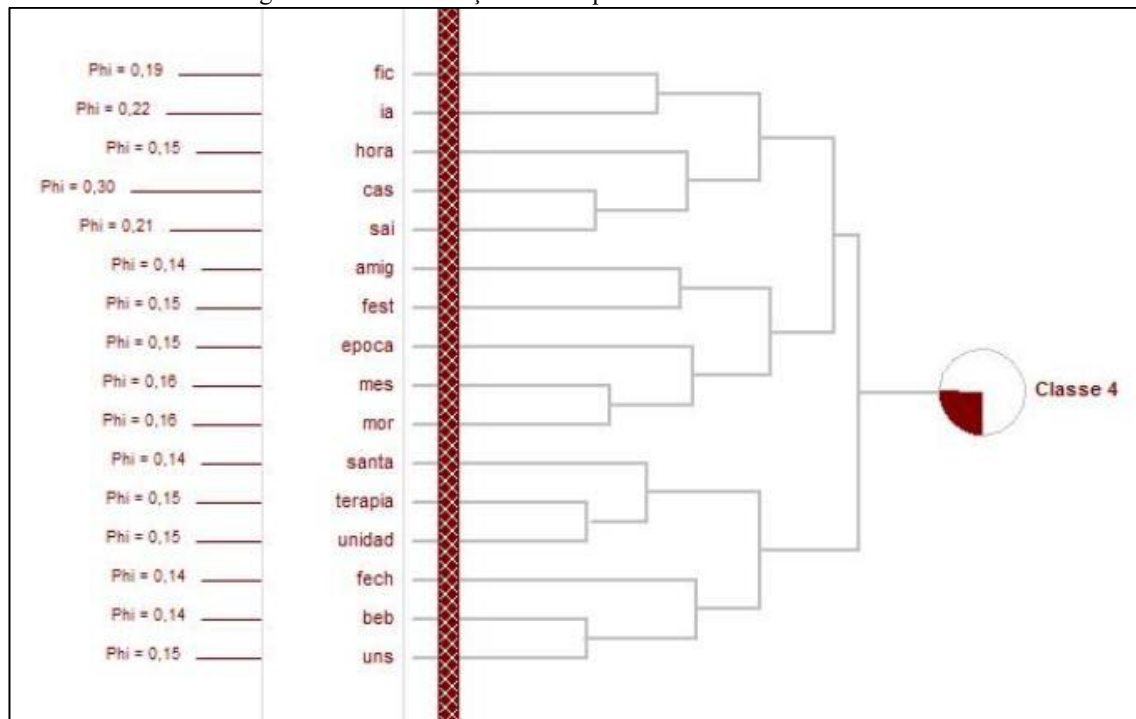
CLASSE 4 - 352 UCEs		
Forma reduzida	Forma completa	Valor de Φ
cas	casa(138) casas(1) caseira(1)	0,30
ia	ia(63)	0,22
sai	sai(10) saia(11) saiam(3) saio(2)	0,21
fic	fica(6) ficado(2) ficam(1) ficamos(9) ficando(2) ficar(46) ficaram(9) ficasse(1)	0,19
mes	mes(13) mesa(5) meses(12)	0,16
mor	mora(5) morado(2) moram(1) moramos(3) morar(1) morasse(1) morava(2)	0,16
hora	hora(9) horas(11)	0,15
epoca	epoca(37)	0,15
uns	uns(17)	0,15
fest	festa(13) festas(6) festeiro(1) festinha(2)	0,15
terapia	terapia(10) terapias(1)	0,15
unidad	unidade(10) unidas(4)	0,15
fech	fechada(3) fechado(9) fechamos(1)	0,14
beb	bebe(3) beber(3) bebês(5)	0,14
amig	amiga(12) amigas(1) amigo(4)	0,14
santa	santa(11)	0,14
ir	ir(33)	0,14
gente	gente(112)	0,14
deix	deixa(5) deixamos(2) deixar(12) deixaram(1) deixava(11) deixei(1) deixo(1)	0,14
irm	irma(12) irmao(8) irmãos(1) irmãs(2)	0,13
ano	ano(12) anos(11)	0,13
pra	pra(11) praia(4)	0,13
tir	tira(2) tirando(2) tirar(8) tirava(1) tirei(3)	0,13
sair	sair(27)	0,13
esp	esposa(2) esposas(1) esposo(5)	0,13
marido	marido(17)	0,13
mae	mae(27)	0,12

Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

As Figuras 46 e 47 representam a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA) da classe 4 e a Rede da Forma “Cas”, respectivamente. Pela figura 46 que apresenta a

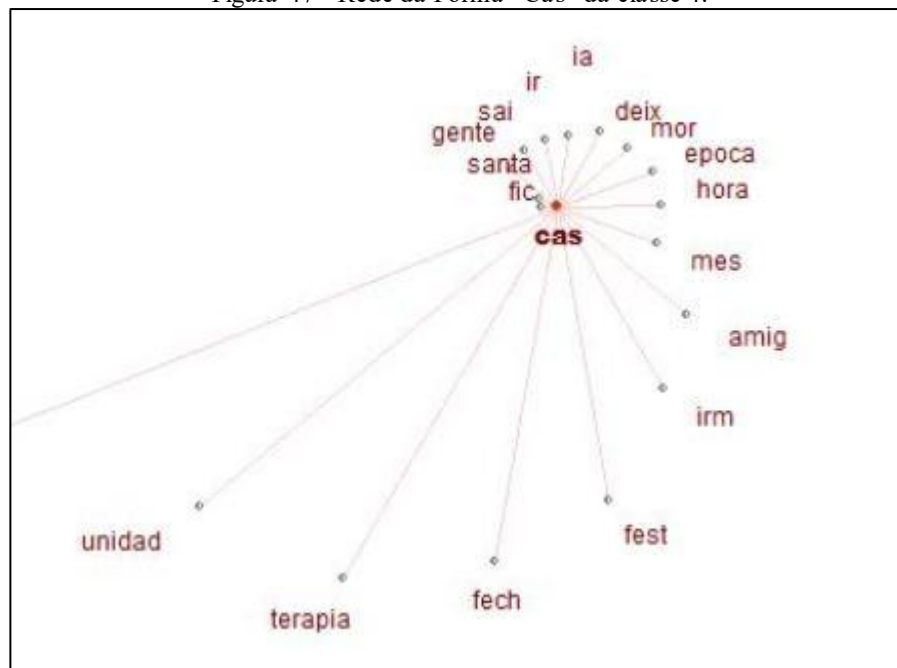
CHA, observa-se que os radicais com maior valor de *phi*, são: ‘casa’ ($\phi=0,30$), ‘ia’ ($\phi=0,22$), ‘sai’ ($\phi=0,21$) e ‘ficar’ ($\phi=0,19$).

Figura 46 - Classificação Hierárquica Ascendente da classe 4.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Figura 47 - Rede da Forma “Cas” da classe 4.



Fonte: Relatório detalhado Alceste, 2024.

Unidades de Contexto Elementar representativas da Classe 4

Ideia chave – Solidão de quem adoeceu em casa na pandemia

uce nº1180 $\Phi=0,03$ uci nº12: *tc_12 *sex_02 *ida_01 *relig_02

O meu quarto ficava fechado, e ninguém entrava. Quando minha mãe ia me levar comida, ela deixava na porta; eu pegava, e depois colocava o prato de volta para que ela o levasse.

uce nº1820 $\Phi=0,03$ uci nº20: *tc_20 *sex_02 *ida_03 *relig_01

O meu marido deixava as coisas na porta e saía.

uce nº1659 $\Phi=0,03$ uci nº19: *tc_19 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Quando tive COVID-19, ficava entre quatro paredes, com tudo fechado e apenas a janela aberta, sem ninguém para conversar diretamente — só por telefone. Deixavam a comida na porta ou, quando eu precisava ir ao banheiro, ia rapidamente, tomava banho, escovava os dentes, jogava álcool em tudo, fazia a higienização e voltava para o quarto, sem poder falar com ninguém e sempre de máscara.

Ideia chave – No leito hospitalar, a aflição representada

uce nº439 $\Phi=0,02$ uci nº5: *tc_05 *sex_01 *ida_01 *relig_01

Fiquei internado no hospital de campanha e conheci algumas pessoas lá dentro. Fiquei na área de observação, onde você ficava ao lado de outras pessoas que estavam aguardando para fazer o teste. Fiz o primeiro teste, mas ele foi extraviado. A partir daí, houve todo um problema que envolveu advogado, e isso me deixou ainda mais aflito, porque eu queria sair de lá — já havia testado negativo, mas eles não queriam me liberar.

uce nº1823 $\Phi=0,02$ uci nº20: *tc_20 *sex_02 *ida_03 *relig_01

Só me lembro de estar agachada e de alguém dizendo para eu ficar calma, que iam buscar a maca. Só me lembro disso. Não sei se, dali, já fui direto para a UTI ou se passei pelo repouso antes.

Ideia chave – Responsabilidade, renúncia e indignação pandêmica

uce nº1143 $\Phi=0,03$ uci nº12: *tc_12 *sex_02 *ida_01 *relig_02

Não queríamos que outras pessoas se contaminassem também. Ficamos sem renda durante vários meses, porque não podíamos realizar festas — e ver outras pessoas fazendo isso me deixava indignada.

uce nº955 $\Phi=0,03$ uci nº10: *tc_10 *sex_01 *ida_02 *relig_01

Foi muito triste ter COVID-19, pois, na época, eu costumava me encontrar nos finais de semana com um grupo de amigos na casa de um colega. Eram poucas pessoas, todas trabalhando de casa, e nos reuníamos para conversar, porque aquele isolamento estava nos fazendo muito mal. Então, nos isolávamos entre nós mesmos.

uce nº115 $\Phi=0,02$ uci nº2: *tc_02 *sex_01 *ida_03 *relig_01

Sempre acordei cedo e, se precisava comprar alguma coisa, ia a pé e escolhia um caminho mais longo justamente para andar mais e demorar a voltar para casa.

uce nº277 $\Phi=0,02$ uci nº3: *tc_03 *sex_02 *ida_02 *relig_01

Em relação às pessoas que não usavam máscara e aglomeravam quando isso ainda era proibido, os seis primeiros meses foram os que mais me causaram incômodo. Lembro que julho foi o mês em que desativei todas as minhas redes sociais, porque não aguentava mais ver imagens do pessoal indo à praia, viajando — era algo que me irritava muito.

8.4.1. Discussão

A alta associação estatística do termo ‘*sintoma*’ à classe 3 e sua rede de relações indicam que esta classe se relaciona à experiência física e psicológica de quem contraiu a COVID-19. A presença de termos como “*perdi*”, “*cheiro*”, “*paladar*” aponta como os sintomas afetaram os sentidos no processo de construção da representação da doença. As perdas do olfato e do paladar ultrapassam o campo biomédico e adquirem uma dimensão simbólica, pois representam a ruptura com a normalidade, com o cotidiano sensorial que organiza a vida.

As investigações sobre a COVID-19 incluíram as manifestações neurológicas de pessoas acometidas pelo vírus, entre os quais constavam os sintomas leves aos mais graves. Entre os leves, há relatos de cefaleia, anosmia e parestesia; e, entre os graves, há relatos de afasia e convulsões (Moretti; Neta; Rasetto, 2020). Para quem contraiu a COVID-19 no presente estudo, o autorrelato dos sintomas mais frequentes foram anosmia (perda do olfato) e ageusia (perda do sentido do paladar).

Hajikhani *et al.* (2020) realizaram uma estimativa metanalítica de que, dentre as pessoas infectadas por COVID-19, 61,3% apresentavam alguma desordem olfativa e 49,1% apresentavam alguma desordem gustativa. Um estudo realizado com 6.053 participantes brasileiros diagnosticados com COVID-19, evidenciou que a prevalência de disfunções olfativa decaía conforme a infecção pelas linhagens mais recentes do vírus, ou seja, os resultados sugerem que o tipo de variante do Sars-CoV-2 pode ser um fator de risco para disfunção olfativa, juntamente com a suscetibilidade genética do hospedeiro (Cardoso *et al.*, 2022).

Outra característica importante que o estudo evidenciou e corrobora com os dados de Vaira *et al.* (2022), é que não parece haver relação entre o status vacinal e alterações nos sentidos químicos. Os sentidos sensoriais estão fortemente associadas ao prazer, à afetividade e à memória. Com sua ausência, emerge uma sensação de estranhamento do próprio corpo e do mundo, o que pode ser compreendido como uma experiência de despersonalização ou desencaixe identitário.

Tal perda pode ser lida, portanto, como metáfora da perda de si, do controle, da rotina, do mundo como era conhecido. Como discutido por Gomes, Ferreri e Lemos (2018), do ponto de vista do cuidado de si, elaborado por Foucault, essas experiências sensoriais e emocionais se articulam diretamente às práticas de vigilância de si e de autogoverno dos corpos. O reconhecimento dos sintomas e a atenção ao funcionamento

do próprio corpo tornam-se não apenas formas de diagnóstico pessoal, mas de sobrevivência no mundo moderno.

Não reconhecer cheiros e sabores não só compromete à adaptação ao ambiente, como atividades antes corriqueiras e realizadas de modo automático passam a ser estressoras para aqueles com perdas clínicas nos sentidos químicos. É importante ressaltar que a perda de experiências afetivas associadas ao olfato e ao paladar não é apenas uma consequência das alterações sensoriais provocadas pela COVID-19, mas pode ser também constitutiva dessas perdas, uma vez que esses sentidos estão diretamente relacionados à memória, ao afeto e à construção da identidade (Feitosa *et al.*, 2022).

Cheiros e gostos evocam lembranças intensas e vívidas, muitas vezes ligadas a pessoas, lugares e vivências significativas – fenômeno conhecido como *Efeito Proust*, em referência ao escritor Marcel Proust (1871–1922), que descreveu como o sabor de um bolo “*madeleine*” mergulhado em chá era capaz de transportá-lo imediatamente à infância. Assim, a anosmia e a ageusia não apenas rompem com a percepção sensorial do presente, mas também com a continuidade subjetiva da vida, afetando o modo como os indivíduos se reconhecem em suas histórias e afetos (Feitosa *et al.*, 2022).

A vivência com a COVID-19 foi marcada por uma variedade de sintomas físicos, com destaque para a anosmia e ageusia, febre, cansaço e falta de ar, além de possíveis sequelas de longo prazo que impactam a qualidade de vida. Na UCE nº 1532 há um autorrelato de sequela de exaustão e cansaço físico intenso após a infecção pelo vírus, com: “*não consigo mais andar tão rápido, pois me canso com mais facilidade*”.

Outra ideia-chave de quem vivenciou a infecção pelo vírus remete às representações psicocorporais que despertaram ou agravaram sofrimentos emocionais como depressão, medo da morte e ansiedade. Na UCE nº 1530 emerge como as sequelas psicológicas pós-covid impactaram na realização das atividades cotidianas “*tinha medo de ter alguma sequela após a COVID-19, e, de fato, tive. Desenvolvi uma sequela psicológica e iniciei tratamento logo depois. [...] Fiquei extremamente desanimado, não conseguia realizar minhas atividades e não me alimentava direito*”.

Os efeitos psicológicos de eventos estressantes têm sido considerados maiores que os efeitos biomédicos por apresentarem caráter intenso, generalizados e duradouros (Faro; Silva; Santos, 2024). Em grandes eventos de saúde pública, o número de pessoas cuja saúde mental é afetada tende a ser maior do que o número de pessoas afetadas pela infecção, pois o medo aumenta os níveis de ansiedade e estresse em indivíduos saudáveis e intensifica os sintomas daqueles com transtornos psiquiátricos pré-existent (Ornell *et*

al., 2020).

Para melhor compreender as repercussões psicológicas à pandemia, é necessário considerar uma emoção específica: o medo. O medo pode ser definido como uma estratégia de defesa básica e necessária para a sobrevivência. Entretanto, quando crônico ou desproporcional, pode gerar prejuízos e culminar no desenvolvimento de transtornos mentais (Ornell *et al.*, 2020; Faro; Silva; Santos, 2024).

Estudos indicam que o medo diante de uma doença, assim como as mudanças comportamentais dela decorrentes, podem se disseminar socialmente por meio de processos de contágio emocional. Esse fenômeno ocorre quando emoções e condutas experienciadas por um indivíduo são influenciadas pelas reações de outros, sobretudo em contextos marcados por elevada incerteza e vulnerabilidade coletiva (Taylor, 2022; Wheaton *et al.*, 2021).

No contexto da pandemia de COVID-19, o contágio emocional emergiu como uma importante via de propagação de sentimentos como medo, ansiedade e solidariedade, ao mesmo tempo em que contribuiu para a adesão — ou resistência — a comportamentos preventivos. Nesse cenário, a TRS oferece subsídios para compreender como emoções coletivas, ancoradas em representações compartilhadas da doença, operaram como mediadoras das práticas sociais nos dois grupos entrevistados.

O medo, portanto, não se restringe a uma experiência subjetiva individual, mas constitui um fenômeno intersubjetivo que circula, adquire significados simbólicos e mobiliza ações dentro de grupos sociais. Na abordagem estrutural realizada, o ‘medo’ aparece como a segunda evocação mais frequente nos dois grupos pesquisados - contraíram ou não a COVID-19 - a presença desse elemento sugere que tal sentimento transcendeu a experiência individual de adoecimento ou grupal, mas assumiu um papel estruturante no pensamento social construído em torno da pandemia.

Nas UCEs que representam a COVID-19 sob os aspectos do corpo, da mente e do afeto, evidencia-se como a doença atravessa dimensões corporais e psíquicas, suscitando o medo da morte e a incerteza quanto ao futuro. Observa-se uma ampliação da preocupação com os entes queridos, o que revela o caráter coletivo e afetivo que permeia a vivência com a enfermidade. Na UCE nº 206 há o autorrelato de “*cheguei a um nível quase paranoico*” em relação à saúde da mãe. Em outra perspectiva, na UCE nº 1087, verifica-se como o medo da perda se torna pessoal e vivido no corpo.

Os participantes que contraíram a COVID-19 vivenciaram não apenas o impacto psicocorporais da doença, mas também o isolamento forçado e mudanças no cotidiano.

Eles tiveram de lidar com o confinamento, a solidão e o medo da morte, aspectos marcantes da Classe 4. Esses conteúdos emergiram de maneira convergente a partir de diferentes técnicas analíticas, como: a evocação livre de palavras, a CHD e as redes das formas de maior associação às classes.

Sobre o medo, é importante destacar que Jodelet (2017, p. 456) ressalta que esta emoção “revela um paradoxo entre os elementos da experiência presente e as pressuposições nas quais se acreditava até então”. De acordo com a autora, as novidades trazem dúvidas e incertezas aos planos de ações das pessoas e por isso as produções de sentido têm como objetivo superar tais dúvidas e fazer com que as pessoas se adaptem à nova situação.

Jodelet (2017) avança na explicação situando o debate nas dimensões sociais das emoções, de que estas estimulam a cognição na mobilização do saber social na interpretação do mundo e favorecem as negociações com o meio. Daí a importância de se considerar o lugar que os afetos/as emoções ocupam nas representações sociais, na dimensão das atitudes. Portanto, na análise das RS da COVID-19, não se pode negligenciar esta emoção, traduzida no medo.

Sobre o termo ‘*isolamento*’, no âmbito da abordagem estrutural das RS, ele se destacou como elemento distintivo do núcleo central entre os participantes que contraíram a COVID-19. Isto evidencia que, ao mesmo tempo em que o isolamento se apresenta como uma imposição normativa externa oriunda das estratégias de biopoder no controle das populações, também foi apropriado pelos sujeitos como estratégia de preservação da vida, tanto individual quanto coletiva.

O isolamento, que na grande maioria dos participantes foi realizado em casa, revela como, tradicionalmente, a casa é representada como espaço de acolhimento, proteção e convivência. No entanto, durante a experiência da pandemia, esse espaço foi ressignificado. O quarto, em especial, assume uma função limiar entre o cuidado e a exclusão. Ele se torna um ambiente de reclusão obrigatório, onde o sujeito infectado é isolado não apenas para evitar a transmissão, mas também como forma de proteção dos demais.

Na UCE n°1180, a frase “*o meu quarto ficava fechado, e ninguém entrava*” ilustra com clareza a transformação simbólica do espaço doméstico diante da experiência da COVID-19. A porta do quarto, antes passagem cotidiana, passa a operar como limite físico e emocional, um marcador de dentro e fora, de segurança e risco, de presença e ausência. Trata-se de uma fronteira sanitária e simbólica, onde o cuidado se manifesta

paradoxalmente por meio da separação dos seus entes queridos.

Esse cenário revela uma nova territorialidade da casa, em que o quarto adquire o status de “quarentena individualizada”, configurando um isolamento forçado, ainda que afetivamente mediado. A casa, que tradicionalmente representa o lugar da intimidade, do afeto e da convivência, se ressignifica como espaço fragmentado, no qual os cômodos assumem funções sanitárias e psíquicas específicas.

A reconfiguração espacial expressa, portanto, mais do que uma mudança prática: ela evidencia como a experiência da doença é incorporada e representada nos modos de habitar, produzindo efeitos sobre os vínculos, os afetos e a própria percepção de si no espaço familiar. Jodelet (2001) afirma que o espaço vivido é um lugar afetivamente investido, ou seja, ele não é neutro, mas carregado de sentidos construídos socialmente.

Para Jodelet (2001), os espaços são marcados pelas práticas sociais e pelas representações que lhes são atribuídas, o que a filósofa denomina como “investimento afetivo”, ou seja, a forma como atribuímos sentimentos, valores e sentidos sociais ao espaço, e que, em contextos de crise como o da pandemia, torna-se ainda mais simbólico, algo revelado nos discursos dos participantes em ambos os grupos.

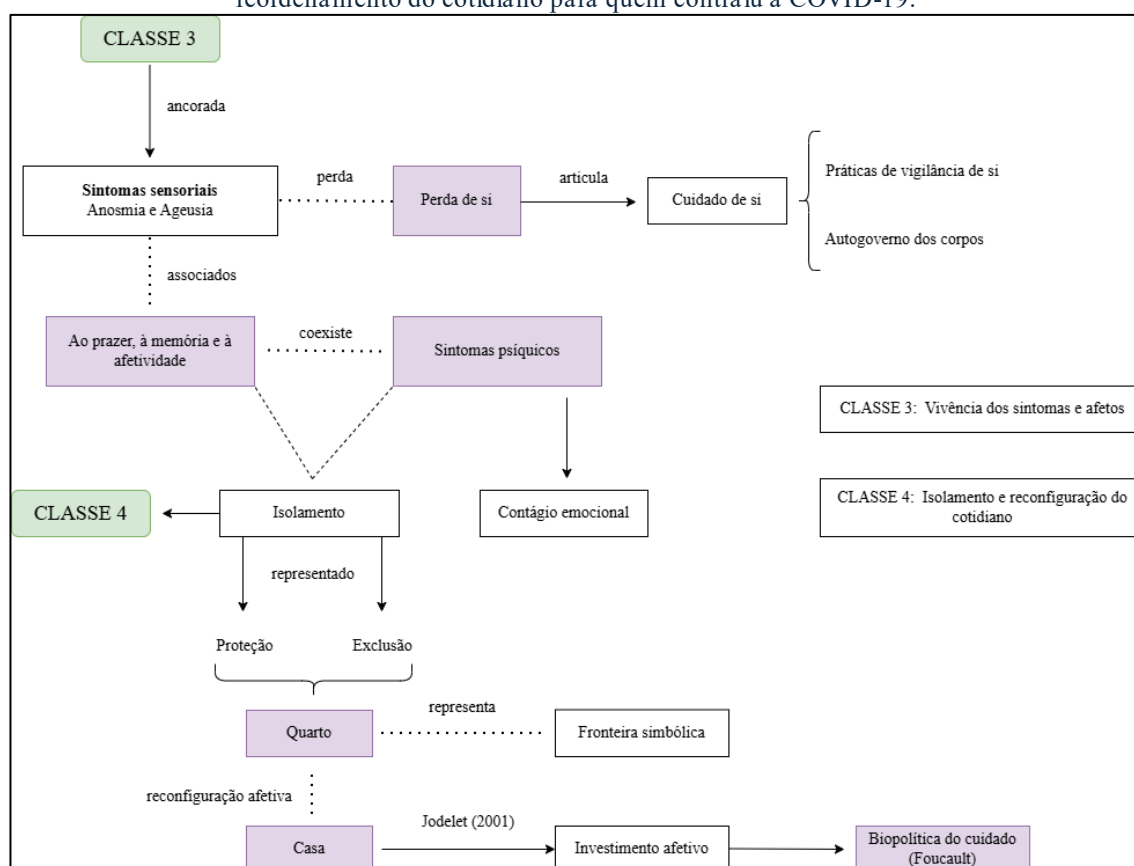
A autora também enfatiza que os afetos são constituintes centrais das RS. O medo do contágio, o amor pelos familiares, a culpa por um possível risco ao outro e a angústia da separação mobilizam representações que moldam comportamentos e sentidos atribuídos ao espaço e à doença. Na UCE nº1659, por exemplo, o sofrimento em estar “*sem ninguém para conversar diretamente*” expressa a vivência da solidão afetiva, que redefine o modo como o espaço familiar é percebido: a casa deixa de ser lugar de troca para tornar-se lugar de suspensão dos vínculos diretos.

Jodelet (2001) ainda destaca que as RS não permanecem no plano abstrato das ideias, mas se corporificam nas práticas cotidianas e se inscrevem nos corpos, nos espaços e nos gestos. A vivência da COVID-19, tal como expressa nas UCEs analisadas, evidencia como as práticas, a exemplo do uso de máscara dentro de casa, a higienização intensa de ambientes comuns e o afastamento forçado nas interações familiares revelam como o vírus tornou-se presença constante, ainda que invisível.

À luz de Foucault (2003), todas essas experiências materializadas em práticas de si em que os sujeitos tentam governar suas condutas, reinterpretar riscos e produzir sentidos frente à precariedade do viver, podem ser compreendidas como um campo de articulação entre saber e poder, no qual discursos biomédicos, jurídicos e políticos operam como tecnologias de regulação da vida. A seguir, apresenta-se um esquema explicativo

das conexões dos elementos (Figura 48), o campo das representações sociais da COVID-19 com articulação da vivência dos sintomas e do reordenamento do cotidiano para quem contraiu a COVID-19 (Figura 49), e a representação social da COVID-19 para quem contraiu a doença (Figura 50).

Figura 48 - Esquema explicativo das conexões dos elementos sobre a vivência dos sintomas e o reordenamento do cotidiano para quem contraiu a COVID-19.



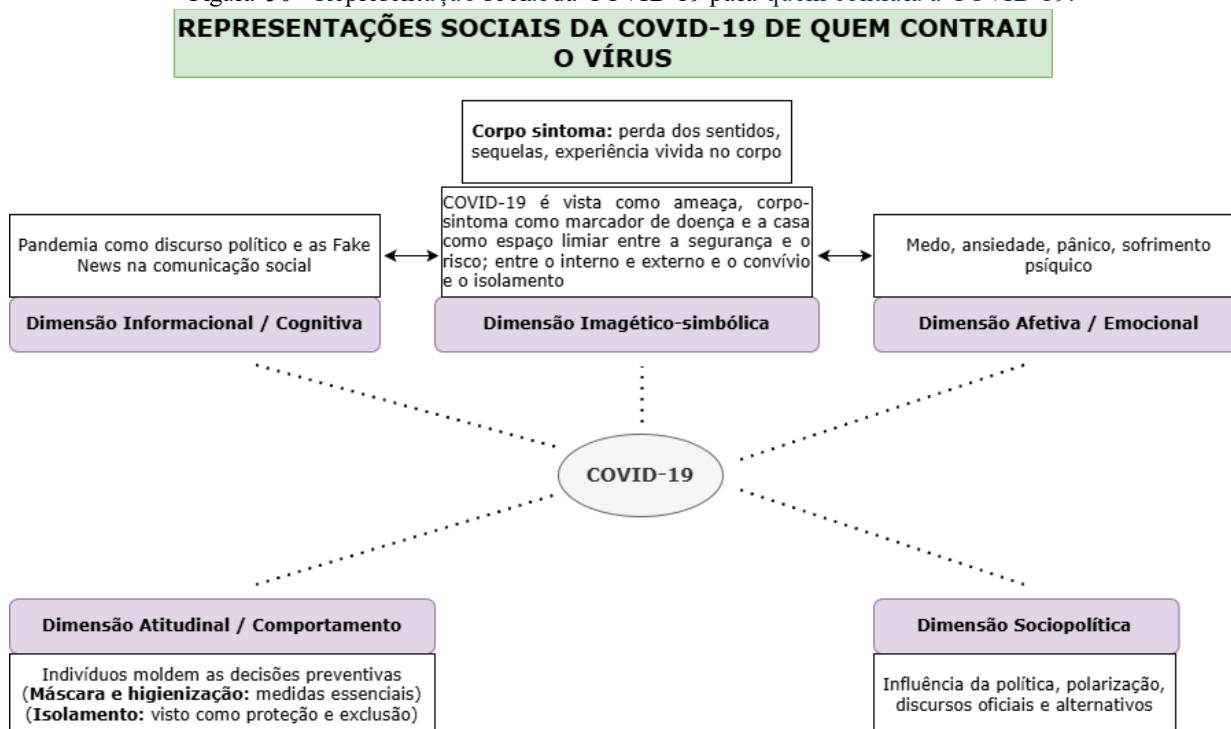
Fonte: Autoria própria, 2025.

Figura 49 - Campo das representações sociais da COVID-19 articulando a vivência dos sintomas e o reordenamento do cotidiano.

Campo das Representações Sociais		
INFORMAÇÃO CONCEITO	CAMPO DE REPRESENTAÇÃO	ATITUDES
A COVID-19 foi vivenciada como uma experiência sensorial e emocional, marcada pela perda dos sentidos (olfato e paladar) e pela sensação da perda de si. O corpo deixa de ser apenas biológico e passa a ser lugar de incerteza e vulnerabilidade.	Representação da COVID-19 como uma experiência biopolítica e afetiva, onde o corpo e o espaço doméstico tornam-se territórios de vigilância, controle e cuidado. O medo atua como emoção estruturante das práticas e discursos. O isolamento foi vivido simultaneamente como proteção e exclusão, revelando a dialética corpo-espaço e o investimento afetivo dos lugares (Jodelet).	Positivas - Práticas de cuidado de si e do outro; vigilância de si, reorganização do cotidiano; solidariedade familiar; preservação da vida.

Fonte: Autoria própria, 2025.

Figura 50 - Representação social da COVID-19 para quem contraiu a COVID-19.



Fonte: Autoria própria, 2025.

Ao finalizar a discussão da abordagem processual aplicada aos conteúdos das entrevistas, evidencia-se que as RS da COVID-19 se constroem numa teia de significados que contempla uma série de elementos que se entrelaçam nas interpretações dos grupos que contraíram e que não contraíram a doença na pandemia. Há elementos que são compartilhados pelas experiências comuns que a sociedade vivenciou enquanto coletividade, e outros que assentam na vivência particular e subjetiva do adoecimento.

A origem viral se articulou às práticas de enfrentamento para aqueles que não contraíram a COVID-19, enquanto para aqueles que contraíram esta origem se articulou aos sentidos do adoecer ganhando contornos de uma proximidade vivencial de estar com o vírus circulando em si, que traz uma característica peculiar à representação.

A política, a emoção, o cuidado, a pandemia, a biopolítica e a desinformação marcaram as representações de quem não contraiu, mostrando uma capacidade de análise ampliada sobre a COVID-19 como uma questão sociopolítica preocupante que articula conceitos e práticas que se espera sirvam de espelho para que situações que potencializaram seu agravamento não se repitam em uma outra emergência sanitária de grande monta.

Por sua vez, aqueles que contraíram a doença trouxeram mais para próximo de si, os cuidados gerais e específicos, como os de higiene, que perpassam as recomendações gerais de manutenção e de promoção da saúde, bem como a questão dos sintomas que foram vividos e não somente produzidos em discursos pelas informações. Tal vivência do adoecimento, traduzido em particular pelos sintomas, articulou-se ao reordenamento do cotidiano com muito mais poder explicativo marcando diferencialmente as RS deste grupo. Diferencia-se, inclusive, no núcleo central, pois a presença do elemento “isolamento” mostra, justamente, a vivência da doença na condição de doentes, por neles incidirem o peso de práticas de autoproteção e de proteção dos outros.

Nesse contexto, torna-se fundamental distinguir a internalização do cuidado, compreendida como um cuidado de caráter prescritivo e normativo, do cuidado de si, entendido como uma prática ética. A internalização do cuidado refere-se à incorporação, pelos sujeitos, de normas, recomendações e discursos institucionais produzidos pelos saberes biomédicos e pelos dispositivos de poder, orientando comportamentos considerados socialmente adequados para a preservação da saúde, muitas vezes baseado na obediência, no controle e na responsabilização individual (Foucault, 2010).

Por outro lado, o cuidado de si ultrapassa a dimensão normativa e se constitui como uma prática ética e reflexiva, na qual o sujeito se implica ativamente em seu próprio processo de viver, reconhecendo-se como agente de suas escolhas, afetos e modos de existência. Nessa perspectiva, o cuidado de si não se reduz à adoção de condutas prescritas, mas expressa uma relação consciente consigo e com o outro, orientada pela liberdade, pela responsabilidade coletiva e pela construção de sentidos que articulam o saber, a experiência e a subjetividade (Foucault, 2010).

A partir da trágica experiência com esta pandemia e a tudo o que dela derivou em termos de disputas discursivas e embates políticos, como mostrou os resultados desta pesquisa, a expectativa é que se tenham conseguido alguns avanços na sociedade para além da internalização das normas sanitárias, com incorporação de práticas de cuidado de si e do outro, como expressão de uma necessária consciência coletiva de uma ética do cuidado (Boff, 2002), de autopreservação e de preservação social.

9. CAPÍTULO XIX - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir esta tese que partiu do desejo de compreender como as pessoas que contraíram e não contraíram a COVID-19, significaram a experiência coletiva do adoecimento e do cuidado, e de que modo tais representações se projetaram sobre o modo de cuidar de si e do outro, revelou-se como a pandemia foi mais do que um evento biomédico e sanitário, mostrando-se como um campo simbólico de disputas, medos, aprendizagens e reorganizações de vida. Alcançou-se este desvelamento pela Teoria das Representações Sociais em suas vertentes processual e estrutural, e pelo pensamento Foucaultiano sobre o cuidado.

Os resultados confirmaram que as RS da COVID-19 se configuraram como uma construção partilhada e dinâmica, sustentada por memórias de crise, práticas discursivas e experiências cotidianas. No núcleo central dessas representações, comum a pessoas que contraíram e que não contraíram o vírus na Região Amazônica, emergiram os elementos medo, ansiedade, morte e pandemia. Esses termos não apenas nomearam afetos, porém condensaram uma memória social de incerteza, marcada pela fragilidade da vida e pelo imperativo da autoproteção. A COVID-19 foi representada como uma presença invisível e ameaçadora, capaz de reordenar modos de sentir, conviver e cuidar.

Na abordagem estrutural, observou-se que os termos que compuseram o núcleo central e o sistema periférico das representações expressam a tensão entre o biológico e o simbólico. O medo e a ansiedade, como elementos centrais, mobilizaram sentimentos universais e de autopreservação e, impulsionaram as práticas de cuidado e autocuidado. A morte, por sua vez, manteve-se como um tabu social, sendo silenciada, banalizada e, ao mesmo tempo, ritualizada em novas formas de luto mediada pela ausência dos rituais culturais de despedida, aos velórios e às expressões coletivas de dor que, por séculos, sustentam a tradição. A máscara e o isolamento, traduzem a ambiguidade entre a proteção e o distanciamento que embora sejam símbolos do cuidado, são também de ruptura na experiência de estar com o outro.

Na abordagem processual dos que não contraíram o vírus, as representações revelaram um campo discursivo tensionado entre a racionalidade científica e a desinformação. As disputas narrativas sobre a origem do vírus e a eficácia das medidas preventivas, refletiram a polifasia cognitiva, na qual diferentes saberes coexistem e competem. Além disso, a internalização das normas de higiene e do distanciamento social, evidenciou o funcionamento do biopoder na microgestão da vida, no controle dos

corpos e na moralização das condutas.

Neste grupo os cuidados traduziram um dever moral e um marcador de cidadania, associado à vigilância do próprio comportamento e do outro. Nesse sentido, aponta-se que haja mais chance de se ter avanços nas práticas de cuidado sanitários neste grupo, ultrapassando a internalização das normas e alcançando o cuidado de si e do outro, como expressão de uma ética do cuidado aplicada à coletividade.

Já entre os que contraíram a COVID-19, o adoecimento foi representado como uma experiência onde, o corpo, atravessado pelos sintomas e pela ameaça da morte, tornou-se lugar de inscrição simbólica e política. Os sintomas da anosmia e ageusia, bem como a perda do convívio social, simbolizaram a suspensão sensorial do mundo, ou seja, uma ruptura com o cotidiano que obrigou à redescoberta de si. As narrativas de isolamento e solidão, podem ser compreendidas com o que Jodelet denominou de investimento afetivo, em que o espaço doméstico transformou-se simultaneamente em abrigo e em prisão, em território de vulnerabilidade e resistência. Neste contexto, o cuidado de si assumiu contornos mais subjetivos, perpassando pelos sentidos da reconstrução do corpo e pertencimento após a experiência da doença.

Os achados também revelaram o papel ambíguo da informação, pois se por um lado, o acesso à ciência e às políticas públicas fortaleceu a prevenção e a confiança na vacina, por outro, as fake news e as campanhas de desinformação ampliaram a desconfiança e a polarização social. A vacinação, enquanto prática de saúde pública, apareceu como tecnologia de governança da vida, articulando-se ao biopoder descrito por Foucault. Contudo, pode ser também representada como gesto ético e solidário, expressão do cuidado coletivo. Essa ambivalência reafirma que o cuidado, no contexto pandêmico, foi atravessado por relações de poder, saber e subjetividade.

Ao integrar as abordagens processual e estrutural, este estudo desvelou que as RS da COVID-19 operam em múltiplos níveis, como: cognitivo, afetivo e político. As práticas de cuidado de si e do outro não se restringem ao campo da saúde, porém atravessam o campo da moral e da convivência. Cuidar, neste sentido, significou vigiar, proteger e também suportar. O cuidado de si, na perspectiva de Foucault, vai além de um ato individual. Ele representa uma atitude ética diante da vida, uma forma de se preservar sem se fechar ao mundo. Durante a pandemia, cuidar de si significou reconhecer-se como parte de um coletivo vulnerável, em que os limites entre o “eu” e o “outro” se tornaram mais próximos, revelando que o cuidado pessoal também é um gesto de responsabilidade e solidariedade com os demais.

Em relação as escolhas metodológicas, ancorado na TRS e apoiado pelos softwares EVOC e Alceste, foi possível articular o rigor da análise estrutural com a riqueza simbólica das narrativas. A triangulação das duas abordagens ampliou a compreensão e o aprofundamento sobre o modo como as pessoas significaram a COVID-19, revelando que as representações não são apenas reflexos da realidade, mas forças que a produzem. Elas orientam práticas, definem posições morais e sustentam modos de cuidar.

Este estudo contribui para o campo da enfermagem, ao reconhecer o cuidado como fenômeno social, relacional e ético que ultrapassa o ato técnico e se inscreve nas dimensões simbólicas da vida cotidiana. As RS da COVID-19 revelaram as dimensões subjetivas do cuidar, como o medo, a culpa, a solidariedade, a incerteza e, evidenciou a necessidade de repensar estratégias de educação terapêuticas que considerem a pessoa em sua totalidade, como ser que sente, teme e reflete.

Nesse sentido, em atenção ao quinto objetivo específico desta pesquisa, para que seja possível propor estratégias de educação terapêutica, que demonstrem a COVID-19 como fenômeno psicossocial, deve-se atentar para as diretrizes, ordenadas a seguir, mas não necessariamente em ordem hierárquica.

A primeira trata do reconhecimento do contexto simbólico do sofrimento. Em contextos críticos, o enfermeiro deve reconhecer que a dor das pessoas não é apenas física, mas simbólica, pois envolve perdas de identidade, rupturas de pertencimento, medo do futuro e desorganização dos laços sociais. Valorizar escuta situacional sensível, permitindo que o sujeito expresse o que perdeu, pessoas, lugares, rotina, fé; as narrativas de quem vive a crise como parte do cuidado e evitar a medicalização do sofrimento simbólico, acolhendo-o como expressão legítima da experiência humana, pode favorecer a reintegração simbólica do vivido e previne a cronificação do trauma.

Uma segunda diretriz, deve incluir a comunicação empática e presença significativa, pois a comunicação é uma tecnologia essencial no cuidado de Enfermagem. Em crises, as pessoas precisam sentir-se vistas e reconhecidas. Estabelecer vínculos por meio do olhar, do tom de voz e da escuta ativa, mesmo em situações de restrição física (como uso de EPIs) e validar emoções, como: medo, raiva e tristeza, reconhecendo que não são fraquezas, mas reações humanas a situações repentinas e extremas. Estas estratégias podem reduzir a sensação de desamparo, restabelecer confiança e estabilidade emocional.

A escuta coletiva e reconstrução comunitária podem ser consideradas numa terceira diretriz. Como desastres e pandemias rompem com o cotidiano social, o enfermeiro pode atuar como articulador do reencontro, por meio da organização de grupos de partilha e escuta comunitária em abrigos, escolas ou unidades básicas de saúde, pois quando o trauma e seus efeitos são coletivos, a cura também pode ser.

O cuidado com o cuidador seria uma quarta diretriz, pois em grandes emergências, o desgaste emocional do profissional é intenso. Por isso, estimular práticas diárias de autocuidado, por meio de pausas conscientes, suporte entre colegas, espaços de descompressão emocional; implementar grupos de apoio institucional e escuta psicológica para profissionais, bem como promover a cultura do cuidado mútuo na equipe, pode contribuir para a prevenção de *burnout*, fortalecimento da equipe e sustentabilidade do cuidado em longo prazo. Portanto, o cuidado de si e do outro, emergem como prática de liberdade e responsabilidade compartilhada.

Concluir esta tese, é reconhecer que a pandemia não terminou com o fim da emergência sanitária, pois ela persiste nas memórias, nos corpos e nas formas de se relacionar com o mundo. As RS que emergiram desta pesquisa permanecem em movimento, transformando-se à medida que novos sentidos são produzidos sobre o viver e o cuidar. Assim, mais do que respostas, esta tese oferece provocações para próximas investigações: como cuidamos de nós e dos outros quando o invisível (vírus) nos atravessa? Como reinventamos o cuidado em tempos de incerteza?

Para pesquisas futuras, sugere-se aprofundar o estudo das RS da COVID-19 em grupos específicos, como profissionais de saúde, familiares de vítimas e pessoas com sequelas pós-COVID, a fim de compreender como as experiências de vulnerabilidade, resiliência e reconstrução do cuidado se entrelaçam no cotidiano e na subjetividade desses atores. Além disso, estudos comparativos entre diferentes contextos culturais e regionais são fundamentais para compreender a historicidade e a plasticidade das representações da doença. A COVID-19, embora global, foi vivida de maneiras distintas segundo as realidades locais e as narrativas políticas de cada território.

Os achados desta tese também apontam para uma importante diferenciação de sexo/gênero nas formas de organização dos discursos sobre a pandemia. Observou-se que os homens tenderam a representar a COVID-19 como um campo de disputa política e ideológica, centrado em debates sobre poder e governança; enquanto as mulheres enfatizaram de modo mais expressivo o impacto das fake news e da desinformação na comunicação social, evidenciando uma maior sensibilidade às consequências relacionais

e emocionais das narrativas midiáticas. Essa distinção sugere que o sexo/gênero atravessa as RS, modulando as formas de compreender e reagir à crise, e merece ser explorado com maior profundidade em pesquisas futuras. Nesse sentido, pesquisas que invistam em análises com cortes de gênero, considerando o conceito para além do binarismo sexual masculino e feminino, contribuirão para ampliar a compreensão sobre grupos vulnerabilizados a partir deste conceito.

Por fim, ao dar voz as RS da COVID-19 e as repercussões para o cuidado de si e do outro, reafirma-se a potência da Enfermagem como campo de produção de saberes sobre o ser humano, sobre a vida e o cuidado. Atravessar a pandemia foi, para muitos, sobreviver. Pesquisá-la, foi uma forma de cuidar de mim, do outro e da própria memória social que insiste em não ser esquecida.

REFERÊNCIAS

ABRIC, J. C. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Ed. AB, 1998.

_____. Central system, peripheral system: their functions and roles in the dynamics of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 2, n. 2, p. 75–78, 1993. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/284756719_Central_System_Peripheral_System_their_Functions_and_Roles_in_the_Dynamic_of_Social_Representations. Acesso em: 13 fev de 2025.

_____. **A abordagem estrutural das representações sociais**. In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. 2. Ed. Goiânia:AB, 2000. p: 27-37

AQUINO, E. M. L. et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 1, p. 2423-2446, jun. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/4BHTCFF4bDqq4qT7WtPhvYr/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 13 jan. 2025.

AIM, M. A.; DECARCIN, T.; BOVINA, I.; DANY, L. Cross-validation of representational structures using the attribute-challenge technique and the test of context independence: the social representation of health. **International Review of Social Psychology**, v. 31, n. 1, art. 25, p. 1–11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5334/irsp.87>. Acesso em: 14 jan. 2026.

ALBRECHT, D. Vaccination, politics and COVID-19 impacts. **BMC Public Health**, v. 22, p. 96, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12432-x>. Acesso em: 28 mar de 2025.

ALMEIDA, R. M. F.; QUEIROZ, A. B. A.; FERREIRA, M. A.; SILVA, R. C. COVID-19: psychosociological phenomenon and implications for nursing. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, e20210123, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0123>. Acesso em: 29 nov. 2021.

ALMEIDA, A. M. O.; SANTOS, M. F. S.; TRINDADE, Z. A. **Teoria das representações sociais: 50 anos**. Brasília: Technopolitik, 2014.

ALMEIDA, I. L. L.; REGO, J. F.; TEIXEIRA, A. C. G.; MOREIRA, M. R. Social isolation and its impact on child and adolescent development: a systematic review. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 40, e2020385, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/ZjJsQRsTFNYrs7fJKZSggsv/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 02 jan. 2022.

ALSAWALQA, R. O. Cyberbullying, social stigma, and self-esteem: the impact of COVID-19 on students from East and Southeast Asia at the University of Jordan. **Heliyon**, v. 7, e06711, p. 1–13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06711>. Acesso em: 28 mar de 2025.

ALVARO, M.; FOLINO, C.; MASSARANI, L.; CHAGAS, C. “A máscara salva”: representações sociais da pandemia de covid-19 por meio dos desenhos de crianças cariocas. **Saúde e Sociedade**, v. 30, n. 4, p. e210328, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902021210328>. Acesso em: 3 jan de 2025.

ALVES, C. A. Educação terapêutica de pacientes e abordagem narrativa: interseções necessárias para novas práticas no cuidado ao adoecimento crônico infantil. **Revista Brasileira de Pesquisa (Auto)Biográfica**, Salvador, v. 5, n. 15, p. 1059–1073, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.uneb.br/index.php/rbpab/article/view/8770/6831>. Acesso em: 08 mar. 2022.

ALWINE, J. et al. The harms of promoting the lab leak hypothesis for SARS-CoV-2 origins without evidence. **Journal of Virology**, v. 98, e01240-24, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1128/jvi.01240-24>. Acesso em: 20 mar de 2025.

ALWINE, J. C.; CASADEVALL, A.; ENQUIST, L. W.; GOODRUM, F. D.; IMPERIALE, M. J. A critical analysis of the evidence for the SARS-CoV-2 origin hypotheses. **Journal of Virology**, v. 97, e00365-23, 2023. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/jvi.00365-23>. Acesso em: 20 mar de 2025.

AMARAL, M. E. P. O novo coronavírus e a condição da banalidade do mal. **Mídia e Cotidiano**, v. 15, n. 2, p. 187–207, 18 maio 2021. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/midiaecotidiano/article/view/47609>. Acesso em: 13 jan. 2022.

ANDRE, F. E.; BOOY, R.; BOCK, H. L.; CLEMENS, J.; DATTA, S. K.; JOHN, T. J.; et al. **Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide**. Bulletin of the World Health Organization, v. 86, p. 140–146, 2008.

APOSTOLIDIS, T.; FONTE, D.; ALÉSSIO, R. L. S.; SANTOS, M. F. S. Representações sociais e educação terapêutica: questões teórico-práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 29, n. 1, e190299, p. 1–11, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/4LdFNk6g8V5xKmqqNVy6qxK/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 04 mar. 2022.

APOSTOLIDIS, T.; SANTOS, F.; KALAMPALIKIS, N. Society against COVID-19: challenges for the socio-genetic point of view of social representations. **Papers on Social Representations**, v. 29, n. 2, p. 3.1–3.14, 2020. Disponível em: <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/551/470>. Acesso em: 13 jan. 2022.

AQUINO, E. M. L. et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 1, p. 2423–2446, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. Acesso em: [insira a data de acesso].

ALSAWALQA, R. O. Cyberbullying, social stigma, and self-esteem: the impact of COVID-19 on students from East and Southeast Asia at the University of Jordan. **Heliyon**, v. 7, e06711, p. 1-13, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06711>. Acesso em: 14 jan. 2025.

ARAF, Y.; FARUQUI, N. A.; ANWAR, S.; HOSEN, M. J. SARS-CoV-2: a new dimension to our understanding of coronaviruses. **International Microbiology**, v. 24, p. 19–24, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10123-020-00152-y.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2022.

ARAÚJO, T. M.; LUA, I. O trabalho mudou-se para casa: trabalho remoto no contexto da pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 46, p. e27, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369000030720>. Acesso em: 14 jan. 2022.

AUGRAS, M. **O que é tabu**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

AVAAZ. **1 em cada 4 brasileiros pode não se vacinar contra a COVID-19** [Internet]. 7 set. 2020. Disponível em: https://secure.avaaz.org/campaign/po/brasileiros_ao_vacinar_covid/. Acesso em: 08 dez. 2021.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Teoria das representações sociais e Alceste: contribuições teórico-metodológicas na pesquisa qualitativa. **Saúde & Transformação Social**, v. 3, n. 4, p. 04–10, 2012. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2653/265324588003.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

BACKES, M. T. S.; HIGASHI, G. D. C.; DAMIANIA, P. R.; MENDES, J. S.; SAMPAIO, L. S.; SOARES, G. L. Working conditions of nursing professionals in coping with the COVID-19 pandemic. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, esp., e20200339, p. 1–8, 2021. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/1898>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BALOGH, S.; BALOGH, M. A.; ZHENG, T.; PEI, X. The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic. **Tohoku Journal of Experimental Medicine**, v. 250, p. 271–278, 2020. Disponível em: https://www.jstage.jst.go.jp/article/tjem/250/4/250_271/_pdf/-char/en. Acesso em: 08 fev. 2022.

BARBOSA, D. J.; GOMES, M. P.; SOUZA, F. B. A.; GOMES, A. M. T. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 31, supl. 1, p. 31–47, 2020. Disponível em: <http://www.esccs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651/291>. Acesso em: 02 jan. 2022.

BERTONI, L. M.; GALINKIN, A. L. Teoria e métodos em representações sociais. In: MORORÓ, L. P.; COUTO, M. E. S.; ASSIS, R. A. M. (Orgs.). **Notas teórico-metodológicas de pesquisas em educação: concepções e trajetórias** [online]. Ilhéus, BA: Editus, 2017. p. 101–122. ISBN 978-85-7455-493-8. Disponível em:

<http://books.scielo.org/id/yjxdq/epub/mororo-9788574554938.epub>. Acesso em: 15 abr de 2022.

BLACKBIRD, A. **Volume 2: delegitimization and conspiracies**. COVID-19 Disinformation Report, 2020. Disponível em: <https://www.blackbird.ai/blog/2020/03/17/covid-19-coronavirus-disinformation-report-volume-2-0/>. Acesso em: 13 mar. 2025.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes; 2002.

BORNAND, E.; LETOURNEUX, F.; DESCHANVRES, C.; BOUTOILLE, D.; LUCET, J. C.; LEPELLETIER, D.; et al. Social representations of mask wearing in the general population during the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Public Health**, v. 11, abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1136980>. Acesso em: 18 mar de 2025.

BOTH, L. M. et al. COVID-19 pandemic and social distancing: economic, psychological, family, and technological effects. **Trends in Psychiatry and Psychotherapy**, v. 43, n. 2, p. 85-91, abr./jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0085>. Acesso em: 18 jan. 2025.

BOULOS, L. et al. Effectiveness of face masks for reducing transmission of SARS-CoV-2: a rapid systematic review. **Philosophical Transactions of the Royal Society A**, v. 381, 2023, p. 20230133. Disponível em: <http://doi.org/10.1098/rsta.2023.0133>. Acesso em: 18 jan. 2025.

BRADY, W. J. et al. Emotion shapes the diffusion of moralized content in social networks. **Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America**, v. 114, n. 28, p. 7313-7318, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1073/pnas.1618923114>. Acesso em: 15 jan. 2025.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. **Conselho Nacional de Saúde**. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, n. 98, p. 44-46, 24 maio 2016. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 8 set. 2021.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico especial – Doença pelo Coronavírus COVID-19. Semana epidemiológica 2, 2020a. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/media/pdf/2021/julho/16/boletim_epidemiologico_covid_71.pdf. Acesso em: 26 jun. 2021.

BRIAND, S. Managing the infodemic: a critical condition for an effective global response to the COVID-19 pandemic. **The Forum Network**, 23 abr. 2020. Disponível em: <https://www.oecd-forum.org/posts/66752-managing-the-infodemic-a-critical-condition-for-an-effective-global-response-to-the-covid-19-pandemic>. Acesso em: 02 jan. 2022.

BROOKS, S. K.; et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. **The Lancet**, v. 395, n. 10227, p. 912–920, 2020. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0140673620304608?token=C0EAC7DFE780D8A8DB4862951A2A9AB4C0BAD18174C213403C443A895722F4CB6BC39F1624B6FA1BF9AC1CE53D540533&originRegion=us-east-1&originCreation=20220222203629>. Acesso em: 22 fev. 2022.

BURILLE, S. N.; BITENCOURT, S. M. Gênero e envelhecimento: uma análise sobre o corpo envelhecido a partir das representações sociais compartilhadas por homens e mulheres velhos/as. **Revista Ártemis**, v. 31, n. 1, p. 375-398, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/artemis/article/view/56295>. Acesso em: 20 abr. 2025.

BYRD, N.; BIALEK, M. Your health vs. my liberty: philosophical beliefs dominated reflection and identifiable victim effects when predicting public health recommendation compliance during the COVID-19 pandemic. **Cognition**, v. 212, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2021.104649>. Acesso em: 02 jan. 2022.

BZDOK, D.; DUNBAR, R. I. M. The neurobiology of social distance. *Trends in Cognitive Sciences*, v. 24, n. 9, p. 717–733, 2020. Disponível em: <https://www.cell.com/action/showPdf?pii=S1364-6613%2820%2930140-6>. Acesso em: 23 fev. 2022.

CAICEDO-OCHOA, Y.; REBELLÓN-SÁNCHEZ, D. E.; PEÑALOZA-RALLÓN, M.; CORTÉS-MOTTA, H. F.; MÉNDEZ-FANDIÑO, Y. R. Effective reproductive number estimation for initial stage of COVID-19 pandemic in Latin American countries. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 95, p. 316–318, 2020. Disponível em: <https://www.ijidonline.com/action/showPdf?pii=S1201-9712%2820%2930285-X>. Acesso em: 26 nov. 2021.

CAMARGO, B. V. Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais. In: MOREIRA, A. S. P.; JESUÍNO, J. C. (Orgs.). **Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais**. João Pessoa: Editora Universitária, 2005. p. 511–539.

CAMPOS, P. H. F. O estudo das relações entre práticas sociais e representações: retomando questões. **Psicologia e Saber Social**, v. 6, n. 1, p. 42–46, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/psi-sabersocial/article/view/30664/0>. Acesso em: 07 set. 2021.

CARDOSO, C. C. et al. Olfactory dysfunction in patients with mild COVID-19 during Gamma, Delta, and Omicron waves in Rio de Janeiro, Brazil. **JAMA**, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jama.2022.11006>. Acesso em: 25 mar. 2025.

CARFÌ, A.; et al. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. **JAMA**, v. 324, n. 6, p. 603–605, 2020. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2768351>. Acesso em: 25 set. 2020.

CARVALHO, T. S. V.; COSTA JÚNIOR, I. C. A. Psicologia social: conceitos, história e atualidade. **Psicologia.pt**, 2017. ISSN 1646-6977. Disponível em: <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0421.pdf>. Acesso em: 04 mar. 2022.

CARVALHO, P. A. L.; MALHADO, S. C. B.; CONSTÂNCIO, T. O. S.; RIBEIRO, I. J. S.; BOERY, R. N. S. O.; SENA, E. L. S. Human care in light of Merleau-Ponty's phenomenology. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 28, e20170249, p. 1–11, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/V8tmBYS63nvMzGSRkLK3sQL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 03 jun. 2022.

CASADEVALL, A.; WEISS, S. R.; IMPERIALE, M. J. Can science help resolve the controversy on the origins of the SARS-CoV-2 pandemic? **mBio**, v. 12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1128/mbio.01948-21>. Acesso em: 14 abr. 2025.

CASTRO, L. P. G. Saúde pública global e o novo Regulamento Sanitário Internacional. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 1, n. 1, p. 67–78, 2012. Disponível em: <https://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/39/84>. Acesso em: 14 fev. 2022.

CLARKE, P.; FAWCETT, J. Life as a nurse metatheorist. **Nursing Science Quarterly**, v. 26, n. 3, p. 238–240, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0894318413489185>. Acesso em: 17 mar. 2022.

CLEMENTE-SUÁREZ, V. J. et al. Mis–dis information in COVID-19 health crisis: a narrative review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 9, p. 5321, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19095321>. Acesso em: 13 mar. 2025.

COMBINATO, D. S; QUEIROZ, M. S. Morte: uma visão psicossocial. **Estudos de Psicologia** (Natal), v. 11, n. 2, p. 209-216, ago. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200010>. Acesso em: 19 nov 2024.

COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA. Ofício-Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24 fev. 2021 – Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual. Brasília: MS, 2021. Disponível em: https://propp.ufu.br/sites/propp.ufu.br/files/media/documento/oficio_circular_n.2_2021_ambiente_virtual.pdf. Acesso em: 8 set.2021.

COMITO, C. Polarization and misinformation: anticipating early signs of potential fake news on social media. In: **15th International Conference on Information, Intelligence, Systems & Applications (IISA)**, Chania Crete, Greece, 2024. Anais... p. 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1109/IISA62523.2024.10786625>. Acesso em: 31 jan. 2025.

DAMASCENO, M. M.; GOMES, D. O.; GOMES, D. O.; MAGALHÃES, P. R. C. Fake news e pós-verdade: um estudo filosófico acerca do surgimento das notícias falsas. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 7, p. 70215–70225, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/32800>. Acesso em: 03 mar. 2022.

DANCE, A. As areias movediças da pesquisa sobre "ganho de função". **Nature**, v. 598, p. 554-557, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-021-02903-x>. Acesso em: 14 abr. 2025.

DE LEON CORONA, A. G; CHIN, J; NO, P; TOM, J. The virulence of grief in the pandemic: bereavement overload during COVID. **American Journal of Hospice and Palliative Medicine®**, v. 39, n. 10, p. 1244-1249, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10499091211057094>. Acesso em: 19 nov 2024.

DO BÚ, E. A.; ALEXANDRE, M. E. S.; BEZERRA, V. A. S.; SÁ-SERAFIN, R. C. N.; COUTINHO, M. P. L. Representações e ancoragens sociais do novo coronavírus e do tratamento da COVID-19 por brasileiros. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 37, e200073, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/9WTz3VHJxNBHkPMZMHhtXLC/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 dez. 2021.

DOISE, W. Debating social representation. In: BREAKWELL, G. M.; CARTER, D. V. (Eds.). **Empirical approaches to social representations**. Oxford: Oxford University Press, 1993. p. 157–170.

DUBEY, S.; BISWAS, P.; GHOSH, R.; CHATTERJEE, S.; DUBEY, M. J.; CHATTERJEE, S.; et al. Psychosocial impact of COVID-19. **Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews**, v. 14, n. 5, p. 779–788, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871402120301545?via%3Dihub>. Acesso em: 22 fev. 2022.

ESCRIBA. **Transcrição automática de áudio e vídeo**. Disponível em: <https://escriba.app/pt-br/>. Acesso em: 18 set. 2024.

FALCON, F. J. C. História e representação. In: CARDOSO, C. F.; MALERBA, J. (Orgs.). **Representações: contribuição a um debate transdisciplinar**. Campinas: Papirus, 2000. p. 20–48. (Coleção Textos do Tempo).

FALQUETO, J. M. Z.; HOFFMANN, V. E.; FARIAS, J. S. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: relato de uma experiência de aplicação em estudo na área de administração. **Revista de Ciências da Administração**, v. 20, n. 52, p. 40–53, 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/2175-8077.2018V20n52p40/pdf>. Acesso em: 08 set. 2021.

FARO, A.; SILVA, L. S.; SANTOS, J. J. D. Análisis de la relación entre el miedo a covid-19, la ansiedad y la depresión. **Avanços em Psicologia Latino-Americana**, Bogotá, v. 42, n. 1, p. 1-14, 2024. Disponível em: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/12176/12732>. Acesso em: 25 mar. 2025.

FEE, E; BROWN, T. M. Public health classics: the history of public health. **American Journal of Public Health**, v. 95, n. 1, p. 11-18, 2005.

FEITOSA, et al. Impactos da pandemia da COVID-19 sobre a sensação e a percepção. **Cadernos de Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 1-30, out. 2022. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/364714374_Impactos_da_Pandemia_da_COVID-19_sobre_a_Sensacao_e_a_Percepcao. Acesso em: 25 mar. 2025.

FERNANDES, F. R.; SILVA, H. F. N. Análise da produção científica dos programas de pós-graduação e seu alinhamento com as diretrizes do sistema nacional de ciência, tecnologia e inovação: um estudo cientométrico. **AtoZ: Novas Práticas em Informação e Conhecimento**, v. 7, n. 2, p. 22, dez. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5380/atoz.v7i2.67241>. Acesso em: 19 maio 2025.

FERRACIOLI, N. G. M.; OLIVEIRA, W. A.; OLIVEIRA-CARDOSO, É. A.; CORRADI-WEBSTER, C. M.; RISK, E. N.; SANTOS, M.A. Comportamento suicida: o paradoxo vida e morte em meio à pandemia de COVID-19. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 12, n. 2, p. 75, out. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2021v12n2p75>. Acesso em: 21 Fev. 2025.

FIGUEIREDO, A. M; BOUSFIELD, A. B. S; A SILVA, J. P. Social determinants of health and COVID-19 infection in Brazil: an analysis of the pandemic. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, supl. 2, p. e20200673, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>. Acesso em: 9 dez. 2024.

FITARONI, J. B et al. Morte nos cuidados paliativos: representações sociais de uma equipe multidisciplinar. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e209676, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>. Acesso em: 9 dez. 2024.

FORTES, P. A. C.; RIBEIRO, H. Saúde global em tempos de globalização. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 366–375, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/3SZQCBNKhKBWJWbq3LbQtpz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 14 fev. 2022.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, M. **Ética, estratégia, poder-saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003. (Coleção Ditos e escritos).

FOUCAULT, M. **História da sexualidade: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 2009. v. 3.

FOUCAULT, M. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.

FOUCAULT, M. **Subjetividade e verdade**. 1. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

FRASER, E. Long term respiratory complications of COVID-19. **BMJ**, ago. 2020. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3001>. Acesso em: 02 set. 2021.

FREITAS, F. S.; LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D. C. G. A pandemia do novo coronavírus: psicopolítica e biovigilância. **Psicologia em Estudo**, v. 28, e53739, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/sPVh7bn8MxRxXYcRP9Ft9HR/>. Acesso em: 12 jan. 2025.

FROTA, A. X.; et al. Functional capacity and rehabilitation strategies in COVID-19 patients: current knowledge and challenges. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 54, e0789-2020, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0037-8682-0789-2020>. Acesso em: 6 abr. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ (FIOCRUZ). **Boletim Observatório COVID-19: semanas epidemiológicas 43 e 44**. 2021. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/boletim_covid_2021-semanas_43-44.pdf. Acesso em: 29 nov. 2021.

GARCIA, L. P.; DUARTE, E. Infodemic: excess quantity to the detriment of quality of information about COVID-19. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 29, n. 4, e2020186, 2020. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2020.v29n4/e2020186/en>. Acesso em: 24 fev. 2022.

GASPERI, P.; RADÜNZ, V. Cuidar de si: essencial para enfermeiros. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 82–87, 2006. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/remeg.org.br/pdf/v10n1a15.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2022.

GIAMATTEY, M. E. P.; FRUTUOSO, J. T.; BELLAGUARDA, M. L. R.; LUNA, I. J. Funeral rites in the COVID-19 pandemic and grief: possible reverberations. **Escola Anna Nery**, v. 26, esp., e20210208, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zGDv9BZ6Lc44fxJFBBz8ktC/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 07 dez. 2021.

GOODRUM, F. et al. Virology under the microscope—a call for rational discourse. **Journal of Virology**, v. 97, n. 2, e0008923, 28 fev. 2023. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36700640/>. <https://doi.org/10.1128/jvi.00089-23>. Acesso em: 14 abr. 2025.

GOMES, M. M.; FERRERI, M.; LEMOS, F. O cuidado de si em Michel Foucault: um dispositivo de problematização do político no contemporâneo. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 189–195, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/fractal/a/HDPxLw3pNsbmmZPLdnx6BRk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 mai. 2022.

GONÇALVES, W. C.; ROHLING, N. Discursos sobre a vida e a morte: o biopoder na política brasileira. **Discurso & Sociedade**, Alicante, v. 17, n. 2, p. 319-340, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.14198/dissoc.17.2.4>. Acesso em: 19 mar. 2025.

GORBALENYA, A. E.; BAKER, S. C.; BARIC, R. S.; et al. The species Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: classifying 2019-nCoV and naming it SARS-CoV-2. **Nature Microbiology**, v. 5, p. 536–544, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41564-020-0695-z>. Acesso em: 14 jan. 2022.

G1. **Em Belém, taxa de letalidade da Covid-19 é quase o dobro da média nacional.** 2021. Disponível em: <https://g1.globo.com/pa/para/noticia/2021/04/02/em-belem-taxa-de-letalidade-da-covid-19-e-quase-o-dobro-da-media-nacional.ghtml>. Acesso em: 13 jan. 2025.

HAIKHANI, B. et al. Olfactory and gustatory dysfunction in COVID-19 patients: a meta-analysis study. **Physiological Reports**, v. 8, n. 18, p. e14578, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.14814/phy2.14578>. Acesso em: 25 mar. 2025.

HASLAM, S. A.; JETTEN, J.; POSTMES, T.; HASLAM, C. Social identity, health and well-being: an emerging agenda for applied psychology. **Applied Psychology**, v. 58, n. 1, p. 1-23, jan. 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00379.x>. Acesso em: 23 fev. 2025.

HOGG, M. A.; MEEHAN, C.; FARQUHARSON, J. The solace of radicalism: self-uncertainty and group identification in the face of threat. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 46, p. 1061-1066, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2010.05.005>. Acesso em: 15 jan. 2025.

HOLMES, E. C. et al. The origins of SARS-CoV-2: a critical review. *Cell*, v. 184, n. 19, p. 4848-4856, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.cell.2021.08.017>. Acesso em: 13 dez. 2024.

HORNSEY, M. J.; FINLAYSON, M.; CHATWOOD, G.; BEGENY, C. T. Donald Trump and vaccination: the effect of political identity, conspiracist ideation and presidential tweets on vaccine hesitancy. **Journal of Experimental Social Psychology**, v. 88, p. 103947, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2019.103947>. Acesso em: 15 jan. 2025.

HOSSAIN, M. M.; TASNIM, S.; SULTANA, A.; FAIZAH, F.; MAZUMDER, H.; ZOU, L.; et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review [version 1; peer review: 2 approved]. **F1000Research**, v. 9, n. 636, p. 1–16, 2020. Disponível em: <https://f1000research.com/articles/9-636/v1>. Acesso em: 22 fev. 2022.

HU, B. et al. A descoberta de um rico pool genético de coronavírus relacionados à SARS em morcegos fornece novos insights sobre a origem do coronavírus da SARS. **PLoS Pathogens**, v. 13, e1006698, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1006698>. Acesso em: 15 dez. 2024.

HU, B.; GUO, H.; ZHOU, P.; SHI, Z. L. Characteristics of SARS-CoV-2 and COVID-19. **Nature Reviews Microbiology**, v. 19, p. 141–154, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41579-020-00459-7.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

IBÁÑEZ GRACIA, T. Representaciones sociales: teoría y método. In: IBÁÑEZ GRACIA, T. (Coord.). **Ideologías de la vida cotidiana**. Barcelona: Sendai, 1988..

IDA, F. S; FERREIRA, H. P, VASCONCELOS, A. K. M; FURTADO, I. A. B; FONTENELE, C. J. P. M; PEREIRA, A. C. Síndrome pós-COVID-19: sintomas persistentes, impacto funcional, qualidade de vida, retorno laboral e custos indiretos - estudo prospectivo de casos 12 meses após a infecção. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. e00022623, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt026623>. Acesso em: 13 dez. 2024.

ISLAM, M. F.; et al. Post viral fatigue and COVID-19: lessons from past epidemics. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior*, jun. 2020. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21641846.2020.1778227>. Acesso em: 25 set. 2020.

JAKOVLJEVIC, M.; BJEDOV, S.; JAKSIC, N. N.; JAKOVLJEVIC, I. Covid-19 pandemia and public and global mental health from the perspective of global health security. **Psychiatria Danubina**, v. 32, n. 1, p. 6–14, 2020. Disponível em: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_no1/dnb_vol32_no1_6.pdf. Acesso em: 23 dez. 2021.

JASPAL, R.; NERLICH, B. Social representations, identity threat, and coping amid COVID-19. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy**, v. 12, n. S1, p. 249–S251, 2020. Disponível em: <https://doi.apa.org/fulltext/2020-37262-001.pdf>. Acesso em: 23 dez. 2021.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 17-44.

JODELET, D. **Representações sociais e mundos de vida**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas; Curitiba: PUCPress, 2017. 544 p.

JOHNS HOPKINS UNIVERSITY. **Coronavirus Resource Center**, 2021. Disponível em: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>. Acesso em: 11 set. 2021.

JOHNSON-AGBAKWU, C. E; ALI, N. S; OXFORD, C. M; WINGO, S; MANIN, E; COONROD, D. V. Racism, COVID-19, and health inequity in the USA: a call to action. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 9, n. 1, p. 52-58, fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00928-y>. Acesso em: 9 dez. 2024.

JOVCHELOVITCH, S. **Representações sociais e esfera pública: a construção simbólica dos espaços públicos no Brasil**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.

KAI-WANG TO, K.; SRIDHAR, S.; CHIU, K. H. Y.; HUNG, D. L. L.; LI, X.; HUNG, I. F. N.; et al. Lessons learned 1 year after SARS-CoV-2 emergence leading to COVID-19 pandemic. **Emerging Microbes & Infections**, v. 10, n. 1, p. 507–535, 2021. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/epub/10.1080/22221751.2021.1898291?needAccess=true>. Acesso em: 08 fev. 2022.

KALAMPALIKIS, N. L'apport de la méthode Alceste dans l'analyse des représentations sociales. In: ABRIC, J. C. (Org.). **Méthodes d'étude des représentations sociales**. Paris: Érès, 2003. p. 147-163.

KHANLOU, N; VAZQUEZ, L.M; PASHANG, S; CONNOLLY, J. A; AHMAD, F; SSAWE, A. 2020 syndemic: convergence of COVID-19, gender-based violence, and racism pandemics. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 9, n. 6, p. 2077-2089, dez. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-021-01146-w>. Acesso em: 23 nov 2024.

KHALATBARI-SOLTANI, S; CUMMING, R. C, DELPIERRE, C; KELLY-IRVING, M. Importance of collecting data on socioeconomic determinants from the early stage of the COVID-19 outbreak onwards. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 74, n. 8, p. 620-623, ago. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214297>. Acesso em: 9 dez. 2024.

KRONBERGER, N. E.; WAGNER, W. Palavras-chave em contexto: análise estatística de textos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Tradução de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002.

KROUWEL, A.; KUTIYSKI, Y.; VAN PROOIJEN, J. W.; MARTINSSON, J.; MARKSTEDT, E. Does extreme political ideology predict conspiracy beliefs, economic evaluations and political trust? Evidence from Sweden. **Journal of Social and Political Psychology**, v. 5, p. 435-462, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5964/jsp.p.v5i2.745>. Acesso em: 15 jan. 2025.

LAMONT, M. **Prisms of Inequality: Moral Boundaries, Exclusion, and Academic Evaluation**. Praemium Erasmianum Foundation, 2017. Disponível em: <https://erasmusprijs.org/wp-content/uploads/2017-Erasmusprijs-Lamont-M.-Prisms-of-Inequality.pdf>. Acesso em: 13 jan. 2025.

LANA, R. M.; COELHO, F. C.; GOMES, M. F. C.; CRUZ, O. G.; BASTOS, L. S.; VILLELA, D. A. M.; et al. Emergência do novo coronavírus (SARS-CoV-2) e o papel de uma vigilância nacional em saúde oportuna e efetiva. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, e00019620, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sHYgrSsxqKTZNK6rJVpRxQL/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 09 fev. 2022.

LANDI, F.; et al. Post-COVID-19 global health strategies: the need for an interdisciplinary approach. **Aging Clinical and Experimental Research**, jun. 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32529595/>. Acesso em: 13 set. 2021.

LANTOS, D.; MOLENBERGHS, P. The neuroscience of intergroup threat and violence. **Neuroscience and Biobehavioral Reviews**, v. 131, p. 77-87, dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.09.025>. Acesso em: 23 nov 2024.

LAPOE, V. L.; LAPOE, B. R.; OLSON, C. S. C.; JAIN, P.; WOELLERT, A.; LONG, A. Politics, power and a pandemic: searching for information and accountability during a Twitter infodemic. **Electronic News: Broadcast and Mobile Journalism**, p. 1–24, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/19312431211057488>. Acesso em: 02 jan. 2022.

LAURENCIN, C. T.; McCLINTON, A. The COVID-19 pandemic: a call to action to identify and address racial and ethnic disparities. **Journal of Racial and Ethnic Health Disparities**, v. 7, n. 3, p. 398–402, jun. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40615-020-00756-0>. Acesso em: 9 dez. 2024.

LEBLANC, J. M. Proposition de protocole pour l'analyse des données textuelles: pour une démarche expérimentale en lexicométrie. **Nouvelles Perspectives en Sciences Sociales**, v. 11, n. 1, p. 25–63, 2015. Disponível em: <https://www.erudit.org/fr/revues/npss/2015-v11-n1-npss02446/1035932ar/>. Acesso em: 06 mai. 2022.

LENARDT, M. H.; MICHELL, T.; BETIOLLI, S. E.; SEIMA, M. D.; BARAN, F. D. P.; BRITO, C. S. Production of knowledge based on the Theory of Culture Care Diversity and Universality: documental research. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 3, e20200732, p. 1–8, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WLCnSGdS6RwTL9rVkLYpnYL/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 03 jun. 2022.

LEWANDOWSKY, S.; ECKER, U. K. H.; COOK, J. Beyond misinformation: understanding and coping with the “post-truth” era. **Journal of Applied Research in Memory and Cognition**, v. 6, n. 4, p. 353–369, 2017. Disponível em: https://research-information.bris.ac.uk/ws/portalfiles/portal/152516154/Pages_from_JARMAC_2017_59_Revision_1_V1.pdf. Acesso em: 18 jan. 2025.

LIMA, R. C. Distanciamento e isolamento sociais pela Covid-19 no Brasil: impactos na saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300214, p. 1–10, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/nyq3wrt8qpWFsSNpbgYXLWG/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 07 set. 2021.

LIU, X.; KAKADE, M.; FULLER, C. J.; FAN, B.; FANG, Y.; KONG, J.; et al. Depression after exposure to stressful events: lessons learned from the severe acute respiratory syndrome epidemic. **Comprehensive Psychiatry**, v. 53, p. 15–23, 2012. Disponível em: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0010440X11000216?token=073FBA5F89C7A47A265072B56396582DBFFFB1BC676431FF35194BF2BB729DD31AA8ADF961D1D35F2BD2E6C34FA178D7&originRegion=us-east-1&originCreation=20220222202712>. Acesso em: 22 fev. 2022.

LOBO, L. A. C.; RIETH, C. E. Saúde mental e Covid-19: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 885–901, set. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113024>. Acesso em: 13 jan. 2025.

LO MONACO, G.; PIERMATTEO, A.; RATEAU, P.; TAVANI, J. L. Methods for studying the structure of social representations: a critical review and agenda for future research. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, v. 47, n. 3, p. 306–331, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jtsb.12124>. Acesso em: 14 jan. 2026.

LOPES, F. G; LIMA, M. J. V; ARRAIS, R. H; AMARAL, N.D. A dor que não pode calar: reflexões sobre o luto em tempos de Covid-19. **Psicologia USP**, v. 32, p. e210112, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-6564e210112>. Acesso em: 9 dez. 2024.

MACHADO, L. B.; ANICETO, R. Núcleo central e periferia das representações sociais de ciclos de aprendizagem entre professores. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, v. 18, n. 67, p. 345–364, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ensaio/a/k74M4V3f8qpPMNfRJdhRQwB/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 mai. 2022.

MACHADO, D. Q.; MATOS, F. R. N.; BAPTISTA, M. M.; MESQUITA, R. F. O modelo metodológico quadripolar em pesquisas qualitativas nas ciências sociais. **Cadernos de Estudos Sociais**, v. 34, n. 1, p. 1–19, 2019. Disponível em: <https://periodicos.fundaj.gov.br/CAD/article/view/1736/O%20MODELO%20METODOL%20C3%93GICO%20QUADRIPOLO%20EM%20PESQUISAS%20QUALITATIVAS%20NAS%20>. Acesso em: 18 mar. 2022.

MARKOVA, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, v. 47, n. 163, p. 358–375, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/198053143760>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MARWICK, A. E. Assédio em rede motivado moralmente como reforço normativo. **Mídias Sociais + Sociedade**, v. 7, n. 2, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20563051211021378>. Acesso em: 6 jan. 2025.

MAZZA, M. et al. Danger in danger: interpersonal violence during COVID-19 quarantine. **Psychiatry Research**, v. 289, p. 113046, 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178120309124?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2025.

MAZZOTTI, A. J. A. A abordagem estrutural das representações sociais. **Psicologia da Educação**, v. 14, p. 17–37, 2002. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicoeduca/article/view/31913>. Acesso em: 01 mai. 2022.

MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases teóricas de enfermagem [recurso eletrônico]**. Tradução: Regina Machado Garcez. Revisão técnica: Maria Augusta Moraes Soares; Valéria Giordani Araújo. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2016.

MENIN, M. S. S. Representação social e estereótipo: a zona muda das representações sociais. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 22, n. 1, p. 43–52, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000100006>. Acesso em: 14 jan. 2026.

MERTEN, T. O teste de associação de palavras na psicologia e psiquiatria: história, método e resultados. **Análise Psicológica**, v. 4, n. x, p. 531–541, 1992. Disponível em: https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1883/1/1992_4_531.pdf. Acesso em: 02 mai. 2022.

MICHIE, S; WEST, R; PIDGEON, N; REICHER, S; AMLÔT, R; BEAR, L. Staying 'Covid-safe': proposals for embedding behaviours that protect against Covid-19 transmission in the UK. **British Journal of Health Psychology**, v. 26, n. 4, p. 1238-1257, nov. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/bjhp.12557>. Acesso em: 14 jan. 2025.

MIDLARSKY, M. L. **Origins of political extremism: mass violence in the twentieth century and beyond**. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec; Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01–12, abr. 2017.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social qualitativa para compreensão da COVID-19. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 3, p. 1–5, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/4437/881>. Acesso em: 07 set. 2021.

MODICA, G. et al. Myocarditis in athletes recovering from COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 7, p. 4279, 2 abr. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19074279>. Acesso em: 14 jan. 2025.

MOÑIVAS LÁZARO, A. Las representaciones sociales. In: NAVÁLON VILA, C.; MEDINA TORNERO, M. E. M.; et al. **Psicología y trabajo social**. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1993. (Colección Maior, 18).

MORERA, J. A. C.; PADILHA, M. I.; SILVA, D. G. V.; SAPAG, J. Aspectos teóricos e metodológicos das representações sociais. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1157–1165, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/JHgShKjBcxLwfCGrkpjpL5j/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 mar. 2022.

MORETTI, S.; NETA, M.; RASETTO, V. Aspectos cognitivos e neurológicos da Covid-19: uma análise a partir da tradução livre de quatro estudos. **Revista Enfermagem e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 17-23, 2020. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/342899145_Aspectos_Cognitivos_e_Neurol%C3%B3gicos_da_Covid-19_Uma_Analise_a_Partir_da_Traducao_Livre_de_Quatro_Estudos. Acesso em: 25 mar. 2025.

MOSCOVICI, S. **A psicanálise, sua imagem e seu público**. Petrópolis: Vozes, 2017.

MOURA-CORRÊA, M. J. et al. Exposição ocupacional ao Sars-CoV-2: investigação das condições de saúde/segurança dos trabalhadores essenciais para subsidiar ações de mitigação de risco da Covid-19. **Saúde em Debate**, v. 47, n. 139, p. 758-775, out./dez. 2023. Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/8543/1745>. Acesso em: 25 jan. 2025.

MUTTI, R. O primado do outro sobre o mesmo. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DE DISCURSO, 10., 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2003. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/1SEAD/Paineis/ReginaMariaVarinIMutti.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

NASCIMENTO, E. O.; COLOMBO, L. A. Fazer viver e deixar morrer: os mecanismos de gestão das desigualdades em tempos de pandemia. **Psicologia Política**, v. 21, n. 51, p. 478-490, 2021. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpp/v21n51/v21n51a13.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2024.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n2/v6n2a07.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2022.

NASCIMENTO, L. C. N.; SOUZA, T. V.; OLIVEIRA, I. C. S.; MORAES, J. R. M. M.; AGUIAR, R. C. B.; SILVA, L. F. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 1, p. 243-248, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SrfhX6q9vTKG5cCRQbTFNwJ/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 4 mai. 2022.

NETO, M.; GOMES, T. O.; CUNHA, C. S.; SOUZA, H. A. N.; MACENA, M. V. M.; FONSECA, M. H. S.; PORTO, F. R. Lessons from the past in the present: news from the Spanish flu pandemic to COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 1, e20201161, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MbQ5XYqMCjy4HyrYN9SrrCG/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 3 dez. 2021.

NISHIOKA, S. L. Sete coronavírus causam doença em humanos. **Universidade Aberta do SUS – UNA-SUS em números**, 3 jul. 2020. Disponível em: <https://www.unasus.gov.br/especial/covid19/markdown/111>. Acesso em: 13 jul. 2021.

NIVETTE, A. et al. Non-compliance with COVID-19-related public health measures among young adults in Switzerland: insights from a longitudinal cohort study. **Social Science & Medicine**, v. 268, p. 113370, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113370>. Acesso em: 13 mar. 2025.

NHS ENGLAND. **Aftercare needs of inpatients recovering from COVID-19**. Jun. 2020. Atualizado em ago. 2020. Disponível em: https://www.cambscommunityservices.nhs.uk/docs/default-source/luton-adults-general/c0388_after_care_needs_of_inpatients_recovering_from_covid-19. Acesso em: 13 jul. 2021.

NOGRADY, B. 'I hope you die': how the COVID pandemic unleashed attacks on scientists. **Nature**, v. 598, p. 250-253, 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/d41586-021-02741-x>. Acesso em: 20 dez. 2024.

OFFIT, P. **Lab Leak Mania**. 2024. Disponível em: <https://pauloffit.substack.com/p/lab-leak-mania>. Acesso em: 20 dez. 2024.

OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 54, n. 4, p. 608–622, dez. 2001. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/WrGRSFLPGDCPRT9XJ8fdFXy/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

OLIVEIRA, F. L. Triangulação metodológica e abordagem multimétodo na pesquisa sociológica: vantagens e desafios. **Ciências Sociais Unisinos**, São Leopoldo, v. 51, n. 2, p. 133-143, fev. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.4013/csu.2015.51.2.03>. Acesso em: 19 maio 2025.

OLTRAMARI, L.C; CAMARGO, B.V. Aids, relações conjugais e confiança: um estudo sobre representações sociais. **Psicologia em estudo**; v. 15, n. 2, p. 275-283, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ypbt4cjnyysxlq4zbp5f4wd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2022.

O Liberal. **Secretário de Saúde do Pará admite colapso; sistema funerário já apresenta problemas**. 2020. Disponível em: <https://www.oliberal.com/para/secretario-de-saude-do-para-admite-colapso-sistema-funerario-ja-apresenta-problemas-1.261203>. Acesso em: 13 jan. 2025.

OREM, D. **Nursing: concepts of practice**. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Entenda a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19**. 2020. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52054/Factsheet-Infodemic_por.pdf?sequence=16. Acesso em: 24 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração sobre a segunda reunião do Comitê de Emergência do Regulamento Sanitário Internacional (2005) sobre o surto de novo coronavírus (2019-nCoV)**. Jan. 2020. Disponível em: [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)). Acesso em: 26 nov. 2021.

ORLANDI, E. P. A Análise de discurso em suas diferentes tradições intelectuais: o Brasil. In: SEMINÁRIO DE ESTUDOS EM ANÁLISE DE DISCURSO, 10., 2003, Porto Alegre. **Anais...** Porto Alegre: UFRGS, 2003. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/analisedodiscurso/anaisdosead/1SEAD/Conferencias/EniOrlandi.pdf>. Acesso em: 8 abr. 2022.

ORNELL, F. et al. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. **Brazilian Journal of Psychiatry**, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0008>. Acesso em: 16 jun.2022.

OSTERHOLM, M. T; OLSHAKER, M. **Inimigo Mortal**. 1 ed. 2020. Esta edição foi publicada mediante um acordo com a Little, Brown and Company, Nova York, NY, EUA.

PAULA, B; SOUZA, L. A. O tabu da morte na modernidade: a COVID-19 como um reforço ao interdito. **Caminhos de Diálogo**, v. 8, n. 13, p. 165-176, dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.7213/cd.a8n13p165-176>. Acesso em: 19 maio 2025.

PETERS, M. D. J. Addressing vaccine hesitancy and resistance for COVID-19 vaccines. **International Journal of Nursing Studies**, v. 131, p. 104241, 2022. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748922000700?via%3Dihub>. Acesso em: 14 jan. 2025.

PINTO, C. L.; CHRISTINO, J. M. M. Violência contra mulheres: 44 anos de pesquisa mapeados a partir dos softwares Citespace e VOSviewer. **Pensando Famílias**, v. 25, n. 2, p. 159–175, 2021. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/penf/v25n2/v25n2a12.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2021.

PORTO, F.; COSTA, I. Z. K.; GOMES, T. O.; CORREIA, L. M.; CARRILHO, N. L. M.; NETO, M. Em tempos da Covid-19: aplicações das lições deixadas por Florence Nightingale. **História da Enfermagem - Revista Eletrônica**, v. 11, ed. especial, p. 64–72, 2020. Disponível em: <http://here.abennacional.org.br/here/v11/especial/a8.pdf>. Acesso em: 1 dez. 2021.

PRADO, J. W.; ALCÂNTARA, V. C.; CARVALHO, F. M.; VIEIRA, K. C.; MACHADO, L. K. C.; TONELLI, D. F. Multivariate analysis of credit risk and bankruptcy research data: a bibliometric study involving different knowledge fields (1968–2014). **Scientometrics**, v. 106, n. 3, p. 1007–1029, 2016. Disponível em: <http://repositorio.ufla.br/handle/1/29676>. Acesso em: 28 dez. 2021.

PRAMIYANTI, A.; MAYANGSARI, I. D.; NURAENI, D.; FIRDAUS, Y. D. Public perception on transparency and trust in government information released during the COVID-19 pandemic. **Asian Journal for Public Opinion Research**, v. 8, n. 3, p. 351–376, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15206/ajpor.2020.8.3.351>. Acesso em: 2 jan. 2022.

PUMMERER, L; BÖHM, R; LILLEHOLT, L; WINTER, K; ZETTLER, I; SASSENBERG, K. Conspiracy theories and their societal effects during the COVID-19 pandemic. **Social Psychological and Personality Science**, v. 13, n. 1, p. 49-59, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/19485506211000217>. Acesso em: 13 jan. 2025.

PURI, N; COOMES, E. A; HAGHBAYAN, H; GUNARATNE, K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 16, n. 11, p. 2586-2593, 1 nov. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/21645515.2020.1780846>. Acesso em: 14 jan. 2025.

REINERT, M. Un logiciel d'analyse lexicale: ALCESTE. **Les Cahiers de l'Analyse des Données**, v. 11, n. 4, p. 471-481, 1986. Disponível em: http://www.numdam.org/item/CAD_1986__11_4_471_0.pdf. Acesso em: 20 abr. 2022.

REIS, S. L. A.; BELLINI, M. Representações sociais: teoria, procedimentos metodológicos e educação ambiental. *Acta Scientiarum*. **Human and Social Sciences**, v. 33, n. 2, p. 149-159, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3073/307325341003.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2022.

RIBEIRO, H. C. M. Bibliometria: quinze anos de análise da produção acadêmica em periódicos brasileiros. **Biblios**, n. 69, p. 1-20, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.pe/pdf/biblios/n69/a01n69.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2021.

ROMER, D; JAMIESON, K. H. Conspiracy theories as barriers to controlling the spread of COVID-19 in the U.S. **Social Science & Medicine**, v. 263, p. 113356, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113356>. Acesso em: 26 jan. 2025.

ROSSATO, L; RIBEIRO, B. M. S. S; SCORSOLINI-COMIN, F. Religiosidade/espiritualidade e saúde na pandemia de COVID-19. **Revista NUFEN**, Belém, v. 14, n. 2, p. 1-13, ago. 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912022000200009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 9 dez. 2024.

SÁ, C. **A construção do objeto de pesquisa em representação social**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1998. 110 p.

SANTOS, M. R. Domesticidade e identidades de gênero na revista Casa & Jardim (anos 1950 e 60). **Cadernos Pagu**, n. 36, p. 257-282, jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000100010>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SANTOS, Q. G.; AZEVEDO, D. M.; COSTA, R. K. S.; MEDEIROS, F. P. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 833-837, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xXN3GCLrPrpJJSwNLmZ3GYL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 6 abr. 2022.

SANTOS, G. T.; DIAS, J. M. B. Teoria das representações sociais: uma abordagem sociopsicológica. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP**, v. 8, n. 1, p. 173-187, 2015. Disponível em: <https://periodicos.unifap.br/index.php/pracs/article/view/1416>. Acesso em: 12 mar. 2022.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 1–4, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/CfKNnz8mvSqVjZ37Z77pFsy/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 1 jan. 2022.

SARUBBI JÚNIOR, V. et al. **Tecnologias computacionais para o auxílio em pesquisa qualitativa – software EVOC**. São Paulo: Schoba, 2013.

SATHIANATHAN, S.; SCOY, L. J. V.; SAKYA, S. M.; MILLER, E.; SNYDER, B.; WASSERMAN, E. et al. Knowledge, perceptions, and preferred information sources related to COVID-19 among healthcare workers: results of a cross-sectional survey. **American Journal of Health Promotion**, v. 35, n. 5, p. 633–636, 2021. Disponível em: <https://journals-sagepub-com.ez29.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/0890117120982416>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SÁ, C. P. **Núcleo central das representações sociais**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. SAUNDERS, B.; SIM, J.; KINGSTONE, T.; BAKER, S. et al. Saturation in qualitative research: exploring its conceptualization and operationalization. **Quality & Quantity**, v. 52, n. 4, p. 1893–1907, 2018.

SCIENCE. **In the line of fire**. 2022. Disponível em: <https://www.science.org/content/article/overwhelmed-hate-covid-19-scientists-face-avalanche-abuse-survey-shows>. Acesso em: 6 jan. 2025.

SCIALO, F.; VITALE, M.; DANIELE, A.; NIGRO, E.; PERROTTA, F.; GELZO, M. et al. SARS-CoV-2: one year in the pandemic. What have we learned, the new vaccine era and the threat of SARS-CoV-2 variants. **Biomedicines**, v. 9, n. 611, p. 1–16, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9059/9/6/611/htm>. Acesso em: 29 dez. 2021.

SEZEN, Y. I. et al. Risk factors and the impact of vaccination on mortality in COVID-19 patients. **Bratislava Medical Journal**, v. 123, n. 6, p. 440–443, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.4149/BLL_2022_068. Acesso em: 14 jan. 2025.

SEYEDALINAGHI, S. et al. Social stigma during COVID-19: a systematic review. **SAGE Open Medicine**, v. 11, p. 20503121231208273, 10 nov. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/20503121231208273>. Acesso em: 14 jan. 2025.

SHARMA, A.; AHMAD FAROUK, I.; LAL, S. K. COVID-19: a review on the novel coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. **Viruses**, v. 13, n. 202, p. 1–25, 2021. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1999-4915/13/2/202/htm>. Acesso em: 3 fev. 2022.

SIQUEIRA, M. et al. Metáfora e argumentação em tweets sobre medidas preventivas para a Covid-19. **Signo**, Santa Cruz do Sul, v. 48, n. 91, p. 42–57, jan./abr. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.17058/signo.v48i91.18014>. Acesso em: 12 mar. 2025.

SILVA, S. É. D.; CAMARGO, B. V.; PADILHA, M. I. A teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 947-951, out. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000500022>. Acesso em: 17 fev. 2025.

SILVA, C. G.; CROSSETTI, M. G. O.; GIMENEZ-FERNANDEZ, M. Enfermagem e “estar com” em um mundo com COVID-19: um olhar existencialista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, esp., e20200383, p. 1–5, 2021. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/110892/60443>. Acesso em: 26 jul. 2021.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA, S. E. D.; POLARO, S. H. I.; RADUNZ, V.; SANTOS, E. K. A. et al. Care, self-care and caring for yourself: a paradigmatic understanding thought for nursing care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 690–695, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/re USP/a/S6s3fgFMbtMjMRfwncZ7WrP/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SILVA, R. V.; OLIVEIRA, W. F. O método fenomenológico nas pesquisas em saúde no Brasil: uma análise de produção científica. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1421–1441, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n3/1678-1007-tes-16-03-1421.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SILVA, K. P. S.; SILVA, A. C.; SANTOS, A. M. S.; CORDEIRO, C. F.; SOARES, D. A. M.; SANTOS, F. F. et al. Autocuidado à luz da teoria de Dorothea Orem: panorama da produção científica brasileira. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 7, n. 4, p. 34.043–34.060, 2021. Disponível em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27562/21806>. Acesso em: 3 jun. 2022.

SILVA, J. M. P.; SOUZA, T. M.; PINTO, P. J. C.; RIBEIRO, J. M. F. Angústia e somatizações em tempos de pandemia. **Analytica**, São João del Rei, v. 11, n. 20, p. 1-16, jun. 2022. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2316-51972022000100004&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 nov. 2024.

SILVEIRA-ALVES, A.; SEPP, V. J.; LOUREIRO, L. H.; SILVA, I. C. M. A teoria ambientalista no ensino e na prática profissional em enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista Práxis**, v. 13, n. 25, jun. 2021. Disponível em: https://sites.unifoa.edu.br/portal_ensino/mestrado/mecsma/docs/2021-2-artigo-05.pdf. Acesso em: 8 dez. 2021.

SINGER, M.; RYLKO-BAUER, B. The syndemics and structural violence of the COVID pandemic: anthropological insights on a crisis. **Open Anthropological Research**, v. 1, n. 1, p. 7-32, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1515/opan-2020-0100>. Acesso em: 15 jan. 2025.

SOBRINHO, A. B.; VASCONCELOS, A. K. A.; LEITE-SALGUEIRO, C. D. B. O cuidado integral como uma missão da enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Multidisciplinar de Psicologia**, v. 12, n. 42, supl. 1, p. 790–804, 2018. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1412/2171>. Acesso em: 13 mai. 2022.

SOCIETY OF CRITICAL CARE MEDICINE (SCCM). **Post-intensive care syndrome**. 2013. Disponível em: <https://www.sccm.org/MyICUCare/Recovery/Thrive/Post-intensive-Care-Syndrome>. Acesso em: 3 set. 2021.

SOUSA, Y. S. O.; GONDIM, S. M. G.; CARIAS, I. A.; BATISTA, J. S.; MACHADO, D. C. M. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 15, n. 2, p. 1–19, 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/15.pdf>. Acesso em: 6 mai. 2022.

SOUZA, G. B. P.; LORETO, M. D. S.; DOULA, S. M. Representações sociais sobre os jovens no contexto do novo coronavírus. **Aceno – Revista de Antropologia do Centro-Oeste**, v. 9, n. 20, p. 91–108, maio/ago. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.48074/aceno.v9i20.13207>. Acesso em: 11 maio 2025.

SOUZA, M. A. R.; WALL, M. L.; THULER, A. C. M. C.; LOWEN, I. M. V.; PERES, A. M. The use of IRAMUTEQ software for data analysis in qualitative research. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 52, e03353, p. 1–7, 2018. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30304198/>. Acesso em: 6 mai. 2022.

SOUZA, P. Da biopolítica que falta à que excede: a pandemia no Brasil. *Natureza Humana*: **Revista Internacional de Filosofia e Psicanálise**, v. 23, n. 2, p. 19–36, dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.59539/2175-2834-v23n2-483>. Acesso em: 23 Fev. 2025.

STATISTA. **Social media usage in Brazil**. Disponível em: <https://www.statista.com/topics/6949/social-media-usage-in-brazil/#topicOverview>. Acesso em: 12 mar. 2025.

STRAUSS, A. L.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TANG, D.; COMISH, P.; KANG, R. The hallmarks of COVID-19 disease. **PLoS Pathogens**, v. 16, e1008536, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plospathogens/article?id=10.1371/journal.ppat.1008536>. Acesso em: 8 fev. 2022.

TAVARES, D. O vírus não escolhe grupos sociais? – Impactos da COVID-19 nas desigualdades sociais. **e-cadernos CES**, n. 39, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.4000/eces.8258>. Acesso em: 14 jan. 2025.

TENTOLOURIS, A.; NTANASIS-STATHOPOULOS, I.; VLACHAKIS, P. K.; TSILIMIGRAS, D. I.; GAVRIATOPOULOU, M.; DIMOPOULOS, M. A. COVID-19: time to flatten the infodemic curve. **Clinical and Experimental Medicine**, v. 21, n. 2, p. 161-165, maio 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10238-020-00680-x>. Acesso em: 14 jan. 2025.

THE EURO-MEDITERRANEAN HUMAN RIGHTS MONITOR. **Coronaphobia: States' policies guide people's behavior towards infected people**. 2020. Disponível em: <https://euromedmonitor.org/en/article/3476/Report>. Acesso em: 14 jan. 2025.

UMAKANTHAN, S.; SAHU, P.; RANADE, A. V.; BUKELO, M. M.; RAO, J. S.; ABRAHAO-MACHADO, L. F. et al. Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). **Postgraduate Medical Journal**, v. 96, p. 753–758, 2020. Disponível em: <https://pmj.bmj.com/content/postgradmedj/96/1142/753.full.pdf>. Acesso em: 14 jan. 2022.

VALENZANO, A.; SCARINCI, A.; MONDA, V.; SESSA, F.; MESSINA, A.; MONDA, M. et al. The social brain and emotional contagion: COVID-19 effects. **Medicina**, v. 56, n. 640, p. 1–10, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1648-9144/56/12/640/htm>. Acesso em: 26 dez. 2021.

VELAVAN, T. P.; MAYER, C. G. The COVID-19 epidemic. **Tropical Medicine & International Health**, v. 25, p. 278–280, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/tmi.13383>. Acesso em: 18 out. 2021.

VENKATESAN, P. NICE guideline on long COVID. **Lancet Respiratory Medicine**, v. 9, n. 2, p. 129, 2021. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2213-2600%2821%2900031-X>. Acesso em: 5 set. 2021.

VENTURA-SILVA, J. M. A. et al. Planejamento organizacional no contexto de pandemia por COVID-19: implicações para a gestão em enfermagem. **Journal Health NPEPS**, v. 5, n. 1, p. e4626, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/4626/3639>. Acesso em: 13 jul. 2021.

VIEIRA, V. M. O. Contribuições da técnica de “associação livre de palavras” para a compreensão da sexualidade na adolescência. **Espaço Pedagógico**, v. 26, n. 1, p. 260–281, 2019. Disponível em: <http://www.upf.br/seer/index.php/rep>. Acesso em: 2 maio 2022.

VILLAS BÔAS, L. P. S. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. **Psicologia da Educação**, n. 19, p. 143–166, 2004. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psie/n19/n19a08.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022.

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/10977/6250>. Acesso em: 8 set. 2021.

VLASOVA, A. N.; DIAZ, A; DAMTIE, D; XIU, L; TOH, T. H; LEE, J. S.Y, et al. Novo coronavírus canino isolado de um paciente hospitalizado com pneumonia no leste da Malásia. **Doenças Infecciosas Clínicas**, v. 74, n. 3, p. 446–454, 1 fev. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/ciab456>. Acesso em: 10 mar de 2025.

VOSOUGHI, S.; ROY, D.; ARAL, S. The spread of true and false news online. **Science**, v. 359, n. 6380, p. 1146–1151, 9 mar. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.aap9559>. Acesso em: 25 jan. 2025.

WABNITZ, K.; DRÖSSLER, S.; MAYHEW, S. Experiences and practices of people categorised as being ‘at risk’ based on age during the COVID-19 pandemic: a qualitative study in the UK and Germany. **BMJ Open**, v. 12, n. 7, e059499, 19 jul. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-059499>. Acesso em: 9 dez. 2024.

WEISS, S. R.; NAVAS-MARTIN, S. Coronavirus pathogenesis and the emerging pathogen severe acute respiratory syndrome coronavirus. **Microbiology and Molecular Biology Reviews**, v. 69, p. 635–664, 2005. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/MMBR.69.4.635-664.2005>. Acesso em: 14 jan. 2022.

WOLTER, R. The structural approach to social representations: bridges between theory and methods. **Psico-USF**, v. 23, n. 4, p. 621–631, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-82712018230403>. Acesso em: 21 mar 2025.

WOLTER, R. P.; WACHELKE, J.; NAIFF, D. A abordagem estrutural das representações sociais e o modelo dos esquemas cognitivos de base: perspectivas teóricas e utilização empírica. **Temas em Psicologia**, v. 24, n. 3, p. 1139–1152, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.9788/TP2016.3-18>. Acesso em: 21 mar. 2025.

WOO, P. C.; LAU, S. K.; CHU, C. M. et al. Characterization and complete genome sequence of a novel coronavirus, coronavirus HKU1, from patients with pneumonia. **Journal of Virology**, v. 79, p. 884–895, 2005. Disponível em: <https://journals.asm.org/doi/10.1128/JVI.79.2.884-895.2005>. Acesso em: 14 jan. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Update on Omicron**. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/28-11-2021-update-on-omicron>. Acesso em: 29 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Classification of Omicron (B.1.1.529): SARS-CoV-2 variant of concern**. 2021. Disponível em: [https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-\(b.1.1.529\)-sars-cov-2-variant-of-concern](https://www.who.int/news/item/26-11-2021-classification-of-omicron-(b.1.1.529)-sars-cov-2-variant-of-concern). Acesso em: 29 dez. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard**. 2020. Disponível em: <https://covid19.who.int/>. Acesso em: 26 nov. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Understanding and managing Long COVID requires a patient-led approach**. 2021. Disponível em: <https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2021/02/virtualpress-briefing-on-covid-19-understanding-long-covid-post-covidconditions/understanding-and-managing-long-covid-requires-a-patient-led-approach>. Acesso em: 20 jul. 2021.

WOROBEY, M. et al. O Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Huanan em Wuhan foi o epicentro inicial da pandemia de COVID-19. **Science**, v. 377, p. 951-959, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1126/science.abp8715>. Acesso em: 15 dez. 2024.

WU, J.; RANGEL, F.; MARTÍNEZ, J. C. The impact of coronavirus on our mental health. **Procesamiento del Lenguaje Natural**, n. 65, p. 131–134, 2020. DOI: <https://doi.org/10.26342/2020-65-20>. Acesso em: 2 jan. 2022.

XIONG, J. et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review. **Journal of Affective Disorders**, v. 277, p. 55-64, 1 dez. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.001>. Acesso em: 13 dez. 2024.

XU, H.; ZHONG, L.; DENG, J.; PENG, J.; DAN, H.; ZENG, X. High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. **International Journal of Oral Science**, v. 12, p. 1–5, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41368-020-0074-x>. Acesso em: 5 set. 2021.

YESUDHAS, D.; SRIVASTAVA, A.; GROMIHA, M. M. COVID-19 outbreak: history, mechanism, transmission, structural studies and therapeutics. **Infection**, v. 49, p. 199–213, 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s15010-020-01516-2.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2022.

ZAROCOSTAS, J. How to fight an infodemic. **The Lancet**, v. 395, n. 10225, p. 676, 2020. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2930461-X>. Acesso em: 24 fev. 2022.

ZHOU, P.; YANG, X. L.; WANG, X. G.; HU, B.; ZHANG, L.; ZHANG, W. et al. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 270–273, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7095418/>. Acesso em: 3 fev. 2022.



APÊNDICE A

Formulário de dados sociodemográficos e clínicos



Entrevistado: _____

Dados Sociodemográficos

Sexo () F () M () Prefiro não responder

Idade: _____ Raça/Cor: _____

Estado de conjugalidade: () Solteiro () Casado () Separado () Viúvo

() Outros

Possui filhos: () Sim () Não Se sim, quantos? _____

Religião: _____, Praticante? () Sim () Não

Moradia: () Casa própria () Alugada () Outros: _____

Quantos habitantes? _____

Escolaridade:

() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

() Pós graduação incompleta () Pós graduação completa

Profissão: _____

Renda (familiar): _____

Comorbidade (problema de saúde)? () Sim () Não

Qual(is)? _____

Tomou a vacina? () Sim () Não

Completo o esquema? () Sim () Não

Fez o reforço? () Se sim, quantos? _____ () Não

Teve Covid-19? () Sim () Não

Antes ou depois da vacina? _____

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Pergunta indutora: Que palavras vêm à sua cabeça ao ouvir a palavra COVID-19?

Entrevistado _____

1ª Parte

Escreva as cinco palavras que lhe vêm à cabeça quando ouve a palavra:

1. _____ ()
2. _____ ()
3. _____ ()
4. _____ ()
5. _____ ()

2ª Parte

As duas palavras que você marcou com um X justifique a escolha:



APÊNDICE C



Versão preliminar do Roteiro Semiestruturado

(Para cada grupo de entrevistados será feito um roteiro, com uma ordem específica das perguntas. Este apêndice, ainda preliminar, apresenta apenas um exercício de perguntas para exploração do objeto)

(Para todos os participantes)

1. O que é a COVID-19 para você?
2. De onde você acha que veio essa doença? Por que você acha que veio de lá?
3. Por que ela apareceu nesse momento, do século XXI?
4. Você acha que tem pessoas que podem pegar mais que outras? Por que você pensa assim?
5. Você acha que tem gente que tem mais possibilidade de pegar e morrer? Alguma característica faz com que a pessoa desenvolva a doença de forma mais grave? Porquê?
6. O que você sabe dos cuidados para preveni-la?
7. Existe um cuidado que você considera que seja extremamente importante para a prevenção da doença? Porquê?
8. Sobre a cura, você poderia falar o que você pensa?
9. Você acha que tem alguém que merece pegar essa doença? Por que? E os outros, o que vc acha que as pessoas pensam sobre isso, vc acha que alguém considera que haja pessoas que mereçam pegar Covid?
10. Tem algumas pessoas que não usam máscara, que aglomeram etc, o que você poderia dizer sobre essas pessoas e sobre essa situação?
11. Se você puder ajudar em um trabalho de prevenção, como você acha que deveria ser este trabalho, sobre o que os profissionais devem falar e como?
12. Por que você decidiu tomar a vacina **ou** Por que você decidiu não tomar a vacina? (A depender da situação vacinal)
13. Por que você decidiu completar o esquema **ou** Por que você decidiu não completar o esquema? (A depender da situação vacinal)

(Para quem não teve a doença)

1. Você conviveu com alguém que pegou Covid?
2. Você teve ou tem medo de pegar Covid?

3. Como você acha que será seu futuro em relação aos cuidados com sua saúde com esta experiência da pandemia? (Algo mudou em você, o que mudou?)

(Para quem teve a doença)

1. Antes de pegar Covid você tinha medo desta doença? Porquê? Fale mais sobre isso.

2. Como foi para você ter Covid-19?

3. Por que você acha que teve esta doença?

4. Como você se cuidou? Quem cuidou de você, como foi essa experiência?

5. Como você percebeu a reação das pessoas quando você teve Covid-19? Elas tiveram medo de você? Como você se sentiu?

6. Ter Covid mudou sua maneira de pensar sobre a doença (antes e depois de ter Covid), sobre os cuidados, sobre as pessoas, sobre o mundo?

7. Como você acha que será seu futuro em relação aos cuidados com sua saúde, após essa experiência com a Covid?



APÊNDICE D



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Venho por meio deste, convidá-lo (a) a participar desta pesquisa que tem como objetivo: Analisar as representações sociais da COVID-19 em pessoas que contraíram e não contraíram a doença e suas repercussões nas práticas de cuidado de si e do outro.

Esclarecemos que você participará de uma entrevista que necessita ser gravada para que as informações sejam as mais fidedignas possíveis. Caso não saiba alguma pergunta, ou se sinta constrangida, você tem liberdade para não responder.

Na sua participação, você poderá falar livremente o que deseje sobre sua vivência na pandemia da COVID-19. Você será orientada por meio de um formulário com perguntas sobre algumas características suas, tais como idade, religião, escolaridade, moradia, renda entre outros; sobre aspectos da Covid, caso você tenha tido a doença, e por um roteiro com algumas perguntas gerais sobre o que você pensa sobre a doença e os cuidados relativos a ela.

Além disso, a qualquer momento você poderá desistir de participar e todo o material com as suas respostas será excluído, sem ocasionar prejuízos de qualquer natureza para você. Informo que esta pesquisa não tem fins lucrativos e que seu nome e qualquer outra informação que possa revelar quem você é não irão aparecer, pois os resultados da pesquisa serão codificados por letras e números; além disso, as informações serão guardadas por cinco anos e depois destruídas.

A pesquisa poderá ser apresentada em eventos científicos e publicada em revistas científicas. A pesquisa não trará custo para você nem para as demais participantes, não havendo qualquer tipo de pagamento por sua participação, assim como para a pesquisadora e as instituições envolvidas. Sua participação na pesquisa é voluntária e muito importante, pois visa fazer com que os profissionais de saúde possam refletir sobre suas atividades, para que sejam mais atentos e reflexivos com a realidade e o modo de ser de cada pessoa.

Nesta pesquisa não serão feitos procedimentos que lhe tragam qualquer

desconforto ou risco à sua vida, sendo os riscos mais voltados para o constrangimento e/ou desconforto emocional para responder as perguntas, sendo respeitado pela pesquisadora o quesito da não-maleficência e da beneficência, podendo a qualquer momento, a produção de dados ser interrompida sem quaisquer prejuízos aos participantes.

CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu _____ declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com a pesquisadora do projeto sobre minha decisão em participar, autorizando a gravação da entrevista ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também que para minha participação não há despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Concordo voluntariamente em participar desse estudo, assinando ou registrando minha impressão digital em duas cópias deste termo, juntamente com a pesquisadora.

Belém, __ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ma. Nicole Monteiro
Pesquisadora responsável
E-mail: nicoleenfer@gmail.com
Cel: (91) 9
CEP – EEAN/HESFA/UFRJ
Tel: (21) 3938-0962
E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com/cepeeanhesfa@eean.ufrj.br

Observação: Este termo encontra-se descrito em duas laudas que serão rubricadas pelo participante e pela pesquisadora responsável em duas vias.

**APÊNDICE E**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ

Nome da pesquisa: Representações sociais e repercussões para o cuidado de si e do outro

Autorizo, para todos os fins em direito admitidos, a utilização da minha imagem e voz constantes em fotos, gravações e filmagens decorrentes da minha participação na pesquisa acima especificada, sendo que a referência ao meu nome, que constitui um direito moral, deverá ser respeitada sempre.

As imagens e vozes poderão ser exibidas nos relatórios parciais e finais da referida pesquisa, em apresentações audiovisuais da mesma, em publicações e divulgações disponibilizadas em acesso aberto, bem como de outros sistemas de disseminação da informação e do conhecimento, salvaguardando meu sigilo de identidade.

A autorização neste termo especificada é gratuita e por prazo indeterminado. Por ser esta a expressão de minha vontade, nada terei a reclamar a título de direitos conexos à minha imagem e voz.

Belém, __ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Ma. Nicole Monteiro
Pesquisadora responsável

Observação: Este termo encontra-se descrito em duas laudas que serão rubricadas pelo participante e pela pesquisadora responsável em duas vias.

APÊNDICE F

TESTE DE CENTRALIDADE DO GRUPO QUE NÃO CONTRAIU A COVID-19

GOOGLE FORMS

NÃO TEVE COVID.

Este formulário faz parte da pesquisa de doutorado "Representações sociais e repercussões para o cuidado de si e do outro", da aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ Nicole Jucá Monteiro. Todas as respostas são confidenciais. Leia com atenção e responda as perguntas abaixo.

PREENCHA O FORMULÁRIO COM A RESPOSTA QUE MAIS SE ADEQUA A SUA OPINIÃO.

** Indica uma pergunta obrigatória*

1. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **ANSIEDADE**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
☐ Não, não posso.
☐ Não sei

2. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **DOENÇA**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
☐ Não, não posso.
☐ Não sei

3. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **MÁSCARA**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
☐ Não, não posso.
☐ Não sei

Fonte: Autoria própria, 2025.

4. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **MEDO**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
- ☐ Não, não posso.
- ☐ Não sei

5. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **MORTE**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
- ☐ Não, não posso.
- ☐ Não sei

6. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **PANDEMIA**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
- ☐ Não, não posso.
- ☐ Não sei

Fonte: Autoria própria, 2025.

APÊNDICE G

TESTE DE CENTRALIDADE DO GRUPO QUE CONTRAIU A COVID-19

GOOGLE FORMS

TEVE COVID.

Este formulário faz parte da pesquisa de doutorado "Representações sociais e repercussões para o cuidado de si e do outro", da aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ Nicole Jucá Monteiro. Todas as respostas são confidenciais. Leia com atenção e responda as perguntas abaixo.

PREENCHA O FORMULÁRIO COM A RESPOSTA QUE MAIS SE ADEQUA A SUA OPINIÃO.

* Indica uma pergunta obrigatória

1. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **ANSIEDADE**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
- ☐ Não, não posso.
- ☐ Não sei

2. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **ISOLAMENTO**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
- ☐ Não, não posso
- ☐ Não sei

3. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **MEDO**? *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso
- ☐ Não, não posso.
- ☐ Não sei

Fonte: Autoria própria, 2025.

4. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **MORTE?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
- ☐ Não, não posso.
- ☐ Não sei

5. Posso pensar em covid **SEM** pensar em **PANDEMIA?** *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim, posso.
- ☐ Não, não posso.
- ☐ Não sei

Fonte: Autoria própria, 2025.

ANEXO

	UFRJ - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / EEAN	
---	--	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA COVID-19 E REPERCUSSÕES PARA O CUIDADO DE SI E DO OUTRO

Pesquisador: NICOLE JUCA MONTEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61802122.8.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.614.883

Apresentação do Projeto:

Pesquisa que utiliza a Teoria das Representações sociais (TRS), cujo objeto da representação social é a COVID-19, estudada a partir da seguinte questão de pesquisa: quais são as representações sociais da COVID-19 para pessoas que contrairam e não contrairam a doença e suas repercussões nas práticas do cuidado de si e do outro?

Estudo de natureza exploratória, descritiva e qualitativa com aplicação da TRS de Moscovici (2015), nas abordagens processual e estrutural. Cenário: Município de Belém do Pará.

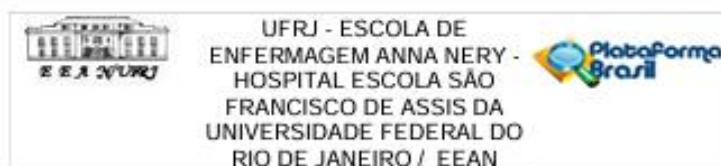
Participantes: indivíduos maiores de 18 anos a menores de 59 anos residentes no município de Belém que tiveram e não tiveram a COVID-19.

Critérios de exclusão: Indivíduos com distúrbios de cognição, audição ou fala que impeçam ou dificultem a conversação, e os que tenham objeção quanto ao uso do gravador de voz.

Para a abordagem processual a amostra inicial prevê 40 participantes e será adotado o critério de saturação teórica para finalização da coleta de dados. Para a abordagem estrutural está previsto o mínimo de 100 participantes.

A abordagem aos participantes será pela técnica de Snowbal. Será feito um teste-piloto com três participantes de cada grupo.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275	CEP: 20.211-110
Bairro: Cidade Nova	
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-0962	E-mail: capeanhera@ufrnufj.br



Contratação do Pesquisador: 6.854.888

A análise dos dados gerados pela coleta das variáveis sociodemográficas e clínicas dos participantes do estudo serão aplicados procedimentos de estatística simples e percentual, para identificação dos seus perfis. Os dados das entrevistas serão analisados com auxílio do software IRAMUTEQ. Como desfecho Primário espera-se analisar as representações sociais da COVID-19 em pessoas que contraíram e não contraíram a doença e suas repercussões nas práticas de cuidado de si e do outro.

Objetivo da Pesquisa:

*Objetivo geral

Analisar as representações sociais da COVID-19 em pessoas que contraíram e não contraíram a doença e suas repercussões nas práticas de cuidado de si e do outro.

Objetivos específicos

- Conhecer as representações sociais da COVID-19 para pessoas que contraíram e não contraíram a doença;
- Identificar as ideias comuns e não comuns das representações entre estes grupos;
- Descrever as implicações para as práticas de cuidado adotadas para prevenção e tratamento da infecção e reinfecção, como aquelas relativas às pessoas à sua volta, à luz de tais representações;
- Identificar a estrutura e organização das representações sociais sobre a Covid-19.
- Propor estratégias de educação terapêutica que abranjam a compreensão da Covid-19 como fenômeno psicossocial, a partir do desvelamento das representações sociais dos grupos estudados.

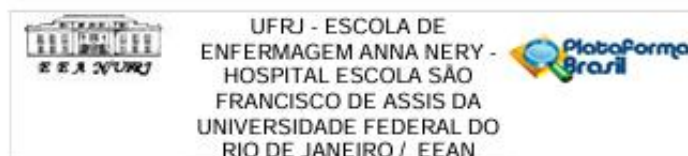
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

"Os riscos do estudo estão relacionados à quebra no sigilo da identidade dos participantes. Além disso, pode haver o constrangimento e/ou desconforto emocional relacionado a alguma pergunta do roteiro ou formulário por fatores culturais, religiosos, entre outros. Será respeitado pela pesquisadora o quesito da não-maleficência e da beneficência, podendo a qualquer momento, a produção de dados ser interrompida sem quaisquer prejuízos aos participantes.

A pesquisadora se compromete a zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações que serão

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3938-0982 E-mail: capeanhosta@eean.ufrj.br



Contrato do Paciente: 5.654.888

obtidas e utilizadas no desenvolvimento da presente pesquisa, sendo mantidas sob a guarda e responsabilidade da mesma por um período máximo de cinco anos – sendo a posteriori o material inutilizado. Como forma de manter o sigilo da identidade dos participantes, as entrevistas serão codificadas com letras e números: a letra E significará entrevistado, as letras NC significarão não teve Covid e as letras SC teve Covid. Os números serão sequenciais para cada entrevista realizada por grupo.

Os benefícios desta pesquisa serão acadêmicos, científicos e clínicos, e estão relacionados às contribuições previstas e informadas na introdução deste projeto. Os participantes não terão privilégios assistenciais ou recompensas financeiras, mas sim, usufruirão dos benefícios comuns que uma pesquisa científica pode oferecer à sociedade, além de contribuir para o avanço do conhecimento científico no campo da saúde - da enfermagem e da psicologia social, em particular*.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de tese de doutorado em Enfermagem, desenvolvido por estudante com bolsa de doutorado CAPES. Financiamento próprio. Não possui instituição coparticipante. Início da coleta de dados prevista para janeiro de 2023.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões ou pendências.

Recomendações:

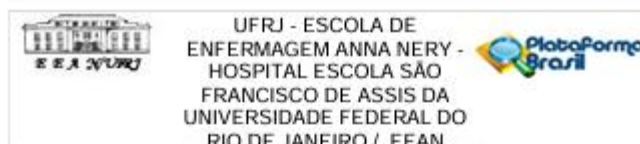
Vide conclusões ou pendências.

Conclusões ou Pendências e Lista de inadequações:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto: Adequada
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: Adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Carta(s) de anuência (concordância, assinatura e carimbo): não se aplica.
- 7) Instrumento de coleta de dados: Adequado
- 8) Termo de confidencialidade: não se aplica.

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
 Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 2938-0962 E-mail: capeenferm@ufrj.br



Continuação do Parecer: 5.654.883

9) Termo de Assentimento Informado: não se aplica

10) TERMO DE USO DE IMAGEM E/OU VOZ: Adequado.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo de pesquisa foi aprovado pelo CEP EEAN/HESFA. Observar aprovação nas instituições coparticipantes, se houver. Qualquer alteração no projeto deve ser comunicada aos CEP envolvidos, da mesma forma ocorrência de danos aos participantes oriundos da pesquisa. É obrigatória a apresentação do relatório parcial e final ao CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PE_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1992742.pdf	18/08/2022 15:13:32		Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Marcia.pdf	18/08/2022 15:10:41	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Nuria.pdf	18/08/2022 15:10:06	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Nicole.pdf	18/08/2022 15:06:30	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Outros	Carta_EEAN.pdf	18/08/2022 15:03:45	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	17/08/2022 10:57:51	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	17/08/2022 10:57:26	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Outros	Check_List_para_pesquisadores.pdf	17/08/2022 10:56:04	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Outros	Comprovante_boisa.jpeg	17/08/2022 10:50:28	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	17/08/2022 10:48:27	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	15/08/2022 10:06:00	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	15/08/2022	NICOLE JUCA	Aceito

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova CEP: 20.211-110
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2033-0962 E-mail: capesantenda@eean.ufrj.br

	UFRJ - ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY - HOSPITAL ESCOLA SÃO FRANCISCO DE ASSIS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO / EEAN	
---	--	--

Continuação do Parecer: 5.616.883

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10:03:41	MONTEIRO	Aceito
Outros	Formulários.pdf	15/08/2022 10:00:50	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Outros	TALP.pdf	15/08/2022 09:58:57	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Outros	Entrevista.pdf	15/08/2022 09:58:32	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	15/08/2022 09:53:29	NICOLE JUCA MONTEIRO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Agosto de 2022

Assinado por:
 Maria Angélica Peres
 (Coordenador(a))

Endereço: Rua Alvaro Casalcorti, 275
 Bairro: Cidade Nova
 UF: RJ
 CEP: 20.211-110
 Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 2938-0962
 E-mail: capeanet@ufrj.br